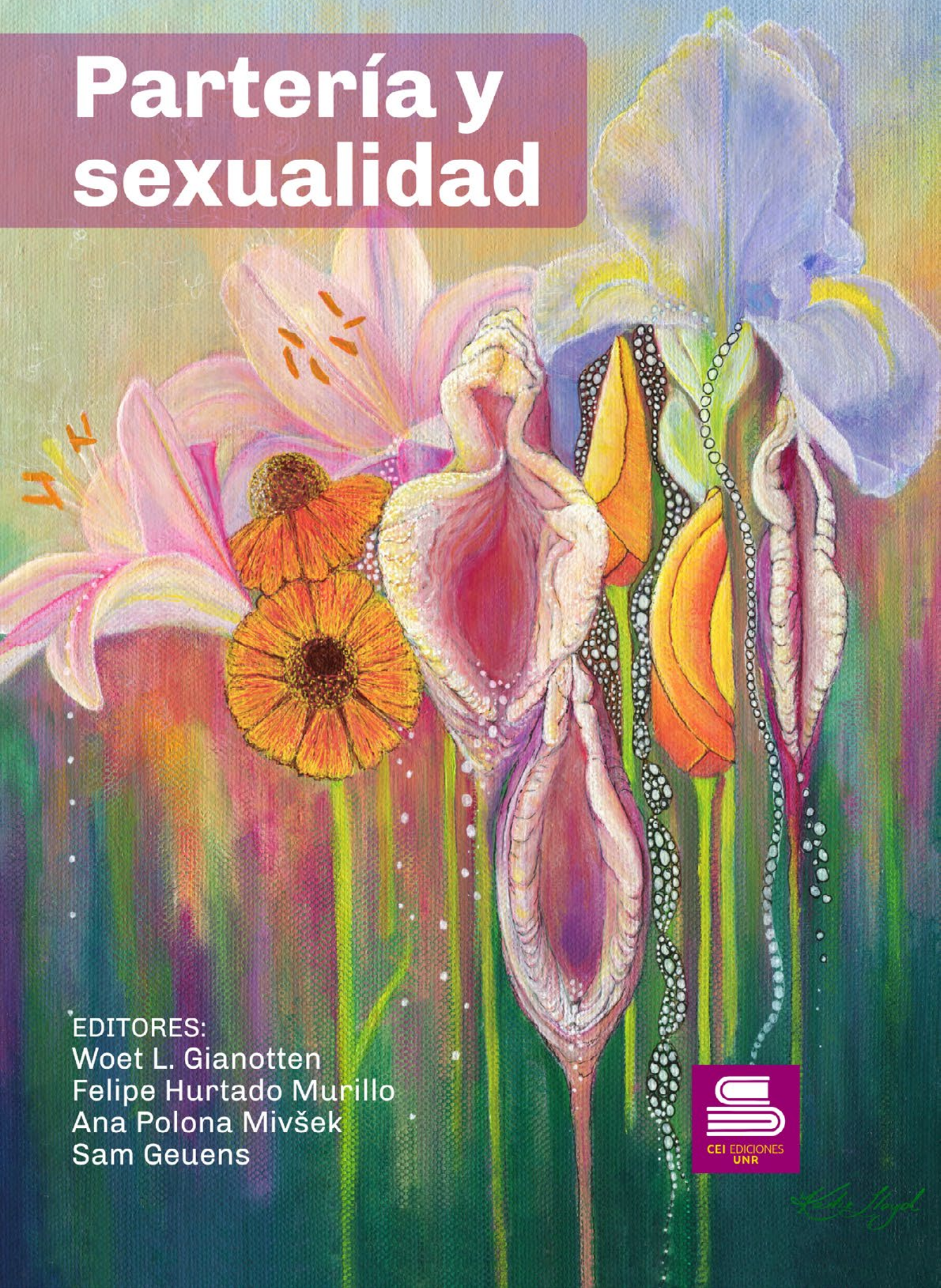


Partería y sexualidad



EDITORES:

Woet L. Gianotten

Felipe Hurtado Murillo

Ana Polona Mivšek

Sam Geuens



CEI EDICIONES
UNR

Edición

PARTERÍA Y SEXUALIDAD

**Woet L. Gianotten
Felipe Hurtado Murillo
Ana Polona Mivšek
Sam Geuens**
Editores

Traducción de María Sara Loose, Alejandro Caffa y Agustina Casero
Cuerpo de Traductores, CEI-UNR

Editores

Woet L. Gianotten

Departamento de Ginecología y Obstetricia,
Centro Médico Universitario Erasmus
Róterdam, Países Bajos.

Sam Geuens

Departamento de Partería
Universidad PXL de Ciencias Aplicadas y Artes
Hasselt, Bélgica
Center Ambulatorio de Salud Sexual
Hospital Saint Franciscus
Heusden-Zolder, Bélgica

Ana Polona Mivšek

Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad de Liubliana
Liubliana, Eslovenia

Felipe Hurtado Murillo

Unidad de Salud Sexual y Reproductiva "Fuente San Luis"
Departamento Universitario Valencia
"Doctor Peset" Valencia, España
Profesor de la Especialidad de Enfermería Obstétrico-
Ginecológica
Unidad docente de matronas de la Comunidad Valenciana
Valencia, España

Colaboradoras de la edición en español

Silvana Savoini

Psicóloga. Profesora Universitaria. Doctoranda
en Educación. Sexóloga clínica y educativa.
Profesora Titular de la cátedra de Psicopatología
y Neurofarmacología de la Facultad de Psicología
Universidad Nacional de Rosario (UNR). Directora de
la Especialización en Sexología del Centro de Estudios
Interdisciplinarios (CEI) UNR. Comisión de Relaciones
Institucionales de la Federación Sexológica Argentina
(FESEA). Comisión de Educación y Formación
Continua de la Federación Latinoamericana de
Sociedades de Sexología (FLASSES)

Silvina Valente

Médica, Especialista en Ginecología y Obstetricia y
Sexóloga Clínica.
Sexología Clínica del Hospital de Clínicas "José de San
Martín"
Universidad de Buenos Aires, Argentina.
Presidenta de SASH Sociedad Argentina de Sexualidad
Humana
Vicepresidenta de la Federación Latinoamericana de
Sociedades de Sexología (FLASSES)

Imagen de tapa: *Yoni Nectar* de **Katie Lloyd** realizada en Pintura en acrílico y tinta sobre lienzo, 2020.
<https://www.katielloyd.com.au/>

Edición y maquetación: Cintia Corestein (CEI)

Diseño de tapa: Cintia Espinosa (CEI)

Tipografía: *Chivo*, Gatti & Omnibus-Type Team

Partería y sexualidad / Woet L. Gianotten ... [et al.] ; Contribuciones de Silvana Savoini ; Silvana Valente ; Editado por Woet L. Gianotten ... [et al.]. - 1a ed. - Rosario : CEI ediciones, 2026.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-631-91545-5-9

1. Sexualidad. 2. Parto. 3. Obstetricia. I. Gianotten, Woet L. ed.

CDD 617.9682

Este libro es una traducción al español revisada y ampliada de la obra *Midwifery and Sexuality*, originalmente publicada en inglés por Springer, Suiza, 2023, ISBN 978-3-031-18431-4; ISBN 978-3-031-18432-1 (eBook).
<https://doi.org/10.1007/978-3-031-18432-1>

© los editores y los autores.

© de la traducción Universidad Nacional de Rosario.

Este libro es una publicación de acceso abierto.



Acceso Abierto - Este libro se distribuye bajo los términos de la licencia Creative Commons Atribución/Reconocimiento 4.0 Internacional (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>), que permite usar, compartir, adaptar, distribuir y reproducir la obra en cualquier medio o formato, siempre que se de crédito de manera adecuada a los autores originales y a la fuente, se proporcione un enlace a la licencia de Creative Commons y se indique si se han realizado cambios.

Las imágenes y otros materiales de terceros incluidos en este libro están comprendidos por la licencia Creative Commons que rige sobre el libro, a menos que se indique explícitamente lo contrario respecto de un material específico. Si algún material no estuviera comprendido la licencia Creative Commons que rige sobre el libro y el tipo de uso previsto no estuviera permitido por la normativa vigente o excediera el uso autorizado, será necesario obtener el permiso correspondiente del titular de los derechos de autor de dicho material.

El uso de nombres descriptivos generales, nombres registrados, marcas comerciales, marcas de servicio, etc. en esta publicación no implica, incluso en ausencia de una declaración específica, que dichos nombres estén exentos de las leyes y normativas de protección correspondientes y, por tanto, que estén disponibles para uso general.

La editorial, los autores y los editores suponen que las recomendaciones y la información contenidas en este libro son verdaderas y precisas a la fecha de su publicación. Ni la editorial, ni los autores ni los editores ofrecen garantía alguna, expresa o implícita, respecto del material contenido en esta obra o de los errores u omisiones que puedan haberse cometido. La editorial se mantiene neutral con respecto a las reclamaciones jurisdiccionales que puedan aparecer en los mapas publicados o en las afiliaciones institucionales

Edición y publicación Centro de Estudios Interdisciplinarios, UNR

Director: Prof. Darío Maiorana

Maipú 1065 3° piso of 309, Rosario, Argentina

Tel: (0341) 4802781

Correo electrónico: cei@unr.edu.ar

Prefacio

Cada año nacen en el mundo 140 millones de niños y niñas. La gran mayoría recibe, junto con sus madres, asistencia materno-infantil por parte de profesionales cuyas situaciones y formación son muy diversas. Desde parteras tradicionales, que aprendieron el oficio con la práctica, hasta matronas con estudios universitarios completos y altamente especializadas, que día a día realizan y asumen numerosas prácticas y responsabilidades. En algunos países, la matrona es quien deriva a la parturienta con un especialista en ginecología/obstetricia mientras que, en otros, sólo lo hace cuando hay complicaciones; hay sitios donde asisten un buen porcentaje de partos domiciliarios, mientras que en otros esta no es una práctica legal. Si bien, en general, casi no hay hombres que se dediquen a la partería, en algunos países representan una quinta parte de los trabajadores del sector. Muchas matronas se ocupan sólo del embarazo y del parto, pero algunas también brindan asesoramiento sobre cuidados anticonceptivos y postparto. Un número aún menor participa además en la educación sexual de adolescentes, toma muestras de Papanicolaou, realiza exámenes mamarios y enseña sobre los cuidados durante la menopausia y demás factores implicados en la salud reproductiva de las mujeres. La tarea principal de las matronas es orientar a la mujer (y a su pareja) durante todo el proceso (desde el momento en que surge el deseo activo de ser padres hasta después del parto), ya que es un período donde abundan las preocupaciones, las preguntas, las inseguridades y los cambios relacionados con la sexualidad.

La Organización Mundial de la Salud y la Confederación Internacional de Matronas destacan el rol fundamental de las matronas en el empoderamiento de las mujeres y las adolescentes, y reconocen su importancia en el asesoramiento y tratamiento de la salud sexual y reproductiva. Considérese, por ejemplo, que la mayoría de los padres primerizos experimenta cierto deterioro en su relación de pareja: la satisfacción sexual disminuye durante los primeros cuatro años después del nacimiento y, en algunos casos, incluso luego de ocho años la pareja no logra restablecer por completo su vínculo. El nivel bajo de satisfacción sexual que experimentan muchos hombres que fueron padres recientemente puede amenazar la estabilidad y el bienestar de la pareja y, por ende, de sus hijos.

En esta etapa de la vida, las matronas se involucrarán de lleno en los cambios físicos, emocionales y sociales, las preocupaciones y los problemas tanto de la mujer como de la pareja. Son, sin lugar a dudas, las profesionales adecuadas para brindar educación específica e intervenir cuando se presentan problemas sexuales y relacionales. De hecho, algunos estudios que sugieren que la educación sexual que las matronas formadas y capacitadas promueven durante el embarazo puede mejorar el bienestar sexual de la pareja. Estas profesionales logran su propósito contribuyendo a la comunicación entre las partes y destacando el papel que juegan la intimidad y la sexualidad de los adultos jóvenes en su transición hacia la maternidad/paternidad. Al igual que otros profesionales de la salud, las matronas deben adoptar un enfoque proactivo y tener la capacidad de “responder las preguntas que no se hacen” sobre sexualidad e intimidad. Lamentablemente, en la práctica de la partería, este no suele ser el caso y lo mismo sucede con las demás profesiones médicas y paramédicas.

Si la gran mayoría de las matronas no trata la sexualidad y la intimidad es, en parte, porque la mujer y su pareja no manifiestan espontáneamente sus preocupaciones ni hacen preguntas al respecto. Pero la razón aún más evidente es que las matronas no han sido formadas para hablar sobre sexo con sus pacientes: no saben cómo hacerlo ni mucho menos cómo indagar de manera proactiva sobre el bienestar sexual. Es una triste realidad que los libros de texto, las revistas especializadas y los planes de estudio de partería sólo mencionen la sexualidad y la intimidad de manera sucinta, o peor, ni siquiera lo hagan.

Este vacío en los planes de estudio constituyó el argumento principal detrás de este volumen: el objetivo de los editores ha sido crear un manual que abordara sistemáticamente la sexualidad y la intimidad en el ejercicio de la partería. De esta forma, se plantean aquí diversos conocimientos, habilidades y comportamientos profesionales relacionados con la sexualidad y el bienestar sexual y se apunta a fortalecer las competencias recomendadas para esta práctica y a ampliarlas en lo relativo con la salud y el bienestar sexual.

En la búsqueda de (co)autores para los capítulos fundamentales sobre partería, se procuró convocar a profesionales especializados además en sexología: reunimos la experiencia de 35 autores de 14 países y, para garantizar la máxima divulgación de sus contenidos, los editores decidieron que la publicación sea de acceso abierto.

Este volumen se compone de cinco módulos. El **Módulo 1** habla sobre la sexualidad y el bienestar sexual en el ámbito de la salud. El **Módulo 2** analiza los aspectos sexuales de las diversas etapas de un embarazo fisiológico sin complicaciones: la pre-concepción, la concepción, el embarazo, el parto, el postparto y el primer año de maternidad/paternidad, la lactancia materna y la función del suelo pélvico. El **Módulo 3** mantiene la misma estructura pero se centra en los aspectos sexuales de un embarazo no fisiológico, como las alteraciones en la fertilidad, los embarazos de riesgo, los traumas del parto, los postpartos difíciles y el primer año de maternidad/paternidad. Este módulo incluye capítulos adicionales sobre los aspectos sexuales de la lactancia materna difícil, las alteraciones del suelo pélvico, la salud mental y física, y los efectos secundarios de los medicamentos que suelen prescribirse durante el embarazo. El **Módulo 4** analiza los aspectos sexuales de lo que llamamos “temas especiales”. Incluye capítulos sobre anticoncepción, embarazo lésbico, experiencias masculinas durante el embarazo, nacimiento y el primer año de paternidad, diferencias culturales, experiencias traumáticas y mutilación genital femenina. El **Módulo 5** cierra este volumen con capítulos sobre habilidades: “hablar de sexualidad”, enseñar y aprender sobre sexualidad, consecuencias sexuales derivadas de la práctica de la partería y cómo los profesionales de la sexología abordan los problemas sexuales. El módulo concluye con una visión a futuro: integrar la partería y la sexualidad para brindar a las mujeres atención de alta calidad.

Este libro está dirigido, en principio, a matronas y estudiantes de partería de países con ingresos medios a elevados, aunque la información es en gran medida aplicable a contextos de países con bajos ingresos donde matronas y parteras tradicionales trabajan en zonas urbanas.

Será también de utilidad para otras profesiones afines, como especialistas en lactancia, fisioterapeutas del suelo pélvico, médicos generalistas que asisten partos, residentes de ginecología y doulas. Consideramos que los sexólogos que atienden parejas

durante el proceso de embarazo también podrían beneficiarse mucho de la información aquí contenida.

Por último, nuestro objetivo es que todas las mujeres y las parejas reciban una atención médica que integre la sexualidad y la intimidad en la etapa reproductiva de la vida.

Para nosotros, editores y autores, este libro forma parte de una labor que continúa y, como tal, ha sido un proceso muy educativo. Esperamos que contribuya en lo sucesivo a integrar la sexualidad en la atención del embarazo y el postparto y que contribuya a la salud, el placer, la justicia y los derechos sexuales de las mujeres, sus parejas y, de alguna manera, también de sus hijos. Si mostramos a las mujeres que hablar de sexualidad es algo natural, transmitirán este mensaje a las generaciones futuras.

Con optimismo, esperamos que las matronas y otros proveedores de atención materna hagan de la salud sexual un tema prioritario en salud pública.

Sam Geuens

Hasselt, Bélgica

Ana Polona Mivšek

Liubliana, Eslovenia

Woet L. Gianotten

Róterdam, Países Bajos

Prefacio a la edición en español

La partería u obstetricia es la ciencia de la salud que se encarga del embarazo, el parto y el puerperio, pero también, de la salud sexual y reproductiva de la mujer a lo largo de toda su vida. A la persona que ejerce esta profesión se le puede llamar matrona/matrón, comadrona/comadrón, partera/partero y enfermera obstétrica-ginecológica/enfermero obstétrico-ginecológico. También hay mujeres sin formación para asistir el nacimiento, que pueden ayudar a las embarazadas durante el proceso del trabajo de parto y se llaman “doulas”.

Su formación varía desde las parteras tradicionales, que por lo general aprendieron el oficio con la experiencia, hasta los y las profesionales de la partería altamente especializados con formación universitaria completa. La formación y regulación de la profesión varía según los diferentes países en un amplio abanico de estatus y de oferta académica, que abarca desde la formación de grado universitario a títulos de especialistas luego de haber obtenido el grado de enfermería, y a maestrías de posgrado.

Las áreas de actividad de las y los profesionales de la partería abarcan: la atención preconcepcional, la atención prenatal, el parto, el puerperio, la atención a la persona recién nacida, la planificación familiar, el climaterio y la menopausia, y la salud sexual y reproductiva.

Centrándonos en la atención a la salud sexual y reproductiva, comprende el conjunto de métodos, técnicas y programas de promoción de la salud, de prevención de enfermedades y de recuperación y rehabilitación que contribuyen a la salud y al bienestar de las personas durante las distintas etapas de la vida.

La gran mayoría de profesionales de la partería y obstetricia no abordan la sexualidad con sus pacientes, hecho generalizable a otras profesiones de la salud.

Esto sucede por dos razones importantes: 1) la mujer y su pareja no comparten de manera espontánea sus preocupaciones ni hacen preguntas sobre sexualidad por temor a molestar al profesional o por vergüenza de hablar sobre su intimidad sexual.; y 2) aún más importante, por el sencillo motivo de que los y las profesionales de la partería no han sido formados/as para hablar de sexualidad de manera proactiva con sus pacientes ni saben cómo hacerlo.

La sexualidad es una conducta humana compleja multidimensional ligada al placer con varias finalidades no sólo la reproductiva; cada uno de nosotros la sentimos, la vivimos y atraviesa nuestras vidas. La cultura y la sociedad en estos últimos años la consideraron tabú pero, al no poder hacerla a un lado, la jerarquizaron y la limitaron fundamentalmente al ámbito académico y científico, sesgando el aprendizaje ya que todo lo que tiene una connotación negativa se tiende a evitar en el ámbito formal y sobre todo en el académico y profesional. Así se ha despojado a los y las profesionales de la salud del estudio validado y sistemático de esta conducta humana.

Durante años, su estudio quedó relegado, escindido y se lo evitó por ser un tema de menor importancia, no científico. Se confundió intimidad con vergüenza personal y ajena, su incompreensión se redujo a experiencias personales, dejando que formatos informales y comerciales, como la pornografía, cumplan un rol formativo.

Hablar de reproducción está permitido, su aporte es correcto y fundamental para el desarrollo de la humanidad y las ciencias relacionadas. Las otras dimensiones de esta compleja conducta humana, que combinan el bienestar, la crianza, la gestión emocional y la felicidad, entre otras funciones, presentan un desafío de estudio y divulgación para las ciencias de la salud, de la educación y sociales, que tienen como objetivo contribuir al desarrollo del bienestar personal, familiar y social, la prevención de violencias y la construcción del placer saludable.

Si pensamos la gestación como una de las finalidades de la sexualidad no podemos escindir el embarazo ni de la actividad sexual ni de la sexualidad en sí misma. La sexualidad es la forma básica y natural de gestar. A su vez, el embarazo es un tiempo de transición multidimensional que se extiende desde un estado fisiológico a otro, de una pareja a una familia, de relacionarnos en forma personal con el mundo social a ser en muchos ámbitos padre o madre. La sexualidad debería acompañar estas modificaciones e inclusive los nuevos estados que se desprenden, como la educación sexual y la construcción de apego en nuestros descendientes.

Cuando hablamos de sexualidad en esta etapa de la vida, hablamos de temores y de miedos, tanto de los protagonistas como de los profesionales que intervenimos. El miedo radica en que hay que cuidar a una persona en general muy deseada a la cual no se le quiere hacer daño. Ahí se cruzan los tabúes y las creencias negativas de la transmisión de la sexualidad en la educación informal, de la cual aprendimos todos nosotros. Pero este es un tema para profundizar en otro momento.

En cuanto a la actividad sexual durante el embarazo, varios estudios se realizaron desde Masters y Jhonson en 1966 hasta nuestros días, que se ocupan no sólo de las modificaciones de la respuesta sexual durante esta etapa sino también de los aspectos sociales, psicológicos y neurobiológicos.

Sabemos que la angustia que manifiestan las mujeres de entre 18 y 45 años se relaciona en más del 10 % con problemas sexuales. La calidad de vida se ve bastante afectada por la satisfacción sexual y esta puede fluctuar a lo largo de una relación y con eventos importantes de la vida, como el embarazo.

Como vemos, la sexualidad es mucho más que reproducción y separarlas hace que muchos eslabones se pierdan en detrimento de las personas gestantes, sus parejas, sus vínculos, su salud, su placer y bienestar, que además tiene implicancias en la crianza y en los futuros vínculos.

Es una triste realidad, pero todo lo referente a la sexualidad se suele mencionar de forma sucinta o incluso está ausente de los libros de texto y el plan de estudios de partería y obstetricia.

Conscientes de esta falta de formación en sexualidad, el objetivo del libro es abordar diversos conocimientos, habilidades, actitudes y comportamientos profesionales relacionados con la sexualidad y el bienestar sexual, con el fin de optimizar las competencias recomendadas para estos y estas profesionales en lo que respecta a sus funciones respecto de la salud y el bienestar sexual. Por otra parte, el libro es especialmente útil para los y las estudiantes de la especialidad de matrona/obstetricia y para otros y otras profesionales que trabajan en este campo del bienestar humano.

Libros como este muestran el compromiso que tiene la ciencia con la humanidad en desmitificar y revalorizar la sexualidad como conducta humana fundamental; la importancia de investigar, conocer y aprender sobre esta temática nos ayuda a los pro-

fesionales de la salud a acompañar mejor a las personas que nos consultan, a construir sugerencias saludables y a promover la salud en general.

Poder integrar los conocimientos que existen hasta ahora acerca de la sexualidad en este período de la vida en un libro ordena, habilita y proyecta una práctica de la obstetricia más completa y real, no centrada sólo en patologías ni limitada sólo a los cambios fisiogravídicos.

Por último, queremos agradecer a los autores de la versión original en inglés por la oportunidad que brindan para traducir la obra al español y hacer de este modo más fácil el aprendizaje de los y las profesionales y estudiantes de esta área de la salud, permitiendo así un mayor alcance del libro.

Podemos afirmar que en el mundo hay 500 millones de personas que hablan español como lengua materna: se habla como lengua oficial en 21 países de los continentes americano y africano; pero también hay países como Estados Unidos que, si bien el español no es la lengua oficial, aloja la segunda comunidad de hispanohablantes más grande del mundo, después México y, por otro lado, tanto Estados Unidos como Filipinas forman parte de la Asociación de Academias de Español.

Felipe Hurtado Murillo

Valencia, España

Silvina Valente

Buenos Aires, Argentina

Contenido

Módulo 1 Abriendo el camino

- 1 Redefinir la sexualidad 7
Sam Geuens y Els Hendrix
- 2 Anatomía, fisiología y endocrinología sexual 14
Gabrijela Simetingier
- 3 Sexo, cómo funciona (y qué ocurre cuando no funciona) 28
Sam Geuens y Ana Polona Mivšek
- 4 La expresión sexual y sus beneficios para la salud 40
Woet L. Gianotten

Módulo 2 La naturaleza sigue su curso

- 5 Aspectos sexuales de buscar el embarazo (concepción y preconcepción) 53
Woet L. Gianotten
- 6 Aspectos sexuales del embarazo 65
Ana Polona Mivšek y Xuan-Hong Tomai
- 7 Aspectos sexuales del parto y el nacimiento 75
Woet L. Gianotten
- 8 La sexualidad de la pareja en el postparto y la maternidad y paternidad recientes (primer año) 83
Deirdre O'Malley, Agnes Higgins y Valerie Smith
- 9 Aspectos sexuales de los senos y la lactancia 97
Z. Burcu Yurtsal y Dilek Uslu
- 10 Aspectos sexuales del suelo pélvico femenino 109
Liesbeth Westerik-Verschuuren, Marjolijn Lutke Holzik-Mensink, Marleen Wieffer-Platvoet y Minke van der Velde

Módulo 3 La naturaleza se pierde en el camino

- 11 Aspectos sexuales de los trastornos de la fertilidad 125
Woet L. Gianotten
- 12 Aspectos sexuales de los embarazos complicados y de riesgo 136
Gabrijela Simetingier y Woet L. Gianotten
- 13 Aspectos sexuales del trauma provocado por el trabajo de parto y el parto 149
Petra Petročnik y Ana Polona Mivšek
- 14 Aspectos sexuales de los problemas del postparto y la maternidad/paternidad reciente (primer año) 157
Deirdre O'Malley, Valerie Smith y Agnes Higgins
- 15 Aspectos sexuales de una lactancia problemática 167
Dilek Uslu y Serena Debonnet

16 Aspectos sexuales de las alteraciones/trastornos del suelo pélvico.....	177
Liesbeth Westerik-Verschuuren, Marjolijn Lutke Holzik-Mensink, Marleen Wieffer-Platvoet y Minke van der Velde	
17 Aspectos sexuales de los trastornos de salud mental en el embarazo y la maternidad/paternidad reciente.....	188
Mijke Lambregtse-van den Berg y Hester Pastoor	
18 Sexo, fertilidad, embarazo y maternidad/paternidad con una enfermedad crónica u otro trastorno de salud.....	198
Rik H. W. van Lunsen	
19 Efectos en la sexualidad de los medicamentos utilizados en el embarazo y el parto	208
Erna Beers y Annelies Jaeken	

Módulo 4 Temas especiales

20 Anticoncepción y sexualidad	227
Johannes Bitzer	
21 Aspectos sexuales del embarazo y el postparto en orientaciones sexuales diversas	241
Astrid Ditte Højgaard y Bente Dahl	
22 Experiencias masculinas	251
Joeri Vermeulen, Evelien Luts y Maaïke Fobelets	
23 Diferencias culturales y sus aspectos (sexuales) relevantes.....	261
Sandrine Atallah y Aida Martín Redón	
24 Efectos sexuales de las experiencias traumáticas en el embarazo y el parto	272
Tanja Repič Slavič	
25 Aspectos relevantes de la mutilación o ablación genital femenina.....	282
Suaad Abdulrehman	

Módulo 5 Habilidades y adaptación

26 Hablar de sexualidad.....	296
Ruth Borms y Sam Geuens	
27 De las competencias para el bienestar sexual en partería a la enseñanza y formación de las matronas en sexualidad	312
Sam Geuens y Joeri Vermeulen	
28 Algunas consecuencias sexuales de las intervenciones en la práctica de la partería	322
Woet L. Gianotten, Ana Polona Mivšek y Sam Geuens	
29 Cómo otros profesionales tratan los problemas sexuales	331
Patrícia M. Pascoal y Catarina F. Raposo	
30 La partería del futuro: un campo de competencias en expansión	340
Woet L. Gianotten, Eva Wendt y Ana Polona Mivšek	

Editores y colaboradores

Sobre los editores



Woet L. Gianotten es médico retirado y psicólogo matriculado. Su sueño era ejercer la medicina tropical en África. En 1967, después de graduarse de médico en Utrecht, dedicó un año a un trayecto de formación en cirugía y medicina tropical y se mudó a Gabón, África Occidental, para trabajar en un campo de refugiados con niños de Biafra. Más tarde se desempeñó como obstetra en Róterdam, donde por varios meses reemplazó a una matrona en la zona roja. Luego volvió a África, donde permaneció durante tres años fue como el único médico en un hospital de misión con 110 camas en Rubya, en el interior de Tanzania.

Además de todo su trabajo en cirugía y obstetricia, construyó una unidad de maternidad y una clínica materno-infantil. Cuando le ofrecieron dictar una conferencia en la Escuela de enfermería y partería, descubrió su pasión por la enseñanza, a lo que se ha dedicado desde entonces. Con la ayuda de una estudiante de partería, asistió a su esposa Erna en el nacimiento de su segundo hijo. Su tercer y último hijo nació en casa, sin ayuda de nadie más. Comenzó su formación en ginecología en los Países Bajos, con la esperanza de regresar a África como médico especialista. Sin embargo, después de un año y medio, su fascinación por los nuevos campos de la sexología y la anticoncepción hizo que abandonara la ginecología. Esta decisión fue consecuencia, además, de su daltonismo severo. No poder notar si una persona se pone pálida o azul, no poder hacer un test de Apgar de forma correcta es un verdadero obstáculo para un ginecólogo. Para un sexólogo, por el contrario, resultó ser una ventaja: no ser capaz de detectar cuando sus pacientes se sonrojan hace que sea más fácil realizar las preguntas incómodas.

Pero África todavía lo llamaba, por lo que se mudó nuevamente a Tanzania para trabajar como médico en la salud pública, en el Hospital Kilombero. Construyó e inauguró una clínica de planificación familiar, le enseñó a las matronas a colocar el DIU y a gestionar la clínica ellas mismas.

De vuelta en los Países Bajos, combinó varias ocupaciones. Durante 20 años trabajó en anticoncepción y aborto. Le dedicó 25 años a la sexología común (no influida por enfermedades o intervenciones médicas). Estudió psicoterapia para comprender mejor las conexiones no físicas y poco a poco “cruzó la barrera hematoencefálica”. Durante 15 años estuvo muy comprometido con la atención médica en casos de abuso sexual y como asesor del Ministerio de Salud neerlandés.

Además se desempeñó como profesor titular de Sexología Médica en los Hospitales Universitarios de Róterdam y Utrecht. En el ámbito de la sexología clínica, el cáncer, las enfermedades crónicas, el deterioro físico y las intervenciones médicas juegan un papel preponderante en los trastornos sexuales. Como buen sexólogo, pudo percibir las “necesidades insatisfechas” y formó parte del desarrollo de la oncosexología y la gerontosexología. Además, al ser la ginecología su formación de base, se inclinó casi naturalmente hacia la sexología reproductiva.

En 2006, se vio obligado a retirarse de sus cargos en la universidad pero le solicitaron que continuara su trabajo en sexología de rehabilitación física. Con el tiempo se convirtió en profesor e instructor independiente de sexología a nivel nacional e internacional.



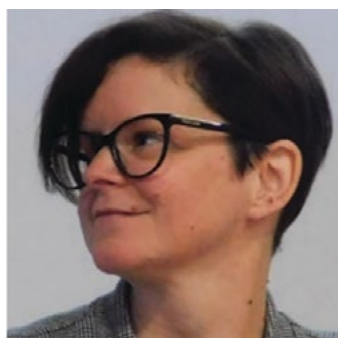
Felipe Hurtado Murillo es psicólogo clínico experto en sexualidad humana. Desde su adolescencia tenía interés por dedicarse a la salud y tras finalizar el bachiller optó por hacer los estudios de Enfermería en la Facultad de Medicina de Valencia. Trabajando como enfermero decidió a los 25 años, que quería ampliar sus competencias profesionales y decidió hacer la carrera universitaria de psicología, a la vez que seguía trabajando como enfermero. Tras finalizar los estudios de psicología, continuó formándose para alcanzar el grado universitario de Doctor en 1993.

Comenzó su recorrido profesional en el apasionante campo de la sexología en el año 1997, tras obtener una plaza en la Unidad de Salud Sexual y Reproductiva "Fuente San Luis" del departamento universitario de salud Valencia Doctor Peset, en el sistema público de salud de la Comunidad Valenciana en España. En su actividad profesional clínica pronto comenzó a atender demandas asistenciales de personas con discordancia de género, sin dejar de realizar las actividades asistenciales más frecuentes de la Unidad de salud sexual y reproductiva, en lo referente a las demandas de disfunciones sexuales, conflictos de relación de pareja, parafilias y violencias entre los sexos entre otras demandas menos frecuentes. Finalmente, en enero de 2008 fue creada la Unidad de Identidad de Género ante el creciente volumen de demanda asistencial. Por otro lado, empezó a atender demandas de mujeres inmigrantes con mutilaciones genitales realizadas en sus países de origen y ante la creciente demanda en julio de 2006, se creó la Unidad de referencia de reconstrucción del clítoris en mujeres con mutilación genital para la Comunidad Valenciana y en la que participa como Facultativo especialista en Psicología Clínica en la actualidad.

Junto a su actividad profesional le apasionaba la docencia y la investigación, siendo por ello que comenzó a realizar formación tanto universitaria como no universitaria en salud sexual, tanto el grado universitario de enfermería, psicología y medicina, como en la formación especializada en Psicología Clínica de la que es tutor de formación desde el año 2000 en el hospital Doctor Peset de Valencia, como de la especialidad de enfermería obstétrico-ginecológica de la Comunidad Valenciana en la Escuela Valenciana de Salud Pública. Del mismo modo, se ha dedicado a la docencia en diversos postgrados universitarios de Salud Sexual tanto en España como en países de Latinoamérica.

En su labor formativa ha publicado 17 libros, 7 capítulos de libros y 90 artículos en revistas científicas nacionales e internacionales. Participando de forma activa en conferencias y ponencias en congresos mundiales, internacionales y nacionales, así como, en revistas científicas internacionales como revisor y director de la [Revista Desexología](#) desde hace más de una década.

Finalmente, y como una extensión más de su pasión por la salud sexual y la sexología pertenece a asociaciones profesionales nacionales e internacionales, desde las que trabaja para promocionar la salud y los derechos sexuales en todo el mundo.



Ana Polona Mivšek decidió que sería matrona a los cinco años, cuando, durante el nacimiento de su hermano, tuvo el privilegio de conocer a la asistente de parto de su madre. Ese mismo año se eliminó la enseñanza de partería en Eslovenia. Ingresó a la escuela secundaria sin oportunidad de cumplir su sueño. Durante su último año, cuando estaba por tomar una decisión sobre su futuro profesional, el gobierno volvió a permitir los estudios en partería. Por ese entonces, la Universidad de Liubliana estaba admitiendo a la primera cohorte de estudiantes y Mivšek sintió que estaba destinada a ser matrona. En 2000 se convirtió en la primera licenciada en partería de Eslovenia. Consiguió trabajo en la sala de partos de una maternidad de Liubliana, pero todavía tenía muchas inquietudes, por lo que se inscribió en una Maestría en partería. Como no existían ofertas de este tipo Eslovenia, viajó a Escocia, donde conoció a su mentora, una investigadora en partería que se convertiría en su modelo a seguir.

Algunos años después comenzó a dictar clases en el Departamento de Partería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Liubliana. Los siguientes diez años fueron ajetreados: se convirtió en jefa del departamento, era la única docente de partería de Eslovenia, mientras trabajaba cursaba su doctorado y, en medio del caos, tuvo a su hija.

Ejerciendo la profesión, tomó conciencia de que la sexualidad no recibe la atención suficiente. Tras completar su doctorado en 2012, con su hija ya un poco más grande, su nueva sed de conocimiento la llevó a estudiar sexología y a introducir la asignatura "Sexología en partería" en el plan de estudios de la carrera de grado.

En 2016, en la Conferencia de la Federación Europea de Sexología en Dubrovnik, habló sobre la necesidad de la incluir la sexología en la formación de matronas y compartió su experiencia enseñando esta asignatura como eje central del plan de estudios. Allí conoció a los coeditores de este volumen y empezó a germinar la idea de este libro. Llevó algún tiempo: utilizando un término específico del campo, fue un "proceso de parto" y los editores se enfrentaron varias veces a una distocia. Pero las matronas son personas pacientes y no pierden la fe con facilidad; son conscientes de que las cosas buenas toman su tiempo. Ahora hacemos llegar este libro a las matronas, a quienes enseñan y a quienes ejercen esta profesión. Los editores esperamos que nuestro aporte pueda contribuir a mejorar la atención provista por las matronas.



Sam Geuens se convirtió en sexólogo clínico por casualidad. Comenzó su recorrido universitario estudiando Ciencias Morales, con un particular interés por la semántica, la forma en que las personas usan las palabras y juegan con sus significados. Al advertir que en la sexualidad y la intimidad abundan las trampas semánticas y los problemas de comunicación, una vez concluidos sus estudios en ética, optó por la carrera de sexología clínica. También incursionó en la psicoterapia y comenzó a trabajar con personas y parejas que experimentaban diversas dificultades en sus relaciones y su sexualidad. Ejerció en Países Bajos y Gales antes de establecerse definitivamente en Flandes para dedicarse a la práctica en instituciones de salud. Desde entonces practica la sexología en contextos hospitalarios. Muchos hospitales no tenían (o aún no tienen) unidades especializadas en el tratamiento de dificultades sexuales. Es por eso que Geuens comenzó a hacer consultorio externo de sexología en los hospitales de las localidades de Herentals, Hasselt y Heusden-Zolder. En esta última continúa asesorando a pacientes/parejas con diversos problemas sexuales.

Su trabajo en las intersecciones entre ginecología, urología, psiquiatría y endocrinología lo ha convencido de que los sistemas de salud europeos aún tienen mucho camino por recorrer para que la salud y el bienestar sexual de las personas sean tratados con la seriedad que demandan. Con la intención de contribuir a mejorar la salud sexual en el futuro, Sam es miembro activo del comité directivo de la Sociedad Flamenca de Sexología y de la Federación Europea de Sexología, donde colabora para que la sexología y la salud sexual reciban la atención que merecen en Flandes y el resto de Europa.

Hace diez años, incursionó en el ámbito de la partería de una manera muy particular. Estaba en el pasillo de la sala de maternidad de su ciudad natal porque acababa de ser padre por segunda vez cuando recibió una llamada del director de partería de la Universidad, quien le ofrecía dar clases a los estudiantes del grado en partería.

Desde entonces, su principal ocupación ha sido la formación de los estudiantes de partería del Hogeschool PXL, una institución de educación superior de Hasselt, Bélgica, donde dicta clases de psicología y salud mental relacionadas con la reproducción y desarrollo en la primera infancia, la salud y el bienestar sexual, las habilidades de comunicación y orientación, la deontología y la ética clínica. Geuens describe a sus estudiantes de partería

como apasionados y comprometidos, ansiosos por aprender y perfeccionarse. Espera que este libro sirva como guía para que sus pares puedan incorporar la sexualidad en los planes de estudios de partería, para que las matronas en ejercicio se ocupen del bienestar sexual de sus pacientes y para formar a sus colegas sexólogos en todo lo relativo a la sexualidad, el deseo de ser padres, el embarazo y la maternidad/paternidad temprana

Colaboradora de la edición en español



Silvina Valente es Médica, Especialista en Ginecología y Obstetricia y Sexóloga Clínica. Se desempeña como Jefa de Sexología Clínica del Hospital de Clínicas “José de San Martín” dependiente de la Universidad de Buenos Aires, Argentina. Es Presidenta de SASH Sociedad Argentina de Sexualidad Humana y Vicepresidenta de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología (FLASSSES). Miembro de número de AISM (Academia Internacional de sexología médica). Madre de Joaquín.

Colaboradores

Suaad Abdulrehman, MD, NVVS. Parnassia Groep IPSY/Psyq Almere, Almere, Países Bajos.

Sandrine Atallah, MD, FECSM, ECPS. Centro de Salud de la Mujer, Centro Médico de la Universidad Americana de Beirut, Beirut, Líbano.

Erna Beers, MD, PhD. Farmacosexología, SUNSCKS, Hilversum, Países Bajos.

Johannes Bitzer, MD, PhD. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario de Basilea, Basilea, Suiza.

Ruth Borms. Sensoa vzw, Amberes, Bélgica y práctica independiente, Willebroek, Bélgica.

Bente Dahl, PhD, RM, RN. Facultad de Salud y Ciencias Sociales, Universidad del Sureste de Noruega, Kongsberg, Noruega.

Serena Debonnet. Servicio Público Federal: Salud Pública, Bruselas, Bélgica.

Maaïke Fobelets, RM, MSc, PhD. Departamento de Salud Pública, Grupo de Investigación en Bioestadística e Informática Biomédica, Facultad de Medicina y Farmacéutica, Vrije Universiteit Brussel (VUB), Bruselas, Bélgica. Departamento de Formación Docente, Vrije Universiteit Brussel (VUB), Bruselas, Bélgica.

Sam Geuens, MA, MSc, PG. Departamento de Partería, Universidad PXL de Ciencias Aplicadas y Artes, Hasselt, Bélgica.

Center Ambulatorio de Salud Sexual, Hospital Saint Franciscus, Heusden-Zolder, Bélgica.

Woet L. Gianotten, Méd. Psicoterapeuta. Departamento de Ginecología y Obstetricia, Centro Médico Universitario Erasmus, Róterdam, Países Bajos.

Els Hendrix, MSc, BSc. Departamento de Partería, Universidad PXL de Ciencias Aplicadas y Artes, Hasselt, Bélgica.

Agnes Higgins, RPN, RGN, BNS, RNT, MSc, PhD. Escuela de Enfermería y Partería, Universidad de Dublín, Trinity College, Dublín, Irlanda.

Felipe Hurtado Murillo, Doctor en Psicología, Psicólogo Clínico, Enfermero. Unidad de Salud Sexual y Reproductiva “Fuente San Luis”, Departamento Universitario Valencia Doctor Peset, Valencia, España. Profesor de la Especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica, Unidad docente de matronas de la Comunidad Valenciana, Valencia, España.

Astrid Ditte Højgaard, MD, FECSM. Centro Sexológico, Hospital Universitario de Aalborg, Aalborg, Dinamarca.

- Marjolijn Lutke Holzik-Mensink, MSc, Fisioterapia Especializada.** Bekkenfysiotherapie Twente, Centro Especializado de Fisioterapia del Suelo Pélvico, Enschede, Países Bajos. Universidad SOMT de Fisioterapia, Magíster en Fisioterapia Pélvica, Amersfoort, Países Bajos.
- Annelies Jaeken, BSc, RN, RM.** Universidad PXL de Ciencias Aplicadas y Artes, Departamento de Partería, Hasselt, Bélgica.
- Mijke Lambregtse-van den Berg, MD (Psiquiatría infantil y adolescente), PhD.** Departamento de Psiquiatría/ Psiquiatría Infantil y Adolescente, Centro Médico Universitario Erasmus, Róterdam, Países Bajos.
- Evelien Luts, Mg. en Sexología.** Departamento de Atención Médica, Centro para la Innovación en Salud de Bruselas, Universidad Erasmus de Ciencias Aplicadas y Artes de Bruselas, Bruselas, Bélgica. Sexóloga, Amberes, Bélgica.
- Deirdre O'Malley, RN, RM, PhD.** Departamento de Enfermería, Partería y Primera Infancia, Instituto de Tecnología de Dundalk, Dundalk, Louth, Irlanda.
- Patrícia M. Pascoal, PhD.** CICPSI, Facultad de Psicología, Universidad de Lisboa, Lisboa, Portugal. HEI-Lab: Laboratorio Digital de Interacción Humano-Ambiental, Universidad Lusófona, Lisboa, Portugal.
- Hester Pastoor, MSc, ECPS, PhD.** División de Endocrinología Reproductiva e Infertilidad, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Centro Médico Universitario, Róterdam, Países Bajos.
- Petra Petročnik, MSc** Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Liubliana, Liubliana, Eslovenia
- Ana Polona Mivšek, PhD.** Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Liubliana, Liubliana, Eslovenia.
- Catarina F. Raposo, PhD.** Facultad de Psicología y ciencias de la Educación, Universidad de Oporto, Oporto, Portugal. Centro de Psicología, Universidad de Oporto, Oporto, Portugal.
- Aida Martín Redón, RN, RM, MSc.** Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital BovenIJ, Ámsterdam, Países Bajos.
- Gabrijela Simetinger, MD, PhD, FECSM.** Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital General de Novo Mesto, Novo Mesto, Eslovenia.
- Tanja Repič Slavič, PhD.** Terapeuta familiar y de parejas en Instituto de la Familia Franciscana, Universidad de Liubliana, Liubliana, Eslovenia.
- Valerie Smith, PhD, RM, RGN.** Escuela de Enfermería y Partería, Universidad de Dublín, Trinity College, Dublín, Irlanda.
- Xuan-Hong Tomai, MD, PhD.** Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad de Medicina y Farmacéutica, Ho Chi Minh, Vietnam.
- Dilek Uslu, MD-ginecóloga, PhD, FECSM.** Centro Médico, Nisantasi, Estambul, Turquía.
- Silvina Valente, Médica, Esp. Ginecología y Obstetricia, Sexóloga Clínica.** Hospital de Clínicas "José de San Martín" dependiente de la Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Minke van der Velde, MSc.** Seksuologiepraktijk Twente, Centro de Sexología, Enschede, Países Bajos.
- Rik H. W. van Lunsen, MD, PhD.** Departamento de Sexología y Ginecología Psicosomática (jubilado), Centro Médico Universitario de Ámsterdam, experto independiente en salud sexual, Ámsterdam, Países Bajos.
- Joeri Vermeulen, RM, MSc.** Departamento de Salud Pública, Vrije Universiteit Brussel (VUB), Bruselas, Bélgica. Departamento de Partería, Universidad Erasmus de Ciencias Aplicadas y Artes de Bruselas, Bruselas, Bélgica. Departamento de Atención Médica, Centro para la Innovación en Salud de Bruselas, Universidad Erasmus de Ciencias Aplicadas y Artes de Bruselas, Bruselas, Bélgica. Departamento de Salud Pública, Grupo de Investigación en Bioestadística e Informática Biomédica, Facultad de Medicina y Farmacéutica, Vrije Universiteit Brussel (VUB), Bruselas, Bélgica.
- Eva Wendt, RN, RM, Dra. Cs. Med.** Halland, Suecia.
- Liesbeth Westerik-Verschuuren, MSc, Fisioterapia Especializada.** Bekkenfysiotherapie Twente, Centro Especializado de Fisioterapia del Suelo Pélvico, Enschede, Países Bajos. Universidad SOMT de Fisioterapia, Magíster en Fisioterapia Pélvica, Amersfoort, Países Bajos.
- Marleen Wieffer-Platvoet, MSc, Fisioterapia Especializada.** Bekkenfysiotherapie Twente, Centro Especializado de Fisioterapia del Suelo Pélvico, Enschede, Países Bajos.
- Z. Burcu Yurtsal, RM, PhD, Prof. Adj.** Departamento de Partería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Sivas Cumhuriyet, Sivas, Turquía.

Organizaciones auspiciantes

Partería y sexualidad, el manual de salud y bienestar sexual para matronas y otros proveedores de servicios de salud, cuenta con el auspicio de las siguientes organizaciones profesionales internacionales:

EMA	European Midwife Association	 EUROPEAN MIDWIVES ASSOCIATION
ISSM	International Society for Sexual Medicine	
WAS	World Association for Sexual Health	 WAS WORLD ASSOCIATION FOR SEXUAL HEALTH
ESSN	European Society for Sexual Medicine	
EFS	European Federation of Sexology	 EFS EUROPEAN FEDERATION OF SEXOLOGY
ESCRH	European Society of Contraception and Reproductive Health	 ESC THE EUROPEAN SOCIETY OF CONTRACEPTION AND REPRODUCTIVE HEALTH
AFSHR	African Federation for Sexual Health and Rights	 AFRICAN FEDERATION FOR SEXUAL HEALTH AND RIGHTS
FLASSES	Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual	 FLASSES

Principales contribuyentes que hicieron posible la publicación de acceso abierto

Como editores, esperamos que *Partería y sexualidad* tenga un impacto positivo en el ejercicio y la formación actuales en partería y, por extensión, en la salud y el bienestar sexual de las mujeres y sus parejas. Para potenciar ese impacto, decidimos publicar *Partería y sexualidad* bajo una licencia de acceso abierto, es decir, disponible de forma gratuita para cualquier persona, en cualquier parte del mundo, que cuente con conexión a internet.

Por supuesto que el acceso abierto implica costos. A continuación, brindamos un listado de las organizaciones profesionales que no sólo han auspiciado nuestro proyecto sino que también han realizado un aporte financiero. Estamos profundamente agradecidos con quienes han contribuido a mejorar la salud y el bienestar sexual de las mujeres en todo el mundo.

Recibimos importantes donaciones de (en orden aleatorio):

- Foundation for Disease and Sexuality, Hilversum, Países Bajos.
- Departamento de Obstetricia y Ginecología, Centro Médico Universitario Erasmus, Róterdam, Países Bajos.
- Sociedad Austríaca de Promoción de la Medicina y la Salud Sexual (ÖGFSSG), Viena, Austria.
- Departamento de Sexología y Ginecología Psicosomática, Centro Médico Universitario de Groningen (UMCG), Países Bajos.
- Kinderwunschzentrum Heinsberger Höfe, Heinsberg, Alemania.
- Departamento de Salud – Partería y Enfermería, Universidad PXL Ciencias Aplicadas y Artes, Hasselt, Bélgica.
- Departamento de Partería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Liubliana, Liubliana, Eslovenia.
- Escuela de Enfermería y Partería, Trinity College, Dublín, Irlanda.
- International Online Sexology Supervisors (IOSS).
- Sociedad Africana de Medicina Sexual (ASSM).
- Sociedad Británica de Medicina Sexual (BSSM) Gran Bretaña.
- Asociación Científica Neerlandesa de Sexología (NVVS), Países Bajos.
- Asociación Flamenca de Sexología (VVS), Bélgica.
- Soroptimist International; Club Bennekom & Beekdal, Países Bajos; Club Hilversum, Países Bajos.
- Recibimos donaciones individuales provenientes de Armenia, Países Bajos, Noruega, Eslovenia, Sudáfrica y Turquía.

Introducción general

En las últimas décadas, el tema de la sexualidad ha tomado un gran impulso en las sociedades occidentales más prósperas. Sin embargo, este no ha sido el caso (con pocas excepciones) en el ámbito sanitario. Por un lado, la mayoría de los profesionales de la salud evitan el tema. Por otro, la gran mayoría de los pacientes no hablan de sexualidad, incluso cuando tienen preguntas o están atravesando problemas sexuales considerables. En cambio, esperan que sea el profesional quien inicie ese tipo de conversación [1].

Su experiencia especializada en partería/sexología, como formadores pero también como profesionales de la salud en ejercicio, ha permitido a los editores de este libro comprender que lo mismo está ocurriendo hoy en la práctica de la partería. Los libros, revistas y planes de estudio del área [2] casi no se ocupan de la sexualidad y la intimidad, lo cual resulta sorprendente, ya que, precisamente, las etapas de embarazo y la transición hacia la maternidad/paternidad se asocian con numerosos cambios, preguntas, incertidumbres y problemas sexuales que afectan a la pareja.

Algunas matronas parecen cómodas con la noción de sexo entendido sólo como medio para producir un embarazo y, a partir de allí, se enfocan en el bienestar físico y psicológico general de las mujeres durante el embarazo y el postparto. Por otro lado, poco a poco algunos investigadores han comenzado a informar sobre la importancia general de la sexualidad para el bienestar físico y mental de las personas [3]. De manera que, antes de volcarnos de lleno en la descripción de la organización de este volumen, nos detenemos a examinar más de cerca los motivos por los que poner atención a la sexualidad y la intimidad resulta fundamental. A continuación, daremos algunos argumentos que sostienen la importancia de una sexualidad saludable como factor que contribuye al bienestar de la mujer y la pareja.

- La sexualidad es una parte integral de la calidad de vida de las personas y sus relaciones.
- El embarazo cambia la fisiología sexual de la mujer. Puede ser responsable de una disminución (o, a veces, un incremento) del deseo, de una mayor (en algunos casos menor) excitación y de cambios en el orgasmo.
- Casi todos los futuros padres y madres primerizos experimentan cambios emocionales y físicos. Incluso las hormonas gonadales (y la forma en la que influyen en la sexualidad) se modifican durante el embarazo.
- El primer embarazo afecta de manera significativa la relación romántica y sexual de la pareja. La pérdida (o el incremento) del deseo sexual puede influir en los futuros padres. Los verdaderos problemas surgen cuando estos cambios van en direcciones opuestas y la pareja no logra lidiar con ellos.
- Algunas embarazadas y sus parejas tienen miedo de que la actividad sexual perjudique el embarazo, temen incluso que ocasione un aborto espontáneo o parto prematuro. Sin un asesoramiento adecuado, esas preocupaciones no desaparecerán.
- La actividad sexual regular y los orgasmos parecen favorecer los embarazos a término.

- ¡El parto es un desparejamiento! Muchas parejas jóvenes experimentan problemas sexuales después del nacimiento y, para algunas, esto puede traer grandes perjuicios a su felicidad.
- Casi el 5 % de las parejas jóvenes se divorcia en el transcurso de los dos años posteriores al primer parto [4]. Cuando el bebé presenta muy bajo peso, esa cifra puede llegar hasta un 15 %. Los problemas relacionados con la sexualidad y la intimidad son causas representativas de estas separaciones.
- La sexualidad es, para muchos profesionales de la salud, “un tema delicado”. Sin embargo, abordar esta área mejora la relación del profesional con la mujer o la pareja, lo que podría contribuir a que sigan el tratamiento indicado y las recomendaciones generales [1].
- Dada la naturaleza íntima de la relación entre matrona y paciente, este grupo de profesionales es el indicado para promover la salud sexual.

Los argumentos aquí expuestos bien podrían resumirse en la frase:

En partería, la atención sólo puede ser buena si se han abordado la sexualidad y la intimidad de forma adecuada.

Algunos autores evitan hablar de aspectos más amplios de la salud femenina. En su función como primera línea de atención médica, las matronas y otros profesionales dedicados a la maternidad tienen grandes oportunidades de empoderar a las mujeres, gracias a su formación y enfoque. Algunos objetivos fundamentales a los que aspirar son la satisfacción sexual de todas las mujeres y las parejas, la educación sexual integral, el aborto seguro y legal, y el derecho y el poder de tomar decisiones autónomas sobre el propio cuerpo, la sexualidad y la reproducción [5].

Estructura del libro

Este libro consta de cinco módulos. El **Módulo 1** presenta información general sobre sexualidad. Los siguientes dos cubren las etapas de la reproducción, cada una, con su influencia biopsicosocial típica en la sexualidad. Destinar a cada una un capítulo por separado permite que el lector se concentre en cada etapa específica. El **Módulo 2** pone el foco en el desarrollo natural, fisiológico y “saludable” de estas etapas, mientras que el **Módulo 3** se ocupa de los desarrollos problemáticos. El **Módulo 4** aborda temas generales (como la pareja masculina, otras culturas, etc.) y cuestiones complementarias y relevantes. El **Módulo 5** se centra en cómo aprender e integrar la sexualidad en la formación y la práctica de la partería.

Lecturas recomendadas

Las siguientes son tres lecturas adicionales sobre sexualidad de gran relevancia y de destacados autores, publicadas en lengua inglesa. La recomendación no está dirigida a quienes se especializan en sexología y la medicina sexual, pero sí podrá resultar útil para los demás profesionales de la salud.

- Buss, D. M. y Meston, C. M. (2010): *Los secretos de la sexualidad femenina. Por qué las mujeres tienen relaciones sexuales*. Ediciones B. Tapa dura.
- Winston S. (2010): *Anatomía del placer femenino: Mapas secretos para aflorar placeres ocultos*. Casa Libro.
- Nagoski E. (2015): *Tal como eres; La sorprendente nueva ciencia que transformará tu vida sexual*. Simon & Schuster Paperbacks.

Referencias

- [1] Gianotten W. L., Bender J., Post M., Höing M. (2006). Training in sexology for medical and paramedical professionals. A model for the rehabilitation setting. *Sex Relat Ther*, 21: 303-317.
- [2] Percat A., Elmerstig E. (2017). "We should be experts, but we are not!"; sexual counseling at the antenatal care clinic. *Sex Reprod Health*, 14: 85-90.
- [3] Gianotten W. L., Alley J. C., Diamond L. M. (2021). The health benefits of sexual expression. *Int J Sex Health*, 33: 478-93.
- [4] Swaminathan S., Alexander G. R., Boulet S. (2006). Delivering a very low birth weight infant and the subsequent risk of divorce or separation. *Matern Child Health J.*, 10: 473-9. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10995-006-0146-3>
- [5] Forum Generation Equality. <https://forum.generationequality.org/sites/default/files/2021-06/UNW%20-%20GAP%20Report%20-%20EN.pdf>

Módulo 1

ABRIENDO EL CAMINO

Woet L. Gianotten, Sam Geuens y Ana Polona Mivšek

Introducción al Módulo 1

El objetivo de este primer módulo es familiarizar al lector con algunos aspectos generales de la sexualidad y la intimidad para que pueda comprender cabalmente la información contenida en los módulos subsiguientes.

Se presenta como una combinación de discurso filosófico (**Capítulo 1**), aspectos “técnicos” (**Capítulo 2**), “sexología” con una visión práctica sobre aspectos de la función y disfunción sexual (**Capítulo 3**), y cuestiones relativas a sexualidad y salud preventiva (**Capítulo 4**).

Recomendamos a quienes estudian partería y utilizan este material como libro de texto comenzar por el **Capítulo 26**, que trata sobre una habilidad esencial: cómo hablar de sexualidad con los pacientes.

Capítulo 1: Redefinir la sexualidad

Las personas tienen ideas diversas sobre qué es la sexualidad. Este capítulo explora el concepto de “sexo” analizando las diferentes concepciones que suele tenerse al respecto y llevándolo mucho más allá del coito y la masturbación. Estudiamos por qué las personas tienen sexo y ampliamos nuestras ideas sobre el sexo para abarcar mucho más que el romance y la intimidad.

Este modelo proporciona un medio para comprender el comportamiento y funcionamiento sexual, así como las disfunciones. Explora cada dimensión de la sexualidad y sus interdependencias. Por último, proporciona un marco amplio para aplicar un enfoque holístico de la sexualidad: la perspectiva biopsicosocial.

Capítulo 2: Anatomía, fisiología y endocrinología sexual

Este capítulo ofrece más información sobre los aspectos anatómicos, endocrinológicos y fisiológicos del funcionamiento sexual femenino y, aunque en menor medida, sobre aspectos relevantes del funcionamiento sexual masculino. Existen muchas similitudes entre (elementos de) la sexualidad y el embarazo. Por ejemplo, las manifestaciones físicas de la excitación sexual en las mujeres se asemejan a los cambios circulatorios que se producen durante el embarazo, mientras que las contracciones del orgasmo se parecen, en muchos sentidos, a las que ocurren durante el parto.

Este capítulo sienta las bases para comprender el resto del libro, puesto que aborda los cambios fisiológicos y anatómicos más relevantes en las diversas etapas del embarazo, y brinda una descripción detallada de todos los cambios endocrinológicos que se producen durante este y en el postparto.

La pubertad y la menopausia son otras dos etapas de transición relevantes en la vida de la mujer, con grandes cambios hormonales e implicaciones sexuales. Hemos decidido no incluir estos temas aquí y limitarnos sólo a la reproducción.

No desconocemos que en algunos países estos temas han sido integrados a la práctica habitual de la partería. El **Capítulo 30** brinda información sobre el enfoque aplicado en Suecia, donde se llevan a cabo tareas mucho más amplias, que incluyen el cuidado de las mujeres desde la pubertad hasta la menopausia.

Capítulo 3: Sexo: cómo funciona (y qué pasa cuando no funciona)

Para tener un encuentro sexual o masturbarse, una persona no necesita saber “cómo funciona el sexo”. De hecho, al momento de hacerlo, cuanto más se piensa, mayor es el riesgo de que “no funcione”. Sin embargo, ese conocimiento es relevante y fundamental para los profesionales de la salud en su labor diaria.

Este capítulo describe las etapas del proceso sexual (y sus variadas manifestaciones): desde el deseo sexual, pasando por la excitación y el orgasmo hasta llegar a la resolución. Además, se mencionan algunos de los cambios que se producen durante las distintas etapas del embarazo.

Si bien la mayor parte del contenido se concentra en la sexualidad femenina, también nos detenemos en el funcionamiento sexual masculino destacando las diferencias más comunes y relevantes entre géneros.

Se exploran además diferentes tipos de problemas o disfunciones sexuales y sus causas. Comprender por qué las cosas pueden salir mal ayuda a los profesionales de la salud a brindar una mejor atención a las mujeres y parejas que atraviesan problemas sexuales. Se destacan las problemáticas más comunes asociadas al deseo sexual (tanto la falta como el exceso o las discordancias entre la pareja), la excitación (falta de lubricación, disfunción eréctil) y el dolor al tener relaciones sexuales (incluido el vaginismo), entre otras. Los problemas sexuales son relevantes en la práctica de la partería ya que pueden incidir en el bienestar general de la mujer o la pareja, ser la causa de un deterioro de la fertilidad o incluso afectar la calidad de la atención médica.

Se presenta una herramienta simple de diagnóstico para ayudar a las matronas y otros profesionales no especializados en sexología a estructurar su razonamiento clínico respecto de los problemas sexuales de sus pacientes.

Este capítulo no cubre los aspectos del tratamiento, ya que reciben debida atención en el [Capítulo 29](#), de manera que los profesionales sepan qué sucede luego de derivar a sus pacientes.

Capítulo 4: La expresión sexual y sus beneficios para la salud

A la par de los beneficios procreativos de las relaciones sexuales, hay al menos tres argumentos para incluir la sexualidad y la intimidad en lo que se define como una buena atención médica: 1) muchas personas consideran que la sexualidad es relevante para su calidad de vida general y, por tanto, que merece la atención de los profesionales de la salud; 2) abordar la sexualidad y la intimidad mejoraría la interacción entre los profesionales y las parejas; 3) las actividades sexuales tienen beneficios directos en la salud física y mental. Este capítulo se enfoca en estos últimos.

Tener sexo para mejorar la salud puede parecer una idea extraña. Hay quienes podrían pensar que no es más que otra tendencia pasajera de redes sociales, mientras que, para otros podría suponer una idea atractiva. Aunque se trata de un tema poco investigado, poco a poco sale a la luz más información sobre los diversos beneficios de la expresión sexual en la salud. Este capítulo se centra en estos beneficios, en especial los relacionados con la fertilidad y el embarazo.

1.1. Historia de la definición de sexualidad

En las últimas décadas, la sexualidad ha sido redefinida de forma constante, tanto así que las prácticas, identidades, normas y valores sexuales parecieran estar cambiando todo el tiempo.

Si el objetivo es definir la sexualidad con un concepto tangible y utilizable en partería, tenemos que empezar por adoptar una perspectiva amplia sobre el sexo. En los últimos 30 años, numerosos estudios han investigado cómo personas de todos los géneros e identidades sexuales interpretan el “tener sexo”.

En 1999, Sanders y Reinisch publicaron uno de los primeros trabajos, de gran influencia, que reflexionaba sobre cómo los adultos jóvenes interpretan el tener sexo [1]. Desde entonces, muchas investigaciones han explorado el mismo interrogante en diferentes entornos culturales. En una encuesta reciente, Horowitz y Bedford mostraron un cambio en la opinión de los adultos jóvenes sobre el sexo en las últimas décadas [2]. A partir de este estudio de 2016, afirmaron que las definiciones de sexo se explican mejor como categorizaciones que exhiben una estructura graduada, en lugar de categorías fijas (superando la alternativa “sí, es sexo” o “no, no es sexo”). Nuestros propios relevamientos arrojan el mismo resultado; 4 % de los adultos jóvenes indican que el “beso francés” puede considerarse como “tener sexo”, mientras que el 3 % no necesariamente siente que tuvo sexo, incluso cuando han experimentado la penetración peniano-vaginal [3], lo que revela que no existe una definición única que abarque las opiniones de todas las personas respecto de qué es tener sexo. La mayor parte de estas investigaciones está orientada a la conducta sexual de riesgo. Sin embargo, también puede aplicarse a una mejor comprensión de las complejidades de la interacción sexual antes y después del parto e incluso durante el período en que se intenta concebir. En general, podemos decir sin reparos que las ideas que se hacen las personas sobre qué es tener sexo difieren ampliamente entre sí, lo cual es un dato relevante para las matronas.

Tomemos el siguiente ejemplo: una pareja realiza una consulta con una matrona porque tienen deseo de ser padres, pero después de doce meses de intentarlo aún no logran concebir. Cuando la matrona les pregunta “¿Tienen sexo de forma frecuente?”,

¹ **S. Geuens** 

Departamento de Partería, Universidad PXL de Ciencias Aplicadas y Artes, Hasselt, Bélgica. Center Ambulatorio de Salud Sexual, Hospital Saint Franciscus, Heusden-Zolder, Bélgica. E-mail: sam.geuens@pxl.be

E. Hendrix 

Departamento de Partería, Universidad PXL de Ciencias Aplicadas y Artes, Hasselt, Bélgica.

responden “Tenemos mucho sexo”; lo cual no significa que la mujer reciba eyaculaciones intravaginales en todas esas ocasiones.

Otro ejemplo: en la consulta de alta después del parto, antes de irse a casa, la pareja recibe un mensaje bienintencionado: “Es mejor abstenerse de sexo durante seis semanas”. Una recomendación médica tan estricta puede parecer prudente en vistas de minimizar el riesgo de infección y dar a la vulva y la vagina tiempo de recuperación suficiente. Aunque con buenas intenciones, este consejo podría hacer que la pareja evite tener otras experiencias sexuales satisfactorias y perfectamente seguras más allá de la penetración vaginal. Los profesionales de la salud deben ser muy claros al comunicarse y prestar atención al lenguaje que utilizan. Si el mensaje para la pareja es “Cuidado con las infecciones vaginales causadas por tener sexo con penetración antes de que la vagina se recupere por completo del parto”, entonces se debe indicar de forma clara que la pareja debe abstenerse de cualquier forma de penetración vaginal, a lo que, de preferencia, deberá seguir una aclaración, también explícita, sobre los comportamientos sexuales que no generan complicaciones: “Todas las demás formas de contacto íntimo y sexual, como besos, abrazos, estimulación de los senos o del clítoris, son perfectamente seguras”. Este tipo de mensajes son importantes, ya que los estudios señalan que los momentos de intimidad sexual entre las parejas jóvenes son una forma de reconectar al inicio de la maternidad/paternidad, un período que puede ser muy estresante para algunas parejas.²

Tener una idea más amplia de lo que significa el sexo para diferentes parejas puede ayudar a las matronas a dar información y mensajes claros a sus pacientes, pero también a pensar en posibles soluciones para las dificultades sexuales que estos atraviesan. Volvamos al ejemplo de los padres primerizos que acaban de salir de la sala de maternidad. Esta pareja, que siempre vio el coito vaginal como una forma de mantener su conexión, podría padecer el no poder hacerlo durante las primeras semanas a causa de la indicación de abstenerse. Cuando la idea que la pareja tiene del sexo también incluye, por ejemplo, la masturbación en pareja, es decir, cuando uno o ambos se masturban mientras mantienen un contacto físico e íntimo, un consejo útil podría ser reemplazar el coito con esta práctica por un tiempo.

Volviendo a los estudios sobre las definiciones de sexualidad, pocas personas tienden a considerar la masturbación en pareja como una forma de “tener sexo”. Una investigación realizada en Canadá [4] encontró que sólo el 3,7 % de las personas consideran la masturbación en presencia de otra persona hasta llegar al orgasmo como “tener sexo”. Imaginemos a una pareja que busca la manera de mantenerse sexualmente activa pero su repertorio sexual habitual se ha vuelto difícil de sostener porque pasó poco tiempo desde un parto vaginal y la penetración resulta dolorosa. Contar con el asesoramiento de una matrona, que tiene una mirada más amplia sobre el sexo y muchas otras formas de actividad sexualmente estimulante (además de la penetración), podría ser una gran ventaja. Estas matronas estarán más inclinadas a preguntar por detalles clínicos relevantes, por lo que conectarán mejor con las necesidades y prácticas reales de la pareja en lugar de hacer suposiciones basadas en su propio marco de referencia. Pensemos, por ejemplo, en una mujer que manifiesta sentir dolor durante el coito y le dice a su matrona que realiza juegos eróticos previos con su pareja. “Juegos

2 Para obtener información más detallada sobre la sexualidad postparto, ver los [Capítulo 8](#) y [Capítulo 14](#)

previos” puede significar muchas cosas, desde una iluminación ambiental tenue, música romántica y masajes en la espalda hasta estimulación manual u oral de los genitales. Con una referencia tan amplia, la matrona le preguntará qué quiere decir con “juegos previos”, a sabiendas de que la falta de excitación física y lubricación podría ser la causa del dolor. Aunque la iluminación ambiental, la música romántica y los masajes pueden ser formas adecuadas de generar intimidad y deseo sexual en la pareja, no en todas las mujeres causan niveles altos de excitación física y lubricación de inmediato. Por lo general, se necesitan actividades más sexuales e incluso estimulación genital directa.

1.2. Por qué las personas quieren “tener sexo” y qué es lo que en verdad desean en la práctica

Al hablar de sexualidad durante una consulta debemos usar un lenguaje claro y explícito.³ Si reconocemos que la frase “tener sexo” puede adquirir tantos significados diferentes en la mente de las personas, es fácil imaginar que el uso de fórmulas aún más abstractas como “intimar” o “tener relaciones” provoque malentendidos entre profesional y paciente. El hecho de que el término “sexo” abarque una variedad tan amplia de prácticas y comportamientos (que pueden o no traer aparejados riesgos para la salud) tiene numerosas implicancias clínicas. Además, las ideas sobre el sexo pueden variar incluso al interior de la misma pareja, en virtud del significado emocional y de la importancia que le atribuyan a las prácticas sexuales, las cuales, además, pueden variar según el contexto: en general, las personas consideran los encuentros sexuales de una sola noche como una forma de “pasarla bien”, mientras que tener sexo en una relación comprometida casi siempre tiene significados adicionales, como expresar sentimientos amorosos, querer sentirse reconfortado, etc. Los investigadores han demostrado que las personas tienen sexo por numerosas razones que van desde querer “experimentar placer físico” y “concebir” hasta querer “aliviar cólicos menstruales” y “ser más popular/mejorar su estatus social” [5].

Con respecto a la importancia del sexo durante el embarazo, un estudio reciente indicó que al interior de las parejas existen diferencias en la importancia que cada cual atribuye a mantenerse sexualmente activo [6]. En estos casos, la matrona debe ayudar a conservar una actitud positiva hacia la sexualidad para que la pareja pueda mantener su nivel de satisfacción sexual y felicidad durante el embarazo.

1.3. La salud sexual y el lugar que ocupa en la práctica de la partería

Un buen enfoque profesional de la sexualidad en el ámbito de la partería (y de la salud en general) debe ser amplio. La Organización Mundial de la Salud proporcionó un marco general en 2006 al proponer una definición de salud sexual:

3 Sobre cómo “hablar de sexualidad” con pacientes, ver [Capítulo 26](#).

La salud sexual constituye un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia [7].

Es así que la OMS reconoce a nivel mundial la sexualidad como parte integral de la salud y el bienestar general de las personas. Partiendo de esta base teórica, define varios parámetros necesarios para garantizar la salud sexual, entre ellos, la capacidad de los hombres y las mujeres para lograr la salud y el bienestar sexual depende de que:

- tengan acceso a información integral de buena calidad sobre sexo y sexualidad;
- conozcan los riesgos que pueden correr y su vulnerabilidad ante las consecuencias adversas de la actividad sexual sin protección;
- puedan acceder a la atención de salud sexual;
- compartan un entorno que afirme y promueva la salud sexual.

Los problemas relacionados con la salud sexual pueden ser muy diversos y abarcan la orientación sexual y la identidad de género, la expresión sexual, las relaciones y el placer. También incluyen consecuencias negativas o trastornos como infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), infecciones de transmisión sexual y del aparato reproductor, y sus consecuencias adversas (p. ej., cáncer e infertilidad); embarazos no deseados y abortos; disfunción sexual; violencia sexual; y prácticas nocivas (como la mutilación genital femenina [MGF]) [7].

Al observar esta definición, es evidente que, si se pusiera en práctica de forma plena, sus consecuencias serían de gran alcance. Lo primero que debemos comprender es que la salud sexual es mucho más que mantener un nivel de salud física que permita tener experiencias sexuales. No es sólo una cuestión física y tratar de no contraer infecciones, discapacidades/impedimentos o disfunciones que podrían dañar el potencial de expresión sexual. Junto al aspecto físico, reconocemos las dimensiones psicológicas y sociales de la salud sexual como factores de igual relevancia para considerar a una persona sexualmente sana. El modelo biopsicosocial, en la actualidad uno de los principales modelos aplicados a la salud en general, se hace eco de esta filosofía [8]. Plantea que debemos entender la salud como una búsqueda constante de equilibrio entre las dimensiones físicas, psicológicas y sociales del ser de las personas. Sólo cuando estos tres aspectos de igual importancia están en armonía la persona puede considerarse “sana”. Este modelo también indica que las tres dimensiones se superponen y se entrecruzan, es decir que cuando una de ellas se desequilibra (la física, supongamos, por una hiperémesis), tarde o temprano esto afectará a las otras dos dimensiones. Como resultado, la persona sufrirá un desequilibrio, podría manifestar, por ejemplo, un estado depresivo y ser incapaz de contribuir con las tareas domésticas, experimentar una disminución o ausencia de deseo sexual, lo que posiblemente afecte la relación de pareja, etc. Lo mismo se aplica a la salud sexual: las dimensiones física, psicológica y social (tanto en lo individual como en lo recíproco) deben estar en equilibrio para que la pareja pueda tener experiencias sexuales placenteras. Sólo entonces podremos decir que la persona goza de un estado de salud sexual

óptimo.⁴ Esto también implica que cualquier problema sexual puede tener causas de fondo en una de estas dimensiones o incluso en todas. Si no se tratan, los problemas sexuales se agravan con el pasar del tiempo, incluso cuando la causa originaria ya no genera inconvenientes (por ejemplo, una vieja cicatriz de episiotomía que solía producir dolor durante la penetración), pueden surgir factores que hacen perdurar el problema (por ejemplo, tensión del suelo pélvico como respuesta asociada al miedo) porque la causa original no se trató en su momento. Si no se toma acción, los problemas originados en una dimensión seguro comienzan a afectar a las demás. Por desgracia, debido al estigma social asociado a los problemas sexuales, las personas tienden a esperar demasiado antes de consultar con un profesional. Por ejemplo, en Flandes, los investigadores descubrieron que el tiempo promedio que las personas dejan pasar entre la primera manifestación de un problema sexual y la consulta con un profesional de la salud es de siete años [9].

Después de constatar que la salud sexual requiere un equilibrio entre el bienestar físico, mental y social de las personas, la definición de la OMS establece que esta sólo se puede alcanzar si las experiencias sexuales son seguras y placenteras. En resumen, si queremos que nuestros pacientes sean sexualmente sanos es nuestra responsabilidad asegurarnos de que puedan disfrutar de su sexualidad. Para las matronas, esto significa alentar de manera activa a las parejas a mantener una sexualidad placentera mientras intentan concebir (sin importar cuánto tiempo les lleve), durante el embarazo y siendo padres jóvenes. Si adoptamos un enfoque amplio, debemos asegurarnos de que cuando nuestros pacientes desean tener experiencias sexuales placenteras, incluso aquellos que están internados en instituciones de salud, se les permita hacerlo, a pesar de su estado físico o mental y del entorno social limitado.

Pensemos, por ejemplo, en una mujer que está internada por hiperémesis en la décima semana de embarazo. Una estadía prolongada en un entorno hospitalario hace que sea difícil para la pareja mantener cierto nivel de intimidad y mucho menos de sexualidad. Incluso aquí se debe aplicar la misma perspectiva sobre la salud sexual y deberían poder acostarse juntos, abrazarse, besarse, etc. durante el período de internación. Sobre todo en casos como este, sabemos que mantener la intimidad y la sexualidad viva durante el embarazo es un factor crítico para prevenir problemas sexuales luego del parto y entre padres jóvenes. Desde este enfoque, entendemos que todavía queda un largo camino por recorrer para llevar a la práctica la visión de la OMS sobre salud sexual.

Retomando el mensaje de la OMS, en 2019 la Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS) publicó su Declaración sobre el Placer Sexual [10].

El placer sexual es la satisfacción y disfrute físico y/o psicológico derivado de experiencias eróticas compartidas o solitarias, incluyendo pensamientos, fantasías, sueños, emociones y sentimientos. La autodeterminación, el consentimiento, la seguridad, la privacidad, la confianza y la capacidad de comunicarse y negociar relaciones sexuales son factores clave para que el placer contribuya a la salud y el bienestar sexual. El placer sexual debe ejercerse dentro del contexto de los derechos sexuales, particularmente los derechos a la igualdad y la no discriminación, la autonomía y la integridad corporal, el derecho al más alto nivel posible de salud y

⁴ Algunas personas pueden encontrar un equilibrio incluso cuando sufren problemas físicos, psicológicos o sociales ya que han aprendido a lidiar con ellos para que no afecten su vida cotidiana.

libertad de expresión. Las experiencias de placer sexual humano son diversas y los derechos sexuales garantizan que el placer sea una experiencia positiva para todos los interesados y que no se obtenga al violar los derechos humanos y el bienestar de otras personas [10].

La WAS intentó cerrar la brecha entre la teoría y la práctica. Para implementar su visión del placer sexual, declaró que: “La inclusión programática del placer sexual para satisfacer las necesidades, aspiraciones y realidades de las personas en última instancia contribuye a la salud global y al desarrollo sostenible, lo que requiere una acción integral, inmediata y sostenible” [10].

Para lograr este objetivo, las matronas pueden, por ejemplo, examinar los folletos de información general que utilizan: ¿Incluyen el tema sexualidad? Los docentes podrían tener que revisar el material de las asignaturas que dictan: ¿Se vincula con la sexualidad? (p. ej., al enseñar sobre lactancia materna, aborda también sus efectos en la sexualidad), etc.

1. A partir de estos lineamientos, se pueden resumir los siguientes elementos clave para una práctica de la partería que incluya la salud sexual:
2. La salud sexual es una parte integral de la salud y el bienestar general de las personas y demanda un enfoque biopsicosocial.
3. La satisfacción sexual es un componente necesario de una vida sexual saludable.
4. Las matronas tienen la obligación profesional y moral de promover la salud sexual de sus pacientes brindándoles información precisa y, si fuera necesario, orientación sobre cuestiones relacionadas con la sexualidad.
5. Su responsabilidad para que se traten estas cuestiones se extiende a todos los niveles: micro (en relación con su pacientes/las parejas), meso (dentro del ámbito de práctica más amplio, entre colegas y en las organizaciones profesionales) y a nivel macro (contribuyendo a reducir en la sociedad el tabú que pesa sobre la sexualidad, dando así continuidad a la tarea de deconstruir los mitos que la rodean e influir en políticas locales y globales).

En conclusión, la única práctica buena de la partería es la que se muestra sensible hacia la salud sexual.

Referencias

- [1] Sanders S. A., Reinisch J. M. (1999): Would you say you “had sex” if ...? *JAMA*, 281: 275-277.
- [2] Horowitz A., Bedford E. (2016): Graded structure in sexual definitions: categorizations of having “had sex” and virginity loss among homosexual and heterosexual men and women. *Archives of Sexual Behavior*, 46: 1653-1665.
- [3] Geuens S., Willems L., Nuyts E. (2018): What is sex? exploring the links between students’ definitions of sex and their safe-sex behavior., Own data, What is sex? https://www.researchgate.net/publication/366465249_Findings_descriptive_stats.
- [4] Randall H. E., Byers E. S. (2003): What is sex? Students’ definitions of having sex, sexual partner, and unfaithful sexual behaviour. *Can J Hum Sexuality*, 12: 87-96.
- [5] Meston C. M., Buss D. M. (2007): Why humans have sex. *Arch Sex Behav*, 36: 477-507.

-
- [6] Tavares I. M., Barros T., Rosen N. O., et al. (2021): Is expectant couples' similarity in attitudes to sex during pregnancy linked to their sexual wellbeing? A dyadic study with response surface analysis. *J Sex Res*, 58: 1-13.
- [7] Organización Mundial de la Salud (2006): *Salud sexual*. <https://www.paho.org/es/temas/salud-sexual-reproductiva>
- [8] Bolton D., Gillett G. (2019): The biopsychosocial model of health and disease, new philosophical and scientific developments. *Cham: Springer Nature*.
- [9] Buysse A., Caen M., Dewaele A., et al. (2013): Sexual health in flanders: [sexpert]. *Gent: Academia Press*.
- [10] Asociación Mundial para la Salud Sexual (2019): *Declaración sobre el placer sexual*. https://www.worldsexualhealth.net/_files/ugd/793f03_3009358b707e48e289f38580c43fbeat.pdf?index=true

2.1. Introducción

Para comprender la fisiología de la respuesta sexual es esencial un conocimiento básico de los genitales y demás partes del cuerpo asociadas con la respuesta sexual humana. Dado que las matronas y los profesionales de la salud dedicados a la obstetricia están familiarizados con gran parte de la anatomía y fisiología del área, este capítulo tratará principalmente los aspectos relevantes para la sexualidad. Resulta aquí apropiado abordar en detalle la fisiología y anatomía de “la maquinaria sexual femenina” debido a las numerosas similitudes entre sexualidad y reproducción. En muchos sentidos, la excitación sexual se asemeja a los cambios circulatorios del embarazo; por ejemplo, el parto, el orgasmo y la lactancia materna tienen bastante en común, incluido el control hormonal y la capacidad de “soltarse”.

El capítulo analiza diversos elementos de la anatomía y sus cambios en las etapas del embarazo, incluidos cambios y aspectos fisiológicos y endocrinológicos importantes.

Gran parte de la información comprendida en este capítulo fue extraída de los libros de Masters y Johnson y de Bancroft [1-3], por lo que, en adelante no se reiterarán las referencias a esas obras.

2.2. Anatomía femenina

Los genitales femeninos se pueden dividir en internos: vagina, cuello uterino, útero, trompas de Falopio y ovarios, y externos: vulva, monte de Venus, clítoris, labios mayores y menores, es decir, las estructuras que rodean la hendidura vulvar [4].

El monte de Venus es el área cubierta de vello sobre el hueso púbico que forma el límite anterosuperior de la hendidura vulvar y finaliza en el margen anterior del cuerpo perineal. Los labios mayores, llamados también externos, son carnosos y voluminosos y conforman los límites laterales de dicha hendidura. En la parte frontal

¹ G. Simetinger 

Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital General de Novo Mesto, Novo Mesto, Eslovenia.
E- mail: gabrijela.simetinger@sb-nm.si

se unen creando la comisura anterior frente al glándulo del clítoris, mientras que en el extremo opuesto forman la comisura posterior. En sus laterales, la piel de los labios externos presenta pigmentación, es ligeramente arrugada y tiene vello, en tanto que la superficie que da hacia la vagina es lisa y está cubierta de numerosas glándulas sebáceas. Los labios externos se unen formando el introito vaginal. Los labios menores, aquí llamados labios internos, pueden ser más pequeños (o más grandes); varían en tamaño (largo: 61 ± 17 mm, ancho: 22 ± 9 mm, rango: 7-50 mm). En su parte frontal, se dividen en dos capas que forman el prepucio y el frenillo del clítoris. No tienen grasa subcutánea ni vello, sino que están formados de piel elástica y tejido eréctil con una apariencia entre lisa y bastante rugosa.

La estructura clitorídea se puede pensar como un iceberg. Tiene una pequeña parte que es visible, el glándulo, pero el resto es profundo y está oculto debajo de la piel. Es un conjunto tridimensional de tejidos eréctiles y esponjosos [5], los más conocidos son la línea media que comprende el glándulo (5-10 mm de largo) y el cuerpo del clítoris (10-60 mm de largo). Se divide en dos cruras (25-70 mm de largo), que se doblan hacia los lados y se recuestan cerca de las ramas isquiopúbicas. Desde el eje del clítoris, sus bulbos, también llamados bulbos vestibulares (15-70 mm), se doblan a ambos lados alrededor de la entrada de la vulva, debajo de los labios externos.

El cuerpo y los cruras del clítoris contienen tejido cavernoso (como en el cuerpo cavernoso masculino). El cuerpo del clítoris es capaz de tener una erección y cuando esto ocurre y se alcanza un nivel pleno de excitación, el clítoris se vuelve más visible. Al igual que en el cuerpo esponjoso masculino, los bulbos vestibulares y el glándulo son de tejido esponjoso. Los bulbos inflamados estrechan ligeramente la entrada de la vulva. Un ligamento suspensorio conecta el cuerpo del clítoris con la sínfisis.

Bilateralmente, los músculos isquiocavernosos se originan en las ramas isquiopúbicas y se insertan en el crura del clítoris.

Si bien la capucha o prepucio del clítoris (comparable al prepucio masculino) puede retraerse, por lo general cubre el glándulo para prevenir el dolor, porque al contacto directo con este, como es densamente innervado, tiende a causar demasiada sensibilidad.

Las "glándulas parauretrales" forman la parte triangular del vestíbulo vaginal que rodea el meato urinario. Se extienden desde debajo del glándulo hasta el introito vaginal y en sus extremos laterales hasta los labios internos. El vestíbulo vulvar incluye el área vulvar entre la parte inferior del clítoris, la cara medial de los labios internos y el frenillo (el pliegue que conecta los labios internos en su parte posterior) [4].

El himen forma el límite entre la vulva y la vagina. Es una capa de tejido, generalmente delgada (a veces es gruesa) que suele tener forma de media luna en las niñas pequeñas, pero puede tomar otras formas. En la pubertad, la elasticidad de su circunferencia aumenta [6]. El himen es objeto de mucha confusión y temor. Puede ser difícil determinar si la penetración ha tenido lugar en niñas. De la pubertad en adelante, incluso para un médico experimentado, es muy complejo "probar la virginidad". Al primer coito/penetración se le llama desfloración. No suele ser acompañada de pérdida de sangre, pero existe esa posibilidad y dependerá de la variación anatómica. Si la vulva está bien lubricada no es común que la desfloración venga acompañada de dolor, aunque podría ocurrir. La mayoría de los dolores que se sienten en el primer coito son el resultado de una combinación de miedo y falta de lubricación.

En estado de reposo, la vagina es un conducto colapsado con una sección transversal en forma de H que suele tener una longitud de 10-11 cm hasta la profundidad del fórnix posterior. Sus partes profundas son más sensibles que las superficiales [7], y la pared anterior es más sensible que la posterior.

El suelo pélvico no es plano ni horizontal. Se le llama músculo elevador del ano y consiste en varios grupos musculares distintos, de los cuales el iliococcígeo y el pubococcígeo son los más importantes. En estado de reposo, ambos músculos soportan la vagina y el recto y, junto con la fascia presacra, forman la placa elevadora. Los genitales femeninos cuentan con un rico suministro de sangre arterial. La arteria pudenda interna y la rama superficial de la arteria femoral irrigan los labios; el clítoris recibe suministro sanguíneo de la rama terminal de la arteria ilíaca interna, la arteria común del clítoris, que se ramifica en las arterias profunda y dorsal; las arterias uterina e hipogástrica irrigan la parte interna de la vagina; las arterias del clítoris y la arteria hemorroidal media irrigan la parte externa [2, 4].

2.3. Anatomía masculina

La túnica albugínea, que es un tejido cilíndrico, fibroso y rígido, encapsula un par de cuerpos cavernosos fusionados. Estos espacios vasculares esponjosos de tejido eréctil forman el eje o cuerpo del pene. Ver [Figura 2.1](#).

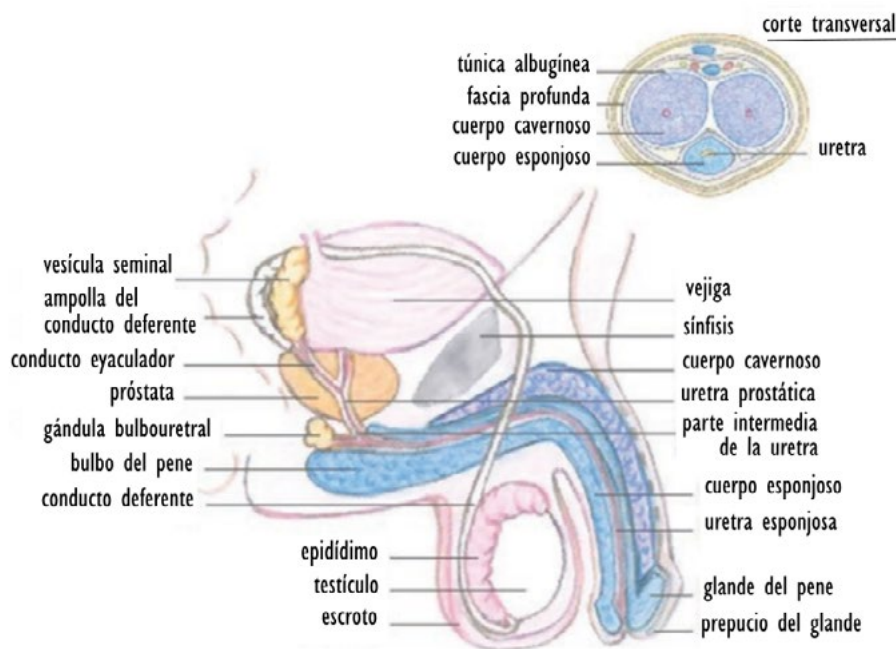


Figura 2.1. Anatomía masculina.
Ilustración de Gabrijela Simetinger y Helena Černež.

La túnica albugínea combina un espacio interno que se llena de sangre y una capa exterior robusta (algo parecido a la cámara y la carcasa de un neumático), que

forman la estructura fundamental para un pene rígido y completamente erecto. La raíz del pene está unida a una capa muscular, formada por los músculos bulboesponjoso e isquiocavernoso, que se contraen voluntaria y semivoluntariamente durante el desarrollo de la erección y también rítmicamente durante el orgasmo. Debajo de los cuerpos cavernosos fusionados se encuentra el cuerpo esponjoso, que rodea la uretra en su extensión a lo largo de la superficie inferior del pene y que, cerca de la punta del pene, se expande hacia el glande.

En el varón no circuncidado, una capucha de piel laxa, el prepucio, cubre el glande. El frenillo, que es un pliegue longitudinal de piel, une el prepucio a la cara inferior del glande. Pasando por el bulbo uretral dilatado y antes de su unión con la vejiga urinaria, la uretra masculina atraviesa la glándula prostática, una estructura fibromuscular firme con glándulas que aportan líquido complementario a la eyaculación. El pene recibe su suministro de sangre de la arteria pudenda interna, una de las ramas terminales de la arteria ilíaca interna.

Los testículos o gónadas masculinas se encuentran en el escroto, una bolsa exterior de piel y músculo. Dentro de este, la posición de los testículos es controlada por los músculos cremaster y dartos, responsables de mantener los testículos a una temperatura menor que la corporal modificando de forma activa su distancia respecto del cuerpo. Un túbulo largo y apretado, el epidídimo, se recuesta sobre los testículos y finaliza en el conducto deferente que lleva a la glándula prostática. En el epidídimo tiene lugar la maduración final de los espermatozoides. Detrás de la vejiga y la glándula prostática se encuentran las vesículas seminales, unos sacos alargados que secretan fluido necesario para la viabilidad de los espermatozoides.

2.4. Suministro nervioso de los genitales masculinos y femeninos

Los genitales y los músculos del suelo pélvico son regulados por el sistema nervioso simpático y parasimpático (nervios pélvicos, nervio hipogástrico, cadenas simpáticas paravertebrales) y por el nervio pudendo (somático). Estos nervios transmiten impulsos desde el cerebro y la médula espinal controlando las funciones motoras, secretoras y vasculares o mediando las sensaciones placenteras o dolorosas. Los nervios autónomos regulan el flujo sanguíneo y las contracciones involuntarias del músculo liso que pueden acompañar la excitación, mientras que los nervios somáticos controlan las respuestas voluntarias de los músculos estriados que suelen ocurrir con el orgasmo. La información sensorial de los genitales o el cerebro puede facilitar la excitación y las respuestas orgásmicas. Tanto los sistemas somático como autónomo median estos procesos. Los nervios pélvico y pudendo transmiten la información aferente (sensorial) y eferente (motora) durante los reflejos urogenitales. En tanto que el nervio pudendo (somático) transmite estímulos sensoriales desde el perineo, el pene, el clítoris, la uretra y la musculatura del suelo pélvico. El diminuto nervio dorsal del complejo clitorídeo constituye la rama terminal del nervio pudendo y concluye en un plexo de terminaciones nerviosas en el glande del clítoris y los cuerpos cavernosos.

2.5. Endocrinología de la respuesta sexual

El comportamiento de los prepúberes difiere entre niños y niñas. Es posible encontrar una causa en la cultura y la educación, aunque estas sólo explican una pequeña parte de la cuestión. La explicación más significativa la brindan las hormonas, sin embargo, antes de la pubertad, ni los niños ni las niñas cuentan con hormonas gonadales. La respuesta, entonces, se halla en un momento mucho más temprano, durante la vida intrauterina. De forma predeterminada se desarrolla un bebé femenino y alrededor de las ocho semanas de embarazo el patrón cromosómico XY estimula las células que se convertirán en los testículos, encargados de producir testosterona (T). Esta hormona es responsable de la anatomía masculina y de conexiones cerebrales que se distinguen de las femeninas [1]. El desarrollo neuronal durante la vida intrauterina, el llamado “cableado cerebral dimórfico”, es responsable de muchas diferencias del comportamiento entre mujeres y hombres. Si bien se han realizado numerosas investigaciones dedicadas al tema, no hemos arribado aún a una comprensión plena de la influencia de las hormonas, los neuropéptidos y neurotransmisores en la actividad sexual. Sí es cierto que existe mayor evidencia respecto de la sexualidad masculina que de la femenina y entre las mujeres, hay más información sobre las no embarazadas.

La *testosterona* parece ser la hormona más importante para la actividad sexual, influye directa e indirectamente (a través del estado de ánimo y la energía) en el deseo. Un nivel alto aumenta la excitabilidad, las fantasías sexuales y la actividad sexual. Esta última (p. ej., el coito) también aumenta los niveles de T en hombres y mujeres, y en aquellas que no usan anticonceptivos hormonales, los pensamientos sexuales tienen el mismo efecto [8].

La *oxitocina*, muy conocida en obstetricia, tiene un papel influyente en la sexualidad, ya que se eleva con la excitación sexual y el orgasmo.

La *prolactina*, una hormona peptídica con una función importante en la lactancia, también parece tener incidencia en la sexualidad: después del orgasmo los niveles de prolactina aumentan, lo que reduce el deseo sexual. Lo mismo ocurre con esta hormona durante la lactancia. Se presume que esta “inhibición sexual” generada por la prolactina actúa a través de la inhibición de la actividad dopaminérgica.

Hombres y mujeres difieren mucho en sus fluctuaciones hormonales a lo largo del tiempo. La fluctuación diurna de ambos muestra el nivel más alto de hormonas gonadales por la mañana. Por lo demás, las hormonas masculinas presentan niveles muy predecibles y estables (o aburridos), una de las razones por las que el grueso de las investigaciones médicas se realiza en hombres. En cambio, entre la pubertad y la menopausia las mujeres experimentan cambios significativos en sus hormonas gonadales a lo largo del mes, intercalando además extensos períodos de embarazo y lactancia y uso de anticonceptivos, todos factores que afectan el cuerpo y la mente. Esto vuelve a las mujeres mucho más complejas (o interesantes), menos predecibles y con un riesgo mayor de experimentar depresión, lo que las convierte en sujetos de investigación menos confiable.

2.5.1. Mujeres

La influencia de la *testosterona* en la sexualidad femenina no es tan clara como en la masculina. Esto podría explicarse por la mayor influencia que tienen el contexto y los factores psicológicos y afectivos coexistentes en las mujeres, y porque, además, la sensibilidad a la testosterona varía en gran medida de una mujer a otra. Los niveles altos de testosterona femeninos se asocian más a un deseo individual o solitario y una mayor frecuencia de masturbación y no tanto a un deseo diádico (aunque sólo cuando se controla el cortisol y el estrés social percibido). Como se mencionó, esta hormona tiene una influencia importante en el estado de ánimo, la energía y la excitabilidad.

El *estradiol* es fundamental para la salud vaginal. Sus niveles son muy altos durante el embarazo y disminuyen bruscamente después del parto, en especial cuando la mujer está amamantando. La atrofia vaginal resultante es comparable con la que sufren muchas mujeres durante la menopausia. Es tentador buscar en esta atrofia la causa de la dispareunia (dolor durante el coito). Sin embargo, esta suele ser el resultado de una lubricación insuficiente producto de una baja excitabilidad, una mala comunicación entre la pareja y una estimulación sexual insuficiente.

La *oxitocina*, uno de los péptidos, tiene múltiples funciones reproductivas. Durante la lactancia, facilita el reflejo de eyección de leche y durante el parto, estimula las contracciones uterinas. Por otro lado, cuando la excitación es grande, al igual que en el orgasmo, los niveles de oxitocina aumentan de varias maneras interrelacionadas. Por ejemplo, la estimulación sexual durante el parto mejora las contracciones uterinas. Así como un orgasmo en la mujer lactante puede ocasionar la salida de leche, la lactancia materna puede provocar sensaciones placenteras en la zona uterina y, a veces, hasta orgasmos.

La presión intraparto sobre el cuello uterino y la pared vaginal (ya sea por el ingreso del pene, el tacto vaginal o el movimiento de la cabeza del feto) provoca una elevación de la oxitocina (reflejo de Ferguson), lo que permite pujar.

La *beta-endorfina*, otro neuropéptido con propiedades analgésicas, tiene incidencia en el parto y la sexualidad. Los niveles altos de oxitocina parecen provocar la liberación de β -endorfina, lo que eleva el umbral del dolor. Durante el embarazo y el parto, pero también en otros momentos, la estimulación del clítoris y la pared vaginal anterior aumenta este umbral, especialmente cuando viene acompañada de un orgasmo.

2.5.2. Hombres

La testosterona desempeña un rol vital en los hombres en lo que concierne al deseo sexual, la excitabilidad ("calentarse"), las fantasías sexuales y las erecciones espontáneas (nocturnas y matutinas).

Los niveles de testosterona masculinos se ven afectados por la reproducción y la paternidad. Cuando una pareja intenta concebir, el hombre presenta un incremento mensual de esta hormona hacia la mitad del ciclo hormonal de la mujer.

En la segunda mitad del embarazo, sus niveles de testosterona caen (y en algunos hombres, se eleva el nivel de estrógeno), lo que puede derivar en un deseo sexual disminuido.

Después del (primer) nacimiento, el nivel de testosterona permanece más bajo que antes del embarazo, causando posiblemente que el hombre reaccione mejor cuando el bebé llora. Es decir que, en los hombres, estos niveles difieren según su rol social: son más bajos en padres recientes, más elevados en hombres en pareja sin hijos y aún más en los solteros.

2.6. Respuesta sexual y función sexual

Cuando Masters y Johnson comenzaron a investigar la sexualidad en su laboratorio, describieron las respuestas sexuales visibles del cuerpo en un modelo que incluía las siguientes fases: excitación, fase de meseta, orgasmo y resolución [1]. Más tarde, los investigadores añadieron la fase del deseo sexual. En sexología, las fases de meseta y de resolución rara vez son relevantes, por lo que se tiende a utilizar el modelo deseo-excitación-orgasmo para representar la función sexual. Sin embargo, en el embarazo, la fase de resolución es relevante porque coincide con un exceso de la congestión genital.

La sexología define la excitación sexual fisiológica en los seres humanos como el aumento de la activación autónoma que prepara al cuerpo para la actividad sexual. Esta incluye el incremento del flujo sanguíneo parasimpático a los tejidos genitales y eréctiles, en particular el clítoris, los labios vaginales, el epitelio vaginal y el pene, así como del flujo sanguíneo simpático desde el corazón hacia varios músculos estriados y lisos que participan de la respuesta sexual [2].

La excitación también tiene un componente central que mejora el “tono” neuronal o la disposición para responder a los incentivos sexuales, también llamado “excitabilidad del sistema sexual”. Las personas son capaces de percibir la excitación sexual periférica y central como subjetiva, lo que puede mejorar la capacidad de respuesta de los tejidos genitales y contribuir a respuestas copulatorias específicas, como la latencia orgásmica o eyaculatoria. En otras palabras, mayor excitación equivale a orgasmos o eyaculaciones más rápidos [4].

Entre mujeres y hombres hay varias diferencias visibles.

Deseo Al estar en gran medida determinado por las hormonas, el deseo sexual tiende a ser mayor en los hombres (porque tienen niveles de testosterona mucho más elevados).

Excitación La presencia o ausencia de excitación genital masculina (erección) es visible e inconfundible, en cambio, muchas mujeres ni siquiera logran percibir si están lubricadas (húmedas).

Esto se corresponde con el hecho de que la erección es una parte esencial de la identidad masculina. Para muchos hombres, el no tener una erección “cuando se necesita” los hace sentir inseguros. Para las mujeres, la ausencia de lubricación es mucho menos crítica. Se puede remediar con saliva u otro lubricante y, por lo general, no afecta su identidad femenina. Puede causar dolor, pero esto no representaría un problema mayor a menos que se convierta en parte de un círculo vicioso de dolor.

Orgasmo En los hombres, el orgasmo va seguido de un período refractario por el que no pueden volver a comenzar de inmediato, mientras que se estima que el 50 % de las mujeres pueden tener más de un orgasmo en un período corto.

No es extraño que el orgasmo masculino sea prematuro (“demasiado rápido”), algo que rara vez ocurre en las mujeres.

2.6.1. Respuesta sexual genital femenina

Los cambios fisiológicos durante la actividad sexual comienzan con un aumento del flujo sanguíneo hacia los genitales (“congestión”), lo que produce la lubricación vaginal (lubricación o “mojarse”). La vagina se alarga y dilata por la relajación del músculo liso, el aumento del flujo sanguíneo al clítoris eleva la presión intracavernosa, la tumescencia y la protrusión del glándulo del clítoris, al tiempo que los labios internos se despliegan (“eversión”) y congestionan.

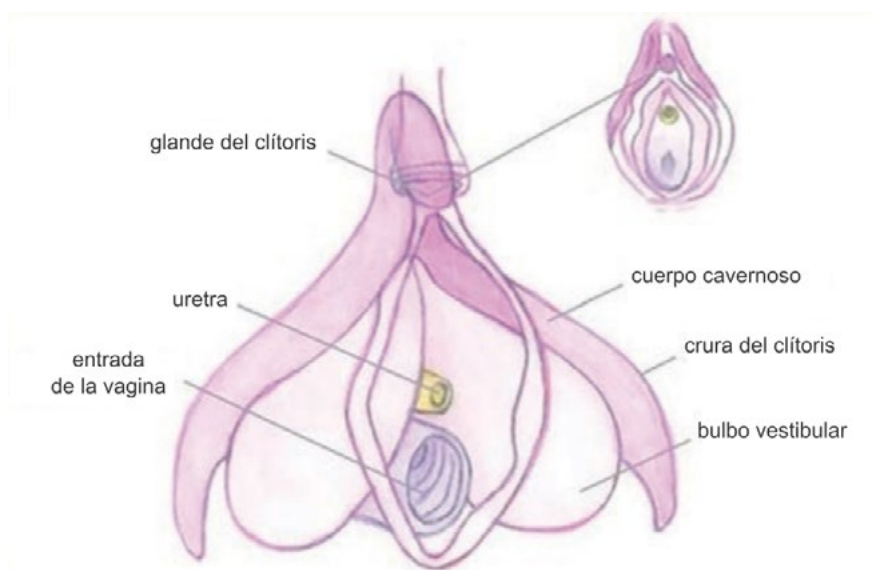
Labios externos Cuando aumenta la excitación en la mujer nulípara, los labios externos se afinan y aplanan contra el perineo. Su desplazamiento anatómico es causado por una protrusión de los labios internos que se congestionan rápidamente y de la vasocongestión del tercio externo de la vagina. En el orgasmo no se producen cambios en los labios externos. Después del orgasmo, su involución ocurre rápidamente, devolviéndolos al grosor habitual y a su posición en la línea media. Cuando la excitación se mantiene por más tiempo, los labios externos pueden congestionarse severamente con la circulación de sangre venosa y, a veces, incluso desarrollar edemas, que pueden persistir durante varias horas después del cese de la estimulación sexual. En la mujer múltipara, los labios externos reaccionan a la excitación y se distienden con la circulación de sangre venosa. Duplican o triplican su diámetro y cuelgan inflamados como una cortina parcial en la entrada de la vagina.

Labios internos Cuando hay excitación genuina, su diámetro aumenta de dos a tres veces como mínimo, lo que incrementa la longitud clínica del canal vaginal. A medida que la excitación aumenta, el color de los labios internos cambia de rosa a rojo brillante o borravino. Esta coloración se extiende a ambos lados de la entrada vaginal y generalmente incluye el área de la capucha del clítoris. Cuanto más intenso sea el grado de congestión pélvica y labial, más oscuro será el tono. En los momentos previos al orgasmo, los labios internos se hinchan, lo que estrecha y alarga el tercio externo del canal vaginal. El cambio de ambos labios produce la apertura de la entrada de la vagina al eliminar la protección anatómica natural del orificio vaginal. La coloración de la piel señala una intensa excitación sexual, que clínicamente es signo de un orgasmo inminente. Después del orgasmo, en cuestión de diez a quince segundos, la coloración de la piel vuelve de un rojo intenso o brillante a un rosa claro. Si la mujer no “alcanza” el orgasmo, la coloración de los labios internos se desvanecerá con rapidez, mucho antes de la resolución del incremento del diámetro de vasocongestión.

El clítoris Es probablemente el único órgano del cuerpo humano cuya única función es generar placer (ver [Figura 2.2.](#)). Con la excitación, la reducción central del tono simpático y la liberación de neurotransmisores vasodilatadores aumentan el flujo sanguíneo hacia el clítoris y relajan los músculos lisos de sus cavidades, por lo cual las cavidades se llenan de sangre. La estimulación sexual hace que

el glándula del clítoris se vuelva tumescente a una velocidad que dependerá de la intensidad de la estimulación experimentada. Una vez que se produce una tumescencia observable, la congestión persistirá mientras se mantenga un grado significativo de estimulación sexual. Justo antes del orgasmo (fase de meseta), todo el cuerpo del clítoris (eje y glándula) se retrae de su posición pudenda y sobresaliente. Después del orgasmo, el clítoris vuelve a su posición normal en cuestión de cinco a diez segundos.

Figura 2.2. El clítoris en la anatomía femenina.
Ilustración de Gabrijela Simetinger y Helena Černej.



Vagina Pasados diez a treinta segundos de cualquier estimulación sexual, la vagina produce un fluido lubricante. La estimulación hace que los capilares de la pared vaginal que sirven a la microcirculación se llenen de sangre. Por el aumento de la presión hidrostática, el plasma es trasudado al espacio intersticial alrededor de los vasos sanguíneos, haciendo que el líquido pase a través y entre las células del epitelio vaginal y se filtre por la superficie de la pared vaginal convirtiéndose en lubricación vaginal. Con el aumento de la excitación sexual, los dos tercios superiores del canal vaginal se alargan y dilatan, mientras que su superficie cambia a un color borroso más oscuro. Durante el orgasmo, el tercio inferior de la vagina, los músculos pélvicos y el esfínter anal se contraen fuertemente siguiendo un patrón (clónico) regular y recurrente. Después del orgasmo, la vasocongestión se resuelve con rapidez y todos los demás cambios desaparecen en el transcurso de quince minutos.

Útero Hacia el final de la fase de excitación, el útero y el cuello uterino se elevan alejándose de la pared posterior de la vagina. Este fenómeno se conoce como “tenting” y tiene una función reproductiva, ya que en la posición sexual más común, “el misionero”, se aparta el cuello uterino de la descarga de espermatozoides, evitando el contacto prematuro con el semen aún no licuado [9].

2.6.2. Respuesta sexual genital masculina

El pene, el escroto y el recto son muy sensibles y responden a una efectiva estimulación sexual con vasoconstricción y aumento del tono muscular. La secreción producida durante la excitación proviene de las glándulas bulbouretrales (glándulas de Cowper) localizadas a cada lado de la uretra, y de las glándulas uretrales, ubicadas a lo largo de la sección de la uretra que atraviesa el pene. Este líquido lubrica el glande y puede aparecer antes de la eyaculación (líquido preseminal). Suele contener espermatozoides vivos, lo que hace que el método anticonceptivo de coito interrumpido o retirado sea riesgoso.

En el hombre no circuncidado, durante la erección el prepucio se retrae parcialmente a lo largo del eje alargado del pene, exponiendo la punta del glande y el orificio uretral; durante la penetración, generalmente se desliza hacia atrás, permitiendo que el glande entre resbaladizo y sin dolor para la mujer ni el hombre.

Erección Los estímulos sexuales envían señales parasimpáticas a las fibras musculares del cuerpo cavernoso. Su relajación provoca una congestión de sangre que primero colma y luego da rigidez al pene debido a la encapsulación de la túnica albugínea, que se tensa, y a la compresión de las venas.

La eyaculación Ocurre bajo control del sistema simpático. El espermatozoide comienza su camino en el epidídimo, recibe añadidos complementarios de las vesículas seminales (alcalinos) y de la próstata, y es expulsado hacia y a través del meato uretral. También se producen contracciones regulares y recurrentes en los músculos bulboesponjoso, isquiocavernoso y transversos superficial y profundo del perineo, así como en el esfínter uretral, con contracciones eyaculatorias que afectan la uretra peniana en toda su longitud. Después de la eyaculación, ocurre la detumescencia del pene a lo que sigue un período refractario, necesario para restaurar los fluidos que contienen a las células espermáticas.

Orgasmo Para que se produzca el orgasmo, se envía una señal de los centros de la médula espinal al cerebro. Aunque la mayoría de los hombres cree que orgasmo y eyaculación son la misma cosa, esto no es así. Algunos hombres son capaces de experimentar varios orgasmos consecutivos siempre y cuando no haya eyaculación.

Semen La eyaculación media es de cinco ml (dos cucharadas pequeñas) y contiene entre veinte a ciento cincuenta millones de espermatozoides por ml. Alrededor del 70 % proviene de las vesículas seminales y el 30 % restante de la próstata. Es por eso que después de la vasectomía el hombre no tiene menos semen.

2.6.3. Respuesta sexual extragenital

La respuesta fisiológica humana a la estimulación sexual involucra muchas áreas de los órganos de reproducción primarios y secundarios. Los signos físicos de la excitación sexual se manifiestan en todo el cuerpo, con vasocongestión superficial y profunda y miotonía generalizada y específica. También se produce tensión muscular generalizada en manos, pies y abdomen, y tensión muscular específica en los músculos isquiocavernoso y bulboesponjoso y en el esfínter anal.

Senos femeninos El primer signo de excitación es la erección de los pezones (en estado de excitación plena, aumentan de cinco a diez mm) y un enrojecimiento venoso, visible como una erupción cutánea. En un segundo momento, la areola se inflama, por lo que la erección del pezón parece disminuir. Con la excitación plena, el volumen de los senos puede aumentar entre un 20 % y 25 %. Después de haber amamantado a un bebé, ese aumento de volumen es menor y, después de haber amamantado a un segundo hijo, ya no se produce. Antes del orgasmo, se observa una erupción maculopapular en el epigastrio y la superficie de la mama. Después del orgasmo, esta erupción cutánea desaparece rápidamente, al igual que la hinchazón areolar, por lo que la erección del pezón pareciera volver.

Senos masculinos En algunos hombres se puede producir la tumescencia y erección de los pezones. En el 50 % de los hombres, su estimulación aumenta la excitación.

En ambos sexos, la reacción vasocongestiva superficial se denomina rubor sexual. A medida que la excitación aumenta, este puede extenderse a los senos, la parte inferior del abdomen, los hombros e incluso la piel interna de los codos (fosa antecubital). Después del orgasmo, desaparece.

La tensión muscular alta (miotonía), tanto generalizada como específica, se observa tardíamente en la fase de excitación. Varios músculos se contraen de forma regular o en espasmos involuntarios, aunque con frecuencia las contracciones pueden ser voluntarias, dependiendo de la posición sexual. En las mujeres, el meato externo de la uretra puede exhibir un ensanchamiento involuntario y ocasional durante el orgasmo. Debido a las estructuras nulpáras (perineo firme y constricción de la entrada vaginal), la pared posterior de la vejiga puede irritarse con la penetración del pene, causando disuria poscoital, una complicación conocida como “cistitis de luna de miel”.

Durante la fase de excitación, las contracciones del esfínter anal externo son voluntarias en las mujeres e involuntarias en los hombres. La contracción involuntaria del recto que se produce durante el orgasmo y la eyaculación es común a ambos sexos.

El aumento de la hiperventilación, la taquicardia y la presión arterial sistólica es directamente proporcional al incremento de la excitación sexual. Independientemente del grado de actividad física, es posible que haya transpiración involuntaria durante la fase postorgásmica.

2.7. Respuesta sexual durante el embarazo

El embarazo eleva de forma notable la vascularización de los órganos pélvicos. El sistema de soporte vital del feto produce una vasodilatación manifiesta de la pelvis femenina. Sumado a esto, cualquier respuesta fisiológica a la estimulación sexual genera aún más vasocongestión en la zona. Esa superposición de excitación sexual y congestión extrema por embarazo puede alcanzar niveles elevados durante el segundo trimestre y continuar hasta bien entrado el tercero. En el segundo trimestre, algunas mujeres experimentan un mayor deseo sexual con necesidad de coito y otros tipos de estimulación sexual, a veces, con experiencias

orgásmicas intensas. Los órganos reproductores femeninos se ven alterados de forma considerable durante el embarazo, cambios relacionados en su mayoría con la mencionada vasocongestión pélvica, generalizada e intensa. Por lo tanto, la respuesta vasocongestiva es un factor mucho más importante en el embarazo que el desarrollo de la miotonía. Durante la excitación, los labios internos y externos se congestionan en extremo, pudiendo los últimos incluso presentar edemas. Hacia el final del primer trimestre, hay un aumento concreto en la producción de lubricación vaginal, que continúa durante todo el embarazo. Luego de que el útero se eleva hacia el abdomen, los estímulos sexuales causan la misma expansión y distensión vaginal que antes del embarazo. Cuanto más avanza este, más aguda se vuelve la congestión venosa de todo el canal vaginal y el desarrollo secundario de la plataforma orgásmica en respuesta a la estimulación sexual. El efecto vasocongestivo es tan severo que, en respuesta a una gran excitación sexual, las paredes laterales de la vagina llegan a encontrarse en su línea media, y la entrada vaginal puede sentirse completamente anestesiada o presentar dolor.

Durante el primer y segundo trimestre, pueden observarse contracciones de la plataforma orgásmica como evidencia fisiológica específica de que se ha alcanzado el clímax. Durante el tercer trimestre, estas apenas se observan debido a la vasocongestión de la entrada de la vulva, aunque subjetivamente la mujer siente las contracciones.

Si bien el orgasmo suele venir acompañado de contracciones clónicas regulares, este patrón puede cambiar a una contracción tónica de larga duración durante el último trimestre. En algunos casos, la contracción espástica puede ralentizar los latidos fetales, pero esta es sólo una reacción transitoria. No se ha encontrado ninguna otra evidencia de sufrimiento fetal.

Después del orgasmo, la vasocongestión pélvica no se alivia del todo, no hay una resolución completa. De manera repetida, las embarazadas que formaron parte del estudio de Masters y Johnson experimentaron orgasmos luego de los cuales no obtuvieron un alivio completo de sus niveles de excitación, al menos por un tiempo significativo, si bien sus orgasmos fueron objetivamente más intensos y subjetivamente bastante satisfactorios [1].

En el segundo y tercer trimestre, la vasocongestión pélvica residual y la gran "presión pélvica" (de un útero pesado) pueden sostener los niveles altos de excitación sexual en algunas mujeres.

2.7.1. Los senos

Durante el primer trimestre, los senos aumentan de tamaño con rapidez debido al desarrollo de los tejidos vasculares y glandulares. La respuesta de las nulisparas a los estímulos sexuales en el primer trimestre presenta una congestión venosa de los senos más evidente que en las mujeres no embarazadas. Esta superposición de excitación sexual y embarazo puede causar dolor, por lo general localizado en los pezones y las zonas areolares, debido a la turgencia y la congestión. Durante el segundo y tercer trimestre, la sensibilidad en los senos no se reduce demasiado. La erección de los pezones y la tumescencia areolar permanecen constantes durante los tres trimestres del embarazo.

2.8. Fisiología y respuesta sexual postparto

Inmediatamente después del parto, se producen muchas alteraciones críticas para la involución uterina y los cambios hormonales, además de los numerosos efectos hormonales que experimenta la mujer lactante.

Una semana después del nacimiento, el útero pasa de pesar 1000 g a 500 g y en 6 semanas vuelve a los 60 g habituales. Este proceso es acompañado de una congestión venosa extensa, que es responsable de la sensación de “estar colmada”, comparable a la congestión extrema del segundo y tercer trimestre. Para algunas mujeres, esto parece promover sentimientos sexuales [1].

Los altos niveles de estrógeno y progesterona presentes durante el embarazo disminuyen hacia el final y caen de manera abrupta luego del parto. Con la expulsión de la placenta, las hormonas placentarias desaparecen causando un fuerte aumento de la prolactina, la cual, de no haber lactancia materna, al cabo de una semana retorna a los niveles previos al embarazo. Por el contrario, la lactancia causa niveles altos de prolactina. Esta hormona disminuye directamente el deseo sexual: mantiene bajos los niveles de estrógeno, causa atrofia vaginal y baja testosterona, ocasionando una disminución del deseo y la excitabilidad, fatiga y decaimiento anímico.

Aunque esto suena bastante sombrío, el efecto puede ser más favorable para algunas mujeres que para otras. La lactancia materna tiene un efecto doble sobre la sexualidad. Para algunas se presenta con un aumento en las sensaciones sexuales, incluso en el orgasmo, o un mayor sentido de feminidad y contacto con la pareja. Otras pueden verse tan absorbidas por la intimidad con su bebé que la sexualidad parece olvidada. El resultado puede ser problemático cuando esto coincide con una atrofia vaginal, disminución de la excitabilidad y una pareja que necesita sexo con penetración para aliviar sus tensiones internas.

2.9. Conclusión

Esta extensa explicación de anatomía, fisiología y endocrinología puede leerse como un paquete más de conocimientos técnicos dirigido a los profesionales de la salud reproductiva. Sin embargo, este capítulo también pretende sensibilizar sobre la multitud de influencias simultáneas que estos procesos pueden tener sobre la sexualidad y la intimidad. La sexualidad y la reproducción están, después de todo, fuertemente entrelazadas.

La coreografía del nacimiento, los encuentros sexuales de la mujer y la lactancia materna tienen muchos aspectos en común. No sorprende que algunas mujeres experimenten el parto (casi) como un orgasmo, que a otras el sólo hecho de amamantar les produzca un orgasmo o que los senos comiencen a gotear si hay excitación sexual. De igual manera, no es de extrañar que la oxitocina, la “hormona del apego”, esencial en la lactancia, aumente también durante el juego sexual y el orgasmo.

Entender de manera adecuada el funcionamiento del sistema sexual parece relevante para las matronas y los profesionales de la obstetricia que deseen atender las

necesidades de la salud sexual de la mujer y la pareja, desde la etapa previa a la concepción hasta la maternidad/paternidad recientes.

Referencias

- [1] Masters H. W., Johnson V. E. (1966): *Human sexual response*. Boston: Little, Brown and Company.
- [2] Bancroft J. (2005): The endocrinology of sexual arousal. *J. Endocrinol*, 186: 411-27.
- [3] Bancroft J. (2009): *Human sexuality and its problems*. 3° ed. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- [4] Montorsi F., Basson R., Adaikan G., et al. (eds) (2010): *Sexual medicine, sexual dysfunction in men and women*. Paris: Edition.
- [5] Jackson L. A., Hare A. M., Carrick K.S., et al. (2019): Anatomy, histology, and nerve density of clitoris and associated structures: clinical applications to vulvar surgery. *Am J Obstet Gynecol*, 221(519): e1-9.
- [6] Pokorny S. F., Murphy J. G., Preminger M. K. (1998): Circumferential hymen elasticity. A marker of physiologic maturity. *J Reprod Med*, 43: 943-8.
- [7] Bronselaer G., Callens N., De Sutter P., et al. (2013): Self-assessment of genital anatomy and sexual function within a Belgian, Dutch-speaking female population: a validation study. *J Sex Med*, 10: 3006-18.
- [8] Goldey K. L., van Anders S. M. (2011): Sexy thoughts: effects of sexual cognitions on testosterone, cortisol, and arousal in women. *Horm Behav*, 59: 754-64.
- [9] Levin R. J. (2011): Can the controversy about the putative role of the human female orgasm in sperm transport be settled with our current physiological knowledge of coitus? *J Sex Med*, 8: 1566-78.

Sexo, cómo funciona (y qué ocurre cuando no funciona)

Sam Geuens y Ana Polona Mivšek¹

El sexo es uno de los aspectos centrales de la condición humana y uno de los factores que ha impulsado nuestra evolución como especie. Es un elemento necesario de la partería ya que, fuera de las técnicas modernas de reproducción asistida, no habría embarazos sin sexo.

Numerosas publicaciones indican que las matronas necesitan tener experiencia (habilidades y conocimientos) en lo relativo a la sexualidad humana. A grandes rasgos, este capítulo está dedicado a explicar cómo funciona el sexo y qué ocurre cuando no funciona, tanto a nivel individual como de la pareja. Otros capítulos de este libro abordan la sexualidad y la salud sexual desde una perspectiva más biológica, psicológica o social en relación con diferentes áreas de la práctica de la partería, desde la preconcepción hasta la maternidad/paternidad recientes.

¿Qué hace que el sexo funcione? ¿Podemos definir parámetros para promover experiencias sexuales satisfactorias o comprender qué hace que estas experiencias sean decepcionantes o frustrantes?

Este capítulo intenta ir más allá de una mera descripción de los modelos de respuesta sexual [1] para esbozar un “marco de tres condiciones”, muy simple de aplicar, que describe las condiciones necesarias para que una experiencia sexual sea considerada “buena”, es decir, agradable, satisfactoria, gratificante, íntima, divertida o como sea, según la persona.

3.1. Tres condiciones para una experiencia sexual satisfactoria

Proponemos un marco simple para explicar cómo funciona el sexo a partir de tres requisitos en cierto modo esenciales para tener una experiencia sexual satisfactoria. Estos son (1) un sistema sexual lo suficientemente conservado y funcional, (2) estímulos sexuales “bastante buenos” y (3) un contexto “agradable”.

La comprensión plena de estas tres condiciones le permitirá al profesional de la salud traducirlas en diversas prácticas sexuales humanas. Además, pueden servir como marco para explorar los problemas sexuales de los pacientes y asesorarlos (indagando

¹ S. Geuens 

Departamento de Partería, Universidad PXL de Ciencias Aplicadas y Artes, Hasselt, Bélgica.

Center Ambulatorio de Salud Sexual, Hospital Saint Franciscus, Heusden-Zolder, Bélgica. E-mail: sam.geuens@pxl.be

A. Polona Mivšek 

Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Liubiana, Liubiana, Eslovenia. E-mail: polona.mivsek@zf.uni-lj.si

de forma activa sobre las tres condiciones), como miniherramienta de diagnóstico (para comprender cuáles son las posibles condiciones que causan o prolongan un problema sexual) y como marco para promover el bienestar sexual (en tanto herramienta psicoeducativa).

Este capítulo explica las tres condiciones y aborda su uso como herramienta de asesoramiento, de diagnóstico y psicoeducativa.

3.1.1. *¿Qué hace que el sexo sea bueno?*

¿Qué se necesita para tener buen sexo? ¿Cuál es la forma correcta de estimular sexualmente a mujeres y hombres? ¿Qué se precisa para alcanzar la satisfacción sexual? Al intentar responder estas preguntas de manera objetiva, el resultado probable será una lista inútil de prácticas sexuales que podrían funcionar para una determinada mujer, hombre o pareja. Si les preguntáramos a cien personas qué necesitan para tener una buena experiencia sexual, terminaríamos con cien guías sexuales personales. En el mejor de los casos, se podría leer la guía de otra persona como fuente de inspiración.²

La pregunta entonces es: ¿cuáles son las condiciones necesarias para tener experiencias sexuales placenteras? Para discernir esta cuestión recomendamos abordarla en un metanivel. Las tres condiciones más relevantes mencionadas son el sistema sexual, los estímulos y el contexto.

3.1.2. *Un sistema sexual inalterado y funcional*

El sexo demanda actividad de múltiples regiones cerebrales. El hipocampo, el hipotálamo y la amígdala desempeñan un papel central en dirigir y redirigir las señales relacionadas con la sexualidad [2]. Estas señales viajan a través de un grupo de fibras nerviosas que conectan el cerebro con las zonas erógenas (genitales, senos, pezones, boca, piel, cuello, orejas, pies, etc.) [3]. Si uno de los eslabones de esta cadena de intercambio de información no funcionara correctamente, todo el sistema podría estresarse, a veces incluso imposibilitando algunos aspectos de las experiencias sexuales. Los sistemas nervioso y endócrino, los genitales, los órganos sensoriales, la piel, las manos, los labios, la lengua, etc. deben estar intactos y funcionando, al menos en un grado aceptable. En otras palabras, la persona debe ser capaz de registrar estímulos sexuales internos y externos (fantasías o deseos, sentir atracción por alguien, poder sentir cuando alguien le acaricia el cuello, etc.) y todos los sistemas y órganos internos que participan en la respuesta sexual suscitada deben funcionar lo suficientemente bien.

De inmediato se comprende que cualquier patología o intervención médica que afecte el funcionamiento normal del sistema nervioso, el sistema endócrino o los sentidos puede influir en la forma en que experimentamos la sexualidad. Pensemos, por ejemplo, en el efecto negativo que pueden tener en el deseo y la excitabilidad los niveles altos de prolactina y bajos de testosterona durante la lactancia, o en el efecto adverso

² Este ejercicio personal podría resultar esclarecedor para aquellos profesionales de la salud que se encuentran en una relación estable.

que el dolor genitopélvico causado por una endometriosis puede tener en las experiencias sexuales.

Aún así, es importante destacar que no es necesario que el sistema físico esté en perfectas condiciones para tener relaciones sexuales placenteras. Muchas personas disfrutan del sexo a pesar de, por ejemplo, estar medicados con antidepresivos, sufrir una patología genital o una enfermedad crónica, ser no vidente, estar en silla de ruedas por una lesión medular, etc.

El sistema sexual de una persona no tiene que estar al 100 % pero sí tiene que funcionar de manera que permita experimentar lo que desea.

3.1.3. *Buenos estímulos sexuales*

Cada sistema tiene requisitos particulares para ponerse en funcionamiento y nuestro sistema sexual no es la excepción. Precisa estímulos para ponerse en marcha y mantenerse funcionando. Estos pueden ser internos (recuerdos, pensamientos o fantasías) o externos (sonidos, contacto, olores o tan sólo ver a alguien que nos atrae). Ambos tipos de estímulos pueden cumplir esta función, aunque la mayoría de las personas tiene formada una idea general de cuáles les gustan más [4].

Para la mayoría de quienes están en una relación estable, la pareja es una fuente importante de estímulos sexuales diversos. Puede evocar pensamientos o fantasías eróticas, verse muy bien vestido de cierta manera (o desnudo) o ser quien enciende unas encantadoras velas perfumadas.

Los estímulos abundan, sin embargo, incluso cuando la persona está expuesta a un estímulo potencialmente bueno, es necesario además *experimentarlo de forma sexual*. El cerebro tiene que atribuirle significado sexual y validar el estímulo de esa manera, es decir, permitir que lo interpretemos sexualmente.

Que esto ocurra o no dependerá en gran medida de nuestra historia personal y marco de referencia respecto de la sexualidad. La forma en que las personas piensan el sexo, sus ideas y concepciones sobre lo que es sexy, divertido, etc. determinarán en gran medida si un estímulo sexual pasa del plano potencial al real para esa persona. Cuanto mejor conozcamos nuestro propio “marco de referencia sexual” y el de nuestra pareja (también llamado “mapa del amor”), más fácil será dar con los estímulos adecuados para poner en marcha nuestro sistema sexual o el de nuestra pareja.

En conclusión, necesitamos estímulos sexuales para poner en funcionamiento nuestro sistema sexual pero debemos experimentarlos como tales para obtener el efecto deseado.

3.1.4. *Un contexto agradable*

Incluso si se cumplen las dos primeras condiciones, todavía falta un contexto adecuado para que la situación se desarrolle de la manera deseada.

Cuando las personas sienten que su sistema sexual físico se enciende y empiezan a emerger el deseo y la excitación, el momento y el lugar tienen que ser los adecuados para que esa persona haga algo con eso que le está pasando. De nuevo, independien-

temente de que sí sean los adecuados para tener sexo, tienen que sentirse adecuados. Tanto el contexto físico como el entorno y el contexto interno (el estado mental de la persona) deben ser aceptables para permitir que nuestro cerebro interprete los estímulos como sexuales. Cuando la mente está en otro lugar, ocupada con pensamientos no sexuales, o cuando entran en juego experiencias o creencias (negativas) que acarrea la persona, incluso un entorno en potencia estimulante para actuar a partir del deseo puede transformarse en uno que no agrade lo suficiente como para proceder y tener una experiencia sexual satisfactoria.

3.1.5. Las tres condiciones como herramienta de comunicación

Para muchas matronas y otros profesionales de la salud, la sexualidad no es un tema fácil de abordar. Las matronas pueden sentirlo como una barrera personal y pensar que es inapropiado indagar sobre el bienestar sexual o que están invadiendo la intimidad de la pareja. Sin embargo, las investigaciones muestran que mujeres y hombres esperan que sea el profesional quien inicie la conversación sobre salud sexual, ya que ellos también sienten la dificultad de tratar un tema tan tabú [5]. El **Capítulo 26** de este libro ofrece a los profesionales de la salud un paso a paso para iniciar la conversación con la mujer (o la pareja) sobre temas relacionados con la sexualidad: el “método uno a uno”, cuyo segundo paso es “permitir contar la propia historia”. Se puede, por ejemplo, invitar a la paciente a hablar sobre sexualidad preguntando sobre los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de su situación actual o explorando sus pensamientos, preocupaciones y expectativas respecto de su vida sexual. Aquí también podemos usar las tres condiciones para permitir que la paciente explique a fondo su situación actual. Al preguntarles directamente sobre su salud física en relación con la sexualidad, sobre la presencia de estímulos sexuales y cómo experimentan el contexto, la paciente y su pareja brindarán un panorama más amplio de su vida sexual en ese momento dado.

3.1.6. Las tres condiciones como herramienta diagnóstica de problemas sexuales

Las matronas no siempre tienen las habilidades o el conocimiento para dar un diagnóstico preciso de los problemas sexuales de sus pacientes, al tiempo que, en muchos casos, tampoco es necesario. Podemos rastrear el origen de la mayoría de los problemas sexuales en la alteración de una o más de las tres condiciones. O bien el sistema sexual físico se ve afectado (por ejemplo, por cambios hormonales durante la lactancia) o los estímulos son insuficientes para generar deseo y excitación (como ser cuando la pareja se percibe como alguien menos atractivo debido a un exceso de peso) o el contexto no es tan agradable (hay temor de que el bebé comience a llorar).

Al indagar sobre las tres condiciones, la matrona puede formarse una idea general de lo que podría estar causando dificultades, lo que la ayudará a pensar una estrategia, a psicoeducar a sus pacientes u elegir un tipo de intervención para ayudarlos, o bien derivarlos a otro profesional para un tratamiento especializado.

3.1.7. Las tres condiciones como herramienta psicoeducativa

Las parejas que mantienen la satisfacción sexual durante el embarazo tienden a un mayor bienestar sexual y relacional durante el desafiante período de postparto. Este es un argumento sólido para abordar de manera proactiva la sexualidad de la pareja durante el embarazo y brindar asesoramiento sobre cómo mantener una vida sexual satisfactoria, lo cual no supone una tarea fácil en relaciones cambiantes, con cuerpos cambiantes, etc. [6] (ver también [Capítulo 6](#)).

Una forma de hacerlo es conversar con la pareja sobre las tres condiciones en la etapa inicial del embarazo para que sean conscientes de los cambios que podrían afectar su relación sexual.

Con suficientes estímulos disponibles y un contexto que les permita actuar sobre su deseo sexual, es muy probable que se produzca la respuesta sexual esperada. Ayudar a las parejas a pensar de manera activa en su vida sexual puede mejorar la comprensión que tiene el uno del otro, lo que facilita la aceptación de diferencias en el deseo, por ejemplo. Comprender por qué la otra persona se comporta de cierta manera puede ayudar a la pareja a lidiar con situaciones tensas y complejas y evitar frustraciones. De esta forma, la matrona puede sentar las bases para una felicidad sexual y relacional duradera, lo que resultará en salud y bienestar general durante el embarazo y el postparto (y seguro, más tarde, en la maternidad y paternidad).

Sin embargo, es fundamental reconocer que las experiencias de las personas pueden diferir cuando su sistema sexual físico no funciona de manera óptima o cuando, por ejemplo, la estimulación física ocurre en el “contexto equivocado” (no sexual o incluso negativo).

3.2. Cuando el sexo no funciona

Las tres condiciones, como se describió, pueden ayudar a comprender por qué las personas experimentan dificultades sexuales. Décadas de investigación definieron varios factores que hacen que el sexo sea difícil o incluso imposible de disfrutar. Las llamadas disfunciones sexuales fueron adoptadas de manera oficial como diagnóstico clínico en el DSM-V y el ICD-11, sistemas utilizados en todo el mundo como descripción diagnóstica. El DSM-V (2013) las describe como “un grupo heterogéneo de trastornos que se caracterizan típicamente por una alteración clínicamente significativa en la capacidad de una persona para responder sexualmente o experimentar placer sexual”.

Para que un problema sea considerado sexual, debe causar angustia a la persona y/o a su pareja.

Lo que resta de este capítulo está dedicado a resumir las disfunciones sexuales conocidas. Inicia con los problemas relativos al deseo, luego los vinculados a la excitación, el orgasmo y el dolor sexual y, por último, algunos problemas que merecen especial atención. Se relacionan cada uno a las tres condiciones para mostrar cómo dicho marco puede revelar la causa del problema. También se aborda la relevancia de cada problema sexual para la práctica de la partería.

La práctica clínica indica que existen casos en los que, a pesar de presentar problemas de funcionamiento físico y sexual, los pacientes no están impedidos de sentirse satisfechos en términos sexuales. Calificar algo como “problemático” en lugar de “disfuncional” induce en los pacientes un modo de pensar que hace que el tratamiento sea más manejable, dado que “cuando se tiene un problema, sólo hay que dar con la solución”. Por el contrario, la etiqueta “disfuncional” da la impresión de que algo “no funciona” o “está roto”, y muchas veces no es el caso de las mujeres o parejas que sienten angustia respecto de su actividad sexual. De ahí que preferimos el término “problema sexual” por sobre el término clínico “disfunción”.³

3.2.1. Problemas de deseo sexual

Los problemas relacionados al deseo sexual surgen tanto cuando las personas lo experimentan poco como demasiado. La pregunta lógica sería: ¿cuánto sería demasiado o poco? Aquí entra en juego el aspecto interpersonal de esta angustia, que se convierte en un problema si la mujer o su pareja la sufren debido a un deseo sexual bajo o incluso nulo. De la misma manera, un deseo sexual elevado puede volverse problemático si causa frustración y ansiedad en la relación. Cultural y clínicamente, los niveles de deseo bajos suelen asociarse a las mujeres y los altos a los hombres. Sin embargo, es necesario señalar que el género no es un factor absoluto, las mujeres también son capaces de experimentar angustia por niveles altos, así como los hombres, por tener bajo o nulo deseo sexual. En una relación de pareja, las discrepancias en los niveles de deseo sexual de cada uno pueden causar problemas si se las experimentan como demasiado amplias. Esto puede ocurrir en cualquier momento de la vida, incluso durante el embarazo y el postparto. También cabe señalar que las discrepancias pueden tener que ver con la naturaleza del deseo sexual.

Considerados a través de las tres condiciones, los problemas relativos al deseo sexual pueden surgir, por ejemplo, por falta o exceso de estímulos adecuados, debido a la idea de que rara vez se presenta un contexto adecuado o, al contrario, de que casi cualquier contexto se considere apropiado para una experiencia sexual.

3.2.2. Problemas de excitación sexual

Pueden surgir cuando el cuerpo presenta dificultades para generar suficiente excitación física. Para crear excitación general y genital, se requiere colaboración del sistema cardiovascular, varios músculos y los neurotransmisores. Además,

3 Nótese que si bien los problemas sexuales y los relacionales pueden coincidir y estar vinculados, esto no necesariamente es así siempre. Hay parejas que, a pesar de mantener una muy buena relación, tienen sexo muy poco satisfactorio. Y también ocurre que personas entre las que apenas existe una relación tienen sexo satisfactorio y apasionante.

si no hay suficiente excitación subjetiva, es decir, suficiente excitación, la lubricación o la erección fallan.

En partería, se piensa en el rol de la excitación sexual para incrementar las posibilidades de concepción. Se necesita buena lubricación vaginal para el movimiento y la viabilidad de los espermatozoides, y se requiere una buena erección para la eyaculación intravaginal (ver [Capítulo 5](#)).

Un error común es enfocarse en el síntoma más visible que experimentan las mujeres cuando la excitación presenta inconvenientes, el cual se traduce en falta de lubricación vaginal y dolor. O sea que si una mujer presenta dolor durante el coito, tenemos que abordar tanto la excitación física como la excitación mental.

La erección puede fallar de varias formas: sea porque no se alcanza; no se mantiene el tiempo suficiente o por falta de rigidez que imposibilita la penetración. Pero sólo se convertirá en un problema si causa angustia (inter)personal. Un requisito para que el cuerpo comience a generar excitación física es la presencia de estímulos sexuales efectivos, lo que provoca una “sensación de excitación” suficiente para que el sistema sexual físico se ponga en marcha (ver más arriba).

Si se consideran en el marco de las tres condiciones, los problemas de excitación sexual pueden ser causados por cada una de ellas, de manera individual o simultánea. Conviene distinguir entre la baja excitabilidad femenina, una situación transitoria causada por niveles reducidos de testosterona durante la lactancia, y los llamados “problemas de excitación psicogénicos”, a menudo ocasionados por la falta de estímulos adecuados o de un contexto agradable.

Diferentes causas requieren diferentes enfoques terapéuticos. El modelo de las tres condiciones puede ayudar a las matronas a discriminar la etiología de los problemas de excitación sexual, lo que conducirá a intervenciones o derivaciones más precisas.

3.2.3. Problemas con el orgasmo

Los problemas con el orgasmo pueden tomar muchas formas diferentes. Hombres o mujeres que llegan al clímax antes de lo deseado, o que demoran demasiado o no lo alcanzan en absoluto.

¿Cuál es la relevancia de estos problemas en la partería? Concebir será muy difícil si el hombre no logra eyacular o eyacula antes de la penetración vaginal. Además, muchos hombres y mujeres ven la capacidad de alcanzar el orgasmo como un aspecto esencial para su bienestar sexual. Distintas investigaciones reiteran la importancia de la relación entre bienestar sexual, bienestar psicosocial general y apego a la pareja en el embarazo y el postparto (ver [Capítulo 4](#): La expresión sexual y sus beneficios para la salud).

Desde la perspectiva de las tres condiciones, los problemas relacionados al orgasmo pueden ser causados por cualquiera de ellas. Una anamnesis buena y profunda será fundamental para ajustar el tratamiento.

3.2.4. Problemas por dolor sexual

Las mujeres (y también los hombres) pueden experimentar dolor al tener sexo. En casi todos los casos, hay un factor físico que explica (en parte) su causa. Para las mujeres, los orígenes físicos del dolor sexual pueden variar ampliamente, desde patologías como la endometriosis o la vulvodinia hasta problemas anatómicos, traumatismos obstétricos (ver [Capítulo 13](#)) o hipertonía del suelo pélvico (ver [Capítulo 10](#) y [Capítulo 16](#)). Al margen de una posible causa física, con frecuencia, las mujeres que han tenido varias experiencias sexuales dolorosas se hallan en un círculo vicioso en el que a priori esperan dolor con cada nuevo encuentro. Esta expectativa “refuerza” el malestar: los músculos del suelo pélvico se tensan de manera involuntaria, lo que dificulta la penetración y la vuelve dolorosa confirmando la anticipación del dolor. Además, el temor al dolor puede distraernos de los estímulos sexuales y dificultar la excitación y lubricación, otra posible causa de dolor. Romper este ciclo requiere, entre otras cosas, una tarea psicoeducativa y, aún así, comprender que lo que sucede no siempre es suficiente. Con frecuencia se requiere una colaboración interdisciplinaria con especialistas en sexología clínica y en fisioterapia del suelo pélvico.

Una anamnesis detallada es la condición previa y necesaria para indicar el tratamiento. Una imagen clara del tipo de dolor sexual y su ubicación puede ayudar a diagnosticar patologías subyacentes (por ejemplo, el dolor en la entrada del canal vaginal está más asociado con traumatismos obstétricos, mientras que si se localiza en la parte interna del canal podría indicar una endometriosis).

Es importante conocer los problemas relacionados al dolor sexual en la práctica de la partería. En la etapa de desarrollo del deseo de ser padres, mantener relaciones sexuales sin dolor será una condición importante para tener experiencias sexuales placenteras cuando se intente concebir. El período postparto es bien conocido como fase de riesgo de desarrollo del dolor sexual.

Desde la óptica de las tres condiciones, el dolor sexual puede ser causado por cualquiera de ellas, es decir, por problemas del sistema sexual físico, por ausencia de buenos estímulos o por falta de un contexto agradable. Casi siempre expresa un deterioro del sistema sexual físico y los profesionales de la salud deben tener en cuenta que la causa física originaria del dolor puede haber desaparecido para cuando la paciente realiza la consulta.

3.3. El trabajo de la matrona cuando existen problemas sexuales

Las personas que experimentan problemas sexuales merecen una buena atención y asesoramiento. No todos los profesionales están calificados para ofrecer tratamiento intensivo pero por suerte, sólo unos pocos pacientes lo necesitan.

En 1974, Jack Annon desarrolló un modelo para evaluar y tratar los problemas sexuales. PLISSIT [7] ([Figura 3.1](#)), como lo llamó, demuestra que personas con diferentes problemas sexuales pueden tener diferentes necesidades. Es un modelo escalonado en forma de pirámide, que consta de cuatro niveles.

Figura 3.1 El modelo PLISSIT
(adaptado de Annon).



El primer nivel del modelo (P: *permission*) significa “dar permiso”. En la base de la pirámide, el primer grupo representa a todos los posibles pacientes. Cualquier persona puede beneficiarse de saber que el profesional de la salud está abierto a discutir los problemas relativos a la sexualidad que pueda estar sufriendo. Por lo tanto, todos los profesionales de la salud (matronas, ginecólogos, sexólogos, psicólogos, fisioterapeutas, enfermeros, etc.) deberían (poder) crear un entorno en el que el paciente sienta que puede plantear libremente sus preguntas y preocupaciones sexuales. Además, todas las mujeres y las parejas se benefician de una mirada positiva de la sexualidad: que el profesional exprese que está bien tener sentimientos y comportamientos sexuales, que está bien ser sexual de una manera que no perjudique a los demás, podría ser una ventaja adicional para sus pacientes. En la práctica, esto se podría traducir en decirle de manera abierta al paciente: “si alguna vez tiene preguntas, inquietudes o problemas relacionados a la sexualidad, siempre estoy dispuesto a escuchar”.

El segundo nivel del modelo (LI: *limited information*) significa “información limitada”. No todos los pacientes necesitan información sobre salud sexual, pero a un grupo bastante amplio de personas podría resultarle útil. Pensemos, por ejemplo, en una matrona que informa a una paciente sobre los efectos secundarios de la anticoncepción hormonal o le explica que es seguro tener sexo con penetración durante un embarazo fisiológico. A medida que el grupo de pacientes que necesitan esta intervención se reduce, también lo hace el grupo de profesionales de la salud que pueden brindar información limitada sobre salud sexual. Aplicado a la práctica de la partería, se podría argumentar que las matronas deberían ser capaces de brindar información limitada sobre sexualidad durante las etapas de deseo de concebir, embarazo y maternidad/paternidad reciente.

El tercer nivel del modelo (SS: *specific suggestions*) es el de las “sugerencias específicas”: el grupo de pacientes que efectivamente experimenta problemas sexuales y que necesita asesoramiento profesional para superarlos es más reducido. Las sugerencias específicas para manejar los desafíos que enfrentan podrán ayudarlos a mejorar o recuperar su bienestar sexual.⁴

⁴ Se han ideado muchos ejercicios para ayudar a las parejas a conocer exactamente qué funciona para la otra persona en términos sexuales (ver [8]). Al seleccionar los ejercicios para ayudar a los pacientes a explorar las pre-

A medida que subimos de nivel, la cantidad de pacientes que necesitan cada intervención se reduce, al tiempo que un número cada vez más reducido de profesionales tendrán la competencia necesaria para hacer tales recomendaciones. En la formación profesional, la mayoría de los planes de estudio no contempla las habilidades y conocimientos necesarios para esta clase de atención. A menudo se requiere alguna formación complementaria en salud sexual. La especialización en sexualidad o sexología para matronas existe en varios países. En algunos, el enfoque está puesto en la salud sexual durante las etapas de deseo de concebir, embarazo y maternidad/paternidad reciente. En otros países, las matronas se ocupan de un área más amplia que abarca la salud sexual femenina.

El último nivel del modelo (IT: *intensive therapy*) es el de “tratamiento intensivo”. El grupo de pacientes que sí necesitan este tipo de terapia sexual es reducido en comparación con aquellos que requieren las intervenciones antes descritas. De ello se deduce que sólo un pequeño grupo de profesionales altamente capacitados y especializados, como sexólogos clínicos o médicos clínicos, psicólogos y psiquiatras con formación complementaria en terapia sexual, son capaces de brindar dicha atención. Incluso los sexólogos más experimentados no podrán tratar con acierto todos los problemas sexuales. Es así que la sexología se ha dividido en varias subespecializaciones, siendo una de ellas la “sexología de la reproducción”.

La ventaja del modelo PLISSIT es que permite a los profesionales posicionarse dentro del esquema para decidir hasta dónde pueden llegar en la atención de sus pacientes. Para matronas y especialistas en ginecología, habilitar a los pacientes a que hablen de sus preocupaciones sexuales y proporcionarles información limitada sobre salud y bienestar sexual es un prerrequisito. Aquellos que trabajen con pacientes que suelen manifestar preocupaciones sexuales reales pueden apuntar a una formación complementaria para realizar sugerencias específicas sobre salud y práctica sexual cuando sea necesario. En todo caso, cabe resaltar que, si el profesional siente que no es la persona indicada para lidiar con las preguntas y preocupaciones sobre la sexualidad de su paciente, una buena derivación a un colega más especializado es una forma de atención igualmente buena y, a veces, mejor.

En 2006, Taylor y Davis propusieron una versión más matizada de este modelo, recreado como el modelo Ex-PLISSIT [10]. Realizaron adiciones que lo actualizaron según las normas y valores en salud para el nuevo milenio. En la década de 1970, la atención médica recién comenzaba a recorrer el camino que dejaría atrás el paternalismo. La autonomía como valor se volvió mucho más central, lo que llevó a que la participación del paciente y el derecho a la autodeterminación en asuntos relativos a la propia salud (y atención médica) se convirtieran en la nueva norma en medicina. Hoy en día está ampliamente aceptado que cualquier proceso terapéutico tiene que ser co-creado, es decir, ser el resultado de una interacción entre profesional y paciente. Este cambio de valores está presente también en el modelo Ex-PLISSIT, que enfatiza la importancia del consentimiento como elemento central en cualquier nivel de intervención, desde la concesión de permiso hasta el tratamiento intensivo. El profesional debe comprobar con

ferencias sexuales de su pareja, es importante elegir uno que sea conciso (que no lleve demasiado tiempo) y esté orientado positivamente (centrado en lo que sí funciona y en las buenas experiencias del pasado, en lugar de analizar la causa de las malas experiencias). De esta manera, las parejas aprenden “qué es lo que funciona para hacerlo más seguido” [9].

regularidad los objetivos del paciente y, en consecuencia, pedirle permiso para proceder de la manera que profesional y paciente sientan que es el mejor curso de acción para volver realidad ese deseo de cambio. Este proceso de centrarse siempre en el resultado deseado por la mujer/pareja es fundamental para tratar la salud sexual. Después de todo, los mitos y los tabúes culturales sobre la sexualidad que existen en cada sociedad pueden ocasionar que el profesional de la salud infiera lo que el paciente no ha dicho de manera explícita, ya sea porque pedir detalles sería “incómodo” o “demasiado invasivo para la vida íntima de su paciente”. Al integrar el consentimiento y el proceso de reflexión constante como elementos del modelo, se pretende poner a los pacientes en el asiento del copiloto, reconociéndolos como expertos en lo que refiere a sus propias vidas y problemas, pero también al futuro que desean y a la fortaleza que poseen y que podrá ayudarlos a alcanzar la meta.⁵

3.4. Conclusión

La sexualidad, entendida como una forma placentera y satisfactoria de expresión y vinculación humana, puede ser una gran fuente de bienestar físico, mental y social. Desde los primeros intentos por concebir hasta el postparto, las mujeres y las parejas pueden tener preocupaciones y problemas sexuales, y muchas los tendrán. Es así que las matronas y los demás profesionales de la salud deben ser conscientes de las condiciones necesarias para lograr que la sexualidad sea una experiencia satisfactoria y, por tanto, un aspecto positivo de la vida de la pareja. Con las tres condiciones (sistema, estímulos y contexto), este capítulo ofrece un modelo sencillo para descubrir, junto con la mujer o la pareja, la causa de un problema sexual determinado y cómo alcanzar el futuro sexual deseado.

Brindar una buena atención también implica conocer las propias fortalezas y limitaciones como profesional de la salud. Las matronas deben poder crear un clima seguro en el que la mujer y la pareja sientan que pueden hablar sobre su sexualidad y preocupaciones o problemas sexuales. Creemos que deberían poder brindar información limitada sobre el efecto de la sexualidad en el embarazo, los traumatismos obstétricos, la anticoncepción. Algunas incluso podrán sentir que son capaces, con las herramientas presentadas en este capítulo y este libro, de ir un paso más allá y brindar a sus pacientes sugerencias específicas sobre cómo llevar la situación a la dirección deseada. Poner en primer lugar las necesidades y objetivos de sus pacientes será el principio rector para ayudar a mujeres y parejas a “hacer que el sexo funcione”.

Nota: en la mayoría de los países e idiomas existen libros o blogs dedicados a mejorar la comunicación y el contacto sexuales. Recomendamos hacer una búsqueda en la lengua/país correspondiente para incorporar materiales de calidad a la propia práctica obstétrica y de partería.

⁵ Para más pautas prácticas para matronas y otros profesionales de la salud sobre cómo realizar preguntas y tener una conversación con sus pacientes desde su lugar de expertos, enfocándose en sus fortalezas y en los resultados deseados, ver Geuens et al. [11].

Referencias

- [1] Rosen R. C., Barsky J. L. (2006): Normal sexual response in women. *Obstet Gynecol Clin North Am.*; 33: 515-26.
- [2] Bancroft J. (2009): *Human sexuality and its problems*. Amsterdam: Elsevier Limited.
- [3] Maister L., Fotopoulou A., Turnbull O., et al. (2020): The erogenous mirror: intersubjective and multisensory maps of sexual arousal in men and women. *Arch Sex Behav.*; 49: 2919-33.
- [4] Lehmiller J.J. (2018): *Tell me what you want: the science of sexual desire and how it can help you improve your sex life*. Boston, MA: Da Capo.
- [5] Verhoeven V., Colliers A., Verster A. (2007): Collecting data for sexually transmitted infections (STI) surveillance: what do patients prefer in Flanders. *BMC Health Serv Res.*; 7: 149.
- [6] Johnson C. (2011): Sexual health during pregnancy and the postpartum. *J Sex Med.*; 8: 1267-84.
- [7] Annon J. S. (1976): The PLISSIT model: a proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. *J Sex Educ Ther.*; 2: 1-15.
- [8] McCarthy B., Ross L. W. (2018): Maintaining sexual desire and satisfaction in securely bonded couples. *Fam J.*; 26: 217-22.
- [9] Burns K. (2016): *Focus on solutions, a health professionals guide*. Solution Books.
- [10] Taylor B., Davis S. (2006): Using the extended PLISSIT model to address sexual healthcare needs. *Nurs Stand.*; 21: 35-40.
- [11] Geuens S., Dams H., Jones M., Lefevere G. (2020): Back to basics: a solution focused take on using and teaching basic communication skills for health care professionals. *J Solution Focused Pract.*; 4(2): 70-80.

4.1. Introducción

Durante mucho tiempo, la sexualidad fue considerada peligrosa por los profesionales de la medicina. Esta apreciación se fundaba en los embarazos no deseados, las infecciones de transmisión sexual, el abuso sexual, la masturbación o lo que se creía era una “hipersexualidad”. Sólo en las últimas décadas las profesiones médicas han comenzado a reconocer y aceptar que la expresión sexual tiene numerosos beneficios para las relaciones humanas, el cuerpo y la mente.

El campo obstétrico evidenció un cambio similar en su foco de atención. En 1999, Kirsten von Sydow revisó todos los artículos publicados en inglés y alemán de los 50 años precedentes [1] y descubrió que las primeras preguntas de investigación sobre salud sexual tenían un sentido predominantemente negativo (“¿Puede el sexo dañar al bebé?”), luego y de forma gradual se fueron orientando a la acción (“¿Quién tiene sexo con penetración durante el embarazo y el postparto?”), y finalmente comenzaron a primar los estudios longitudinales en los que se investigaba a ambas partes de la pareja (“¿Cómo se desarrolla la relación matrimonial y sexual cuando los miembros de la pareja se convierten en padres?”).

De forma gradual, los cambios culturales han ido preparando a la comunidad médica para aceptar que la sexualidad puede ser saludable para las madres y durante el embarazo. Hoy avanzamos hacia un consenso en que la expresión sexual presenta múltiples beneficios para la salud que le son inherentes. Este capítulo está dedicado a su análisis.

La primera parte considera algunos beneficios generales, no directamente relacionados con el embarazo pero que podrían favorecer a la pareja que espera un bebé y, por qué no, también la salud y la vida privada de los profesionales de la medicina y sus parejas. La segunda parte se ocupa de los beneficios relacionados con la fertilidad e incluye algunas precisiones relevantes.

La “expresión sexual” comprende todo tipo de comportamiento íntimo y sexual (incluido el masaje erótico, la excitación, el orgasmo, los besos, la masturbación, el coito,

¹ W. L. Gianotten 

Departamento de Ginecología y Obstetricia, Centro Médico Universitario Erasmus, Rotterdam, Países Bajos.
E-mail: woetgia@ziggo.nl

etc.). Tal vez sea necesario mencionar que este capítulo sólo trata las consecuencias de aquellas formas de sexualidad sin coerción, dolor u otro tipo de angustia personal directamente relacionada con la actividad sexual.

El abanico de beneficios para la salud es amplio, incluyendo algunos a muy corto plazo y directamente relacionados con el acto sexual. Un ejemplo de esto es el incremento del umbral de dolor por un breve lapso en las mujeres que experimentan estimulación genital [2]. Otros beneficios son a muy largo plazo, por ejemplo, una mayor longevidad (años de vida) en mujeres que disfrutaron su sexualidad y en hombres que eyacularon con mayor frecuencia a lo largo de su vida [3].

Existen muchas explicaciones de por qué tener buen sexo promueve la salud. Se debe en parte a que constituye un aspecto fundamental de nuestro bienestar general, uno de los requisitos para mantener un buen estado de salud. Pero hay otras explicaciones. Una parte considerable del comportamiento sexual conlleva actividad física, que es saludable y retrasa el desarrollo de la aterosclerosis, diversas enfermedades crónicas, el cáncer y el deterioro cognitivo. En parejas jóvenes, se encontró que el consumo de energía aproximado durante la actividad sexual (promediando una intensidad moderada) es de 85 kcal (o 3,6 kcal/min) [4]. Incluso si no hubiera actividad muscular, la excitación sexual por sí sola activa la circulación.

Varios aspectos de la acción sexual influyen de forma directa en la homeostasis de los neurotransmisores y el sistema neuroendócrino. Los abrazos y otras actividades sexuales aumentan la producción de testosterona, el orgasmo afecta el nivel de prolactina, la actividad sexual en pareja influye en el proceso inmunológico de las personas y la estimulación de los genitales femeninos aumenta el nivel de endorfinas. La oxitocina cumple un papel importante en la tríada reproductiva sexualidad–parto–lactancia. Las caricias y los masajes (tanto tocar como ser tocado), la estimulación mamaria, la excitación y el orgasmo aumentan los niveles de oxitocina, que también tiene efectos sedantes y ansiolíticos, y puede favorecer la confianza interpersonal [5]. Tal influencia es probablemente la razón por la que, después de tener un orgasmo, algunos hombres se quedan dormidos y a otros les da por conversar. Una descripción ampliada de estos beneficios puede encontrarse en el documento “White Paper” de la Planned Parenthood Federation of America (PPFA) [6] o en sus publicaciones más recientes [7].

4.2. Beneficios de la sexualidad en la salud general

4.2.1. Salud cardiovascular y cerebrovascular

Un estudio de seguimiento realizado durante diez años reveló que en hombres de mediana edad que realizan actos sexuales dos o más veces por semana, el riesgo de muerte es 50 % menor que el de aquellos que practican el coito una vez al mes o menos, con claros beneficios para la salud cerebrovascular y, en especial, cardiovascular [8]. Es probable que esto no sea producto del acto sexual en sí mismo, sino de la limpieza profunda del sistema cardiovascular y cerebrovascular que acompaña a la excitación y al orgasmo. De ello se desprende que otras formas de alcanzar el orgasmo (incluida la masturbación)

tendrían los mismos beneficios. Una explicación similar puede aplicarse al desarrollo de la demencia, que sería más lento en personas con actividad sexual frecuente debido al aumento del flujo sanguíneo durante la actividad sexual [9].

La comunicación afectiva es un aspecto significativo del intercambio entre padres e hijos, entre personas que se gustan y entre enamorados. Ejemplos de ello son los abrazos, los besos y las demostraciones verbales de afecto. Una nueva y fascinante línea de investigación sobre este tipo de comunicación ha revelado amplios beneficios para la salud mental y física [10]. Se ha descubierto que besar más a menudo disminuye el estrés y reduce los niveles de colesterol [11], y que los abrazos frecuentes bajan los niveles de citocinas proinflamatorias (TNF- α e IL1 β), lo que se corresponde con una mayor resistencia a las infecciones [12]. La comunicación afectiva va acompañada de relajación y calma; su ausencia en relaciones estables puede aumentar la probabilidad de separación.

4.2.2. Disminución del dolor

El dolor suele arruinar lo placentero de la sexualidad, pero el sexo también puede ser utilizado como forma de reducir el dolor. El orgasmo, por ejemplo, disminuye las migrañas en muchas mujeres (y algunos hombres), si bien todavía no está del todo claro cómo funciona. El sexo placentero puede tener este mismo efecto reductor al ser una forma de distracción, comparable a ver una película romántica o un partido de fútbol emocionante, y esto vale para ambos sexos. Para las mujeres, hay un camino adicional: la estimulación por presión de la pared vaginal anterior y la estimulación física del clítoris tienen un efecto analgésico, que alcanza su máximo con el orgasmo [2]. Este incremento del umbral del dolor es producido por las endorfinas, aunque la oxitocina también parece influir: las mujeres con niveles altos de oxitocina presentan un umbral más elevado [13]. El aumento de oxitocina causado por el masaje oxitócico tiene efectos antinociceptivos, lo que estaría vinculado con el sistema de modulación endógena del dolor [14].

4.2.3. Sexualidad, trabajo y relaciones conyugales

Los empleados que tuvieron sexo en casa informaron efectos positivos en su trabajo al día siguiente, tanto en términos de satisfacción como de compromiso laboral [15]. Resulta cada vez más evidente que la vida doméstica y la vida laboral de los empleados influye mutuamente.

4.2.4. Autoestima, estado de ánimo y depresión

Las mujeres tienen mayores probabilidades de sufrir depresión. Incluso en países con una igualdad de género casi perfecta, la prevalencia de la depresión en las mujeres es un 50-100 % mayor que en los hombres. Se presume que esto tiene que ver, al menos en parte, con la testosterona y su acción positiva sobre el estado de ánimo y reductora

de la depresión. La actividad sexual en sí misma eleva el nivel de esta hormona tanto en hombres como en mujeres. En ellas (cuando no toman anticonceptivos hormonales), los pensamientos sexuales tienen el mismo efecto [16].

Parece existir una fuerte conexión entre la actividad sexual y la felicidad [17]. La autoestima mejora a partir de experiencias sexuales positivas con otra persona y de aceptar y abrazar la propia sexualidad y deseos. También se encontró que existe una correlación entre la autoestima alta y la masturbación frecuente. Las mujeres que se masturban suelen tener una imagen corporal de sí mismas más positiva y sufren menos ansiedad sexual [18].

En 2002, una investigación realizada en EE.UU. reveló que la depresión era menor en mujeres que practicaban el coito sin condón [19]. Publicado bajo el título "Does semen have antidepressant properties?" (¿Tiene el semen propiedades antidepresivas?), el artículo tuvo muchas reacciones adversas, en especial por el riesgo que representan las enfermedades de transmisión sexual (ETS). El semen contiene sustancias que son absorbidas con facilidad por la pared vaginal y se sabe que la testosterona, la DHEA y el zinc tienen propiedades antidepresivas [7].

4.2.5. Longevidad

Aquí entra en juego una de las preguntas más habituales: ¿los adultos mayores continúan teniendo sexo por su edad avanzada? ¿O son longevos debido a que tienen sexo? Estudios longitudinales indican que tener sexo con regularidad favorece la longevidad. Los hombres parecen beneficiarse más de la actividad en sí misma y las mujeres, de una relación sexual satisfactoria [3].

4.3. Beneficios de la sexualidad en la salud reproductiva y obstétrica

Desde una perspectiva evolutiva, es de esperarse que la sexualidad traiga beneficios para la salud reproductiva.

4.3.1. Ciclo menstrual

Las mujeres que practican el coito con mayor frecuencia tendrían ciclos menstruales más regulares, y lo mismo ocurriría con aquellas que tienen relaciones sexuales con otras mujeres [20]. La capacidad del orgasmo para aliviar los cólicos menstruales o premenstruales se explicaría por la apertura del canal cervical. Algunas mujeres se masturban para lograr dicho efecto analgésico. Cuando esto se combina con el coito y la eyaculación intravaginal, las prostaglandinas del semen ayudan a ablandar y abrir el cuello uterino, lo que constituye un beneficio adicional.

Se presume que, para las mujeres, tener sexo con frecuencia trae aparejado el beneficio a mediano plazo de posponer la menopausia natural (y el hipoenstrogenismo

que le sigue) [21]. La actividad sexual continuada se correlaciona con la salud vaginal, sobre todo en mujeres postmenopáusicas. Además, la masturbación y el coito frecuentes reducen el riesgo de atrofia vaginal [22].

4.3.2. Fertilidad

Tener “buen sexo” es un factor importante en la concepción y para mantener una actitud relajada cuando no se logra concebir de inmediato. Sin embargo, los profesionales que asesoran a parejas “que están buscando” tienden a olvidar este dato. Incrementar la frecuencia del coito y la calidad de la excitación de la mujer y el hombre, además de hallar el momento adecuado para los diversos elementos del juego sexual, contribuirán en conjunto a mejorar las probabilidades de concepción. El **Capítulo 5** ofrece una explicación detallada de esta cuestión.

Investigaciones recientes indican que las hormonas influyen en los cambios del ciclo menstrual que afectan la respuesta inmune y, por ello, podrían influir en la implantación. Se han hallado diferencias significativas en la función inmune de mujeres sexualmente activas y mujeres abstinentes [23].

4.3.3. Ventajas obstétricas de la sexualidad preconcepcional

La mujer embarazada alberga un sistema en el que la mitad de los tejidos y antígenos son paternos y, por tanto, constituye “un cuerpo extraño”. Dado que la placenta no mantiene los tejidos de la mujer y el feto completamente separados, una cantidad limitada de líquido y células fetales ingresa al sistema circulatorio de la madre (a veces llamado microquimerismo). Sabemos que después de un trasplante de órganos el cuerpo humano intenta rechazar el tejido extraño. Algunas complicaciones del embarazo (como los abortos espontáneos recurrentes y la preeclampsia) serían comparables, en alguna medida, a dicha “reacción al trasplante”. Esto parece depender del nivel de intolerancia inmunológica a los tejidos del bebé (o mejor dicho, a los antígenos paternos del bebé). Es posible desarrollar suficiente tolerancia materna a los tejidos fetales alogénicos mediante la exposición previa y prolongada a los antígenos paternos presentes en el líquido seminal, protegiendo así al feto de un posible rechazo y facilitando la implantación y placentación. Allí es donde la sexualidad entra en escena. Para mayor claridad, no nos referimos al semen per se, sino al semen del padre del bebé.

En el primer artículo dedicado a este tema, los investigadores encontraron menos prevalencia de preeclampsia en mujeres con reiteradas experiencias de eyaculación intraoral. El riesgo también se reducía en las mujeres expuestas al líquido seminal paterno por absorción de la mucosa vaginal [24]. En consonancia con estos datos, se encontró que el riesgo de preeclampsia es mayor después del vaginismo, la inseminación con donante, un embarazo producto de una relación breve o de un encuentro de una noche, una violación por un extraño y el uso de condón (como en las parejas con VIH).

Por otra parte, en las mujeres que practican regularmente el coito con eyaculación y sin condones el riesgo es menor. Un período de coito sin condón de seis meses se asocia con menos probabilidades de preeclampsia y actividad uterina anormal (dos

situaciones que pueden resultar en bebés pequeños para la edad gestacional [25]). Si bien parece prudente considerar estas “recomendaciones sexuales preconceptivas”, hasta ahora, muy pocos profesionales las conversan con sus pacientes o la pareja.

Aunque no se ha investigado aún, se podría suponer que existiría una “absorción” relativamente alta de líquido seminal en la eyaculación intrarrectal, en parte debido a que la mucosa rectal está altamente vascularizada y a que el depósito de semen permanece un tiempo bastante prolongado en el recto.

Un estudio reciente sugiere que, en un número de casos, el sexo oral (la eyaculación en la boca y más aún la ingesta de semen) podría tener una función de protección contra los abortos espontáneos recurrentes [26].

4.3.4. Sexo durante el embarazo

Las formas típicas de comportamiento sexual no suponen un riesgo para el embarazo o el bebé, siempre y cuando el embarazo sea saludable. Las mujeres que practican el coito una o más veces por semana entre las semanas 23 y 26 presentan un riesgo mucho menor de parto prematuro [27]. Las parejas que durante la etapa final del embarazo continúan practicando el coito reducen el riesgo de parto prematuro [28]. Lo mismo ocurre con las mujeres que tienen orgasmos sin coito [29].

Cabe notar, sin embargo, que en las mujeres con *Trichomonas vaginalis* o *Mycoplasma hominis* que practican el coito de forma frecuente (una o más veces por semana) entre las semanas 23 y 26 de gestación existe mayor prevalencia de partos prematuros y no así en aquellas que lo hacen de forma esporádica [27]. En mujeres que combinan embarazos avanzados con infecciones vaginales, la posición en la que el hombre se ubica sobre ellas durante el coito se asocia con una mayor ocurrencia de ruptura prematura de las membranas y parto prematuro [30].

Las parejas heterosexuales que han disfrutado de la actividad sexual durante el embarazo evalúan su relación (cuatro meses después del parto) de forma más positiva en términos de cariño y comunicación. Los investigadores también analizaron la relación de las parejas tres años después del nacimiento: aquellos que experimentaron un disfrute sexual mutuo antes y durante el embarazo mantuvieron una conexión más estable y su relación se vio menos afectada por el embarazo que en los demás casos [31].

4.3.5. Sexo y parto

Varios elementos de la sexualidad podrían contribuir a desencadenar el trabajo de parto: la oxitocina (a través de los masajes, la estimulación de los senos/pezones y el orgasmo); la prostaglandina (a través del semen y golpeteo de pene en el cuello uterino) y las contracciones uterinas (producidas por el orgasmo). En los casos informados, el coito previo a la fecha de nacimiento prevista no parece inducir el parto, en tanto que, en los embarazos a término, se asocia con el inicio del trabajo de parto y reduce la necesidad de inducirlo en la semana 41 [32].

Una vez que el trabajo de parto ha comenzado, las actividades sexuales mencionadas (excepto la penetración) dan continuidad al proceso. Entre los beneficios

adicionales encontramos la relajación, debido al contacto íntimo y placentero, y el aumento del umbral del dolor, debido a que la estimulación de los genitales y el clítoris desencadena la producción de endorfinas [2]. El [Capítulo 7](#) analiza en detalle estos elementos, incluido cómo hacer un uso proactivo de ellos durante el parto.

4.3.6. Beneficios a largo plazo

La sexualidad es un elemento de vinculación significativo para muchas parejas al comienzo de su relación. Luego, durante el embarazo, la importancia que se le atribuye puede disminuir de forma considerable por diversas razones, sean físicas, culturales, etc. En el año que sigue al nacimiento, muchas mujeres se concentran más en la maternidad y en su bebé que en la pareja, en tanto que muchos hombres preferirían volver al patrón sexual previo al embarazo. Esto, sumado a las dificultades de la maternidad/paternidad reciente, puede crear tensión en la relación: 5 % de las parejas se divorcian después del primer bebé y este valor se duplica si el bebé presenta un peso muy bajo al nacer [33]. Por un lado, gran parte del declive sexual en las relaciones postnatales tiene su origen en el embarazo. Por otro, a las parejas que mantienen relaciones sexuales satisfactorias durante el embarazo les va mucho mejor después del nacimiento [28].

4.4. Implicaciones prácticas

¿Qué podría enseñarnos esta lista de posibles beneficios para la salud sobre el rol de las matronas y otros profesionales en la atención obstétrica? Además de la responsabilidad de trabajar en pos de una madre, un embarazo y un bebé sanos, creemos que una buena atención debe incorporar cierta responsabilidad respecto de una maternidad, una paternidad y una pareja sanas.

Las conclusiones serán evidentes si la pareja está en riesgo (en especial después del primer embarazo) y a sabiendas de que la sexualidad puede ser un gran factor disruptivo:

1. Abordar con la pareja la importancia de mantener lo mejor posible su vida sexual e íntima. La excepción se presenta cuando uno de sus miembros manifiesta en forma clara y explícita que no le interesa la sexualidad.
2. Dejarles en claro que apostar a su vida sexual ayudará a mantener o recuperar su intimidad, sexualidad y relación sexual después del parto.
3. Explicarles también que la actividad sexual puede contribuir a reducir el estrés.
4. Reiterar que no hay contraindicaciones para la expresión sexual, siempre y cuando el embarazo no presente complicaciones. En caso de alteraciones, explicarles claramente lo que no pueden hacer, pero también lo que sí está permitido (ver [Capítulo 12](#)).
5. Cuando sea relevante, explicarles los beneficios potenciales de la expresión sexual para aliviar el dolor, reducir el estrés y facilitar el sueño.

En términos simples. La sexualidad y la intimidad son elementos relevantes de la atención.

Referencias

- [1] von Sydow K. (1999): Sexuality During Pregnancy and After Childbirth: A Metacontent Analysis of 59 Studies. *J Psychosom Res*, 47: 27-49.
- [2] Whipple B., Komisaruk B. R. (1985): Elevation of pain threshold by vaginal stimulation in women. *Pain*, 21: 357-67.
- [3] Palmore E. (1982): Predictors of the Longevity Difference: a Twenty-Five Year Follow-Up. *Gerontologist*, 22: 513-8.
- [4] Frappier J., Toupin I., Levy J. J., et al. (2013): Energy expenditure during sexual activity in young healthy couples. *PLoS One*, 8: e79342.
- [5] Kosfeld M., Heinrichs M., Zak P. J., et al. (2005): Oxytocin increases trust in humans. *Nature*, 435(7042): 673-6.
- [6] www.plannedparenthood.org/files/3413/9611/7801/Benefits_Sex_07_07.pdf
- [7] Gianotten W. L., Alley J. C., Diamond L. M. (2021): The Health Benefits of sexual expression. *Int J Sex Health*, 33: 478-93.
- [8] Davey Smith G., Frankel S., Yarnell J. (1997): Sex and death: are they related? Findings from the Caerphilly Cohort Study. *BMJ*, 315(7123): 1641-4.
- [9] Wright H., Jenks R. A., Demeyere N. (2019): Frequent Sexual Activity Predicts Specific Cognitive Abilities in Older Adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 74: 47-51.
- [10] Hesse C., Floyd K., Rains S. A., et al. (2021): Affective Communication & health: a meta-analysis. *Communication Monographs*, 88: 194-218.
- [11] Floyd K. (2022): Lipedemic effects of kissing are mediated by stress: results from a national probability sample. *Health Communication*. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10410236.2022.2050007>
- [12] van Raalte L. J., Floyd K. (2020): Daily Hugging Predicts Lower Levels of Two Proinflammatory Cytokines. *West J Communication*, 85: 487-506.
- [13] Grewen K. M., Light K. C., Mechlin B., Girdler S. S. (2008): Ethnicity is associated with alterations in oxytocin relationships to pain sensitivity in women. *Ethn Health*, 13: 219-41.
- [14] Lund I., Ge Y., Yu L. C., et al. (2002): Repeated massage-like stimulation induces long-term effects on nociception: contribution of oxytocinergic mechanisms. *Eur J Neurosci*, 16: 330-8.
- [15] Leavitt K., Barnes C. M., Watkins T., Wagner D. T. (2017): From the Bedroom to the Office: Workplace Spillover Effects of Sexual Activity at Home. *J Management*, 45(3).
- [16] Goldey K. L., van Anders S. M. (2011): Sexy thoughts: effects of sexual cognitions on testosterone, cortisol, and arousal in women. *Horm Behav*, 59: 754-64.
- [17] Blanchflower D. G., Oswald A. J. (2004): Money, sex and happiness: An empirical study. *Scand J Econ*, 106: 393-415.
- [18] Hurlbert D. F., Whittaker K. E. (1991): The Role of Masturbation in Marital and Sexual Satisfaction: A Comparative Study of Female Masturbators and Nonmasturbators. *J Sex Educ Ther*, 17: 272-82.
- [19] Gallup G. G. Jr., Burch R. L., Platek S. M. (2002): Does semen have antidepressant properties? *Arch Sex Behav*, 31: 289-93.
- [20] Cutler W. B. (1991): *Love cycles: the science of intimacy*. New York: Villard Books.
- [21] Arnot M., Mace R. (2020): Sexual frequency is associated with age of natural menopause: results from the Study of Women's Health Across the Nation. *R Soc Open Sci*, 2020: 2191020.

- [22] Leiblum S., Bachmann G., Kemmann E., et al. (1983): Vaginal atrophy in the postmenopausal woman; the importance of sexual activity and hormones. *JAMA*, 249: 2195-8.
- [23] Lorenz T. K., Heiman J. R., Demas G. E. (2018): Interactions Among Sexual Activity, Menstrual Cycle Phase, and Immune Function in Healthy Women. *J Sex Res*, 55: 1087-95.
- [24] Saftlas A. F., Rubenstein L., Prater K., et al. (2014): Cumulative Exposure to Paternal Seminal Fluid Prior to Conception and Subsequent Risk of Preeclampsia. *J Reprod Immunol*, 101-102: 104-10.
- [25] Kho E. M., McCowan L. M., North R. A., et al. (2009): Duration of sexual relationship and its effect on preeclampsia and small for gestational age perinatal outcome. *J Reprod Immunol*, 82: 66-73.
- [26] Meuleman T., Baden N., Haasnoot G. W., et al. (2019): Oral sex is associated with reduced incidence of recurrent miscarriage. *J Reprod Immunol*, 133: 1-6.
- [27] Read J. S., Klebanoff M. A. (1993): Sexual intercourse during pregnancy and preterm delivery: effects of vaginal microorganisms. The Vaginal Infections and Prematurity Study Group. *Am J Obstet Gynecol*, 168: 514-9.
- [28] Reamy K., White S. E., Daniell W. C., Le Vine E. S. (1982): Sexuality and pregnancy. A prospective study. *J Reprod Med*, 27: 321-7.
- [29] Sayle A. E., Savitz D. A., Thorp J. M. Jr., et al. (2001): Sexual activity during late pregnancy and risk of preterm delivery. *Obstet Gynecol*, 97: 283-9.
- [30] Ekwo E. E., Gosselink C. A., Woolson R., et al. (1993): Coitus late in pregnancy: risk of preterm rupture of amniotic sac membranes. *Am J Obstet Gynecol*, 168: 22-31.
- [31] Heinig L., Engfer A. (1988): Schwangerschaft und Partnerschaft. *Report Psychologie*, 13: 56-9.
- [32] Tan P. C., Andi A., Azmi N., et al. (2006): Effect of Coitus at Term on Length of Gestation, Induction of Labor, and Mode of Delivery. *Obstet Gynecol*, 108: 134-40.
- [33] Swaminathan S., Alexander G. R., Boulet S. (2006): Delivering a very low birth weight infant and the subsequent risk of divorce or separation. *Matern Child Health J*, 10: 473-9.

Módulo 2

LA NATURALEZA SIGUE SU CURSO

Woet L. Gianotten, Ana Polona Mivšek y Sam Geuens

Introducción al Módulo 2

El **Módulo 1** aborda la sexualidad de manera general: se enfocó en su definición (“¿Qué es el sexo?”), abordó su anatomía, fisiología y psicología, mostró de cierta manera cómo funciona el sexo y qué ocurre cuando no funciona, mientras que el último capítulo destacó varios beneficios para la salud que resultan de tener sexo.

Los **Módulo 2** y **Módulo 3** se centran en la práctica diaria de las matronas, abordando las consecuencias sexuales y para la intimidad de las distintas etapas que van desde la concepción hasta la maternidad/paternidad reciente.

La estructura de este libro presenta dos subdivisiones principales. La primera se basa en las diferentes etapas del proceso, que incluye deseo activo de tener un bebé, concepción, embarazo, parto y nacimiento, postparto y el primer año de maternidad/paternidad, y la lactancia. Además, hay un capítulo que se ocupa del suelo pélvico.

La segunda subdivisión trata la diferencia entre el desarrollo saludable/natural, llamado “fisiológico” en partería, por un lado y, por otro, de aquellas situaciones problemáticas, patológicas y de alto riesgo. Somos conscientes de que se trata de una división artificial, ya que el cambio de saludable a problemático se presenta como una transición gradual.

Siendo la sexualidad lo esencial en ambos módulos, los capítulos se titulan “Aspectos sexuales de...”. El **Módulo 2**, “La naturaleza sigue su curso”, se ocupa de los procesos fisiológicos. El **Módulo 3**, “La naturaleza se pierde en el camino”, trata la sexualidad bajo la misma serie de temas que el **Módulo 2**, pero en casos problemáticos, patológicos o de muy alto riesgo.

Al margen de estas divisiones, recomendamos a los lectores, en particular a los estudiantes de partería que utilizan este libro como manual, que comiencen por el **Capítulo 26**, que trata sobre cómo “hablar de sexo”, una habilidad esencial.

Capítulo 5: Aspectos sexuales de buscar el embarazo (concepción y preconcepción)

Hasta hace muy poco tiempo, el sexo era necesario para que la mujer quede embarazada. El comienzo de este periodo suele ser placentero para muchas parejas, pero hay variadas razones por las cuales ese placer puede perderse fácilmente. Una de ellas es la edad más avanzada en que las mujeres deciden ser madres, cuando la chance de concepción se ve disminuida. Otra razón es la idea de la maleabilidad de la vida, que se ha desarrollado poco a poco en muchas de las sociedades con ingresos altos. El “todavía no quedé embarazada” puede ser un verdadero golpe a la identidad de la pareja.

Este capítulo describe el movimiento gradual desde el sexo placentero hacia las “dificultades para concebir” que experimentan algunas parejas sanas. Esta situación difiere de aquella en que la fertilidad se ve afectada por disfunciones sexuales o infertilidad.

El capítulo también abarca elementos relevantes del “sexo para concebir”, y explica cómo las personas pueden influir de forma positiva en la posibilidad de embarazo (y lograr así la implantación del embrión).

Finalmente, brinda información abundante sobre los aspectos sexuales de la consulta preconcepcional, un enfoque bastante nuevo.

Capítulo 6: Aspectos sexuales del embarazo

En especial durante el primer embarazo, se producen muchos cambios en la mujer, la pareja y la relación. Este capítulo describe la amplia gama de elementos que influyen en la sexualidad y la intimidad. Comienza con los cambios físicos: tanto el embarazo como la excitación sexual se caracterizan por la hipercongestión de los órganos genitales internos y externos (y de los senos). Por un lado, el embarazo puede facilitar la excitación sexual, con mayor recurrencia de sueños sexuales y facilidad para alcanzar el orgasmo. Sin embargo, la combinación entre demasiada excitación sexual y una hipercongestión persistente puede causar dolor en los senos y la zona vulvar. En el último trimestre del embarazo, la calidad del orgasmo puede cambiar de clónica a tónica (y dolorosa). El deseo sexual puede variar en diferentes direcciones y está influenciado por factores físicos, pero también por el miedo al aborto espontáneo o a un nacimiento prematuro; y por el cambio en la apariencia y en la autopercepción de la persona gestante. Algunas se sienten incluso mejor que antes y otras menos atractivas que nunca. A algunas parejas les encanta la apariencia de la embarazada, y otras tienen problemas con esto. En este periodo se producen cambios existenciales en la relación, ya que la maternidad/paternidad implica nuevas responsabilidades y una gran disminución de la libertad.

Capítulo 7: Aspectos sexuales del parto y el nacimiento

Mientras que algunas mujeres experimentan el parto natural como algo muy doloroso y devastador, para otras puede ser una experiencia sensual sobrecogedora o casi erótica y muy parecida al orgasmo. El nacimiento, el orgasmo y la lactancia materna son procesos similares, todos muy asociados con la oxitocina, lo que la convierte en un factor potencial cuando las parejas buscan la manera de influir en el parto de manera proactiva. Este capítulo presta atención a varios aspectos de los estímulos físicos/sexuales que podrían incidir en el inicio del trabajo de parto y su continuidad. También describe varias formas de lidiar con el dolor.

El nacimiento (sobre todo el primero) es un proceso físico, pero también un evento significativo en la vida de la pareja que influye en su vínculo hacia la maternidad/paternidad. Este capítulo también analiza el rol de los miembros de la pareja y cómo atravesar de manera óptima todo este proceso.

Capítulo 8: La sexualidad de la pareja en el postparto y la maternidad y paternidad reciente (primer año)

El primer nacimiento es un evento importante en la vida de todas las partes involucradas: la mujer, su pareja (y la relación), y en especial para el bebé, que tendrá un rol complejo en el triángulo de la atención y los cuidados.

Este capítulo aborda el conjunto de elementos importantes que dan forma a la maternidad/paternidad y a la relación de pareja.

Este proceso es algo diferente para la mujer y el hombre promedio. Muchos hombres tienden a volver al nivel de deseo sexual previo al embarazo con bastante rapidez pero las mujeres necesitan mucho más tiempo para consolidarse en su nuevo rol de madres, al mismo tiempo que se replantean su rol como compañera sexual.

El sistema físico y sexual de la mujer se desgasta con los cambios hormonales y tal vez por períodos de escasa o nula actividad sexual. Durante la lactancia, los bajos niveles de estrógeno causan atrofia vaginal y los bajos niveles de andrógenos mantienen bajo el nivel de excitabilidad. Juntos, estos factores producen un riesgo sustancial de desarrollar dispareunia. Además de estos aspectos físicos, la mujer y su pareja experimentan grandes cambios psicológicos en el periodo de postparto.

Este capítulo explica cómo atravesar de manera óptima esta fase de “transición hacia la maternidad/paternidad” y la nueva relación de pareja.

Capítulo 9: Aspectos sexuales de los senos y la lactancia materna

Además de ser importantes para la nutrición del bebé, los senos están en muchas culturas relacionados con la sexualidad y la intimidad, y tienen muchas funciones sexuales. Son una zona erógena importante, un factor relevante para la identidad femenina, ya sea que cause inseguridad u orgullo, además de ser fuente de dolor o de placer.

Existen sorprendentes similitudes entre la lactancia materna, el nacimiento y el orgasmo. La oxitocina orquesta estos tres procesos, todos también influenciados por la capacidad de relajarse o “soltarse”.

En el proceso del parto, la estimulación mamaria puede ser beneficiosa. Una vez que la lactancia comienza, puede afectar la sexualidad tanto de manera positiva como negativa, lo que es en parte el resultado de los cambios hormonales. Finalmente, cuando la mujer lactante se excita o tiene un orgasmo, puede brotar leche, lo que causa confusión en algunas parejas y placer en otras.

El capítulo también trata el rol de los profesionales de la salud al asesorar sobre las ventajas y desventajas de la lactancia materna. Esta posibilita una mejor nutrición para el bebé, es un factor vital en el vínculo madre-hijo y tiene beneficios para la salud de ambos a largo plazo. Sin embargo, amamantar puede causar fatiga severa, falta de deseo sexual, dispareunia y dismorfofobia.

Capítulo 10: Aspectos sexuales del suelo pélvico femenino

El último capítulo de este módulo está dedicado al suelo pélvico (SP). Mientras que la atención materna siempre consideró a los músculos pélvicos como una parte esencial del parto y sus complicaciones, poco a poco este elemento también ha sido reconocido como fundamental para el placer sexual y los problemas sexuales.

Este capítulo comienza explicando su función en la postura y la sexualidad y señala las diferencias entre el suelo pélvico normotónico, hipotónico e hipertónico y cómo influyen en la sexualidad.

El capítulo ofrece educación básica para evaluar el funcionamiento del SP. Luego de explicar cómo funciona en relación al embarazo y el parto, también se abordan aspectos de prevención y rehabilitación: aborda cómo preparar a la mujer embarazada para un parto relajado con menos consecuencias negativas como la laxitud vaginal o el prolapso del suelo pélvico.

Aspectos sexuales de buscar el embarazo (concepción y preconcepción)

Woet L. Gianotten¹

5.1. Introducción

Este capítulo considera varios aspectos de la sexualidad relativos a la concepción. Ofrece información importante para las matronas, aunque en muchos países sólo se involucran en el proceso postconcepción. Esta información es esencial ya que comprender los problemas sexuales que se producen en la fase en la que se intenta concebir puede traer (y probablemente traiga) consecuencias para la sexualidad durante el embarazo y el postparto, pero también porque en algunos países el trabajo de las matronas se desarrolla un área más general de la salud reproductiva, que incluye la atención previa a la concepción, una práctica respaldada por la OMS [1]. El capítulo integra la sexualidad en la atención preconcepcional, aspecto que casi no se menciona en la bibliografía. Este enfoque es una consecuencia lógica de la “atención en cadena”, en el que ser consciente del resultado final que se desea mejora la multidisciplinariedad entre los profesionales.

Utilizamos el término “atención en cadena”. La medicina hoy es parte de la era de la superespecialización. En nuestro campo, una pareja puede entrar en contacto con expertos en fertilidad, obstetricia, parto, neonatología, sexología y relaciones y familias. Cada profesión se enfoca en su área específicamente e influye en la pareja con recomendaciones relevantes. Pero con tanta fragmentación tanto los profesionales como la pareja suelen olvidar el resultado final deseado: una vida feliz en familia y en pareja. En la “atención en cadena”, las diversas profesiones colaboran (multidisciplinariedad) y como tienen presente este resultado, lo integran a su enfoque.

Tener “buen sexo” es un factor clave para concebir. Este capítulo trata el tema y explica de qué manera factores como la frecuencia del coito, la calidad de la excitación masculina y femenina y el encontrar el momento oportuno contribuyen a mejorar las posibilidades de concebir.

¹ W. L. Gianotten 

Departamento de Ginecología y Obstetricia, Centro Médico Universitario Erasmus, Róterdam, Países Bajos.
E-mail: woetgia@ziggo.nl

Esto puede sonar poco romántico pero también es cierto que una gran cantidad de embarazos ocurren sin planificación. Sin embargo, y sobre todo en el mundo occidental, muchos embarazos se planifican y esa “planificación” forma parte del estilo de vida de numerosas parejas modernas que diseñan su propia vida y futuro, entonces si la concepción no ocurre según su plan de maternidad/paternidad, se sienten desconcertados, motivo por el cual buscan asistencia médica casi de inmediato. Desafortunadamente, muchos profesionales recurren primero al diagnóstico y tratamiento, olvidando (y negando) que el sexo es la forma más común de producir un embarazo. Cuando el embarazo no ocurre en el lapso de tiempo esperado, muchas parejas caen en un círculo vicioso en el que “intentar concebir” deriva en “mal sexo”, lo que disminuye sus probabilidades y con el tiempo podría afectar la calidad de la relación íntima [2].

Este capítulo pretende explicar estos procesos y analizar:

- cómo parejas sanas que “intentan concebir” pueden perder su placer sexual,
- los aspectos sexuales de la atención preconcepcional y
- la fisiología sexual de la concepción.

Los problemas de fertilidad a causa de disfunciones sexuales y los aspectos sexuales de la infertilidad se abordan en el **Capítulo 11**.

5.2. “Dificultades en la concepción”: pérdida del placer sexual en el camino

Si la fertilidad no se encuentra afectada, muchas parejas logran el embarazo sin que el sexo sea fabuloso, el cual no es en sí un factor de importancia siempre y cuando su objetivo no sea concebir. Sin embargo, la realidad es un poco diferente: en el próspero mundo occidental, muchas parejas esperan un largo tiempo antes de sentirse listas para ser padres y, cuando dejan los anticonceptivos, tienden a creer que la concepción sucederá dentro de los dos o tres meses.

Algunas parejas lo consiguen y eso les genera un aumento en su autoestima; otras no lo logran y se decepcionan. El no concebir (que suele ser un “no todavía”) puede afectar la autoestima de la pareja en gran medida, y disminuir de forma considerable el deseo sexual. Las ansias por concebir influyen en la espontaneidad de la pareja y en la planificación de los encuentros sexuales, lo que deriva en estrés, menos intimidad y coito sin excitación genuina. Se produce un círculo vicioso entre el “mal sexo” y una menor probabilidad de concebir, lo que no necesariamente significa subfertilidad, sino “dificultad para concebir”.

En las mujeres fértiles de mayor edad, el miedo a “que sea demasiado tarde” puede incidir generando más estrés.

Este período de “sexo malo” (debido a “no concebir todavía”) puede extenderse al embarazo y luego a la etapa de postparto, influyendo de manera negativa en la calidad de la relación y en una maternidad/paternidad feliz.

5.3. Aspectos sexuales de la atención preconcepcional

Según la OMS, el objetivo final de la atención preconcepcional es mejorar la salud materno-infantil a corto y largo plazo [1]. Desde el punto de vista de la salud sexual, preferimos ampliar esa pretensión e incluir explícitamente la salud de la pareja, ya que en gran parte implica su salud sexual.

Partiendo desde allí, nos enfocaremos en cuatro fases que deben estar incluidas en la atención preconcepcional:

1. Antes de la concepción ("sexo para adaptarse a los antígenos paternos");
2. Durante la concepción ("qué hacer y qué no hacer cuando se busca concebir");
3. Durante el embarazo ("cómo invertir en el bienestar sexual a futuro");
4. El periodo de postparto ("cómo retomar la vida sexual").

Brindamos esta información para la mujer/pareja de forma narrativa (incluyendo un listado de cosas que se deben y que no se deben hacer) y agregamos algunas aclaraciones para los profesionales de la salud.

Las explicaciones dirigidas a la mujer/pareja aparecen en recuadros como este.

5.3.1. Antes de la concepción

Una nueva y fascinante línea de conocimiento en el campo de la obstetricia se ocupa de la inmunología. Algunos trastornos en el embarazo parecen disminuir cuando la mujer ha tenido gran exposición al semen de su pareja. El tener sexo regularmente durante seis meses sin usar condón se asocia con un menor riesgo de preeclampsia y de actividad uterina anormal (factores que derivan en bebés pequeños para la edad gestacional) [3]. También hay indicios de que la exposición al semen de la pareja podría prevenir en algunos casos los abortos espontáneos recurrentes. Para una explicación más amplia, ver el [Capítulo 4](#).

En la práctica, es importante saber si la pareja tiene sexo de forma regular y de qué manera hay exposición al semen (por vía vaginal, oral, anal). Es decir, hay que hacerles preguntas a los pacientes. Si no hay respuesta, se puede usar la siguiente explicación:

Cuando una mujer está embarazada, la mitad del bebé está formada por material extraño (antígenos del padre). Ese material extraño puede causar problemas durante el embarazo. Aumenta el riesgo de presión arterial alta y de actividad anormal en el útero, lo que deriva en bebés demasiado pequeños. Además, podría ser un motivo subyacente de aborto espontáneo. Descubrimos que la mujer puede adaptarse a los antígenos de su pareja. Algunas investigaciones han demostrado que la exposición regular al semen de la pareja disminuye estos riesgos. Por lo tanto, recomendamos considerar posponer la concepción durante seis meses y tener sexo regularmente sin utilizar condón y con exposición al semen. Además, esto podría tener un beneficio extra, ya que el semen se absorbe de manera parcial y tiene efectos antidepresivos [4].

Esta explicación debería ir seguida de alguna indicación práctica, dependiendo del motivo por el que aún no ha habido exposición al semen de la pareja. A veces, se les puede dar indicaciones más precisas, buscando la exposición en los días no fértiles del ciclo.

5.3.2. Durante la concepción

Están en proceso de lograr un embarazo. Algunas parejas tienen suerte y conciben sin mucho esfuerzo ¡Felicitaciones para ellos!

Sin embargo, a otras parejas podría tomarles más tiempo. El foco rápidamente cambia del placer sexual al “tenemos que quedar embarazados”, terminando por lo general en un círculo vicioso de decepción, estrés y programación de los encuentros sexuales que no es productivo ni se basa en el placer o el deseo sexual. Seamos claros: eso no funciona. Por un lado, el placer y la intimidad son elementos importantes para concebir: niveles altos de excitación sexual en mujeres y hombres aumentan la probabilidad de concebir. Lo mismo ocurre cuando se tienen relaciones sexuales más frecuentes y relajadas. Además, hay otro motivo para prestar atención a la calidad del sexo y al placer sexual: la manera en que la pareja tenga sexo y cuanto disfrute durante el período de concepción influirá en la calidad de su vida sexual durante el embarazo, y afectará luego la forma en que retomarán las relaciones sexuales después del nacimiento.

Para las parejas, el sexo después del embarazo puede verse como algo muy lejano, por eso es conveniente concientizarlas sobre los beneficios de mantener una buena vida sexual durante la fase de concepción además de cómo se extienden a una buena sexualidad durante el embarazo y el postparto. No interrumpir la vida sexual contribuye creando mejores lazos entre la pareja y entre los padres y el bebé.

Recomendaciones para la pareja:

Qué hacer:

- invertir en el placer y el deseo sexual;
- intentar, en la medida de lo posible, ser futuros padres pero al mismo tiempo no dejar de ser pareja. Dar prioridad a la sexualidad y la intimidad (por encima del trabajo, las redes sociales, los amigos y los familiares), es una inversión a largo plazo en un futuro sólido como pareja;
- si se toma la ovulación como indicador, tener en cuenta que la posibilidad de concebir es mayor practicando el coito dos días antes de la ovulación;
- eyacular regularmente. Los intervalos demasiado largos entre eyaculaciones disminuyen la calidad de los espermatozoides. Una eyaculación cada uno a tres días es una buena frecuencia promedio para concebir. Por lo tanto, a veces será necesario recurrir a la masturbación para mantener la calidad óptima de los espermatozoides.

Qué no hacer:

- suspender el coito cuando se sienta dolor. Por lo general, el dolor significa que no hay (aún) suficiente excitación;
- No dejar de tener sexo porque el día de ovulación ha pasado. El semen parece facilitar el crecimiento interno (anidación) en el útero.

5.3.3. Durante el embarazo

Durante el embarazo, los cambios en la vida íntima y sexual son una realidad. El deseo sexual puede aumentar como disminuir. En algunas parejas, ambos experimentan los mismos cambios, aunque suele haber diferencias que además van fluctuando a lo largo del embarazo debido a las adaptaciones físicas de la mujer y a una anticipación emocional del futuro rol como padres.

Por este motivo remarcamos que la calidad de la vida sexual que tiene la pareja durante el embarazo afecta su vida sexual después del parto. Una vez nacido el bebé, muchas parejas tienen dificultades para retomar su vida sexual y durante el primer año la sexualidad se convierte en una razón importante de tensión.

También sabemos que aquellas que mantienen una vida sexual activa y satisfactoria durante el embarazo sufren menos la tensión sexual después.

En otras palabras: invertir en una relación y una vida sexual saludable y satisfactoria durante el embarazo es una apuesta a largo plazo para el bienestar de la pareja y una buena maternidad/paternidad.

Recomendaciones para la pareja

Qué hacer:

- prestar especial atención al placer y al deseo sexual;
- *si (todavía) no se logró, intentar aprender a disfrutar del sexo sin penetración al principio del embarazo. Además de ser divertido, proporciona un mayor margen de maniobra hacia el final, cuando la penetración ya no es posible o no resulta placentera.*

Qué no hacer:

- suspender el coito si causa dolor, que suceder por falta de excitación.
- En la segunda mitad del embarazo, abstenerse de tener relaciones sexuales en posiciones en las que el hombre se ubica sobre la mujer. No sólo porque la panza genera incomodidad para muchas mujeres, también porque puede ser un factor de riesgo relacionado a la prematuridad y ruptura prematura de las membranas.

El profesional de la salud desempeña varios roles relacionados con la sexualidad y la intimidad durante el embarazo, ayudando a la pareja a invertir en el futuro sexual después del nacimiento y en la transición hacia la maternidad/paternidad.

Lo hace, por un lado, creando un ambiente abierto y favorable para hablar de sexualidad y aclarando que, si la mujer o su pareja tienen preocupaciones o preguntas, deben plantearlas. Por otro lado, educando de manera proactiva a las parejas sobre posibles alteraciones sexuales debido a cambios en la relación y en el cuerpo y el rol de la mujer.

Resulta sensato explicar por qué y cómo la situación podría avanzar hacia un camino poco feliz, en especial en los últimos meses del embarazo y los primeros meses junto al bebé, cuando la mujer no está de humor ni se siente cómoda en su cuerpo para tener sexo con penetración. Esto podría ser un problema para el varón, que suele tener sexo con penetración, y sobre todo si usa el sexo para resolver el estrés. Descubrimos que las parejas que practican la masturbación atraviesan mejor los períodos de pre y postparto (ver [Figura 5.1](#)).



Figura 5.1 Masturbación. Una de las formas de finalizar el coito de modo que el hombre logre el orgasmo sin penetración.

Ilustración de Woet Gianotten.

5.3.4. El período de postparto

Cuando una pareja está intentando concebir, el postparto puede resultarles algo lejano. Sin embargo, una buena atención en cadena requiere anticiparse a las fases posteriores, después de todo, la mayoría de las parejas intentan estar bien para formar una familia sana y tener hijos saludables. Debido a que muchas parejas enfrentan tensiones durante el primer año después del parto a causa de problemas de índole sexual, creemos que hablar sobre lo que sucede en los periodos de periparto y postparto debe formar parte integral de la atención preconcepcional [2].

En los primeros meses postparto, la mente de la mayoría de las madres jóvenes está puesta en el bebé y no en la pareja. Es común que las hormonas y la vagina aún no estén listas para el coito, en especial si la mujer está amamantando o experimentó algún tipo de traumatismo durante el parto.

Por su parte, muchos padres jóvenes quieren volver a los patrones sexuales previos, y sus niveles de testosterona son mucho más altos que los de la madre, por eso suelen experimentar un mayor deseo sexual. A su vez, los varones tienden a sentirse muy confundidos por su nuevo rol como padres y el cambio repentino de ser ahora tres, entonces utilizan la sexualidad como “método” normal para aliviar el estrés. Esta combinación de factores puede causar desorden y complicaciones graves en la vida sexual de la pareja; es común que la decepción y la alienación después del parto afecten el futuro sexual de la pareja [2].

Puede parecer chocante abordar la sexualidad durante el periodo cercano y posterior al nacimiento. Sin embargo, durante esa fase, su vida sexual puede verse completamente alterada. No hay nada malo con la rutina sexual que desarrollaron juntos pero deben tener en cuenta que es muy probable que no les sea útil en las últimas etapas del embarazo ni en los primeros meses después del nacimiento. Y sin dudas tampoco va a funcionar si la intención es amamantar. Nos parece prudente anticiparnos y prepararlos porque esas alteraciones sexuales pueden tener efectos duraderos en la relación y afectar la maternidad/paternidad. El desafío es: ¿cómo lograr que la sexualidad siga siendo gratificante y les permita conectar durante este período? Debemos abordar los dos temas más importantes: “seguir el ritmo sexual de la pareja” y “el automatismo de concluir los encuentros sexuales con penetración y orgasmo”.

En cuanto a seguir el ritmo sexual, la pareja siempre tiene diferencias en el nivel de deseo sexual y eso no tiene por qué ser un obstáculo pero lidiar con esas diferencias puede ser difícil y terminar siendo un problema. Si la pareja aprende a hacerlo, tiende a lograr una vida sexual más feliz y satisfactoria, algo que se vuelve muy importante en la medida que avanza el embarazo y después del nacimiento.

Con respecto a la penetración (con o sin orgasmo) como forma de finalizar el sexo, muchas parejas desarrollan una rutina en la que los encuentros sexuales terminan con penetración y orgasmo intravaginal (masculino). Esto tampoco tiene nada de malo, pero ese automatismo impide una intimidad relajada si causa dolor vaginal: es muy común que la mujer no esté lista para la penetración en los últimos meses de embarazo ni luego del parto.

Entonces, si “el verdadero sexo” significa penetración, el encuentro sexual inevitablemente terminará en dolor para la mujer, y causará angustia y decepción para ambos.

Muchas parejas evitan caer en esta trampa por medio de la “masturbación”: se acurrucan hasta que la necesidad de intimar de la mujer está satisfecha y su pareja puede proceder a la estimulación extra-vaginal y al orgasmo mientras descansa en sus brazos. Estas modificaciones en la rutina sexual generan encuentros más íntimos y con menos tensión, dolor y sentimientos de culpa.

Creemos que la pareja no debería buscar el embarazo sin antes sentirse a gusto con el sexo y el orgasmo sin necesidad de penetración vaginal.

5.4. Recomendaciones para el/la profesional

Asumamos que el lector cree en los beneficios de dicha anticipación como forma de prevención en salud sexual. A muchos profesionales les cuesta integrar esta noción en la atención preconcepcional. A continuación, algunos argumentos a favor:

- Si la pareja aprende a manejar las diferencias en el deseo sexual y logra adaptarse al sexo sin penetración se beneficia para el resto de la relación.
- La información honesta y abierta sobre la sexualidad mejora la relación de confianza entre la mujer, la pareja y el profesional.

Qué hacer:

- Preparar un folleto con la información requerida en el/los idioma/s de sus pacientes;²

² El sitio web <https://www.zanzu.be/es> brinda información relevante sobre salud reproductiva en 15 idiomas.

- si es la primera vez que va a hablar sobre esto, sirve practicar con su pareja o colegas unas cuantas veces, ya que hablar en voz alta sobre sexo es diferente a sólo pensar cómo decirlo;
- el próximo paso podría ser practicar varias veces con una pareja con la que tenga confianza, no se siente igual hablar de sexo cuando hay un varón presente;
- adaptar (dentro de su zona de confort) las explicaciones al lenguaje de la pareja;
- preguntar a la pareja qué cambios podrían aplicar para anticiparse al futuro a partir de la información brindada... Si logran “ayudarse mutuamente” con sus propias ideas podría mejorar la confianza de la pareja.

Qué no hacer:

- Ser cuidadoso para que no prevalezca el propio marco sexual de referencia;
- no permitir que el folleto reemplace el mensaje oral. Es preferible entregar el folleto al final de la conversación y, en la siguiente consulta, preguntar si ha generado alguna duda;
- a veces resulta tentador aconsejar a las parejas de forma abierta “*Hagan tal o cual cosa*”, aunque no es recomendable en términos de la relación profesional-paciente. Cuando una pareja toma un “consejo sexual directo”, el profesional corre el riesgo de volverse parte de su “escena sexual”, lo cual puede ser muy delicado. Siempre es mejor aconsejar de manera indirecta, a través de las experiencias de otras parejas: “*Algunas parejas en la misma situación han hecho esto y aquello. A muchos les funcionó bastante bien, tal vez puedan tenerlo en cuenta*”.

5.5. La fisiología sexual de la concepción [5]

En parejas sanas que no utilizan anticonceptivos, el tiempo promedio necesario para concebir es 5,3 meses, y el 25 % de ellas logran concebir luego de un mes de tener sexo sin protección [6]. A muchas otras parejas les toma más de un año y medio, por eso la concepción puede parecer una cuestión de suerte.

Si la pareja es fértil, el embarazo se logra, incluso si el sexo no es bueno. Sin embargo, es evidente que la probabilidad de concepción es mucho mayor con un buen sexo procreativo.

En esta parte, comenzamos abordando los diferentes aspectos de una “logística sexual óptima” (el momento oportuno, la coreografía, etc.), y finalizamos con algunas recomendaciones para mejorar el deseo sexual cuando está por perderse.

5.5.1. La frecuencia del coito

El coito frecuente aumenta de manera considerable las posibilidades de concepción: teniendo sexo cuatro veces por semana, la probabilidad de concepción

es de cuatro a cinco veces mayor que teniendo sexo sólo una vez por semana. Con un ciclo menstrual regular, hacerlo entre dos y tres veces por semana también es suficiente.

5.5.2. El momento oportuno para el coito

Para concebir se necesitan espermatozoides y un óvulo fresco. Los espermatozoides sanos pueden sobrevivir hasta seis días en el cuerpo de la mujer y un óvulo sobrevive de 12 a 24 h después de la ovulación (aunque algunas concepciones involuntarias parecen ocurrir 48 h después). Para concebir, el coito debe suceder en este “margen de fertilidad”: desde seis días antes y hasta 12 h después de la ovulación. El momento óptimo dentro de este margen es cuando el moco cervical es abundante, blanquecino y resbaladizo, como la clara de huevo. Otro método fiable para reconocerlo (aunque mucho más costoso) es el test de ovulación. El mejor momento para tener sexo es dos días antes de la ovulación [7].

Entre la eyaculación y la fecundación, los espermatozoides pasan por el proceso de capacitación: tardan entre una y cuatro horas en prepararse para hacer su trabajo. Se trata de un proceso químico que ocurre en el moco cervical y las criptas cervicales y permite que los espermatozoides impregnen el óvulo. De manera continuada nuevos espermatozoides capacitados comienzan su viaje desde el líquido eyaculado. Se debe recordar que un pool de semen contiene unos 50 millones de espermatozoides.

La probabilidad de concepción es aún mayor si hay suficientes espermatozoides viables disponibles en la zona de ovulación. Esto refuerza el consejo de tener sexo de forma regular durante el margen fértil (dos días antes de la ovulación). Por lo tanto, las parejas que esperan hasta que el test indique que la ovulación propiamente dicha ha comenzado dejan pasar la oportunidad óptima de concebir.

Después de la concepción, el embrión tiene que implantarse con éxito en el margen de seis a doce días a partir de la ovulación. Practicar el coito de forma regular pareciera contribuir a una buena implantación (que suele suceder en el día nueve), ya que podría actuar sobre la inmunidad humoral para que el embrión emergente sea aceptado por el cuerpo de la mujer, a pesar de ser un “elemento extraño” [8].

5.5.3. La frecuencia de la eyaculación

No es aconsejable eyacular con mucha frecuencia (varias veces al día) cuando se desea concebir porque disminuye la calidad del esperma. Por otro lado, “contenerse” (períodos largos de abstinencia antes de la ovulación) tiene el mismo efecto adverso. Una abstinencia de cinco días proporciona la calidad y la cantidad óptimas de espermatozoides, dato relevante para las parejas con oportunidades limitadas para el contacto sexual. Para las parejas que conviven, la frecuencia óptima es de una vez cada uno o dos días, debido a los beneficios ya mencionados de una eyaculación intravaginal regular.

5.5.4. La excitación sexual femenina

Debido a que la superficie vaginal suele estar húmeda, la excitación sexual crea lubricación, un fluido con varias funciones: desde la fertilidad hasta el placer y la prevención de la irritación mecánica (causante de dolor). Con un alto contenido de O₂ y el pH adecuado, la lubricación ayuda al metabolismo, la movilidad y el tiempo de vida de los espermatozoides [5].

La vagina de la mujer no excitada tiene un pH ácido (entre 3,8 y 5,0) en el que los hongos y demás patógenos no pueden crecer. Sin embargo, en un pH menor a 6,3 los espermatozoides se inmovilizan. Es por eso que la lubricación tiene un pH neutro de alrededor de 7,0. Además, una buena lubricación permite que el pene se deslice mejor, previene la dispareunia y aumenta el placer sexual. Este es otro argumento relevante a favor de una buena excitación, ya que eleva la posibilidad de tener sexo de forma repetida y, por lo tanto, las chances de concebir. Antes se creía que los lubricantes artificiales dañaban los espermatozoides, sin embargo, investigaciones recientes han corregido esta idea [9]: se detectó que su uso produce un leve aumento en la tasa de concepción.

Cuando la excitación es fuerte, el cuello uterino y el útero se alejan de la pared vaginal posterior (*tenting*) para evitar que el grueso de los espermatozoides ingrese al cuello uterino antes de que ocurra la capacitación [2].

5.5.5. La excitación sexual masculina

Un nivel alto de excitación sexual masculina mejora la calidad del espermatozoides [10]. También aquí hay un elemento temporal: un período más prolongado de excitación pre-eyaculatoria mejora la concentración de espermatozoides [11].

Una buena excitación también aumenta las chances de tener sexo de forma repetida, con mayor probabilidad de concepción.

5.5.6. El orgasmo femenino

El efecto del orgasmo en las posibilidades de concepción todavía no es del todo claro [12]. Inmediatamente después de la eyaculación, el espermatozoides se coagula y unos diez minutos después se descoagula. Debido a que los espermatozoides necesitan algunas horas antes de la capacitación y estar aptos para comenzar su viaje hacia el óvulo, es muy probable que el orgasmo no favorezca la concepción si hubo eyaculación en ese encuentro sexual. No obstante, es distinto para los espermatozoides de la eyaculación anterior. Cerca del período de ovulación, los músculos lisos subendometriales envían ondas peristálticas desde el cuello uterino hasta las trompas de Falopio hacia la zona de ovulación. La oxitocina, que alcanza su punto máximo durante el orgasmo, favorece la emisión de esas ondas miométricas. Desde esta perspectiva, el orgasmo podría llevar los espermatozoides de la eyaculación anterior hacia la zona de ovulación. Sin embargo, quizás lo más importante aquí sea que un orgasmo satisfactorio puede ser un buen motivo para repetir el encuentro sexual, y eso sí aumenta la posibilidad de concebir.

Recomendaciones (para consejos verbales o escritos) para que la pareja mejore su vida sexual si el placer disminuye:

Cuando el deseo de quedar embarazada es muy grande, pero no se tiene éxito, la pareja puede perder fácilmente el apetito sexual. La presión por tener un buen desempeño no aumenta el placer sexual y tampoco resulta fácil “tener encuentros sexuales programados” ni “disfrutar del sexo a requerimiento”. Después de todo, no se puede obligar a alguien a divertirse. De estas situaciones aprendimos algunas estrategias para mejorar la vida sexual, muchas de las cuales tienen como objetivo crear condiciones de intimidad, la cual es una condición fundamental para el deseo sexual y el sexo placentero.

- Asegurarse de que no habrá interrupciones: mantener las redes sociales fuera del dormitorio (cosas simples como apagar el celular, la televisión y desconectar el timbre de la casa);
- darse el tiempo para tener intimidad. Hacer las cosas juntos y a solas puede ayudar a restablecer sus vínculos: las tareas domésticas o los trabajos manuales puede funcionar como un juego previo. Algunas parejas se benefician de compartir actividades físicas como hacer ejercicio, bailar, hacer deporte o disfrutar de un tratamiento de bienestar juntos;
- crear intimidad: un dormitorio frío y poco acogedor con una tabla de planchar en la esquina no es muy erótico;
- asumir la responsabilidad conjunta de fortalecer su relación sexual: es mejor decir cosas que predisponen al otro para el sexo, en vez de hacer énfasis en todo momento lo que no está funcionando. Muchas parejas disfrutaban recordando los momentos emocionantes en los que se enamoraron o tuvieron buen sexo;
- aceptar que son diferentes. En general, las mujeres responden mejor a tener la completa atención de su pareja, al romance y a la intimidad, mientras que a los hombres les gusta más la variedad, los estímulos visuales (desde la lencería hasta la desnudez) y la manifestación de emoción explícita;
- tiende a haber mucha excitación sexual en los límites de nuestra zona de confort. Dependiendo de cuáles sean para cada uno, pueden intentar avivar las cosas, por ejemplo, con incienso, masajes con aceite, sauna, películas románticas, películas para adultos, juguetes eróticos, etc.;
- para algunas parejas, beber un poco de alcohol puede ayudarlos a relajarse, soltarse y sentirse cómodos. Esto no es peligroso para el bebé antes de la implantación (generalmente 9 días después de la ovulación) ya que el feto todavía está separado por completo de la circulación sanguínea de la madre.

Referencias

- [1] OMS sobre preconcepción. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/340533/WHO-FWC-MCA-13.02-eng.pdf?sequence=1>
- [2] von Sydow K. (1999): Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. *J Psychosom Res*; 47: 27-49.

- [3] Kho E. M., McCowan L. M., North R. A., et al. (2009): Duration of sexual relationship and its effect on pre-eclampsia and small for gestational age perinatal outcome. *Am J Reprod Immunol*; 82: 66-73.
- [4] Gianotten W. L., Alley J. C., Diamond L. M. (2021): The health benefits of sexual expression. *Int J Sex Health*; 33: 478-93.
- [5] Levin R. J. (2015): Recreation and procreation: a critical view of sex in the human female. *Clin Anat*; 28: 339-54.
- [6] Bancroft J. (2009): Sexual aspects of fertility, fertility control and infertility. En: Bancroft J. (ed.), *Human sexuality and its problems*. 3ª ed. Londres: Churchill Livingstone; pp. 439-63.
- [7] Dunson D. B., Colombo B., Baird D. D. (2002): Changes with age in the level and duration of fertility in the menstrual cycle. *Hum Reprod*; 17: 1399-403.
- [8] Lorenz T. K., Demas G. E., Heiman J. R. (2017): Partnered sexual activity moderates menstrual cycle-related changes in inflammation markers in healthy women: an exploratory observational study. *Fertil Steril*; 107: 763-73.e3.
- [9] McInerney K. A., Hahn K. A., Hatch E. E., et al. (2018): Lubricant use during intercourse and time to pregnancy: a prospective cohort study. *BJOG*; 125: 1541-8.
- [10] Yamamoto Y., Sofikitis N., Mio Y, et al. (2000): Influence of sexual stimulation on sperm parameters in semen samples collected via masturbation from normozoospermic men or cryptozoospermic men participating in an assisted reproduction programme. *Andrologia*; 32: 131-8.
- [11] Pound N., Javed M. H., Ruberto C., et al. (2002): Duration of sexual arousal predicts semen parameters for masturbatory ejaculates. *Physiol Behav*; 76: 685-9.
- [12] Levin R. J. (2011): Can the controversy about the putative role of the human female orgasm in sperm transport be settled with our current physiological knowledge of coitus? *J Sex Med*; 8: 1566-78.

6.1. Introducción

Este capítulo es el primero de dos que hablan sobre la sexualidad durante el embarazo. Mientras que el **Capítulo 12** analiza la sexualidad en embarazos con complicaciones, este se enfoca en el embarazo fisiológico sin complicaciones. Comienza con un resumen breve de los cambios fisiológicos y psicológicos que se producen durante el embarazo y que afectan la sexualidad de la mujer, especialmente los vinculados a la conciencia corporal y los roles sociales. La sexualidad de una persona también se ve influenciada por su pareja, la sociedad y la cultura que habitan. Estos elementos reciben aquí sólo una atención limitada. El **Capítulo 22** brinda mayores detalles sobre la sexualidad del hombre durante el embarazo y la paternidad reciente, en tanto que el **Capítulo 23** trata los aspectos culturales. Los profesionales de la salud, por lo general las matronas, que tienen experiencia para guiar a las mujeres durante el embarazo, deben abordar esta área vital de la sexualidad (con todos sus cambios) para las mujeres y las parejas.

6.2. Embarazo: un momento único pero desafiante

Todas las parejas entran a la relación y al embarazo con experiencias, comportamientos y sueños compartidos [1]. Los pensamientos y sentimientos de una mujer sobre el embarazo, su aceptación y, en consecuencia, su actitud hacia la sexualidad se ven muy influenciados por la manera en que la pareja decide quedar embarazada. Algunas experimentan el embarazo como una pérdida de identidad y perciben sus cuerpos como si ya no fueran los suyos, mientras que otras disfrutan de este período plenamente. Un embarazo planificado y deseado por ambas partes puede beneficiar el disfrute del proceso y, por ende, la sexualidad durante este periodo [1].

Muchos otros factores influyen en la actitud de la mujer hacia el embarazo y la sexualidad: su situación de vida, la sensación de seguridad, sus relaciones con los demás,

¹ A. Polona Mivšek 

Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Liubliana, Liubliana, Slovenia. E-mail: polona.mivsek@zf.uni-lj.si

X.-H. Tomai 

Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad de Medicina y Farmacéutica, Ho Chi Minh, Vietnam.

la autoaceptación, la reacción a los cambios hormonales provocados por el embarazo y, por último, pero no menos importante, sus expectativas respecto de la maternidad.

El apoyo y la atención de su pareja pueden tener una fuerte influencia en los sentimientos de la mujer sobre el embarazo [2]. Sin embargo, incluso si este ha sido planeado y deseado por ambos, es normal tener sentimientos contradictorios. Hoy en día, la mayoría de las mujeres tienen la oportunidad de desarrollar una carrera, tener un bebé y alejarse por un tiempo de su actividad profesional. Entonces, dedicar su vida a un hijo que depende de ella podría ser percibido como pérdida de identidad profesional, libertad, etc. En este contexto, enfrentar estos cambios significativos de estilo de vida puede ocasionar angustia y sentimientos de pérdida. A pesar de que la decisión de concebir haya sido tomada de común acuerdo, los sentimientos de sacrificio de estas mujeres pueden afectar sus relaciones (sexuales).

El embarazo también supone un gran desafío para el otro miembro de la pareja. Hay quienes experimentan inseguridades sobre su carrera y sus habilidades paternales. Además, el rol de la mujer embarazada empieza a cambiar de amante a madre, lo que puede afectar el clima de la relación. Es importante hablar sobre estos sentimientos durante el embarazo y abordar estas inseguridades para que no se conviertan en un problema. Si estos desafíos emocionales no son resueltos, será más probable que, con el paso del tiempo, afecten la relación y el bienestar sexual de la pareja.

A pesar de las diferencias individuales en la manera en que cada mujer experimenta el embarazo e incluso las diferentes etapas de un mismo embarazo, existen algunos cambios fisiológicos y psicológicos generales para la mujer y su pareja que pueden afectar la sexualidad durante todo este periodo.

6.3. Cambios físicos y psicológicos durante el embarazo que podrían influir en la sexualidad

Como se indicó, durante el embarazo la mujer experimenta cambios en todas las áreas de su vida: física, emocional y social. Discutiremos sólo aquellos aspectos que pueden afectar su intimidad y sexualidad.

6.3.1. Cambios fisiológicos

En el primer trimestre, los cambios fisiológicos específicos (como la ausencia de menstruación) pueden tener un impacto positivo en la sexualidad de la mujer, mientras que otros cambios, como las náuseas y la fatiga, son normales pero no muy agradables y pueden afectar el deseo sexual y la excitabilidad.

En el segundo trimestre, el volumen de los senos aumenta, lo que a algunas mujeres les resulta incómodo o incluso doloroso, y afecta su intimidad sexual. Otras, en cambio, pueden sentirse más femeninas. El aumento del flujo sanguíneo hacia los genitales causa mayor sensibilidad en la zona, lo que puede facilitar el orgasmo y aumentar el deseo sexual. Las náuseas suelen desaparecer durante este periodo y la mayoría de las

mujeres comienzan a disfrutar del embarazo, lo que también puede mejorar su deseo y predisposición a tener sexo.

El tercer trimestre puede venir acompañado de pesadez y dificultad para respirar a medida que el útero crece. Nuevamente, la fatiga se vuelve regular. Abundan los informes de mujeres que padecen insomnio porque tienen que orinar con frecuencia durante la noche. Un útero agrandado puede causar sensación de torpeza y afectar la autoestima. Y la conciencia de que el bebé pronto será una realidad puede desencadenar cambios en los roles sociales (cuando el foco se mueve de ser pareja, empleada, etc., a ser madre casi exclusivamente). Todas estas situaciones pueden ocasionar que su interés en la sexualidad disminuya.

Los síntomas físicos mencionados no son patológicos pero interfieren con las actividades diarias de la mujer y no siempre resultan agradables. Es importante tener en cuenta que hoy en día, muchas mujeres posponen la maternidad. Los embarazos a una mayor edad de los padres aumentan el riesgo de complicaciones, la cuales serán tratadas en capítulos posteriores.

6.3.2. Cambios psicológicos

Reva Rubin, enfermera especialista en maternidad, describió tres etapas de aceptación psicológica por las que pasa la mujer embarazada, que suelen corresponderse a cada trimestre [3]. Estas consideraciones y focos de atención psicológicos desempeñan un rol importante en el interés de la mujer por el sexo.

En el primer trimestre, la atención de la mujer está dirigida a cómo el embarazo cambiará su vida. Se enfocará sobre todo en sí misma y en sus cambios físicos. Esta visión egocéntrica es necesaria para su transición a la maternidad, pero puede reducir el deseo sexual porque su mente está (pre)ocupada por los cambios que está atravesando.

En el segundo trimestre, la atención se concentra en el bebé y se relaciona con la conciencia de los primeros movimientos fetales. Los sentimientos de protección hacia el niño no nacido pasan a primer plano y todo lo que sea en su beneficio se vuelve prioritario para la mujer, por lo que es común y lógico temer que el coito dañe al bebé. Algunos investigadores plantean que el temor a estos efectos perjudiciales del sexo es una de las principales razones de la baja actividad sexual durante el embarazo [4]. Sin embargo, como explica Gianotten [1], estos miedos suelen tener origen cultural. Las parejas bien podrían tener más sexo durante el embarazo que antes. Por ejemplo, una tribu de África practica con frecuencia el coito durante el embarazo porque creen que es fundamental para “completar” al bebé (cada acto iría creando las partes del cuerpo). En el sudeste de Nigeria también se practica el sexo durante el embarazo en base a la creencia de que este dilata la vagina y facilita el parto [5].

En el tercer trimestre la mujer toma conciencia de la proximidad del nacimiento, lo que puede causar ansiedad y preocupación por su propia seguridad y la del bebé. Los problemas más comunes también incluyen la conciencia del cambio de imagen corporal o de algunos cambios físicos inquietantes.

6.3.3. Cambios sociales

La forma en que la mujer acepta este período también está influenciada por cómo su cultura percibe el embarazo. ¿Cómo se representa en los medios de comunicación? ¿Cómo lo perciben sus íntimos y, sobre todo, su pareja? Debido a los cambios físicos, la idea del bebé (y la maternidad inminente) es más tangible para la embarazada que para su pareja, para quien el momento de aceptar y caer en la cuenta del cambio inminente y drástico de su rol ocurrirá más tarde. Este “desfasaje temporal” puede crear tensión en la relación, por eso es conveniente y beneficioso abordarlo y explicarlo. Una relación poco satisfactoria y una intimidad alterada tienden a perjudicar la sexualidad y viceversa. Como se dijo, en general, el hombre no siente los cambios fisiológicos del embarazo, sin embargo, algunos sí. Nos referimos a los síntomas psicosomáticos del “síndrome de Couvade”, que se expresan como fatiga, agotamiento y náuseas similares a los de la embarazada. Algunos afirman que este síndrome es más común con embarazos no planeados, lo que sugiere que, en muchos casos, se relaciona a problemas no resueltos respecto de aceptar su paternidad [6]. Los síntomas del Couvade también se han relacionado con posibles cambios hormonales en el hombre, como la caída en los niveles de cortisol y testosterona, lo que también puede disminuir el deseo sexual como efecto secundario [7]. Estos síntomas son más comunes durante el primer embarazo, en especial durante el primer trimestre y cerca del parto [1]. Si bien no experimentan cambios físicos, el embarazo afecta en alto grado las emociones del hombre, lo que requiere de una adaptación psicológica y de que la pareja y los profesionales de la salud reconozcan este proceso. Al igual que en las embarazadas, los sentimientos contradictorios sobre el embarazo y el bebé son comunes entre futuros padres, la alegría y la ansiedad por lo que vendrá se confunden entre sí.

En algunos casos, los hombres sienten preocupación por su responsabilidad financiera a futuro o pueden sentirse excluidos del vínculo entre la futura madre y el bebé por nacer. También es muy común el miedo por el proceso de parto, que pueden sentir como algo peligro para su esposa y el bebé y fuera de su control. Estos sentimientos afectan la dinámica de ambos y, por tanto, pueden afectar la vida sexual de la pareja. Lo mencionado hasta aquí resulta importante para comprender los cambios que el embarazo puede traer a la relación de pareja.

Las siguientes secciones proporcionan información sobre la sexualidad de la mujer e incluyen detalles de cada trimestre. El [Capítulo 22](#) está dedicado al varón de la pareja y el [Capítulo 21](#), al embarazo en parejas lesbianas. Aunque cuenta ya con algunos años, hemos tomado mucha información de un extenso meta-análisis sobre el comportamiento sexual en el embarazo realizado por Kirsten Von Sydow [5] y establecemos paralelismos con investigaciones más recientes.

6.4. Sexualidad en el embarazo: diversidad en la normalidad

Como se explicó, los factores físicos y psicológicos de ambas partes pueden influir en el deseo y la respuesta sexual. En un embarazo sin complicaciones, la pareja puede mantener la actividad sexual hasta el final [8], pero el deseo puede variar a medida

que el embarazo avanza. Algunas investigaciones informan menos actividad sexual durante estos nueve meses [9]. Por otro lado, unos pocos estudios han encontrado que algunas parejas continúan teniendo sexo regularmente hasta el parto [10]. Por lo general, se informa una disminución, estimada en hasta un 50 % [11]. Hay parejas dejan de tener sexo en el momento en que saben del embarazo [5]. En general, se observa una pequeña disminución en la frecuencia de la actividad coital en el primer trimestre, seguida de un leve aumento en el segundo trimestre y una fuerte caída, junto con el deseo, sobre el final del embarazo. Estudios que analizan el deseo sexual, la excitación y la frecuencia del orgasmo informaron una reducción en todos estos parámetros de la función sexual [12]. Al interpretar la información de diferentes artículos de investigación, los profesionales de la salud deben ser conscientes de los sesgos culturales que suelen interferir en los estudios sobre la sexualidad, tanto de los participantes como de los investigadores.

El deseo sexual y la capacidad de excitarse y alcanzar el orgasmo en el embarazo es algo muy personal; varía de mujer a mujer, de embarazo a embarazo e incluso de trimestre a trimestre. También se encuentra muy relacionado con la calidad y la satisfacción de la pareja [13]. La calidad de la sexualidad previa al embarazo tiene un impacto significativo en la satisfacción sexual postparto y la maternidad/paternidad reciente [1]. Por lo tanto, en términos de prevención o resolución temprana de estos problemas, es vital que los profesionales los aborden con regularidad y eduquen a sus pacientes sobre sexualidad e intimidad en las consultas prenatales.

6.4.1. *Primer trimestre*

La opinión más generalizada es que, en el primer trimestre, debido a la fatiga y las náuseas, las mujeres están menos interesadas en la actividad sexual y prefieren la estimulación no genital a la penetración [5]. Esto también puede ser consecuencia de sensaciones incómodas o incluso dolorosas. En mujeres nuligrávidas y primigrávidas, el volumen de las mamas puede aumentar hasta un 25 % debido a la hipercongestión causada por la excitación sexual. Esto, sumado al agrandamiento fisiológico de los senos por el embarazo, puede ocasionar molestias o incluso dolor (y hacer que la mujer evite el sexo) [1].

Los expertos informan diferencias en el deseo sexual al interior de la pareja, siendo el deseo masculino por lo general mayor. Este contraste puede causar tensión por los sentimientos de rechazo de quien experimenta mayor deseo y de culpa de la otra parte [6]. Por lo tanto, una buena atención médica debe abordar la sexualidad de forma individual, comenzando por la percepción de la sexualidad de cada pareja durante el embarazo. Los profesionales deben evitar asumir que todas las parejas siguen reglas fijas y comportamientos comunes para no generar sentimientos de inadecuación. Deben partir de un marco de referencia en el que cualquier cambio en la sexualidad femenina como resultado directo del embarazo es normal. Creemos que es necesario educar a todas las parejas sobre sexualidad. Algunos investigadores del campo advierten que, por sí solas, las mediciones cuantitativas de los cambios en los componentes sexuales, por lo general estimados con instrumentos validados (el FSFI es el más utilizado), no pueden dar cuenta del contexto más amplio de cambios en la sexualidad y la relación de pareja ni son lo bastante explicativos ya que no reflejan la etiología de los problemas de cada persona [14].

Por ende, si se evalúan las ideas que cada pareja tiene sobre la sexualidad y sus prácticas sexuales comunes se evita realizar suposiciones erróneas y la falta de comunicación.²

6.4.2. Segundo trimestre

En el segundo trimestre, el aumento de la vasocongestión en la vagina y la vulva puede mejorar la excitación y el deseo sexual de algunas mujeres, llegando a niveles similares o incluso más altos que antes del embarazo. Otra ventaja es la percepción de la vagina húmeda como un lubricante sexual, lo que puede generar mayor excitación. La hipercongestión también puede contribuir a tener orgasmos más intensos, y algunas llegan a experimentar orgasmos múltiples. Para alrededor del 50 % de las mujeres, la capacidad de alcanzar el orgasmo mejora durante este periodo (hay quienes incluso lo alcanzan más rápido). Sin embargo, estos cambios físicos también pueden tener sus desventajas. La hipercongestión inducida por el embarazo combinada con excitación sexual puede provocar entumecimiento o hipersensibilidad vulvar e incluso dolor durante la penetración. Como resultado de esto, alrededor del 30 % de las mujeres no logra o tiene dificultades para alcanzar el orgasmo.

Los niveles hormonales masculinos también se ven alterados cuando hay un bebé en camino, la testosterona y el cortisol bajan, y el estrógeno se eleva, al igual que la prolactina [7]. La baja testosterona explica por qué algunos futuros padres experimentan una reducción del deseo sexual, haciendo que, en el segundo trimestre, el deseo sexual de las mujeres sea a veces mayor que el de sus parejas masculinas [1].

Por lo general, las mujeres son capaces de sentir los movimientos fetales al finalizar la semana 20. Según Reva Rubin [3], esto activa la percepción del bebé por nacer como un individuo separado: ya no como una parte de su cuerpo materno, sino como una entidad en sí misma. Sin embargo, sentir los movimientos del bebé después del coito puede resultar inquietante en términos psicológicos para algunas mujeres, sea por temor a que el bebé se sienta incómodo o incluso que sufra dolor, o por falta de privacidad al sentir que no están a solas con su pareja durante el coito. Es necesario, entonces, explicar a los futuros padres que el movimiento del bebé después del orgasmo es normal y que el coito y el orgasmo no pueden hacerle daño. En el útero, el bebé está protegido dentro del saco por el líquido amniótico.

6.4.3. Tercer trimestre

Al igual que con los cambios funcionales, el comportamiento sexual también se modifica a medida que el embarazo avanza. En el tercer trimestre, la disminución de la actividad sexual vuelve a ser común. Entre las razones, se incluyen un útero agrandado, pezones demasiado sensibles y senos agrandados que causan molestias físicas [15]. Durante este período, las mujeres experimentan un tiempo de excitación más prolongado, lo que suele conducir a una experiencia orgásmica diferente. Las contracciones normales, rítmicas y clónicas pueden ser reemplazadas por un espasmo tónico prolongado, lo

² El Capítulo 26 brinda herramientas prácticas para "hablar de sexualidad" con las pacientes y las parejas.

que en ciertos casos resulta doloroso [5]. Con la eyaculación intravaginal (o anal), las prostaglandinas del semen pueden intensificar la contracción del orgasmo. También ocurre que la resolución plena se ve imposibilitada por el estado de hipercongestión constante de las áreas vaginal y vulvar [1].

Durante el embarazo, el cuerpo cambia radicalmente, y algunas mujeres se sienten poco atractivas en el último trimestre [15]. La aceptación de la nueva imagen corporal no sólo está relacionada con el aumento de peso, sino también con muchos otros cambios corporales (senos más grandes, estrías, hiperpigmentación de la piel, edemas en los tobillos, etc.) y del funcionamiento físico (algunas se sienten torpes o lentas, otras reportan incontinencia urinaria, etc.). Sin embargo, hay quienes se sienten más atractivas: las hormonas y la congestión las hace verse resplandecientes, y les genera una sensación de mayor feminidad. La percepción del atractivo del propio cuerpo embarazado aumenta el deseo sexual y el disfrute del sexo. Los resultados de un estudio realizado por Pascoal et al. [16] sugieren que la insatisfacción corporal está fuertemente asociada con la angustia sexual, lo cual se asocia con menor satisfacción sexual y de relación de pareja [13]. Esto confirma los hallazgos precedentes de Von Sydow [5]. Los hombres también tienen distintas percepciones: algunos se sienten atraídos por los cuerpos embarazados, mientras que otros no. Hay mucho debate sobre la imagen pública de las personas embarazadas, en particular, con la influencia de los medios de comunicación y las celebridades [6].

Los temores más comunes de las parejas que practican el sexo con penetración durante el embarazo son las lesiones al nonato, la inducción de un parto prematuro, la ruptura de las membranas o la aparición de infecciones [11]. Por lo tanto, una de las principales tareas de las matronas y otros profesionales que acompañan a la pareja durante el embarazo es responder a las preguntas expresadas (y no expresadas) y explicar de forma simple los cambios fisiológicos que acompañan al embarazo y los riesgos potenciales asociados a la sexualidad, así como aportar calma cuando sea necesario. Por ejemplo, dar consejos lógicos y honestos como aclarar que el inicio del trabajo de parto es un proceso complejo y que, en embarazos normales, no puede ser inducido por el coito si no se ha llegado a término.

6.5. Asesoramiento sobre sexualidad a parejas embarazadas: superar los tabúes

Muchos profesionales de la salud evitan hablar con las mujeres y sus parejas sobre el sexo en el embarazo, muchas veces argumentando que no quieren invadir su privacidad. Por otro lado, las parejas esperan que sean los profesionales quienes inicien este tipo de conversación para no tener que hacerlo ellos mismos [15]. El tema de la sexualidad en el embarazo a veces queda oculto o se vuelve confuso al usar el término “intimidad” al referirse al sexo. Otro problema de comunicación ocurre cuando los profesionales o las parejas usan la palabra “sexo” para indicar actividad que involucra exclusivamente penetración. Buehler [6] considera que es fundamental discutir la sexualidad de forma directa. Brindamos más información sobre “cómo hablar de sexualidad” en el [Capítulo 26](#). Al mismo tiempo, debemos ser conscientes de que hablar de sexualidad podría

sacar a la luz otras cuestiones que, a primera vista, no tienen nada que ver con ella, sino que hacen al clima de la relación y pueden tener un impacto profundo en la pareja y, por lo tanto, en la sexualidad. Por eso es crucial tomarse el tiempo necesario para iniciar y mantener con las pacientes una conversación sobre sexualidad en el embarazo. Lo ideal sería que esta primera conversación ocurra en la etapa de planificación o inicio del embarazo y que ambos miembros de la pareja estén presentes (si fuera necesario, continuar con charlas individuales). En muchos países, los hombres participan de manera activa en el embarazo: asisten a los controles prenatales y ecografías, brindan apoyo durante el parto y cuidan al bebé, por lo que también les afecta más en lo emocional. Los roles de género están cambiando y estos cambios son aún más profundos respecto de la participación activa del futuro padre durante el período perinatal. Los profesionales deben aprovechar su presencia en las visitas, clases y consultas prenatales para iniciar el diálogo sobre sexualidad e intimidad. Apostar a generar sentimientos de apoyo y empatía emocional y a mantener una conexión a través de experiencias íntimas/sexuales compartidas antes y durante el embarazo es necesario para mantener una base sólida y que su relación pueda sobrevivir a los desafíos del período de postparto y los primeros años de crianza. Por tanto, promover una conversación honesta sobre la sexualidad durante el embarazo tiene que empezar a formar parte de la atención holística de rutina.

Existen problemas sexuales que pueden ser resueltos muy rápido. Por ejemplo, un buen asesoramiento sobre las diferentes posiciones durante el sexo puede evitar la presión abdominal en un embarazo avanzado. Las mujeres tienden a preferir posiciones en las que estén arriba, de costado o posiciones posteriores [5], que son las más adecuadas para un útero agrandado. La psicoeducación con respecto a la seguridad del bebé durante el coito también puede aliviar gran parte del estrés de la pareja. Además, es beneficioso conversar sobre las actividades sexuales sin coito que resultan aceptables para la pareja. De esta manera, los profesionales pueden ayudarlos a reconectar si se presentan diferencias en el deseo sexual de cada uno. Algunas parejas necesitan consejos para aliviar la tensión de tener “energía sexual contenida”. Las formas de sexualidad sin penetración pueden volverse muy relevantes, sobre todo en el tercer trimestre y en el postparto reciente (la fase de reactivación sexual). Explorar el placer sensual y la intimidad en términos de sexo sin penetración y desarrollar nuevos “libretos” sexuales será algo nuevo para muchas parejas pero puede ayudarles a resolver sus frustraciones sexuales. Llamamos a este proceso “renegociar la intimidad”. Por ejemplo, la masturbación individual o mutua puede ayudar a mantener una relación sexual saludable durante el embarazo [1] y resultar aceptable para algunos pacientes. Sin embargo, las actitudes hacia la masturbación también están determinadas por la aceptación cultural y los roles masculinos y femeninos esperados por la sociedad. Las normas y prejuicios culturales pueden tener un impacto enorme en el comportamiento sexual de la persona y para el embarazo, en particular, todas las culturas tienen reglas no escritas. Las mujeres pueden sentirse confundidas si sus sentimientos y deseos difieren de estas normas sociales. Es así que el asesoramiento profesional debe enfocarse en la variabilidad interindividual de la respuesta sexual durante el embarazo, tranquilizando a la pareja. Las mujeres reciben muchos consejos erróneos, por lo que los profesionales debemos entablar un diálogo sobre sexualidad para derribar los mitos y las creencias tradicionales e intentar aminorar los temores infundados y la ansiedad, y debemos hacerlo con sensibilidad y respeto.

6.6. Conclusión

El comportamiento sexual durante el embarazo está influenciado por diversos factores hormonales, emocionales y sociales, que reflejan la naturaleza biopsicosocial de la sexualidad. Esta mezcla de influencias “da a luz” una vida sexual muy diferente a la anterior. La mujer puede tener más o menos deseo sexual que su pareja; puede tener dificultades para aceptar su nueva imagen corporal o el otro puede tener problemas para aceptar que su pareja se convertirá en madre; ambos pueden sostener creencias culturales erróneas que funcionan como barreras para la sexualidad; la mujer puede tener preocupaciones sobre ser madre; su pareja también puede tener sentimientos contradictorios sobre el embarazo, incluso cuando el deseo de tener un bebé sea fuerte, y también puede sentirse excluido del proceso, ya que la embarazada se vuelve el centro de atención de todos. Todas estas situaciones son complejas, por lo que no existe una guía común preestablecida sobre qué aconsejar a todas las embarazadas y sus parejas respecto de la sexualidad, excepto que mantener el bienestar sexual es un factor primordial para la salud y bienestar general. Es esencial que los profesionales hablen en profundidad sobre la sexualidad, escuchen activamente y sin prejuicios, creen un ambiente íntimo y mantengan los estándares profesionales mientras se construye una relación de confianza en la que las parejas se sientan seguras de compartir sus pensamientos, problemas y deseos.

Referencias

- [1] Gianotten W. L. (2007): Pregnancy and sexuality. En: Tepper M. S., Owens A. F. (eds.), *Sexual health. Vol 2. Sex, love and psychology*. Westport: Praeger; pp. 167-96.
- [2] Crooks R. L., Baur K. (2015): Conceiving children. En: *Our sexuality*. 13° ed. Boston: Cengage Learning; pp. 332-68.
- [3] Rubin R. (1984): Maternal identity and the maternal experience. New York, NY: Springer; 1984. https://journals.lww.com/ajnonline/citation/1984/12000/Maternal_Identity_and_the_Maternal_Experience.30.aspx
- [4] Mazuchova L., Kelčíkova S., Duricekova B., Malinovska N. (2018): Perceived changes and concerns of women related to sexuality in pregnancy in the context of the importance of being informed. *Kontakt*, 20: e244-9.
- [5] Von Sydow K. (1999): Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. *J Psychosom Res.*; 47: 27-49.
- [6] Buehler S. (2018): Counselling couples before, during and after pregnancy: sexuality and intimacy issues. New York: Springer; pp. 93-111.
- [7] Berg S. J., Wynne-Edwards K. E. (2001): Changes in testosterone, cortisol and estradiol levels in men becoming fathers. *Mayo Clin Proc.*; 76: 582-92.
- [8] Jones C., Chan C., Farine D. (2011): Sex in pregnancy. *Can Med Assoc J.*; 183: 815-8.
- [9] Gałązka I., Drosdzol-Cop A., Naworska B., et al. (2015): Changes in the sexual functioning during pregnancy. *J Sex Med.*; 12: 445-54.

- [10] Pauleta J. R., Pereira N. M., Graça L. M. (2010): Sexuality during pregnancy. *J Sex Med.*; 7: 136-42.
- [11] Corbacioglu Esmer A., Akca A., Akbayir O., et al. (2013): Female sexual function and associated factors during pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res.*; 39: 1165-72.
- [12] Banaei M., Azizi M., Moridi A., et al. (2019): Sexual dysfunction and related factors in pregnancy and postpartum: a systematic review and meta-analysis protocol. *Syst Rev.*; 8: 161.
- [13] Vannier S. A., Rosen N. O. (2017): Sexual distress and sexual problems during pregnancy: associations with sexual and relationship satisfaction. *J Sex Med.*; 4: 387-95.
- [14] Bender S. S., Sveinsdottir E., Fridfinnsdottir H. (2018): "You stop thinking about yourself as a woman". An interpretive phenomenological study of the meaning of sexuality for Icelandic women during pregnancy and after birth. *Midwifery*; 62: 14-9.
- [15] Güleröğlu F., Beşer N. (2014): Evaluation of sexual functions of the pregnant woman. *J Sex Med.*; 11: 146-52.
- [16] Pascoal P. M., Rosa P. J., Coelho S. (2019) Does pregnancy play a role? Association of body dissatisfaction, body appearance, cognitive distraction and sexual distress. *J Sex Med.*; 16: 551-8.

7.1. Introducción

Tener un bebé y convertirse en padres encierra una cantidad de desafíos, tanto físicos como emocionales y sociales, con cambios que afectan la sexualidad, la intimidad y la relación entre la mujer y su pareja. Este capítulo se enfoca en los “aspectos sexuales” de estos desafíos y cambios.

Tal vez, incluso más que en otros capítulos, el lenguaje utilizado aquí pueda causar confusión. Para algunos profesionales de la salud, usar el término “sexual” en el contexto de dar a luz a un bebé sale demasiado de su zona de confort. Así, términos como “estimulación de los pezones” o “contacto genital” les resultan más apropiados. Otros consideran que el uso “neutral” de términos médicos o anatómicos crea distancia y desacredita el valor íntimo de lo que sucede.

Este capítulo tiene como objetivo proporcionar información útil para que las matronas puedan brindar una atención óptima durante el trabajo de parto y el nacimiento. Primero, aborda parte de la gran variedad de “aspectos sexuales del nacimiento” que existe entre culturas y subculturas. Luego, se ocupa de la relación entre diversos elementos de la sexualidad/intimidad y el inicio del trabajo de parto, seguido de cómo estos elementos pueden favorecer un proceso más fluido. Aquí prestamos especial atención a la relación entre la sexualidad/intimidad y los métodos de alivio del dolor utilizados durante el parto.

La última parte del capítulo considera otros aspectos de la sexualidad/intimidad y la relación de pareja. El nacimiento de un bebé es un evento importante en la vida de todas las personas involucradas y, en especial el primer nacimiento, por ser el momento decisivo de paso de ser mujer a madre, hombre a padre y de la pareja a la paternidad.

¹ W. L. Gianotten 

Departamento de Ginecología y Obstetricia, Centro Médico Universitario Erasmus, Róterdam, Países Bajos.
E-mail: woetgia@ziggo.nl

7.2. Aspectos culturales de la sexualidad relacionados con el parto

Cuando se menciona, durante la formación de los profesionales de la salud, que algunas mujeres transitan el parto “casi como si fuera una experiencia sexual”, parte del estudiantado tiende a reaccionar con una mezcla de desaprobación y negación.

Por un lado, esta reacción podría considerarse un marco de referencia poco constructivo para una buena atención intraparto. La realidad es que algunas mujeres experimentan el orgasmo al dar a luz (llamado también parto orgásmico): a veces esto ocurre sin una estimulación consciente, mientras que otras veces el orgasmo se provoca de manera consciente para aliviar el dolor. Por otro lado, esta reacción de creerlo “imposible” representa los marcos de pensamiento y comunicación dominantes en la sociedad y en “la cultura de la medicalización”.

En una reseña bastante amplia, Mayberry y Daniel (2016) analizaron las causas detrás de la aparente desconexión entre la sexualidad y el nacimiento [1]. Entre estas se encuentran, por ejemplo, las creencias culturales negativas y profundamente arraigadas sobre la sexualidad y el paso gradual de la intimidad de un parto en casa a los entornos hospitalarios, impersonales y estériles. Como resultado, la atención obstétrica medicalizada actual no favorece ni aprovecha los beneficios potenciales de la “estimulación sexual”. Esta realidad se hace más evidente en relación a las prácticas de alivio del dolor. Hoy en día, muchas culturas perciben el trabajo de parto y el parto en sí mismo como eventos físicamente dolorosos. Cuando una cultura desarrolla la creencia de que este proceso está destinado a ser insoportable y traumático, se vuelve difícil para las embarazadas (y los profesionales de la salud) aceptar los informes de otras mujeres que no lo vivieron como algo doloroso. Informes antropológicos han revelado que, en algunas culturas tradicionales, la embarazada, su esposo o la matrona misma recurrían a la “estimulación sexoerótica” para lograr un parto fluido [2].

En la segunda mitad del siglo XX, el mundo occidental desarrolló una actitud cada vez más abierta hacia la sexualidad y la autonomía de la mujer, lo que también incluyó al embarazo, el parto y la lactancia. Tres profesionales tuvieron roles destacados en este proceso: Niles Newton (1923-1993), psicólogo e investigador inglés, reintrodujo el aspecto positivo y el placer de la lactancia materna; Sheila Kitzinger (1923-2015), antropóloga también inglesa, defensora del parto en casa, la lactancia materna y la autonomía de la mujer embarazada; y Michel Odent (1930-) obstetra francés que se convirtió en defensor del nacimiento sin intervención médica (siempre y cuando no fuera necesaria), de la participación de las doulas, del aprovechamiento de la “oxitocina natural” y del contacto piel con piel entre la madre y su bebé inmediatamente después del nacimiento. Mediante sus enfoques, estos profesionales demostraron que los procesos de excitación “sexual”, orgasmo, parto y lactancia tienen mucho en común, ya que todos están (en parte) posibilitados por la liberación de oxitocina. Dejaron en claro, además, que cada uno de estos procesos puede ser fácilmente afectado por cualquier distracción y que la mujer debe relajarse para lograr el objetivo deseado. Estos desarrollos permitieron una mayor intimidad y aceptación de los aspectos sexuales y/o eróticos.

Durante las últimas décadas del siglo XX, otros desarrollos contrarrestaron este proceso. Se acrecentó la medicalización del embarazo y el parto, con un alto número de partos hospitalarios, monitoreo constante e intervenciones médicas para el alivio del dolor (óxido nitroso, anestesia epidural, etc.), disminuyendo para las mujeres las posibilidades de experimentar un proceso de parto autónomo. Estos desarrollos condujeron a la situación actual de algunos países donde más de la mitad de los partos terminan en cesárea.

7.3. La sexualidad y el inicio a término del trabajo de parto

En numerosas épocas y culturas, los profesionales y las parejas han temido que el coito o el orgasmo pudieran elevar el riesgo de parto prematuro. En embarazos saludables y hasta la semana 36, ambos parecerían reducir este riesgo [3].

Este capítulo trata los efectos de la actividad sexual en embarazos a término.

Para prevenir el parto postérmino, se recomienda el sexo sin protección como estrategia para desencadenar el trabajo de parto. Esto ocurre gracias a la exposición a las prostaglandinas en parte de forma exógena (semen) y en parte endógena (manipulación cervical, como el despegamiento de membranas) [4].

7.3.1. Aspectos sexuales de la inducción del parto

Internet muestra numerosas “formas naturales de inducir el parto” y son frecuentes las menciones del sexo. Aunque es un tema relevante, se ha investigado muy poco [5], tal vez a causa de su condición de tabú, sumado a que hoy en día realizar investigaciones de este tipo resulta complejo por razones éticas y prácticas. Los artículos sobre “sexo para inducir el parto” suelen limitarse a tratar sólo una parte de todo su potencial. Profundizaremos aquí en todas las posibilidades conocidas, con la explicación correspondiente, siempre teniendo como punto de partida el embarazo saludable a término.

7.3.2. Senos y pezones

A principios de la década de 1980 se desarrolló una prueba de contracción por estimulación de los pezones para evaluar el bienestar fetal, ya que se había descubierto que la estimulación frecuente derivaba en contracciones uterinas en embarazos avanzados. Bajo este protocolo, la mujer embarazada estimulaba sus senos (“*por encima de la ropa*”) durante dos minutos, seguido de cinco minutos de descanso. Si no se producían contracciones uterinas suficientes, se iniciaba otro ciclo de dos minutos de estimulación y cinco de descanso y así sucesivamente. Un sólo ciclo de estimulación o menos fue suficiente para el 43 % de las mujeres, el 39 % necesitó dos ciclos y el 15 % requirió tres para inducir contracciones [6]. En un metaanálisis que comparó casos con y sin estimulación mamaria, 37 % frente a 6 % de las mujeres

entraron en trabajo de parto dentro de las 72 horas [7]. Dos de las pruebas de estimulación mamaria registraron un beneficio adicional: reducción de hemorragias postparto en el 84 % de los casos.

Por supuesto, el mediador aquí es la oxitocina. Cerca del inicio del trabajo de parto, la sensibilidad uterina a la oxitocina aumenta de forma notable [8]. Consejo para la práctica no investigativa: olvidarse del “por encima de la ropa”, no detenerse a los dos minutos y (cuando sea posible) dejar que la pareja de la embarazada realice la estimulación. Así, el efecto será más intenso debido a la conexión íntima entre ambos y (con suerte) al conocimiento y la experiencia de la pareja en esta tarea.

7.3.3. *Contacto*

Las caricias y los masajes aumentan el nivel de oxitocina y, entre sus muchos beneficios, son agradables, sedantes y tienen un efecto anti-estrés y ansiolítico.

7.3.4. *Coito/Penetración*

Mientras que las membranas no se rompan, tanto el coito (penetración) como la eyaculación pueden ayudar en la inducción del parto. Los profesionales saben que el tacto vaginal (presión interna directa) puede elevar los niveles de oxitocina (reflejo de Ferguson). Lo mismo sucede con otras formas de penetración vaginal. Este contacto con el cuello uterino también libera prostaglandinas (endógenas). La eyaculación puede añadir un efecto inductor ya que el plasma seminal contiene prostaglandinas (exógenas) (PGE2 y PGF) en concentraciones mayores que en los agentes de maduración cervical comunes.

La penetración anal también provoca la liberación de oxitocina asociada al reflejo de Ferguson y de prostaglandinas endógenas debido al contacto con el cuello uterino. Las prostaglandinas (exógenas) depositadas en el ano llegan al cuello uterino de manera indirecta a través de la circulación sanguínea luego de ser absorbidas por la pared anal.

7.3.5. *Excitación y orgasmo*

La excitación sexual y el orgasmo elevan los niveles de oxitocina, que son mucho más visibles en el orgasmo y se mantienen altos hasta cinco minutos después [9]. Los orgasmos suelen producir contracciones clónicas pero, en las últimas seis a ocho semanas de embarazo, el patrón de contracción puede cambiar a uno tónico, con episodios tan fuertes que podrían causar la ruptura de las membranas.

Alrededor del 25-30 % de las mujeres experimenta el llamado orgasmo cérvico-uterino, que viene acompañado de fuertes contracciones uterinas. Para producirse, se necesita estimulación cervical y se forma entre la T12 y la L2 de la columna vertebral.

Hipótesis: Mientras que las membranas no se rompan, estimular el cuello uterino y el “área del punto G” con el pene, los dedos, un consolador o un vibrador podría ser una buena forma de inducir fisiológicamente el parto.

7.3.6. Implementación

Las escasas investigaciones en esta área tienden a concentrarse en sólo uno de los elementos antes mencionados. Sin embargo, en la práctica, se espera que la combinación de todos sea más beneficiosa, y la matrona es la profesional indicada para abordar todas estas posibilidades.

7.4. Aspectos sexuales de “mantener el proceso en marcha”

Luego de que el trabajo de parto ha comenzado, varios de los elementos mencionados podrían ser positivos para mantener el proceso en marcha. Al tratar de explicar la relación causa-efecto, es difícil distinguir entre la influencia directa en el progreso del parto y los efectos indirectos que inciden en el grado de dolor experimentado.

7.4.1. Contacto

Las caricias y los masajes bien recibidos aumentan la producción de oxitocina, influyendo tanto en las contracciones uterinas como en la relajación. El masaje también eleva la dopamina y la serotonina y disminuye el nivel de cortisol [10]. A medida que el trabajo de parto avanza, es necesario que el nivel de concentración plasmática de cortisol aumente para asegurar el bienestar materno-fetal y facilitar el progreso normal del parto. El contacto corporal erótico o no erótico bien aplicado (y bien recibido) puede evitar que los niveles de cortisol suban demasiado.

7.4.2. Senos y pezones

La estimulación de los senos y los pezones (en especial si es a modo de jugueteo e íntima) aumenta la producción de oxitocina y tiene efecto directo en las contracciones uterinas, e indirecto (por medio de la sedación) en la reducción del dolor. El beneficio es mayor si se comparte esta experiencia con la pareja.

7.4.3. Excitación sexual y orgasmo

El aumento de la oxitocina acompaña tanto la excitación sexual y el orgasmo, el cual produce fuertes contracciones uterinas y altera momentáneamente el estado de conciencia. La buena estimulación del área genital-clitorídea tiene beneficios adicionales,

ya que aumenta de forma significativa el umbral del dolor a través de la liberación de endorfinas. Por fuera del embarazo, se ha estudiado el efecto de la auto estimulación vaginal en los umbrales de dolor: cuando la estimulación produjo un orgasmo, el umbral de detección del dolor mostró un aumento importante del 107 % y el umbral de tolerancia, del 75 % [11].

7.5. Dolor durante el parto y aspectos sexuales

La cantidad de dolor que las personas experimentan y recuerdan está influenciada por factores como el contexto, la causa y lo que el dolor significa para ellas. Por ejemplo, el dolor crónico y el posquirúrgico tienden a sobreestimarse, mientras que el inducido por la práctica de deportes intensos tiende a subestimarse [12]. Casi todos los corredores tienen experiencia con el dolor, y esa cantidad es aceptable debido a que tienen control sobre él. Parece haber una amplia variedad de respuestas al recordar el dolor del parto. Los investigadores compararon la neurofisiología de este dolor y el que se produce al correr una maratón. Ambas experiencias son agotadoras en términos físicos, e intensas emocionalmente. La oxitocina (que media las contracciones uterinas en el parto y mantiene el equilibrio de los líquidos al correr) tiene propiedades analgésicas y desempeña un papel esencial en la formación de la memoria y la capacidad de recordar [12]. Cuando las mujeres interpretan el dolor como productivo y razonable, se lo asocia con conocimientos y emociones positivas. Este podría ser uno de los factores contextuales que explican la variedad de maneras en que diferentes mujeres recuerdan el dolor de parto. Una cultura que interpreta el parto como un evento destinado a ser un doloroso y traumático no genera expectativas positivas ni una atmósfera que propicie intimidad y confianza [1].

Estos dos elementos son esenciales por varios motivos. La confianza es necesaria para que el proceso se desarrolle sin complicaciones, y la intimidad permite que la mujer y su pareja se sientan a gusto para recurrir a masajes, estimulación mamaria y otras “estimulaciones pseudosexuales” que ayudan a elevar los niveles de oxitocina y endorfinas, mantener el proceso en marcha y el dolor, soportable. En la coreografía del “alivio del dolor de parto mediante recursos sexuales”, el orgasmo aparece como el factor más valioso y práctico.

La intimidad es además crucial para que la pareja pueda conectar durante este momento tan importante de la vida.

7.6. Aspectos relacionales e implicaciones sexuales del parto

El primer nacimiento es un momento decisivo para cualquier pareja. Es un evento importante de la vida en el que ambos experimentan una fatiga extrema y cambios hormonales que influyen en sus emociones. La forma en la que el nacimiento afecte su relación futura depende de muchos factores. Hay lugares donde el embarazo y el parto pertenecen casi por completo al ámbito de la mujer y la gran mayoría del contacto

social es con otras mujeres, por lo que el rol del hombre y sus reacciones tienen una menor influencia. En otras partes del mundo, la conexión entre la mujer y su pareja es bastante diferente, en especial si sus familias no están cerca y dependen emocionalmente el uno del otro. La interacción durante el parto influye en gran manera en el vínculo de pareja y, luego en la maternidad/paternidad compartida. Después de todo, el primer nacimiento es también la transición de ser dos a tres, algo que también influye en la relación (sexual).

Durante el parto, algunos maridos desaparecen o se vuelven un estorbo. Otros actúan como compañeros valiosos y el nacimiento se convierte en un momento de crecimiento personal mutuo.

Un elemento clave de este proceso es la forma en la que el otro lidia con el dolor del parto. La mayoría de las personas no tienen experiencia con el dolor ajeno. Cuando la matrona logra co-crear un contexto íntimo, la embarazada está abierta a la presencia y el apoyo de su marido y el marido puede acariciar, masajear y generar “alivio del dolor mediante el contacto íntimo y físico”, la relación sexual recibirá un impulso en lugar de sufrir los efectos adversos que suelen conocerse como “desacoplamiento del nacimiento”.

Referencias

- [1] Mayberry L., Daniel J. (2016): ‘Birthgasm’: a literary review of orgasm as an alternative mode of pain relief in childbirth. *J Holist Nurs*; 34: 331-42.
- [2] Pranzarone G. F. (1991): Sexuoerotic stimulation and orgasmic response in the induction and management of parturition - clinical possibilities. En: Kothari P., Parel R. (eds.). *Proceedings of the first international conference on orgasm*. Nueva Delhi: Bombay VRP Publishers; pp. 105-19. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/280495439>
- [3] Sayle A. E., Savitz D. A., Thorp J. M. Jr, et al. (2001): Sexual activity during late pregnancy and risk of preterm delivery. *Obstet Gynecol*; 97: 283-9.
- [4] Caughey A. B., Snegovskikh V. V., Norwitz E. R. (2008): Post-term pregnancy: how can we improve outcomes? *Obstet Gynecol Surv*; 63: 715-24.
- [5] Kavanagh J., Kelly A. J., Thomas J. (2001): Sexual intercourse for cervical ripening and induction of labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001; CD003093.
- [6] Huddleston J. F., Sutliff G., Robinson D. (1984): Contraction stress test by intermittent nipple stimulation. *Obstet Gynecol*; 63: 669-73.
- [7] Kavanagh J., Kelly A. J., Thomas J. (2005): Breast stimulation for cervical ripening and induction of labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005; 3: CD003392.
- [8] Gimpl G., Fahrenholz F. (2001): The oxytocin receptor system: structure, function, and regulation. *Physiol Rev*. 2001; 81: 629-83.
- [9] Carmichael M. S., Humbert R., Dixen J., et al. (1987): Plasma oxytocin increases in the human sexual response. *J Clin Endocrinol Metab*; 64: 27-31.
- [10] Field T., Diego M. A., Hernandez-Reif M., et al. (2004): Massage therapy effects on depressed pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynecol*; 25: 115-22.

- [11] Whipple B., Komisaruk B. R. (1985): Elevation of pain threshold by vaginal stimulation in women. *Pain*; 21: 357-67.
- [12] Farley D., Piszczek Ł., Bąbel P. (2019): Why is running a marathon like giving birth? The possible role of oxytocin in the underestimation of the memory of pain induced by labour and intense exercise. *Med Hypotheses*; 128: 86-90.

La sexualidad de la pareja en el postparto y la maternidad y paternidad recientes (primer año)

Deirdre O'Malley, Agnes Higgins y Valerie Smith¹

8.1. Introducción

Para muchas personas, el nacimiento de un bebé es un momento de alegría. Sin embargo, durante los siguientes meses ocurren cambios significativos que afectan la relación de pareja; durante los primeros 12 meses la relación íntima se transforma, en particular en los aspectos sexuales. Las parejas informan un cansancio extremo debido a la adaptación a su nuevo rol de padres; el cuidado y la preocupación por el bienestar del bebé afectan el orden de sus prioridades por lo que la relación sexual pasa a otro plano. Si bien estos cambios sirven para organizarse y pueden ser transitorios, la pareja tiene que saber que influirán en su relación íntima y sexual para poder prepararse. También es importante que reciban, en lo posible, información práctica basada en evidencia e investigaciones sobre la salud sexual después del parto, además de estrategias para mantener una relación íntima satisfactoria durante el primer año. Este capítulo explora y discute este enfoque multidimensional de la salud sexual en el postparto y la maternidad/paternidad reciente (hasta el primer año).

8.2. Salud sexual postparto

Este manual considera la sexualidad y la salud sexual postparto como conceptos multifacéticos y emplea un enfoque biopsicosocial. Las facetas incluyen dimensiones físicas (lubricación vaginal, orgasmo y dispareunia); sociales (adaptación a la maternidad/paternidad, cambio de roles); psicológicas (percepción de la imagen corporal, deseo sexual, miedo, preocupación y ansiedad) y relacionales (intimidad, apoyo emocional y práctico, percepción del deseo sexual del otro/a y cambio de roles). Sin embargo, una revisión de

¹ D. O'Malley 

Departamento de Enfermería, Partería y Primera Infancia, Instituto de Tecnología de Dundalk, Dundalk, Co Louth, Irlanda. E-mail: deirdre.omalley@dkit.ie

A. Higgins  y V. Smith 

Escuela de Enfermería y Partería, Universidad de Dublín, Trinity College, Dublín, Irlanda.

la bibliografía de los últimos 20 años revela que han predominado los aspectos físicos de la salud sexual postparto. Mediante el uso de herramientas de medición, escalas y cuestionarios, muchos de los estudios publicados se centraron en mediciones objetivas de aspectos de la salud sexual como el deseo, la dispareunia, la lubricación vaginal, el orgasmo y el momento de reanudar el sexo con penetración después del nacimiento. Los informes suelen utilizar el lenguaje de la disfunción sexual y los problemas sexuales cuando, por ejemplo, una mujer indica que no ha tenido un orgasmo en las últimas cuatro semanas o que su deseo sexual ha disminuido desde el nacimiento del bebé. Sin embargo, estas etiquetas son perjudiciales porque no contemplan los matices transitorios o los cambios naturales que las mujeres y las parejas experimentan después del parto, a medida que se van adaptando a ser padres de un recién nacido. En los últimos años, se ha acumulado evidencia, proveniente en su mayoría de investigaciones cualitativas, que identifica y da crédito a los aspectos multidimensionales de la salud sexual postparto. Por ejemplo, O'Malley y su equipo remarcan la importancia de la comunicación al interior de la pareja, ya sea sobre el cansancio y el estrés relacionados con la adaptación a la maternidad/paternidad o sobre el deseo sexual o su ausencia, como forma de mantener el bienestar sexual durante esta etapa [1]. Se demostró que la forma en que las mujeres perciben (el cambio en) su imagen corporal después del nacimiento afecta el bienestar sexual de la pareja [2].

8.3. Intimidad

Hay quienes consideran que la intimidad y el bienestar sexual están vinculados de forma estrecha pero no todos lo perciben así. Al considerar el bienestar sexual de las parejas después del parto, sin embargo, sería erróneo dejar de lado el concepto de intimidad y el papel que esta puede desempeñar. En general, se reconocen cuatro tipos de intimidad: la física (abrazos, besos, actividad sexual, etc.); la emocional (sentimientos de cercanía, confianza, amor, etc.); la intelectual (por ejemplo, compartir ideas y pensamientos) y la espiritual (vincularse a través de la espiritualidad). Las mujeres describieron la intimidad en el postparto como estar cerca con su pareja, una proximidad que no es compartida con ninguna otra persona; también incluyeron aquí el contacto no sexual, como frotarse la espalda, tomarse de las manos, los abrazos y las caricias. Mencionaron la importancia de compartir la cama, sentarse juntos a ver un programa de televisión y el beso de los buenos días como aspectos de la intimidad de su pareja. Los relatos de las mujeres fueron claros: mantener los aspectos no sexuales de la intimidad fue esencial para su sexualidad y bienestar sexual en el primer año después del nacimiento [1].

Las características de las relaciones satisfactorias son muy variadas, pero se informaron puntos en común sobre cómo evolucionan las parejas después del nacimiento del primer hijo. En un estudio longitudinal realizado durante ocho años que involucró a 820 padres y madres primerizos se informaron los siguientes factores que ayudaron a la calidad de la relación íntima a los seis meses del nacimiento: adaptación al rol de padres, apoyo mutuo como nuevos padres, intimidad de la pareja (compañerismo y amor) y superación mediante comunicación (confirmación verbal y no verbal) [3]. Esto refuerza el concepto de que la salud sexual después del nacimiento es multidimensional. Además,

las características asociadas con una relación satisfactoria a largo plazo en parejas con hijos incluyeron la unidad dentro de la pareja, la comunicación efectiva y el mantener la sensualidad y la sexualidad [3, 4]. Compartir las responsabilidades parentales y domésticas, la buena comunicación y la intimidad emocional, física y sexual también se identificaron como características de una relación íntima satisfactoria después del nacimiento del primer bebé [5].

Las siguientes secciones analizan algunos de los problemas de salud sexual más comunes en el postparto, que las mujeres y los profesionales de la salud identificaron como importantes.

8.4. Reanudar la actividad sexual después del nacimiento

Por actividad sexual entendemos las muchas formas en que los seres humanos expresan su sexualidad, a veces solos, a veces juntos. También lo hacemos a través de la literatura, el arte, la música y la forma en que nos comunicamos entre nosotros. Las actividades sexuales más comunes incluyen: masturbación, sexo vaginal, sexo anal, sexo oral, juguetes sexuales, juegos de roles (para recrear fantasías sexuales), besos profundos, masajes íntimos, etc. Las actividades sexuales permiten alcanzar una vulnerabilidad y un nivel más profundo de intimidad y se ha demostrado que conducen a una mayor satisfacción en la relación. Después del nacimiento, una preocupación recurrente en las parejas es la reanudación de cualquier forma de actividad sexual, sobre todo cuándo se puede retomar la penetración peniano-vaginal. Para los profesionales de la salud, esta pregunta no tiene a una sola respuesta, ya que muchos aconsejan a las mujeres que reanuden la actividad sexual *“cuando se sientan listas”*. Sin embargo, las parejas que transitan el postparto necesitan información específica. Por ejemplo, desean saber cuándo suelen reanudar la actividad sexual las demás parejas o si *“tienen que esperar”* hasta la evaluación final del profesional a las seis semanas. Para los profesionales, estas preguntas suponen un desafío porque cada pareja es diferente, y lo que podría ser un consejo apropiado para algunas podría no serlo para otras. Muchas mujeres expresan que esperan hasta sentirse físicamente recuperadas del parto, es decir, cuando las heridas perineales o abdominales ya han sanado o cuando cesan los loquios [1]. Otras esperan hasta que los entuertos y el dolor de la herida desaparezcan. Más allá de cada escenario individual, las mujeres en general parecen expresar diferentes temores cuando hablan de reanudar el sexo después del nacimiento. Con frecuencia describen miedo al dolor (ver [Sección 8.5.1.](#)) y miedo a cómo se sentirá el coito. Muchas se preguntan si experimentarán la satisfacción sexual y la sensación de conexión con su pareja de la misma manera que antes. Las parejas también se preocupan por el dolor, es decir, por causar dolor y también se preguntan cuándo será el momento *“adecuado”*. Gran parte de la discusión sobre el momento de reanudar la actividad sexual después del nacimiento se enfoca casi por completo en la penetración vaginal. Los estudios informan su reanudación según los siguientes porcentajes: 41 % a las seis semanas [6], 51-65 % a las ocho semanas [6, 7] y 78 % ($n = 1020$) a las doce semanas del nacimiento [6], aunque también se han informado porcentajes mucho menores, por ejemplo, un estudio informó un 30 % ($n = 146$) a las 12 semanas del parto [8]. Sin embargo, algunas

mujeres tienden a retomar antes alguna forma de actividad sexual por fuera del sexo vaginal con penetración (aproximadamente 10-12 % de las mujeres), aunque los estudios suelen carecer de detalles exactos sobre qué tipos de actividades sexuales. Un dato significativo: no tenemos conocimiento de ningún estudio que haya examinado sólo la salud sexual postparto en parejas de mujeres. Se ha identificado un pequeño grupo de mujeres homosexuales en pareja dentro de muestras más grandes de mujeres en relaciones heterosexuales, pero no se realizaron comparaciones que permitan determinar si la experiencia de su salud sexual postparto difiere entre un grupo y el otro.

Realizamos una investigación en Irlanda en la que participaron 21 mujeres en relaciones heterosexuales por dos años después del parto. Por medio de entrevistas individuales, evaluamos sus experiencias respecto de la salud sexual después del nacimiento del primer bebé. Describieron cómo planearon la reanudación del sexo vaginal; mencionaron dejar al bebé en otra habitación; alejarse del lugar donde estaba el bebé o dejar que pasara la noche con un familiar cercano [1]. Relataron que planeaban tener sexo después de una noche romántica con su pareja, por ejemplo, salir a cenar y tomar algo. Algunas planeaban retomar el sexo tan pronto como pudieran, por ejemplo, a las cuatro semanas. Buscaban proximidad emocional y física con su pareja, sentirse atractivas, deseadas y experimentar satisfacción sexual. No obstante, un buen número explicó que les tomó varios meses reanudar el coito. Para estas mujeres, el cuidado del bebé, la alimentación infantil, la adaptación a la maternidad y el deseo de dormir fueron más importantes durante los primeros tres o cuatro meses. Al prepararse para reanudar la actividad sexual y la penetración vaginal, describieron preocupaciones adicionales relativas al tipo de parto y la presencia de heridas perineales. Algunas prefirieron esperar hasta tener el último control médico, por lo general a las seis semanas de dar a luz, en especial aquellas que habían tenido una cesárea o un parto vaginal asistido. Las mujeres con puntos de sutura en el perineo también describieron haber esperado al menos seis semanas hasta que sus médicos les aseguraran que la herida había sanado, lo cual no significaba *per se* que reanudaran la actividad sexual inmediatamente después de ese tiempo, sino que era otro factor más a considerar para tomar la decisión.

Hay escasas publicaciones sobre las opiniones del hombre y la reanudación del coito. Sin embargo, en sus relatos muchas mujeres describen que esperan que ella decida el momento oportuno o llegando a un acuerdo como pareja en que el sexo será menos prioritario durante los primeros meses, en los que se enfocarán en adaptarse a sus nuevos roles. Por supuesto que, si bien las relaciones sexuales pueden posponerse a corto plazo, tener una conversación sobre sexo y deseo sexual es necesario para que cada miembro de la pareja permanezca sexualmente satisfecho en la relación íntima. Se puede recurrir a la autosatisfacción y dejar que el sexo sea algo esporádico.

Por otro lado, muchas mujeres sienten presión de su pareja para tener sexo después del nacimiento, en particular cuando su repertorio sexual es limitado, por ejemplo, porque la actividad sexual y el orgasmo están muy asociados al sexo con penetración. Para algunos hombres y parejas la penetración es un imperativo porque no aprendieron a masturbarse para llegar al orgasmo. Los hombres pueden hacerlo solos, pero la masturbación mutua o íntima también puede brindar placer sexual en estas circunstancias. Cada individuo y cada pareja debe explorar su propio cuerpo y el de la otra persona para encontrar formas de experimentar el placer sexual y el clímax si ese es el objetivo final.

Se puede indicar a las mujeres embarazadas y en período de postparto que obtengan información sobre la reanudación del sexo en sitios web confiables como <https://www.babycentre.co.uk/> y www.tcd.ie/mammi/. El estudio MAMMI ha desarrollado una serie de videos para mujeres y profesionales de la salud sobre el bienestar sexual después del parto y han sido traducidos al español, neerlandés, lituano y rumano.

Saber cuándo brindar información sobre la reanudación de la actividad sexual es fundamental y esto debe realizarse de forma personalizada, teniendo en cuenta el nivel de alfabetización de la mujer y su idioma de preferencia. Por lo general, a las mujeres se les da el alta de maternidad 24 h después de un parto normal y 72 h después de una cesárea, aunque esto puede variar de un país a otro. En algunos casos, dependiendo del modelo de atención materna, puede que reciban una o dos visitas domiciliarias de una matrona de atención comunitaria con una evaluación postnatal final realizada por un médico generalista u obstetra alrededor de las seis semanas después del parto. Por lo general, cuando se les da de alta, las indicaciones se basan en un modelo de “casillas de verificación”: una lista amplia de temas que deben discutirse con la mujer antes de que se vaya a casa. La lista puede incluir, entre otros: la depresión postparto, la inscripción del nacimiento del bebé, la prevención del síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL), pruebas de audiometría, la detección de trastornos metabólicos y la anticoncepción. En muchos países, esta es la única oportunidad de discutir con las mujeres cuándo reanudar la actividad sexual con penetración. Sin embargo, para muchas el momento puede resultar inapropiado, ya que experimentan cansancio extremo, incomodidad física o están ocupadas con empezar a conocer a su bebé, organizar su alimentación y desean irse a casa. Esto plantea el interrogante: “¿cuándo sería el momento “correcto” o apropiado para tener esta primera conversación?

Una solución es abordar el tema de la salud sexual postparto durante las clases de educación prenatal para madres y padres, ya que iría de la mano con las conversaciones sobre adaptación a la maternidad/paternidad. Sin embargo, muchas mujeres no asisten a estas clases por lo que es probable que una gran mayoría no reciba información sobre la salud sexual después de tener un bebé. Por lo tanto, las visitas domiciliarias luego del parto (si están contempladas en el modelo de atención) o en el control postnatal de las seis semanas, pueden ser momentos más apropiados. Este control final ha sido criticado por su modalidad de “casillas de verificación” y por enfocarse sólo en el bebé y dedicarle muy poco tiempo a la salud y el bienestar de la madre. Con frecuencia, la anticoncepción se aborda al final de esta evaluación, pero el problema de cómo y cuándo reanudar la actividad sexual es ignorado. Las matronas podrían no encontrar un momento mejor para abordar esta cuestión y terminan haciéndolo como parte de la planificación del alta. En estas circunstancias, que no son las ideales, los estudiantes de partería y las matronas colegiadas podrían aconsejar a las mujeres que reanuden la actividad sexual cuando se sientan física y emocionalmente listas para hacerlo, al tiempo que reconozcan que esto varía de una mujer a otra y que suele ser algo planeado por ella y no algo espontáneo. Se puede aconsejar a las mujeres cuyo parto se ha visto complicado por desgarros perineales, suturas y/o uso de instrumentales que eviten el sexo con penetración durante cuatro a seis semanas hasta que las heridas hayan sanado.

Las mujeres preocupadas por la presencia de dolor e incomodidad durante la penetración también pueden considerar la posibilidad del sexo oral como un medio de satisfacción. Esto puede ser por estimulación oral de la vulva o el clítoris (cunnilingus) o estimulación oral del pene y los testículos (felación). Las parejas también podrían considerar la masturbación individual o mutua. Sin embargo, el profesional debe mostrarse sensible a las opiniones y normas de las mujeres. Por ejemplo, la noción de sexo oral puede resultar ofensiva dependiendo de las creencias culturales y normas sexuales. También se puede aconsejar que la estimulación sea progresiva hasta llegar al sexo y el uso de lubricantes sexuales. Por último, como profesionales de la salud materna, deben estar preparados para proporcionar orientación de forma natural sobre dónde obtener más información fundada acerca de la salud sexual postparto, ya sea mediante enlaces a sitios web, material educativo o información sobre los servicios de apoyo en su área, como matronas o enfermeras especialistas en salud sexual, terapeutas psicosexuales o fisioterapeutas de la mujer o especialistas en suelo pélvico.

8.5. La salud sexual después del parto: ¿qué es lo normal?

Una gran cantidad de investigaciones informa una alta prevalencia de problemas de salud sexual después del parto, en particular en las madres primerizas. Sin embargo, estas tasas varían, desde 18-61 % tres meses después del nacimiento [9] hasta el 9-40 % a los doce meses [10]. Los estudios coinciden en los tipos de problemas informados: dispareunia (dolor durante la penetración), lubricación vaginal, deseo sexual, excitación sexual y orgasmo. Muchas herramientas de medición de uso común se basan en el ciclo de respuesta sexual de Masters y Johnson [11], que sugiere que la respuesta sexual humana sigue un modelo lineal que progresa a través de cuatro fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Este modelo por lo general es criticado por ser anticuado y enfocarse en el hombre, sin prestar atención a la motivación sexual femenina, la intimidad emocional y la dinámica relacional. La siguiente sección examina lo que las mujeres, las parejas y los profesionales de la salud deben considerar como cambios normativos en la salud sexual después del parto.

8.5.1. ¿Es normal la dispareunia después del parto?

El dolor genitopélvico es conocido como un trastorno de dolor sexual o dispareunia y suele presentarse con dolor durante el coito y la penetración y, en ocasiones, el orgasmo. Existe la posibilidad de sufrir dispareunia la primera vez que se tiene sexo con penetración vaginal luego del parto y las veces subsiguientes. Durante la segunda etapa del trabajo de parto, el nervio pudendo puede dañarse por la compresión de la cabeza del feto, o puede desarrollarse una lesión por estiramiento a causa de pujos prolongados. Los músculos elevadores del ano, estirados durante el parto, reducen su tamaño después del nacimiento. Las mujeres a veces informan una sensación de estrechez que no habían experimentado antes del nacimiento (ver imagen del suelo pélvico en la [Figura 8.1.](#)). En combinación con la sequedad vaginal

informada con frecuencia después del parto, esto puede derivar en dolor e incomodidad durante el sexo.

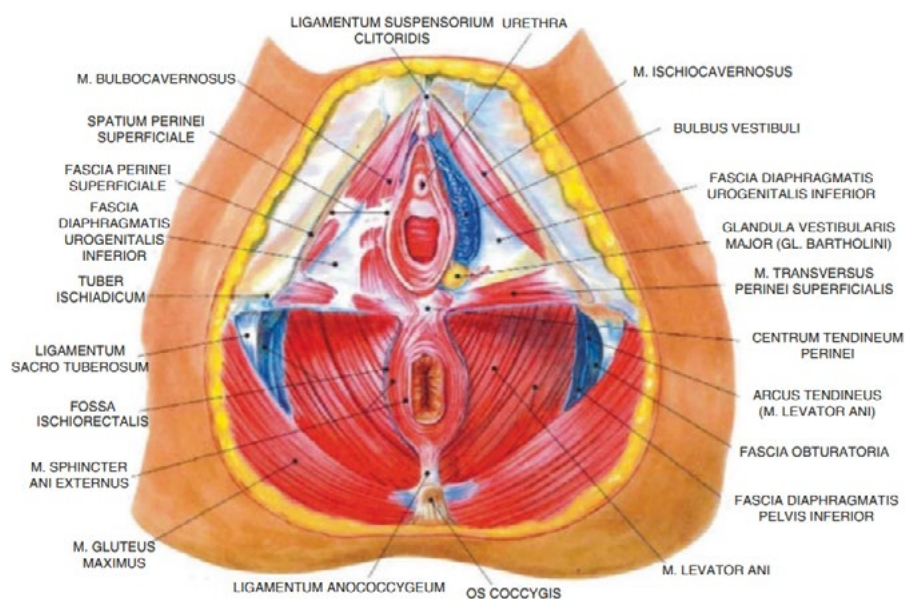


Figura 8.1. El suelo pélvico femenino.

Durante los tres meses que siguen al parto, la dispareunia es común, con tasas de prevalencia que van del 45 al 62 % [10, 12]. Para muchas mujeres se trata de una transición, ya que la prevalencia disminuye a medida que pasan los meses. En una meta-síntesis de 22 estudios ($N = 11.457$), la prevalencia estimada de dispareunia fue del 42 % a los dos meses, 43 % entre dos y seis meses y 22 % entre seis y doce meses [12], aunque permaneció lo suficientemente alta como para merecer atención. Es importante considerar y explorar el alcance de la dispareunia. ¿El dolor es leve o insoportable, constante o pasajero, aparece apenas ingresa el pene en la vagina o con la penetración profunda? La **Tabla 8.1** proporciona información sobre el dolor experimentado durante la primera relación sexual después del parto y se basa en un estudio en el que participaron 1507 madres primerizas de Australia [13]. La experiencia angustiante que produce la dispareunia grave y persistente se aborda en el **Capítulo 14**.

Si bien es importante informar y hablar con las pacientes sobre la frecuencia de la dispareunia después del parto, estas tasas de prevalencia proporcionan una visión limitada de cómo afecta este problema a las mujeres y su salud sexual y cómo con el tiempo lo resuelven. Por ello, la tarea de la matrona es ofrecer posibles estrategias y soluciones para que las mujeres y sus parejas solucionen el problema y tengan encuentros sexuales placenteros. Se debe conversar sobre el ciclo del dolor con la mujer y su pareja y dejar en claro que el dolor reduce la excitación sexual y la lubricación, que la penetración sin o con escasa lubricación causa dolor y que la hipertonía del suelo pélvico empeora el dolor y la persistencia de este ciclo. La evidencia basada en los relatos de las mujeres destaca que ellas mismas son participantes activas en la búsqueda de estrategias y soluciones diversas para afrontar y superar la dispareunia [1]. En primera instancia, las matronas pueden ayudar a las pacientes a iniciar el diálogo con sus parejas

sobre esta experiencia dolorosa, alentándolas a identificar dónde sienten dolor y qué lo intensifica o alivia. El profesional de la salud puede aconsejarles que avancen de forma gradual hacia la penetración (con un “juego previo lento”). Las mujeres describieron la participación en la masturbación individual y mutua o la práctica del sexo oral como juegos previos para poder excitarse [1]. La matrona puede sugerir probar diferentes posiciones sexuales en las que la mujer tenga mayor control sobre la penetración, como estar encima, acostada de lado (“en cucharita”) o sosteniendo con la mano el pene hasta introducirlo en la vagina. Los consejos siempre deben adaptarse según el área donde se sienta dolor, por ejemplo cuando se ubica en la zona posterior de la vagina, intentar la posición del perrito. Aunque la bibliografía sobre salud sexual postparto no da cuenta de las parejas de mujeres, los principios de comunicarse de manera abierta, expresar las necesidades sexuales y de prueba y error para dar con actividades sexuales que no causen dolor y brinden satisfacción sexual probablemente sean universales. No obstante, apremia la necesidad de investigar a esta población discreta de mujeres sobre sus necesidades y bienestar sexual en el postparto.

Tabla 8.1 Intensidad del dolor durante el primer coito vaginal ocurrido en cualquier etapa de los primeros doce meses que siguen al parto [13]

N = 1122		
	N	%
Sin dolor	161	14,3
Dolor leve	357	31,8
Dolor molesto	380	33,9
Dolor angustiante	150	13,4
Dolor terrible	56	5,0
Dolor excruciante	18	1,6

8.5.2. ¿Todas las mujeres experimentan una falta de lubricación vaginal después del parto?

Las mujeres suelen informar cambios en la lubricación vaginal en los meses inmediatos al nacimiento. Por ejemplo, el 57 % de las mujeres experimentaron una falta de lubricación vaginal a los tres meses del parto, reduciéndose al 30 % a los doce meses [12]. Esto se debe a niveles fluctuantes de los estrógenos circulantes. Luego del parto, se produce una caída inmediata del estrógeno y la progesterona y la salida de la placenta. Se estima que estos niveles pueden tardar entre seis semanas y seis meses en volver a los valores previos al embarazo. Los niveles bajos de estrógeno afectan el revestimiento epitelial de la mucosa vaginal, lo que resulta en una reducción de la mucosa y una disminución de la capacidad de lubricación. También puede producirse un aumento de los niveles de cortisol circulante en los nuevos padres, en la medida que experimentan estrés mientras se adaptan a su nuevo rol de cuidar del bebé. Cuando los niveles de cortisol aumentan, los de testosterona disminuyen, lo que puede derivar en una disminución del deseo sexual y en una falta de secreciones vaginales. Además, se cree que la disminución de la melatonina, asociada con la falta de sueño, dificulta la secreción de estrógenos y, para las mujeres lactantes, los niveles de estrógeno se suprimen por más tiempo. Se sabe que la prolactina (necesaria para la lactancia) afecta la testosterona, esto

sumado al cansancio y a la falta de ganas, puede influir de manera negativa en el deseo y la excitación sexuales.

Más allá de las razones endocrinas que explican esta sequedad vaginal, otra razón potencial es el no intentar un juego previo extendido antes de la penetración para producir suficiente lubricación. Sin juegos previos adecuados ni sentimientos de deseo no se produce una buena lubricación vaginal. Además, algunas mujeres describen que su motivación para participar en actividades sexuales no es la de satisfacer su propio deseo, sino el de sus parejas. La matrona debe informar a las mujeres sobre la gran frecuencia con que se experimenta la falta de lubricación vaginal después del parto y alentarlas a comunicar sus necesidades sexuales y el deseo o falta de deseo con sus parejas. Una solución pueden ser los lubricantes a base de agua, si es que la mujer realmente quiere tener sexo con penetración. Los lubricantes artificiales no deben usarse para reemplazar por completo la estimulación sexual y la excitación pero las matronas pueden recomendar un lubricante orgánico a base de agua y de buena calidad. Los que son perfumados, aromatizados y con aditivos superfluos suelen contener glicerina, que puede irritar la vagina y aumentar la incomodidad o el dolor. Los condones y los juguetes sexuales de silicona responden bien a los lubricantes a base de agua. Es cierto que los que son a base de silicona duran más que los a base de agua (no permiten reaplicación), sin embargo, cuesta más lavarlos y no son adecuados para combinar con juguetes o elementos sexuales de silicona.

8.5.3. ¿Todas las mujeres experimentan una falta de deseo sexual después del parto?

Para muchos padres primerizos, durante los primeros doce meses, el deseo de dormir y pasar tiempo a solas puede ser más fuerte que el deseo de tener actividad sexual. Sin embargo, el deseo de intimidad por lo general se mantiene. Como se discutió en la introducción de este capítulo, el deseo de intimidad emocional y física sigue siendo una característica importante y una fuente de satisfacción para la relación de pareja. Numerosos estudios informan una alta prevalencia de falta de interés en el sexo o ausencia de deseo sexual por parte de las madres primerizas que oscila entre el 61 % a tres meses del parto y el 40-51 % a los doce meses [10, 13]. Es importante discutir estas tasas y lo que significan para la mujer y su pareja. Para muchos, el cambio en el deseo sexual experimentado después del nacimiento es una adaptación normal a la paternidad, sobre todo en los primeros meses. Cuando esto es comunicado y comprendido por la pareja, genera alivio o previene sentimientos de angustia. Sin embargo, la mayoría de las madres primerizas no están lo bastante preparadas para experimentar esta reducción del deseo sexual [1]. Aquellas que logran verbalizar sus sentimientos sobre la adaptación a la maternidad, el estrés asociado con el cuidado del bebé y la falta de interés en la actividad sexual con su pareja tienden a transitar este cambio con mayor facilidad. Cuando el cambio en el deseo sexual se comunica de manera honesta en la pareja, se vuelve menos problemático. Algunas parejas se dan tiempo para priorizar al bebé y las nuevas rutinas, por ejemplo, seis meses, esperando luego poder planificar una salida o tiempo a solas como pareja. En primera instancia, sugerimos a las parejas que se preparen para los cambios en el deseo sexual después del nacimiento y que conversen sobre realizar

actividades sexuales placenteras que no se enfoquen en la penetración. En segundo lugar, sugerimos a los profesionales especializados en maternidad que aconsejen a las parejas comenzar a dialogar sobre sexo, es decir, tomarse el tiempo para hablar sobre una actividad sexual y escribir sus sentimientos y deseos sexuales.

En nuestras entrevistas postparto, algunas mujeres describieron sentir angustia debido a su falta de deseo sexual. Sintieron que no estaban preparadas en lo más mínimo y describieron su relación sexual como “rota”. Muchas mencionaron una discrepancia entre su deseo sexual y el de su pareja, siendo comúnmente mayor el deseo del hombre. El no hablar con su pareja sobre sus sentimientos de estrés al adaptarse a la maternidad, el cansancio, la preocupación por el bienestar del bebé, la pérdida del deseo sexual y la necesidad de pasar tiempo a solas a menudo se manifestaba como angustia. Al repasar toda la bibliografía sobre salud sexual después del nacimiento, se observa un consenso en que la comunicación efectiva en la díada de la pareja sobre las dimensiones sociales, relacionales, psicológicas y físicas de la salud sexual postparto es fundamental para tener relaciones íntimas sexual y emocionalmente satisfactorias. Los profesionales pueden sugerir a las parejas “comenzar desde el principio”. En otras palabras, si no están acostumbrados a hablar de sexo y placer sexual, pueden comenzar ahora, olvidar todo y delinear sus expectativas para el próximo año o dos con respecto a su relación íntima y sexual. Es importante que se hable de intimidad y afecto, que cada persona identifique lo que la hace feliz, se sienta especial y que el sexo y el placer formen parte de la conversación. Sugerimos a las parejas que asignen tiempo para discutir estos temas en un entorno neutral. Cada persona debe usar el “yo”, para asumir sus propios sentimientos, deseos y temores y no tener miedo de afirmar lo que (no) quiere y disfruta. Sostenemos que ambos deben asumir responsabilidad por su propio placer y hacemos hincapié en la importancia de escucharse y hacer preguntas.

8.6. Conclusiones y puntos clave

La salud sexual postparto es multidimensional. Es específica de cada mujer, su pareja, cultura y expectativas personales. La falta de visibilidad en la bibliografía de los casos de mujeres homosexuales es considerable y problemática. Este grupo de mujeres no se encuentra representado y, por lo tanto, es poco probable que reciba información y recomendaciones sobre salud sexual postparto que cubran sus necesidades.

8.7. Puntos clave del capítulo

- La salud sexual postparto es multidimensional, ya que abarca lo físico, lo social, lo psicológico y lo relacional.
- La intimidad emocional y el contacto no sexual son importantes para las mujeres y ayudan a mantener relaciones satisfactorias. Tomarse de la mano, besarse, dormir en la misma cama, acurrucarse y pasar tiempo a solas con su pareja son acciones valoradas por las mujeres y forman parte importante de sus relaciones íntimas.

- Las mujeres quieren información específica y oportuna sobre la reanudación de la actividad sexual después del parto. ¿Cuándo pueden hacerlo? Alrededor del 80 % de las mujeres nulíparas vuelven a tener sexo vaginal/con penetración tres meses después del parto.
- La reanudación de la actividad sexual después del nacimiento no es algo espontáneo. Las mujeres y sus parejas lo planifican y, para esto, ellas tienen en cuenta su recuperación física y emocional, el tipo de parto y la presencia de traumatismos perineales y heridas abdominales. También consideran tomarse un tiempo lejos de casa y del bebé para disfrutar de la compañía de su pareja.
- Alrededor del 85 % de las mujeres nulíparas experimentan molestias durante la primera penetración vaginal. La matrona puede sugerir posibles estrategias para resolver el dolor:
 - una estimulación lenta y progresiva para llegar a la penetración;
 - otras formas de actividad sexual antes de la penetración o como fuente de satisfacción sexual. Por ejemplo, masturbación, sexo oral, uso de juguetes sexuales y juegos de roles;
 - diferentes posiciones sexuales que permiten a la mujer controlar la penetración, como la mujer arriba o de lado. En la posición del perrito, cambiar la dirección del pene puede proporcionar alivio dependiendo de en qué zona se sienta dolor;
 - Uso de lubricantes simples a base de agua y de buena calidad.
- En una de cada cinco mujeres, la dispareunia persiste pasado el año del parto.
- Las mujeres reanudan primero otras formas de actividad sexual, por ejemplo, la masturbación y el sexo oral antes de la penetración vaginal.
- Alrededor del 57 % de las mujeres experimentan una falta de lubricación vaginal en los meses que siguen al parto. Hay varias razones endocrinas que lo explican. Recomendamos que se informe a las mujeres sobre el beneficio de usar lubricantes a base de agua de buena calidad la primera vez que reintenten la penetración y las subsiguientes. Los lubricantes a base de agua sin aditivos no irritan la mucosa de la pared vaginal y se pueden usar con condones y juguetes sexuales de silicona. Los lubricantes artificiales no deben utilizarse como reemplazo de la estimulación y la excitación sexuales.
- Los profesionales que brindan atención materna deben iniciar la conversación sobre la salud sexual postparto antes de que este ocurra y alentar a las mujeres a pensar y discutir sus preferencias y necesidades sexuales con su pareja. Se debe aconsejar a las parejas que anticipen los cambios en su relación sexual y consideren estrategias para manejarlos.
- A las parejas que entienden la penetración como un imperativo se les debe recomendar la masturbación individual y mutua para alcanzar el placer sexual y el orgasmo.
- Los profesionales de la salud especializados en maternidad deben ser sensibles a las expectativas culturales y personales de las mujeres con respecto al sexo y la intimidad, ya que algunas pacientes pueden sentir vergüenza al hablar sobre estos temas.
- Muchas parejas experimentan un cambio en sus sentimientos de deseo sexual ya que adaptarse a la maternidad/paternidad, el cansancio y el cuidado del bebé toman

prioridad. Discutir estos sentimientos dentro de la pareja es importante para adaptar la salud sexual después del nacimiento.

- Algunas parejas experimentan una discordancia en los sentimientos del deseo sexual de cada uno. Si esto no se comunica dentro de la pareja, puede causar conflictos.
- La buena comunicación dentro de la pareja es esencial para mantener una buena salud sexual en el postparto.
- Se debe aconsejar a las pacientes que, si los problemas de salud sexual persisten y les causan angustia, hablen con un profesional de la salud con experiencia en sexualidad e intimidad.

8.8. Estudio de caso

Leila es una madre primeriza de 38 años. Hace cuatro meses tuvo el parto asistido con ventosa de su hijo Sam y sufrió un desgarró de segundo grado que requirió sutura. El perineo se le curó y tuvo una buena recuperación después del parto. Está amamantando a Sam. Está en pareja hace siete años con Raúl, el padre de Sam. Antes del embarazo, tenían encuentros sexuales satisfactorios de manera regular, al menos una vez a la semana. Este patrón continuó durante el embarazo. Desde el nacimiento de Sam, Leila y Raúl intentaron tener sexo con penetración vaginal en dos ocasiones, a las ocho y doce semanas del parto. Leila sintió mucho dolor con la penetración en ambas ocasiones y no experimentó satisfacción sexual. Sintió que le faltaba lubricación vaginal y que su vagina estaba “estrecha”. Leila le comentó a Raúl sobre su malestar y él se sintió mal por causarle dolor. Sabe que Raúl tiene sentimientos de deseo sexual más intensos que ella, y se siente mal por no tener deseo sexual. Habló sobre estos inconvenientes con su enfermera-matrona de atención comunitaria cuando llevó a Sam a recibir sus vacunas.

La enfermera-matrona de atención comunitaria le realizó una primera evaluación. Confirmó con Leila el tipo de parto que había tenido y que le habían suturado el perineo. La examinó y le preguntó si sentía dolor o molestias allí; le preguntó sobre su recuperación después del parto, su elección alimenticia y cómo se estaban adaptando a ser padres. Preguntó sobre la relación de pareja y si tienen una buena comunicación. ¿Hablan sobre sexo y deseo sexual? ¿Conversan sobre la adaptación a ser padres y los desafíos que pueden estar experimentando? La enfermera-matrona le preguntó sobre su relación sexual antes del embarazo y después del parto, sus actividades sexuales preferidas y el nivel de satisfacción sexual.

Luego instó a Leila a iniciar una conversación con Raúl: si él se sentía mal por causarle incomodidad durante el sexo y ella se sentía mal por no sentir deseo sexual como él, sería más beneficioso que conversaran sobre sus sentimientos e hicieran un plan juntos.

La enfermera-matrona sugirió que se pongan de acuerdo en un día y hora para tener intimidad sexual, por ejemplo, un viernes o sábado por la noche cuando el bebé esté durmiendo y no tengan que preocuparse por tener que ir al trabajo al día siguiente. Durante el fin de semana, pueden tener la oportunidad de cenar juntos, ver un programa de televisión o compartir una cerveza o una copa de vino. Pueden comenzar de a poco con algunas de las actividades sexuales que disfrutaban antes del embarazo y el parto.

La enfermera-matrona le sugirió usar un lubricante de buena calidad a base de agua y sin aditivos para ayudar a la lubricación vaginal, cuya falta pudo haber contribuido a la incomodidad que sintió Leila. Podrían considerar la masturbación mutua como forma de prolongar los juegos previos y aumentar los sentimientos de deseo sexual y la excitación de Leila. La enfermera-matrona y Leila conversaron sobre el hecho de que un encuentro sexual no tiene por qué terminar en penetración vaginal, sino que cada encuentro tiene que proporcionar placer sexual. En caso de que intentaran la penetración, le sugirió probar diferentes posiciones, por ejemplo, Leila arriba, de manera que pueda controlar la penetración.

Leila y la enfermera-matrona hablaron de las estadísticas de prevalencia de problemas de salud sexual después del parto y cómo el deseo sexual cambia para muchas mujeres. La adaptación a la maternidad, el cuidado del bebé, el cansancio y el tiempo a solas suelen ocupar un lugar más importante en la lista de prioridades de las mujeres en los meses que siguen al nacimiento. La enfermera-matrona le sugirió que Raúl probablemente también esté cansado, adaptándose a la paternidad y preocupado por el cuidado del bebé, y que Leila no puede conocer sus sentimientos de deseo sexual a menos que hable con él.

La enfermera-matrona le aconsejó a Leila que vuelva a consultar con ella de no haber ninguna mejora en las próximas cuatro a seis semanas para que puedan hacer un nuevo plan.

Referencias

- [1] O'Malley D., Smith V., Higgins A. (2019): Women's solutioning and strategising in relation to their postpartum sexual health: a qualitative study. *Midwifery*; 77: 53-9.
- [2] Bender S. S., Sveinsdóttir E., Fridfinnsdóttir H. (2018): "You stop thinking about yourself as a woman". An interpretive phenomenological study of the meaning of sexuality for Icelandic women during pregnancy and after birth. *Midwifery*; 62: 14-9.
- [3] Ahlborg T., Strandmark M. (2006): Factors influencing the quality of intimate relationships six months after delivery—first-time parents' own views and coping strategies. *J. Psychosom Obstet Gynaecol.*; 27: 163-72.
- [4] Hansson M., Ahlborg T. (2012): Quality of the intimate and sexual relationship in first-time parents a longitudinal study. *Sex Reprod Healthc*; 3: 21-9.
- [5] Pardell-Dominguez L., Palmieri P. A., Dominguez-Cancino K. A., et al. (2021): The meaning of postpartum sexual health for women living in Spain: a phenomenological inquiry. *BMC Pregnancy Childbirth*; 21: 1-13.
- [6] McDonald E. A., Brown S. J. (2013): Does method of birth make a difference to when women resume sex after childbirth? *BJOG*; 120: 823-30.
- [7] Faisal-Cury A., Menezes P. R., Quayle J., et al. (2015): The relationship between mode of delivery and sexual health outcomes after childbirth. *J Sex Med*; 12: 1212-20.
- [8] Zhuang C., Li T., Li L. (2019): Resumption of sexual intercourse post partum and the utilisation of contraceptive methods in China: a cross-sectional study. *BMJ Open*; 9: e026132.

- [9] McDonald E., Woolhouse H., Brown S. J. (2015): Consultation about sexual health issues in the year after childbirth: a cohort study. *Birth*; 42: 354-61.
- [10] O'Malley D., Higgins A., Begley C., et al. (2018): Prevalence of and risk factors associated with sexual health issues in primiparous women at 6 and 12 months postpartum; a longitudinal prospective cohort study (the MAMMI study). *BMC Pregnancy Childbirth*; 18: 196.
- [11] Masters W., Johnson V. (1966): Human sexual response. Nueva York: Little Brown.
- [12] Banaei M., Kariman N., Ozgoli G., et al. (2021): Prevalence of postpartum dyspareunia: a systematic review and meta-analysis. *Int J Gynaecol Obstet*; 153: 14-24.
- [13] McDonald E. A., Gartland D., Small R., Brown S. J. (2016): Frequency, severity and persistence of postnatal dyspareunia to 18 months post partum: a cohort study. *Midwifery*; 34: 15-20.

9.1. Introducción

Este capítulo considerará diversos aspectos de la sexualidad que de alguna manera están relacionados con la lactancia materna. Primero, trata la relación entre los senos y la sexualidad, seguido de la relación entre la lactancia y la sexualidad. Pone especial atención a los aspectos fisiológicos, psicológicos y conductuales, así como a la relación entre la mujer y su pareja. Entendemos que, en la vida real, es difícil separar estos aspectos, ya que se influyen mutuamente en una coreografía muchas veces impredecible. Como actividad adicional, compartimos algunas ideas sobre el aspecto social de la lactancia materna. Este capítulo se ocupa de la situación natural mientras que el **Capítulo 15** analiza las complicaciones del mismo proceso.

Las matronas deben estar familiarizadas con toda la gama de respuestas posibles a la sexualidad en relación con la lactancia, de manera que puedan asesorar de forma adecuada a las mujeres y las parejas y abordar sus preocupaciones y expectativas, lo que a menudo involucra impartir cierta psicoeducación sobre lo que la paciente puede esperar durante esta etapa [1].

9.2. Los senos y la sexualidad

9.2.1. Fisiología de los senos y sexualidad

En los senos, el primer signo de excitación sexual es la erección de los pezones (izquierdo y derecho no suelen responder por igual). En estado de excitación plena, el aumento de los pezones es de 0,5-1,0 cm. Esta erección también puede ocurrir frente a estados de ansiedad o excitación no sexual. El segundo signo es el enrojecimiento venoso, que

¹ Z. B. Yurtsal 

Departamento de Partería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Sivas Cumhuriyet, Sivas, Turquía.

E-mail: zbozboga@cumhuriyet.edu.tr

D. Uslu 

Centro Médico Nisantasi, Estambul, Turquía.

aparece como una erupción en la piel. En un segundo momento, la areola se inflama, por lo que la erección del pezón parece disminuir. Después del orgasmo, la hinchazón areolar desaparece rápidamente, por lo que la erección del pezón parece regresar.

El volumen de los senos puede aumentar en un 20-25 % en estado de excitación plena. Esto sucede tanto en las mujeres que nunca estuvieron embarazadas como en las que lo están por primera vez, y es más leve en las que ya han amamantado. Después de amamantar un segundo bebé, no se observa aumento de volumen durante la excitación sexual, probablemente debido al extenso desarrollo del sistema de drenaje venoso durante los períodos de lactancia.

En la mujer primigrávida, el aumento de volumen (hipercongestión por excitación) se suma a la congestión propia del embarazo. Esta combinación puede causar dolor en la zona de los pezones y las areolas, en especial concluyendo el primer trimestre. A medida que el embarazo avanza, esta molestia suele desaparecer.

La sensibilidad táctil de toda la zona de los senos (después de la pubertad) es más significativa en las mujeres que en los hombres, y alcanza su máximo a mitad del ciclo menstrual (en mujeres que no utilizan anticonceptivos hormonales) y durante la menstruación [2].

9.2.2. Psicología y comportamiento

Al comienzo de la pubertad, el desarrollo de los senos puede generar algo de dolor. Las adolescentes suelen experimentar este período de cambio como algo positivo (una señal de que se están convirtiendo en mujeres), pero también puede resultar incómodo. Esto depende de muchos factores, como la edad en la que inicia (“demasiado temprano” o “demasiado tarde”); la actitud implícita y enseñanza explícita de sus madres respecto de los senos; los mensajes culturales sobre decencia y decoro; y la amenaza de la “mirada masculina”.

Poco a poco, los senos empiezan a tener un rol en la identidad femenina, que aparece muy ligado a la cultura. En muchos países africanos son ante todo un símbolo de maternidad, mientras que en otras culturas simbolizan la feminidad, lo que va acompañado de sentimientos de orgullo para algunas mujeres o inseguridad en muchas otras.

Poco a poco, los senos también comienzan a tener un rol en el mapa del amor² de la mujer. Para muchas, constituyen una zona erógena: al indagar sobre la estimulación de los senos o los pezones y la excitación sexual, alrededor del 80 % de las encuestadas indicó que dicha estimulación causaba o acrecentaba su excitación, mientras que el 7 % expresó que la disminuía [3]. En una investigación realizada en Países Bajos, el 15 % de las mujeres declaró haber experimentado un orgasmo generado exclusivamente por estimulación de los senos [4]. Resulta claro que la combinación “senos y sexualidad” es un área de mucha variedad, con una fuerte influencia cultural [1].

Hay mucha diversidad en las formas de estimular los senos y los pezones y en cómo estos se incorporan al mapa del amor de la mujer o la pareja. Conocer ese mapa no es relevante para los profesionales de la salud, excepto cuando sea causa de confusión,

² El mapa del amor representa el conjunto de zonas erógenas específicas de una persona (o pareja), sus formas de excitarse, sus “libretos” eróticos, etc.

interfiera con la lactancia materna o tome relevancia en relación con un problema de índole sexual.

9.2.3. Los senos y la pareja

Los senos de la mujer también suelen ser una importante “zona erógena” para su pareja, tanto por el placer visual como táctil que producen, ya sea que se trate de parejas hetero u homosexuales. La estimulación de los senos y pezones desencadena la liberación de oxitocina en el cerebro de la mujer, lo que la lleva a enfocarse en su pareja, fortaleciendo el deseo de vincularse con él o ella.

Sin embargo, estas afirmaciones son sólo representativas de un conjunto bibliográfico originado casi en su totalidad en el mundo occidental. Los antropólogos descubrieron que, en muchas culturas, los senos no tienen significado sexual para el hombre [1]. Cuando fue criado con la idea de que la mujer es madre o es pareja, frente a la transición hacia la lactancia materna, puede que desaparezca su deseo sexual masculino.

9.2.4. Aspectos sociales

Los senos femeninos han sido objeto de atención desde siempre. En las esculturas humanas más antiguas, se los representó como símbolo de fertilidad. Algunas culturas trataron de ocultarlos, otras los expusieron implícita o explícitamente. En el sur y este de África, las mujeres de algunas tribus indígenas andan con el torso descubierto. En los países ortodoxos y en los Estados Unidos, nunca se verá un pezón en televisión. Sin embargo, en casi toda la pornografía heterosexual estadounidense se menciona el tamaño de los senos femeninos. Es innegable que estas realidades culturales influyen en cómo niñas y mujeres se sienten (cómodas o no) respecto de sus senos y su cuerpo.

9.3. Lactancia materna

9.3.1. Beneficios para la madre y el bebé

La lactancia materna tiene numerosos beneficios, no sólo para el bebé sino también para la madre, por ejemplo reduce el riesgo de cánceres de endometrio, ovario, mama, y de diabetes tipo 2. Se considera que la estimulación de los senos tiene beneficios para la salud, una hipótesis plantea que el cáncer de mama tendría menor prevalencia en mujeres que experimentaron mucha estimulación sexual y succión de los senos y pezones en repetidas ocasiones [5]. La lactancia ayudaría a espaciar los partos, revertir relaciones negativas entre madre y bebé [6] y promover el bienestar emocional de la madre (Figura.9.1.).



Figura.9.1. Maternidad. Pintura de Stanislaw Wyspiański (1905).

En el caso de los niños, estimula el desarrollo cognitivo y previene las infecciones del tracto gastrointestinal, la enterocolitis necrotizante, las enfermedades alérgicas, el celiaquismo, la enfermedad inflamatoria intestinal, el síndrome de muerte súbita del lactante, la obesidad, la diabetes y la leucemia.

La OMS recomienda comenzar a amamantar dentro de la primera hora de vida y sugiere la alimentación exclusiva por este medio durante los primeros seis meses, a menos que esté contraindicado médicamente [7], por ejemplo, por tener carga viral alta del VIH.

9.3.2. Fisiología de la lactancia materna

Antes del primer embarazo, la mama consiste casi por completo en tejido adiposo con lóbulos lactíferos que drenan hacia los conductos lactíferos, pasan por el seno lactífero y finalizan en el complejo areola-pezones. Durante el primer trimestre, el sistema ductal se expande y se ramifica en el tejido adiposo como respuesta al aumento de estrógeno, que provoca una proliferación y elongación ductal y hace disminuir este tejido. Las células acinares proliferan en lactocitos. En el embarazo, el volumen de cada seno aumenta aproximadamente 400 g. El aumento de estrógeno causa niveles elevados de prolactina. En la semana 20, las glándulas mamarias ya están lo bastante desarrolladas y comienzan a producir componentes de la leche ("calostro") bajo la influencia

de la prolactina (lactogénesis I). En esta etapa, los altos niveles de estrógeno y progesterona inhiben la producción de “leche madura”. Hacia el final del embarazo y en especial inmediatamente después del nacimiento, estos niveles disminuyen, lo que posibilita la producción de leche y la eventual “bajada” que permite amamantar. En el postparto, con la retirada del lactógeno placentario y los esteroides sexuales que se producen en el cuerpo lúteo y en la placenta, el aumento de prolactina activa las células alveolares para liberar leche en los alvéolos y conductos más pequeños. Unas 30-40 h después del nacimiento, la producción completa de leche es inducida por la prolactina (lactogénesis II), y el calostro se convierte en “leche madura” en esta fase de transición. Después de esto, la extracción de leche estimula su producción (lactogénesis III). La capacidad de almacenamiento combinada de las mamas es de entre 80 y 600 ml, aunque puede haber diferencias entre la mama derecha y la izquierda. En esta etapa, los mecanismos de la prolactina y la oxitocina equilibran el consumo y la producción de leche. La oxitocina participa además en el reflejo de eyección de leche.

Los altos niveles de prolactina durante e inmediatamente después del parto caen a la mitad luego de una semana. En la mujer lactante, los niveles de prolactina suben y bajan, alcanzando su punto máximo unos 45 minutos después de comenzar a amamantar. Con una alimentación frecuente (>8 veces/día), los niveles se mantienen elevados; sin lactancia, el nivel previo al embarazo se restablece en una semana.

Durante el embarazo, los estrógenos y la progesterona suprimen la producción de prolactina, mientras que durante la lactancia, aumenta la producción de prolactina y disminuyen los estrógenos, produciendo un estado atrófico en la vagina (como con la menopausia). Los andrógenos, disminuyen la excitabilidad y, en muchos casos, el deseo sexual, por lo que quienes deciden amamantar tienden a retomar su vida sexual más tarde.

La sensibilidad de los senos aumenta sobremanera en las 24 h posteriores al parto, lo que puede ser clave para activar la descarga de oxitocina y prolactina inducida por succión e inhibir la ovulación durante la lactancia [5].

9.3.3. Aspectos sociales de la lactancia materna

La lactancia materna es un elemento muy relevante en la generación de un vínculo fuerte madre-bebé, en la medida en que el reflejo de succión del bebé desencadena la liberación de oxitocina en el cerebro de la madre. Al analizar diferentes culturas preindustriales, los antropólogos descubrieron que aquellas en que la lactancia era prolongada y sostenida exhibían tasas de suicidio y violencia menores [8].

A pesar de que estos beneficios son reconocidos, la medicina no logra convencer a la mayoría de las mujeres de continuar amamantando durante varios meses.

Mientras que en muchos países africanos amamantar en público es la norma, en otros está mal visto, incluso cuando muchos cuentan con leyes que permiten hacerlo. Las razones parecen ser de lo más variadas. Bajo la presión de tabúes culturales, muchas mujeres jóvenes se ven a sí mismas, como objetos y no como personas. Cuando de manera implícita la sociedad asocia los senos con la sexualidad o los senos desnudos con la indecencia, esto termina generando culpa y vergüenza en las madres en detrimento del proceso de lactancia materna. Creemos en la necesidad de alentar a

las mujeres a amamantar y reivindicar la naturalidad de hacerlo en público en todos los países del mundo. No debemos olvidar que la lactancia es el primer paso para proteger a los niños y favorece la salud y el bienestar del bebé, la madre, la familia y de toda la comunidad [9].

9.4. Lactancia materna y sexualidad

Debemos tener en cuenta varios factores de gran incidencia cuando se discute “la lactancia materna y la sexualidad”. De manera sucesiva, abordamos aspectos vinculados a la fisiología, la influencia de la sociedad, la psicología y el comportamiento, la relación de pareja y el papel de la matrona u otros profesionales de la salud. Por último, consideramos los principales problemas que pueden desarrollarse en este sentido y posibles formas de lidiar con ellos.

9.4.1. Aspectos fisiológicos

La fisiología revela un vínculo esencial entre la lactancia materna y la sexualidad y la oxitocina tiene un rol importante. Esta hormona provoca la sensación de felicidad y satisfacción después de amamantar, acompañadas de la reducción del estrés y la relajación general que transmite la lactancia. Las contracciones del útero al amamantar son un aspecto bien conocido de la involución uterina, sobre todo porque pueden ser bastante dolorosas, y en especial para las mujeres multigrávidas. Sin embargo, este tipo de contracciones puede tener otras consecuencias (“más sexuales”). Se preguntó a un grupo de 153 madres neerlandesas sobre sus sensaciones mientras amamantaban: el 71 % experimentó contracciones placenteras en la zona del útero y el 34 %, una sensación de excitación sexual. Un dato sorprendente fue que el 8 % indicó haber tenido un orgasmo con sólo amamantar [4]. Un extenso relevamiento de meta-contenido de artículos de investigación arrojó que entre un tercio y la mitad de las madres lactantes lo describen como algo erótico (“una lujuria física intensa”) [10].

La conexión con la oxitocina funciona también en el sentido inverso. Cuando la mujer se excita (en especial cuando tiene un orgasmo), la leche puede gotear o salir eyectada con fuerza. Los senos (y en particular los pezones) están más sensibles en los meses de lactancia.

Durante estos meses, varios factores hormonales y no hormonales influyen en el deseo sexual. Se sabe que la prolactina reduce el deseo: aunque disminuye cerca del parto, se mantiene alta durante todo el período de lactancia. Esto también influye en las hormonas gonadales causando niveles bajos de estrógeno, lo cual es necesario ya que esta hormona disminuye el flujo de leche. Sin embargo, también provoca atrofia vaginal (como si la mujer estuviera transitando la menopausia). Los niveles de andrógenos también son reducidos, en especial el de testosterona, lo que puede causar ausencia de deseo, así como baja excitabilidad. Una complicación secundaria es la gran diferencia en la sensibilidad a los niveles de andrógenos, al estar reducidos también produce falta de asertividad y de energía o fatiga.

9.4.2. Sociedad y cultura

La cultura influye mucho en la forma en que las mujeres priorizan sus roles después del nacimiento. Saha (2002) revisó la bibliografía sobre asesoramiento en materia de sexualidad publicada en Estados Unidos durante tres décadas [11] y encontró que, al promover la lactancia materna, los profesionales de la salud reflejaron la opinión social general de que el marido es dueño de los senos de la mujer y ella debe complacerlo retomando el sexo con penetración sin demoras.

Una investigación de Filipinas analizó la relación entre la lactancia, la sexualidad y el compromiso en las relaciones de pareja mediante la comparación de casos de mujeres no embarazadas, mujeres lactantes que menstrúan y mujeres lactantes que no menstrúan (es decir, con o sin sangrado mensual). Las mujeres lactantes que menstrúan tuvieron los puntajes más altos en funcionamiento sexual y compromiso con su relación [12].

9.4.3. Psicología y aspectos del comportamiento

Ya mencionamos que algunas madres experimentan sensaciones sexuales durante la lactancia pero como nunca oyeron hablar de ello como algo normal, pueden sentirse confundidas. En un cuestionario de investigación, la pregunta sobre “la respuesta erótica durante la lactancia materna” tuvo una alta tasa de falta de respuesta (37 %), lo que indica que es un “tema bastante delicado” [10]. Una cuarta parte de las mujeres había experimentado sentimientos de culpa, y algunas habían dejado de amamantar.

La descarga de leche durante el acto sexual puede generar confusión, dependiendo de que tan bien pueda la mujer equilibrar sus roles de madre y mujer. Mientras que esto resulta amenazador para algunas mujeres, a otras les sienta muy bien.

Para algunas parejas, la alta sensibilidad de los senos y los pezones puede iniciar o intensificar la sexualidad relacionada a esta zona. Para algunas mujeres, las formas de estimulación sexual que antes funcionaban pierden sus efectos excitantes. Otras sienten que cualquier forma de juego sexual que involucre los senos resulta demasiado durante la lactancia o que debe disminuirse por el momento.

Estas grandes diferencias también se observan en la reacción al cambio de apariencia de los senos. Para algunas mujeres y sus parejas, esto puede representar una verdadera exaltación de la feminidad pero otras lo ven como algo molesto o casi repugnante. Todas las perspectivas tienen que integrarse en la información de salud.

Generalmente, los estudios miden la sexualidad de manera comparativa durante el período de lactancia y antes del embarazo, pero amamantar y los sentimientos que involucra pueden crear nuevas formas de sensualidad y satisfacción. Suele generarse una conexión relativamente fuerte y sensual entre la madre y el bebé [13]. Sin embargo, para las madres (y también para los investigadores) no parece fácil separar la sensualidad de la sexualidad.

9.4.4. Aspectos de la pareja y la relación

Al igual que las madres jóvenes, sus parejas exhiben un amplio espectro de reacciones, que pueden ser negativas, como tener celos porque el bebé recibe demasiada atención. La devoción percibida hacia el bebé a expensas de sí mismo y la intimidad entre madre y bebé, fomentada durante la lactancia, pueden provocar celos en el nuevo padre [14]. La madre también puede sentir celos si le toca a ella ser el sostén de la familia y a su pareja asumir las tareas de cuidado generando así una relación más estrecha con el bebé. Los casos más extremos de apego ansioso, tanto en madres como padres, se asocian con celos de la relación que tiene su pareja con el bebé. Este comportamiento se caracteriza por la desconfianza en la relación y la preocupación de un posible rechazo o abandono.

Un caso severo de apego ansioso por parte de cualquiera de los miembros de la pareja puede ser perjudicial para su transición y adaptación a la maternidad/paternidad. En el período de postparto reciente, los celos pueden provocar inconvenientes para ajustar la relación romántica y dado que la calidad de esta sienta las bases para establecer las relaciones padre/madre-bebé y de crianza compartida, estos sentimientos pueden tener implicancias negativas mayores en el sistema familiar que está en pleno desarrollo [14]. Asimismo, la forma prenatal de los senos, atractiva y firme, que tal vez aumente el deseo erótico y la excitación, cambia luego del parto, influyendo tal vez en el deseo [1]. Los aspectos carnales de la lactancia materna deserotizan a algunos hombres, mientras que otros se sienten fascinados o incluso excitados por su voluptuosidad.

Esos cambios en las sensaciones y experiencias sexuales rara vez se vuelven problemáticos, siempre que ambos miembros de la pareja tengan una reacción emocional más o menos similar ante estas nuevas vivencias y sentimientos.

La descarga de leche producida por la excitación sexual o el orgasmo de la mujer puede generar en algunos hombres deseo de beber de los senos. No hay contraindicaciones para esto, siempre y cuando ambos estén completamente de acuerdo (y se mantenga la nutrición adecuada del bebé).

9.4.5. Cambio en la función sexual de la mujer lactante (y de la relación de pareja)

Ya mencionamos la fuerte influencia de los cambios hormonales en las mujeres lactantes. Los niveles altos de prolactina y bajos de estrógenos y andrógenos tienden a generar disminución del deseo sexual y la excitabilidad, además de atrofia de la pared vaginal, falta de energía y disminución de la autoestima. Si a esto le sumamos la falta de sueño causada por las sesiones de alimentación nocturnas y el hecho de estar emocionalmente enfocada en el bebé, es muy probable que la joven madre no esté de humor para el contacto sexual pleno.

Su compañero, en cambio, puede tener una experiencia diferente. La mayoría de los hombres sienten mayor deseo sexual que sus parejas, lo que se condice con sus niveles más altos de testosterona. Además, después del primer nacimiento, muchos se sienten confundidos sobre su nuevo rol, lo que puede causarles estrés, y la sexualidad es una forma de lidiar con este.

Cuando la pareja ha adoptado la rutina de finalizar el sexo con penetración, existe un riesgo razonable de dispareunia. Si el dolor se produce una sola vez, no tiene por qué ser tan grave pero una dispareunia repetitiva puede crear un círculo vicioso en la pareja en el que el dolor, la disminución del deseo sexual, la tensión entre ambos y su distanciamiento pueden tener efectos adversos a largo plazo. Consideremos el siguiente escenario:

El hombre quiere sexo. No entiende que su esposa aún no está lista, ni sabe captar sus señales no verbales. La mujer está cansada y aunque se siente culpable de decepcionarlo, su falta de excitación impedirá la lubricación. Debido a que su comunicación no es la adecuada para esta situación, procederán demasiado rápido a la penetración y con una vagina atrófica y no lubricada, causará dolor. En consecuencia, la mujer no sentirá placer sexual y puede que el hombre sienta culpa. Además, el bajo nivel de testosterona en ella afectará su autoestima. Debido a su “rol social aprendido”, no será capaz de ponerse firme y rechazar la penetración. A largo plazo, el dolor y su recuerdo pueden convertirse en parte de un círculo vicioso de dispareunia (dolor → bajo deseo → dolor). Esto no es bueno para la madre, ni la pareja, su relación y menos para la crianza conjunta de los hijos [15]. Abundantes datos de investigación sobre la sexualidad postparto revelan esta realidad sexual de las mujeres lactantes [16, 17]. La inactividad y las disfunciones sexuales afectan la calidad de la relación de pareja, escenario que se observa con frecuencia en la práctica sexológica como el paso previo a tener problemas sexuales en la pareja.

La mayor parte de la bibliografía indica que la reanudación de la actividad sexual es más temprana en las mujeres multíparas y más tardía en las de mayor edad. El funcionamiento sexual también pareciera estar influenciado por el tipo de lactancia: las mujeres que amamantan sólo parcialmente presentan una mejor lubricación vaginal [18].

9.5. Lactancia materna extendida

Un grupo pequeño de mujeres continúa lactando por periodos prolongados que pueden extenderse por varios años. Algunas incluso alimentan al mismo tiempo a su bebé recién nacido y a su hijo/a pequeño/a. Una investigación realizada en Finlandia arrojó que tanto las personas cercanas a estas mujeres como ellas mismas tienen reacciones dispares a esta situación: trajo mucho placer emocional a estas madres, aunque algunas negaron vehementemente haber sentido placer sexual [19].

9.6. Destete

El destete es el proceso por el que se reemplaza la leche materna con otros alimentos: el bebé se acostumbra gradualmente a comer alimentos que consume el resto de la familia y se vuelve menos dependiente de la leche materna. El proceso varía de una cultura a otra y, con frecuencia, se adapta a las necesidades individuales del niño. Se dice que el destete llega a tiempo cuando ocurre cumplidos los 24 meses [20].

Después del destete completo, se requieren varios ciclos menstruales para que los senos vuelvan a su tamaño previo. Una investigación australiana analizó los cambios por el destete (completo) del primer hijo [21]: pasadas 2-3 semanas, se redujo la fatiga y mejoró el estado de ánimo, y después de 3-4 semanas, aumentó la frecuencia de la actividad sexual y el coito. Esto indica que la lactancia mantiene bajos los niveles de testosterona, lo que se traduce en poco deseo sexual y mucha fatiga.

En la fase entre la lactancia plena y el destete (completo) se reinicia la ovulación. En la mujer no lactante, la primera ovulación suele ocurrir 25 días después del parto, aunque la mayoría no ovula hasta pasadas seis semanas. En las mujeres lactantes, se observa un retorno más tardío coincidente con sesiones de lactancia más frecuentes o de mayor duración y poca alimentación suplementaria [22]. La alimentación exclusiva por leche materna reduce el riesgo de ovulación en un 98-99 % hasta 6 meses después del parto, siempre que no haya habido menstruación, y en un 94-97 % después de una menstruación anovular. Estos hallazgos sugieren que el uso de anticonceptivos está indicado en mujeres que reanudan la menstruación antes de los seis meses de posparto o continúan amamantando luego de ese período.

Debido a que no se recomienda una nueva concepción hasta pasados 18 meses del nacimiento es evidente que una buena atención postparto debe incluir un abordaje proactivo de la anticoncepción. El **Capítulo 20** aborda este tema.

9.6.1. Implicaciones clínicas para las matronas (y otros profesionales de la salud)

¿Amamantar o no? Las matronas y otros profesionales deben encontrar un equilibrio adecuado al dar información. Para brindar una buena atención, la información provista debe ser adecuada y realista, tanto sobre los beneficios para la madre, el bebé y el vínculo madre-hijo/a como sobre posibles consecuencias para la sexualidad. A pesar de nuestras buenas intenciones, la mujer y la pareja tienen que decidir amamantar por sí mismos y sin que les generemos sentimientos de culpa.

Recomendaciones preventivas y de prelactancia. Recomendamos incluir la combinación de lactancia materna y sexualidad en el temario regular de asesoramiento a las parejas y de clases prenatales [16]. En esas instancias no hay que andarse con rodeos, sino hablar de forma clara y explícita.

A continuación, un ejemplo de cómo dar información adecuada de antemano sobre posibles consecuencias sexuales:

“Debe saber que la lactancia puede afectar sus vínculos sexuales de diferentes maneras. El deseo sexual puede disminuir, pero también es posible sentir excitación al amamantar. Puede que le baje leche cuando esté excitada, y puede que esto le resulte placentero o incómodo, hasta repugnante (y lo mismo puede sentir su pareja). Puede pasar que Ud. genere una conexión tan íntima con el bebé que se olvide de su pareja (lo que puede generar celos). Su pareja puede perder todo deseo sexual o, por el contrario, tener un profundo deseo de intimidad sexual y orgasmos. ¡Todas estas reacciones son perfectamente normales! Debido a los cambios hormonales, pueden pasar varias semanas hasta que su vagina esté de nuevo lista para la penetración. Si todavía no está en condiciones de hacerlo y lo intentan, esto podría causar dolor.

No es extraño que ese dolor se vuelva persistente y cause una ausencia del deseo prolongada. Ante la necesidad de alivio orgásmico, recomendamos otro tipo de estimulación o diferentes formas de alcanzarlo. Hay soluciones mejores que la penetración, en especial en esta etapa." **Recomendaciones sobre lactancia.** Como recomiendan la OMS y el UNICEF, todos los profesionales competentes deben invertir tiempo en asesorar a sus pacientes sobre el inicio temprano y la continuidad de la lactancia materna, favoreciendo de esta manera la salud materno-infantil. Este asesoramiento se debe realizar durante los controles postparto, las visitas domiciliarias, de forma virtual, por teléfono, mediante apps de lactancia, etc. [23].

Problemas de lactancia. Los problemas sexuales relacionados con las alteraciones en la lactancia materna se analizan en el **Capítulo 15**

Lidiar con una sexualidad problemática. En esta fase, muchas parejas experimentan trastornos sexuales y, como la mayoría de las personas siente vergüenza al dirigirse a los profesionales, son ellos los que deben asumir un papel proactivo y preguntar sobre trastornos sexuales. En este sentido, las matronas cuentan con varias ventajas. Entienden la influencia de las hormonas y las consecuencias físicas del parto y de una posible episiotomía; sobre todo, se benefician de la confianza generada con la paciente a lo largo del embarazo y en el parto.

Partimos de la base del desconcierto que causan los cambios de roles y las nuevas responsabilidades, además de la fatiga, la somnolencia y el dolor perineal. Todo esto puede causar más confusión y conflictos entre la mujer y su pareja al intentar retomar el patrón de sexualidad previo al embarazo o al parto. Aquí, una matrona empática podrá guiar a la pareja en la renegociación y redescubrimiento de su sexualidad e intimidad y ayudarlos a sentar las bases para una vida feliz. Entre las herramientas necesarias para esto se encuentran: brindar explicaciones claras sobre las causas subyacentes, respetar las diferencias entre los miembros de la pareja y ofrecer soluciones de forma indirecta, por ejemplo:

"...esto les pasa a muchas parejas. A la mujer le encantan los abrazos y las caricias, pero siente demasiado cansancio y dolor vaginal como para considerar la penetración. Intentarlo no sólo le traerá dolor, también hará que pierda las ganas dar y recibir abrazos y caricias. En esta situación, algunas parejas han aprendido a abrazarse y jugar sin recurrir a la penetración. Cuando el hombre quiere o siente la necesidad de tener un orgasmo, se lo provoca él mismo con su esposa en sus brazos. ¡Tal vez esta opción sea algo que podrían considerar!".

Referencias

- [1] Avery M. D., Duckett L., Frantzich C. R. (2000): The experience of sexuality during breast-feeding among primiparous women. *J Midwifery Womens Health*; 45: 227-37.
- [2] Robinson J. E., Short R. V. (1977): Changes in breast sensitivity at puberty, during the menstrual cycle, and at parturition. *Br Med J*; 1(6070): 1188-91.
- [3] Levin R., Meston C. (2006): Nipple/Breast stimulation and sexual arousal in young men and women. *J Sex Med*; 3: 450-4.

- [4] Gianotten W. L. (1988): Zwangerschap en orgasme. *Tijdschr Verloskundigen*; 13: 326-9.
- [5] Robinson V.C. (2015): Support for the hypothesis that sexual breast stimulation is an ancestral practice and a key to understanding women's health. *Med Hypotheses*; 85: 976-85.
- [6] Else-Quest N. M., Hyde J. S., Clarck R. (2003): Breastfeeding, bonding, and the mother-infant relationship. *Merrill-Palmer Q.*; 49: 495-517.
- [7] UNICEF WHO on breast-feeding. https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1
- [8] Prescott J. W. (1976): Phylogenetic and ontogenetic aspects of human affectional development. En: Gemme R., Wheeler C. C., (eds.), *Proceedings of the 1976 international congress of sexology*. Nueva York: Plenum Press.
- [9] Yurtsal Z. B. (2017): The importance of breast-feeding in public places in Turkey. En: Ozdemir B., Shapekova N. L., Bilal A. K., et al. (eds.), *Developments in health sciences*. Sofía: St. Kliment Ohrodski University Press; pp. 347-52.
- [10] von Sydow K. (1999): Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. *J Psychosom Res.*; 47: 27-49.
- [11] Saha P. (2002): Breastfeeding and sexuality: professional advice literature from the 1970s to the present. *Health Educ Behav.*; 29: 61-72.
- [12] Escasa-Dorne M. J. (2015): Sexual functioning and commitment to their current relationship among breast-feeding and regularly cycling women in Manila, Philippines. *Hum Nat.*; 26: 89-101.
- [13] Convery K. M., Spatz D. L. (2009): Sexuality & breast-feeding: what do you know? *MCN Am J Matern Child Nurs.*; 34: 218-23.
- [14] Olsavsky A. L., Mahambrey M. S., Berrigan M.N. (2020): Adult attachment and jealousy of the partner– infant relationship at the transition to parenthood. *J Soc Pers Relat.*; 37: 1745-65.
- [15] Yurtsal Z. B. (2020): The impact of lactation on the sexual life of Turkish couples. *Int J Caring Sci.*; 13: 626-35.
- [16] Wallwiener S., Müller M., Doster A., et al. (2017): Actividad sexual y disfunción sexual de la mujer en el periodo perinatal: un estudio longitudinal. *Arch Gynecol Obstet.*; 295: 873-83.
- [17] Eaton M.A. (2018): Maternal sexuality during lactation: the influence of breast-feeding recency and relationship quality. Disertación. https://digitalrepository.unm.edu/psy_etds/272
- [18] Holanda J. B. L., Richter S., Campos R. B., et al. (2021): Relationship of the type of breast-feeding in the sexual function of women. *Rev Lat Am Enfermagem*; 29: e3438.
- [19] Säilävaara J. (2020): Long-term breastfeeding: the embodied experiences of Finnish mothers. *Nord J Fem Gend Res.*; 28: 43-55. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/08038740.2019.1694581>
- [20] La Leche League International. Anónimo (2011). <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/d9bb2bf2-cc14-454d-ae73-fc8f76afe225/content>
- [21] Forster C., Abraham S., Taylor A., et al. (1994): Psychological and sexual changes after the cessation of breast-feeding. *Obstet Gynecol.*; 84: 872-6.
- [22] Gray R. H., Campbell O. M., Apelo R., et al. (1990): Risk of ovulation during lactation. *Lancet*; 335(8680): 25-9.
- [23] Eroğlu V., Yurtsal Z. B. (2018): Emzirme ve Cinsel Yaşam. En: Yurtsal Z. B. (ed.), *Anne Sütü ve Emzirmede Kanıt Temelli Uygulamalar*. Nueva Delhi: Anadolu Nobel Medicine Bookstores; pp. 139-43.

Liesbeth Westerik-Verschuuren, Marjolijn Lutke Holzik-Mensink,
Marleen Wieffer-Platvoet y Minke van der Velde¹

10.1. Introducción

Debido a las funciones esenciales del suelo pélvico (SP) en la coreografía de la sexualidad y el parto, este libro le dedica dos capítulos completos. Este comienza explicando el rol del SP en la sexualidad y luego se lo aborda en relación al embarazo, el parto y el postparto. Estos dos últimos son momentos cruciales en los que pueden producirse daños en el SP, por ello también se incluyen aspectos de la prevención de alteraciones, con especial atención en la “prehabilitación” (preparación para un funcionamiento óptimo durante el parto y el postparto). Dado que la mayoría de las personas no sabe cómo funciona el SP, puede que pierdan el tono muscular óptimo con facilidad y sin darse cuenta (demasiado alto o demasiado bajo), aunque la transición entre el tono óptimo y las alteraciones significativas es gradual.

En algunos países, la fisioterapia del SP se ha convertido en una profesión altamente especializada orientada al tratamiento de las alteraciones en esta área del cuerpo. Si bien algunas de estas preexisten al embarazo, otras se originan durante este momento o en el parto. El **Capítulo 16** aborda las alteraciones graves y sus implicaciones en la sexualidad y la calidad de vida.

Los hombres también pueden sufrir alteraciones del SP. Este capítulo sólo aborda aquellas que pueden dificultar la concepción.

10.2. ¿Qué es el suelo pélvico?

¹ **L. Westerik-Verschuuren** 

Bekkenfysiotherapie Twente, Centro Especializado de Fisioterapia del Suelo Pélvico, Enschede, Países Bajos.
Universidad SOMT de Fisioterapia, Magíster en Fisioterapia Pélvica, Amersfoort, Países Bajos.

E-mail: l.westerik-verschuuren@somt.nl

M. Lutke Holzik-Mensink y **M. Wieffer-Platvoet**

Bekkenfysiotherapie Twente, Centro Especializado de Fisioterapia del Suelo Pélvico, Enschede, Países Bajos.

M. van der Velde

Seksuologiepraktijk Twente, Centro de Sexología, Enschede, Países Bajos.

El suelo pélvico, literalmente el suelo de la pelvis, es una capa muscular y de tejido conectivo que comprende la base de la pelvis (ver [Figura 10.1.](#)). Son músculos estriados y voluntarios que no se ven a simple vista pero se pueden contraer (apretar) y relajar de manera consciente. Son varios y se extienden desde el coxis hasta el hueso púbico y desde una tuberosidad isquiática (hueso isquion) hasta la otra. En las mujeres, los músculos del SP rodean el hiato genital, el espacio por el que pasan la uretra, la vagina y el ano. En su conjunto, soportan los órganos pélvicos (intestino, útero y vejiga) y posibilitan el control consciente de la vejiga y el intestino. También contribuyen a la estabilidad de la zona media y al control motriz. Junto con el músculo multifido, los músculos abdominales y el diafragma torácico, los músculos del SP conservan la estructura de la columna vertebral y la pelvis estables y mantienen la postura del tronco. Además, tienen un rol en la función sexual.

El SP se parece a una hamaca o un trampolín y puede moverse hacia arriba (contracción) y hacia abajo (relajación). También puede moverse ventralmente (de atrás hacia adelante) y hacia adentro. Durante la contracción, los músculos del SP realizan un movimiento ventral de levantamiento y cierre. Por lo tanto, la contracción de los músculos del suelo pélvico hace que los órganos pélvicos se eleven, cerrando la uretra, la vagina y el intestino, y empujándolos hacia adelante (ventral). Así es como las personas pueden contener los órganos pélvicos para controlar o retrasar la micción y la defecación hasta que sea conveniente.

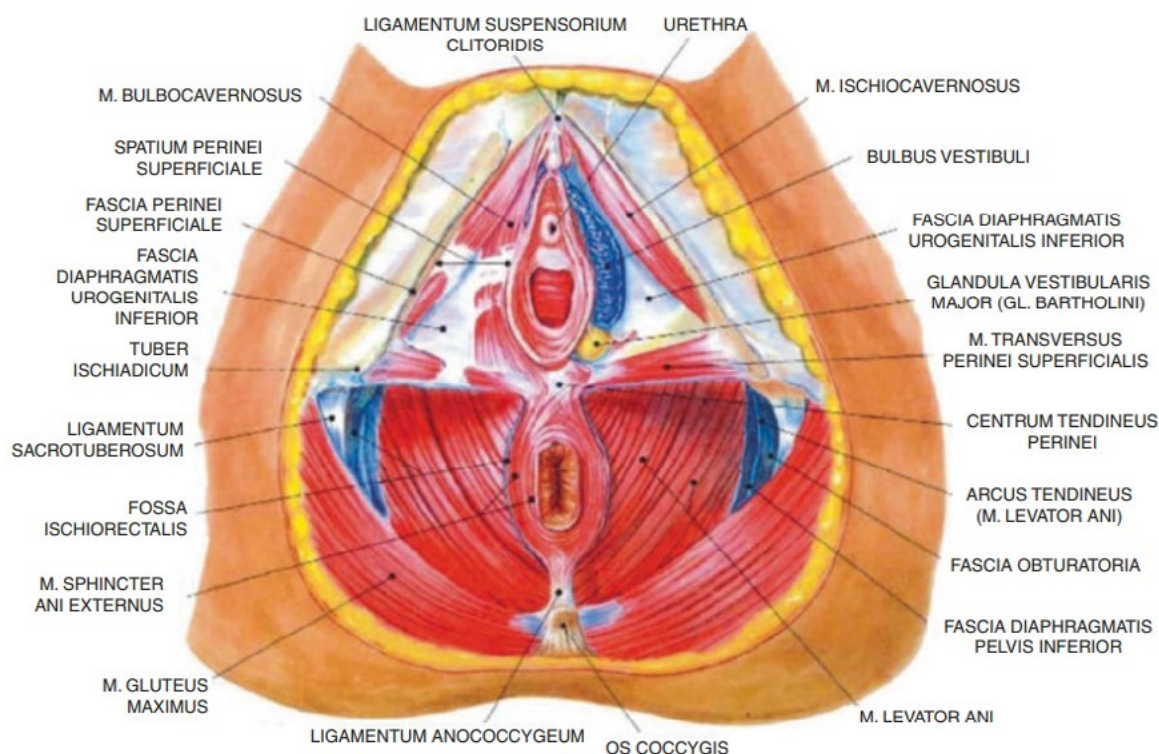


Figura 10.1. El suelo pélvico femenino

Los músculos del SP tienen un rol fundamental en la sexualidad. En los hombres, son importantes para alcanzar y mantener una erección y la eyaculación. En las mujeres, las contracciones voluntarias (apretar) del SP contribuyen a la sensación sexual y la excitación. Pero, además, el SP tiene un rol diferente en cada fase de la respuesta sexual. En la vida cotidiana, estos músculos están relajados. Cuando la mujer se excita sexualmente, la circulación sanguínea aumenta y los cuerpos eréctiles del clítoris se hinchan, causando un ensanchamiento de la pared vaginal y creando una especie de almohadón alrededor de la entrada vaginal para permitir una penetración agradable. Al mismo tiempo, aparece la lubricación. A medida que la estimulación sexual avanza, la tensión muscular del SP aumenta. En particular, los músculos bulboesponjoso y bulbocavernoso se contraen y evitan que las venas se vacíen. En esta fase de meseta, alternar la contracción y relajación del suelo pélvico conduce a una sensación más intensa, con más fricción entre la pared vaginal y el pene, lo que aumenta la excitación sexual. Durante el orgasmo, los músculos del SP se contraen involuntaria y rítmicamente, como resultado, la hipercongestión de las venas cesa. La experiencia del orgasmo depende de la fuerza de las contracciones musculares, por lo que un suelo pélvico bien entrenado contribuye a una experiencia sexual más intensa. Además de la contracción de estos músculos, los músculos lisos del útero también pueden contraerse de forma rítmica, intensificando aún más el orgasmo. En la fase de resolución, los músculos se relajan y todos los tejidos vuelven a su estado normal. Cerca de la mitad de las mujeres puede llegar a tener varios orgasmos seguidos.

Si los músculos del SP están demasiado tensos (hipertonicidad) o demasiado relajados (hipotonicidad), la sexualidad de las mujeres suele verse alterada.

Un suelo pélvico hipertónico puede provocar dolor durante el coito. La respuesta sexual no inicia de forma adecuada. Los músculos hipertónicos inhiben la circulación sanguínea adicional necesaria para la pared vaginal y los tejidos eréctiles del clítoris. La superficie vaginal permanece delgada y la lubricación es insuficiente, causando dispareunia. Los músculos hipertónicos del SP cierran e inclinan la vagina causando la sensación de estrechez y poca profundidad, lo que también causa dolor con la penetración. Ver [Figura 10.2.](#)

Las relaciones sexuales dolorosas pueden tener un efecto abrumador en las mujeres, afectando la autoestima y la confianza. Esta afección puede requerir asesoramiento y tal vez un acompañamiento personalizado. Si la mujer no entiende por qué siente dolor durante el coito, probablemente tensará cada vez más el suelo pélvico, como reacción al dolor, y puede que esto genere un círculo vicioso de dolor (esperado) → tensión muscular → dolor. La educación es vital, al igual que la re-educación y la relajación del suelo pélvico. Los profesionales de la salud especializados en la mujer, como fisioterapeutas del suelo pélvico, enfermeras o matronas, pueden impartir esta educación.

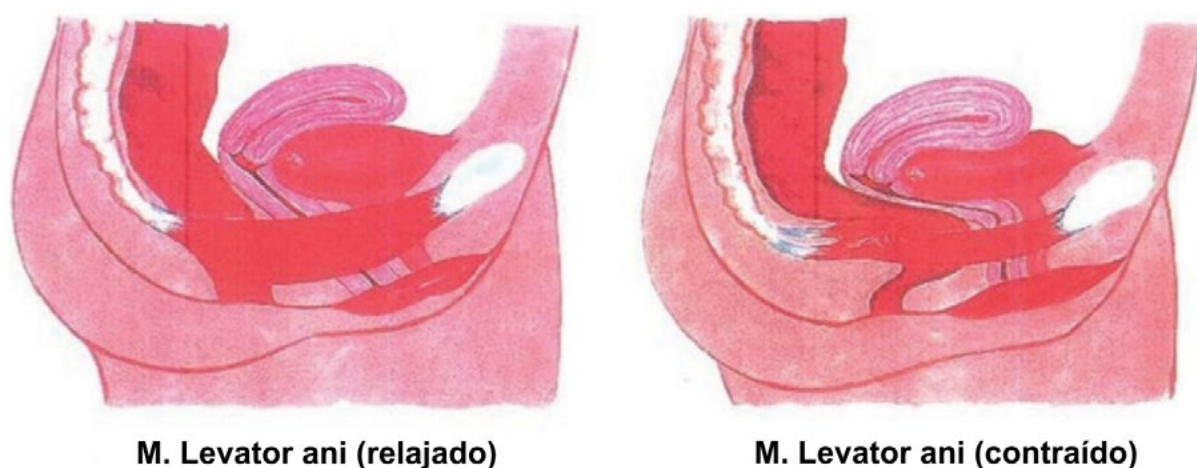


Figura 10.2. Diferencia entre el músculo elevador del ano en estado de relajación y contracción. A la izquierda, el SP está relajado: la vagina está recta y accesible. A la derecha, los músculos del SP están apretados: la vagina se curva y se vuelve menos accesible.

Un suelo pélvico hipotónico genera otros problemas o inconvenientes sexuales. Durante la fase de excitación, la circulación sanguínea puede aumentar y los cuerpos eréctiles pueden llenarse, pero las venas se desinflan y la pared vaginal permanece sin lubricación porque los músculos bulboesponjoso e isquiocavernoso no se contraen lo suficiente. Además, las contracciones débiles del músculo elevador del ano no llegan a cerrar el hiato genital por lo que no habrá suficiente fricción entre la vagina y el pene. En consecuencia, hay menos sensibilidad, lo que puede disminuir la excitación.

Por otro lado, un suelo pélvico débil puede causar ruidos o flatulencias vaginales. Debido a que la vagina no se cierra lo suficiente, el aire es aspirado o expulsado, causando ruidos. La mayoría de las mujeres se sienten avergonzadas y humilladas por esta situación.

Apretar los músculos del SP puede aumentar la fricción y, por lo tanto, mejorar la sensación y reducir el ruido vaginal. Esta condición, también llamada "laxitud vaginal", no produce dolor físico pero puede que las pacientes requieran asesoramiento. Con un suelo pélvico poco activo, las mujeres no experimentan dolor, pero tampoco tienen una vida sexual satisfactoria. El entrenamiento adecuado fortalece los músculos del SP, mejora su capacidad de cerrar el hiato, aumenta la fricción durante el coito y disminuye el riesgo de ruidos vaginales.

Desafortunadamente, todavía es tabú hablar sobre el suelo pélvico o sus funciones, en particular cuando involucra disfunciones sexuales. Además, los músculos del suelo pélvico tienen pocos sensores y sólo una pequeña área en la corteza motora y sensorial. Todo esto conduce a un bajo nivel de conciencia acerca del suelo pélvico.

Conocer su función y controlar de manera adecuada los músculos del suelo pélvico significa a un buen control de la vejiga y de los intestinos y relaciones sexuales satisfactorias. Algunos autores lo llaman el "músculo del amor". La re-educación del SP es una parte esencial del trabajo de los profesionales especialistas en salud femenina, como los fisioterapeutas del SP y las matronas.

10.3. Prevención de los trastornos del suelo pélvico

Es fundamental conocer los factores de riesgo para comprender la prevención de los trastornos del suelo pélvico. Muchos estudios los han analizado: además del parto en sí, otros factores comunes son el uso de fórceps o ventosa; trastornos del suelo pélvico preexistentes al embarazo; edad materna avanzada (>36 años); índice de masa corporal (IMC) materno alto (>30); peso del bebé (>4000 g), mayor circunferencia de la cabeza fetal (>35,5 cm); duración prolongada de la segunda etapa del parto (>1 h); episiotomía (mediana); laceraciones; posición occipital posterior o presentación frontal y distocia de hombros. Algunos de estos riesgos son inducidos, por ejemplo, con el uso de fórceps o ventosa o por la duración de la segunda etapa de parto, otros no.

Varios autores han desarrollado diagramas de flujo para prevenir los trastornos primarios y secundarios del suelo pélvico o modelos de predicción que se centran en los trastornos potenciales y esperables.

Para las mujeres primíparas, Jelovsek (2018) desarrolló modelos de predicción para medir, antes del nacimiento, la probabilidad de desarrollar esos trastornos y establecer un plan de parto que se adapte a cada mujer, facilitando la toma de decisiones en la prevención de la incontinencia [1].

'UR-CHOICE' es otro modelo de predicción para los trastornos del suelo pélvico, que ha sido muy bien adaptado gracias al estudio de resultados a largo plazo [2]. Consultar http://riskcalc.org/UR_CHOICE/.

Para prevenir los trastornos primarios, se debe observar en profundidad el funcionamiento del suelo pélvico, evitar el uso de fórceps y la episiotomía de rutina, y limitar la duración de la segunda etapa del parto. En estas condiciones, se puede indicar el parto vaginal.

Sin embargo, con factores como circunferencia de la cabeza fetal >35,5 cm; edad materna >35; IMC materno >30/35 y antecedentes familiares de trastornos del suelo pélvico, se debe considerar la cesárea.

Todos los autores expresan la importancia de un buen conocimiento y control de los músculos del SP. Durante la expulsión, estos deben estar relajados y tener una capacidad óptima de estiramiento, lo cual se consigue con una buena educación, realista y honesta, entrenamiento muscular del suelo pélvico (incluidos los ejercicios de relajación) y masaje perineal. En algunos centros se utiliza el Epi-No® (ver más abajo). Las mujeres se benefician si reciben asesoramiento sobre el uso adecuado de los músculos del SP.

10.4. Cómo evaluar los músculos del suelo pélvico

Cuando el suelo pélvico funciona de forma correcta, la mujer puede apretar y relajar los músculos de forma deliberada pero este ejercicio no es fácil de realizar. Una investigación belga arrojó que el 53 % de las mujeres en postparto no pudieron realizar una contracción muscular correcta [3]. Por lo tanto, se recomienda la evaluación y el entrenamiento de estos músculos. A continuación, abordamos cómo los profesionales de la

salud, fisioterapeutas del suelo pélvico, matronas o enfermeras pueden integrar este ejercicio a la atención de la mujer.

La evaluación del funcionamiento muscular del SP comienza con un examen seguido de palpación. Los fisioterapeutas especializados suelen contar con otras herramientas de diagnóstico como la biorretroalimentación y el ultrasonido, que proporcionan información más específica y detallada. Sin embargo, el examen y la palpación suelen ser suficientes para determinar la función de los músculos del SP.

10.4.1. Examen

Durante la contracción, la vagina se cierra y se mueve hacia adentro junto con el perineo. Luego, durante la relajación, vuelven a su posición original. En la maniobra de Valsalva, los músculos del SP deberían relajarse de forma inconsciente y el perineo debe descender un poco. Por desgracia, muchas mujeres no son capaces de realizar una maniobra de Valsalva correctamente. En lugar de relajar estos músculos, los aprietan y pujan al mismo tiempo ("puje paradójico"). Un puje adecuado hace que las heces o el bebé sean empujados hacia el exterior. Por lo tanto, pujar de forma incorrecta es una desventaja seria. La mujer debe ser capaz de apretar, relajar y pujar de manera adecuada. En estos casos, se recomienda que aprenda estas habilidades.

10.4.2. Palpación

La preparación para la palpación debe ser cuidadosa, con consentimiento previo de la paciente y utilizando un buen lubricante. Introduzca suavemente un dedo en la vagina de la primípara o dos en el caso de la múltipara. Esta maniobra nunca debe provocar dolor en la vulva si se utiliza suficiente lubricante.

Primero se debe determinar el tono muscular en reposo. Si es bueno, el dedo se puede introducir fácilmente y sin resistencia, y los músculos del SP lo envolverán suavemente. Se le debe pedir a la paciente que contraiga: el dedo quedará firmemente envuelto, tirado hacia adentro y hacia adelante.

Al solicitarle a la paciente que se relaje, los músculos y el dedo volverán a la posición original. Luego, pedirle que realice la Maniobra de Valsalva: los músculos se relajan inconscientemente y se mueven hacia abajo, por lo que la presión en el dedo examinador disminuye, y es empujado en parte hacia afuera de la vagina.

La siguiente parte del examen tiene que ver con la coordinación: la mujer debe ser capaz de apretar y relajar los músculos del SP con la fuerza, sincronía y duración suficientes.

Una mujer debe ser capaz de realizar entre 10 y 15 contracciones rápidas y seguidas sin perder fuerza y relajando por completo los músculos después de cada contracción. Además, debe poder apretar los músculos del SP sosteniendo durante 30 segundos al 50-70 % de su fuerza máxima. Después de esta contracción de resistencia, debe ser capaz de relajarlos de inmediato y por completo. Esto se prueba en varias series con diferentes formas de apretar y relajar. El profesional debe saber que tanto la contracción como la relajación son importantes. Por lo tanto, en el entrenamiento muscular

del suelo pélvico debe poner énfasis en ambas acciones. Sólo un suelo pélvico relajado por completo se estira tanto como sea necesario (200-300 %) durante el parto vaginal.

Un suelo pélvico poco activo presenta un tono bajo al estar en reposo, contracciones débiles y poca resistencia. El dedo examinador apenas se siente envuelto. La paciente tiene poca fuerza y poca o ninguna resistencia. No puede cerrar con firmeza el hiato genital. No se produce la elevación del cuello de la vejiga o será débil. Aquí, el entrenamiento muscular del suelo pélvico debe centrarse en ganar fuerza y resistencia sin olvidar la coordinación.

Un suelo pélvico hiperactivo tiene un tono alto en reposo y su relajación es incompleta y tardía. Envuelve con firmeza el dedo examinador pero, aunque la contracción puede variar de débil a fuerte, podría no haber relajación o presentarse de forma tardía o incompleta. Debe tenerse en cuenta que hiperactivo no es sinónimo de fuerte y que suele presentarse la combinación del SP hiperactivo con puje paradójico. Aquí, el ejercicio debe centrarse tanto en la relajación como en la coordinación.

10.4.3. Los músculos del suelo pélvico durante el embarazo

Debido a la liberación de relaxina, el tejido conectivo de todo el cuerpo se ablanda durante el embarazo y, como los músculos del SP contienen tejido conectivo, este se debilita. Además, como el tamaño del útero crece, la presión intraabdominal aumenta. El embarazo en sí mismo puede provocar alteraciones en la micción y la defecación, que van desde inconvenientes leves hasta trastornos severos. A causa del desequilibrio entre el aumento de la presión intraabdominal y la disminución de la presión de cierre uretral (disminución de la función muscular del SP), puede producirse incontinencia urinaria por esfuerzo. Dependiendo del grado de desequilibrio, la incontinencia varía, desde unas pocas gotas al toser hasta una incontinencia severa durante cualquier actividad que eleve la presión intraabdominal.

El crecimiento del útero hace que cada vez haya menos espacio para la vejiga, disminuyendo su capacidad y causando una necesidad de orinar más frecuente.

La defecación también puede cambiar durante el embarazo. El desequilibrio entre la presión intraabdominal y la presión de cierre anal puede causar incontinencia de gases. Rara vez se produce incontinencia fecal durante el embarazo pero, como se explicó, la incontinencia dependerá del grado de desequilibrio. El estreñimiento es otro inconveniente causado por el ablandamiento del tejido conectivo de los músculos lisos del colon y el recto.

Además del debilitamiento de los músculos del suelo pélvico, pueden producirse disfunciones que compensan estas afecciones y estas estrategias de compensación a menudo pueden exacerbar las afecciones originales. Un acompañamiento y entrenamiento adecuados y personalizados son importantes para hacer frente a estos inconvenientes o malestares.

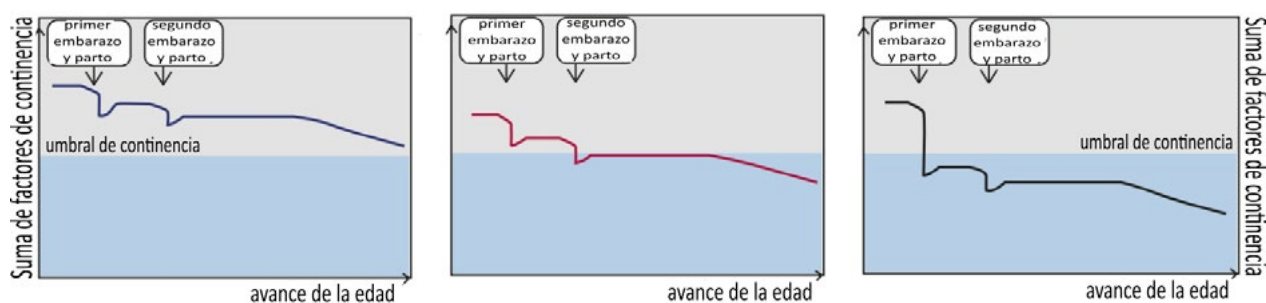
10.4.4. Los músculos del suelo pélvico durante el parto

Durante el parto, los músculos del SP se estiran en un 200-300 %. Ningún otro músculo del cuerpo humano puede estirarse tanto. También se estiran otros tejidos, como el

conectivo, que sostiene los órganos pélvicos y los nervios. Cuanto más relajado está un músculo, mayor será su capacidad de elongación. Por lo tanto, la mujer debe ser capaz de relajar los músculos del SP y pujar de forma correcta. El puje sin relajación o el puje paradójico podrían dañar aún más el SP y el perineo.

Varios autores describieron los cambios en la anatomía y la función del SP durante la vida de la mujer. Según DeLancey [4], la vida útil fisiológica del suelo pélvico va cambiando: su funcionamiento es óptimo entre los 15 y 25 años, dependiendo de la edad de la mujer al momento del primer embarazo y parto [5]. Después de los 20-25 disminuye poco a poco. Las mujeres (y los hombres) necesitan un funcionamiento mínimo para mantener la continencia y otras funciones del suelo pélvico. Es por eso que los ancianos suelen presentar disfunciones del suelo pélvico, como la incontinencia (Figura 10.3.).

El parto vaginal afecta la anatomía y la función del SP de distinta forma en las mujeres, y son muchas las variables que influyen en estos cambios. Además, la recuperación de las lesiones del suelo pélvico también varía de una mujer a otra. Por otra parte, no es sólo la extensión del daño o la disfunción lo que afecta a las pacientes: el contexto, la cultura y las expectativas también influyen en cómo la mujer experimenta un trastorno del suelo pélvico, es decir, si lo vive como un inconveniente (temporal) o como una verdadera deficiencia.



A pesar de los repetidos daños al mecanismo de continencia, la mujer es capaz de compensar el daño y recuperar la continencia.

La mujer tiene menos reserva y se vuelve incontinente durante su vida, aunque el número y la magnitud de los daños no son mayores que en las mujeres que siguen teniendo capacidad de continencia.

El daño obstétrico devastador puede causar la pérdida precoz de la continencia. Incluso habiendo nacido con buenos factores de continencia.

Perucchini y DeLancey precisaron las consecuencias del embarazo, el parto y el envejecimiento en el mecanismo de continencia femenino. Esta es una versión adaptada de su ilustración incluida en el Capítulo 1.1 de *Pelvic Floor Reeducation: Principles and practice* (Springer, 2008) [5].

Figura 10.3. Cambios en la función del suelo pélvico de la mujer a lo largo de la vida.

10.4.5. El suelo pélvico en el postparto

Después del parto, todos los tejidos del SP necesitan recuperarse. Los músculos, el tejido conectivo y los nervios se han estirado demasiado y puede que presenten lesiones. Por lo general, la recuperación completa toma unos nueve meses en condiciones fisiológicas y la parte más significativa de este proceso ocurre durante los primeros tres meses. Para que el tejido perivaginal se recupere es muy importante el estrógeno, es decir que la lactancia materna puede retrasar la recuperación.

Los problemas por disminución de la función del SP y otros daños pueden ir desde molestias menores hasta dolencias severas. El **Capítulo 16** aborda estas últimas.

10.5. Prevención y prehabilitación

Es muy beneficioso para las mujeres estar bien informadas sobre el suelo pélvico y los cambios que presenta durante el embarazo y después del parto. Por desgracia, la mayoría de las mujeres nulíparas no están lo suficientemente informadas ni saben cómo contraer, relajar o pujar de manera adecuada (tampoco durante el parto y el postparto). Si las escuelas y las madres no hablan a sus hijas sobre el suelo pélvico, es la matrona quien puede asumir este rol y enseñar a usar los músculos del SP para disfrutar del sexo y optimizar su función en la preparación para el parto. Parece prudente comenzar ese entrenamiento en la primera etapa del embarazo, porque a medida que este avanza, el SP cambia.

Además de explicar la anatomía con imágenes o modelos, para lograr que se comprenda mejor también es relevante tocar y tal vez masajear los músculos del SP, lo que optimizará el control de la vejiga y el intestino y mejorará, además, la vida sexual. Aprender cómo y cuándo contraer, relajar o pujar traerá, por un lado, beneficios a la sexualidad (“músculos del amor”) y, por otro, preparará el SP para un mejor funcionamiento durante el parto. Una forma fácil de tomar conciencia y aprender a relajar puede ser aplicar una compresa tibia sobre el perineo. El calor hará que la mujer entienda mejor la ubicación de los músculos del SP y la ayudará a relajarse.

A continuación, analizamos dos medidas de prehabilitación: el masaje perineal y el entrenamiento muscular del SP.

10.5.1. Masaje perineal

Recomendamos el masaje perineal durante el embarazo [6]. Cuando se realiza correctamente, hace que la mujer sea consciente del tono de su suelo pélvico, le enseña a relajarlo y a permitir el paso a través de la vagina (del pene, el bebé o un consolador). Puede ser agradable y gratificante para ambos miembros de la pareja si lo comparten. En las mujeres primíparas, disminuye el riesgo de traumatismo perineal y episiotomía [6]. En general, el masaje es bien recibido por las mujeres.

Aunque el embarazo ablanda los tejidos conectivos y debilita los músculos del SP, esto no significa que automáticamente los relaje. En primer lugar, se deben relajar los músculos, ya que el estiramiento no es posible si hay tensión. El calor o un masaje suave pueden ayudar a conseguir la relajación.

Recomendamos realizar un masaje de este tipo al menos 1-2 veces por semana a partir de la semana 34 (ver **Figura 10.4.**).



1	Asegurarse de tener las manos limpias y las uñas cortas.
2	Elegir un lugar tranquilo y una postura en la que se puedan doblar y abrir las piernas de forma relajada.
3	Si es necesario, lubricar los pulgares y/o los tejidos perineales (por ejemplo, con gel lubricante KY).
4	Introducir ambos pulgares en la vagina unos 3 o 4 cm, presionar hacia abajo en dirección al ano y hacia ambos lados hasta que se sienta un estiramiento, mantener durante 1-2 minutos.
5	Masajear la mitad inferior de la vagina haciendo un movimiento en forma de U, estirando así la pared vaginal en dirección dorsal y lateral, durante 2-3 minutos.

Figura 10.4. Pasos del masaje perineal.

También es posible relajar y estirar el suelo pélvico con el Epi-No®, un globo inflable acoplado a una bomba manual con un marcador de presión que sirve para estirar gradualmente la vagina y el perineo en el embarazo avanzado [7]. Cuando se aplica de forma correcta, puede enseñar a las mujeres a relajar el SP. El Epi-No® no previene el daño al músculo elevador del ano durante el parto ni el traumatismo del esfínter anal y perineal. La bibliografía muestra evidencia contradictoria sobre su efectividad en la prevención de los trastornos del SP. En nuestra opinión, su uso debe ser enseñado por matronas o profesionales de la salud capacitados.

10.5.2. Entrenamiento muscular del suelo pélvico

El entrenamiento muscular del suelo pélvico puede prevenir su mal funcionamiento y los problemas que esto ocasiona cuando las mujeres hacen deportes y actividad física. Algunos relevamientos sistemáticos han arrojado que este entrenamiento muscular durante el embarazo y después del parto aumenta la continencia urinaria debido a un mejor funcionamiento del SP [8, 9].

Un relevamiento sistemático de este entrenamiento en las etapas prenatal y postnatal mostró efectos positivos en la función sexual y la sexualidad femenina, con mejoras en el deseo, la excitación sexual, el orgasmo y la satisfacción en el postparto [10].

Ejemplo de una sesión de entrenamiento muscular del suelo pélvico

Comenzar realizando una evaluación, que guiará el programa de entrenamiento. Si, por ejemplo, la mujer puede mantener la contracción durante cuatro segundos, ese período de tiempo será la base del cronograma (ver Tabla 10.1.).

Para mejorar la función muscular, la mujer debe hacer su rutina de ejercicio en forma diaria. Después de un tiempo, debe aumentar poco a poco el tiempo de contracción y descanso a 6-8 segundos. Una vez que pueda realizar tres series de diez contracciones de 6-8 segundos, puede reducir las sesiones a 2-3 por semana. Puede hacer este entrenamiento acostada, sentada o de pie. Lo mejor es elegir la posición en que la mujer sea más consciente de su suelo pélvico.

4 segundos de contracción y 4 segundos de reposo: realizar 10 repeticiones

Luego 6 contracciones rápidas

Luego 1½-2 minutos de pausa

Esta serie debe repetirse dos veces

Tabla 10.1. Sesión de entrenamiento muscular del suelo pélvico (basada en una evaluación de 4 segundos)

Referencias

- [1] Jelovsek J. E., Piccorelli A., Barber M. D., et al. (2013): Prediction models for post-partum urinary and fecal incontinence in primiparous women. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*; 19: 110-8.
- [2] Jelovsek J. E., Chagin K., Gyhagen M., et al. (2018): Predicting risk of pelvic floor disorders 12 and 20 years after delivery. *Am J Obstet Gynecol*; 218: 222.
- [3] Neels H., De Wachter S., Wyndaele J. J., et al. (2018): Common errors made in attempt to contract the pelvic floor muscles in women early after delivery: a prospective observational study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*; 220: 113-7.
- [4] Delancey J. O., Kane Low L., Miller J. M., et al. (2008): Graphic integration of causal factors of pelvic floor disorders: an integrated life span model. *Am J Obstet Gynecol*; 199: 610.
- [5] Perucchini D., DeLancey J. O. L. (2008): Functional anatomy of the pelvic floor and lower urinary tract. En: Baessler K., Burgio K. L., Norton P. A., et al. (eds.), *Pelvic floor re-education; principles and practice*. Nueva York: Springer; pp. 3-21.
- [6] Beckmann M. M., Stock O. M. (2013): Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev*; 4: CD005123Br.
- [7] Kamisan Atan I., Shek K. L., Langer S., et al. (2016): Does the Epi-No® birth trainer prevent vaginal birth-related pelvic floor trauma? A multicentre prospective randomised controlled trial. *BJOG*; 123(6): 995-1003.
- [8] Woodley S. J., Lawrenson P., Boyle R., et al. (2020): Pelvic floor muscle training for preventing and treating urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev*; 5 (5): CD007471.
- [9] Mørkved S., Bø K. (2014): Effect of pelvic floor muscle training during pregnancy and after childbirth on prevention and treatment of urinary incontinence: a systematic review. *J Sports Med*; 48: 299-310.
- [10] Sobhgol S. S., Priddis H., Smith C. A., Dahlen H. G. (2019): The effect of pelvic floor muscle exercise on female sexual function during pregnancy and postpartum: a systematic review. *Sex Med Rev*; 7: 13-28.

Módulo 3

LA NATURALEZA SE PIERDE EN EL CAMINO

Woet L. Gianotten, Ana Polona Mivšek y Sam Geuens

Introducción al Módulo 3

El **Módulo 2** “La naturaleza sigue su curso”, abordó uno a uno los aspectos sexuales de cada etapa, desde la concepción hasta la maternidad/paternidad joven, que conciernen el curso fisiológico del embarazo, es decir, sin complicaciones o “sano”.

El **Módulo 3**, “La naturaleza se pierde en el camino”, replica la misma estructura, pero aborda situaciones en las que la naturaleza toma otro rumbo y se aleja del curso fisiológico saludable. Se trata, por supuesto, de una distinción artificial. En ocasiones sí hay diferencias obvias entre un embarazo sano y uno con complicaciones, pero el lector debe tener en cuenta que existe un área gris en la transición de uno a otro.

Este módulo, al igual que el anterior, considera los aspectos sexuales de cada etapa: deseo de concebir, concepción, embarazo, trabajo de parto y parto, postparto y maternidad/paternidad joven, senos y lactancia materna, y suelo pélvico.

Hemos añadido dos capítulos que estudian las consecuencias sexuales de los trastornos de la salud mental y las enfermedades crónicas más comunes. Estas pueden producirse como consecuencia directa del embarazo, ser anteriores o desarrollarse de imprevisto durante el embarazo. El módulo concluye con un capítulo sobre los efectos sexuales de la medicación que suele indicarse en la práctica obstétrica y la partería.

Para el caso puntual de los estudiantes, que utilizan este libro como material de estudio, los editores recomiendan comenzar por el **Capítulo 26** que explica cómo hablar de sexualidad, una habilidad esencial que deben dominar antes de poder asesorar a una paciente que atraviesa un embarazo o postparto complejo.

Capítulo 11: Aspectos sexuales de los trastornos de la fertilidad

En el **Capítulo 5** se analizaron las “dificultades para concebir” en parejas potencialmente fértiles. Este capítulo aborda situaciones reales de subfertilidad o infertilidad. Comunicarle a una persona que es infértil o subfértil puede constituir un golpe a su identidad (sexual) e impactar, por ejemplo, en el deseo sexual.

La mayoría de quienes buscan concebir terminarán recurriendo a métodos de reproducción asistida, y esa etapa de estudios y tratamientos médicos por lo general trae aparejadas consecuencias sexuales significativas a corto y largo plazo.

Este capítulo profundiza en los aspectos inherentes a la reproducción asistida que influyen de manera negativa en la sexualidad, como la pérdida de privacidad e intimidad, estudios vaginales dolorosos y trastornos hormonales. También propone formas de aminorar su impacto en la satisfacción y el placer sexual de la pareja. Lograr mantener estos dos aspectos durante los tratamientos ayuda a controlar el estrés, redundando en mayores posibilidades de concebir. Además, si la mujer no está tan estresada, se sentirá más relajada al momento de someterse a los controles prenatales y durante el parto. El estrés que genera someterse a Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) influye en la vida sexual de la pareja durante las etapas posteriores, es decir en el embarazo y maternidad/paternidad.

La información de este capítulo será útil no sólo para las matronas y demás profesionales de la salud que acompañan los procesos de tratamiento con TRA, sino también para todos los profesionales ya que analiza los potenciales efectos a largo plazo de este tipo de tratamientos en la sexualidad de la pareja.

Capítulo 12: Aspectos sexuales de los embarazos complicados y de riesgo

Durante un embarazo saludable, la mejor respuesta a las inseguridades de la pareja es tranquilizarlos aclarando que pueden continuar teniendo una vida sexual activa. Las cosas cambian cuando la situación se complica. Este capítulo considera los riesgos sexuales en situaciones de parto prematuro, cuello uterino acortado, anomalías placentarias y gestación múltiple, y explica la relación entre distintas actividades sexuales y su potencial influencia en el útero y el embarazo. También enseña cómo comunicarle a la pareja que algunas prácticas sexuales no son recomendables (o no están permitidas) y cómo reemplazarlas por otras (lo que pueden y no pueden hacer). Las matronas y demás profesionales de la salud tienen que ser conscientes de los tabúes culturales existentes que influyen en las mujeres y las parejas. Es un resultado recurrente de la investigación que los pacientes tienen muchas dudas sobre sexualidad pero no se animan a hablar de ello. Entonces, son los profesionales quienes deben anticiparse y proporcionar información “respondiendo a las preguntas no verbalizadas”. El capítulo brinda la información contextual necesaria para realizar esta tarea en casos de embarazos complicados y de riesgo.

Capítulo 13: Aspectos sexuales del trauma inducido por el trabajo de parto y el parto

El primer parto es un acontecimiento muy importante y, si las cosas no salen bien, puede tener consecuencias profundas. Este capítulo considera las diversas implicaciones sexuales de cuando “las cosas no salen bien”. Primero, se describen los inconvenientes físicos de los traumatismos del tracto genital, el daño perineal y el dolor. Además, aborda el trauma psicológico que puede producirse, por ejemplo, a raíz del dolor del parto. También llamamos trauma a la desilusión que se siente cuando un proceso que inició de forma fluida de repente se transforma en un parto instrumental; al shock de enterarse que el bebé no nació sano o ha muerto; o a la desilusión del varón cuando la mujer parturienta se desconecta por completo o a su desconcierto al ver el cuerpo de su esposa sometido a procedimientos quirúrgicos por lo general sangrientos. Todas esas situaciones pueden tener consecuencias sexuales para la mujer, su pareja y la relación amorosa. Y puede que ambos necesiten herramientas de duelo, reajuste y renegociación antes de poder restablecer una relación sexual saludable.

Capítulo 14: Aspectos sexuales de los problemas del postparto y la maternidad/paternidad reciente (primer año)

Este periodo, sobre todo si se trata del primer nacimiento, representa un gran desafío para las parejas jóvenes. Tener un hijo cambia rotundamente la dinámica de dos a tres. El bebé es motivo de orgullo y alegría pero al mismo tiempo de fatiga extrema y noches de

insomnio, lo cual suele venir acompañado de tensión sexual en la pareja. El varón suele sentir mayor deseo mientras que la mujer experimenta baja autoestima y una imagen corporal negativa (sumado al agotamiento físico), causando dificultades sexuales que afectan hasta al 80 % de los padres recientes.

La transición a la maternidad/paternidad puede ser estresante, en tanto que las diferencias de género y de roles de género se vuelven evidentes. Los hombres en general pueden separar la paternidad de la relación de pareja. Para las mujeres, en cambio, ambas áreas están mucho más entrelazadas. Las consecuencias más terribles son el aumento de la violencia familiar y el hecho de que un 5 % de los padres recientes decide separarse o divorciarse en los dos primeros años.

Este capítulo considera las causas biopsicosociales de estos problemas y propone estrategias para prevenirlas o mitigarlas.

Capítulo 15: Aspectos sexuales de una lactancia problemática

La lactancia es un factor muy beneficioso en el vínculo madre-hijo pero, al mismo tiempo, puede afectar el vínculo de la mujer y su compañero. Puede prolongarse si la mujer se siente apoyada por su pareja, es decir, es muy importante lograr que la lactancia se convierta en una estrategia en común. Para muchas mujeres, es una prueba de buena maternidad. Vista de esta forma, experimentar una mastitis, dolor o interrupciones al amamantar podría afectar la identidad de la mujer y la relación sexual de la pareja.

Este capítulo se ocupa de esas cuestiones y proporciona información sobre la lactancia combinada con enfermedades como la esclerosis múltiple y las lesiones de la médula espinal, con cirugías mamarias y episodios de depresión o casos de abuso previo. Además, trata de manera sucinta la lactancia inducida en mujeres que no cursaron embarazos.

Capítulo 16: Aspectos sexuales de las alteraciones/trastornos del suelo pélvico

Este capítulo se aboca a las alteraciones del suelo pélvico y sus consecuencias en términos de sexualidad, haciendo énfasis en los problemas durante el embarazo y después del parto. Por ejemplo, mientras que el dolor de la faja pélvica suele estar relacionado con el embarazo, el prolapso de los órganos pélvicos tiende a ser consecuencia del parto.

Este capítulo describe las consecuencias sexuales de la incontinencia urinaria y fecal, al tiempo que proporciona información sobre fisioterapia del suelo pélvico para que la matrona pueda derivar a sus pacientes cuando sea necesario.

Capítulo 17: Aspectos sexuales de los trastornos de la salud mental en el embarazo y la maternidad/paternidad joven

Este capítulo se ocupa de los diversos trastornos de salud mental en esta etapa de la vida y sus consecuencias sexuales. Plantea dos escenarios: mujeres con enfermedades psiquiátricas que desean ser madres y trastornos de la salud mental relacionados con cambios reproductivos, entre los cuales los más importantes son la depresión durante el embarazo, la tristeza y la depresión postparto y, en algunos casos, la psicosis puerperal. Los medicamentos utilizados para tratar estos cuadros suelen tener

muchos efectos secundarios a nivel sexual. Este capítulo demuestra el impacto clínico de estas situaciones tan complejas y posibles soluciones, ejemplificando con casos clínicos reales.

Capítulo 18: Sexo, fertilidad, embarazo y maternidad/paternidad con enfermedades crónicas u otras alteraciones de la salud

En sexología y medicina sexual, se sabe que casi todas las enfermedades crónicas y los tratamientos contra el cáncer tienen amplias consecuencias sexuales. Este capítulo trata los aspectos sexuales relevantes de las enfermedades crónicas más comunes preexistentes a o coincidentes con el embarazo. Después de analizar de forma general sus consecuencias en la sexualidad, se concentra en algunos cuadros específicos: enfermedad intestinal crónica, diabetes, reuma, asma, cardiopatías congénitas y cáncer de mama. Se abordan puntualmente los trastornos en la salud física y los efectos en la sexualidad que son más relevantes para la partería.

Capítulo 19: Efectos en la sexualidad de los medicamentos utilizados en el embarazo y el parto

El último capítulo del módulo se enfoca en los efectos secundarios sexuales de varios medicamentos y fármacos utilizados en partería y obstetricia. Primero, brinda información general sobre la farmacocinética y la farmacodinámica orientadas al embarazo y los cambios que atraviesa el cuerpo de la mujer. Por un lado, proporciona algunas indicaciones para sobrellevar los efectos secundarios a nivel sexual. Por otro, explica cómo informar a las pacientes sobre los posibles efectos sexuales secundarios de los medicamentos sin elevar el riesgo de su ocurrencia.

11.1. Introducción

Salvando las diferencias en cifras, causas y posibilidades de tratamiento a nivel mundial, la infertilidad afecta entre 8 y 12 % de las parejas. Las sociedades con mayores recursos cuentan con diversas formas de tratamiento y una prevalencia bastante alta, siendo la causa más significativa la edad avanzada de las mujeres que buscan concebir (lo que se traduce en una reserva ovárica reducida). En tanto que las regiones con menos recursos tienen mayor prevalencia. En algunos países del “cinturón de infertilidad” del África subsahariana, un 30 % de las parejas no logra concebir [1], la infertilidad masculina y la tubárica son las causas predominantes. Para la mayoría de estas parejas, el tratamiento necesario (las costosas técnicas de reproducción asistida [TRA], como la fecundación in vitro [FIV] y la inyección intracitoplasmática de espermatozoides [ICSI]) no está disponibles o no es asequible.

Este capítulo no se ocupa del escenario común en que la pareja no logra concebir de inmediato, lo cual produce confusión y los lleva a caer en el círculo vicioso “al sexo → no concepción → mal sexo”. Esta “dificultad en la concepción” fue abordada en el **Capítulo 5** sobre “buscar el embarazo”. Aquí se trata la “infertilidad real”, muchas veces definida como “la imposibilidad de concebir después de haberlo intentado durante un año entero”.

El capítulo comienza con las consecuencias de las disfunciones sexuales en la fertilidad (en especial el vaginismo, la disfunción eréctil y los problemas eyaculatorios) y cómo atravesar estas dificultades.

Luego, considera las principales causas de la infertilidad, los procedimientos estándar de diagnóstico y los tratamientos. A continuación, detalla las implicaciones para la sexualidad y la intimidad e incluye algunos consejos prácticos sobre prevención y posibles soluciones. La última parte aborda situaciones complejas en las que la pareja se enfrenta a una desventaja adicional (vaginismo o haber sufrido abuso sexual, por ejemplo) que, a nivel emocional, resulta incompatible con la naturaleza invasiva e

¹ W. L. Gianotten 

Departamento de Ginecología y Obstetricia, Centro Médico Universitario Erasmus, Róterdam, Países Bajos.
E-mail: woetgia@ziggo.nl

intrusiva de muchos de los tratamientos de fertilidad. Dado que atravesar situaciones de infertilidad trae un gran daño colateral para la sexualidad y la intimidad, la última parte del capítulo se ocupa de la atención posterior.

11.2. Disfunciones sexuales que alteran la fertilidad

Si bien numerosas disfunciones sexuales en hombres y mujeres influyen de manera indirecta en la fertilidad, su tratamiento compete a la sexología clínica o la medicina sexual [2]. Esta sección considera los principales trastornos sexuales relacionados con no poder concebir (vaginismo, dispareunia grave que impide la penetración, erección fallida al momento de la penetración y ausencia de eyaculación).

11.2.1. Vaginismo

Algunas mujeres con vaginismo logran concebir sin penetración (el esperma debe ser muy fértil), sin embargo, este no es el caso para la mayoría de las parejas. Buena parte de ellas ha convivido por años sin coito y dice mantener una vida sexual satisfactoria (lo cual se contradice con nuestro marco de referencia estándar). Por lo tanto, cuando una pareja con vaginismo busca iniciar un tratamiento de fertilidad, es fundamental comprender muy bien sus deseos. Si quieren lograr el embarazo evitando el coito, les serán útiles las instrucciones para autoinseminarse (ver [Tabla 11.1.](#)), pero si quieren aprovechar la consulta para (finalmente) tratar el vaginismo, lo mejor será derivarlos con un especialista en sexología. Lo mismo es válido para algunos casos de dispareunia, aunque los cuadros graves suelen requerir atención tanto sexológica como ginecológica.

• Dar con anticipación instrucciones claras, orales y escritas, sobre las condiciones óptimas para concebir (ver Capítulo 5).
• Dejar que la mujer se familiarice con la inserción vaginal de una jeringa de 1 cc o de un catéter delgado conectado a una jeringa de 2 cc o 5 cc.
• Recomendar el momento adecuado para el encuentro sexual (lo ideal es dos días antes de la ovulación, con posibilidad de repetir un día antes).
• Tener la jeringa a mano y crear una buena excitación sexual para ambos (con el método que consideren aceptable).
• Estimular al hombre (que debe estar en posición supina) hasta que eyacule sobre su propio vientre (la superficie debe estar libre de productos como jabones y a una temperatura cálida).
• Recoger el semen con la jeringa e insertarla en lo profundo de la vagina (la mujer también debe estar en posición supina).
• Permanecer en esa posición unos minutos y disfrutar juntos el momento íntimo.

Tabla 11.1. Aspectos prácticos de la autoinseminación en caso de vaginismo.

11.2.2. Erección fallida

El patrón de erecciones fallidas es bastante diverso.

Si nunca tiene erecciones (ni siquiera al despertarse), el paciente podría necesitar derivación a un médico clínico. Si nunca tiene erecciones con su pareja, probablemente necesite derivación a un sexólogo.

A veces sucede que, debido a la presión para concebir, el hombre no logra la erección. Esa pérdida de la capacidad eréctil vinculada a la fertilidad puede indicar cierta ambivalencia en su deseo de convertirse en padre, lo cual suele sucederle, entre otros casos, a hombres que ya tienen hijos de una relación anterior. Ante esta situación, el hombre, y a veces la pareja, podría necesitar un tiempo para renegociar la paternidad.

Distinto es cuando la erección deja de producirse debido al estrés del momento, como puede suceder durante una FIV (la llamada “disfunción eréctil situacional”). El estrés puede ser muy elevado si la pareja ha tenido una inducción de la ovulación problemática. Entonces, será necesario tranquilizar al paciente y explicarle la situación, como así también, en algunos casos, recurrir a una “pastilla para la erección”.

11.2.3. Trastornos de la eyaculación

Varios de estos trastornos requieren atención especializada, por ejemplo, la eyaculación retrógrada (cuando el semen ingresa en la vejiga) en pacientes con lesiones medulares o diabetes mellitus. Este volumen hace hincapié en la anorgasmia (ausencia de orgasmos) y la eyaculación precoz (demasiado rápida).

El estrés y la inhibición pueden causar anorgasmia pero, en la mayoría de los casos, esta se debe a efectos secundarios de los antidepresivos. Más de la mitad de los pacientes que toman antidepresivos comunes, ISRS o IRSN, no logran alcanzar el orgasmo [3]. Por desgracia, los profesionales de la salud no mencionan este dato a sus pacientes al momento de prescribir la medicación, lo que genera la necesidad de realizar una nueva consulta médica.

La eyaculación precoz suele afectar el placer sexual y, a veces, interferir en la concepción. Esta situación es más frecuente en sociedades donde la masturbación es un gran tema tabú. Pero si no se practica, es difícil aprender a controlar la eyaculación. Si el hombre no la domina y en su noche de bodas se encuentra con la novia, quien tiene mucho miedo al dolor y además debe demostrar su virginidad, el estrés puede ser tal que la eyaculación se produzca incluso antes de la penetración, pudiendo inaugurar un triste círculo vicioso.

La educación y otras intervenciones no farmacéuticas son parte del tratamiento habitual de la eyaculación precoz. En casos más complejos, como el mencionado en el párrafo anterior, es posible retrasar la eyaculación con los mismos medicamentos que causan la anorgasmia, por ejemplo, una dosis oral de 20 mg de paroxetina cuatro horas antes del contacto sexual tendrá un efecto retardante que permitirá alcanzar la eyaculación intravaginal (y tal vez la concepción).

11.3. Aspectos básicos de las alteraciones de la fertilidad

Los patrones de infertilidad varían en todo el mundo y se modifican con el tiempo. En muchas de las sociedades con mayores recursos, las parejas deciden ser padres a una edad más avanzada, cuando el nivel de fertilidad ya comienza a disminuir: la reserva ovárica cae a ritmo acelerado entre los 30 y 35 años, mientras que la calidad del esperma disminuye entre los 40 y los 45. En sociedades con menos recursos, las causas principales son otras: las enfermedades de transmisión sexual son responsables de altos porcentajes de infertilidad, masculina y femenina, al tiempo que la falta de acceso a anticonceptivos resulta en embarazos no deseados y abortos sépticos, causando, además, mayor infertilidad en dichas mujeres. Estos factores también explican la diferencia entre la infertilidad primaria (casi 2 % de las mujeres a nivel mundial) y la infertilidad secundaria, es decir cuando la mujer ya curso un embarazo y dio a luz a un bebé vivo (casi 10 %).

Entre las muchas y diversas causas de la infertilidad masculina y femenina se encuentran los “factores médicos” y los factores relacionados con el estilo de vida, como la obesidad, la desnutrición, el tabaquismo y el consumo de marihuana.

A nivel mundial, las causas de infertilidad son:

- Factores exclusivamente masculinos (± 45 %)
- Factores exclusivamente femeninos (± 40 %)
- Combinación de factores masculinos y femeninos (± 15 %), incluidos los factores cervicales, cuando el moco cervical de la mujer es incompatible con el semen de su pareja.
- Un número reducido de parejas cuya infertilidad no tiene explicación y que luego logra concebir sin ningún tratamiento.

En las primeras consultas con la pareja se obtiene una historia clínica completa y se realiza un examen físico exhaustivo, que son más o menos los mismos para ambas partes. Después de eso, el peso de los estudios y tratamientos recae directa y principalmente en la mujer.

En los hombres, los procedimientos de diagnóstico más comunes son el análisis del esperma recolectado mediante masturbación o microcirugía, que puede ser epididimaria (MESA), percutánea (PESA) o testicular (TESE). Para ellos, los procedimientos más comunes de reproducción asistida son la criopreservación de espermatozoides, el uso de espermatozoides para impregnar un óvulo cosechado (FIV) y la inyección directa de espermatozoides en el citoplasma del óvulo (ICSI).

En las mujeres, los exámenes de diagnóstico más comunes son la histerosalpingografía, la laparoscopia, el método del moco cervical y el test postcoital. Los procedimientos más comunes de reproducción asistida femenina son la inseminación artificial cervical con esperma de su pareja o de un donante, la inseminación intrauterina (IIU), la inducción de la ovulación con toma de medicación, la extracción de óvulos (*Ovum Pick-Up*), la FIV, y la transferencia de embriones.

11.4. Consecuencias sexuales y emocionales de las alteraciones de la fertilidad

En muchos casos, para cuando la pareja realiza la primera consulta su fertilidad ya se encuentra comprometida. No lograr concebir fácilmente afecta la identidad sexual femenina y masculina y, en consecuencia, el deseo. Dependiendo del calendario ovulatorio tiende a reducir el deseo, la excitación y hasta puede causar dispareunia. Además, las subsiguientes intervenciones médicas contribuyen a la disminución de la calidad sexual. La espontaneidad desaparece cuando es el protocolo de tratamiento o el médico quien determina el momento para los encuentros sexuales y el orgasmo. Los hombres suelen experimentar estrés cuando se les “obliga” a tener relaciones sexuales en momentos predeterminados. La intimidad se reduce con los (reiterados) exámenes genitales y al tener que revelar detalles de la propia actividad sexual. Como resultado, la relación sexual puede tensionarse y la decepción puede causar irritación mutua en la pareja. En este contexto, la noticia de que uno de ellos es causante de la infertilidad puede generar distanciamiento emocional. Asimismo, el contacto entre la pareja puede disminuir debido a que hombres y mujeres tienden a reaccionar de manera muy diferente a los desafíos prácticos y las decepciones emocionales.

11.4.1. Factores masculinos

Para la mayoría de los hombres, someterse a un examen físico no es problema, pero a un número reducido de pacientes que han sufrido abuso sexual la situación les puede resultar intimidante, en especial si la recolección de esperma debe realizarse directamente del epidídimo. Por otra parte, si bien la masturbación para la recolección de muestras de semen es una técnica bastante aceptada en muchas culturas, en otras se ve restringida por vergüenza o preceptos religiosos. Para la mayoría de los hombres, recibir la noticia de que “su esperma no es de buena calidad” es un gran golpe y un ataque a su identidad masculina. Esto puede convertirse en causal de una disfunción sexual [4] y perjudicar la relación de pareja. Incluso si la masturbación fuera aceptable, puede tornarse problemática si el hombre tiene que hacerlo a pedido médico. Especialmente en casos en que la inducción de la ovulación ha sido dificultosa, el tener que eyacular puede resultar intimidante para el hombre, generar culpa y a veces incluso pensamientos suicidas si no se logra el objetivo. El estrés del momento puede reducirse si se utiliza esperma criopreservado (obtenido de antemano).

11.4.2. Factores femeninos

Las mujeres se someten a muchos más exámenes físicos y tratamientos que pueden interferir con su identidad femenina, integridad corporal, calidad de vida y sexualidad. Las histerosalpingografías, las laparoscopías, las inseminaciones intracervicales e intrauterinas, la recolección de moco cervical, las ecografías vaginales para monitorear el desarrollo del folículo y la transferencia de embriones al útero son todas prácticas

intrusivas que, para la mayoría de las pacientes, suponen una intromisión en su intimidad de pareja. Estas prácticas resultan aún más problemáticas cuando existen antecedentes de abuso sexual o en culturas donde la desnudez femenina está muy ligada a la pérdida del honor. Además, la combinación de estrés y (miedo al) dolor puede causar rigidez muscular prolongada del suelo pélvico.

La inducción de la ovulación acarrea numerosos efectos secundarios (dolor de cabeza, hinchazón, náuseas, sofocones) que afectan la sexualidad y la intimidad, tan necesarias para atravesar esos días difíciles. La hiperestimulación ovárica forzada puede producir efectos secundarios más agudos, como dolor abdominal, aumento rápido de peso y diarrea.

11.4.3. La pareja

La preocupación por el embarazo y el tratamiento no ayuda a estimular el placer, el goce y el sexo relajado. Los hombres sienten el imperativo de tener sexo cuando su pareja está ovulando, sobre todo si así lo recomienda el especialista en fertilidad. Tener que “programar” estos encuentros puede llevar a disfunciones sexuales e infidelidades. Un estudio reveló que el 43 % de los hombres experimentó problemas de erección y una cuarta parte tuvo relaciones extramatrimoniales [5]. Cuando se decide iniciar un tratamiento de reproducción asistida, el no estar obligado a tener sexo “programado” puede ser un alivio para el hombre, pero al mismo tiempo que este pasa a ocupar el lugar de espectador, la mujer debe someterse a procedimientos intrusivos que bien pueden interferir con su identidad femenina, intimidad, integridad corporal y calidad de vida. Esto podría explicar los elevados porcentajes de trastornos depresivos severos durante este período (39 % en mujeres y 15 % en hombres) [6]. Los tratamientos de reproducción asistida irrumpen en la relación de la pareja y el profesional de la salud no debe olvidarlo.

11.5. Lidar con la combinación de trastornos sexuales graves e infertilidad

Con los tratamientos de fertilidad, el factor “placer” pierde relevancia al tiempo que otros aspectos del funcionamiento sexual se vuelven muy importantes. En la FIV, es crucial que el hombre pueda producir espermatozoides en el momento adecuado y que la mujer pueda someterse a una ecografía vaginal o examen con espéculo.

Esta sección considera situaciones en las que una disfunción sexual o una experiencia traumática del pasado conflictúa el tratamiento, disminuyendo la probabilidad de concepción y provocando un daño emocional añadido a la pareja y la frustración del equipo médico [7]. Además de las diversas precauciones médicas, la preparación para un tratamiento de reproducción asistida debe anticipar las posibles reacciones al alto nivel de estrés que esto supone, como la incapacidad de eyacular o la reexperimentación del abuso sexual sufrido.

Aquí se considerarán tres factores disruptivos: los trastornos masculinos, el vaginismo y la carga psicotraumática.

Al lidiar con casos tan complejos, la dinámica entre la pareja y el equipo médico de fertilidad puede ser muy delicada. Las parejas que desean con ansias un embarazo suelen hacer foco en la “solución rápida”. Los profesionales deben abstenerse de utilizar técnicas que puede que aceleren el proceso pero causen daños a largo plazo. El hombre anorgásmico que “pierde” cuatro meses en un tratamiento psicosexual gracias al cual ha aprendido a eyacular por sí mismo probablemente con el tiempo será mucho más feliz que aquel que se sometió a una aspiración epididimaria bajo anestesia general. De forma similar, la mujer con trastorno de estrés postraumático (TEPT) que “pierde” un año de su vida en un tratamiento que le permitirá cursar los procedimientos de forma consciente, sin sentir tanto estrés ni perder el control, se sentirá más satisfecha consigo misma y menos herida que aquella que queda embarazada mediante procedimientos vaginales bajo anestesia general. El objetivo final del tratamiento de fertilidad debe ser una familia feliz y una maternidad/paternidad feliz. Menos estrés y una vida sexual más satisfactoria ayudarán a mantener el orden de la relación y beneficiarán el vínculo de ambos padres con el bebé [8].

11.5.1. Trastornos masculinos

Mientras que la erección no es en principio necesaria en los tratamientos de reproducción asistida, la eyaculación sí lo es. Para la FIV, es preferible una muestra fresca, por lo que la masturbación debe ocurrir en una sala contigua al laboratorio. El estrés del momento puede interferir en la erección y eyaculación, y debido a que muchos hombres pueden sentirse inseguros, recomendamos una motivación proactiva que maximice la estimulación sexual (vibradores, películas eróticas de su elección, etc.). Frente a casos de verdadero estrés puede ser una buena medida prescribir un inhibidor de la PDE5 (“pastilla para la erección”), que debe tomarse una hora antes de la masturbación. La unidad de fertilidad debe garantizar una sala especial, equipada con vibradores y material erótico o pornográfico (o la posibilidad de acceder a este mediante el teléfono móvil), en la que el paciente pueda masturbarse sin interrupciones, con su pareja o solo. Si “tener que producir semen” en un momento determinado genera alto estrés, contar con una reserva de espermatozoides criopreservados podría dar tranquilidad al paciente. Hay otra razón para prestar atención a esto ya que el estrés agudo puede afectar la calidad de la muestra. En los casos en que se contó con apoyo psicológico, la buena calidad del semen se mantuvo el día en que se realizó la recuperación de ovocitos [9].

11.5.2. Vaginismo

El vaginismo no será un problema para la mayoría de las parejas que desean tener un hijo porque la autoinseminación ofrece una solución confiable. Sí podría transformarse en un gran obstáculo cuando la ecografía vaginal, la inseminación intrauterina o la transferencia de embriones resultan inevitables. Sería prudente derivar a la mujer o a la pareja a un sexólogo clínico o a un terapeuta especializado en suelo pélvico para tratar el vaginismo antes de comenzar el tratamiento de fertilidad. Pero ¿qué se puede hacer cuando la pareja y el equipo de fertilidad se ven atrapados en una situación sin salida?

Por ejemplo, cuando el tratamiento ha iniciado y el vaginismo amenaza con alterar el proceso. Estas son algunas sugerencias de lo que se debe y no se debe hacer:

- La anestesia general parece razonable pero muchas mujeres con vaginismo la perciben como un riesgo: experimentar mayor ansiedad y una “pérdida de control” puede empeorar los síntomas.
- Las técnicas de autohipnosis o autorelajación por lo general pueden aprenderse en poco tiempo y resultan útiles combinadas con la “autoregulación”.
- La autoregulación es una forma segura tener control sobre la situación. Para algunas mujeres, sentirse capaces es más importante que padecer un poco de dolor y muchas veces aprenden a introducirse ellas mismas el espéculo o la sonda vaginal. El tratamiento es mucho más fácil si el mismo equipo médico asiste a la mujer siempre (en lo posible, integrado por personal femenino sumamente paciente).
- Ni los ansiolíticos ni los relajantes musculares suelen ayudar, puesto que la pérdida de control que producen puede ser una experiencia aterradora para muchas de estas mujeres.

11.5.3. Antecedentes de abuso sexual o físico

Para más información sobre los efectos de experiencias traumáticas, consultar el **Capítulo 24**.

El recuerdo del trauma (sexual) puede hacer que las intervenciones médicas de reproducción asistida parezcan amenazantes ya que, durante el tratamiento, estas mujeres llegan a revivir situaciones estremecedoras. Estar acostada semi-desnuda con alguien de pie entre sus piernas, la puerta cerrada, el estrés de no saber si podrá concebir, la inserción de instrumentos en su vagina y, sumado a esto, la posibilidad de sentir dolor son todos factores que, de un momento a otro, pueden quebrar a las pacientes y traerles recuerdos vívidos. El escenario de una paciente que grita o llora, un marido confundido o enojado y un equipo médico que se siente intranquilo o experimenta sentimientos de culpa podría considerarse una emergencia grave, sin olvidar que esta situación afectará el resultado del procedimiento [7]. Debe tenerse en cuenta que también puede ser el hombre quien esté traumatizado.

Dado que una cantidad considerable de mujeres ha experimentado traumas sexuales o físicos, el equipo debe indagar sobre esto antes de iniciar un tratamiento de reproducción asistida.

Algunas mujeres que lograron procesar el trauma pueden sobrellevar la vida cotidiana y el estrés de estos tratamientos. Otras sufren Trastorno de Estrés Post-traumático (TEPT) (por lo general, quienes han estado expuestas crónica o repetidamente a situaciones traumáticas) y necesitan una evaluación exhaustiva de un profesional con experiencia en trauma sexual. Aquí nos centramos en el grupo intermedio, que maneja bien el día a día, siempre que no haya factores detonantes de recuerdos vívidos.

¿Qué podemos hacer para preparar a estas pacientes para el tratamiento de reproducción asistida/fecundación in vitro?

- Desaconsejamos las soluciones rápidas, como el uso de anestesia general o ansiolíticos, ya que, si la paciente pierde el control, es muy probable que experimente estas intervenciones como una revictimización.
- Mantener el control es fundamental para estas mujeres, por eso recomendamos que tanto la pareja como el equipo médico cuente con apoyo psicológico extendido para aprender a manejar el estrés de la situación. Con este enfoque combinado, puede que los ansiolíticos sean útiles.
- Desarrollar una relación de confianza con un/a profesional de la salud, que estará presente en todos los procedimientos. Las pacientes por lo general prefieren que sea otra mujer, a no ser que haya sufrido abuso por parte de una mujer. De ser posible, recomendamos que sea siempre el mismo miembro del equipo quien realice todas las intervenciones vaginales.
- El proceso se facilita si la paciente recibe de antemano apoyo psicosocial de una especialista, que la asesore sobre el manejo del estrés, esté presente durante los procedimientos y reconozca el patrón de reacción de la paciente. En algunos casos, la pareja de la mujer puede cumplir ese rol.
- A algunas pacientes les ayudará tener conocimientos que les permitan controlar el proceso y las intervenciones. Por ejemplo, introducirse ellas mismas el espéculo o la sonda de ultrasonido (o que lo haga su pareja).
- Algunas herramientas que facilitan este proceso son la autohipnosis (“ir a un lugar seguro”), los ejercicios de visualización, los ejercicios de relajación (respiraciones), la música de meditación y los objetos de transición (como un peluche), porque ayudan a la mujer a sentir que no sufrirá ningún daño.
- Cuando la paciente sabe lo que sucederá en cada paso de la intervención y se le permite, en la medida de lo posible, interrumpirla (por ejemplo, diciendo “Pare” o “Necesito un descanso”), su sensación de control será mayor. Esta dinámica tan delicada estará a cargo de la médica y los demás miembros del equipo, de ahí el requisito de que sea siempre el mismo equipo quien atienda a la paciente.
- Puesto que en algunos momentos del tratamiento no le será posible controlar la situación, la paciente debe estar preparada y aprender a manejar las emociones que puedan surgir. No hay un plan de ruta para cuando la paciente de repente colapsa emocionalmente. Uno debe prepararse para esa posibilidad y preguntarle a la pareja si sabe cómo reaccionar de forma asertiva. Cualquiera sea la estrategia a seguir, se debe dedicar tiempo suficiente a analizar qué sucedió, cómo proceder y cómo evitarlo la próxima vez.

11.6. Reparar los desarreglos que provocan los tratamientos de reproducción asistida

Una vez que la mujer queda embarazada, por lo general merman los trastornos emocionales, relacionales y sexuales. Sin embargo, estas parejas, más que la mayoría, consideran el embarazo como algopreciado, lo que puede influir en su placer y bienestar sexual. Después del nacimiento, en general se desempañan bien en su rol de padres, sin mayores diferencias con quienes han concebido de manera natural, lo que podría no

ser el caso en el ámbito de la sexualidad. La montaña rusa de estudios y tratamientos de fertilidad, seguida de un embarazo “preciado”, podría complicar la reelaboración de su sexualidad sólo por sentir placer e intimidad. Recomendamos integrar de manera proactiva esta área en la última consulta con la pareja y ayudarla, si lo necesita, a reconstruir ese elemento vital para su relación en el largo plazo. Después de todo, ser “amantes” no es sólo un lujo que se da la pareja sino que forma parte de los cimientos necesarios para hacer frente a las dificultades de la maternidad/paternidad joven.

También hay que contener a las parejas que no han podido concebir. Algunas recuperan su sexualidad e intimidad, factor clave para continuar con su relación (con más tristeza pero mayor libertad). La forma de tratar a las parejas sin hijos depende en gran medida del contexto cultural. En algunos países, las mujeres que no tienen hijos son aceptadas por igual y pueden tener una vida social y profesional gratificante. Sin embargo, en casi todas las culturas, la carga de no tener hijos, tanto a nivel social como emocional, recae sobre las mujeres: son estigmatizadas y discriminadas, se divorcian de ellas y a veces hasta las condenan al ostracismo, incluso cuando la causa de infertilidad es masculina. Investigaciones realizadas en países con ingresos bajos y medios muestran que, en las parejas infértiles, hay una prevalencia desproporcionadamente alta de violencia conyugal (psicológica, física, sexual y coerción económica) [10]. A nivel individual, las parejas sin hijos, en especial las mujeres, necesitan un trato amable y, a veces, asistencia psicológica. A nivel social, las matronas aparecen como las profesionales indicadas para contrapesar estas injusticias.

Referencias

- [1] Inhorn M. C., Patrizio P. (2015): Infertility around the globe: new thinking on gender, reproductive technologies and global movements in the 21st century. *Hum Reprod Update*; 21: 411-26.
- [2] Berger M. H., Messore M., Pastuszak A. W., Ramasamy R. (2016): Association between infertility and sexual dysfunction in men and women. *Sex Med Rev*; 4: 353-65.
- [3] Serretti A., Chiesa A. (2009): Treatment-emergent sexual dysfunction related to antidepressants: a meta-analysis. *J Clin Psychopharmacol*; 29: 259-66.
- [4] Saleh R. A., Ranga G. M., Raina R., et al. (2003): Sexual dysfunction in men undergoing infertility evaluation: a cohort observational study. *Fertil Steril*; 79: 909-12.
- [5] Bak C. W., Lyu S. W., Seok H. H., et al. (2012): Erectile dysfunction and extramarital sex induced by timed intercourse: a prospective study of 439 men. *J Androl*; 33: 1245-53.
- [6] Holley S. R., Pasch L. A., Bleil M. E., et al. (2015): Prevalence and predictors of major depressive disorder for fertility treatment patients and their partners. *Fertil Steril*; 103: 1332-9.
- [7] Gianotten W. L. (2014): The couple with sexual dysfunction. En: Macklon, N. S. (ed.), *IVF in the medically complicated patient: a guide to management*. 2ª ed. Londres: Taylor & Francis, pp. 193-203.
- [8] von Sydow, K. (1999): Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. *J Psychosom Res*; 47: 27-49.

-
- [9] Drudy L., Harrison R., Verso J., et al. (1994): Does patient semen quality alter during an in vitro fertilisation (IVF) program in a manner that is clinically significant when specific counseling is in operation? *J Assist Reprod Genet*; 11: 185-8.
- [10] Wang Y., Fu Y., Ghazi P., et al. (2022): Prevalence of intimate partner violence against infertile women in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*; 10: 820-30.

Aspectos sexuales de los embarazos complicados y de riesgo

Gabrijela Simetinger y Woet L. Gianotten¹

12.1. Introducción

Las complicaciones durante el embarazo tienden a producir mucha inseguridad, y la sexualidad también se ve implicada. Los profesionales de la salud tienden a desaconsejar “tener sexo” o a indicar, en términos más disimulados, el “reposo pélvico”. Podría pensarse que se basan en el supuesto convencional de que la función principal del sexo es lograr el embarazo y, que luego de alcanzar este objetivo, ya no sería necesario. Pero sabemos que la sexualidad cumple muchas otras funciones además de la concepción. Es por eso que, frente a embarazos de riesgo o complicados, los profesionales de la salud tienen que ser cuidadosos con las restricciones y recomendaciones para encontrar un equilibrio entre no perjudicar el embarazo, a la madre o al bebé, por un lado, y no perjudicar la salud sexual de la mujer, su pareja y la relación, por otro.

El capítulo aborda, en primer lugar, este enfoque de “búsqueda de equilibrio”. Luego, se exponen los diversos aspectos del comportamiento sexual y su posible influencia en la salud del embarazo, la mujer y el bebé. Seguidamente se repasan y explican las alteraciones más relevantes durante el embarazo, junto con consejos y recomendaciones sobre los comportamientos que deben desalentarse o evitarse y lo que está permitido o recomendado en cada caso. La información se basa en el texto de MacPhedran [1].

12.2. El enfoque de búsqueda de equilibrio en la comunicación

En una pareja, cada persona es diferente en sus necesidades sexuales y capacidad de abstenerse ante complicaciones en el embarazo. Algunas parejas pueden adaptarse a reducir o suprimir por completo el contacto sexual sin que esto les moleste. Para otras, la sexualidad es un factor en extremo relevante o necesario para su vida y relación amorosa, por lo que tendrán preocupaciones y preguntas sobre qué comportamientos

¹ G. Simetinger 

Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital General de Novo Mesto, Novo Mesto, Eslovenia.
E-mail: gabrijela.simetinger@sb-nm.si

W. L. Gianotten 

Departamento de Ginecología y Obstetricia, Centro Médico Universitario Erasmus, Róterdam, Países Bajos.

están permitidos y cuáles podrían ser peligrosos. La mayoría de las embarazadas no le manifiestan estas inquietudes a los profesionales que las atienden, ni siquiera a su matrona de confianza. Entonces, en los embarazos complicados, el profesional debe “decidir” qué estrategia adoptar. A continuación, se resumen las tres estrategias:

- 1- No prestarle atención al tema en absoluto. Esto equivale a no ofrecer la mejor atención, puesto que puede perjudicar la salud general y sexual de la mujer y la pareja. Además, no aporta a una buena comunicación entre los profesionales y sus pacientes.
- 2- Sólo prestar atención a lo que no está permitido y a los peligros potenciales del sexo: “¡No cometerás el acto carnal!”. Algunos profesionales lo expresan de manera implícita, por ejemplo, indican el “reposo pélvico”. Este enfoque tampoco constituye una atención de calidad.

Ambas estrategias tienen consecuencias negativas. Al no hablar de forma explícita sobre los comportamientos sexuales que se desalientan o están prohibidos, al no mencionar lo que sí está permitido, el profesional alimenta las inseguridades y perpetúa el tabú que dificulta tratar abiertamente la sexualidad. Los profesionales deben ser conscientes del poder que ejerce este tabú y entender que están perdiendo la oportunidad de establecer un vínculo de confianza con la paciente y la pareja.

- 3- Prestar cuidadosa atención a los comportamientos sexuales que se desalientan y combinar esto con una explicación adecuada de las razones. Asimismo, manifestar de manera explícita qué comportamientos sexuales sí están permitidos.

Podría sostenerse que es tarea del profesional tomar la iniciativa y responder las “preguntas no verbalizadas”.

Hay posibilidades intermedias entre decir lo que no debería pasar de ninguna manera y lo que sería mejor que no ocurriera, también entre indicar que no hay ningún peligro asociado con determinados actos sexuales y aconsejar de manera explícita tener sexo de una determinada manera, aunque en ciertas ocasiones esto último parece necesario. Por ejemplo, cuando la penetración implica un peligro pero el hombre no está acostumbrado al sexo sin penetración. En este caso, el profesional podría aconsejar el sexo sin penetración o la masturbación.

En cuanto al contenido: al mencionar de forma explícita varias posibilidades, el profesional dará más opciones sexuales a la pareja al tiempo que reducirá los tabúes entre ellos.

Por ejemplo: “Podrían acurrucarse hasta que Ud. sienta que va a acabar y masturbarte hasta llegar al orgasmo. A muchos de nosotros nos han enseñado que la masturbación debe hacerse en privado, sin ser visto, pero también sabemos que hay otras alternativas. Si su esposa se siente con ganas, puede ayudarle o puede hacerlo Ud. mismo, mientras la abrazas. Muchas las parejas lo sienten como algo muy íntimo”.

En cuanto a la comunicación: las sugerencias demasiado directas (“Prueben un vibrador” o “Prueben la masturbación en privado o juntos”) pueden generar que la mujer o la pareja sienta que el profesional está metido en el dormitorio con ellos. Es mejor ser más indirecto: “En casos así, algunas parejas prueban la masturbación, y parece ser que les funciona muy bien”.

12.3. Daños que podría causar la sexualidad en casos riesgosos

Esta sección se enfoca en varios aspectos del comportamiento sexual que podrían afectar la salud del embarazo, la mujer o el bebé en casos complicados y de alto riesgo. Esta tarea exige, por un lado, identificar los diferentes elementos de la sexualidad y, por otro, explicar cómo cada uno de ellos podría causar daño. Ver [Tabla 12.1.](#)

Elementos del comportamiento sexual	Posible efecto en el embarazo y la salud
Experimentar estímulos sexualmente explícitos	→ Excitación??
Besarse	→ Excitación??
Abrazarse, acurrucarse sin excitación genuina	→ Aumento de la oxitocina
Masajes/abrazos provocativos	→ Altos niveles de oxitocina
Excitación de la mujer embarazada	→ Aumento de la circulación genital/ pélvica
Masturbación de la mujer embarazada	→ Contracciones uterinas
Orgasmo de la mujer embarazada	→ Contracciones uterinas → Aumento de la circulación y la presión arterial → Aumento de la oxitocina
Estimulación mamaria/del pezón	→ Aumento de la oxitocina
Sexo oral (cunnilingus)	→ Excitación
Sexo oral (felación) sin ingesta de semen	→ Excitación
Sexo oral con ingesta de semen	→ Ídem, más absorción de prostaglandinas a través de la mucosa
Penetración vaginal (con dedos, consolador, pene) sin eyaculación. Contacto directo con el cuello uterino	→ Reflejo de Ferguson → liberación de oxitocina → Liberación de prostaglandinas endógenas
Penetración vaginal con eyaculación intravaginal	→ Ídem, con el efecto adicional de las prostaglandinas seminales (exógenas)
Presión en el vientre (p. ej., en la "posición del misionero")	→ Ruptura de membranas (en especial en casos de infecciones vaginales)
Penetración anal sin eyaculación	→ Reflejo de Ferguson → liberación de oxitocina
Penetración anal con eyaculación intraanal	→ Ídem + absorción de prostaglandinas a través de la mucosa anal
Excitación sexual de la pareja de la mujer embarazada	→ Puede aumentar la excitación de la embarazada
Masturbación de la pareja de la mujer embarazada	→ Puede aumentar la excitación de la embarazada

Tabla 12.1. Elementos del comportamiento sexual y sus posibles efectos.

Los posibles factores de riesgo son:

- aumento de la circulación genital/pélvica (con la excitación sexual);
- aumento de la presión arterial (con la excitación sexual y el orgasmo);
- aumento de la oxitocina;
- aumento de las prostaglandinas;
- aumento de las contracciones uterinas;

- influencia mecánica directa.

Podrá parecer una obviedad, pero vale aclarar que ninguno de estos fenómenos es capaz de provocar daño en ausencia de patologías clínicas, en general o específicas del embarazo.

Excitación: cuando una mujer no grávida percibe estímulos sexuales se produce un aumento rápido (en cuestión de 10-30 s) de la circulación vaginal. Durante el embarazo, la hipercongestión genital/pélvica hace que sea difícil estimar el efecto circulatorio adicional de la excitación sexual. Se desconoce si la excitación sexual leve puede causar daños. Por el contrario, en un estado de excitación elevada la circulación pélvica alcanza el máximo de congestión y la frecuencia cardíaca y la presión arterial sistólica aumentan.

Orgasmo: En el tercer trimestre, el patrón clónico del orgasmo (contracción → relajación → contracción → etc.) puede mutar al patrón de un sólo espasmo tónico, que puede durar hasta un minuto y a veces ir acompañado de una desaceleración de la frecuencia cardíaca fetal y contracciones recurrentes hasta media hora después del orgasmo. Este patrón varía bastante de una persona a otra.

Si bien la presión arterial y la frecuencia cardíaca de por sí son elevadas durante la excitación, los valores máximos se observan al comienzo del orgasmo.

Oxitocina: provoca contracciones uterinas. Aumenta con los abrazos y masajes y aún más al estimular senos y pezones. La excitación sexual y el orgasmo elevan su nivel, lo que es más evidente en el orgasmo y puede mantenerse hasta cinco minutos después. La presión directa que ejerce el pene sobre el cuello uterino y los tejidos vaginales durante la penetración provoca un aumento de la oxitocina (el llamado “reflejo de Ferguson”), que también se observa con la penetración anal.

No hay datos empíricos sobre la posible relación entre besarse y la oxitocina.

Prostaglandina: la PGE y la PGF estimulan la actividad miometrial, pueden madurar el cuello uterino e inducir el parto. La endógena se libera cuando el cuello uterino es tocado por los dedos, un consolador o el pene. La exógena se deposita con el semen en dosis más altas que los agentes de maduración cervical comunes. Se puede encontrar en la vagina hasta 12 h después de la eyaculación y puede causar actividad miometrial al ser absorbida a través de la pared vaginal e ingresar al flujo sanguíneo, pero también puede tener acción directa sobre la maduración cervical.

El efecto de la PGF es mucho más potente que el de la PGE, sin embargo, el semen contiene ± 20 veces más PGE que PGF y ± 20 veces más 19-hidroxi-PGE que 19-hidroxi-PGF [2].

Si bien la PG depositada con la eyaculación anal no hace madurar el cuello uterino, se absorbe fácilmente a través de la mucosa anal e ingresa así al flujo sanguíneo de la mujer.

12.4. Alteraciones obstétricas

Lo que resta de este capítulo considera las implicancias sexuales de las alteraciones más comunes del embarazo. En la medida de lo posible, explicamos la información rele-

vante y damos consejos o recomendaciones sobre lo que se debe desalentar o evitar y lo que está permitido o se sugiere en cada caso. Parte de estas recomendaciones aún no cuentan con respaldo científico suficiente. Es posible encontrar información más detallada en la publicación de Sally MacPhedran [1].

12.4.1. Aborto espontáneo recurrente: aborto habitual o espontáneo/pérdida del embarazo

Se identifica por lo general con al menos tres embarazos clínicos fallidos, confirmados mediante ecografía o examen histopatológico.

Un 1 % de las parejas fértiles tienen abortos espontáneos recurrentes. La mayoría se producen antes de las 14 semanas y se deben a anomalías cromosómicas parentales (los embarazos anembrionarios representan la mitad de los abortos espontáneos del primer trimestre), en tanto que un subconjunto reducido se debe a anomalías uterinas. Muchas de las mujeres que atraviesan esta situación tienen miedo y asumen que el coito dañará al feto o que el contacto directo del pene con el cuello uterino podría desencadenar un aborto espontáneo. No hay datos que respalden este supuesto. Con respecto al orgasmo, en el primer trimestre el aumento de oxitocina que este genera no produce daño ya que el útero aún no cuenta con suficientes receptores de oxitocina. En cuanto un posible daño por eyaculación intravaginal, los niveles de prostaglandinas del semen son mucho más bajos que la dosis necesaria para la inducción del aborto médico a comienzos del embarazo.

12.4.1.1. ¿Restricciones o recomendaciones?

Posiblemente la pregunta más frecuente que (no) expresan las pacientes al comienzo del embarazo sea: “¿Tener sexo puede causar un aborto espontáneo?” A pesar de no contar con la más mínima evidencia, los profesionales de la salud han instado a sus pacientes a tomar precauciones (véase “A concise history of not knowing” [La historia concisa del no saber]) [3].

Dado que nada en la bibliografía indica que los diversos elementos del juego sexual puedan tener alguna incidencia en los abortos espontáneos recurrentes, podemos dar sugerencias sutiles en este sentido. Tal vez sea más importante incorporar una mirada positiva del sexo para conversar en detalle sobre los elementos del contacto íntimo que son beneficiosos para la pareja y sobre el valor del placer sexual. Debido a que muchas mujeres y parejas que han experimentado abortos espontáneos recurrentes sufren problemas de autoestima, la reafirmación positiva que proporciona el sexo podría ser beneficiosa.

Una extensa revisión bibliográfica ha arrojado escasos artículos que tratan otros aspectos no orgánicos de este tipo de los abortos, uno de ellos es “cuidado afectuoso”, que podría definirse como apoyo psicológico combinado con exámenes médicos y ultrasonográficos semanales y la indicación de evitar el trabajo pesado y los viajes [4]. Los autores también indican evitar la actividad sexual, aunque no estamos de acuerdo con esta recomendación.

12.4.2. Sangrado en el primer trimestre

El sangrado en el primer trimestre puede indicar un aborto espontáneo inminente y un embarazo molar o ectópico. Es el factor de riesgo predictivo por excelencia de la pérdida del embarazo. Entre las demás causas de sangrado se encuentra el síndrome del gemelo evanescente u otras no relacionadas con el embarazo, como pólipos cervicales, infecciones vaginales, ruptura de vasos sanguíneos cervicales, tumores y traumatismos. Las posibles consecuencias inflamatorias de la penetración y la eyaculación pueden constituir un agravante secundario en un entorno ya comprometido [1].

Lo que sí está permitido: una vez que se ha confirmado el embarazo intrauterino y no hay patologías, consideramos que no hay objeciones a las diversas actividades sexuales que incluyen la penetración, a excepción de las que siguen.

Lo que no se debería hacer: recomendamos evitar la penetración vaginal, la eyaculación vaginal y el contacto orovaginal si hay sangrado (ya que esto constituye un entorno ya comprometido).

Debe tenerse en cuenta que la recomendación de evitar la penetración vaginal durante el sangrado no se aplica a la menstruación. Si bien la penetración en ese momento del mes puede resultar problemática o inaceptable por motivos emocionales, culturales o religiosos, no provoca daño alguno.

12.4.3. Hiperémesis

Mientras que el 60-75 % de las mujeres embarazadas informa náuseas y vómitos habituales, un 0,5-2 % informa hiperémesis. Entre las diversas causas se encuentran: niveles de HCG y estrés elevados o en rápido aumento.

Lo que no se debería hacer: todo lo que moleste a la mujer que sufre náuseas.

Lo que sí está permitido o se recomienda: todo lo que la distraiga o relaje y que no empeore las náuseas. Un masaje suele ser un buen comienzo. Cómo seguir estará determinado por los miedos y necesidades emocionales de la mujer y su pareja y, por supuesto, por cómo la pareja suele continuar (o no continuar) luego de los juegos previos.

Si la hiperémesis se prolonga en el tiempo, es importante prestar atención a las preocupaciones y necesidades sexuales de la pareja de la embarazada.

12.4.4. Cérvix acortado

Una longitud cervical corta desarrollada en el embarazo (inferior a 25 mm según ecografía transvaginal entre las 16 y 24 semanas de edad gestacional) es un factor de riesgo de parto prematuro. Cuanto más corto, mayor será el riesgo. Los factores de riesgo adicionales son: partos prematuros previos, pérdida de sangre (incluso si es muy leve) y contracciones uterinas.

En los casos de cuello uterino acortado debido a conización o escisión electroquirúrgica de la zona de transformación con asa grande (LLETZ) por cambios celulares precancerosos, no hay motivos para abstenerse de realizar ningún tipo de actividad sexual.

Lo que no se debería hacer: en especial en casos de cuello uterino acortado combinados con uno o más de los demás factores de riesgo, se recomienda que la pareja evite el sexo con penetración, el orgasmo femenino y otras actividades sexuales que causen o puedan causar contracciones uterinas.

Es prudente recomendar que se enfoquen en las necesidades sexuales de la pareja de la embarazada y encuentren formas de resolverlas sin elevar el riesgo de actividad uterina.

12.4.5. Cerclaje

Los diversos tipos de cerclaje se utilizan para evitar que el cuello uterino se abra de forma anticipada. El transabdominal se realiza antes del embarazo cuando existen defectos graves en la anatomía cervical. El profiláctico se realiza al inicio del embarazo si la paciente ha tenido insuficiencia cervical en embarazos previos. El cerclaje de rescate se realiza cuando el cuello uterino comienza a aplanarse o a abrirse en el curso del embarazo.

Recomendaciones: en todos los casos, la pareja debe evitar la penetración en la semana anterior y en las dos semanas posteriores al procedimiento.

Después de un cerclaje profiláctico, si habrá penetración, se recomienda el uso de condones debido al riesgo de infección y corioamnionitis, que causan partos prematuros. El potencial efecto inflamatorio del semen y la flora bacteriana del pene puede constituir un agravante secundario en un entorno ya comprometido [1]. No hay objeciones a las demás actividades sexuales.

Después de un cerclaje de rescate, se aconseja abstenerse de la penetración vaginal y anal, la masturbación y el orgasmo hasta llegar a la semana 37 de gestación, lo cual requerirá atención adicional y chequeos regulares si la mujer y su pareja pueden manejar la situación.

12.4.6. Hipertensión arterial y preeclampsia

Los trastornos hipertensivos afectan entre 5-10 % de los embarazos y son una causa importante de morbilidad y mortalidad materna. Un porcentaje de las mujeres ya presentaba hipertensión (crónica) antes de quedar embarazadas. La que se desarrolla a partir de la semana 20, la llamada hipertensión gestacional, es seguida de signos y síntomas de preeclampsia en la mitad de los casos y representa el 3,9 % de los embarazos [5].

Los aspectos de la sexualidad que constituyen factores de riesgo para la mujer con preeclampsia son: actividad física (ejercicio aeróbico), actividad del sistema nervioso autónomo, contracciones uterinas y aumento de la presión arterial.

Si comparamos a una paciente con un ligero aumento de la presión arterial y a otra con presión arterial alta y signos de preeclampsia es evidente que la expresión sexual no tendrá las mismas consecuencias. Esto quiere decir que el profesional de la salud deberá contemplar qué comportamientos sexuales son aceptables y cuáles peligrosos. Lo siguiente es explicar todo en profundidad a la pareja y, luego, indagar hasta qué punto pueden seguir estas recomendaciones.

Para la mujer con hipertensión gestacional, el ejercicio aeróbico está contraindicado, por ende, no debe tener actividad sexual extenuante (como posturas en las que ella se ubique arriba). Si hubiera signos de preeclampsia, consideramos que la paciente debe evitar la excitación fuerte y el orgasmo.

Sí está permitido besarse, abrazarse, acurrucarse. Si la penetración fuera muy necesaria para la pareja, pueden optar por hacerlo de manera suave, decirse cuánto se aman y terminar el encuentro con masturbación y eyaculación del hombre fuera de la vagina.

12.4.7. Insuficiencia placentaria

La restricción del crecimiento fetal puede ser un signo de mal funcionamiento de la placenta. Si a esto se le suma hipertensión arterial o preeclampsia es mejor que la mujer se abstenga de la mayoría de los aspectos del comportamiento sexual (ver arriba).

Se desconoce si el comportamiento sexual produce algún riesgo para la madre o el bebé cuando no hay preeclampsia. La excitación sexual está acompañada de un aumento de la circulación uterina pero no sabemos si esto beneficia la circulación de la placenta y el feto.

12.4.8. Infecciones del tracto urinario (ITU)

Las mujeres suelen presentar bacteriuria asintomática, por lo que es bastante frecuente detectarla en la atención prenatal. Durante el embarazo, los músculos lisos de los uréteres se relajan. La dilatación y la presión abdominal que genera el útero en crecimiento facilitan el ascenso de las bacterias desde la vejiga hasta el riñón, generando un dilema: por un lado, la bacteriuria no tratada se asocia con mayor pielonefritis y riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y mortalidad perinatal; por el otro, el tratamiento con antibióticos crea resistencia, una gran desventaja durante el embarazo ya que este cuadro impide administrar drogas teratogénicas. Las investigaciones ponen el foco en las medidas higiénicas para prevenir las infecciones del tracto urinario. Se observa un mayor número relacionado a la actividad sexual >2-3 veces por semana y a no evacuar la vejiga después del coito [6].

Las recomendaciones no sexuales son: limpiar/lavar el área genital de adelante hacia atrás después de ir al baño, no retener orina y beber suficiente líquido.

Recomendaciones sexuales: evacuar la vejiga después del coito, lavar la zona genital después del coito [6]. A esto agregamos no tener sexo con demasiada frecuencia (si fuera muy necesario, considerar la actividad sexual sin penetración). Después de tener sexo anal, prestar especial atención al lavado/limpieza perineal y no combinarlo con la penetración vaginal.

12.4.9. Colpitis/Infección vaginal

En el microbioma del tracto genital femenino sano predominan las bacterias que producen ácido láctico y mantienen un pH bajo, que lo protege contra las infecciones. El

embarazo influye en ese microbioma, produciendo más infecciones [7] y con ellas, mayor riesgo de parto prematuro e infecciones pélvicas.

El embarazo cambia el microbioma de la mujer y puede influir también en el comportamiento sexual de su pareja. El hombre puede recurrir a contactos extraconyugales, generando aún mayor riesgo de ETS o tricomoniasis [8].

En diversos grados, las infecciones vaginales son relevantes debido a las molestias que producen (secreción, picazón, dispareunia, sensación de ardor en la vulva y al orinar), influyen en la sexualidad y aumentan el riesgo de parto prematuro y consecuencias neonatales.

La *vaginosis bacteriana* (VB) se debe a una mala distribución de la flora vaginal normal debido a la alta colonización de organismos anaeróbicos (*Gardnerella vaginalis* y otros) y al aumento del pH vaginal. Su prevalencia en mujeres en edad reproductiva varía del 5 al 60 %, dependiendo del área geográfica y los criterios de diagnóstico. Casi la mitad de los casos de VB son sintomáticos, siendo la queja más común las secreciones con olor a pescado. Aunque el coito parece ser un factor de riesgo, no hay evidencia de que la VB sea una ETS. Las mujeres que usan vaselina como lubricante tienen mayor prevalencia de VB [9]. En la primera etapa del embarazo, la VB es un factor de riesgo significativo de parto prematuro y aborto espontáneo [10]. Si bien su tratamiento mejora los síntomas, no reduce el riesgo de parto prematuro [11].

La *candida albicans* coloniza comúnmente la vagina de las mujeres embarazadas. Puede ser asintomática o causar prurito de flujo vaginal, entre otros síntomas. Si no hay tratamiento en simultáneo de la/s pareja/s sexual/es, la reinfección es común. La candidiasis vulvovaginal es más frecuente en mujeres que reciben sexo oral y utilizan lubricantes con glicerina/glicerol, que son propicios para el desarrollo del hongo.

La *tricomoniasis* se caracteriza por las secreciones con mal olor. El tratamiento debe incluir a la/s pareja/s sexual/es.

La *vaginitis aeróbica* se presenta con un aumento en la inflamación de la mucosa y, como consecuencia, mayor dispareunia [12].

El *estreptococo del grupo B* (GBS) o *estreptococcus agalactiae* es uno de los microorganismos que podrían aparecer con la vaginitis aeróbica. Las infecciones por colonización del GBS suelen ser asintomáticas y pueden causar ITU y rotura prematura de membranas (RPM). La colonización materna intensa se asocia con la infección neonatal fulminante.

Sexualidad: en muchas parejas, las molestias (secreción, olor) impedirán el sexo, en especial el cunnilingus. Debido a que estos problemas suelen estar acompañados de dispareunia, será conveniente informarles que esto podría inaugurar un círculo vicioso duradero de “dolor → falta de deseo → dolor” y recomendarles interacciones sexuales sin penetración.

Se han encontrado asociaciones entre posturas en las que el hombre se ubica arriba, RPM e infecciones [13], por lo que conviene recomendar otro tipo de posturas.

12.4.10. Contracciones uterinas

Las contracciones uterinas pueden provocar miedo, en especial a las mujeres primíparas. La mayoría son del tipo Braxton–Hicks y no se relacionan con el inicio del parto.

Son incómodas pero no suelen ser dolorosas (si se comparan con el dolor del parto). La actividad sexual suele desencadenarlas.

La mujer también experimenta contracciones durante el orgasmo, cuyo patrón puede modificarse en las últimas semanas de embarazo. El patrón clónico típico “contracción → relajación → contracción” muta en una fuerte contracción tónica, que pareciera intensificarse por el aumento de oxitocina y las prostaglandinas depositadas en la vagina con el semen. En embarazos saludables esto no representa ningún peligro ni causa partos prematuros.

Recomendaciones: si se trata de un embarazo saludable y no hay signos de parto prematuro, todas las prácticas sexuales están permitidas.

No obstante, si las contracciones dolorosas mutan en síntomas de un posible parto prematuro (sangrado, cuello uterino acortado, contracciones persistentes), la pareja debe abstenerse de la actividad sexual.

12.4.11. Rotura prematura de membranas

La rotura prematura membranas (RPM) es la que involucra a la membrana corioamniótica y se produce antes de las 37 semanas de gestación. Las mujeres con RPM presentan un mayor riesgo de parto prematuro debido a infección o corioamnionitis, adelanto del trabajo de parto o desprendimiento de la placenta debido a cambios en la presión uterina y pérdida de líquido amniótico. La penetración, vaginal y anal, y el contacto orovaginal aumentan el riesgo de infección ascendente y corioamnionitis. Dado que con la RPM el útero es propenso a comenzar el trabajo de parto, la mujer y la pareja deben abstenerse de las actividades sexuales o eróticas que puedan causar contracciones uterinas.

Lo que no se debería hacer: penetración vaginal, penetración anal, contacto orovaginal, estimulación de pezones, masturbación y orgasmo femeninos.

Lo que sí está permitido: besarse, abrazarse, darse masajes suaves, orgasmo de la pareja.

12.4.12. Antecedentes de parto prematuro (PP)

Un historial de parto prematuro representa un mayor riesgo de que vuelva a suceder de manera espontánea. Por lo tanto, a muchas parejas les preocupa los potenciales peligros del contacto sexual, aunque no existan datos de investigación confiables que nos ayuden a esclarecer esta cuestión [1].

Si la mujer no presenta cuello uterino acortado ni otros riesgos obstétricos, no hay razones para abstenerse de cualquier tipo de actividad sexual.

Si el embarazo presenta o presentó síntomas que indican la posibilidad de parto prematuro, es mejor evitar cualquier actividad sexual que cause un aumento en la frecuencia o intensidad de las contracciones uterinas.

Después de una cuidadosa investigación, MacPhedran sugiere “Individualizar las recomendaciones en base a la historia obstétrica, las comorbilidades y los temores y necesidades propios de la paciente y su pareja.” [1]

12.4.13. Sangrado en la segunda mitad del embarazo

La pérdida de sangre puede deberse a varias causas, que incluyen parto prematuro inminente, placenta previa, vasa previa, desprendimiento de la placenta y ruptura uterina. También puede deberse a causas no relacionadas con el embarazo, como pólipos o tumores cervicales, infecciones vaginales o traumatismos. La pareja debe evitar la actividad sexual hasta que se realice un diagnóstico adecuado (y se inicie el tratamiento), luego, el profesional les dará indicaciones detalladas. Analizaremos primero la placenta previa y, a continuación, el desprendimiento placentario (*solutio placentae*).

La *placenta previa* es una causa importante de sangrado en el tercer trimestre. Cuando la placenta se implanta baja, aumenta su distancia con respecto al segmento uterino inferior a medida que este se desarrolla, pudiendo ocasionar un sangrado indoloro. Este sangrado “testigo” justifica la indicación de evitar el ejercicio aeróbico y todos los actos sexuales que causen contracciones uterinas o que influyan de forma mecánica en el segmento inferior del útero. Es decir que quedan prohibidas las posturas sexuales en las que la mujer se ubica arriba, la estimulación de los pezones, la penetración vaginal o anal y el orgasmo. Lo mismo aplica en el caso de vasa previa.

El *desprendimiento de placenta* se produce cuando la placenta se separa de su sitio de implantación antes del nacimiento. La separación total constituye una emergencia con peligro de muerte. Hay muy poca información científica disponible sobre qué recomendar [1] en casos de separación parcial (crónica). Si el desprendimiento crónico es estable, conviene indicar a los pacientes abstenerse de las actividades sexuales que provocan contracciones uterinas recurrentes, intensas o dolorosas, como así también de aquellas que causan sangrado.

12.4.14. Embarazo múltiple

El embarazo gemelar difiere muy poco del individual, a excepción de su duración, ya que el parto ocurre en promedio a las 37 semanas. De acuerdo con la limitada investigación sobre el tema, la sexualidad no influye en el inicio del parto [14], por lo que, de no haber complicaciones, las instrucciones y recomendaciones respecto de esta actividad pueden ser las mismas.

En los países más prósperos, alrededor del 20 % de los embarazos de gemelos son resultado de la fertilización in vitro. Estas parejas tienden a reducir la frecuencia del sexo porque el embarazo es muy preciado para ellos (y tal vez también porque se sabe que estos embarazos presentan más complicaciones obstétricas). No obstante, no hay restricciones sexuales en embarazos gemelares.

Los embarazos múltiples (trillizos o más) están más asociados a la prematuridad. No hay información sobre la influencia de la sexualidad en dichos embarazos. Se recomienda informar sobre las posibles consecuencias de las actividades sexuales que pueden inducir el parto y ayudar a la pareja a encontrar un equilibrio entre la seguridad para el embarazo y el bebé y la satisfacción sexual/emocional.

12.4.15. Cicatrices uterinas

En casi todas las cesáreas (>99 %) se realiza una incisión transversal en la parte inferior del útero. Si no hay otras complicaciones obstétricas, esa cicatriz no representa riesgo de ruptura uterina. Sin embargo, en casos de cesáreas con incisión longitudinal (por lo general, para permitir más espacio para retirar al bebé), la cicatriz resultante representa un riesgo de ruptura uterina del 2 % durante el parto y del 6 % durante el parto [1]. El riesgo es comparable con el que dejan las cirugías uterinas mayores, por ejemplo, en casos de útero doble o miomas intramurales. En todas estas pacientes está contraindicada la prueba de tolerancia a las contracciones y se indica el parto por cesárea.

Recomendaciones: explicar de manera explícita y las veces que sea necesario que la paciente debe evitar cualquier estimulación sexual que provoque contracciones uterinas prolongadas o dolorosas debido al riesgo de ruptura uterina. Estos son los casos en que convendrá poner el foco en las necesidades sexuales de la pareja de la embarazada.

12.5. Conclusión

El mensaje principal de este capítulo para los profesionales es que, cuando tratan con complicaciones que ponen en peligro el embarazo, tomen la iniciativa y respondan a las preguntas no verbalizadas por sus pacientes respecto de la sexualidad y la intimidad. Luego convendrá aclarar qué elementos del comportamiento sexual son peligrosos en cada situación para la mujer, el embarazo y/o el bebé. Asimismo, es muy importante comunicar de forma proactiva lo que sí “está permitido” o “se recomienda”. Se debe buscar un equilibrio para minimizar las consecuencias que afectan al embarazo y al bebé, y las que afectan a la mujer, su pareja y la relación sexual de ambos.

Referencias

- [1] MacPhedran S. E. (2018): Sexual activity recommendations in high-risk pregnancies: what is the evidence? *Sex Med Rev*; 6: 343-57.
- [2] Bendvold E., Gottlieb C., Svanborg K., et al. (1987): Concentration of prostaglandins in seminal fluid of fertile men. *Int J Androl*; 10: 463-9.
- [3] Moscrop A. (2012): Can sex during pregnancy cause a miscarriage; a concise history of not knowing. *Br J Gen Pract*; 62: e308-10.
- [4] American Society for Reproductive Medicine (2012): Evaluation and treatment of recurrent pregnancy loss: a committee opinion. *Fertil Steril*; 98: 1103-11.
- [5] Cunningham F. G., et al., (eds.) (2018): *Williams obstetrics*. 25^a ed. Nueva York: McGraw Hill Medical.
- [6] Ghouri F., Hollywood A., Ryan K. (2018): A systematic review of non-antibiotic measures for the prevention of urinary tract infections in pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth*; 18: 99.
- [7] Han C., Li H., Han L., et al. (2019): Aerobic vaginitis in late pregnancy and outcomes of pregnancy. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*; 38: 233-9.

- [8] Whisman M. A., Gordon K. C., Chatav Y. (2007): Predicting sexual infidelity in a population-based sample of married individuals. *J Fam Psychol*; 21: 320-4.
- [9] Brown J. M., Hess K. L., Brown S., et al. (2013): Intravaginal practices and risk of bacterial vaginosis and candidiasis infection among a cohort of women in the United States. *Obstet Gynecol*; 121: 773-80.
- [10] Leitich H., Bodner-Adler B., Brunbauer M., et al. (2003): Bacterial vaginosis as a risk factor for preterm delivery: a meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*; 189: 139-47.
- [11] Paladine H. L., Desai U. A. (2018): Vaginitis: diagnosis and treatment. *Am Fam Physician*; 97: 321-9.
- [12] Donders G., Bellen G., Grinceviciene S., et al. (2017): Aerobic vaginitis: no longer a stranger. *Res Microbiol*; 168: 845-58.
- [13] Ekwo E. E., Gosselink C. A., Woolson R., et al. (1993): Coitus late in pregnancy: risk of preterm rupture of amniotic sac membranes. *Am J Obstet Gynecol*; 168: 22-31.
- [14] Stammer-Safar M., Ott J., Weber S., Krampl E. (2010): Sexual behaviour of women with twin pregnancies. *Twin Res Hum Genet*; 13: 383-8.

Aspectos sexuales del trauma provocado por el trabajo de parto y el parto

Petra Petročnik y Ana Polona Mivšek¹

13.1. Introducción

El período posterior al nacimiento implica un desafío para la pareja, debido a que el parto en sí puede afectar las actividades de la vida cotidiana y el cuidado del recién nacido, pero también la vida sexual de los padres recientes. Este capítulo brinda información detallada sobre los daños físicos y psicológicos relacionados con el proceso de parto y el nacimiento, incluyendo diversas consecuencias que pueden afectar la relación de pareja a futuro, como el traumatismo perineal, el parto instrumental, la pérdida del bebé, la pérdida de contacto íntimo o la decepción por el tipo de parto. Junto con las nociones teóricas, se proporcionan ejemplos tomados de la práctica clínica. Este capítulo tiene como objetivo empoderar a las matronas en su rol fundamental de reconocer las dificultades y ayudar a las parejas a restablecer una relación sexual saludable después del nacimiento.

13.2. Traumatismos físicos del parto

Son numerosos los cambios fisiológicos que se producen en el cuerpo de la mujer (ver [Capítulo 8](#)) y que influyen en la sexualidad postparto. De acuerdo con O'Malley et al. [1], casi el 50 % de las mujeres informó falta de interés en la actividad sexual, 43 % experimentó falta de lubricación vaginal y 37,5 % informó dispareunia en los primeros seis meses después del parto. En caso de haber sufrido algún traumatismo durante el parto, estos cambios pueden estar acompañados de otros temores y posibles dolores que influyen en la frecuencia y calidad de la actividad sexual posterior. Rara vez estas mujeres buscan ayuda, ya que tienden a estar más preocupadas por el recién nacido y por su cuidado personal que por su sexualidad. Entonces, son los profesionales de la salud, incluidas las matronas, quienes tienen que tomar la iniciativa e iniciar la conver-

¹ P. Petročnik  y A. Polona Mivšek 

Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Liubliana, Liubliana, Eslovenia.
E-mails: petra.petrocnik@zf.uni-lj.si; polona.mivsek@zf.uni-lj.si

sación sobre sexualidad. Para brindar un buen asesoramiento, deben estar al tanto de las lesiones sufridas durante el parto, como las perineales, entre otras.

13.2.1. *Traumatismos del tracto genital*

Se estima que el 85 % de las mujeres sufre algún tipo de herida en el tracto genital durante el parto [2], atribuibles a un cierto grado de laceración del cuello uterino, la vagina, el perineo u otras partes de los genitales. El traumatismo perineal puede ser el resultado de una episiotomía, pero también de un parto quirúrgico con ventosas o fórceps, del mismo modo que la cesárea deja una herida abdominal. El traumatismo perineal espontáneo puede provocar desgarros leves, de primer y segundo grado, o lesiones graves que involucran el esfínter anal, con desgarros de tercer y cuarto grado. El Informe EuroPeristat de 2010 [3] proporcionó estadísticas detalladas sobre traumatismo perineal durante el parto en los países europeos. La incidencia de desgarros de primer y segundo grado fue de 4-58 % y de tercer y cuarto grado, de 0,1- 5 % [3].

La magnitud de dicho traumatismo influye en el tiempo de recuperación postparto y de reanudación del sexo con penetración vaginal, así como en el posible desarrollo de una dispareunia. Aunque la prevalencia de dispareunia en las mujeres ya es bastante alta, siendo la incidencia en el postparto aún mayor, sobre todo cuando existen lesiones perineales, en muchos casos esta condición no es diagnosticada por lo que no recibe el tratamiento adecuado. Las mujeres que sufrieron un desgarro de segundo grado o recibieron una episiotomía experimentan baja excitación, falta de orgasmos y satisfacción sexual y mayor dispareunia pasadas doce semanas del parto [4]. Los criterios para suturar o no las laceraciones perineales leves difieren de país a país. Leeman et al. [4] compararon casos sin desgarro, con desgarro y sutura, y con desgarro sin sutura y no encontraron diferencias que informar respecto de la incontinencia urinaria, la incontinencia anal, la actividad sexual y la función sexual [4] a doce semanas del parto. La situación es bastante diferente con las lesiones graves. Un estudio danés reveló que el 50 % de las primíparas con desgarros perineales de tercer o cuarto grado informaron dispareunia incluso pasados los doce meses de haber parido. Como era de esperarse, los mejores resultados generales fueron informados por pacientes sin desgarros, sólo en los labios o sólo de primer grado en el perineo [5].

La episiotomía constituye un traumatismo perineal iatrogénico. Este “corte perineal”, una intervención muy frecuente, guarda estrecha relación con el dolor perineal prolongado luego del período de postparto e impide que la mujer pueda reanudar la actividad sexual vaginal. Una revisión de Cochrane comparó el uso selectivo con el uso rutinario de este procedimiento y no encontró beneficios en el último caso, ni para la madre ni para el bebé [6]. Por lo tanto, conforme a las pautas profesionales, no se recomienda la episiotomía como procedimiento de rutina. Los estudios demuestran que la intensidad del dolor postparto no se ve afectada por el tipo de episiotomía (mediolateral o de línea media). Sin embargo, y a pesar de que las estructuras anatómicas que se ven afectadas son las mismas, la episiotomía causa mayor dolor que el desgarro perineal espontáneo de segundo grado. Las pacientes que recibieron una episiotomía informaron mayor dolor perineal, menor satisfacción sexual y postergación del reinicio de la actividad sexual [7]. Esta última también puede deberse a la ansiedad que produce la expectativa de sentir dolor.

13.2.2. Traumatismos relacionados con el tipo de parto

La evidencia sugiere que el tipo de parto impacta en la función sexual postparto. Los partos quirúrgicos (mediante ventosas, fórceps o cesárea) están asociados a mayor dispareunia. En especial, el parto con ventosas y la cesárea arrojan tasas elevadas de dispareunia persistente hasta 18 meses después del parto.

El parto quirúrgico más común es la cesárea, que es una cirugía abdominal importante y, como tal, conlleva gran traumatismo físico para la mujer. La incidencia de la cesárea no es igual en todo el mundo. A pesar de que la OMS [8] recomienda una tasa de cesáreas de 10-15 %, en algunos países como Chipre, Brasil y Turquía, esta supera el 50 %. Además de la herida abdominal, que es una fuente considerable de dolor, este procedimiento también puede causar otras complicaciones, como infecciones, hemorragias y lesiones quirúrgicas indirectas. Si bien el perineo permanece intacto en una primera cesárea, Blomquist et al. [9] informan que este procedimiento no evita la dispareunia postparto. Las pacientes que tuvieron parto por cesárea retoman la actividad sexual antes, sin embargo, la revisión sistemática con metaanálisis realizada por Fan et al. [10] no informó diferencias en la satisfacción sexual postparto entre mujeres a las que se le practicó una cesárea y aquellas que tuvieron un parto natural.

Un estudio danés más reciente [11] analizó a más de 43.000 mujeres durante un promedio de 16 años después del primer nacimiento y reveló que la cesárea no garantiza la ausencia de problemas sexuales a largo plazo. El parto vaginal (incluso después de haber tenido un parto anterior por cesárea) se asoció a niveles más bajos de problemas sexuales a largo plazo. Sin embargo, una consecuencia posible y no menor de este tipo de parto es el traumatismo del nervio pudendo. Esto explica por qué algunos autores hacen hincapié en la potencial función protectora de la cesárea: causaría menos lesiones del nervio pudendo, menos traumatismos del suelo pélvico y ningún daño perineal [12]. Este controvertido argumento desató el debate sobre si se debe o no permitir que las pacientes opten por una cesárea para evitar el desarrollo de una disfunción del suelo pélvico y posibles disfunciones sexuales postparto. Sin embargo, debido a que el embarazo y el parto son causas determinantes de cambios en la función del suelo pélvico, una cesárea de rutina no es la solución para preservar esa función.

Los traumatismos sufridos en el parto también pueden afectar a las mujeres a nivel psicológico, a veces como consecuencia del dolor sufrido, aunque no siempre es así. Por un lado, la matrona tiene el rol fundamental de prevenir las roturas de tejidos blandos y las episiotomías innecesarias. Por otro, debe proporcionar información a la paciente sobre el manejo del dolor y el cuidado de las heridas, y hablar sobre cómo será su sexualidad luego del parto y cómo retomar el coito. Es importante que la conversación sobre sexualidad sea cara a cara con la mujer o la pareja, así como registrar esa información en el protocolo de alta. Las matronas de atención comunitaria deben abordar el tema como parte de las visitas domiciliarias a sus pacientes en la de fase postparto.

13.3. Consecuencias psicológicas de traumatismos físico

El parto puede afectar a las mujeres a nivel psicológico. Por ejemplo, si hubo traumatismos físicos, puede que también haya daños psicológicos a causa del dolor sufrido en el parto si la paciente no estaba preparada para sentirlo, si fue totalmente inesperado

o experimentado como intolerable. Esto también puede afectar a la pareja de la parturienta. Las matronas están acostumbradas a trabajar con mujeres que experimentan dolor, pero esto no así sus parejas, en especial al presenciar que un ser querido sufre intensamente.

A veces, las mujeres evitan tener sexo con penetración debido a la dispareunia. Si el tema no se habla de manera abierta al interior de la pareja, es posible que la otra persona no comprenda esta actitud, con el riesgo de prolongar la negativa a cualquier forma de intimidad.

Los estudios confirman que las lesiones perineales por complicaciones obstétricas pueden provocar una angustia psicológica tal que se manifiesta como síntomas similares al trastorno de estrés postraumático (TEPT) [13]. Sumado a esto, la relación de pareja podría verse afectada al disminuir la calidad de las interacciones sexuales y conyugales. Muchas veces resulta difícil hablar sobre el miedo a sentir dolor durante el coito o las inseguridades respecto de la propia imagen corporal, en especial si la comunicación sobre sexualidad no fue establecida antes o durante el embarazo. En el caso de los desgarros perineales severos, la mayoría de las mujeres que participó del estudio de Skinner et al. [14] exhibió conductas de afrontamiento perjudiciales. Los autores verificaron la presencia de ansiedad, evasión, desinterés por el bebé y/o la pareja y aplanamiento afectivo. Las participantes sentían angustia porque les era casi imposible mantener relaciones sexuales, porque les traía malos recuerdos del parto y sentían el estigma de tener un cuerpo “inadecuado” [14]. En casos de laceraciones severas producto del parto, Crookall et al. [15] relevaron que las pacientes sentían menos deseo de ser abrazadas o tocadas por sus parejas. Las lesiones perineales graves pueden ocasionar varias complicaciones (como incontinencia urinaria o fecal) que calan profundo en la vida cotidiana de la mujer dañando su autoestima. En estos casos, la relación de pareja y, en consecuencia, la sexualidad, se ven afectadas.

13.4. Trauma psicológico

Como consecuencia del parto, la mujer, su pareja o ambos pueden experimentar otras experiencias traumáticas a nivel psicológico. No debemos subestimar el trauma psicológico que puede surgir de sentimientos de fracaso cuando la paciente considera que el parto no salió como lo esperaba o deseaba, o no se adecuó a su “sistema de valores” (por ejemplo, no dar a luz por vía vaginal). Las mujeres que perciben el parto como una experiencia traumática podrían afrontar efectos psicológicos a largo plazo [16].

Incluso si la matrona o cualquier otro profesional de la salud ha clasificado el parto como “normal”, la mujer puede sentirlo como una experiencia traumática. Los factores de riesgo que lo indican son: experiencia subjetiva negativa del parto, parto quirúrgico, falta de apoyo y disociación del embarazo [17].

Por otro lado, la pareja de la embarazada podría experimentar algún tipo de trauma psicológico si la persona no está preparada para presenciar algunos procedimientos o consecuencias del parto. Las parejas que presenciaron un parto traumático informaron que esto los afectó de manera negativa además de tener consecuencias en la relación [18, 19]. La preparación para el parto es importante, así como la cooperación con la

pareja durante el nacimiento y después. Cuando la pareja siente que está preparada para afrontar juntos los desafíos del trabajo de parto y el parto, su vínculo se fortalece en un período de cambios significativos. Esto crea un contexto óptimo para que puedan retomar su intimidad y sexualidad luego del parto.

A continuación, analizamos algunas experiencias traumáticas y sus posibles consecuencias sexuales.

- (a) *Pérdida del bebé.* En ocasiones es precedida por una montaña rusa emociones, como miedo e inseguridad constantes, otras veces sucede como un hecho repentino. Las consecuencias sexuales dependen en gran medida de cómo la pareja ha desarrollado su sexualidad y el rol que tiene para cada uno en particular. Para algunas parejas, esta experiencia se convierte en un fuerte elemento de unión (incluso sexual). Otras se distancian poco a poco (también sexualmente) porque tienen distintas formas de lidiar con la pérdida o porque no entienden al otro.
- (b) *Retraumatización de abuso físico o sexual previo.* Se podría asumir que la mayoría de las mujeres han podido procesar su pasado difícil y son capaces de lidiar con situaciones no tan complejas, mientras que otras son (todavía) muy vulnerables. Incluso con la mejor atención, la situación puede tornarse traumática, por ejemplo, si de un momento al otro fuera necesario aplicar ventosas o fórceps, lo que genera una pérdida de control. En algunos casos, una buena atención posterior al evento puede restablecer el equilibrio que se ha visto alterado, mientras para otras mujeres o parejas las consecuencias psicológicas y sexuales pueden ser duraderas. El [Capítulo 24](#) trata con mayor detalle estas situaciones.
- (c) *Pérdida de identidad.* Puede suceder, por ejemplo, si la experiencia del parto no resulta ser de la forma en que la embarazada la imaginó. Si ella se preparó para un primer parto natural, con velas y flores en la habitación, y de repente tiene que ser llevada al quirófano para un procedimiento de emergencia, puede que lo perciba como un “fracaso” en su rol de “madre natural”. Esta pérdida del sentido de identidad puede indicar problemas psicológicos de autoestima y, en consecuencia, menoscabar el deseo sexual de la mujer y dañar la relación con su pareja.
- (d) *Traumatización de la pareja de la embarazada.* Si bien los profesionales de la salud están acostumbrados a la sangre y el dolor, no debemos asumir que quien acompaña a la parturienta también lo está. Es posible que un marido que presencié cómo su esposa sufría un desgarro de tercer grado pierda el deseo sexual por largo tiempo.
- (e) *Pérdida de conexión en la pareja.* El parto es una experiencia estresante que impone grandes exigencias en el trato entre la pareja, que son completamente ajenas a la cotidianeidad. La mujer puede volverse tan introvertida que parecerá que su pareja no existe o incluso insultarle, gritarle que nunca más quiere volver a tener sexo. Y aunque puede que ella olvide lo sucedido en poco tiempo, a algunos hombres les toma meses dejar de lado esas experiencias. También el hombre puede causar la desconexión, por ejemplo, si llega justo antes del parto, nervioso y oliendo a alcohol. Este tipo de experiencias pueden complicar la transición a una maternidad/paternidad saludable y la recuperación de la intimidad de pareja en el postparto.

- (f) *Daño relacionado con la matrona (u otro profesional)*. En un estudio retrospectivo que incluyó a >2.100 mujeres neerlandesas que habían experimentado el parto como un evento traumático, muchas de ellas indicaron que el trauma pudo haberse prevenido o sido menor con una mejor comunicación y apoyo por parte del personal sanitario. Otras causas del “daño” mencionadas fueron: maltrato, abuso verbal, discriminación y procedimientos realizados sin consentimiento [20]. Estas violaciones a la integridad mental de las mujeres (casi todas vulnerables por estar pariendo) pueden causar o intensificar sentimientos negativos respecto de sí mismas. A algunas, la sexualidad les ayuda a reconectarse con su ser interior, aun así, estos sentimientos negativos dificultan el disfrute de la sexualidad.

13.5. El rol de la matrona

La función principal de la matrona durante el parto es prevenir las roturas de tejidos blandos y las episiotomías innecesarias. Las medidas preventivas deben comenzar en el embarazo (con masajes de la zona perineal a partir de la semana 34) y continuar durante el parto (aplicando compresas calientes en el perineo, buscando mantener una posición erguida, realizando maniobras de protección perineal). Si a pesar de todos estos esfuerzos, la episiotomía fuera necesaria o se produjeran laceraciones, es necesario el cuidado adecuado de la herida y la mujer debería recibir información detallada y objetiva sobre su lesión y cómo atenderla.

Las mujeres suelen manifestar que nadie les explicó qué sucedió con sus genitales durante el parto [14]. Es por eso que muchas veces creen que sus heridas son más graves de lo que en realidad son. Una explicación ofrecida por la matrona sobre qué esperar después del parto podría ayudar a la paciente a prevenir o resolver miedos y ansiedades infundadas. La matrona debe proporcionar información sobre el manejo del dolor, el cuidado de las heridas y abordar el tema de la reanudación del coito después del parto. Con el consentimiento de la paciente, es recomendable incluir a su pareja en la conversación sobre los aspectos sexuales de la recuperación y las preocupaciones y dudas de índole sexual. Debe explicar la dispareunia sin acrecentar el miedo o la ansiedad de su paciente y alentar a la pareja a compartir sus preocupaciones sexuales y a acordar el momento indicado para volver a tener sexo con penetración (ambos deben sentirse listos). Cabe señalar que es perfectamente normal que en un primer momento la mujer (en especial si está amamantando) no esté de humor para el coito, ya que lo primordial será atender al recién nacido. Por lo tanto, es crucial que se sientan listos y elijan las actividades sexuales que les resulten bien a ambos. Tal vez, en los primeros días o semanas luego del parto, podrían sólo acurrucarse y dejar que la penetración suceda cuando la mujer se sienta lista.

Si se presentan problemas de sexualidad en el postparto, la matrona puede decidir cuál será su rol en el cuidado de la salud sexual de la pareja (por ejemplo, elegir un nivel del modelo PLISSIT, descrito en el [Capítulo 3](#)). No obstante, cuando se trata de traumatismos perineales graves, la matrona debe estar alerta y considerar posibles complicaciones físicas que podrían requerir una derivación a otros especialistas. Cuando la matrona no puede dar continuidad a la atención después del alta de la unidad de maternidad, debe reenviar la información sobre la sexualidad de la paciente/pareja que haya recabado al profesional de la salud que continuará la atención.

13.6. Conclusión

Las matronas y demás profesionales de la salud deben comprender los cambios que pueden producirse en la vida sexual de sus pacientes según el tipo de parto. Deben brindar información realista sobre las consecuencias físicas de las intervenciones en el parto y explicar cómo lidiar con el dolor. También deben tomar la iniciativa de abordar los posibles efectos sexuales del parto y las formas de manejarlos. Después del nacimiento, la matrona debe ofrecer consultas adecuadas a la mujer que ha atravesado un parto traumático.

Entonces, los profesionales de la salud que atienden a las mujeres en el postparto también deben abordar con ellas el tema de la sexualidad y la intimidad en caso de que existiese trauma físico o psicológico. Los problemas de sexualidad deben tratarse y estar registrados en el protocolo de alta tanto de la mujer como de su pareja. Las matronas de atención comunitaria deben abordar el tema como parte de las visitas domiciliarias a sus pacientes en la fase de postparto. La matrona debe promover un diálogo abierto sobre sexualidad desde el inicio del embarazo, puesto que será beneficioso para la intimidad de la pareja.

Referencias

- [1] O'Malley D., Higgins A., Begley C., et al. (2018): Prevalence of and risk factors associated with sexual health issues in primiparous women at 6 and 12 months postpartum; a longitudinal prospective cohort study (the MAMMI study). *BMC Pregnancy Childbirth*; 18: 196.
- [2] Brandie K., Mackenzie A. (2009): Perineal trauma following vaginal delivery. *J Assoc Chart Physiother Women's Heal*; 105: 40-55.
- [3] EuroPeristat (2010): *European perinatal health report: health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010*.
- [4] Leeman L. M., Rogers R. G., Greulich B., Albers L. L. (2007): Do unsutured second-degree perineal lacerations affect postpartum functional outcomes? *J Am Board Fam Med*; 20: 451-7.
- [5] Gommesen D., Nøhr E., Qvist N., Rasch V. (2019): Obstetric perineal tears, sexual function and dyspareunia among primiparous women 12 months postpartum: a prospective cohort study. *BMJ Open*; 9: e032368.
- [6] Jiang H., Qian X., Carroli G., Garner P. (2017): Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*; 2: CD000081.
- [7] Yildiz H. (2015): The relation between prepregnancy sexuality and sexual function during pregnancy and the postpartum period: a prospective study. *J Sex Marital Ther*; 41: 49-59.
- [8] World Health Organization (2015): *WHO statement on caesarean section rates*. Ginebra: World Health Organization Human Reproduction Programme.
- [9] Blomquist J. L., McDermott K., Handa V. L. (2014): Pelvic pain and mode of delivery. *Am J Obstet Gynecol*; 210(423): e1-6.
- [10] Fan D., Li S., Wang W., et al. (2017): Sexual dysfunction and mode of delivery in Chinese primiparous women: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*; 17: 408.

- [11] Hjorth S., Kirkegaard H., Olsen J., et al. (2019): Mode of birth and long-term sexual health: a follow-up study of mothers in the Danish National birth cohort. *BMJ Open*; 9: e029517.
- [12] Johnson C. E. (2011): Sexual health during pregnancy and the postpartum. *J Sex Med*; 8: 1266-7.
- [13] Ayers S., Bond R., Bertullies S., Wijma K. (2016): The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. *Psychol Med*; 46: 1121-1134.
- [14] Skinner E. M., Barnett B., Dietz H. P. (2018): Psychological consequences of pelvic floor trauma following vaginal birth: a qualitative study from two Australian tertiary maternity units. *Arch Womens Ment Health*; 21: 341-51.
- [15] Crookall R., Fowler G., Wood C., Slade P. (2018): A systematic mixed studies review of women's experiences of perineal trauma sustained during childbirth. *J Adv Nurs*; 74: 2038-52.
- [16] Murphy H., Strong J. (2018): Just another ordinary bad birth? A narrative analysis of first time mothers' traumatic birth experiences. *Health Care Women Int*; 39: 619-43.
- [17] Hollander M. H., van Hastenberg E., van Dillen J., et al. (2017): Preventing traumatic childbirth experiences: 2192 women's perceptions and views. *Arch Womens Ment Health*; 20: 515-23.
- [18] Inglis C., Sharman R., Reed R. (2016): Paternal mental health following perceived traumatic childbirth. *Midwifery*; 41: 125-31.
- [19] Daniels E., Arden-Close E., Mayers A. (2020): Be quiet and man up: a qualitative questionnaire study into parents who witnessed their partner's birth trauma. *BMC Pregnancy Childbirth*; 20: 236.
- [20] Bohren M. A., Mehrtash H., Fawole B., et al. (2019): How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. *Lancet*; 394: 1750-63.

Aspectos sexuales de los problemas del postparto y la maternidad/paternidad reciente (primer año)

Deirdre O'Malley, Valerie Smith y Agnes Higgins¹

14.1. Introducción

Para los padres recientes, sean primerizos o no, el primer año puede resultar complicado debido a numerosos problemas psicosociales, por ejemplo, los desafíos asociados con la transición y la adaptación a ser padres, el estrés relacionado con el cuidado del bebé y los cambios en la relación íntima de la pareja (ver también [Capítulo 8](#)). Algunas mujeres también presentan morbilidades que afectan su salud física y mental, como incontinencia urinaria o fecal, dolor en la cintura pélvica, ansiedad, depresión y problemas de salud sexual, que pueden deteriorar su calidad de vida. Además, los problemas pre-existentes que afligen la salud física y mental pueden exacerbarse en el embarazo o el postparto, y desembocar en problemas sexuales a largo plazo causando gran angustia a las mujeres y sus parejas en el primer año que sigue al nacimiento.

14.2. Problemas de salud sexual en el postparto

Las mujeres pueden experimentar una gran variedad de dificultades de este tipo en el postparto, como dispareunia, falta de lubricación vaginal, dificultades relativas al orgasmo y falta de deseo sexual, entre otros. Aunque es posible que estos problemas se resuelvan por sí solos en el período inicial del postparto, los profesionales de la salud deben abordarlos ya que muchos de ellos pueden persistir por uno o más años, lo cual genera gran angustia a la paciente y su pareja y, en algunos casos, la ruptura de la relación. El porcentaje de prevalencia pasado un año varía dependiendo del tipo de problema. Por ejemplo, en una muestra de 832 mujeres nulíparas, el 9 % informó laxitud vaginal, mientras que el 40 % informó pérdida de interés en el sexo [[1](#)]. Los

¹ D. O'Malley 

Departamento de Enfermería, Partería y Primera Infancia, Instituto de Tecnología de Dundalk, Dundalk, Co Louth, Irlanda. E-mail: deirdre.omalley@dkit.ie

V. Smith  y A. Higgins 

Escuela de Enfermería y Partería, Universidad de Dublín, Trinity College, Dublín, Irlanda

estudios indican que las mujeres experimentan problemas de salud sexual durante el primer año después del nacimiento, que pueden ser de nueva aparición, asociados con enfermedades físicas o mentales subyacentes o bien, exacerbados por el nacimiento y el puerperio [2, 3]. Antes de pasar a estos temas, es importante mencionar que muchos estudios aplican el Índice de Función Sexual Femenina (FSFI) para medir la prevalencia de problemas sexuales. Por tanto, primero consideraremos los desafíos y limitaciones de estas investigaciones.

14.3. La complejidad de diagnosticar problemas de salud sexual en el postparto

Estimar la prevalencia de los problemas de salud sexual en el postparto es una tarea compleja y desafiante. Numerosos artículos e informes, basados en resultados de estudios que aplican el índice FSFI, consideran que las puérperas son sexualmente disfuncionales o que presentan problemas de salud sexual. El FSFI mide la excitación sexual, la lubricación vaginal, la capacidad de alcanzar el orgasmo, la dispareunia y la satisfacción sexual [4], y las puntuaciones bajas (<26) son marcadores de disfunción sexual. No obstante, el uso de este índice resulta problemático por varias razones. La escala se basó en un principio en el modelo de Ciclo de Respuesta Sexual elaborado por Masters y Johnson [5], que ha quedado obsoleto. Este describía un modelo lineal que atravesaba cuatro fases (excitación, meseta, orgasmo y resolución) y era casi idéntico para hombres y mujeres. Es decir que, respecto de las mujeres, no tenía en cuenta la motivación para el sexo, el deseo sexual, la dinámica relacional o las necesidades de intimidad emocional, todos estos considerados aspectos importantes de la respuesta sexual femenina [6].

Dado que la escala del FSFI no se desarrolló para aplicarse a la salud sexual post-parto ni se validó con datos extraídos de mujeres puérperas, utilizarla para estudiar esta población discreta es cuestionable y problemático. Clasificar a estas mujeres como sexualmente disfuncionales sólo en base a los resultados del FSFI es ignorar la complejidad del bienestar sexual femenino en el postparto y la potencial influencia del contexto más amplio de la vida y las relaciones afectivas, incluido el impacto en la función sexual y las relaciones íntimas que produce la adaptación a los roles de crianza, el cansancio extremo y la preocupación por el bienestar del bebé.

Las secciones que siguen examinan algunos de los problemas nuevos y preexistentes más comunes que afectan el bienestar sexual en el primer año luego del nacimiento.

14.3.1. *Dispareunia persistente*

Muchas pacientes primíparas experimentan dispareunia en los primeros meses posteriores al parto (ver [Capítulo 8](#)). En muchos casos, esta se resuelve por sí sola o la pareja logra manejarla con estrategias simples. Sin embargo, hay evidencia de que algunas mujeres experimentan una dispareunia prolongada y angustiante que puede deteriorar su calidad de vida y relación con su pareja. Un estudio de cohorte realizado

en Australia arrojó que el 28 % (333/1184) de las mujeres primíparas aún presentan dispareunia a 12 meses del parto y el 23 % (261/1155), a 18 meses. En tanto que una de cada diez describió el dolor como “angustiante”, “horrible” o “insoportable” [7]. Si bien es difícil identificar factores de riesgo para la dispareunia severa, McDonald y sus colegas consideraron factores maternos y obstétricos y advirtieron que el parto por cesárea está asociado con dolores intensos pasados seis meses [7]. El estudio no informa si las cesáreas fueron electivas o de emergencia, lo cual consideramos un factor relevante, ya que una cesárea de emergencia y un parto prolongado podrían influir en la intensidad de los dolores informados en el estudio de McDonald. Existe evidencia de que un traumatismo perineal grave aumenta la probabilidad de experimentar “dificultades en el coito”. Es decir, falta de deseo sexual, dolor en el orificio vaginal durante la penetración y/o dolor durante la penetración profunda [8]. Aunque puede ser complejo identificar a las mujeres en riesgo de desarrollar una dispareunia severa, es importante que los profesionales de la salud materna brinden apoyo y asesoramiento específicos para la mujer y la pareja.

En primera instancia, se debe apoyar y alentar a las mujeres a que hablen con su pareja sobre el dolor que están experimentando, cómo las hace sentir y cómo afecta su deseo sexual. Podemos aconsejarles que prueben diferentes posiciones sexuales, lubricantes y actividades sexuales alternativas, y, si estas estrategias no funcionan, recomendarles que hagan una consulta con su médico de cabecera o ginecólogo. Sugerimos que ambos asistan a las consultas, ya que no es sólo un problema de la mujer puerpera.

Una evaluación minuciosa por parte del profesional requiere obtener información de la pareja sobre el coito y la actividad sexual previos al embarazo, el tipo de parto y si fue traumático o hubo traumatismo perineal, el método de alimentación del bebé, el uso de anticonceptivos, cuánto tiempo esperaron para reanudar sus actividades sexuales luego del parto y de qué tipo son. Además, se debe tener en cuenta la edad de la mujer, los posibles síntomas perimenopáusicos y los efectos secundarios de medicamentos recetados, si este fuera el caso. El profesional debe preguntar sobre el dolor experimentado: si apareció por primera vez tras el parto y precisamente en qué lugar y en qué momento lo siente. Por ejemplo, si ocurre apenas el pene ingresa a la vagina, con la penetración profunda o ambos, y si es un dolor superficial y aislado en la zona de la vulva o la entrada vaginal o si lo siente sólo en un área particular de la vagina. La paciente debe describir cualquier sensación asociada con el dolor, como espasmos, ardor, tensión o fricción. Se deben descartar las infecciones vaginales y del tracto urinario como causantes del dolor. En casos de dispareunia severa, es necesario abordar los problemas psicosociales derivados, como ser las dificultades en la relación, los problemas de salud mental, el abuso de drogas y alcohol y los traumas emocionales, sexuales o físicos, ya sea actuales o del pasado. El profesional debe realizar esta evaluación tan exhaustiva con sensibilidad, siendo consciente de que puede generar vergüenza y angustia a la pareja. Es probable que el hombre también esté experimentando angustia ante la idea de causarle un dolor intenso a su pareja con la penetración vaginal. Una buena estrategia profesional es pedir permiso para hablar sobre este tema tan delicado, comenzar con las preguntas más simples y avanzar poco a poco hacia las más sensibles, mientras explica a la pareja por qué es necesario hacer cada una de estas preguntas (ver [Capítulo 26](#) sobre “cómo hablar de sexualidad”). Reconocer que necesitan ayuda y concertar una consulta médica son pasos significativos para muchas parejas. Aun así, el profesional

siempre debe tener presente la naturaleza sensible de esta conversación, utilizar un lenguaje que la pareja comprenda y explicar los términos médicos evitando los eufemismos, como “ahí abajo” cuando se refiere a la vagina o el pene.

Dependiendo de los hallazgos de la evaluación y los recursos disponibles, el profesional puede aconsejar a la pareja que consulte a un fisioterapeuta o especialista en suelo pélvico, quien podrá enseñarles estrategias para aliviar la sensación de tensión y los espasmos, por ejemplo, cómo elongar los músculos del suelo pélvico. Algunas parejas necesitarán derivación a un sexólogo clínico o terapeuta sexual si requieren asistencia para discutir y resolver problemas subyacentes de la relación afectiva, experiencias traumáticas en el parto u otros traumas del pasado (ver [Capítulo 29](#)). Un terapeuta psicosexual puede educar a la pareja sobre terapia sexual, proponer la terapia de relajación y la hipnoterapia como herramientas valiosas en casos de dolor durante el sexo o vaginismo. La terapia psicosexual puede incluir el desarrollo, junto con la pareja, de una rutina que involucre tocarse, besarse y explorarse mutuamente, pero evite la penetración vaginal.

Algunas mujeres y parejas necesitarán derivación a un ginecólogo para investigar la fuente física del dolor. Por ejemplo, si después de la reparación de un desgarró perineal grave el dolor persiste, la paciente podría requerir un examen exploratorio con anestesia general y tal vez una cirugía menor para reparar el tejido cicatricial. Cuando la zona de dolor es localizable y accesible, algunas mujeres encuentran alivio con el uso de un anestésico local, como la lidocaína, antes de la penetración. Debemos adaptar cualquier recomendación o estrategia a las necesidades de la pareja y asegurarnos de que ambos estén de acuerdo.

14.4. Adaptación a la maternidad/paternidad

De todos los debates sobre el bienestar sexual después del nacimiento, identificamos que la relación de pareja es un factor clave: un vínculo de confianza, que nos permite mostrarnos vulnerables frente al otro y se caracteriza por una buena comunicación. Sin embargo, el estrés asociado con la adaptación a la maternidad/paternidad puede causar conflictos en esta relación. Ha sido descrita como una grave pérdida de recursos emocionales, físicos y materiales de la pareja [9], que en última instancia puede resultar en la ruptura de la relación. En un estudio de seguimiento de nuevos padres en el transcurso de ocho años, Hansson y Ahlborg [10] determinaron que los niveles de satisfacción sensual y sexual de las parejas estudiadas habían disminuido en los primeros cuatro años después del parto y que, pasados ocho años del nacimiento del primer hijo, no se habían recuperado los valores detectados a comienzos del postparto. Es factible que las parejas necesiten apoyo y ayuda para adaptarse a sus nuevos roles de crianza al tiempo que mantienen una relación sexual e íntima satisfactoria. Esta ayuda podría ser la preparación para cambios potenciales en su bienestar sexual, como describe el [Capítulo 8](#). Algunas estrategias para fomentar el bienestar sexual a largo plazo incluyen planificar pasar tiempo a solas como pareja, lejos de la familia y el hogar, programar tiempo para tener contacto íntimo y sexo, si así lo desean, expandir su repertorio sexual más allá del coito, abrir el diálogo sobre el sexo, comunicar otras necesidades,

como la de recibir ayuda con el cuidado de los hijos, las tareas domésticas o las responsabilidades financieras. Las terapias de pareja y psicosexual también pueden ser una buena opción en algunos casos.

14.5. Problemas de salud mental preexistentes y perinatales

Algunas pacientes presentan trastornos de salud mental subyacentes o preexistentes al embarazo y el parto. Si bien no es el objetivo de este capítulo analizar cómo cada una de estas condiciones impacta en el bienestar sexual postparto, sería irresponsable no abordar los trastornos de salud mental más frecuentes en atención materna, en concreto, la depresión, la ansiedad y el trastorno de estrés postraumático. Los [Capítulo 17](#) y [Capítulo 18](#) abordan en detalle trastornos de salud física y mental preexistentes y cómo estos pueden afectar el bienestar sexual.

14.5.1. Depresión postparto

Se estima que la depresión postparto (DPP) afecta a entre un 10-15 % de las mujeres en los meses que siguen al nacimiento. Los síntomas pueden variar, desde falta de apetito (o comer en exceso), culpa o pensamientos negativos, incapacidad para disfrutar de las cosas, dificultad para cuidar al bebé y a sí misma, hasta sentir que no vale la pena seguir viviendo. La depresión, en general, y la DPP están asociadas a problemas de salud sexual. Respecto de esta última, los síntomas del trastorno del estado de ánimo, como baja autoestima, sentimientos de impotencia y fatiga, socavan el bienestar sexual de las mujeres. Sumado a esto, los antidepresivos pueden causar problemas de salud sexual o exacerbar los existentes (ver [Capítulo 19](#)). Entre el 50-70 % de las personas con depresión que siguen un tratamiento con antidepresivos experimentan disfunción sexual iatrogénica, que se manifiesta como una reducción del deseo sexual, la excitación y el orgasmo [[11](#)]. Los efectos sexuales adversos más informados por las mujeres que toman antidepresivos tienen que ver con el deseo sexual (72 %), la excitación (83 %) y el orgasmo (42 %) [[12](#)]. Sin embargo, los profesionales que prescriben estos tratamientos no informan a sus pacientes sobre el impacto de la depresión en el bienestar sexual o sobre los efectos adversos de los antidepresivos recetados en la función sexual.

El [Capítulo 8](#) mencionaba que comúnmente se excluye de la discusión sobre bienestar sexual en el postparto a las mujeres en parejas homosexuales. Lo mismo sucede con la literatura sobre trastornos del estado de ánimo, a pesar de que la depresión tendría mayor prevalencia en parejas del mismo sexo que en parejas heterosexuales [[13](#)].

Es muy importante contar con un enfoque multidisciplinario para la atención de pacientes con DPP. Los planes de atención y tratamiento deberían adoptar una visión holística de la mujer, su vida familiar y laboral, sus redes de contención y la relación con su pareja. Las estrategias para lidiar con los problemas sexuales asociados a la DPP pueden incluir enfoques conductuales (hacer ejercicio antes de

la actividad sexual, programar la actividad sexual, probar la estimulación vibratoria, hacer psicoterapia), terapias complementarias e integradoras (acupuntura, nutracéuticos) o una combinación de estas modalidades. Si la disfunción sexual asociada a la medicación antidepresiva representa un problema, las estrategias podrán incluir la reducción de la dosis, la interrupción de la toma, el cambio de medicamento, el aumento de la dosis o el uso de medicamentos con menos efectos adversos conocidos. El bienestar sexual es un aspecto esencial de la relación íntima de la pareja porque les permite una cercanía y un mostrarse vulnerable frente al otro que son cualidades únicas de esta díada y que no comparten con nadie más.

Para algunas mujeres que sufren depresión, el sexo es el único ámbito de su vida que no se ve (o casi no se ve afectado) por esta condición. Esto puede funcionar como un punto de apoyo para su bienestar o incluso como una herramienta para lidiar con la depresión.

14.5.2. Ansiedad postparto

La bibliografía sobre la ansiedad postparto resulta menos concluyente: las tasas de prevalencia discreta son difíciles de obtener porque, en el debate sobre salud mental después del parto, la ansiedad suele ir de la mano con la DPP. Sin embargo, un relevamiento sistemático y metaanálisis (102 estudios, $N = 221.974$ mujeres) demostró que el 15 % de las mujeres informan tener síntomas de ansiedad seis meses después del parto, en tanto que el 9 % tiene un diagnóstico clínico de algún trastorno de ansiedad [14]. Los síntomas de la ansiedad postparto incluyen sentimientos constantes o casi constantes de nerviosismo o pánico, preocupación persistente sobre una misma, el bebé o la relación y mayor propensión a sufrir ataques de pánico. Esta situación puede deteriorar la autoconfianza, la autoestima, la percepción de la propia imagen corporal, los sentimientos de deseo sexual y la excitación. La ansiedad postparto y los problemas sexuales pueden volverse una respuesta cíclica: los sentimientos de ansiedad podrían agravar el vaginismo y la dispareunia debido a la tensión muscular, lo que, por su parte, puede intensificar los sentimientos de estrés, aislamiento y preocupación por sí misma y su relación de pareja. El manejo de la ansiedad se vuelve prioritario pero también debemos abordar las preocupaciones y los síntomas de la paciente. Algunas herramientas para controlar la ansiedad son la medicación, la psicoterapia y el mindfulness, siendo las dos últimas estrategias valiosas para hacer frente a los problemas de salud sexual relacionados con la ansiedad. Se les suman la comunicación dentro de la pareja, planificar tiempo para estar juntos a solas, explorar qué actividades les dan placer sin la presión de tener que realizar las actividades sexuales percibidas como amenazantes. Puede que los problemas en torno a la imagen corporal y la autoestima requieran ser tratados por un psicoterapeuta.

Cuando la pareja se sienta lista, pueden intentar reencontrarse a través de juegos previos prolongados, juguetes sexuales, lubricantes, masturbación, sexo oral, etc., hasta poder llegar, poco a poco, a tener sexo con penetración.

14.5.3. Trastorno de estrés postraumático y lesiones durante el parto

Sufrir una experiencia traumática o una lesión durante el parto puede tener un impacto duradero en la mujer y en toda su familia. Este trauma pueden ser el resultado de una emergencia obstétrica, un parto instrumental, una cesárea de emergencia o un parto largo y doloroso. Asimismo, factores no asociados con problemas “clínicos” pero se también pueden ser causales. Por ejemplo, sentirse ignorada o no ser escuchada por los profesionales durante el parto, sentirse desvalida, sentir una pérdida completa de control, etc. Este trauma puede derivar en un trastorno de estrés postraumático (TEPT). Se estima que el TEPT diagnosticado clínicamente después del parto oscila entre el 5,6 % y el 9 %, pero la tasa de pacientes con alguno de esos síntomas que no satisface el criterio para un diagnóstico completo de TEPT es del 18 % [15]. Este trastorno suele ser mal diagnosticado al confundirse con depresión o ansiedad, que sí pueden presentarse como comorbilidades. Las consecuencias de un parto traumático pueden presentarse como síntomas graves y varían desde sentimientos de ansiedad, pánico y miedo hasta pesadillas y recuerdos vívidos detonados por olores, imágenes y sonidos que hacen revivir la experiencia traumática. Hay mujeres que describen dificultades para vincularse y estar con su bebé y algunas experimentan sentimientos de culpa, vergüenza e inutilidad. Sin dejar de lado la angustia personal de las mujeres que han tenido un parto traumático, también hay estudios que exploran su impacto en la relación de pareja. Hay quienes aseguran que la relación con su pareja quedó “destrozada” [16]. Un estudio de cohorte noruego ($N = 1480$) realizado con mujeres con TEPT en el postparto relevó un nivel bajo de satisfacción con su relación afectiva a dos años del nacimiento [17]. El TEPT en el postparto suele afectar las relaciones sexuales, con pérdida de la intimidad y reducción de la actividad sexual. Las mujeres informaron tener recuerdos vívidos al iniciar la actividad sexual o evitar tener sexo por temor a volver a quedar embarazada y tener que dar a luz [18]. Gran parte del asesoramiento y apoyo ofrecido a estas pacientes coincide con lo ya mencionado: recomendarles que comuniquen el miedo y las preocupaciones que sienten a su pareja, planifiquen momentos de intimidad, prolonguen los juegos previos y acuerden qué partes del cuerpo se pueden tocar, además de ofrecerles una consulta de revisión de lo ocurrido en el parto y sugerir psicoterapia y grupos de apoyo.

14.5.4. Traumas sexuales del pasado

Las estimaciones a nivel mundial varían, pero alrededor de una de cada cinco mujeres a partir de los 16 años experimenta algún tipo de trauma o violencia sexual. Se considera trauma o abuso sexual al contacto o comportamiento sexual que se produce sin el consentimiento explícito de la víctima. Puede ir desde un intento de violación o un contacto sexual no deseado hasta obligar a la víctima a realizar actos sexuales (como el sexo oral o la penetración del cuerpo del perpetrador) o penetrar el cuerpo de la víctima, lo que en muchos países se denomina “violación”.

Es difícil estimar la incidencia de violaciones. El porcentaje de mujeres que denunciaron violaciones oscila entre el 8 y 12 % en los países occidentales y la tendencia internacional muestra un incremento anual de casos denunciados. Dado que la mayoría

de estos abusos involucran a víctimas menores de 24 años, los embarazos y las experiencias de parto de muchas de estas mujeres estarán influenciadas por ese trauma sexual. Las prácticas de atención postparto, como examinar el perineo y los senos, exponer el cuerpo femenino a la mirada de otros y expresiones verbales detonantes, como “quedate quieta”, son situaciones que las mujeres que han sufrido un trauma sexual identifican como un desafío y como posibles desencadenantes de recuerdos que les hacen revivir el trauma. Para algunas de ellas, incluso la lactancia puede estar plagada de disparadores, mientras que otras la viven como un proceso de sanación. Ya que muchos de estos problemas pueden volver a traumatizar a la mujer, debemos ofrecerles una atención sensible, individualizada e informada en trauma. El **Capítulo 24** ofrece información adicional sobre este tema.

En los casos de embarazo producto de una violación, debemos considerar la mejor manera de asistir a estas pacientes en su adaptación a la maternidad y el cuidado del bebé. La presencia de emociones contrapuestas será diferente y única para cada paciente. Dependiendo de la legislación del país, puede que el aborto no sea una opción, lo que genera que la mujer se sienta aún más atrapada y traumatizada al tener que llevar a término el embarazo y dar a luz. Hay quienes optan por dar el bebé en adopción, ya sea que revelen o no las razones. En cualquier caso, los profesionales de la salud deben brindarles atención sin hacer juicios de valor y apoyarlas en las decisiones que han tomado.

Por otro lado, algunas mujeres deciden continuar con el embarazo, porque creen que del trauma puede surgir algo positivo, que celebre la vida. Aunque la mujer haya tomado la decisión de continuar con el embarazo, el parto puede hacerle revivir el trauma o imponer un recordatorio visual del abuso sufrido, por ejemplo, si el bebé es un varón y tiene rasgos físicos que le recuerdan al violador. Recomendamos a los profesionales de la salud preguntar a sus pacientes sobre las opciones de alimentación elegidas y de ayuda en el cuidado del bebé. Debemos explicar a la madre que el vínculo de apego con el bebé puede ser un proceso complejo pero gratificante, independientemente de cómo fue concebido. Puede que la mujer quiera hablar con la persona que la ha apoyado en su recuperación del abuso sexual, sea un familiar, amigo, terapeuta o moderador de un grupo de apoyo; nosotros debemos respetar sus deseos, documentarlos y comunicarlos a todo el equipo que la atiende.

14.5.4.1. Intervenciones para ayudar a la mujer y su pareja

A veces toma meses o incluso años recuperarse del trastorno de estrés postraumático, el trauma del parto o el trauma sexual. La mujer podría necesitar el apoyo de especialistas, lo que probablemente incluya una consulta de revisión de lo ocurrido en el parto, psicoterapia y grupos de apoyo para sobrevivientes. Dado que las pacientes pueden experimentar TEPT, depresión y ansiedad debido al trauma, los profesionales deben reconocer sus limitaciones y conocer los canales de derivación disponibles dentro de sus servicios de salud materna. Además, deben asegurarse de que las pacientes no se pierdan entre derivaciones, mediante un seguimiento telefónico o por correo electrónico, e incorporar una atención informada en trauma en cada embarazo y parto que traten.

14.6. Considerar la diversidad

La bibliografía y el debate sobre el bienestar sexual en el postparto no menciona a las mujeres en parejas homosexuales, solteras, jóvenes, con múltiples parejas y de comunidades culturales pequeñas, como la romaní. Si bien parte de lo que se plantea en el **Capítulo 8** sobre el tema podría aplicarse a estos grupos de mujeres, no se puede afirmar lo mismo respecto de situaciones de postparto problemáticos. Los matices en las relaciones íntimas de estas mujeres y sus prioridades al respecto durante el primer año después del nacimiento pueden diferir de la población estándar que participa en las investigaciones sobre salud sexual postparto. Las muestras de estudio tienden a ser mujeres heterosexuales, en relaciones duraderas, mayores de 30 años y con un nivel educativo alto. Para garantizar una atención inclusiva y realmente centrada en la mujer, urge desarrollar estrategias que incluyan a los otros grupos de mujeres en la investigación.

Puntos clave del capítulo
• Muchas mujeres experimentan problemas sexuales en los meses y años posteriores al parto. • Existen dificultades para interpretar las tasas de prevalencia de los problemas de salud sexual en el postparto debido a un exceso de confianza en el índice FSFI, una herramienta de medición en parte obsoleta. • 1/5 de las mujeres continúa informando dispareunia a 12-18 meses del parto, 10 % describe el dolor como "angustiante", "horrible" o "insoportable". • Si bien es difícil identificar los factores de riesgo de la dispareunia, el traumatismo perineal grave podría ser uno de ellos. • Si la pareja intenta diferentes posturas sexuales, utiliza lubricantes y realiza actividades sexuales alternativas y aun así la dispareunia no desaparece, será necesaria una derivación con un profesional que promueva un enfoque positivo de la sexualidad, para que realice una evaluación completa y proponga un plan de acción. • También podría ser necesaria una derivación a un terapeuta psicosexual, un fisioterapeuta especializado en salud de la mujer o un ginecólogo. • Algunas parejas tienen dificultades para adaptarse a la maternidad/paternidad. Si esto no se aborda, puede llegar a destruir la relación de pareja. • La depresión postparto y la medicación para su tratamiento pueden agravar los problemas de salud sexual en este período. • La ansiedad postparto y la complejidad de los síntomas experimentados por la mujer pueden conducir a una respuesta cíclica por la que el dolor sexual empeora y la ansiedad de la mujer aumenta. • Las mujeres con TEPT que tuvieron un parto traumático pueden experimentar comorbilidades, como depresión y ansiedad. La experiencia traumática puede dañar la relación afectiva y sexual de la pareja. • Una de cada cinco mujeres en todo el mundo experimenta algún tipo de violencia sexual. • Ciertos aspectos de la atención postparto, como la exposición de su cuerpo y el uso de lenguaje inapropiado, pueden hacer que la mujer que ha sufrido un trauma reviva dicha experiencia. • Cuando el embarazo es producto de una violación, la mujer necesita atención especial con respecto a su vínculo de apego con el bebé. • Los proveedores de atención materna deben reconocer sus limitaciones al atender a pacientes con TEPT, partos traumáticos y abuso sexual previo. Deben estar familiarizados con los servicios disponibles en su área y con los canales de derivación existentes. • La bibliografía y el debate sobre los problemas de salud sexual en el postparto no menciona a las mujeres en parejas homosexuales, solteras, jóvenes, con múltiples parejas y de comunidades culturales pequeñas.

Referencias

- [1] O'Malley D., Higgins A., Begley C., Daly D., Smith V. (2018): Prevalence of and risk factors associated with sexual health issues in primiparous women at 6 and 12 months postpartum; a longitudinal prospective cohort study (the MAMMI study). *BMC Pregnancy Childbirth*; 18: 196.
- [2] Lipschuetz M., Cohen S. M., Liebergall-Wischnitzer M. (2015): Degree of bother from pelvic floor dysfunction in women one year after first delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*; 191: 90-4.
- [3] Galbally M., Watson S. J., Permezel M., Lewis A. J. (2019): Depression across pregnancy and the postpartum, antidepressant use and the association with female sexual function. *Psychol Med*; 49: 1490-9.
- [4] Rosen R., Brown C., Heiman J., et al. (2000): The female sexual function index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*; 26: 191-208.
- [5] Masters W., Johnson V. (1996): *Human sexual response*. Nueva York: Little Brown.
- [6] Basson R. (2002): Are our definitions of women's desire, arousal and sexual pain disorders too broad and our definition of orgasmic disorder too narrow? *J Sex Marital Ther*; 28: 289-300.
- [7] McDonald E. A., Gartland D., Small R., Brown S. J. (2016): Frequency, severity and persistence of postnatal dyspareunia to 18 months post partum: a cohort study. *Midwifery*; 34: 15-20.
- [8] Fodstad K., Staff A. C., Laine K. (2016): Sexual activity and dyspareunia the first year postpartum in relation to degree of perineal trauma. *Int Urogynecol J*; 27: 1513-23.
- [9] Pacey S. (2004): Couples and the first baby: responding to new parents' sexual and relationship problems. *Sex Relationship Ther*; 19: 223-46.
- [10] Hansson M., Ahlborg T. (2012): Quality of the intimate and sexual relationship in first-time parents—a longitudinal study. *Sex Reprod Healthc*; 3: 21-9.
- [11] Rothmore J. (2020): Antidepressant-induced sexual dysfunction. *Med J Aust*; 212: 329-34.
- [12] Lorenz T., Rullo J., Faubion S. (2016): Antidepressant-induced female sexual dysfunction. *Mayo Clin Proc*; 91: 1280-6.
- [13] Pakula B., Shoveller J. A. (2013): Sexual orientation and self-reported mood disorder diagnosis among Canadian adults. *BMC Public Health*; 13: 209.
- [14] Dennis C. L., Falah-Hassani K., Shiri R. (2017): Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*; 210: 315-23.
- [15] Beck C. T., Gable R. K., Sakala C., Declercq E. R. (2011): Posttraumatic stress disorder in new mothers: results from a two-stage U.S. national survey. *Birth*; 38: 216-27.
- [16] Fenech G., Thomson G. (2014): Tormented by ghosts from their past': a meta-synthesis to explore the psychosocial implications of a traumatic birth on maternal well-being. *Midwifery*; 30: 185-93.
- [17] Garthus-Niegel S., Horsch A., Handtke E., et al. (2018): The impact of postpartum posttraumatic stress and depression symptoms on Couples' relationship satisfaction: a population-based prospective study. *Front Psychol*; 9: 1728.
- [18] Delicate A. (2019): The trauma between us. *AIMS*; 30(4).

15.1. Introducción

Mientras que el **Capítulo 9** analizó varios aspectos sexuales en casos de senos sanos y lactancia sin contratiempos, este capítulo aborda situaciones desafiantes y problemáticas.

La relación con la sexualidad es “el hilo rojo” que enlaza todo este capítulo. Inicia con la situación en que la lactancia no se desarrolla como debería a causa de diversos desafíos que enfrentan muchas mujeres, como experimentar dolor. Luego, se destacan las condiciones en las que no es posible o no es recomendable amamantar, para continuar con aquellas en que, por diversos motivos de salud, la lactancia puede resultar problemática. Finalmente, se hace foco en las conexiones emocionales más complejas que interfieren con la lactancia materna, como la depresión y las experiencias traumáticas del pasado. Una pequeña sección está dedicada a la inducción de la lactancia en mujeres que no dieron a luz, lo cual surge como una posibilidad para las madres que no pueden amamantar o las parejas lesbianas que optan por una lactancia compartida. Para adentrarnos en la temática se incluye a continuación una breve digresión sobre endocrinología y sus implicaciones.

15.2. Aspectos endocrinológicos de la lactancia

Durante la lactancia plena, la función sexual femenina está bajo influencia de la hiperprolactinemia, la cual es necesaria para mantener la producción de leche. Los altos niveles de prolactina causan una supresión generalizada del funcionamiento ovárico y una disminución del estrógeno (hipoestrogenismo) y la testosterona.

El hipoestrogenismo fisiológico provoca una situación similar a la menopausia: pH vaginal alto, aumento de células parabasales e intermedias y disminución de células

¹ **D. Uslu** 
Centro Médico, Nisantasi, Estambul, Turquía.

S. Debonnet
Servicio Público Federal: Salud Pública, Bruselas, Bélgica.

superficiales. Junto con estos cambios atróficos, se produce una disminución de la vasocongestión genital y la mucosa vaginal se reseca.

La baja testosterona causa fatiga, estado de ánimo aplacado, poco deseo sexual y falta de excitación. La combinación de estos factores endocrinológicos puede perjudicar la satisfacción y vida sexual de la mujer, al margen de posibles factores agregados como el trauma perineal, las responsabilidades de la maternidad y las demandas del cuidado infantil. Son muchos los factores que influyen en cómo y cuándo se reanudará y reelaborará la sexualidad y la intimidad. Mientras que algunas madres primerizas sienten una pérdida de feminidad por las estrías y el aumento de peso, otras se sienten espléndidas. La lactancia también se experimenta de diferentes maneras, puede ser una tarea muy tediosa o un momento de pura felicidad. Por último, pero también importante, las necesidades sexuales de la pareja de la mujer lactante influirán en cómo y cuándo tomará forma la sexualidad luego del parto.

15.3. Cuando la lactancia materna no se desarrolla adecuadamente por razones “normales”, como el dolor

15.3.1. Dolor al amamantar

Alrededor del 50 % de las mujeres informan dolor al amamantar durante el primer año de vida del bebé. Las causas más comunes incluyen dolor en los pezones, mastitis, candidiasis, congestión y obstrucción de los conductos lácteos.

La incidencia de cada causa varía de un estudio a otro y en relación con los factores de riesgo de la madre y el bebé. El dolor persistente en los pezones es motivo de consulta en alrededor del 40 % de los casos y puede deberse a una postura incorrecta, infecciones, anomalías palatinas, pezón plano o invertido, atadura de lengua, mastitis o vasoespasmos [1]. Los trastornos infecciosos en la piel de los senos también pueden generar molestias físicas, deteriorar la calidad de vida y causar problemas sexuales a las madres lactantes, por lo que es importante diagnosticarlos de forma temprana. El dolor es un factor clave que disminuye el deseo y el placer sexual, si se experimenta por períodos prolongados puede incidir en la relación de pareja.

15.3.2. Mastitis

La mastitis es la inflamación de la mama que puede estar o no asociada a una infección bacteriana. Clínicamente se manifiesta con temperatura ($>38^{\circ}\text{C}$), hinchazón y sensibilidad en las mamas. Algunos estudios prospectivos estiman la incidencia de mastitis en la lactancia entre 3 y 20 %. Los principales factores asociados con el riesgo de esta inflamación incluyen antecedentes de mastitis, conductos bloqueados y pezones lastimados, y también factores sociodemográficos, como tener educación universitaria. La mayoría de los casos aparecen en las primeras seis semanas de postparto.

Con una buena atención médica, la mastitis se identifica a tiempo y la recuperación es completa. El tratamiento en sí no requiere intervención médica sino que lo lleva adelante la paciente con una buena alimentación, aplicándose compresas frías y masajeando el área afectada. Sin embargo, algunos casos pueden necesitar antibióticos ya que, si no se resuelve de forma adecuada, el cuadro podría evolucionar en un absceso mamario y requerir hospitalización e intervención quirúrgica. Para la paciente con mastitis, las consecuencias sexuales dependerán del papel de los senos en su identidad erótica y, para su pareja, dependerá de la medida en la que integran el inicio del contacto sexual y el hacer el amor.

15.3.3. Candidiasis

La infección por *Candida* es de tipo fúngica y puede desarrollarse en los senos y los pezones. Se manifiesta clínicamente con dolor punzante que se irradia en el tejido mamario. Las manchas blancas en la cavidad oral del bebé o una película blanca en la lengua son signos diagnósticos. Los factores de riesgo materno son la toma reciente de antibióticos y las infecciones recurrentes por hongos. Suele ser más frecuente si se tuvo candida vaginal y partos vaginales. El tratamiento consiste en la aplicación tópica de antifúngicos luego de amamantar.

Tener en cuenta que, en casos de candidiasis recurrente en senos o pezones, cabe la posibilidad de transmisión de la vulva a los pezones durante la actividad sexual, ya sea por medio del contacto con los dedos, si antes hubo masturbación, o con la lengua de la pareja.

15.3.4. Estrés psicológico asociado con el dolor al amamantar

Durante el postparto puede haber cruces entre la lactancia y estrés psicológico. Las madres que no se deprimieron durante el embarazo y planeaban amamantar tienen menos riesgos de sufrir depresión postparto, pero para las que planeaban amamantar y no lo consiguieron, el riesgo de tener depresión es mayor. Por tanto, las condiciones que causan dolores sustanciales al amamantar y llevan a un destete temprano podrían aumentar las posibilidades de depresión y estrés postparto. Contar con el apoyo de especialistas disminuye en gran medida este riesgo [2].

Otro factor que incide en la interrupción de la lactancia es el tipo de parto. La cesárea, sea de emergencia o planificada, retrasa el inicio de la lactancia o bien, es menos probable que la mujer amamante. Este tipo de parto influye de alguna manera en la fisiología de la lactogénesis, lo que deriva en mayores dificultades a la hora de amamantar. Datos de investigación indican que la disminución en la secreción de oxitocina causada por la cirugía y el aumento del estrés materno son factores que alteran la vía hormonal para la lactogénesis [3].

La lactancia es importante para la salud del bebé y también es una forma de vinculación afectiva con la madre. Por lo tanto, los profesionales de la salud deben ser conscientes de lo que implica su cese anticipado para la sexualidad de la madre. Además

de generar estrés, el destete prematuro e involuntario conlleva un mayor riesgo de mastitis y dolor.

Si a las tareas de la crianza se le suma sentir dolor, habrá una repercusión en el deseo sexual y la calidad de vida que generará dificultades para concentrarse en la sexualidad y la autoestima. Si bien hay pocos estudios sobre la relación entre alteraciones de la lactancia materna y sexualidad, podríamos afirmar que es necesario prevenir estas afecciones y, si ocurren, tratarlas de manera adecuada.

15.4. Cuando amamantar no es posible o no es recomendable

15.4.1. Síndrome de Sheehan

El síndrome de Sheehan es una alteración hormonal que se desarrolla debido a una pérdida masiva de sangre durante el parto, que causa niveles bajos de oxígeno en sangre y necrosis en la glándula pituitaria anterior. Esto se traduce en niveles bajos de varias hormonas, entre ellas las gonadales. Las consecuencias son imposibilidad o desarrollo deficiente de la lactancia y niveles bajos de los andrógenos necesarios para la energía y el deseo sexual, entre otras. Es probable que el impacto psicotraumático de una experiencia tan repentina y potencialmente mortal influya en la pareja y su sexualidad. En la actualidad, el síndrome de Sheehan no es frecuente en entornos donde se dispone de una atención médica de calidad.

15.4.2. Cuando amamantar es (casi) imposible o está contraindicado

La lactancia puede volverse imposible debido a traumatismos o quemaduras graves que han dañado los senos o después de algunas mamoplastías estéticas. También puede estar contraindicada si la madre necesita someterse a un tratamiento necesario para su salud (como quimioterapia) o tiene una carga viral alta (de VIH, HTLV-1 o citomegalovirus), ya que en ambos casos la transferencia vía leche materna supone un peligro para el bebé.

Esas situaciones pueden requerir supresión farmacológica con cabergolina o bromocriptina, dos dopaminérgicos que también se utilizan en pacientes con insuficiencia hipofisaria, y se sabe que, en algunos casos, pueden causar un incremento sustancial del deseo sexual ("efectos secundarios de hipersexualidad").

Un estudio que comparó la cabergolina oral (1×1 mg) con la bromocriptina oral (2×2,5 mg diarios durante 14 días) para suprimir la lactancia no informó efectos secundarios sexuales [4]. Para algunas mujeres, no poder o "no tener permiso" de amamantar a su bebé puede constituir un verdadero golpe a su "identidad materna" o "femenina", lo cual podría afectar su identidad sexual; para otras, en cambio, no tiene consecuencias emocionales ni sexuales.

15.5. Aspectos relevantes de la lactancia relacionados con algunas afecciones médicas

El [Capítulo 18](#) analiza diversas afecciones médicas que influyen de forma indirecta en la lactancia y la sexualidad. Esta sección se concentra en las tres afecciones que ejercen una influencia directa: lesión de la médula espinal, esclerosis múltiple y eccema mamario. Por último, describe algunas consecuencias relevantes de la cirugía mamaria.

15.5.1. Lesión de la médula espinal (LME)

Si bien las mujeres con LME experimentan muchas dificultades sexuales, no suelen tener problemas para quedar embarazadas. Para estas madres en especial, la lactancia es más importa para desarrollar un vínculo óptimo con el bebé, pero viene acompañada de numerosas dificultades, una de ellas, la postura al amamantar [5].

Las personas con LME tienen una presión arterial sistólica más baja. Considerando que la lactancia disminuye la presión arterial y la frecuencia cardíaca, las mujeres lactantes con LME (y los profesionales que la atienden) deben prever una posible baja de la presión arterial y desarrollo de hipotensión ortostática. Además, las pacientes que presentan lesiones cervicales o lesiones torácicas graves necesitan de cuidados especiales. Durante la lactancia (o en casos de congestión mamaria), podrían presentar disreflexia autonómica (con presión arterial sistólica muy elevada y riesgosa) [5].

Otro factor principal en mujeres con LME es la disfunción del reflejo de bajada de leche, esencial para alimentar al lactante. La succión del bebé activa los mecanorreceptores: a través de los nervios sensoriales y los centros radiculares posteriores (T4-6) de la médula espinal, la señal se dirige a las neuronas hipotalámicas, que liberan oxitocina al torrente sanguíneo, lo cual es necesario para la eyección de leche. En mujeres con LME por encima del segmento T4, el primer paso de este recorrido está ausente, por ende, los mecanorreceptores no se activan y no se produce el reflejo de bajada de leche. En casos de LME entre T4 y T6, el reflejo está presente aunque de forma reducida [6].

Con una LME completa por encima de T4, la paciente carece de sensación táctil en los senos o en las partes inferiores del cuerpo. No obstante, esto no debería ser motivo para que su pareja se abstenga de “jugar” con los senos y los pezones o con cualquier otra área del cuerpo. Si bien esa acción no constituirá una estimulación neurológica directa, la mujer puede experimentar el contacto amoroso como señal amorosa de que sigue siendo atractiva, e incluso podría provocarle una sensación táctil, mediante un proceso llamado integración sensorial.

15.5.2. Esclerosis múltiple (EM)

La EM afecta la sexualidad y las relaciones sexuales de los pacientes de múltiples maneras. El daño cerebral, las lesiones en los centros de la médula espinal donde se

orquesta la sexualidad y la neuropatía periférica pueden dañar directamente la función sexual. Además, la espasticidad, la fatiga, el letargo, la incontinencia urinaria, y a veces, fecal, son síntomas importantes que interfieren con el bienestar sexual.

Las pacientes con EM tienen muchas preocupaciones sobre “ser buena en la cama”, ansiedad por el rendimiento e inseguridad al nunca saber con certeza cómo reaccionará el propio cuerpo en cada encuentro.

Durante el embarazo, puede que la mujer no utilice la medicación más reciente disponible para tratar la EM. No obstante, el número de recaídas durante este período se reduce de manera considerable, en especial en el tercer trimestre, debido al incremento de los niveles de estrógeno y progesterona presentes en el líquido cefalorraquídeo. Por lo tanto, la inseguridad sexual y la falta de concentración antes mencionadas pueden mermar.

Dado que los esteroides gonadales disminuyen de forma drástica después del parto, las recaídas son comunes, por lo que se recomienda una medicación modificadora de la enfermedad, aunque al amamantar se debe tener en cuenta que esta pasa a la leche materna. Hoy en día resulta cada vez más evidente que amamantar (en especial si se utiliza como única vía de alimentación) protege contra las recaídas de la EM en el posparto [7].

15.5.3. *Eccema*

El eccema es la manifestación clínica de varios tipos de dermatitis. En pacientes lactantes, suele presentarse en la areola, extendiéndose a veces al seno, a excepción del pezón, que casi no se ve afectado. Las pacientes con estas lesiones las describen como pruriginosas, dolorosas o una sensación de ardor [8]. Identificar antecedentes de eccema y dermatitis atópica o alérgica en pacientes lactantes puede prevenir nuevas ocurrencias de este patrón clínico.

Para el tratamiento, se administran corticoides y antibióticos de uso tópico [8]. Para evitar alteraciones endocrinas en el lactante, la mujer debe amamantar antes de aplicarse los corticoides. Es importante que ni la mujer ni su pareja desarrollen una aversión a los pechos. Una forma de evitarlo podría ser que la pareja sea quien aplique la pomada con un masaje suave.

Con respecto a otras enfermedades de la piel, existe poca evidencia científica de las diversas asociaciones entre salud sexual y eccemas, hidradenitis supurativas, prurigo, enfermedades ampollas, psoriasis, urticarias, infecciones cutáneas o prurito, aunque la influencia de estas últimas en las dificultades sexuales parece bastante alta.

15.5.4. *Después de una mamoplastía*

La cirugía plástica más realizada en todo el mundo es el implante mamario que se realiza con fines estéticos para aumentar el busto. Algunos informes muestran que esta intervención puede mejorar la satisfacción sexual de las mujeres y la confianza en sí mismas en un 80 %. Puesto que un gran porcentaje de las pacientes se someten a esta cirugía durante la juventud es probable que muchas den a luz tras el implante. Un metaanálisis

de estudios reveló que pocas pacientes son capaces de sostener la lactancia materna exclusiva luego de someterse a esta cirugía [9]. Es por ello que el equipo de cirugía plástica debe explicar en detalle a las pacientes cómo el procedimiento puede perjudicar su capacidad de amamantar. La cirugía puede dañar el tejido glandular y la innervación de los senos, en tanto que la presión que ejercen los implantes sobre el tejido mamario también puede dañarlo o bloquear los conductos mamarios [10]. Los autores señalan que la reducción de la tasa de lactancia en pacientes con implantes no debería ser una contraindicación para desestimar esta cirugía estética, sino más bien un estímulo para brindar un buen asesoramiento sobre lactancia materna.

Hay numerosos estudios que tratan la sexualidad femenina luego de una cirugía para aumentar el busto, pero no abordan los casos de mujeres con dificultades para amamantar. Futuras investigaciones seguro ayuden a aclarar los efectos de los implantes en la lactancia y las disfunciones sexuales.

En el caso de la mamoplastia de reducción, la técnica quirúrgica se vuelve fundamental: se debe preservar la columna del parénquima subareolar para no perjudicar la lactancia [11]. Por otra parte, la mastectomía unilateral (por cáncer, por ejemplo) no es razón para no amamantar, ya que un sólo seno puede proporcionar la cantidad de leche necesaria.

15.6. Conexiones emocionales que interfieren con la lactancia materna

15.6.1. Depresión y lactancia

La lactancia materna puede mediar entre el embarazo y la depresión postparto (DPP). Una revisión sistemática de varios estudios mostró que este tipo de depresión predice y se puede predecir por el cese de la lactancia [12]. Tanto la depresión en el embarazo como en el postparto se asocian con un lapso de lactancia más breve.

El efecto estimado de la lactancia materna en la DPP difiere dependiendo de dos factores: si la mujer había planeado amamantar y si mostró signos de depresión durante el embarazo. En las madres que no sufrieron depresión durante el embarazo, que habían planeado amamantar y que de hecho pudieron hacerlo, el riesgo de DPP fue menor. Las que habían planeado amamantar pero tuvieron que suspender la lactancia presentaron mayores probabilidades de padecer PPD [13]. Varios estudios muestran que las mujeres que no amamantan tienen más probabilidades de tener síntomas depresivos. Un estudio longitudinal realizado en Japón observó que a cinco meses del parto, las madres que amamantaban tuvieron menos signos de DPP en comparación con las que alimentaban a sus bebés con leche de fórmula ($p = 0,04$) [14].

Esto parece contradecir la información presentada al comienzo de este capítulo sobre la lactancia como reductora de los niveles de estrógeno (lo que causa atrofia vaginal) y de testosterona (lo que provoca fatiga, bajo estado de ánimo y menos deseo sexual y excitabilidad). La probabilidad de que la dispareunia relacionada con

la lactancia y la disminución de la sexualidad contribuyan al desarrollo de depresión pareciera ser contrarrestada por otros factores, como la alegría de ser padres y el vínculo con el bebé.

Sobre las consecuencias sexuales de la depresión y la medicación antidepresiva, ver el [Capítulo 20](#).

15.6.2. Reflejo disfórico de eyección de leche

El reflejo disfórico de eyección de leche (D-MER) es un fenómeno de estudio bastante reciente, descrito como una oleada abrumadora de emociones negativas que coincide precisamente con el momento de eyección de la leche materna. Algunos investigadores lo consideran un evento común entre las pacientes que amamantan [15].

Ocurre justo antes de la liberación de leche y dura algunos minutos. Una posible explicación es la caída de dopamina y la liberación de oxitocina que se produce con la bajada de leche [15], pero muchos otros elementos parecen estar relacionados, como los mecanismos hormonales, psicológicos y neurobiológicos. Los medios de comunicación modernos han promovido la sexualización de los senos femeninos influyendo en los pensamientos y fantasías sobre la lactancia y despertando una gran variedad de emociones que van de la mistificación de la madre que amamanta hasta el recato y pudor excesivo sobre los aspectos carnales (auto-objetivación y “vergüenza reproductiva”). Todos estos factores influyen en la voluntad de amamantar, en el poder efectivamente hacerlo y en la sexualidad. En otras palabras, el D-MER es un fenómeno biopsicosociocultural que requiere un enfoque y una investigación en esos términos, y los profesionales de la salud deben estar atentos a su influencia en la sexualidad.

15.6.3. Experiencias traumáticas del pasado

El abuso sexual infantil (ASI), con o sin abuso físico y emocional, trae enormes consecuencias para la vida sexual de la mujer y su sentido de seguridad e integridad. También puede influir en la lactancia de varias maneras. Un estudio estadounidense realizó una comparación entre quienes sufrieron ASI y quienes no en una muestra representativa de mujeres lactantes. En el primer caso, las mujeres tenían más del doble de probabilidades de comenzar a amamantar [16]. La explicación de los autores para este dato un tanto sorprendente fue que estas mujeres parecen estar más pendientes de brindar una buena crianza. A algunas, la experiencia de amamantar las hace sentir más valoradas y puede ser un (re)descubrimiento de su sensualidad. Otras no logran manejar la conexión física con el bebé; al requerir un contacto íntimo entre el seno de la madre y la boca del bebé, la lactancia puede resultar incómoda. De hecho, algunas madres relacionan la succión del bebé con el contacto de un agresor sexual.

Aunque pocos, hay casos en los que la mujer que ha sufrido abuso se rehúsa a amamantar porque sus senos se han vuelto una zona prohibida al contacto.

Para mujeres que sufrieron ASI, los embarazos no deseados o una situación socioeconómica vulnerable también son factores que disminuyen la probabilidad de amamantar.

15.7. Lactancia inducida en otra mujer

En algunas circunstancias, surge la necesidad de que una mujer no gestante sea quien amamante al bebé. Por ejemplo, por adopción de un recién nacido, muerte de la madre, tratamiento de quimioterapia, debilitamiento físico de la madre o gestación subrogada. En condiciones ideales se implementa un protocolo (por ejemplo, el de Newman-Goldfarb) seis meses² antes de la fecha estimada de parto. Se suministra a la paciente anticonceptivos orales y domperidona, un antagonista periférico de la dopamina; en las últimas seis semanas, se indica la domperidona, se comienzan a estimular las mamas y se utiliza un saca leche. La calidad de esta leche es tan buena como la leche materna a diez días del parto. Si bien sólo una minoría logra producir toda la leche que el bebé necesita, este proceso facilita el vínculo emocional entre ambos, al tiempo que la leche aporta anticuerpos, proteínas y células inmunitarias que protegen al recién nacido.

Si bien la domperidona aumenta el nivel de prolactina, lo que podría disminuir el deseo sexual, la lactante sustituta no sufrirá de atrofia vaginal ni baja testosterona, causas comunes de dispareunia en el postparto.

La lactancia inducida se está haciendo cada vez más frecuente en relaciones lésbicas donde la pareja de la gestante también quiere amamantar al bebé. Para más detalles sobre maternidad lésbica, consultar el [Capítulo 21](#).

15.8. Conclusiones

El embarazo conlleva muchos cambios que afectan la salud física y el bienestar materno. Cuando la mujer ha planeado amamantar pero no puede hacerlo debido a una enfermedad o al dolor, habrá consecuencias en su maternidad y su sexualidad (tanto individual como de la pareja) afectando las díadas madre-bebé y mujer-pareja.

En gran medida, las alteraciones de las funciones sexuales luego del parto se ven potenciadas por la falta de un asesoramiento adecuado sobre salud sexual en la atención pre y postnatal. La intervención de profesionales calificados puede ayudar a mantener o mejorar la vida sexual de las madres lactantes guiándolas en cuestiones como lubricación y períodos de lactancia. Además, durante los meses de lactancia, la orientación profesional para la mujer y su pareja puede ayudarlos a reajustar sus relaciones sexuales.

2 Un buen ejemplo de esto es el sitio web: https://www.canadianbreastfeedingfoundation.org/induced/regular_protocol.shtml

Referencias

- [1] Kent J.C., Ashton E., Hardwick C.M., et al. (2015): Nipple pain in breastfeeding mothers: incidence, causes and treatments. *Int J Environ Res Public Health*, 12: 12247-63.
- [2] Borra C., Iacovou M., Sevilla A. (2015): New evidence on breastfeeding and postpartum depression: the importance of understanding women's intentions. *Matern Child Health J.*, 19: 897-907.
- [3] Evans K.C., Evans R.G., Royal R., et al. (2003): Effect of caesarean section on breast milk transfer to the normal term newborn over the first week of life. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.*, 88: F380-2.
- [4] (1991): Single dose cabergoline versus bromocriptine in inhibition of puerperal lactation: randomised, double blind, multicentre study. European Multicentre Study Group for Cabergoline in lactation inhibition. *BMJ*, 302(6789): 1367-71.
- [5] Holmgren T., Lee A.H.X., et al. (2018): The influence of spinal cord injury on breastfeeding ability and behavior. *J Hum Lact*, 34: 556-65.
- [6] Cowley K.C. (2005): Psychogenic and pharmacologic induction of the let-down reflex can facilitate breastfeeding by tetraplegic women: a report of 3 cases. *Arch Phys Med Rehabil.*, 86: 1261-4.
- [7] Krysko K.M., Rutatangwa A., Graves J., et al. (2020): Association between breastfeeding and postpartum multiple sclerosis relapses: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Neurol.*, 77: 327-38.
- [8] Barankin B., Gross M.S. (2004): Nipple and areolar eczema in the breastfeeding woman. *J Cutan Med Surg.*, 8: 126-30.
- [9] Cheng F., Dai S., Wang C., et al. (2018): Do breast implants influence breastfeeding? A meta-analysis of comparative studies. *J Hum Lact.*, 34: 424-32.
- [10] Schiff M., Algert C.S., Ampt A., et al. (2014): The impact of cosmetic breast implants on breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. *Int Breastfeed J.*, 9: 17.
- [11] Kraut R.Y., Brown E., Korownyk C., et al. (2017): The impact of breast reduction surgery on breastfeeding: systematic review of observational studies. *PLoS One*, 12: e0186591.
- [12] Dias C.C., Figueiredo B. (2015): Lactancia materna y depresión: una revisión sistemática de la literatura. *J Affect Disord.*, 171: 142-54.
- [13] Matthies L.M., Wallwiener M., Sohn C., et al. (2019): The influence of partnership quality and breastfeeding on postpartum female sexual function. *Arch Gynecol Obstet.*, 299: 69-77.
- [14] Nishioka E., Haruna M., Ota E., et al. (2011): A prospective study of the relationship between breastfeeding and postpartum depressive symptoms appearing at 1-5 months after delivery. *J Affect Disord.*, 133: 553-9.
- [15] Ureño T.L., Berry-Cabán C.S., Adams A., et al. (2019): Dysphoric Milk ejection reflex: a descriptive study. *Breastfeed Med.*, 14: 666-73.
- [16] Prentice J.C., Lu M.C., Lange L., et al. (2002): The association between reported childhood sexual abuse and breastfeeding initiation. *J Hum Lact.*, 18: 219-26.

Aspectos sexuales de las alteraciones/trastornos del suelo pélvico

Liesbeth Westerik-Verschuuren, Marjolijn Lutke Holzik-Mensink,
Marleen Wieffer-Platvoet y Minke van der Velde¹

16.1. Introducción

Mientras que el **Capítulo 10** analizó los aspectos sexuales del suelo pélvico (SP) en embarazos y postpartos saludables, este capítulo aborda cómo diversos trastornos del SP influyen en la sexualidad. Se tratan los problemas urinarios y de defecación, el prolapso de órganos pélvicos y el dolor de la faja pélvica, y cómo se vinculan con la sexualidad. Primero, se analizan las situaciones derivadas del embarazo y luego las del postparto.

16.2. Alteraciones/trastornos del suelo pélvico durante el embarazo

16.2.1. Introducción

Los trastornos del suelo pélvico son comunes durante el embarazo. El aumento de la presión intraabdominal y la relajación de los tejidos conectivos del SP pueden alterar la micción y la defecación y causar el prolapso de los órganos pélvicos [1]. Estas situaciones generan pudor y disminuyen la calidad de vida, incluida la vida sexual. Los trastornos pueden ser graves o consistir en un ligero malestar. Factores como la vergüenza de la mujer y su pareja, así como la importancia que le asignan a la sexualidad, influyen en cómo su bienestar sexual y sexualidad se verán afectados.

¹ L. Westerik-Verschuuren  y M. Lutke Holzik-Mensink

Bekkenfysiotherapie Twente, Centro Especializado de Fisioterapia del Suelo Pélvico, Enschede, Países Bajos.
Universidad SOMT de Fisioterapia, Magíster en Fisioterapia Pélvica, Amersfoort, Países Bajos.

E-mail: l.westerik-verschuuren@somt.nl

M. Wieffer-Platvoet

Bekkenfysiotherapie Twente, Centro Especializado de Fisioterapia del Suelo Pélvico, Enschede, Países Bajos.

M. van der Velde

Seksuologiepraktijk Twente, Centro de Sexología, Enschede, Países Bajos.

16.2.2. Trastornos urinarios durante el embarazo

Tanto el embarazo como el parto son factores de riesgo de incontinencia urinaria. La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) consiste en la pérdida involuntaria de orina a causa de un movimiento o esfuerzo físico. Puede presentarse antes del parto y le ocurre al 38 % de las mujeres que cursan su primer embarazo [2]. En multíparas, con el daño potencial que supone el parto, tiene una ocurrencia del 42 % [3].

La aparición de incontinencia urinaria de urgencia (IUU o fuga de orina por urgencia²) también aumenta durante el embarazo, aunque es menos frecuente.

El volumen de la pérdida difiere bastante, en algunas mujeres, son sólo unas gotas, otras vacían la vejiga por completo. En ocasiones, esta incontinencia es percibida por las pacientes como algo vergonzoso, lo que puede disminuir su autoestima y suponer un obstáculo para su sexualidad.

Ambos trastornos urinarios también pueden ocurrir durante el sexo. La IUE es más frecuente durante la penetración mientras que la IUU suele presentarse con el orgasmo. Este último caso, también llamado "climacturia", resulta particularmente inquietante durante el cunnilingus (sexo oral en los genitales femeninos), una práctica sexual común en muchas partes del mundo.

Las infecciones del tracto urinario (ITU) afectan hasta el 10 % de las embarazadas y, aunque se suele pensar que su recurrencia es producto del coito, las causas más relevantes son la mala higiene y la micción disfuncional. Algunas mujeres evitan tener sexo con penetración para prevenir las infecciones con disuria y la necesidad constante de evacuar.

16.2.2.1. Aspectos del tratamiento

En el embarazo, la incontinencia urinaria se asocia con un suelo pélvico poco activo y constituye un factor de riesgo de IU postparto. Es recomendable que la mujer entrene los músculos del SP (ver descripción en el [Capítulo 10](#)), poniendo especial atención en la contracción (aumento de la fuerza y la resistencia), la relajación y la coordinación. El aspecto más importante del entrenamiento muscular del SP es aprender a contraer estos músculos cuando aumenta la presión abdominal y relajarlos de manera consciente cuando no es necesaria la contracción. Un buen funcionamiento y tener conciencia plena del SP facilitará la penetración e intensificará las sensaciones sexuales.

En caso de infecciones recurrentes del tracto urinario, se deben revisar los hábitos al ir al baño.

Si el SP está relajado por completo, el vaciado puede suceder de forma espontánea, sin hacer presión. La mujer también debe tomarse el tiempo necesario para vaciar la vejiga por completo.

² La urgencia se define como la "dificultad para posponer una sensación imparable y repentina de orinar o defecar".

16.2.3. Trastornos de la defecación durante el embarazo

En el embarazo, los trastornos de la defecación incluyen la incontinencia anal, la pérdida involuntaria de heces o flatos y la constipación. La incontinencia y la constipación son muy angustiantes y deterioran la sexualidad.

Aunque no es frecuente que las embarazadas informen sobre pérdidas involuntarias de heces sólidas o líquidas (tal vez por pudor), una investigación arrojó una incidencia de entre 2 y 9,5 % [4]. La pérdida involuntaria de flatos ("incontinencia de gases") afecta entre 12 y 35 % de las embarazadas y puede ser incómodo, en especial durante el coito. Como resultado, algunas mujeres evitan por completo la sexualidad, otras el contacto genital y casi todas se abstienen de recibir sexo oral.

Las causas de la constipación en el embarazo son múltiples. Este trastorno provoca defecación poco frecuente o incompleta y obliga a hacer un mayor esfuerzo o recurrir a estimulación digital para defecar. La relajación de los tejidos conectivos de los intestinos aumenta el "tiempo de tránsito del colon", solidificando las heces. Como consecuencia, la paciente debe realizar un esfuerzo mayor para defecar, lo que puede causar hemorroides y evacuaciones dolorosas e incompletas. La suplementación con hierro por vía oral para el tratamiento de la anemia puede agravar este proceso.

La constipación puede provocar dolor abdominal, reducir el apetito y el bienestar general y afectar la sexualidad. Además, un recto lleno de heces puede generar una sensación desagradable de urgencia durante el sexo.

16.2.3.1. Aspectos del tratamiento

Para la incontinencia anal o de gases, se recomienda el entrenamiento muscular del SP (como se describe en el [Capítulo 10](#)) y para casos de constipación, se pueden utilizar laxantes osmóticos que ablandan las heces. Además, toma relevancia la posición adoptada durante la evacuación intestinal: las rodillas deben ubicarse por encima de las caderas. Esta posición en cuclillas permite que el SP (en especial los músculos puborrectales) se relaje y facilita el paso de las heces ([Figura 16.1.](#)).

16.2.4. Prolapso de los órganos pélvicos durante el embarazo

El prolapso de los órganos pélvicos es el descenso de las paredes (anterior o posterior) de la vagina, del útero o una combinación de ambos. Dado que durante el embarazo los tejidos conectivos se relajan y la presión intraabdominal aumenta, es de esperar que los órganos pélvicos desciendan. En contraposición, desde la mitad del embarazo y hasta su término, se produce un ascenso craneal de los órganos pélvicos [5], por lo que no es común el prolapso en las primigrávidas. Las pacientes sí informan sentir pesadez y presión en el área vaginal, lo más probable es que esto se deba a cambios circulatorios, en particular a la reducción del reflujo venoso, las varices perivaginales y la congestión venosa. Si a esto se le suma el aumento de la circulación sanguínea vaginal por excitación sexual, la sensación de prolapso puede intensificarse, lo cual, para algunas mujeres, podría ser una razón para evitar la actividad sexual. La disminución del funcionamiento de los músculos del

suelo pélvico es otra razón que podría explicar esa “sensación de prolapso”. Se debe tener en cuenta que en una situación de riesgo de parto prematuro, es posible que la paciente experimente la misma sensación.

Figura 16.1. Posición para facilitar el paso de heces. Ilustración de Corine Adamse.



16.2.4.1. Aspectos del tratamiento

Si no hay otros indicadores de parto prematuro es importante tranquilizar a la embarazada explicándole que la sensación de prolapso es parte del embarazo y que no empeorará con la actividad sexual, ni siquiera con la penetración. Una forma en que la paciente puede aminorar esa sensación es evitando pasar mucho tiempo de pie, para aliviar la presión sobre la parte baja del vientre.

Mejorar el funcionamiento del suelo pélvico puede ser una solución efectiva ya que crea mayor contención para los órganos pélvicos. En entrenamiento de estos músculos en posición supina activa el bombeo muscular y disminuye la congestión venosa.

16.2.5. Dolor en la faja pélvica (o en la zona lumbar) a causa del embarazo

El dolor en la faja pélvica (DFP) es el que se ubica entre la cresta ilíaca posterior y el pliegue glúteo, sobre todo en las proximidades de la articulación sacroilíaca. Este dolor puede irradiarse en el muslo posterior y ocurrir en la sínfisis [6]. Por lo general, se desarrolla durante el embarazo o en las primeras tres semanas de postparto y afecta al 45 % de las embarazadas, provocando muchas limitaciones en las actividades de la vida cotidiana [7]. El dolor musculoesquelético también puede limitar la actividad sexual [8].

Además, el dolor en la faja pélvica puede deteriorar el control motriz de la columna lumbar y de la pelvis, lo que lleva a adoptar varias estrategias de compensación, como utilizar los músculos del suelo pélvico para lograr mayor control. Sin darse cuenta, muchas mujeres desarrollan un suelo pélvico hiperactivo, lo que puede causar dispareunia [9].

Aspectos del tratamiento

Un buen asesoramiento y explicación de por qué se produce este dolor, sumado a un buen entrenamiento para mejorar el control motriz de la columna lumbar y de la pelvis pueden ayudar a reducir el malestar lo suficiente como para que la paciente reanude la actividad sexual. En este caso, puede ser útil recomendar posiciones adaptadas para el coito, por ejemplo, el hombre de lado y la mujer de espaldas con las rodillas dobladas y la vagina hacia el pene (posición A) (Figura 16.2.A). Así, al igual que en la “posición de tijera” (posición B), se preserva la pelvis de la mujer. Al recomendar a las parejas estas posiciones es necesario ser muy concretos y detallados para minimizar cualquier duda que puedan tener al intentar implementarlas en casa. Para ello, las ilustraciones aquí provistas pueden ser de utilidad.

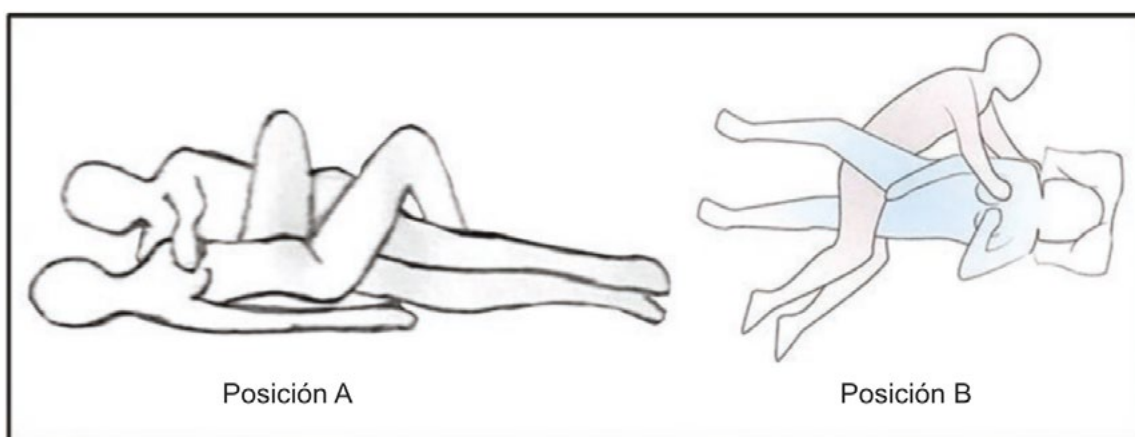


Figura 16.2. Posiciones sexuales recomendadas en caso de dolor en la faja pélvica. Posición A: mujer supina, hombre de lado, pene hacia la vagina. Posición B: posición de tijera. Ilustración de Corine Adamse.

16.3. Alteraciones/trastornos del suelo pélvico en el postparto

16.3.1. Introducción

El embarazo y el parto vaginal son los factores de riesgo más comunes de trastornos del suelo pélvico después del parto, ya sea incontinencia urinaria de esfuerzo, síndrome de vejiga hiperactiva, prolapso de los órganos pélvicos o incontinencia anal [1]. Esta afirmación no intenta patologizar el embarazo. Ocurre que los profesionales de la salud tienden a subestimar las tasas de lesiones obstétricas (anales) y la mayoría de los manuales ni siquiera menciona la avulsión del elevador del ano. En un estudio australiano con 483 participantes, sólo entre 33 y 40 % de las primíparas tuvieron un parto vaginal normal atraumático [10].

Estos trastornos se desarrollan a causa diversas situaciones que combinan músculos y nervios del suelo pélvico y tejidos conectivos dañados, y todos tienen un efecto

potencialmente negativo para la sexualidad. Primero, se explica el dolor perineal, la laxitud vaginal y el suelo pélvico hiperactivo. Luego, las incontinencias urinaria y anal, el prolapso de los órganos pélvicos y el dolor de la faja pélvica.

16.3.2. Dolor perineal

Puede ser causado por una episiotomía, laceraciones o (sobre) estiramiento del perineo. Nueve de cada diez mujeres informan este tipo de dolor; un tercio experimenta dolor moderado a severo y una de cada siete continúa con dolores nueve semanas después de haber parido [11]. El dolor perineal limita las actividades diarias, afecta el placer y la vida sexual, en especial en parejas que no tienen una buena comunicación, y aumenta el riesgo de que la dispareunia redunde en problemas sexuales y relacionales duraderos.

16.3.3. Laxitud vaginal

Una de las consecuencias del parto es la pérdida de fuerza de los músculos del suelo pélvico, que hace que la mujer no pueda cerrar lo suficiente el hiato genital. Este síntoma se conoce como laxitud vaginal y hace que la fricción entre el pene y la vagina durante la penetración sea mínima o nula. Disminuye el placer sexual para ambas partes y puede causar ruido vaginal o “gases vaginales” durante el coito, algo que a muchas mujeres les da vergüenza. Como la entrada vaginal no cierra lo suficiente, ingresa aire que luego es expulsado con ruido con los movimientos del coito. Aunque la laxitud no genera dolor físico, para algunas parejas implica un trastorno sexual grave que requiere asesoramiento y recomendaciones prácticas sobre cómo evitar estos flatos durante la penetración. Por ejemplo, se puede intentar otra posición sexual. Por desgracia, la literatura aún no ofrece información sobre una posición que garantice la supresión de “ruidos”. La pareja podría intentar movimiento mínimos del pene después de la penetración y emplear otras formas de estimulación como besarse, acariciar los senos, estimular el clítoris o lo que prefieran. Algunas parejas ponen música a todo volumen y realizan la penetración al ritmo de la canción.

La laxitud vaginal suele estar relacionada a la avulsión del músculo elevador del ano, lo que significa que el músculo está en parte (y a veces del todo) separado del hueso púbico. En un estudio multicéntrico realizado en primerizas, la prevalencia de esta avulsión fue del 18,8 % (8 % se produjo de manera espontánea durante el parto, 29 % en partos asistidos con ventosa y de 51 % con fórceps) [12].

16.3.3.1. Aspectos del tratamiento

El entrenamiento muscular del suelo pélvico logra una especie de hipertrofia de los músculos puborrectal y pubococcígeo que ayuda a disminuir el área de la sección transversal del hiato genital y, por lo tanto, mejora su capacidad de cerrarse. Así, aumenta la fricción entre la pared vaginal y el pene y se logra una sensación sexual más placentera [13].

16.3.4. Suelo pélvico hiperactivo

La hiperactividad es lo contrario de la laxitud. En esta condición, el suelo pélvico tiene un tono aumentado y no es posible lograr la relajación cuando es necesario. Las causas pueden ser dolor perineal, temor a la incontinencia (urinaria o anal) o prolapso. La hiperactividad hace que el suelo pélvico se contraiga y cierre la vagina, acortándola y estrechándola, como se describe en el [Capítulo 10](#). Como consecuencia, se presentan dificultades para la penetración, dispareunia y riesgo de desarrollar un círculo vicioso de “dispareunia → falta de deseo → dispareunia”.

16.3.4.1. Aspectos del tratamiento

En este caso, el entrenamiento muscular del suelo pélvico debe concentrarse en la relajación y la coordinación. Para el dolor perineal, la mujer necesita tranquilidad de que contraer el suelo pélvico no le causará daño. Por el contrario, alternar una compresión máxima y una relajación completa disminuirá el dolor. En estos casos, se debe prestar especial atención al riesgo de desarrollar círculos viciosos de dolor, bajo placer sexual y problemas duraderos en la relación íntima. Indicar a las parejas que eviten todo tipo de actividad sexual que pudiera provocar dolor suele ser una excelente manera de iniciar el tratamiento y de prevenir que desarrollen asociaciones más permanentes entre el dolor y determinadas acciones sexuales [11].

16.3.5. Incontinencia urinaria

Este trastorno afecta a un tercio de las mujeres en los primeros tres meses de postparto y, por desgracia, estos niveles se mantienen casi idénticos luego de transcurrido un año.

La incontinencia urinaria afecta la calidad de vida y suele ser motivo de vergüenza y afectar la percepción del propio atractivo sexual.

El parto vaginal está muy asociado a la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), causada por lesiones en los músculos del suelo pélvico (reducción de la fuerza), en los tejidos conectivos (debilitamiento del soporte del cuello de la vejiga) y en el nervio pudendo. La IUE limita cualquier actividad que aumente la presión abdominal, como toser, correr, saltar, agacharse y alzar al bebé. Puede desencadenarse durante el sexo, por efecto de la presión sobre el vientre o de la penetración del pene empujando la vejiga. Es decir que esta condición puede afectar tanto actividades de ocio como personales y laborales.

No existen diferencias en la incidencia de la incontinencia urinaria de urgencia con partos vaginales o cesáreas [14].

Esta afección también puede llevar a la incontinencia coital (como se describe en el [Capítulo 10](#)), perjudicando la actividad sexual de algunas parejas.

16.3.5.1. Aspectos del tratamiento

Parte de estas lesiones llegan a sanar aunque la recuperación no es completa. Una buena función de los músculos del suelo pélvico puede compensar en parte este daño [15], contribuyendo, por ejemplo, a mejorar el cierre de la uretra.

Para que la uretra cierre de manera óptima, se requiere una contracción del diafragma pélvico y del diafragma urogenital, en particular del esfínter urinario externo, el cual no es un esfínter en sí, sino un músculo en forma de herradura que cierra la uretra presionándola contra la fascia.

En examen se debe concentrar en el cierre de la uretra. Para esto, se debe palpar con el dedo el cuello de la vejiga y pedirle a la paciente que contraiga el suelo pélvico. Si la contracción es adecuada, la uretra se levantará en dirección ventral ("elevación del cuello de la vejiga").

Siguiendo las recomendaciones del **Capítulo 10**, se pueden esperar mejorías, en mujeres sanas, a las seis semanas de iniciar el entrenamiento muscular del suelo pélvico. La recuperación tomará más tiempo para las mujeres que amamantan debido su bajo nivel de estrógeno.

Aspectos prácticos: vaciar la vejiga antes de la actividad sexual.

Ajustar la producción de orina a la sexualidad deseada (evitar alimentos que producen olores fuertes en la orina, anticipar el momento en que sentirá ganas de orinar, el efecto diurético de la cafeína, etc.).

16.3.6. Incontinencia anal

Esta afección es bastante más avergonzante, molesta y difícil de sobrellevar que la incontinencia urinaria. El 14 % de las mujeres sufre incontinencia anal después del parto vaginal [16].

Está asociada a desgarros del esfínter anal de tercer y cuarto grado [17]. Las pacientes que presentan este tipo de desgarros suelen tener lesiones en los músculos perineales (pubovaginal, puborrectal) y en el nervio pudendo. Al igual que la urinaria, la incontinencia anal limita todas las actividades que aumentan la presión abdominal. Con un desgarro del esfínter, a la mujer le cuesta más reanudar las actividades sexuales [18]. Dependiendo de la magnitud de la lesión, puede observarse una disminución de la sensibilidad durante las actividades sexuales. Además, el miedo a que se escapen heces o gases hace que la paciente se sienta menos femenina o atractiva.

16.3.6.1. Aspectos del tratamiento

Aspectos prácticos: trabajar en el momento de ingesta y la calidad de los alimentos, así como en la reeducación defecatoria, para lograr movimientos intestinales diarios más regulares. Si se logra regularidad, el recto estará vacío durante el resto del día y no habrá riesgo de perder heces. El entrenamiento de coordinación y fuerza del esfínter anal y del músculo puborrectal es crucial para lograr continencia, aspectos que mejoran la sexualidad.

16.3.7. Prolapso de los órganos pélvicos

El prolapso de los órganos pélvicos (POP) afecta al 50 % de las mujeres que tuvieron al menos un parto vaginal [19]. De acuerdo con la ubicación y etapa del prolapso, la

mujer experimenta distintos síntomas en el suelo pélvico. El signo más evidente es una protuberancia que desciende a la vagina y que puede ser la vejiga, el útero o el recto. A veces, la vagina parece estar bloqueada por esta protuberancia, sin embargo, durante la actividad sexual, es posible y fácil hacerla a un lado.

El prolapso se presenta cuando existen daños en los músculos y tejidos conectivos del suelo pélvico y, a veces, también del nervio pudendo. Muchas mujeres con POP no son capaces de cerrar lo suficiente el hiato genital. Durante el parto, los músculos del suelo pélvico, en especial los pubovaginales y puborrectales, tienen un factor de estiramiento de 3 a 4. Dado que los músculos estriados tienen un factor de estiramiento no mayor a 1,5, es esperable que se lesionen durante el parto. Un estiramiento tan excesivo puede provocar una avulsión parcial o completa del músculo elevador del ano o un estiramiento traumático. Esta avulsión no es reversible y tiene una incidencia de entre 13 y 36 % [20]. Después de un primer parto vaginal, es poco probable que los siguientes causen avulsión [12].

Un hiato genital abierto o no lo suficientemente cerrado puede provocar ruidos o “gases vaginales” y menor fricción entre la vagina y el pene [21]. EL POP afecta la calidad de vida de la mujer, sobre todo su autopercepción o autoestima. En términos mecánicos, el coito no se ve limitado, es decir que la penetración sigue siendo posible.

16.3.7.1. Aspectos del tratamiento

Para tener contacto y relaciones sexuales, la pareja puede optar por posiciones en las que el prolapso no sea empujado hacia la vulva por efecto de la gravedad, facilitando así la penetración. Para casos de prolapso urogenital, el entrenamiento muscular del suelo pélvico es la primera opción de tratamiento. Otra estrategia frecuente es el uso de un pesario [3]. El entrenamiento muscular del suelo pélvico mejora el cierre del hiato y aumenta la fricción entre la vagina y el pene generando sensaciones sexuales más intensas [22]. Los músculos elevador del ano, bulboesponjoso e isquiocavernoso son importantes en la sexualidad porque aprietan lo que ingresa en la vagina, elevando la circulación del clítoris y produciendo contracciones orgásmicas.

Si el entrenamiento muscular, el pesario o la combinación de ambos no surten efecto, la siguiente opción es la cirugía reparadora de las estructuras anatómicas dañadas.

16.3.8. Dolor de la faja pélvica (DFP)

Aunque la prevalencia de este trastorno disminuye en el postparto, una cuarta parte de las mujeres consultadas a un año del parto informa seguir sintiéndolo [9]. El dolor de la faja pélvica (antes conocido como inestabilidad pélvica) suele ser causado por un control motriz deficiente de la columna lumbar y la pelvis. Dado que los músculos del suelo pélvico conectan los huesos pélvicos y pueden aumentar la presión abdominal, brindan una sensación de control motriz. Cuando la mujer siente que le falta ese control, intenta compensarlo de manera inconsciente con la función del suelo pélvico. Si bien esto contribuye en parte a una mayor rigidez del anillo pélvico (casi en su totalidad óseo), no produce un control motriz óptimo. Como resultado, poco a poco los músculos del suelo pélvico se vuelven hiperactivos pero el dolor no mejora. A esto se le suma la

posibilidad de generar un círculo vicioso de dolor y estímulo de los músculos del suelo pélvico para intentar mejorar el control motriz. Un suelo pélvico hiperactivo impide los reflejos sexuales y provoca que la vagina se contraiga y cierre. Por tanto, la meta de alcanzar el bienestar sexual se vuelve más difícil.

16.3.8.1. Aspectos del tratamiento

Enseñar técnicas adecuadas para mejorar el control motriz sin contraer excesivamente el suelo pélvico. Después de lograr un control efectivo, se debe aprender a relajar el estos músculos (ver el [Capítulo 10](#) o consultar a un fisioterapeuta de suelo pélvico). Al igual que con el DFP preparto, es importante conocer las posiciones específicas recomendadas para el sexo con penetración.

16.4. Conclusión

Las disfunciones sexuales relacionadas al embarazo y el parto pueden deberse a trastornos y disfunciones del suelo pélvico. Las mujeres necesitan más información sobre los músculos del suelo pélvico y los cambios que experimentan durante el embarazo y luego del nacimiento [23]. Aumentar la conciencia muscular del suelo pélvico y mejorar su función puede contribuir a relaciones sexuales más satisfactorias. La sexualidad siempre será diferente después del parto, pero esto no significa que la mujer no pueda volver a disfrutar del sexo. Por el contrario, las mujeres que en el transcurso del embarazo tomen mayor conciencia del suelo pélvico y aprendan a usar estos músculos como “músculos del amor” obtendrán un gran beneficio sexual.

Referencias

- [1] Handa V. L., Blomquist J. L., McDermott K. C., et al. (2012): Pelvic floor disorders after vaginal birth: effect of episiotomy, perineal laceration, and operative birth. *Obstet Gynecol.*; 119: 233-9.
- [2] Moossdorff-Steinhauser H. F. A., Bols E. M. J., Spaanderman M. E. A., et al. (2019): Long-term effects of motherfit group therapy in pre-(MOTHERFIT1) and postpartum women (MOTHERFIT2) with stress urinary incontinence compared to care-as-usual: study protocol of two multicentred, randomised controlled trials. *Trials*; 20: 237.
- [3] Thom D. H., Rortveit G. (2010): Prevalence of postpartum urinary incontinence: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand.*; 89: 1511-22.
- [4] Johannessen H. H., Wibe A., Stordahl A., et al. (2015): Anal incontinence among first time mothers—what happens in pregnancy and the first year after delivery? *Acta Obstet Gynecol Scand.*; 94: 1005-13.
- [5] Reimers C., Staer-Jensen J., Siafarikas F., et al. (2016): Change in pelvic organ support during pregnancy and the first year postpartum: a longitudinal study. *BJOG*; 123: 821-9.

- [6] Vleeming A., Albert H. B., Ostgaard H. C., et al. (2008): European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain. *Eur Spine J.*; 17: 794-819.
- [7] Lawson S., Sacks A. (2018): Pelvic floor physical therapy and women's health promotion. *J Midwifery Womens Health*; 63: 410-7.
- [8] Mens J. M., Damen L., Snijders C. J., Stam H. J. (2006): The mechanical effect of a pelvic belt in patients with pregnancy-related pelvic pain. *Clin Biomech* (Bristol, Avon); 21: 122-7.
- [9] Faubion S. S., Shuster L. T., Bharucha A. E. (2012): Recognition and management of nonrelaxing pelvic floor dysfunction. *Mayo Clin Proc.*; 87: 187-93.
- [10] Caudwell-Hall J., Kamisan Atan I., Guzman Rojas R., et al. (2018): Atraumatic normal vaginal delivery: how many women get what they want? *Am J Obstet Gynecol.*; 219: 379.e1-8.
- [11] Neels H., De Wachter S., Wyndaele J. J., et al. (2017): Does pelvic floor muscle contraction early after delivery cause perineal pain in postpartum women? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.*; 208: 1-5.
- [12] Cassadó J., Simó M., Rodríguez N., et al. (2020): Prevalence of levator ani avulsion in a multicenter study (PAMELA study). *Arch Gynecol Obstet.*; 302: 273-80.
- [13] Kolberg Tennfjord M., Hilde G., Staer-Jensen J., et al. (2016): Effect of postpartum pelvic floor muscle training on vaginal symptoms and sexual dysfunction—secondary analysis of a randomised trial. *BJOG*; 123: 634-42.
- [14] Memon H., Handa V. L. (2012): Pelvic floor disorders following vaginal or caesarean delivery. *Curr Opin Obstet Gynecol.*; 24: 349-54.
- [15] Mørkved S., Bø K. (2014): Effect of pelvic floor muscle training during pregnancy and after childbirth on prevention and treatment of urinary incontinence: a systematic review. *J Sports Med.*; 48: 299-310.
- [16] Schei B., Johannessen H. H., Rydning A., et al. (2019): Anal incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand.*; 98: 51-60.
- [17] Bols E. M., Hendriks E. J., Berghmans B. C., et al. (2010): A systematic review of etiological factors for postpartum fecal incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand.*; 89: 302-14.
- [18] Gommesen D., Nøhr E., Qvist N., Rasch V. (2019): Obstetric perineal tears, sexual function and dyspareunia among primiparous women 12 months postpartum: a prospective cohort study. *BMJ Open.*; 9:e032368.
- [19] Hagen S., Stark D. (2011): Conservative prevention and management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev.*; 12: CD003882.
- [20] Friedman T., Eslick G. D., Dietz H. P. (2019): Delivery mode and the risk of levator muscle avulsion: a meta-analysis. *Int Urogynecol J.*; 30: 901-7.
- [21] Neels H., Mortiers X., de Graaf S., et al. (2017): Vaginal wind: a literature review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.*; 214: 97-103.
- [22] Braekken I. H., Majida M., Ellström Engh M., Bø K. (2015): Can pelvic floor muscle training improve sexual function in women with pelvic organ prolapse? A randomised controlled trial. *J Sex Med.*; 12: 470-80.
- [23] Neels H., Wyndaele J. J., Tjalma W. A., et al. (2016): Knowledge of the pelvic floor in nulliparous women. *J Phys Ther Sci.*; 28: 1524-33.

Aspectos sexuales de los trastornos de salud mental en el embarazo y la maternidad/paternidad reciente

Mijke Lambregtse-van den Berg y Hester Pastoor¹

17.1. Introducción

Algunas mujeres con enfermedades psiquiátricas desean ser madres. El embarazo y el parto pueden agravar los trastornos de salud mental e incluso inducirlos, al tiempo que hay escasa evidencia que indique que este proceso brinda alguna protección contra dichos trastornos. Además, las patologías psiquiátricas suelen tener impacto en la sexualidad y la relación de pareja, y la medicación que se utiliza para tratarlas puede ocasionar efectos secundarios de índole sexual. Este capítulo aborda los diversos trastornos de salud mental durante el embarazo y el postparto y sus consecuencias para la sexualidad. Se brindan pautas para diagnosticar y tratar los trastornos sexuales y algunos casos a modo ilustrativo.

17.2. Trastornos psiquiátricos durante y después del embarazo

Los trastornos psiquiátricos son morbilidades comunes durante y después del embarazo, que pueden tener efectos adversos en la madre, el bebé y la familia e influir en la sexualidad y la relación de pareja. La investigación sobre trastornos mentales relacionados con el parto se ha ocupado sobre todo de la depresión postparto. Sin embargo, es cada vez más evidente que hay otros trastornos psiquiátricos prevalentes y relevantes en este período. Este capítulo revisa la evidencia disponible sobre síntomas, epidemiología y opciones de tratamiento de la psicosis, la depresión, los trastornos de ansiedad y el trastorno de estrés postraumático (TEPT), así como las consecuencias más comunes para la sexualidad y las relaciones sexuales.

¹ M. Lambregtse-van den Berg 

Departamento de Fisiatría/Psiquiatría Infantil y Adolescente, Centro Médico Universitario Erasmus, Róterdam, Países Bajos. E-mail: mijke.vandenberg@erasmusmc.nl

H. Pastoor 

División de Endocrinología Reproductiva e Infertilidad, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Centro Médico Universitario, Róterdam, Países Bajos.

17.2.1. Psicosis

Entre los trastornos psiquiátricos periparto, la psicosis postparto o puerperal es la más grave. Su prevalencia es de 1-2 en 1000 partos y el riesgo es mayor en pacientes con antecedentes de la misma patología en partos anteriores o de trastorno bipolar. Casi siempre requiere el ingreso a una unidad psiquiátrica porque se asocia con un mayor riesgo de suicidio e infanticidio. Por lo general, se desarrolla en las dos primeras semanas que siguen al nacimiento, con síntomas que se exacerban rápidamente: insomnio, irritabilidad y fluctuación del estado de ánimo, manía, depresión o una combinación de ambas ("estado mixto"). Los rasgos característicos de la psicosis son los delirios y las alucinaciones, por lo general relacionados con el tema del parto. Las pacientes también experimentan síntomas similares al delirio, como desorientación, confusión, desrealización y despersonalización. Durante un episodio maníaco, la mujer puede experimentar mayor deseo sexual y perder el pudor sexual [1].

En principio, este trastorno requiere medicación. El tratamiento secuencial con benzodiacepinas, antipsicóticos, litio y terapia electroconvulsiva (TEC) garantiza una recuperación casi total [2]. Las pacientes con antecedentes de trastorno bipolar o psicosis postparto reciben tratamiento profiláctico inmediatamente después del nacimiento, para minimizar el riesgo de una recaída [3].

17.2.2. Depresión

Es la complicación periparto más común. Los trastornos depresivos son frecuentes durante y después del embarazo, con una tasa de prevalencia de alrededor del 10 % [4]. Todavía no resulta claro si la incidencia de la depresión es mayor después del parto. Debido a las falencias para identificar y diagnosticar este trastorno durante el embarazo, muchas mujeres no son diagnosticadas hasta después del parto, lo que se traduce en una clasificación errónea [5].

Bajo estado de ánimo, irritabilidad o cambios de humor repentinos son los síntomas que afectan a casi el 50 % de las mujeres en las primeras dos semanas que siguen al nacimiento (la llamada "tristeza postparto"). Suelen ser leves y transitorios y estar relacionados con cambios fisiológicos, como los que afectan de forma abrupta a las hormonas reproductivas. Si estos síntomas persisten a dos semanas del parto, el equipo médico debería considerar un trastorno depresivo. El uso de algún instrumento de detección validado, como la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), la más utilizada en todo el mundo, ayuda en el diagnóstico de la depresión periparto [6]. Sus síntomas se asemejan a los de la depresión que ocurre sin que exista un embarazo e incluyen, como base, estado de ánimo depresivo y la pérdida de interés y placer. Otros síntomas son cambios del peso corporal, pérdida de energía, sentimientos de inutilidad y culpa, disminución de la concentración y pensamientos recurrentes de muerte. Existe aquí una superposición considerable con los aspectos sexuales de la depresión, ya que la reducción del interés o el placer en casi todas las actividades, incluidos el sexo y la pérdida del deseo sexual, es muy frecuente.

El tratamiento con fármacos puede afectar la salud fetal e infantil, por lo que se debe evaluar con cuidado. Como regla, las intervenciones no farmacológicas son la primera

opción. Existe amplia evidencia sobre la eficacia de la terapia interpersonal y cognitivo-conductual. Otros tipos de intervenciones no farmacológicas como los masajes, la acupuntura, la fototerapia y los aceites omega-3 arrojaron resultados dispares [7, 8]. Si no es posible acceder a tratamientos no farmacológicos o si la gravedad del trastorno requiere acción inmediata, debido a pensamientos o acciones suicidas por ejemplo, se deben indicar antidepresivos.

17.2.3. Ansiedad

Con frecuencia, los trastornos de ansiedad en el periparto se pasan por alto y son menos estudiados que la depresión. Sin embargo, son comunes y presentan tasas de prevalencia autoinformada que van de 18 a 25 % durante el embarazo y 15 % después del postparto. La prevalencia general del diagnóstico clínico de cualquier trastorno de ansiedad es de alrededor de 15 % durante el embarazo y 10 % después del embarazo [9]. Un metaanálisis informó un riesgo bastante mayor de trastorno obsesivo-compulsivo en mujeres embarazadas (2,1 %) y mujeres puérperas (2,4 %) que en mujeres no embarazadas de la población general (1,1 %) [10].

La tocofobia es el miedo intenso al embarazo y al parto. No existe una definición exacta porque no se la diagnostica como una patología psiquiátrica separada, sin embargo, su prevalencia general se estima en 14 % de las embarazadas [11].

El vaginismo, el miedo a ser penetrada a veces combinado con el temor a dar a luz, es otra forma de ansiedad que interfiere con la concepción y el embarazo. Estos temores pueden causar que las pacientes eviten quedar embarazadas, sufran ansiedad severa durante el embarazo y eviten el parto natural optando por una cesárea. Estas mujeres también tienden a evitar las consultas ginecológicas y de partería o, por el contrario, a sobreconsultar para sentirse tranquilas. La biorretroalimentación, la hipnosis, la terapia cognitivo-conductual por Internet y la educación prenatal son tratamientos prometedores del temor al parto [12].

La terapia cognitivo-conductual es el tratamiento que se prefiere para otros trastornos de ansiedad, como el obsesivo-compulsivo. Cuando los recursos son limitados y la ansiedad se vuelve inhabilitante, la medicación antidepresiva es una opción práctica [1].

17.2.4. Trastorno de estrés postraumático (TEPT)

El TEPT en el periparto puede ser el resultado de un abuso, un abuso sexual u otras experiencias traumáticas antes o durante el embarazo o el parto. Su prevalencia durante el embarazo es de 3,3 % y el TEPT postparto relacionado con el nacimiento tiene una prevalencia media de 4,0 % [13]. Los síntomas típicos son intrusiones (como recuerdos y pesadillas), hiperexcitación, evitación y sentimientos de culpa y vergüenza. Esta patología tiene una alta comorbilidad con la depresión. Los profesionales de la salud a menudo pasan por alto este diagnóstico ya que las pacientes con TEPT evitan hablar sobre su trauma como consecuencia del trastorno mismo. Por lo tanto, es esencial que los profesionales pregunten de forma activa a sus pacientes sobre posibles experiencias traumáticas antes, durante o después del embarazo.

Aunque la evidencia sobre la eficacia del tratamiento del TEPT en el período periparto es limitada, las psicoterapias utilizadas fuera de este período que se concentran en el trauma y se basan en la evidencia sí parecen ser efectivas y seguras durante el embarazo y el postparto [14, 15]. Entre estas, las primeras opciones son la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la terapia de desensibilización y reprocesamiento del movimiento ocular (EMDR). La TCC implica entre ocho y doce sesiones con un psicoterapeuta, en las cuales se trabaja la psicoeducación respecto de las reacciones al trauma, estrategias para manejar la reexperimentación de acontecimientos traumáticos y aplicar un plan de seguridad, la elaboración y procesamiento de los recuerdos y las emociones relacionadas con el trauma (como vergüenza, culpa, pérdida e ira), la resignificación del trauma y las herramientas para superar la evitación y el restablecimiento del funcionamiento adaptativo (trabajo y relaciones sociales) [16]. La EMDR es una terapia muy protocolizada en la que se inducen recuerdos traumáticos mientras la persona se enfoca en simultáneo en estímulos externos (movimientos oculares laterales dirigidos por el terapeuta o golpecitos y tonos musicales) hasta que los recuerdos ya no generen angustia (ver <http://www.emdr.com>).

17.3. Trastornos psiquiátricos, relación de pareja y función sexual

Si durante o después del embarazo la mujer presenta un trastorno psiquiátrico, aumenta el riesgo de que a su pareja le ocurra lo mismo. Es un fenómeno menos estudiado, pero los hombres también pueden tener o desarrollar un trastorno psiquiátrico durante el mismo período. Desde el embarazo y hasta un año después del parto, 8 % de los hombres sufre depresión [17]. Respecto de los diferentes trastornos de ansiedad, los números varían entre 4,1 y 16,0 % durante el embarazo y entre 2,4 y 18,0 % después del parto [18].

Es bien sabido que los trastornos psiquiátricos afectan la función sexual en mujeres y hombres [19]. Si bien la depresión y la ansiedad probablemente sean los más conocidos, la anterior afirmación es válida para cualquier trastorno psiquiátrico. Un estudio prospectivo en embarazadas con síntomas depresivos o de ansiedad mostró que más del 20 % percibía una disminución de su vida sexual [20].

Con la depresión es habitual la falta de deseo sexual. Con los trastornos de ansiedad es común evitar el sexo por miedo a sufrir un ataque de pánico (trastorno de pánico), por miedo a ser juzgado/a por la pareja sexual (fobia social) o por experimentar síntomas de TEPT.

En otras patologías, como el trastorno límite de la personalidad, la sexualidad puede ser una forma importante de establecer y mantener la sensación de seguridad y apego pero la pareja siente la presión de tener que corresponder estos deseos sexuales.

En conclusión, cuando uno de los miembros de la pareja tiene un trastorno psiquiátrico o una disfunción sexual, el otro también lo sufre. Los factores relevantes son el cambio de roles, la angustia y las preocupaciones, con un gran impacto en ambos y en su relación amorosa. Los problemas sexuales y relacionales se influyen de manera recíproca. Los varones que están en pareja con mujeres que sufren alguna disfunción sexual presentan un riesgo tres veces mayor de desarrollar una [21]. En especial si

tienen una comunicación problemática o la pareja está atrapada en un patrón de culpa, la relación (sexual) estará sometida a mucha presión.

17.4. Efectos secundarios sexuales de la medicación psiquiátrica

La disfunción sexual es un problema común en psiquiatría y puede estar relacionada con un trastorno psiquiátrico o ser efecto secundario de alguna medicación. La incidencia de efectos secundarios de índole sexual llega a ser tan alta como 70-100 %, y se informa una incidencia de 50-70 % con varios medicamentos [19]. Casi todos los psicotrópicos influyen en la función sexual general y en las tres fases del ciclo de respuesta sexual (deseo, excitación, orgasmo/eyaculación). Sin embargo, cabe hacer algunas distinciones. Los antidepresivos influyen sobre todo en la capacidad de alcanzar el orgasmo o la eyaculación. Los antipsicóticos influyen en el deseo sexual más que en cualquier otra función y entre estos, los antipsicóticos típicos pueden afectar la fertilidad. Los ansiolíticos y los estabilizadores del estado de ánimo influyen por igual en todas las fases de la respuesta sexual. Experimentar efectos secundarios sexuales puede ser muy angustiante e incluso interferir en el tratamiento: los pacientes con depresión, por ejemplo, refieren disminución del deseo y la disfunción orgásmica como las razones más comunes para dejar de tomar la medicación [19].

Dependiendo de la causa de la disfunción sexual, existen varias intervenciones posibles [19]. Sin embargo, determinar la causa más probable no es tarea fácil. Como la sexualidad es un fenómeno biopsicosocial, muchos factores pueden influir e interactuar entre sí. La mejor manera de determinar si el medicamento está causando la disfunción sexual es trazar una línea de tiempo exhaustiva del desarrollo del trastorno psiquiátrico y de la disfunción sexual, del inicio del tratamiento farmacológico y de otros factores que puedan influir, como cambios en la relación de pareja o en la salud general.

Por lo general, las disfunciones sexuales causadas por la medicación tienden a desarrollarse muy poco después de la primera toma y desaparecen rápidamente al suspenderla. Por su parte, la influencia de la enfermedad física en la función sexual suele tener un desarrollo progresivo, mientras que una disminución rápida suele indicar un cambio físico “repentino” (medicamentos, cirugía, etc.) o un cambio psicológico (trastorno psiquiátrico, problemas de pareja, etc.).

17.5. Diagnóstico y tratamiento de disfunciones sexuales relacionadas con trastornos psiquiátricos periparto

Se debe realizar una evaluación exhaustiva antes de tratar un problema sexual [22]. Estas son algunas de las preguntas más relevantes para diagnosticar problemas o disfunciones sexuales: cuándo comenzó (es crónico o secundario); en qué situaciones está presente (a veces o siempre) y en qué fase del ciclo de respuesta sexual podemos ubicarlo (deseo, excitación, orgasmo, recuperación). Las respuestas nos darán mucha información sobre la causa del problema y cómo tratarlo. También es esencial hacer

preguntas sobre el repertorio, comportamiento y estimulación sexual de la pareja. Una estimulación o un repertorio limitados son una causa común de disfunción sexual. Es un error profesional no indagar sobre esto, ya que la respuesta puede cambiar por completo la elección de intervención. El **Capítulo 29** describe cómo diagnosticar una disfunción sexual.

Las principales disfunciones durante el embarazo y el postparto son la falta de deseo sexual y la dispareunia [23]. Para los profesionales sin formación en sexología, PLISSIT (P: dar permiso, LI: información limitada, SS: sugerencias específicas y IT: tratamiento intensivo) (ver **Capítulo 3**) es un modelo de pasos o niveles útil para el tratamiento, que se puede aplicar tanto a la población general como a la psiquiátrica en las etapas de periparto y maternidad/paternidad reciente.

Asesorar o tratar la disfunción sexual en la población psiquiátrica durante el periparto y la maternidad/paternidad reciente no difiere mucho de la atención que se le brinda a cualquier paciente con la misma condición. Por supuesto, es necesario investigar la causa de la disfunción y adaptar la psicoeducación ofrecida para incluir información sobre los efectos de la enfermedad psiquiátrica o la medicación. Fuera de esto, muchas de las intervenciones serán bastante similares. Para las matronas, el asesoramiento y tratamiento debe circunscribirse a su propia área de experticia y a los primeros tres niveles del modelo PLISSIT. Demostramos esto con algunos casos ilustrativos; la correspondencia con cada nivel del modelo PLISSIT se indica entre paréntesis.

17.6. Casos

Caso 1: Amy

Amy (31 años, enfermera) tuvo varias experiencias sexuales traumáticas en su adolescencia y adultez. Tiene dificultades para confiar en otras personas y recibió tratamiento por TEPT. También tuvo experiencias buenas y estimulantes, pero siempre con “chicos malos”. Actualmente está casada con un hombre que la ama, John (39 años, gerente de cuentas) y tienen una relación muy comprometida, pero ella no siente ganas de tener sexo con su esposo.

Debido al bajo recuento de espermatozoides de John, Amy ha tenido que quedar embarazada mediante FIV. Durante los exámenes ginecológicos, la recuperación de ovocitos y la implantación del embrión, sintió mucha ansiedad. Su fuerte deseo de concebir hizo que pudiera soportarlo todo, aunque hubiera preferido que le realizaran estos procedimientos bajo anestesia. No quiere ni pensar en cómo será dar a luz y evita hablar del tema.

Amy consulta a su matrona, quien ofrece psicoeducación (*información limitada*) sobre el efecto de las experiencias traumáticas en sus miedos y su suelo pélvico. Es importante que ella sepa que es normal tener estos temores, porque pueden recordarle lo que se siente “perder el control”. A Amy esta explicación le parece útil pero sus miedos siguen ahí y expresa la necesidad de sentirse más segura durante los exámenes ginecológicos y el parto. Entonces, la matrona le pregunta qué cosas son esenciales para que ella se sienta segura en esos momentos. Incluye esta información en su historia clínica de manera que los profesionales que estarán presentes en el parto la tengan en

cuenta. Además, permiten que Amy vaya a los exámenes y al parto acompañada de una persona de su confianza que le brindará apoyo emocional (*sugerencias específicas*). En caso de que esto no sea suficiente, Amy recibe información sobre un plan B: un/a ginecólogo/a o sexólogo/a con experiencia “ensayará” con ella el examen ginecológico mientras le brinda información sobre cómo manejar sus miedos (*tratamiento intensivo*). Sabiendo todo esto, Amy comienza a sentir mayor control y sus temores disminuyen. Su parto transcurre sin provocarle ningún psicotrauma adicional.

Caso 2: Julie

Julie (28 años, maestra de escuela primaria) está casada con Thomas (30 años, gerente de un hipermercado). Hace tres meses tuvieron su primer bebé. Julie no es muy asertiva y tiene dificultades para expresar sus deseos. Thomas es un hombre muy seguro de sí mismo y controla muchos aspectos de la relación. Sin embargo, el aspecto sexual de la pareja no prospera y la frecuencia de los encuentros es baja.

El deseo sexual parece ser el único aspecto que controla Julie. Desde que nació el bebé, se siente decaída y cada vez más inactiva e indiferente hacia el bebé. Thomas está muy preocupado y contacta a su médico de cabecera, quien le diagnostica depresión.

Julie se pone en contacto con la matrona que supervisó su embarazo y le cuenta sobre el diagnóstico. A modo de psicoeducación (*información limitada*), la matrona le explica las posibles causas de este “sentirse decaída” en los primeros momentos de ser madre, con tantos cambios en su vida y nuevas responsabilidades. Explica que los sentimientos depresivos también podrían estar relacionados con los cambios hormonales o su baja asertividad. Julie se da cuenta de que con un bebé recién nacido es complicado tener algún tipo de control sobre su propia vida y que esto, combinado con el patrón de relación en el que se encuentra, influye tanto en su estado de ánimo como en su deseo sexual.

Para mejorar su estado de ánimo, Julie recibe instrucciones (*sugerencias específicas*) de establecer una rutina diaria, en la medida de lo posible. Además, intenta disfrutar de algunas actividades sin el bebé (o al menos no en el rol de madre) y compartir lo que siente con personas de su confianza. Lamentablemente, esto no resulta suficiente, por lo que su médico de cabecera la deriva a un psicólogo para recibir terapia cognitivo-conductual (*tratamiento intensivo*) en combinación con la toma de medicación. Como parte de la terapia, también le hacen realizar ejercicios de concentración sensorial para mejorar su sexualidad, lo que resulta ser una buena manera de retomar el contacto físico íntimo con Thomas. Julie comienza a sentirse más segura de sí misma y a descubrir lo que quiere y le gusta.

Caso 3: Fatima

Fatima (25 años, completó su maestría en psicología al comienzo de su primer embarazo) desarrolló una psicosis postparto. Su psiquiatra le recetó antipsicóticos. Poco después de comenzar a tomar la medicación, notó que su deseo sexual había “desaparecido”. La sexualidad siempre había sido fundamental para ella y su esposo Arthur, un ingeniero de 28 años. Por supuesto, el embarazo y el parto han cambiado su sexualidad, pero Fatima aún tenía deseos de sentirse cerca, tener intimidad e incluso encuentro sexuales con Arthur. A partir de que comenzó a medicarse, ya no siente nada sexual y esta situación le resulta extraña y no le gusta.

A modo de psicoeducación (*información limitada*), el psiquiatra comienza explicándoles el efecto de los antipsicóticos en la función sexual en general. Fatima y Arthur

sienten un verdadero alivio porque comprenden que los cambios no tienen nada que ver con su relación íntima. Aprenden que Fatima no debe esperar a sentir deseo (porque no ocurrirá de forma espontánea como antes). Será mejor iniciar el contacto físico e íntimo para “despertar” su deseo sexual, como respuesta al tacto y otras experiencias placenteras (*sugerencias específicas*). Los hace muy feliz comprobar que esto en verdad funciona. También cambian su rutina sexual y aplican una estimulación clitoriana más directa (a veces incluso utilizan un vibrador), lo que mejora el aspecto físico de su respuesta sexual. En conjunto, los resultados son tan positivos que no hay necesidad de avanzar con el siguiente paso previsto que sería cambiar la medicación de Fatima (*tratamiento intensivo*).

17.7. Conclusiones y recomendaciones clínicas para las matronas

El embarazo, el postparto, los trastornos psiquiátricos y la función sexual están interrelacionados. Abordar la sexualidad es importante, como se ha demostrado en este capítulo, que describe algunos temas y pautas en este sentido. A modo de conclusión, se incluyen algunas recomendaciones clínicas:

- Es esencial involucrar a la pareja de la paciente desde el inicio del tratamiento, ya que un trastorno psiquiátrico o sexual también afectará a esta persona o puede ocurrir que quien tiene el trastorno sea la pareja. Pregunte activamente por el malestar, las experiencias traumáticas y los síntomas psiquiátricos de ambos. Además, hable con ellos sobre la sexualidad y su importancia. Dado que los miedos sexuales o miedos relacionados con dar a luz son bastante comunes, evalúe si están presentes en la paciente.
- Cuando atienda a una mujer o pareja con un trastorno psiquiátrico y una disfunción sexual, es esencial abordar la sexualidad desde el inicio. Pregúnteles sobre los efectos en su relación de pareja, la función sexual y el bienestar de ambos. Comience por educar a la pareja sobre los síntomas y trastornos psiquiátricos más comunes en el periparto y la maternidad/paternidad reciente. Si ya están tomando medicación, infórmeles sobre los posibles efectos secundarios sexuales de esos fármacos y el impacto que puede tener el trastorno psiquiátrico en la función sexual. Compruebe si esto afecta su adhesión al tratamiento.
- Las intervenciones y los consejos para mejorar la función sexual suelen ser similares a los que se aplicarían a otras poblaciones. Pueden estar relacionados con medicamentos, salud mental, sexualidad o estilo de vida y el modelo PLISSIT es muy útil para este propósito. Para consejos generales, consulte los [Capítulo 3](#) y [Capítulo 29](#). El asesoramiento o las intervenciones específicas para la población referida en este capítulo están relacionados con los efectos secundarios sexuales de los problemas psiquiátricos y los psicofármacos. Aconseje a la pareja que hable del tema con el profesional que ha prescrito la medicación para decidir una estrategia dirigida a reducir estos efectos secundarios (por ejemplo, esperar la remisión espontánea, reducir la dosis, cambiar la medicación, cambiar los tiempos de administración o agregar un medicamento para contrarrestar los efectos secundarios).

Por último, no debemos olvidar que los trastornos psiquiátricos pueden interferir en la vinculación con el bebé. Preste atención a posibles signos de alteración del vínculo en ambos padres. De ser así, convérsele con la pareja y deríveles a un especialista, como puede ser un psicólogo o psiquiatra con experiencia en salud mental infantil.

Referencias

- [1] Meltzer-Brody S., Howard L., Bergink V., et al. (2018): Postpartum psychiatric disorders. *Nat Rev Dis Primers*; 4: 18022.
- [2] Bergink V., Burgerhout K. M., Koorengevel K. M., et al. (2015): Treatment of psychosis and mania in the postpartum period. *Am J Psychiatry*; 172: 115-23.
- [3] Wesseloo R., Kamperman A. M., Munk-Olsen T., et al. (2016): Risk of postpartum relapse in bipolar disorder and postpartum psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*; 173: 117-27.
- [4] Woody C. A., Ferrari A. J., Siskind D. J., et al. (2017): A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *J Affect Disord*; 219: 86-92.
- [5] Howard L. M., Molyneaux E., Dennis C. L., et al. (2014): Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet*; 384(9956): 1775-88.
- [6] Cox J., Holden J., Sagovsky R. (1987): Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. *Br J Psychiatry*; 150: 782-6.
- [7] van Ravesteyn LM, Lambregtse-van den Berg MP, Hoogendijk WJ, Kamperman A.M. (2017): Interventions to treat mental disorders during pregnancy: a systematic review and multiple treatment meta-analysis. *PLoS One*; 12: e0173397.
- [8] Dennis C. L., Hodnett E. (2007): Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev*; 4: CD006116.
- [9] Dennis C. L., Falah-Hassani K., Shiri R. (2017): Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*; 210: 315-23.
- [10] Russell E. J., Fawcett J. M., Mazmanian D. (2013): Risk of obsessive-compulsive disorder in pregnant and postpartum women: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry*; 74: 377-85.
- [11] O'Connell M. A., Leahy-Warren P., Khashan A. S., et al. (2017): Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand*; 96: 907-20.
- [12] Badaoui A., Kassm S. A., Naja W. (2019): Fear and anxiety disorders related to childbirth: epidemiological and therapeutic issues. *Curr Psychiatry Rep*; 21: 27.
- [13] Yildiz P. D., Ayers S., Phillips L. (2017): The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*; 208: 634-45.
- [14] Baas M. A., van Pampus M. G., Braam L., et al. (2020): The effects of PTSD treatment during pregnancy: systematic review and case study. *Eur J Psychotraumatol*; 11: 1762310.
- [15] de Bruijn L., Stramrood C. A., Lambregtse-van den Berg M. P., Rius O.N. (2020): Treatment of posttraumatic stress disorder following childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol*; 41: 5-14.
- [16] NICE—National Institute for Health and Care Excellence. Treating posttraumatic stress disorder in adults. <https://www.nice.org.uk/search?q=ptsd&gst=Published> Última actualización del enlace: 04 de noviembre 2020.

- [17] Cameron E. E., Sedov I. D., Tomfohr-Madsen L. M. (2016): Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: an updated meta-analysis. *J Affect Disord.*; 206: 189-203.
- [18] Leach L. S., Poyser C., Cooklin A. R., Giallo R. (2016): Prevalence and course of anxiety disorders (and symptom levels) in men across the perinatal period: a systematic review. *J Affect Disord.*; 190: 675-86.
- [19] Lew-Starowicz M., Giraldi A., Krüger T.H.C. (eds.) (2020): *Psychiatry and sexual medicine. A comprehensive guide for clinical practitioners*. Cham: Springer.
- [20] Faisal-Cury A., Huang H., Chan Y. F., Menezes P. R. (2013): The relationship between depressive/anxiety symptoms during pregnancy/postpartum and sexual life decline after birth. *J Sex Med.*; 10: 1343-9.
- [21] Chew P. Y., Choy C. L., Bin Sidi H., et al. (2020): The association between female sexual dysfunction and sexual dysfunction the male partner: a systematic review and meta-analysis. *J Sex Med.*; 18(1): 99-112.
- [22] Althof S. E., Rosen R. C., Perelman M. A., Rubio-Aurioles E. (2013): Standard operating procedures for taking a sexual history. *J Sex Med.*; 10: 26-35.
- [23] Jawed-Wessel S., Sevic E. (2017): The impact of pregnancy and childbirth on sexual behaviors: a systematic review. *Ann Rev Sex Res.*; 52: 411-23.
- [24] Annon J. S. (1976): The PLISSIT model: a proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. *J Sex Ed Ther.*; 2: 1-15.

Sexo, fertilidad, embarazo y maternidad/paternidad con una enfermedad crónica u otro trastorno de salud

Rik H. W. van Lunsen¹

18.1. Introducción

Desde la pubertad hasta la vejez, el funcionamiento sexual es un aspecto esencial en la calidad de vida para casi todos los hombres y las mujeres. El funcionamiento y la respuesta sexual humana están determinados por una intrincada interacción entre factores biológicos, psicológicos, sociales y relacionales.

Cada suceso médico, psicológico, social y relacional experimentado a lo largo de la vida puede afectar el funcionamiento y el bienestar sexual y la salud reproductiva. La forma en que las mujeres y sus parejas ajustan su vida sexual frente a situaciones críticas determinará si podrán o no disfrutar de encuentros sexuales placenteros, al margen de las dificultades que tengan que afrontar.

Las enfermedades y las intervenciones médicas pueden tener hondos efectos en todos los aspectos de la sexualidad, y así es cuando se ven implicados los genitales, la procreación, el embarazo y el parto.

La persona que vive con una enfermedad crónica tiene que sobrellevar el impacto de la patología y del tratamiento en su vida sexual, además de lidiar con los posibles efectos de la enfermedad y sus ramificaciones físicas, psicológicas y relacionales en la fertilidad, el embarazo, la maternidad/paternidad y la progenie.

A veces, una enfermedad crónica u otra alteración grave de la salud se manifiesta durante el embarazo, lo que podría tener consecuencias para el embarazo en sí, el funcionamiento sexual de la persona, su bienestar a futuro y sus opciones y posibilidades reproductivas.

Sean cuales sean las consecuencias de estos eventos médicos, el principal predictor del funcionamiento sexual satisfactorio ulterior es un funcionamiento sexual previo que incluya un amplio repertorio de actividades sexuales, por un lado, y la capacidad de la pareja para ajustar su vida sexual a condiciones cambiantes, por otro. El hecho de que las ramificaciones sexuales del embarazo y las enfermedades crónicas se vuelvan problemáticas

¹ R. H. W. van Lunsen 

Departamento de Sexología y Ginecología Psicosomática (jubilado), Centro Médico Universitario de Ámsterdam, experto independiente en salud sexual, Ámsterdam, Países Bajos.

E-mail: h.w.vanlunsen@amsterdamumc.nl

depende, en gran medida, de la efectividad de la pareja para comunicar sus deseos, necesidades, (im)posibilidades y límites relacionados con la sexualidad y la intimidad. Durante el embarazo y el postparto, la matrona tiene como tarea principal ayudar a la mujer y su pareja a comunicar de manera efectiva sus necesidades, expectativas y preocupaciones sexuales e íntimas ante la presencia de trastornos de salud.

Los pacientes que conviven con un impedimento físico crónico y logran generar los estímulos correctos en un contexto adecuado y comunicar de manera efectiva sus necesidades, expectativas y posibilidades con respecto a la intimidad y la sexualidad, posiblemente cumplen los principales requisitos para alcanzar una vida sexual saludable (ver [Capítulo 3](#)).

18.2. Trastornos de salud, sexualidad y el deseo de tener hijos

Para la mayoría de las personas que viven con una enfermedad crónica o tienen antecedentes de cáncer resulta más complicado tomar la decisión de tener hijos. La enfermedad y su tratamiento pueden afectar la fertilidad y las parejas no siempre logran concebir mediante coito peniano-vaginal, sea por una disfunción sexual o una discapacidad física. Muchas afecciones crónicas como la diabetes, la hipertensión, las enfermedades psiquiátricas y de la tiroides tienen implicancias en el embarazo y deben estar controladas antes de la concepción. Se debe informar a las parejas sobre el uso de medicamentos, los posibles efectos teratogénicos y cómo estos influyen en el embarazo. También se debe dedicar tiempo a responder las inquietudes de la pareja, por ejemplo: la enfermedad es capaz de afectar el curso del embarazo o la salud del bebé; el embarazo puede agravar la enfermedad materna; qué pronóstico tiene la enfermedad respecto del desempeño parental; existe algún riesgo genético; etc.

Numerosos estudios han demostrado que, si bien las personas con enfermedades crónicas, como diabetes, asma o enfermedad inflamatoria intestinal, sufren más disfunciones sexuales, esto no quiere decir que sean menos activos sexualmente. Sí ocurre que tienen menos hijos, en la mayoría de los casos, por decisión propia.

La matrona debe tener en cuenta que, para estas parejas, el embarazo suele ser el producto de un largo proceso de evaluación de posibles ventajas, desventajas, complicaciones y resultados. No es extraño que, para estas personas, la sexualidad haya perdido sus connotaciones positivas vinculadas con la intimidad y el placer, ya sea por haber atravesado un período en que el comportamiento sexual estuvo exclusivamente dirigido a la concepción o un proceso de reproducción asistida, a través de FIV, ICSI o donación de gametos.

18.3. Secuelas sexuales de enfermedades crónicas y otros trastornos de salud

Las enfermedades crónicas pueden tener profundos efectos adversos en las relaciones amorosas y la satisfacción sexual, así como en las fases de la respuesta sexual, tanto de la paciente como de su pareja. Después de todo, la sexualidad es un

fenómeno biopsicosocial complejo, por lo tanto, los posibles efectos de las enfermedades crónicas serán multifactoriales y resultarán de una interacción de aspectos físicos, psicológicos, relacionales y sociales.

A nivel físico: enfermedades como la diabetes y la esclerosis múltiple (EM), dañan nervios y vasos sanguíneos esenciales para la respuesta sexual genital. Esto podría provocar disfunción eréctil en los hombres y falta de lubricación e inflamación genital en las mujeres, o un trastorno orgásmico. Los cambios hormonales, como la disminución de la biodisponibilidad de testosterona y otras hormonas, pueden reducir la capacidad de respuesta a los estímulos sexuales. Estas disfunciones sexuales también pueden producirse por la toma de medicamentos como antidepresivos, con frecuencia recetados a pacientes con enfermedades crónicas.

A nivel psicológico: el deseo sexual puede verse afectado por la ansiedad, la depresión, la pérdida de autoestima y el duelo a menudo asociado con las enfermedades crónicas. Las cirugías y la medicación (cicatrices, amputación, mastectomía, colostomía y pérdida de cabello) pueden afectar la apariencia y la función corporal de forma significativa, causando dificultades para aceptar estos cambios de la imagen corporal y el atractivo autopercibido.

A nivel relacional: la relación de pareja también se resiente si uno de los dos sufre una enfermedad crónica. Cuando uno pasa a cumplir el rol de cuidador resulta muy difícil mantener viva la llama de la sexualidad. Además, el estrés de la enfermedad puede exacerbar problemas que ya existían en la relación.

A nivel social: prevalece la opinión de que el sexo es prerrogativa de las personas jóvenes, con buen estado físico o atractivas. La sociedad, incluido el personal de la salud, suele olvidar que el sexo es una parte esencial de la vida, independientemente de la edad y el estado de salud, y que las personas que viven con una enfermedad crónica, discapacidad física o cáncer quieren que los profesionales atiendan sus preocupaciones y problemas de salud sexual y reproductiva.

18.4. Sexualidad y enfermedades crónicas específicas y otros trastornos de salud

Algunas enfermedades crónicas y trastornos de salud tienen una prevalencia superior a la media en los años fértiles. No es extraño que las matronas atiendan pacientes embarazadas y parejas que conviven con estas patologías, quienes apreciarán que una profesional preste atención a sus preguntas, preocupaciones y problemas específicos de salud sexual. A continuación, abordamos con mayor detalle las secuelas sexuales de algunas de estas afecciones.

18.4.1. Cáncer de mama

En el mundo occidental, el cáncer de mama (CM) es el tipo de neoplasia maligna que más predomina en las mujeres. Entre 5 y 15 % de ellas lo porta en sus años reproductivos. Debido a que en su juventud muchas deciden posponer la maternidad, el

número de mujeres con (antecedentes de) CM que desean tener hijos o que son diagnosticadas durante el embarazo va en aumento. Este tipo de cáncer puede afectar el funcionamiento sexual de diversas maneras. Las investigaciones muestran que, como en muchas otras situaciones, el mejor predictor de la calidad de vida sexual posdiagnóstico y postratamiento es la calidad de vida sexual previa al diagnóstico [1]. La radioterapia, la quimioterapia y la terapia hormonal pueden afectar el funcionamiento sexual y la fertilidad.

Ya que la mujer no debe quedar embarazada durante el tratamiento de CM, es fundamental que la pareja utilice un método anticonceptivo eficaz. Cuando se diagnostica durante el embarazo, la paciente requerirá un enfoque multidisciplinario que anticipe, según la modalidad de tratamiento, las consecuencias posibles para ella, el embarazo y el feto. Varios estudios revelan que el embarazo no aumenta el riesgo de recurrencia en pacientes con antecedentes de CM y que incluso podría tener un efecto protector.

Muchas parejas reciben la recomendación de posponer el embarazo por dos años a partir de que finaliza el tratamiento de CM. Esto se hace pensando en el impacto psicológico y el riesgo de recurrencia aunque, en muchos casos, no hay una justificación médica detrás de la sugerencia. De todos modos, como el reloj biológico sigue corriendo, la pareja suele trazar su propio plan reproductivo.

18.4.2. Enfermedad Inflamatoria Intestinal

La enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU) afectan la calidad de vida de muchas maneras, y la mayoría de los pacientes con una enfermedad inflamatoria intestinal (EII) reciben el diagnóstico en edad reproductiva, incluso en la pubertad o la adolescencia.

La imagen corporal, la sexualidad y las relaciones son algunas de las principales inquietudes de los pacientes con EII, aunque rara vez las expresen de manera espontánea. Casi la mitad informa que su enfermedad les impidió mantener relaciones íntimas. Entre 45-60 % de las mujeres y entre 15-25 % de los hombres con EII informan disfunciones sexuales. La depresión y la exacerbación de la enfermedad aumentan las probabilidades de disfunción sexual. A las mujeres les preocupa sobre todo la propia imagen, sentirse solas y temen tener hijos [2]. En especial aquellas que se han tenido que someterse a una cirugía tienen una imagen corporal negativa que les impide iniciar una relación de pareja y disfrutar de los encuentros sexuales. Aunque la frecuencia de la actividad sexual de pacientes con EII es similar a la de los individuos sanos, su nivel de satisfacción es bastante menor que el de la población general.

En pacientes que no se han sometido a cirugías, la EII no se asocia con una disminución de la fertilidad, pero es mucho más probable que estas mujeres decidan no tener hijos en comparación con la población general. La razón es el temor (a menudo infundado) al impacto de la enfermedad y los medicamentos en el embarazo y el recién nacido, al impacto del embarazo en el desarrollo de la enfermedad y en la salud materna, y a la transmisión hereditaria [3].

18.4.3. *Cáncer de cuello uterino*

Alrededor del 75 % de los casos de cáncer de cuello de útero se detectan en mujeres de entre 30 y 40 años, el 20 % en mujeres de 20 a 29 años y sólo el 1-2 % en aquellas menores de 20 años. El desarrollo de este cáncer está relacionado con la exposición al virus del papiloma humano (HPV). Su incidencia disminuyó de manera significativa en los países que cuentan con programas de detección (frotis de Papanicolaou) y vacunación. La infección por HPV por lo general ocurre poco después de la primera actividad sexual. Es más probable que ocurra en adolescentes que en mujeres mayores, ya que la zona de transformación del cuello uterino es más vulnerable en este primer grupo. En adolescentes y mujeres jóvenes, la mayoría de las infecciones son transitorias y “se resuelven” (se curan por sí solas dentro de los dos años). Hay evidencia de que las personas que han sido víctimas de abuso sexual infantil tienen tasas más altas de HPV anogenital en edad temprana [4]. Alrededor del 3 % de los casos de cáncer de cuello de útero se diagnostican durante el embarazo y, en su mayoría, se detecta en estadios iniciales. Algunos estudios descartan que este cáncer se desarrolle más rápido o tenga mayor probabilidad de diseminarse en pacientes diagnosticadas durante el embarazo, en comparación con pacientes no embarazadas. Por lo tanto, en la mayoría de los casos, es posible posponer el tratamiento hasta después del parto. La incidencia de disfunción sexual luego del tratamiento de cáncer de cuello uterino es elevada (40 a 100 %), debido a su impacto físico, emocional y relacional. La cirugía (con extirpación de los ovarios), la radioterapia y la quimioterapia pueden provocar pérdida de función ovárica, con implicaciones hormonales mucho más severas que la menopausia natural. Esto, sumado a la pérdida de fertilidad o incluso el riesgo de pérdida, puede afectar en gran medida la identidad, la imagen de una misma, el estado de ánimo y la sexualidad.

18.4.4. *Diabetes mellitus tipo 1*

La diabetes mellitus tipo 1, que por lo general comienza en la adolescencia o en los primeros años de adultez, afecta tanto a mujeres como a hombres de muchas maneras diferentes, incluso con efectos en la sexualidad, la fertilidad, el embarazo y la proge-
nie.

Debido a que este tipo de diabetes influye en la fertilidad, amerita un asesoramiento experto y completo previo a la concepción para la paciente/pareja que está planificando un embarazo. Después de concebir, lo principal es controlar la DM muy de cerca.

Esta enfermedad complica el funcionamiento sexual de forma temprana debido a que causa daño microvascular y/o nervioso, niveles fluctuantes de azúcar en sangre y cambios hormonales, en sus diferentes combinaciones, además de los efectos psicológicos de tener una enfermedad crónica que afecta por completo la calidad de vida. En los hombres, las principales complicaciones son la disfunción eréctil, la disfunción eyaculatoria y la pérdida del deseo sexual. Aunque con frecuencia ignorados, los problemas sexuales que experimentan las mujeres son similares e incluyen mala lubricación, dispareunia, disminución del deseo sexual y dificultades orgásmicas [5]. Las disfunciones sexuales son más frecuentes en pacientes diabéticos que presentan daño vascular (retinopatía) y/o nervioso (neuropatía). Las mujeres jóvenes con DM tipo 1 que usan una bomba de insulina tienen la misma prevalencia de disfunciones sexuales

que las mujeres sanas de la misma edad. No obstante, en el caso de las pacientes que se aplican varias inyecciones diarias de insulina, la prevalencia aumenta de manera considerable, lo que sugiere que las fluctuaciones en los niveles de glucosa dañan el funcionamiento sexual.

La diabetes gestacional es la que se desarrolla durante el embarazo. Si bien puede afectar el funcionamiento sexual en el embarazo y el postparto, no se observan diferencias con las pacientes que cursan un embarazo fisiológico.

18.4.5. Esclerosis múltiple

La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad inflamatoria crónica del sistema nervioso central, con mayor presencia en el hemisferio norte. También es más frecuente en las mujeres y tiende a aparecer entre los 20 y 40 años, un período con altas expectativas sexuales y reproductivas. La enfermedad causa ataques recurrentes-remitentes de inflamación, desmielinización y daño axonal, generando diversos grados y espectros de síntomas neurológicos y discapacidades. La literatura da cuenta de disfunciones sexuales en el 45-90 % de los pacientes con EM. Un estudio reveló que el 63 % de los pacientes informan que su actividad sexual disminuyó desde el diagnóstico. Los nervios involucrados en la respuesta sexual pueden verse dañados, causando trastornos de la excitación y del orgasmo. Algunos de los síntomas, como la fatiga o la espasticidad, pueden ocasionar problemas sexuales. Al igual que con otras discapacidades crónicas, los elementos psicológicos y relacionales que contribuyen a los cambios en el funcionamiento sexual son multifactoriales y pueden incluir: pérdida de autoestima, depresión, ansiedad, ira y estrés por vivir con una enfermedad crónica.

Aunque en el pasado se desalentaba a las pacientes que deseaban concebir, hoy en día existe amplia evidencia de que el embarazo reduce la cantidad de recaídas debido a los valores elevados de estríol que produce [6]. En el postparto, en cambio, el riesgo de recaídas es mayor. Dado que amamantar reduce este riesgo, se debe promover la lactancia exclusiva durante al menos tres meses, siempre que la mujer no esté bajo algún tratamiento que pueda perjudicar al bebé. Dos años después del parto, no se observan diferencias relativas a la enfermedad entre mujeres que cursaron un embarazo y aquellas que no.

18.4.6. Enfermedad Reumática

El grupo de las enfermedades reumáticas comprende más de 100 tipos diferentes de afecciones, en su mayoría enfermedades autoinmunes, que comprometen las articulaciones, los tendones, los ligamentos, los huesos, los músculos e incluso algunos órganos. Algunas de las enfermedades reumáticas que pueden aparecer a una edad temprana son la artritis idiopática juvenil (AIJ), la artritis reumatoide (AR) y el lupus eritematoso sistémico (LES).

Los problemas sexuales son muy comunes en pacientes con estas enfermedades [7]. La falta de movilidad y el dolor musculoesquelético pueden restringir el coito y limitar la actividad sexual. También se asocia la fatiga, la angustia psicológica, la depresión,

la limitación de las funciones corporales, el bajo nivel de autoeficacia y una imagen corporal negativa a los problemas sexuales. Muchos de los medicamentos utilizados para tratar las enfermedades reumáticas pueden afectar el funcionamiento sexual. Los pacientes con AR, AIJ y LES tienen menos hijos. La tasa de infertilidad en mujeres jóvenes con enfermedad reumática es bastante mayor que en mujeres que la desarrollan a edad más avanzada. Entre las causas por las que estas pacientes tienen menos hijos se encuentran el deterioro de la función sexual, la disminución de la función gonadal, la pérdida de embarazos, los efectos de los tratamientos sobre el embarazo y elecciones personales. La decisión de no tener hijos se relaciona con las preocupaciones que despiertan estas enfermedades en las pacientes, como efectos nocivos de los medicamentos para el bebé, impedimentos para cuidar niños pequeños o miedo a transmitirles la enfermedad. El asesoramiento previo a la concepción es necesario, ya que el tratamiento farmacológico puede influir en la fertilidad y los resultados obstétricos debido a la toxicidad gonadal y teratogénica. Con frecuencia el embarazo debe posponerse para que la paciente deje pasar un tiempo seguro entre la interrupción del medicamento y la concepción. Alrededor del 75 % de las mujeres con enfermedades reumáticas experimenta una mejora de los síntomas durante el embarazo, el cual redundará en una vida sexual más satisfactoria para algunas parejas debido a la reducción del dolor y el incremento de la movilidad. Por otra parte, el 90 % informa una recaída dentro de los tres meses que siguen al nacimiento. Esto, sumado a los obstáculos habituales que conlleva el postparto para la sexualidad y las relaciones íntimas, suele hacer que los efectos sexuales adversos se prolonguen. Aunque hay excepciones, la mayoría de los medicamentos antirreumáticos son compatibles con la lactancia materna [8].

18.4.7. Asma

El asma es una afección crónica común entre las mujeres en edad fértil con una prevalencia de 1-13 %. Los estudios demuestran que al menos dos tercios de las personas que viven con asma sienten que afecta su vida sexual debido a los efectos físicos, prácticos, psicológicos y relacionales de tener una enfermedad crónica. De los pacientes que padecen asma severa, el 10-13 % siente que se queda sin aire y teme que esto suceda al mantener intimidad física, besar y tener sexo [9]. La fatiga crónica, los efectos secundarios de la medicación y la necesidad de tener un nebulizador a mano ante cualquier eventualidad son sólo algunos de los factores que las personas con asma y sus parejas tienen que afrontar al organizar sus actividades sexuales.

El tratamiento con corticoides y la capacidad física limitada pueden influir en la apariencia y la imagen corporal, causando baja autoestima, lo que posiblemente contribuya a una disminución en la actividad sexual. Debido a la disminución de la biodisponibilidad de andrógenos, estos medicamentos pueden reducir la capacidad de respuesta sexual.

La actividad sexual en general y el orgasmo en particular pueden desencadenar broncoespasmos asmáticos, que en ocasiones llegan a requerir atención de emergencia y hospitalización provocando temor en futuras actividades sexuales.

Durante el embarazo, el curso de los síntomas es impredecible: un tercio de las pacientes presenta mejoras, un tercio no presenta cambios y el otro tercio experimenta un deterioro. Del mismo modo, algunas mujeres perciben una mejora del

funcionamiento sexual, mientras que otras experimentan lo contrario. En general, las pacientes pueden continuar con la toma de medicación para el asma durante todo el embarazo. Los corticoides por inhalación son seguros para la madre y el bebé y muy efectivos para reducir las exacerbaciones asmáticas y controlar la enfermedad. Las exacerbaciones maternas se asocian con resultados perinatales adversos, como preeclampsia, parto prematuro y bajo peso al nacer. Los corticoides por inhalación también son seguros durante la lactancia y amamantar disminuye las sibilancias infantiles y el asma, al menos durante los primeros años.

18.4.8. VIH

El mayor acceso a tratamientos antirretrovirales (TAR) eficaces ha hecho que el VIH sea tratado como una enfermedad crónica más. Para las mujeres con VIH, la salud sexual y reproductiva es compleja en lo que respecta a las relaciones de pareja, el comportamiento sexual, las opciones reproductivas, el embarazo y la maternidad. Además, en lo relativo a problemas sexuales, estas pacientes experimentan niveles significativamente más bajos de deseo, actividad y satisfacción sexual que las mujeres no infectadas. Aunque el TAR eficaz reduce la carga viral a niveles indetectables previniendo la transmisión del virus a la pareja o al bebé, el temor a transmitirlo y la sensación de algo contagioso suelen afectar el comportamiento sexual y las decisiones reproductivas [10]. La maternidad parece aliviar el peso de ser portadora de VIH. No obstante, las mujeres con VIH positivo (muchas veces a pesar de sus deseos) no suelen tener pareja o hijos ni ser sexualmente activas. Las pacientes con una carga viral indetectable que cumplen diariamente con el TAR y se someten a controles regulares pueden amamantar de forma segura, siempre que lo hagan durante al menos seis meses y de manera exclusiva, ya que mezclar la leche materna con otros alimentos antes de cumplido ese período aumenta el riesgo de transmisión.

18.4.9. Cardiopatía congénita

Alrededor del 1 % de los bebés nacen con una cardiopatía congénita (CC). En los países prósperos, el 85 % sobrevive hasta la edad adulta porque recibe tratamiento eficaz. Las mujeres con CC tienen grandes preocupaciones respecto de su fertilidad, el riesgo de transmisión genética y los efectos adversos del embarazo en su propia salud [11, 12]. El embarazo conlleva riesgos potenciales para estas mujeres y sus hijos, por lo tanto, su planificación demanda un cuidadoso asesoramiento cardiológico y genético. Aunque se trata un aspecto muy importante para estas pacientes y sus familias, sabemos poco sobre el impacto del embarazo y la maternidad en la salud a largo plazo. Los adolescentes y adultos jóvenes con CC comienzan a tener relaciones sexuales más tarde y lo hacen con menor frecuencia. En el caso de las mujeres, lo sexual les provoca mayor angustia y presentan disfunciones sexuales y disminución de esta actividad. No obstante, el riesgo de sufrir un episodio cardiovascular durante la actividad sexual es bajo. Se han informado tasas de mortalidad aún más bajas para grupos específicos, como las mujeres en general y los adultos jóvenes con CC asintomática. No hay motivos para desaconsejar ninguna forma de actividad sexual durante el embarazo.

18.4.10. Insuficiencia renal crónica

La mayoría de los pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) tiene problemas sexuales y reproductivos. Las alteraciones más comunes incluyen irregularidades menstruales, disminución del deseo sexual, trastornos de la excitación y disminución de la fertilidad, y pueden asociarse a diversos factores, como angustia psicológica y depresión, cambios corporales y fatiga, factores orgánicos (como la uremia), irregularidades gonadales y muchas otras comorbilidades y medicaciones. Algunas de estas afecciones mejoran al iniciar la terapia dialítica, otras empeoran. En general, se desaconseja el embarazo en mujeres urémicas que se realizan diálisis.

El trasplante de riñón mejora la sexualidad, la fertilidad y las posibilidades reproductivas en mujeres y hombres con IRC. Aunque la mayoría de las embarazadas que recibieron un trasplante no presentan dificultades para llegar a término, la presencia de comorbilidades (hipertensión o efectos secundarios de la inmunosupresión) no asociadas al trasplante en sí, suelen complicar estos embarazos. El resultado es altas tasas de preeclampsia, partos prematuros, cesáreas y bebés pequeños para la edad gestacional. No se encontró ningún estudio sobre el funcionamiento sexual de mujeres con IRC durante el embarazo. Debido que los resultados de las investigaciones nos han convencido de que la mayoría de los inmunosupresores son seguros, cada vez son más las madres con tratamiento de inmunosupresión de mantenimiento por trasplante renal que deciden amamantar.

18.5. Conclusiones

Los pacientes con enfermedades crónicas esperan que quienes los atienden tengan una actitud proactiva a la hora de hablar sobre las incertidumbres, preocupaciones y dificultades relacionadas con la sexualidad, la anticoncepción, la fertilidad, la reproducción, el embarazo y la maternidad/paternidad. Sin embargo, muy pocos profesionales lo hacen, sin mencionar que en la atención obstétrica, la sexualidad es un tema olvidado. Al plantear este tema a pacientes con enfermedades crónicas durante su embarazo y postparto, la matrona puede ayudar a estas mujeres y sus parejas a expresar sus necesidades, expectativas y preocupaciones sobre intimidad y sexualidad teniendo en cuenta sus problemas de salud, posibles disfunciones sexuales concomitantes y sus nuevos roles como futuros padres.

Referencias

- [1] Den Oudsten B. L., Van Heck G. L., Van der Steeg A. F., et al. (2010): Clinical factors are not the best predictors of quality of sexual life and sexual functioning in women with early stage breast cancer. *Psychooncology*; 19: 646-56.

- [2] Leenhardt R., Rivière P., Papazian P., et al. (2019): Sexual health and fertility for individuals with inflammatory bowel disease. *World J Gastroenterol.*; 25: 5423-33.
- [3] Selinger C., Ghorayeb J., Madill A. (2016): What factors might drive voluntary childlessness in women with IBD? Does IBD-specific pregnancy-related knowledge matter? *J Crohns Colitis.*; 10: 1151-8.
- [4] Unger E. R., Fajman N. N., Maloney E. M., et al. (2011): Anogenital human papillomavirus in sexually abused and nonabused children: a multicenter study. *Pediatrics*; 128: e658-65.
- [5] Enzlin P., Mathieu C., Van den Bruel A., et al. (2003): Prevalence and predictors of sexual dysfunction in patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care*; 26: 409-14.
- [6] Finkelsztejn A., Brooks J., Paschoal F. Jr., et al. (2011): What can we really tell women with multiple sclerosis regarding pregnancy? A systematic review and meta-analysis of the literature. *BJOG*; 118: 790-7.
- [7] Østensen M. (2018): Sexual and reproductive health in rheumatic disease. *Nat Rev Rheumatol.*; 13: 485-93.
- [8] Tosounidou S., Gordon C. (2020): Medications in pregnancy and breastfeeding. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.*; 64: 68-76.
- [9] Holmes L. J., Yorke J. A., Dutton C., et al. (2019): Sex and intimacy in people with severe asthma: a qualitative study. *BMJ Open Respir Res.*; 6: e000382.
- [10] Carlsson-Lalloo E., Berg M., Mellgren Å., et al. (2018): Sexuality and childbearing as it is experienced by women living with HIV in Sweden: a lifeworld phenomenological study. *Int J Qual Stud Health Well-being*; 13: 1487760.
- [11] Reid G. J., SIU S. C., McCrindle B. W., et al. (2008): Sexual behavior and reproductive concerns among adolescents and young adults with congenital heart disease. *Int J Cardiol.*; 125: 332-8.
- [12] Haberer K., Silversides C. K. (2019): Congenital heart disease and women's health across the life span: focus on reproductive issues. *Can J Cardiol.*; 35: 1652-63.

Efectos en la sexualidad de los medicamentos utilizados en el embarazo y el parto

Erna Beers y Annelies Jaeken¹

Este capítulo busca ofrecer una síntesis de los efectos secundarios sexuales (que suelen pasarse por alto) relacionados con la medicación utilizada en partería y obstetricia.

También incluye consejos prácticos para las matronas sobre cómo comunicar a sus pacientes los posibles efectos secundarios en la sexualidad y las formas de lidiar con ellos.

19.1. Cómo el embarazo altera los efectos de la medicación

Las embarazadas quedan excluidas de los ensayos clínicos de medicamentos debido al riesgo que estos suponen para el bebé. Como resultado, se sabe muy poco sobre la efectividad y seguridad de los medicamentos en el embarazo.

Cuando la mujer queda embarazada o, mejor aún, desde el momento en que surge el deseo de concebir, se vuelve necesario comparar el riesgo de agravamiento o recurrencia de una enfermedad para el bebé con el riesgo de recetar medicamentos.

19.1.1. Algunos comentarios sobre farmacocinética y farmacodinamia

Poseer algún conocimiento de farmacocinética o farmacodinamia ayuda a comprender los efectos secundarios de la medicación. Aunque parecen procesos complejos y abstractos se pueden explicar con bastante simpleza.

La *farmacocinética* (FC) es el viaje que realiza un medicamento a través del organismo, desde la ingesta hasta la excreción. A fin de cuentas, si el fármaco no llega al órgano o tejido meta, no será eficaz.

Por lo general, un medicamento ingresa al cuerpo por la boca y el tracto gastrointestinal o por el ano, pero también puede ingresar a través de los pulmones, la piel, la mucosa vaginal o una inyección intravenosa, intramuscular o subcutánea.

¹ E. Beers

Farmacosexología, SUNSCKS, Hilversum, Países Bajos.

A. Jaeken

Universidad PXL de Ciencias Aplicadas y Artes, Departamento de Partería, Hasselt, Bélgica.

Luego, se absorbe en la circulación sanguínea y pasa al hígado. Algunas enzimas hepáticas lo vuelven más soluble en agua (hidrófilos) para permitir excretarlo con la orina o las heces. Todo este proceso se denomina metabolismo.

El fármaco se distribuye a través del organismo. Dependiendo de sus características, se propagará en un entorno “acuoso”, como el plasma y los músculos (fármaco hidrófilo) o en uno “graso”, como el tejido adiposo y el cerebral o la médula ósea (fármaco lipófilo). Si se une a las proteínas en el plasma, quedará atrapado allí.

Ahora bien, durante el embarazo algunos de estos procesos cambian, como explicamos en el siguiente párrafo.

La *farmacodinamia* (FD) se refiere al efecto del fármaco en el organismo, es decir, su efecto terapéutico o eficacia, por un lado, y los efectos no deseados o secundarios, por otro. Ambos factores están vinculados de manera inextricable, porque la mayoría de los efectos secundarios de un medicamento son el resultado de su efecto farmacológico.

Para que un fármaco haga efecto debe llegar a su objetivo, por lo general un receptor, a través del cual una cascada de consecuencias conduce al efecto terapéutico deseado. No es que el fármaco “sepa” a dónde debe ir. Simplemente, se propaga por el cuerpo en función de la circulación sanguínea y su preferencia por un tipo de tejido (acuoso o graso). Es decir que también alcanza y activa receptores en otros órganos. He aquí el mecanismo que produce los efectos secundarios. En resumidas cuentas, el fármaco afecta a otros receptores además del meta, lo que significa que los efectos secundarios sexuales pueden desarrollarse independientemente de la medicación utilizada.

19.1.2. Cambios en la farmacocinética (FC) y la farmacodinamia (FD) durante el embarazo

Como es bien sabido en partería, el embarazo se asocia con profundos cambios anatómicos y fisiológicos, lo que afecta la FC y la FD. Por ejemplo, el gasto cardíaco aumenta, lo que eleva el flujo sanguíneo del hígado, los riñones y los pulmones, disminuyendo el tiempo que demora un fármaco en ser metabolizado y eliminado.

Además, aumenta el volumen de plasma sanguíneo, la cantidad total del “medio acuoso” y el “medio graso”. Esto quiere decir que los fármacos hidrófilos tendrán una menor concentración plasmática y que eliminar los fármacos lipófilos tomará más tiempo, ya que se alojan en un volumen de tejido graso mayor y no en el plasma sanguíneo.

La unión de los fármacos con las proteínas plasmáticas disminuye durante el embarazo, lo que significa que una cantidad mayor de la droga administrada puede unirse a su objetivo puede influir en el efecto terapéutico o generar uno indeseado.

El embarazo también modifica la actividad de las enzimas hepáticas que metabolizan varios fármacos. Algunas enzimas se vuelven más activas, mientras que otras disminuyen su actividad.

En el postparto, disminuyen de manera considerable los niveles de hormonas sexuales, al igual que el volumen plasmático y se normaliza la actividad enzimática hepática y la tasa de filtración glomerular (TFG o depuración renal).

Todos estos cambios farmacocinéticos afectan la farmacodinamia. Por un lado, una mayor porción del medicamento es capaz de alcanzar su objetivo. Por otro, el fármaco

se elimina más rápido que antes del embarazo. También ocurre que, dependiendo del fármaco, la metabolización puede ser más rápida o más lenta en el embarazo.

En conclusión, la FC y la FD cambian de manera significativa durante el embarazo pero apenas ha sido investigado cómo influyen en la práctica diaria, por lo que el ojo atento de la matrona se vuelve fundamental.

19.1.3. *¿Qué significa esto para la práctica cotidiana?*

En la práctica habitual existe una clara distinción por un lado, entre los medicamentos que la paciente tomaba desde antes y tomará durante y después del embarazo y, por otro, aquellos que deberá tomar sólo durante el embarazo.

Puede que una paciente que tomaba una dosis específica de un medicamento antes de concebir tenga que cambiar la dosis al quedar embarazada. El reajuste de la dosis luego del parto también es fundamental para evitar la toxicidad o ineficacia del medicamento, dependiendo de si la dosis se redujo o aumentó durante el embarazo. Por ejemplo, la levotiroxina, los antiepilépticos y el litio, casi siempre monitoreados por el médico que los prescribe.

Los vademécums describen la posología de los medicamentos. También se pueden consultar los resúmenes de características del producto que, en la Unión Europea, se encuentran en los registros nacionales de medicamentos aprobados por cada país² o en el sitio web de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA)³.

Se debe tener en cuenta que las dosis recomendadas que indican los resúmenes o los vademécums podrían ser demasiado bajas o demasiado altas para una paciente embarazada.

19.2. **¿Cómo afectan los medicamentos la sexualidad?**

Como lo manifiestan casi todos los capítulos de este volumen, la capacidad de respuesta sexual es el resultado de una compleja interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. Esto también significa que los efectos secundarios sexuales de la medicación, en esencia biológicos, pueden derivar en problemas psicológicos e incluso sociales/relacionales.⁴ A su vez, estos problemas pueden agravar los efectos secundarios o prolongar los problemas sexuales después de haber suspendido la medicación. También existen casos en que los fármacos mejoran la función sexual, como muestra la **Tabla 19.1.**

Este libro se concentra en los efectos secundarios sexuales en el embarazo, el parto y el postparto. En general, los problemas sexuales más informados por las mujeres son: alteraciones en el deseo sexual y la excitabilidad, en el volumen de lubricación (baja

² Consulte el listado de registros nacionales aquí: <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/national-registers-authorised-medicines>

³ <https://www.ema.europa.eu/en/medicines>

⁴ Para una explicación más detallada, ver **Capítulo 1, Sección 1.3** sobre el modelo biospsicosocial.

lubricación que puede provocar dolor durante o después de la penetración) y para alcanzar el orgasmo.⁵

19.3. Medicación en detalle

Como ya se mencionó, las embarazadas están excluidas de los ensayos clínicos de medicamentos, por lo que sabemos poco sobre los efectos secundarios en ellas. Además, los efectos secundarios sexuales tampoco han sido bien estudiados. Por otra parte, la mayoría de los medicamentos que se recetan durante el embarazo son administrados por un período corto. Todo esto suma complejidad a la tarea de proporcionar un resumen completo de los efectos secundarios sexuales asociados con los medicamentos suministrados durante el embarazo. Aún así, la lista disponible en la [Tabla 19.1.](#) puede servir como guía.

Esta pretende ser lo más completa posible apuntando a la seguridad y el bienestar de la mujer. Nuestro propósito no es recomendar ni desalentar la prescripción de estos medicamentos, tampoco juzgamos la necesidad de administrarlos o de prescribir terapias alternativas. Se listan los nombres genéricos, ya que las marcas difieren según el país, y sólo se mencionan los posibles efectos secundarios sexuales. No se incluyen efectos secundarios teratogénicos, puesto que no es la finalidad de este libro.

Grupo farmacológico	Medicamento	Posibles efectos en la sexualidad durante el embarazo
Vitaminas	Vitamina D	No se describen efectos secundarios sexuales en la bibliografía científica. Los efectos adversos sobre las funciones sexuales en embarazadas son poco probables. La vitamina D influye de manera positiva en la síntesis de las hormonas gonadales. El deseo, la excitación y el orgasmo pueden mejorar con vitamina D, y el dolor vaginal puede disminuir [1, 2].
	Ácido fólico	No se describen efectos secundarios sexuales en la bibliografía científica. Los efectos adversos del ácido fólico son poco probables. En teoría, su toma mejoraría la excitación en mujeres embarazadas, aunque este supuesto se basa en resultados positivos del tratamiento con ácido fólico en hombres con disfunción eréctil [3].
Analgésicos	Butilescopolamina	No se describen efectos secundarios sexuales en la bibliografía científica. Por su mecanismo de acción, el tratamiento prolongado puede causar sequedad vaginal y disminución de la excitabilidad.
	Floroglucinol	No se describen efectos secundarios sexuales en la bibliografía científica. Su mecanismo de acción no ha sido bien definido [4], por lo que no es posible indicar las probabilidades de que provoque efectos secundarios sexuales.

⁵ Para un resumen de los problemas sexuales, ver el [Capítulo 3](#): “Sexo: cómo funciona (y qué ocurre cuando no funciona)”.

Grupo farmacológico	Medicamento	Posibles efectos en la sexualidad durante el embarazo
	Paracetamol / Acetaminofeno	No se describen efectos secundarios sexuales en la bibliografía científica. Los efectos adversos sobre las funciones sexuales de pacientes embarazadas son poco probables.
	Petidina	Según la dosis suministrada, los opioides como la petidina se asocian a una contracción de la función sexual debido a que disminuyen los niveles de testosterona [5]. Las mujeres informan un descenso de la excitación y, como resultado, de la lubricación [6]. Las probabilidades de una disfunción sexual aumentan con la prolongación del tratamiento. Dado que la petidina suele administrarse durante un período corto, los efectos secundarios sexuales son poco probables.
	Óxido nitroso	Los efectos sexuales positivos de este analgésico se vienen informando de manera anecdótica por mucho tiempo. Estudios científicos de pequeña escala describen una disminución objetiva de la excitación, explicada por su carácter de opioide [7]. Sin embargo, puede provocar excitación subjetiva debido a una mayor ocurrencia de fantasías sexuales [8], un efecto de corta duración debido a la disipación rápida del gas.
	Remifentanilo	Parte de la familia de los opioides, el remifentanilo también se asocia, según la dosis suministrada, a una contracción de la función sexual debido a que disminuye los niveles de testosterona [5]. Las mujeres informan descenso de la excitación y, como resultado, de la lubricación [6]. Las probabilidades de una disfunción sexual aumentan con la prolongación del tratamiento. Dado que el remifentanilo suele administrarse durante un período corto, los efectos secundarios sexuales son poco probables.
	Morfina epidural	También un opioide, la morfina se asocia, según la dosis suministrada, a una contracción de la función sexual debido a que disminuye los niveles de testosterona [5]. Las mujeres informan descenso de la excitación y, como resultado, de la lubricación [6]. Las probabilidades de una disfunción sexual aumentan con la prolongación del tratamiento. Dado que la morfina epidural suele administrarse durante un período corto, los efectos secundarios sexuales son poco probables.
	Ketoprofeno	Los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) podrían estar asociados con la disfunción eréctil en hombres [9]. La probabilidad de efectos secundarios sexuales (excitación) en mujeres embarazadas es baja ya que el tratamiento es de corta duración.
	Ácido acetilsalicílico (Aspirina®)	La bibliografía científica no describe efectos secundarios sexuales, sin embargo, la aspirina podría aumentar las funciones vasculares asociadas con la excitación objetiva.
Antibióticos		La bibliografía científica no describe efectos secundarios sexuales. Los efectos adversos en las funciones sexuales de las embarazadas son poco probables.
Anticoagulantes	Heparina	La bibliografía científica no describe efectos secundarios sexuales. Los efectos adversos en las funciones sexuales de las embarazadas son poco probables.

Grupo farmacológico	Medicamento	Posibles efectos en la sexualidad durante el embarazo
Antidepresivos	Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)	Las disfunciones sexuales son un efecto secundario común de los ISRS. Sin embargo, se lo suelen indicar para tratar las disfunciones sexuales [10]. En las embarazadas, se espera que los efectos secundarios sexuales se presenten con la misma frecuencia que en mujeres no embarazadas. El deseo, la excitación, la lubricación y el orgasmo pueden verse afectados. Si bien en las investigaciones científicas lo que más informan las pacientes es una disminución en la excitación, en la práctica clínica (en Países Bajos), lo más común son los problemas para experimentar el orgasmo [11].
	Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN)	Las disfunciones sexuales son un efecto secundario común de los IRSN. Sin embargo, se lo suele indicar para tratar las disfunciones sexuales [10]. En las embarazadas, se espera que los efectos secundarios sexuales se presenten con la misma frecuencia que en mujeres no embarazadas. El deseo, la excitación, la lubricación y el orgasmo pueden verse afectados. Respecto del orgasmo, es posible que no se produzca o se retrase [12].
	Antidepresivos tricíclicos (ATC)	Las disfunciones sexuales son un efecto secundario común de los ATC, la mayoría, debido a su afinidad con los receptores colinérgicos, histaminérgicos y adrenérgicos [12]. Sin embargo, se lo suele indicar para tratar las disfunciones sexuales [10]. En las embarazadas, se espera que los efectos secundarios sexuales se presenten con la misma frecuencia que en mujeres no embarazadas. El deseo, la excitación, la lubricación y el orgasmo pueden verse afectados. Las probabilidades podrían ser algo más bajas que con los ISRS.
	Zuranolona	Medicamento de administración oral indicado para el tratamiento de la depresión posparto, que se administra durante un período de 14 días [33, 34]. Los informes regulatorios consultados no identificaron signos específicos de efectos sexuales adversos. Los efectos adversos más frecuentes incluyen somnolencia, mareos, adormecimiento y fatiga, los cuales podrían reducir indirectamente el interés o la participación en actividades sexuales durante el tratamiento [33, 34]. Se recomienda consultar la ficha técnica (SmPC) y el marco regulatorio vigentes a nivel local. Según la normativa europea, la zuranolona no debe utilizarse durante el embarazo y no se recomienda durante la lactancia [34, 35].
Antieméticos		No hay bibliografía científica disponible. Sin embargo, debido a su propiedad antagonista dopaminérgica, estos fármacos pueden ser un potente estimulante de la liberación de prolactina, lo que puede deteriorar el deseo y la excitación.
Beta bloqueadores	Labetalol	En voluntarias sanas, el labetalol redujo la lubricación vaginal [13]. Se espera el mismo efecto durante el embarazo.
Misceláneas	Bisacodilo	No hay bibliografía científica disponible. En base a su mecanismo de acción, no se esperan efectos secundarios sexuales.
	Miconazol	No hay bibliografía científica disponible. Sin embargo, se desaconsejan las actividades sexuales durante el tratamiento, ya que el miconazol se aplica de manera tópica en la vagina. Puede producir irritación de la mucosa vaginal, dolor o sangrado por contacto durante el coito.
	Progesterona	Los niveles elevados de progesterona influyen de manera negativa en el deseo sexual de las mujeres, cuyo efecto se observa 1 a 2 días después [14].

Grupo farmacológico	Medicamento	Posibles efectos en la sexualidad durante el embarazo
	Tiroxina	Casi el 50 % de las mujeres con hipotiroidismo experimenta disfunciones sexuales (alteraciones del deseo, la excitación/lubricación, el orgasmo, la satisfacción y dolor durante el coito) [15]. Se ha demostrado que el tratamiento con tiroxina resuelve estos problemas. Si esto no ocurre, es posible agregar liotironina [16]. Sin embargo, niveles de tiroxina por encima de lo normal pueden causar sequedad vaginal, y provocar dolor durante el coito.
	Esteroides tópicos	No hay bibliografía científica disponible sobre esteroides tópicos y sus efectos secundarios sexuales. Sin embargo, el tratamiento sistémico crónico con esteroides disminuye los niveles de testosterona en los hombres [17]. Se espera que ocurra lo mismo en las mujeres embarazadas. La baja testosterona afecta y dificulta el deseo y la excitación. Los esteroides tópicos pueden tener efectos sistémicos si se administran durante varios días o sobre superficies dérmicas extensas o muy comprometidas.
	Calcio	No hay bibliografía científica disponible sobre la suplementación con calcio y sus efectos secundarios sexuales. Sin embargo, en pacientes con hipercalcemia por hiperparatiroidismo se han informado disfunciones sexuales [18]. En teoría, las embarazadas con niveles de calcio por arriba de lo normal podrían experimentar deterioro sexual, aunque esto es poco probable.
	Hierro	La anemia ferropénica se asocia con las disfunciones sexuales. La suplementación con hierro mejora las funciones sexuales en las mujeres [19, 20]. No obstante, el exceso de hierro perjudica la función sexual debido a una baja en la producción de la hormona luteinizante (LH), es decir, se produce un hipogonadismo hipogonadotrópico que, a su vez, podría afectar el embarazo [21]. Por tanto, se debe evitar el exceso de hierro.
	Inmunoglobulina intravenosa humana	No se encuentran datos sobre la inmunoglobulina intravenosa humana y sus efectos secundarios sexuales en la bibliografía científica [22]. No se espera deterioro sexual.
	Insulina	No hay bibliografía científica disponible sobre los efectos secundarios sexuales asociados con el uso de insulina. La ausencia de estudios podría deberse a que la diabetes en sí misma es un factor de riesgo significativo de deterioro sexual. En base a su mecanismo de acción, no se espera que la insulina cause efectos secundarios sexuales en mujeres embarazadas.
Antiácidos	Carbonato de hidróxido de magnesio/aluminio	No hay bibliografía científica disponible sobre este antiácido y sus efectos secundarios sexuales. En base a su mecanismo de acción, no se espera que cause efectos secundarios sexuales en mujeres embarazadas.
	Sulfato de magnesio	No hay bibliografía científica disponible sobre el sulfato de magnesio y sus efectos secundarios sexuales. En base a su mecanismo de acción, no se espera que cause efectos secundarios sexuales en mujeres embarazadas.
	Prostaglandina	La prostaglandina E1 como agente tópico aplicado en el clitoris aumenta el flujo sanguíneo sistólico máximo en esa zona [23]. Esto podría causar una sensación de excitación sexual. No se espera que su aplicación en el cuello uterino tenga el mismo efecto.

Grupo farmacológico	Medicamento	Posibles efectos en la sexualidad durante el embarazo
	Oxitocina	Se ha informado de manera anecdótica un aumento de la excitación sexual y, como resultado, de la lubricación, tras la aplicación nasal incidental de oxitocina [24]. También se sabe que la lactancia materna, al provocar un pico de oxitocina, puede producir excitación. Sin embargo, los estudios clínicos que probaron la aplicación nasal de oxitocina no lograron comprobar sus efectos facilitadores del funcionamiento sexual [25-27]. En conclusión, podría despertar sentimientos sexuales durante el embarazo, aunque esto es poco probable.
	Betametasona	No hay bibliografía científica disponible sobre la terapia glucocorticoide prenatal y sus efectos secundarios sexuales. En función de su mecanismo de acción, puede tener efectos secundarios sexuales en embarazadas debido a la presencia de niveles más bajos de testosterona libre como efecto secundario del tratamiento crónico con glucocorticoides orales [28]. Si el tratamiento es de corta duración, no se esperan efectos secundarios sexuales.
	Atosibán	No hay bibliografía científica disponible sobre este antiácido y sus efectos secundarios sexuales. En base a su mecanismo de acción, no se espera que cause efectos secundarios sexuales en embarazadas.
	Nifedipina	La bibliografía científica sobre la nifedipina y sus efectos secundarios sexuales describe problemas eyaculatorios en los hombres [29]. Se ha descrito una reducción del deseo sexual en mujeres durante el tratamiento con bloqueadores de los canales de calcio [30].

Tabla 19.1. Posibles efectos sexuales de los medicamentos recetados antes, durante o después del embarazo.

19.4. Cómo manejar los posibles efectos secundarios sexuales

19.4.1. ¿Cuándo sospechar la presencia de un efecto secundario sexual?

Es difícil determinar si un síntoma no deseado es en efecto una reacción adversa a un medicamento. El síntoma informado podría ser provocado por la medicación, por la causa subyacente que motivó recetar la medicación o por otros factores no relacionados. En el caso de los síntomas sexuales, los factores psicológicos o sociales pueden tener alguna incidencia o incluso ser el factor causal del síntoma.

Caso ilustrativo

A una mujer casada de 38 años se le prescribe un antidepresivo para tratar un trastorno depresivo. Luego de dos meses, la paciente informa una ligera mejoría de sus síntomas. Como efecto secundario, afirma que ha aumentado de peso, de 63 a 68 kg y que no puede alcanzar el orgasmo cuando tiene sexo con su esposo. Esto nunca le había ocurrido.

Aunque la ausencia de orgasmos es un efecto secundario bien conocido de los antidepresivos, existen otros factores a considerar. En primer lugar, la enfermedad subyacente podría tener algo que ver, ya que en muchos casos la depresión se asocia con la disminución de la satisfacción sexual. En segundo lugar, puede que el aumento de peso le haya provocado baja autoestima a la paciente o disminuido el apetito sexual de su esposo, ambos, factores que pueden reducir la satisfacción sexual. Por último, puede que el esposo esté demasiado enfocado en lograr que ella alcance el orgasmo, lo que pone más presión en su esposa.

Término de causalidad	Criterios de evaluación ^a
Definitiva	• Evento o anomalía en la prueba de laboratorio que se manifiesta con una relación temporal plausible respecto de la administración del medicamento. • No puede ser atribuido a la enfermedad o a otros medicamentos. • La respuesta a la suspensión es plausible (farmacológicamente, patológicamente). • Evento farmacológico o fenomenológico definitivo (es decir, debe ser un trastorno médico objetivo y específico o un fenómeno farmacológico reconocido). • Re-exposición concluyente, si fuera necesaria.
Probable	• Evento o anomalía en la prueba de laboratorio que se manifiesta con una relación temporal razonable respecto de la administración del medicamento. • Es improbable que pueda atribuirse a la enfermedad o a otros medicamentos. • La respuesta a la suspensión es clínicamente razonable. • No se requiere re-exposición.
Posible	• Evento o anomalía en la prueba de laboratorio que se manifiesta con una relación temporal razonable respecto de la administración del medicamento. • También puede ser atribuido a la enfermedad o a otros medicamentos. • La información sobre la suspensión de fármaco puede ser inexistente o poco clara.
Improbable	• Evento o anomalía en la prueba de laboratorio, que se manifiesta en un intervalo improbable (pero no imposible) respecto de la administración del medicamento. • La enfermedad u otros medicamentos proporcionan explicaciones plausibles.
Condicional/No clasificada	• Evento o anomalía en la prueba de laboratorio. • Se necesitan más datos para una evaluación adecuada, o • los datos adicionales se están analizando.
No evaluable/inclasificable	• Informes sugieren una reacción adversa. • No puede juzgarse porque la información es insuficiente o contradictoria. • No es posible complementar o verificar los datos.

^a Todos los ítems deben cumplirse en la medida de lo razonable.

Tabla 19.2. Categorías de causalidad de OMS-UMC

<https://www.who.int/docs/default-source/medicines/pharmacovigilance/whocausality-assessment.pdf>

En la práctica cotidiana, para determinar una relación causal los profesionales de la salud simplemente se basan en el criterio clínico. Esta evaluación dependerá del conocimiento y la experiencia de cada profesional. Para superar posibles falencias, se han desarrollado varias herramientas de evaluación de la causalidad. Un método sistemático y validado para la evaluación de la probabilidad de una reacción adversa a medicamentos es la Escala de Naranjo. Consiste en diez preguntas cuyas respuestas dan como resultado una puntuación que determina la probabilidad de causalidad de la reacción. No obstante, aplicar la Escala de Naranjo toma más tiempo que los criterios establecidos por la Organización Mundial de la Salud en conjunto con el Centro de Monitoreo de Uppsala (OMS-UMC) [31]. Es por esto que se ha incluido este último esquema en la **Tabla 19.2.**⁶

19.4.2. ¿Cómo indagar sobre los efectos secundarios sexuales?

Las recomendaciones generales para hablar de sexo con pacientes se abordan en otros capítulos de este volumen, por lo que esta sección se ocupa sólo de cómo preguntar sobre los efectos secundarios sexuales de la medicación.

⁶ OMS-UMC han publicado un texto que explica cómo aplicar estos criterios. Disponible en https://www.who.int/docs/default-source/medicines/pharmacovigilance/whocausality-assessment.pdf?utm_source=chatgpt.com (sólo en inglés).

Como profesionales de la salud, hablar sobre los efectos secundarios en general y los sexuales en particular es nuestra responsabilidad ya que estamos más habituados a hacerlo que las pacientes. Por supuesto, puede que no resulte una tarea fácil al principio pero poco a poco, con la práctica, nos sentiremos más cómodos.

Podría ser útil comenzar por transmitirle a la paciente que a muchas personas, sean pacientes o profesionales de la salud, les resulta un poco difícil hablar abiertamente sobre sexualidad, pero que es un tema demasiado importante como para obviarlo. Luego se pide permiso para preguntar o se utiliza una afirmación genérica. Estos son algunos ejemplos que los autores suelen utilizar:

“Muchas personas que toman antidepresivos experimentan dificultades sexuales. ¿Esto le ocurre a usted?”

“Muchas de las personas que toman estos medicamentos experimentan aumento o disminución del deseo sexual. Otras no sienten ningún cambio. ¿Puedo preguntarle cómo es en su caso?”

“Las pacientes suelen quejarse de dificultades sexuales con esta medicación ¿Le parece bien si conversamos sobre esto?”

“Algunas personas informan una mejora en su funcionamiento sexual, otras un deterioro. Desde que comenzó a tomar la medicación, ¿notó algún cambio en su funcionamiento sexual?”

A partir de que la paciente nos da una respuesta, es nuestro deber indagar la cuestión en detalle, tanto como sea necesario para determinar cuál es exactamente el problema. También debemos considerar otros factores al evaluar una posible relación causal con la toma del medicamento. Lo siguiente es comunicar y explicar nuestra opinión y conclusiones a la paciente. Haga esto mismo incluso cuando no sabe qué hacer. La mayoría de las pacientes sienten alivio al poder conversar sobre lo que les preocupa.⁷

19.4.3. *Cómo tratar los efectos secundarios sexuales*

La mayoría de los efectos secundarios no son graves y sólo hace falta explicarlos. Esto también aplica a los de índole sexual, en especial si son producto de una medicación que se receta para un período corto. Cuando la paciente sufre efectos secundarios sexuales y la explicación no es suficiente, una buena opción podría ser reducir la dosis. Dado que esto por lo general implica una reducción del efecto terapéutico, se debe poner en la balanza la necesidad del efecto terapéutico para el bienestar de la paciente o del bebé por nacer.

Otro caso ilustrativo

Una mujer embarazada presenta epilepsia con convulsiones generalizadas. Se la trata con levetiracetam, con buenos resultados. La paciente informa disminución del deseo sexual, la excitación, la lubricación y el orgasmo desde que comenzó a tomar el anticonvulsivo. Desea cambiarlo o reducir la dosis porque los efectos secundarios le producen estrés.

En este caso, se debe considerar la siguiente estrategia. Primero, si bien el levetiracetam puede mejorar la función sexual, es posible que algunos pacientes experimenten una disminución [32]. Segundo, debido a los efectos secundarios sexuales la paciente siente

⁷ Para más información sobre cómo hablar de sexualidad con pacientes, ver el [Capítulo 26](#): “Hablar de sexualidad”.

estrés, lo cual tendrá cierta influencia en el bebé. Tercero, una reducción de la dosis prescrita aumenta el riesgo de nuevas convulsiones y representaría una amenaza mayor para la paciente y el bebé. En consecuencia, reducir la dosis o abandonar la medicación antiepiléptica no sería una estrategia adecuada.

Cabe destacar que los problemas sexuales podrían persistir incluso luego de reducir la dosis o suspender el medicamento. En ese caso, podría cuestionarse la relación causal con el fármaco prescrito. Otra explicación posible es que las dificultades iniciales hayan evolucionado en problemas psicológicos o relacionados derivados.

En partería, la suspensión de una medicación debido a efectos secundarios sexuales no es muy común, ya que en general su prescripción involucra períodos (muy) cortos. En cualquier caso, siempre siga las recomendaciones de los protocolos de medicación al indicar la reducción gradual de la dosis hasta su suspensión.

Al momento de recetar un medicamento, la matrona debe informar a la paciente embarazada sobre sus posibles efectos secundarios. Este capítulo orienta a los profesionales sobre cómo hacerlo de manera adecuada.

19.5. Conclusión

La medicación utilizada antes, durante el embarazo y en el periodo perinatal puede afectar la sexualidad. El aporte de las matronas al momento de hablar sobre efectos secundarios sexuales es muy valioso, ya que ocupan un lugar central como nexo en la compleja “red médica” de profesionales que asiste a la mujer embarazada. Incluso si la matrona no está habilitada para recetar medicamentos, es fundamental que indague a sus pacientes sobre posibles efectos secundarios sexuales. A partir de la información contenida en este capítulo, la matrona podrá formar una opinión sobre la causalidad de los cambios sexuales y, cuando se presenten efectos secundarios sexuales, hacer una derivación a un médico que pueda hacer la prescripción. También se recomienda, en lo posible, la derivación con un sexólogo, sobre todo si el cuadro involucra factores psicológicos o sociales (relacionales).

Referencias

- [1] Jalali-Chimeh F., Gholamrezaei A., Vafa M., et al. (2019): Effect of vitamin D therapy on sexual function in women with sexual dysfunction and vitamin D deficiency: a randomised, doubleblind, placebo controlled clinical trial. *J Urol.*; 201(5): 987-93. <https://www.auajournals.org/doi/10.1016/j.juro.2018.10.019>
- [2] Krysiak R., Szwajkosz A., Marek B., et al. (2018): The effect of vitamin D supplementation on sexual functioning and depressive symptoms in young women with low vitamin D status. *Endokrynol Pol.*; 69(2): 168-74. <https://doi.org/10.5603/EP.a2018.0013>
- [3] Elshahid A. R. M., Shahein I. M., Mohammed Y. F., et al. (2020): Folic acid supplementation improves erectile function in patients with idiopathic vasculogenic erectile dysfunction by lowering

- peripheral and penile homocysteine plasma levels: a case-control study. *Andrology*; 8(1): 148-53. <https://doi.org/10.1111/andr.12672>
- [4] ANSM (Agence national de sécurité du médicament et des produits de santé) (2022): *Résumé des caractéristiques du produit—Phloroglucinol/triméthylphloroglucinol*. [Online, citado 31 ene 2022]. <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/frames.php?specid=60294485&typedoc=R&ref=R0373253.htm>
- [5] Rubinstein A. L., Carpenter D. M., Minkoff J. R. (2013): Hypogonadism in men with chronic pain linked to the use of long-acting rather than short-acting opioids. *Clin J Pain*; 29(10): 840-5. https://journals.lww.com/clinicalpain/abstract/2013/10000/hypogonadism_in_men_with_chronic_pain_linked_to.2.aspx
- [6] Ajo R., Segura A., Inda M. M., et al. (2016): Opioids increase sexual dysfunction in patients with noncancer pain. *J Sex Med.*; 13(9): 1377-86. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.07.003>
- [7] Gillman M. A. (1988): Assessment of the effects of analgesic concentrations of nitrous oxide on human sexual response. *Int J Neurosci.*; 43(1-2): 27-33. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/00207458808985777>
- [8] Gillman M. A., Lichtigfeld F. J. (1983): The effects of nitrous oxide and naloxone on orgasm in human females: a preliminary report. *J Sex Res.*; 19(1): 49-57. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00224498309551168>
- [9] Shiri R., Koskimäki J., Häkkinen J., et al. (2006): Effect of nonsteroidal anti-inflammatory drug use on the incidence of erectile dysfunction. *J Urol.*; 175(5): 1812-5, discusión en 1815-6. <https://www.auajournals.org/doi/10.1016/S0022-5347%2805%2901000-1>
- [10] Jing E., Straw-Wilson K. (2016): Sexual dysfunction in selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and potential solutions: a narrative literature review. *Ment Health Clin.*; 6(4): 191-6. <https://doi.org/10.9740/mhc.2016.07.191>
- [11] Serretti A., Chiesa A. (2009): Treatment-emergent sexual dysfunction related to antidepressants: a meta-analysis. *J Clin Psychopharmacol.*; 29(3): 259-66. https://journals.lww.com/psychopharmacology/abstract/2009/06000/treatment_emergent_sexual_dysfunction_related_to.11.aspx
- [12] Higgins A., Nash M., Lynch A. M. (2010): Antidepressant-associated sexual dysfunction: impact, effects, and treatment. *Drug Healthc Patient Saf.*; 2: 141-50. <https://doi.org/10.2147/DHPS.S7634>. Epub: 9 sep 2010.
- [13] Duncan L., Bateman D. N. (1993): Sexual function in women. Do antihypertensive drugs have an impact? *Drug Saf.*; 8(3): 225-34. <https://link.springer.com/article/10.2165/00002018-199308030-00004>
- [14] Roney J. R., Simmons Z. L. (2013): Hormonal predictors of sexual motivation in natural menstrual cycles. *Horm Behav.*; 63(4): 636-45. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2013.02.013>.
- [15] Gabrielson A. T., Sartor R. A., Hellstrom W. J. G. (2019): The impact of thyroid disease on sexual dysfunction in men and women. *Sex Med Rev.*; 7(1): 57-70. Epub: 26 jul 2018. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11934-018-0808-x>
- [16] Krysiak R., Szkróbka W., Okopień B. (2018): Sexual function and depressive symptoms in young women with hypothyroidism receiving levothyroxine/liothyronine combination therapy: a pilot study. *Curr Med Res Opin.*; 34(9): 1579-86. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/03007995.2018.1448771>
- [17] MacAdams M. R., White R. H., Chipps B. E. (1986): Reduction of serum testosterone levels during chronic glucocorticoid therapy. *Ann Intern Med.*; 104(5): 648-51. <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/0003-4819-104-5-648>

- [18] Norman J. (2013): *Sexual dysfunction and loss of sexual desire due to hyperparathyroidism* [Online, visitado 31 ene 2022]. <https://www.parathyroid.com/blog/sexual-dysfunction-sex-problems-hyperparathyroidism>
- [19] Gulmez H., Akin Y., Savas M., et al. (2014): Impact of iron supplementation on sexual dysfunction of women with iron deficiency anemia in short term: a preliminary study. *J Sex Med.*; 11(4): 1042-6. <https://doi.org/10.1111/jsm.12454>
- [20] Nikzad Z., Iravani M., Abedi P., et al. (2018): The relationship between iron deficiency anemia and sexual function and satisfaction among reproductive-aged Iranian women. *PLoS One*; 13(12): e0208485. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208485>
- [21] Gabrielsen J. S., Lamb D. J., Lipshultz L. I. (2018): Iron and a man's reproductive health: the good, the bad, and the ugly. *Curr Urol Rep.*; 19(8): 60. <https://doi.org/10.1007/s11934-018-0808-x>
- [22] Orbach H., Katz U., Sherer Y., et al. (2005): Intravenous immunoglobulin: adverse effects and safe administration. *Clin Rev Allergy Immunol.*; 29(3): 173-84. <https://link.springer.com/article/10.1385/CRIAI:29:3:173>
- [23] Dirim A., Goren M. R., Peskircioglu L. (2011): The effect of topical synthetic prostaglandin E1 (misoprostol) on clitoral hemodynamics. *J Sex Med.*; 8(3): 800-5. <https://academic.oup.com/jsm/article-abstract/8/3/800/6844679?redirectedFrom=fulltext>
- [24] Anderson-Hunt M., Dennerstein L. (1994): Increased female sexual response after oxytocin. *BMJ*; 309(6959): 929. <https://doi.org/10.1136/bmj.309.6959.929>
- [25] Kruger T. H. C., Deiter F., Zhang Y., et al. (2018): Effects of intranasal oxytocin administration on sexual functions in healthy women: a laboratory paradigm. *J Clin Psychopharmacol.*; 38(3): 239-42. <https://doi.org/10.1097/JCP.0000000000000863>
- [26] Melis M. R., Angiolas A. (2021): Oxytocin, erectile function and sexual behavior: last discoveries and possible advances. *Int J Mol Sci.*; 22(19): 10376. <https://doi.org/10.3390/ijms221910376>
- [27] Muin D. A., Wolzt M., Marculescu R., et al. (2015): Effect of long-term intranasal oxytocin on sexual dysfunction in premenopausal and postmenopausal women: a randomised trial. *Fertil Steril.*; 104(3): 715-23.e4. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.06.010>
- [28] Björk Y., Smith Knutsson E., Ankarberg-Lindgren C., et al. (2017): Androgens in women after allogeneic hematopoietic cell transplantation: impact of chronic GvHD and glucocorticoid therapy. *Bone Marrow Transplant.*; 52(3): 431-7. <https://doi.org/10.1038/bmt.2016.268>
- [29] Suzuki H., Tominaga T., Kumagai H., et al. (1988): Effects of first-line antihypertensive agents on sexual function and sex hormones. *J Hypertens Suppl.*; 6(4): S649-51. https://journals.lww.com/jhypertension/abstract/1988/12040/effects_of_first_line_antihypertensive_agents_on.204.aspx
- [30] Goldberg J. P., Crenshaw T. L. (1996): ACE inhibitors and calcium channel blockers. En: Goldberg J. P., Crenshaw T. L. (eds.), *Sexual pharmacology*. Nueva York: Norton Professional Book, p. 239-50.
- [31] Belhekar M. N., Taur S. R., Munshi R. P. (2014): A study of agreement between the naranjo algorithm and WHO-UMC criteria for causality assessment of adverse drug reactions. *Indian J Pharm.*; 46(1): 117-20. <https://doi.org/10.4103/0253-7613.125192>
- [32] Yang Y., Wang X. (2016): Sexual dysfunction related to antiepileptic drugs in patients with epilepsy. *Expert Opin Drug Saf.*; 15(1): 31-42. <https://doi.org/10.1517/14740338.2016.1112376>
- [33] U.S. Food and Drug Administration (FDA) (2024): Drug Trials Snapshots: ZURZUVAE [Online, citado 5 may 2026]. <https://www.fda.gov/drugs/drug-trials-snapshots/drug-trials-snapshots-zurzuva>
- [34] Agencia Europea de Medicamentos (EMA) (2025): Zurzuva: EPAR - medicine overview [Online, citado 5 may 2026]. <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/zurzuva>

- [35] Comisión Europea (2025): Commission authorises medicine to treat postpartum depression [Online, citado 5 may 2026]. https://health.ec.europa.eu/latest-updates/commission-authorises-medicine-treat-postpartum-depression-2025-09-17_en

Módulo 4

TEMAS ESPECIALES

Woet L. Gianotten, Sam Geuens y Ana Polona Mivšek

Introducción al Módulo 4

En los cursos de formación en partería, el estudiantado amplía de forma gradual sus áreas de conocimiento y experticia. Comienzan por los procesos normales para luego abordar áreas menos conocidas y de mayor exigencia. Este libro sigue la misma lógica.

En el **Módulo 2** analizamos los diversos aspectos sexuales del curso fisiológico para luego, en el **Módulo 3**, considerar los mismos aspectos cuando se presentan enfermedades físicas y otras condiciones que alteran este proceso en los períodos prenatal, intranatal y postnatal. Por lo general, la matrona sigue una curva de aprendizaje semejante: al inicio de su formación aprenderá los casos típicos y, poco a poco, se irán incorporando casos menos comunes: mujeres de culturas diferentes, con una orientación sexual diferente, que sufrieron abuso sexual o fueron circuncidadas.

Como la sexualidad en la vida de estas mujeres puede diferir bastante de los casos típicos, hemos incluido capítulos específicos para cada una de estas áreas.

El módulo comienza con dos capítulos dedicados a temas que no entrarían en la categoría “casos diferentes en la práctica de la partería”. El primero se ocupa de los aspectos sexuales de la anticoncepción, el segundo, de las experiencias del varón de la pareja.

Aconsejamos a los lectores, en especial a los estudiantes de partería, comenzar por el **Capítulo 26** sobre cómo hablar de sexualidad, una habilidad fundamental para dar un buen uso en la práctica clínica a la información provista en el **Módulo 4**.

Capítulo 20: Anticoncepción y sexualidad

En algunos países, las matronas han asumido la responsabilidad brindar parte de la atención relativa a la anticoncepción. En otros, este aspecto no forma parte de su ámbito de práctica, sino que sólo se limitan a asesorar sobre la anticoncepción entre embarazos. Para permitir una maternidad saludable y una crianza adecuada, se recomienda que la madre no vuelva a quedar embarazada hasta pasado un año y medio del parto. Por lo tanto, el asesoramiento o incluso la prescripción de anticonceptivos como parte integral de una buena atención de postparto recaen en la matrona.

Cualquiera método anticonceptivo tiene sus ventajas y desventajas físicas, emocionales y sexuales.

Este capítulo aborda las consecuencias sexuales de los distintos métodos y proporciona información actualizada sobre dichas ventajas y desventajas en términos de sexualidad. A los fines de este libro, merecerá especial atención la anticoncepción durante el postparto y la lactancia.

El capítulo también incluye información sobre anticonceptivos de emergencia y qué hacer cuando estos métodos fallan.

Capítulo 21: Aspectos sexuales del embarazo y el postparto en orientaciones sexuales diversas

Debido a las circunstancias en algunas partes del mundo, es difícil imaginar que una mujer pueda tener relaciones sexuales con otra mujer. En algunos otros países, sin embargo, el matrimonio entre personas del mismo género ha sido aceptado y legalizado.

Como resultado lógico de este avance social y normativo, las parejas lesbianas pueden decidir sobre el embarazo y la maternidad. Este capítulo trata los aspectos relevantes de la sexualidad de parejas de mujeres que deciden tener hijos. El foco está puesto en las fases de decisión, concepción y lo que viene después. También se incluyen recomendaciones sobre cómo brindar una buena atención a parejas lesbianas, puntualmente en lo referido a la sexualidad. Estas indicaciones son de interés para cualquier tipo de lector, sobre todo para profesionales de la salud que trabajan en culturas que no han desarrollado una mayor aceptación (y respeto) por las mujeres lesbianas.

Capítulo 22: Experiencias masculinas

En el mundo occidental, durante mucho tiempo el papel del hombre en el embarazo ha sido un tanto limitado. Después de la actividad compartida de producir el embarazo, apenas recibía atención hasta el nacimiento, e incluso entonces, se lo retrataba como el sujeto que fumaba nervioso en la sala de espera. Hoy, en muchos lugares del mundo, esa imagen ha cambiado ya que los hombres participan de las clases de preparto, el parto y los cursos sobre crianza.

Este capítulo aborda numerosos aspectos relativos al varón de la pareja que exceden su papel durante el nacimiento o su futuro rol como padre: analiza los cambios psicológicos y existenciales a los que se enfrenta con el embarazo, el parto y el postparto, además de los cambios físicos (e incluso hormonales) que pueden acontecerle. Todos, procesos que pueden afectar su sexualidad.

El capítulo considera la vida sexual del hombre durante y después de esta experiencia que cambiará por completo su vida. Una buena razón para prestar atención a este aspecto es que, en el postparto, las diferencias entre la sexualidad masculina y femenina pueden convertirse en un tema delicado e incluso derivar en serios problemas de pareja. Otra razón es que, en muchos lugares, la partería es casi en su totalidad una profesión femenina y, por lo tanto, se ocupa casi exclusivamente de los problemas de las mujeres. Sin embargo, para brindar una buena atención centrada en la familia, la matrona también debe comprender la perspectiva masculina. Este capítulo aporte información específica a estos efectos.

Capítulo 23: Aspectos (sexuales) relevantes de las diferencias culturales

En partería, no se puede pensar la sexualidad sin tener en cuenta la cultura, uno de los elementos clave que inciden en la vida sexual de las personas. Factores como el tradicionalismo, la religión, la poligamia, el machismo y el feminismo influyen en la sexualidad y también en las ideas culturales sobre la maternidad y los roles sexuales.

Las diferencias culturales no sólo existen por motivos geográficos, ya que las culturas en algún punto se entremezclan. Hay diferencias entre nuestro contexto local y

el de “los vecinos”. Debido a factores como la migración, los refugiados políticos y los movimientos globales, hoy en día las poblaciones en nuestros barrios, y en nuestros consultorios, provienen de múltiples orígenes culturales y étnicos.

Incluso la partería como profesión organizada y campo de estudio presenta diferencias culturales significativas entre países. Mientras que en algunos la matrona puede guiar un parto domiciliario por sí sola, en otros esta práctica está prohibida por ley. Algo similar ocurre con la competencia de la matrona para prescribir anticonceptivos en el postparto. Es decir que el contexto cultural afecta la práctica cotidiana.

Debido a que este manual fue escrito originalmente en inglés, se podría presumir que se enfoca en la atención materna occidental y que muestra una visión europea, ya que la mayoría de los autores trabajan en ese continente. Al menos, una de las ventajas de esta perspectiva es que Europa Occidental y Noroccidental promueve un debate más abierto y pragmático de las temáticas sexuales. Si bien la sexualidad es esencial en todas partes, somos conscientes de que para poder abordar algunos de los aspectos problemáticos de la sexualidad, primero deben estar cubiertas las necesidades básicas de salud y bienestar. Esto nos lleva a creer que este libro será un recurso valioso para las matronas en países o contextos de ingresos medios y altos [1], al tiempo que mucha de la información contenida resultará útil también para aquellas que trabajan en contextos urbanos en países de ingresos medios y bajos.

Capítulo 24: Efectos sexuales en el embarazo y el parto de las experiencias traumáticas

Ninguna mujer que queda embarazada es “una tabula rasa” porque lleva consigo una combinación de recuerdos y experiencias (positivos y negativos) del pasado. Sin embargo, para algunas estos son en su mayoría negativos o muy negativos. La lista de experiencias traumáticas no sólo incluye el incesto y la violación, sino también a otras formas de violencia familiar, privación emocional, traumas de guerra y *bullying*.

Para brindar una buena atención, las matronas y demás profesionales de la salud deben ser conscientes de que este tipo de experiencias negativas puede tener gran influencia en cómo la paciente reacciona a distintas formas de contacto físico directo y en su respuesta al embarazo, al nacimiento e incluso al bebé recién nacido. Esto puede suceder a nivel consciente pero también inconsciente en función de recuerdos profundos del trauma. Si se ha sufrido una penetración vaginal forzada, un examen vaginal puede convertirse en una nueva experiencia traumática o, si el abuso sexual implicó los senos, puede que amamantar se vuelva aterrador.

Este capítulo se ocupará de las consecuencias sexuales y no sexuales de esas experiencias traumáticas y sus implicaciones prácticas. Incluye recomendaciones para las matronas y otros profesionales de la salud sobre cómo comportarse, qué hacer y qué no hacer, al atender a pacientes con un pasado traumático.

Capítulo 25: Aspectos relevantes de la mutilación genital femenina

La mutilación genital femenina (MGF) también se denomina corte genital femenino o circuncisión femenina. En 2016, UNICEF estimó que 200 millones de mujeres y niñas en todo el mundo fueron sometidas a este procedimiento. Se practica en unos 30 países

de África y Medio Oriente, desde donde muchas mujeres y niñas emigran hacia países de Europa y otras partes del mundo.

El daño físico y las consecuencias de la MGF dependen de la magnitud del procedimiento y de las condiciones médicas e higiénicas en las que se realizó. Estas mujeres merecen recibir una atención adecuada que tenga en cuenta posibles efectos secundarios médicos y obstétricos. Este capítulo considera, en primer lugar, algunas de consecuencias urológicas, ginecológicas y obstétricas que enfrentará la matrona que atiende a estas pacientes durante el embarazo, el parto y el postparto. En segundo lugar, se analiza la variedad de efectos psicológicos, sexuales y sociales asociados.

Asistir a pacientes que han sufrido MGF puede resultar desconcertante para la matrona que (aún) no trabaja en un entorno multicultural. Es por ello que el capítulo profundiza en cómo dirigirse a una mujer después de la MGF de una manera respetuosa y atenta.

Referencias

- [1] Rosling H., Rosling O., Rosling-Rönnlund A. (2018): *Factfulness. Ten reasons why we are wrong about the World and why things are better than you think*. Sceptre.

20.1. Introducción

La anticoncepción separa lo sexual de lo reproductivo permitiendo que tanto mujeres como hombres puedan vivir su sexualidad (más o menos) libres del temor a un embarazo no deseado. Hay un sinnúmero de razones para no querer quedar embarazada que tienen que ver con los distintos planes y circunstancias de la vida.

La anticoncepción es, por lo tanto, una gran contribución a la salud sexual y reproductiva tanto antes como después de un embarazo. Un embarazo no planeado puede poner a la mujer y a su pareja en el difícil lugar de tener que decidir si interrumpirlo o dejarlo seguir su curso y ambas opciones plantean riesgos médicos y psicosociales para la salud de la mujer y, en el segundo caso, del bebé. La anticoncepción adecuada permite planificar y preparar el embarazo de manera confiable dentro del plan de vida reproductiva de la persona.

Para la mujer, mantener un estado de salud reproductiva y sexual óptimo, la anticoncepción después del parto merece el mismo respeto y atención. Los embarazos seguidos (con poco tiempo de separación) aumentan el riesgo de complicaciones, reducen el período de lactancia, que es vital, y ponen en peligro la estabilidad familiar y el desarrollo infantil. El riesgo de placenta previa y ruptura prematura de las membranas aumenta con una nueva gestación iniciada antes de que se cumplan los 18 meses del parto anterior, en comparación con los embarazos que se producen pasados 18 a 36 meses [1]. Por lo tanto, la matrona tiene un rol fundamental en el asesoramiento y la atención anticonceptiva antes del embarazo y después del parto.

En este capítulo se aborda, primero, el asesoramiento anticonceptivo, con una descripción general de la anticoncepción y la sexualidad. Se evalúan los diferentes métodos según su potencial impacto positivo o negativo en la sexualidad. A continuación, se consideran aspectos específicos del asesoramiento en el postparto. Ya que ningún método es infalible, se examinan dos alternativas: la anticoncepción de emergencia y el aborto. Por último, se explica qué es y qué comprende la orientación sexual en anticoncepción.

¹ J. Bitzer 

Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario de Basilea, Basilea, Suiza.
E-mail: johannes.bitzer@usb.ch

20.2. Métodos anticonceptivos

A modo de repaso, la **Figura 20.1.** ofrece una descripción gráfica de los métodos anticonceptivos más comunes y su confiabilidad (adaptada de: <https://www.optionsfor-sexual-health.org/facts/birth-control>).

Los métodos anticonceptivos pueden estar asociados con riesgos para la salud. La OMS actualiza periódicamente la evidencia científica disponible al respecto en los Criterios de Elegibilidad Médica [2], que describen los riesgos asociados a los trastornos clínicos más importantes para todos los métodos disponibles. Los riesgos se clasifican en cuatro categorías.

Categoría 1: trastornos que no presentan restricciones al uso del método anticonceptivo.

Categorías 2 y 3: trastornos en los que se deben evaluar las ventajas y los riesgos que conlleva el uso del método anticonceptivo.

Categoría 4: trastornos que representan riesgos de salud inaceptables si se utiliza un método anticonceptivo dado.

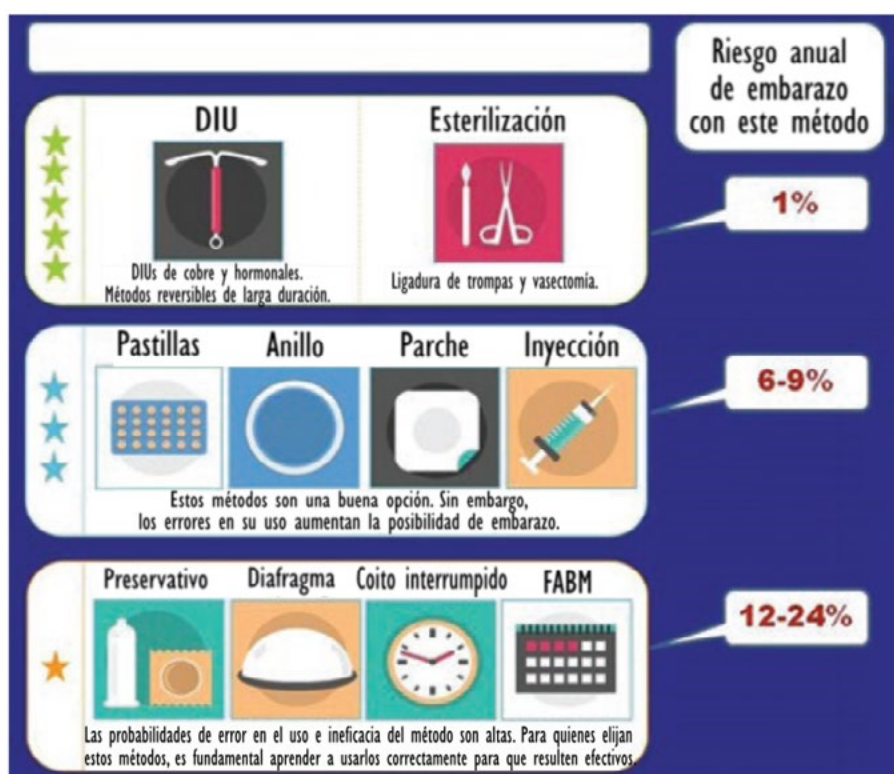


Figura 20.1. Confiabilidad de la anticoncepción.

20.3. Anticoncepción y función sexual

La anticoncepción cumple un rol positivo muy importante en la salud sexual y reproductiva femenina. Sin embargo, numerosos estudios indican que su uso puede traer consecuencias tanto positivas como negativas en el bienestar y función sexuales de mujeres y hombres. Esto se explica por los diversos niveles o dimensiones en los que los métodos anticonceptivos interactúan con la sexualidad femenina (o masculina) y de la pareja.

Separar la reproducción de la sexualidad. Aunque este sea el objetivo primario de la anticoncepción y aunque esté destinada a permitir mayor libertad, a nivel emocional, puede llegar a experimentarse como una privación de una potencia profunda o una pérdida del sentido esencial del encuentro sexual.

- (a) Los métodos anticonceptivos pueden interferir con *la fisiología y la neurobiología de la respuesta sexual*.

La fisiología de la respuesta sexual está regulada por una compleja interacción de tres hormonas: estrógenos, testosterona y progesterona.

Los *estrógenos* hacen que el cerebro sea receptivo a la influencia de la testosterona y son fundamentales para la integridad de la mucosa vaginal.

La *testosterona* (junto con hormonas andrógenas) es necesaria para el deseo sexual e influye en la frecuencia de los pensamientos y fantasías sexuales y las respuestas genitales nocturnas. Si bien se observan diferencias interindividuales significativas, los andrógenos aumentan la sensibilidad del cerebro y los genitales a la estimulación sexual (nivel de excitación) [3].

El rol de la *progesterona* en la sexualidad aún no se ha llegado a comprender del todo. Podría tener un efecto indirecto al reducir la ansiedad y el estrés, aunque esta posibilidad todavía se está investigando.

Estas hormonas actúan por interacción con diferentes neurotransmisores como la serotonina, la noradrenalina y la acetilcolina, permitiendo así una gran variedad de respuestas según los receptores en las células objetivo del cerebro.

Los anticonceptivos hormonales influyen en estos procesos fisiológicos desencadenando cambios que pueden pasar desapercibidos o tener consecuencias visibles. Como resultado, los mecanismos de respuesta sexual pueden verse facilitados o inhibidos.

- (b) Los métodos anticonceptivos pueden tener *impactos negativos o positivos en el bienestar general, tanto físico como mental*;
- (c) *pueden afectar directamente la relación amorosa y los encuentros sexuales*; y
- (d) *pueden tener cierta "imagen social" que influye en el bienestar sexual (por ejemplo, cuando la ansiedad por los riesgos dificulta la excitación)*.

Además, el impacto de todos estos factores puede variar si existen condiciones de salud o problemas sexuales preexistentes.

20.3.1. Anticonceptivo hormonal combinado (AHC)

20.3.1.1. Separación de la sexualidad y la reproducción

Las pastillas anticonceptivas presentan dos características que pueden afectar a las mujeres que tienen sentimientos ambivalentes sobre esta separación. La primera es su alta eficacia, lo que hace que la separación sea tan efectiva, activando así la ambivalencia. La segunda es que este efecto se controla a partir de la adhesión o no adhesión de la usuaria.

Por lo tanto, la ambivalencia puede manifestarse como una “disfunción” sexual o como dificultades con el cumplimiento.

20.3.1.2. Impacto en la fisiología y la regulación endocrina

Los anticonceptivos hormonales combinados contienen estrógenos y progestágenos, estos últimos son la principal sustancia inhibidora de la ovulación. Dado que por acción de la anticoncepción hormonal los ovarios no pueden producir suficientes estrógenos (endógenos), se añaden estrógenos artificiales (“de reemplazo”).

Los AHC interactúan con la fisiología sexual en varios niveles:

- (a) Reducen la fluctuación de las hormonas ováricas a lo largo del ciclo y bloquean la ovulación.
- (b) Aumentan en diferentes grados la SHBG², reduciendo la testosterona libre. La SHBG es una globulina presente en el torrente sanguíneo que se une a la testosterona y al estradiol haciendo que pierdan su biodisponibilidad. Como resultado, el organismo sólo puede utilizar una pequeña parte que permanece biodisponible.
- (c) Reemplazan parcialmente las hormonas naturales y modifican el equilibrio de las acciones estrogénicas y progestogénicas.

Debe tenerse en cuenta que la mayoría de las mujeres no percibe estos cambios como síntomas físicos o mentales porque el cuerpo femenino está “acostumbrado” a las fluctuaciones hormonales y a las modificaciones en la concentración hormonal (por ejemplo, con el ciclo menstrual y el embarazo).

Para algunas, esos cambios tienen los siguientes efectos:

- *Acción estrogénica insuficiente*: pérdida irregular de sangre. Algunas experimentan sequedad vaginal, que no es lo mismo que falta de lubricación (cuando la lubricación es insuficiente durante los encuentros sexuales por lo general se debe a una estimulación deficiente).
- *Demasiada acción estrogénica*: aumenta la SHBG, lo cual reduce la testosterona libre y, por ende, disminuye el deseo y la excitabilidad. La mayor o menor potencia

² La globulina fijadora de las hormonas sexuales es una proteína presente en el torrente sanguíneo.

androgénica del progestágeno utilizado podría contrarrestar o no los efectos antian-drogénicos del estrógeno.

- Acción testosterónica insuficiente: disminución del deseo y la excitabilidad.
- Demasiada acción testosterónica: problemas dérmicos y capilares.
- *Insuficiencia de progestágeno: ¿?*
- Demasiado progestágeno: efecto antiestrogénico.

20.3.1.3. Impacto en el bienestar general

Los anticonceptivos hormonales combinados pueden tener efectos positivos o negativos en el bienestar general e influyen de manera indirecta en el bienestar sexual.

Posibles efectos positivos:

- Disminución del sangrado menstrual abundante y la dismenorrea.
- Disminución de las molestias relacionadas a la menstruación, como el SPM (síndrome premenstrual) y el TDPM (trastorno disfórico premenstrual), sobre todo si su uso es prolongado (tomar las pastillas durante varios ciclos o hasta que se produzca un sangrado de escape).
- Mejora de los trastornos hiperandrogénicos de la piel y el cabello (acné, hirsutismo), lo que tiene efectos positivos en la imagen corporal.

Posibles efectos adversos de la AHC:

- Sangrado irregular,
- aumento de peso subjetivo,
- irritabilidad,
- inestabilidad anímica,
- síntomas en la piel.

20.3.1.4. Impacto en la relación amorosa

Los AHC pueden ayudar a las parejas a disfrutar de su sexualidad sin temor al embarazo y a tener que lidiar con las consecuencias de un embarazo no deseado.

Sin embargo, puede que uno de los dos, por lo general la mujer, considere “injusto” que toda la responsabilidad recaiga sobre ella y quiera que sea su pareja quien use los anticonceptivos. El sentirse obligada a tomar hormonas puede afectar su opinión sobre la tolerancia al método, así como el encuentro sexual.

20.3.1.5. Rol de la imagen social

Como se mencionó, una mujer puede ver los AHC como un instrumento de emancipación femenina, pero también considerarlos herramientas de manipulación de las grandes compañías farmacéuticas, que cuentan con la información que propagan los medios de comunicación y la falta de educación sobre salud reproductiva (incluyendo imágenes y casos). En algunos países, se suele hablar mucho más de las amenazas y los peligros de tomar pastillas anticonceptivas y no se les da la misma repercusión a los efectos

positivos (las malas noticias venden más). Por ejemplo, rara vez se menciona que tomar AHC durante varios años reduce sustancialmente la incidencia de diversos tipos de cáncer, como el colorrectal, de ovario y de endometrio [4].

20.3.2. Anticonceptivos que sólo contienen progestágeno

Entre este tipo de anticonceptivos se encuentran las pastillas de progestágeno, el DIU-LNG, los implantes subcutáneos de LNG y las inyecciones de progestágeno de acción prolongada (medroxiprogesterona = DepoProvera®).

20.3.2.1. Separación de la sexualidad y la reproducción

El impacto respecto de esta separación es el mismo que se describió para la AHC. Cuando se trata de métodos de acción prolongada como el DIU-LNG o los implantes de LNG, el hecho de que se necesite de un profesional para su colocación y extracción puede aumentar la sensación de pérdida de control, condicionando la percepción que tiene la paciente del método y su reacción emocional (frente a un cuerpo extraño del que no se tiene control, a diferencia de la toma de pastillas).

20.3.2.2. Fisiología de la respuesta sexual

Los anticonceptivos progestágenos inhiben la ovulación de manera eficaz. Las principales diferencias con los ACH son las siguientes:

- (a) No producen aumento de la SHGB, por ende, la testosterona libre no disminuye. Estudios observacionales han revelado que, a diferencia de quienes utilizan AHC, las usuarias de progestágenos no evidencian pérdida de interés o deseo.
- (b) Producen una disminución de los estrógenos, cuya magnitud varía según el método empelado.

Esto depende de la dosis utilizada. La mayor exposición a progestágenos se da en usuarias de inyecciones de progestágenos Depot. Uno posible efecto negativo podría ser la disminución del grosor de la pared vaginal y la reducción del flujo sanguíneo durante la excitación, si bien no hay estudios que hayan comprobado este efecto.

20.3.2.3. Impacto de los progestágenos en el bienestar general

Posibles efectos positivos:

- mejoran el bienestar al reducir la dismenorrea y el sangrado menstrual abundante;
- en algunas pacientes, pueden disminuir el síndrome premenstrual preexistente.

Posibles efectos negativos:

- sangrado irregular;
- amenorrea no deseada;
- acné;
- aumento de peso (especialmente con DepoProvera®).

El *impacto en la relación amorosa* puede ser el descrito para los anticonceptivos hormonales combinados.

El *rol de la imagen social* de los anticonceptivos progestágenos depende en gran medida de cómo son percibidos: como hormonas, “lo mismo que las pastillas” (malas noticias), o como dosis preparadas que no presentan riesgos de trombosis (buenas noticias).

Otro aspecto de su imagen social está relacionado con la depresión, principalmente informada en adolescentes.

20.3.3. Dispositivos intrauterinos de cobre

El DIU de cobre es un método eficaz con un buen perfil de seguridad que no interfiere en la fisiología de la respuesta sexual.

Podría tener un impacto negativo indirecto en mujeres con sangrado menstrual abundante o dolor durante o entre menstruaciones.

Si al cortar los hilos no se deja el largo suficiente, la penetración podría resultar dolorosa para el hombre. Respecto de la mujer, el hecho de que se trate de un método sumamente efectivo fuera de su control podría tener algún impacto psicológico, además de influir de forma indirecta en la “representación interna” del método. Esto podría manifestarse como una sexualidad menos placentera, aunque tampoco hay estudios que demuestren dicha asociación.

20.3.4. Métodos de barrera (preservativo, capuchón cervical, preservativo femenino)

Si se utilizan de manera correcta, los preservativos, tanto masculinos como femeninos, protegen contra embarazos no deseados y muchas ETS, lo que los convierte en instrumentos preventivos cruciales para la atención en salud sexual y reproductiva.

Esta característica puede incentivar el uso de preservativos por parte de los varones, actitud que sus parejas suelen percibir como una expresión de responsabilidad compartida, lo que redundaría en una mejor experiencia sexual.

En contraposición, el uso del preservativo exige la interrupción de la interacción sexual en un momento de gran excitación. En algunas parejas, ese paréntesis disminuye la excitación, en otras lo potencia. Para algunos hombres, el preservativo es sinónimo de menos sensibilidad y menos placer durante la penetración y con los movimientos intravaginales. Para algunas mujeres, equivale a sensaciones desagradables o dispareunia. En los varones no circuncidados, el prepucio se retrae durante la penetración sin condón, exponiendo gradualmente el glande, lo que disminuye el riesgo de dispareunia. También puede repercutir negativamente en el goce del encuentro sexual debido a las inseguridades y temores de producir un embarazo.

Existe la posibilidad de que ambos se queden dormidos antes de que el pene salga de la vagina, especialmente si se ha consumido alcohol o después de un orgasmo intenso, con el riesgo de que, al perder la erección, el semen se filtre hacia la vagina.

Método	N=	Satisfacción con el método	Satisfacción sexual general	Cambios negativos del estado de ánimo
Anticonceptivos orales	1.303	68 %	44 %	16 %
Preservativo	996	30 %	11 %	23 %
DIU	342	59 %	30 %	
FABM	428	43 %	28 %	30 %
Esterilización femenina	139	92 %	57 %	

Tabla 20.1. Satisfacción con el método, satisfacción sexual general y cambios negativos del estado de ánimo en relación con diferentes métodos anticonceptivos actuales y pasados en una encuesta poblacional [5]

20.3.5. Métodos de conocimiento de la fertilidad

Los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad (FABM por sus siglas en inglés) no tienen ningún impacto en la fisiología, la anatomía o la respuesta sexual, ni presentan efectos secundarios adversos sobre la sexualidad, a excepción de la inseguridad y los temores de la posibilidad de fracaso en la prevención del embarazo (ver la sección sobre preservativos).

Pueden tener un impacto positivo en la experiencia sexual porque las mujeres que lo implementan suelen estar interesadas en aprender más sobre su cuerpo y sus respuestas corporales. Se sienten empoderadas y, al generar mayor seguridad y sentimientos positivos hacia el propio cuerpo, su respuesta sexual es más agradable y placentera.

20.3.6. Esterilización/Vasectomía

La esterilización previene el embarazo. No interfiere con el ciclo hormonal. Por supuesto, requiere una cuidadosa toma de decisiones, que puede ser particularmente compleja a una edad temprana. La esterilización es un procedimiento médico relativamente sencillo.

En las mujeres, la esterilización generalmente se realiza por laparoscopia bajo anestesia general. Se extirpa una porción de cada trompa de Falopio o se cierra con una pinza o corriente eléctrica. El riesgo de fracaso es de aproximadamente el 0,5 %. Actualmente se sabe que las trompas de Falopio son una fuente importante de cáncer tuboovárico [6]. Por lo tanto, la esterilización mediante la extirpación de las trompas de Falopio, un procedimiento sencillo, es preferible.

Si se planea una cesárea y la esterilización es una opción para la mujer, esto debe discutirse antes del final del embarazo, ya que el procedimiento puede realizarse durante una cesárea sin molestias adicionales. Es importante documentar la decisión en el historial clínico de la mujer, si corresponde.

Durante una cesárea, la extirpación completa de las trompas de Falopio solo toma medio minuto más que la ligadura de trompas [7].

En los hombres, la vasectomía generalmente se realiza con anestesia local. Se extirpa una pequeña sección de cada conducto deferente y se sellan los extremos. Para mayor seguridad, se recomienda realizar un análisis de semen después de 10 semanas (o después de 20 eyaculaciones) para determinar si aún hay espermatozoides viables. Hasta que no estén presentes, se deben usar condones, por ejemplo. El riesgo de fracaso es inferior al 0,1 %. Si bien algunos hombres temen que la vasectomía provoque disfunción eréctil, esto no es cierto. La decisión entre la vasectomía y la esterilización femenina está muy influenciada por la cultura. A nivel mundial, el 10 % de los hombres se someten a una vasectomía.

20.3.7. Efectos generales de varios anticonceptivos

Una encuesta realizada en Alemania a una población de 1466 usuarias de diferentes métodos anticonceptivos analizó el nivel de satisfacción con el método, la satisfacción sexual en general y los cambios negativos del estado de ánimo [8] (ver [Tabla 20.1.](#)). Se concluyó que los efectos generales del uso de anticonceptivos son positivos en varios aspectos de la sexualidad.

20.4. Anticoncepción después del parto

El mejor momento para comenzar a hablar sobre anticoncepción es durante el embarazo ya que, por lo general, el torrente de emociones que acompaña los primeros días de postparto no es ideal para pensar y decidir con tranquilidad.

En el caso de parejas que ya tienen el tamaño de familia deseado, es provechoso hablar de esterilización durante el embarazo. La vasectomía, por ejemplo, puede realizarse en este período, pero la ligadura de trompas se debe realizar durante la cesárea o dentro de los siete días posteriores al parto.

El último trimestre del embarazo es un excelente momento para conversar sobre cuánto tiempo esperar para volver a concebir. Por lo general, se recomienda dejar pasar entre 18 y 24 meses antes de volver a quedar embarazada (y menos de cinco años), para disminuir la posibilidad de complicaciones y problemas de salud en el embarazo [9].

La anticoncepción postparto requiere conocer qué método es el adecuado. En este sentido, saber si se está amamantando y de qué manera será un factor relevante.

Método de planificación familiar	Lactancia materna (casi) completa	Lactancia materna parcial	Sin lactancia materna
Método de amenorrea de la lactancia	Inmediatamente	No corresponde	
Anillo vaginal de progesterona	4-9 semanas después	Si amamanta ≥ 4 /día, 4-9 semanas después	No corresponde
Inyecciones de progestina	6 semanas después	6 semanas después	Inmediatamente

Anticonceptivos orales combinados (AHC) Parche combinado Anillo vaginal combinado Inyectables mensuales	6 meses después	6 semanas después	21 días después
Esterilización masculina (vasectomía)	Inmediatamente o durante el embarazo		
Esterilización femenina	Dentro de los 7 días posteriores o con la cesárea; o a partir de las 6ta semana de postparto		
Preservativos masculinos o femeninos	Inmediatamente		
Espermicidas	Inmediatamente		
Dispositivos Intrauterinos de cobre DIU/LNG	Dentro de las 48 h o a partir de la 4ta semana de postparto		
Diafragma	A partir de la 6ta semana de postparto		
Métodos de conocimiento de la fertilidad	Para métodos basados en síntomas: comenzar cuando se haya normalizado la secreción Para métodos basados en el calendario: comenzar después de 3 ciclos menstruales regulares Las mujeres lactantes pueden comenzar más tarde		

Tabla 20.2. ¿Cuándo se pueden comenzar a utilizar de manera segura los diversos métodos de planificación familiar después del parto?

El método basado en la amenorrea de la lactancia (MELA) ha sido la forma más común de espaciar embarazos. Amamantar de forma exclusiva reduce al mínimo el riesgo de un nuevo embarazo: por debajo de 1-2 % en los primeros seis meses. El riesgo de ovulación es menor cuando se amamanta con mayor frecuencia, cada sesión se extiende por más tiempo, y se incorpora la lactancia durante la noche.

La **Tabla 20.2.** muestra cuánto tiempo debe esperar la mujer para comenzar a utilizar un método de planificación familiar después del parto.

Hay algunos factores a considerar para el asesoramiento anticonceptivo en el postparto. Varios estudios han demostrado que este período coincide con un mayor riesgo de problemas sexuales para ambos miembros de la pareja. Entre los factores que influyen se destacan los siguientes:

- la prolactina aumenta en las mujeres que amamantan y se sabe que esta hormona reduce el deseo sexual;
- los niveles de estrógeno se mantienen bajos durante la lactancia, lo que puede contribuir al adelgazamiento de la mucosa vaginal (aumentando el riesgo de sequedad y picazón vaginal constantes);
- los niveles de testosterona también se mantienen bajos, causando disminución del deseo y la excitabilidad;
- la transición psicosocial de pasar de ser una familia de dos a una de tres puede provocar angustia e inseguridad sobre los roles, las expectativas y las dificultades para adaptarse a la nueva situación interpersonal.

Todos estos son factores a tenerse en cuenta cuando la paciente manifiesta experimentar cambios negativos en su vida sexual durante el postparto. También es recomendable en este período asesorar a las pacientes sobre anticoncepción de emergencia.

20.5. Cuando el método anticonceptivo falla

La atención y recomendación anticonceptiva debe ir acompañada de soluciones en caso de que esta falle. Por un lado, debe existir la posibilidad de anticoncepción de emergencia si la mujer o la pareja sabe que el sexo (con eyaculación) se produjo sin la protección adecuada (por ejemplo, un preservativo roto, una pastilla olvidada o sexo sin consentimiento). Por otro, debe existir la alternativa de un aborto inducido seguro cuando la mujer descubre que está embarazada. Estas posibilidades son importantes para el empoderamiento de las mujeres e influyen de manera positiva en la salud sexual. Esta es la realidad sanitaria en los países cuyas leyes no restringen el aborto.

20.5.1. Anticonceptivos de emergencia

La anticoncepción de emergencia está indicada cuando se tuvo sexo sin protección, independientemente del momento del ciclo menstrual. En algunos países, cuando se habla de anticoncepción oral de emergencia se hace referencia a la pastilla del día después, sin embargo, existen varios métodos con diferentes niveles de confiabilidad. A continuación, se mencionan y analizan por orden de eficacia, del más al menos confiable: DIU de cobre > Ulipristal > Levonorgestrel oral > Método de Yuzpe [10].

20.5.1.1. Dispositivos intrauterinos de cobre (DIU)

Es el método anticonceptivo de emergencia más eficaz, con la ventaja adicional de que la paciente puede seguir utilizándolo como método de larga duración.

20.5.1.2. Ulipristal 30 mg

Es efectivo hasta 120 h después de tener sexo sin protección y parece ser más efectivo que el Levonorgestrel.

- No interfiere con los embarazos preexistentes ni se asocia con anomalías congénitas durante la primera semana después de su uso.
- Las mujeres lactantes deben extraerse leche y desecharla.
- Contraindicaciones: asma grave, insuficiencia hepática grave, uso de fármacos inductores de enzimas hepáticas.

Efectos secundarios: aunque en raras ocasiones, pueden presentarse náuseas, sensibilidad en los senos, mareos, fatiga, molestias gastrointestinales, dolores de cabeza, irregularidades del ciclo menstrual, alteración del estado de ánimo, mialgia, náuseas y dolor pélvico. Se debe esperar cinco días antes de iniciar la toma de anticonceptivos hormonales para evitar que los progestágenos reduzcan su efecto.

20.5.1.3. Levonorgestrel (LNg) oral 1,5 mg

Se puede utilizar hasta 72 h después de haber tenido sexo sin protección. Luego de ese período, no se recomienda. Se ha establecido su eficacia hasta 120 h, aunque es menor que la del Ulipristal. No afecta los embarazos preexistentes.

20.5.1.4. Método de Yuzpe

Dentro de las 72 h, la mujer puede tomar varias de sus pastillas anticonceptivas (AHC). Aunque es el método menos confiable, se puede utilizar cuando los otros métodos de emergencia no están disponibles.

20.5.2. Aborto

Las mujeres o niñas que cursan un embarazo no deseado pueden decidir continuarlo o interrumpirlo. En el primer caso, algunas de ellas tendrán un hijo no deseado, lo que no es bueno ni para la madre ni para el bebé. En los países cuyas leyes restringen el aborto, existe el riesgo de prácticas inseguras (autoinducidas u otras), con graves consecuencias para la vida, salud y bienestar femeninos.

En los países que han legalizado el aborto, existen dos formas seguras de realizarlo: por aspiración (aborto quirúrgico) y con medicación (aborto médico). Ambas son prácticas muy seguras, con una tasa de complicaciones mucho más baja que los embarazos. Ninguno de estos métodos influye en la fertilidad a futuro, salvo que se presente una complicación extremadamente rara.

El aborto quirúrgico tiene lugar en una clínica u hospital. La mayoría de los procedimientos se realizan por succión al vacío y la pérdida de sangre es incluso menor que la de una menstruación normal.

El aborto médico o farmacológico toma varios días. La mifepristona, un antagonista del receptor de progesterona, detiene el embarazo, tras lo cual (dos días después) se administra misoprostol, un análogo de la prostaglandina, para vaciar el útero. La pérdida de sangre tiende a ser mayor que la de un período menstrual.

La OMS proporciona información detallada sobre el tratamiento médico del aborto [11].

Los factores psicológicos, la religión y las actitudes de la sociedad influyen fuertemente en las consecuencias emocionales y sexuales del aborto inducido. Estudios internacionales sobre resultados de procedimientos abortivos revelaron un amplio consenso en que el alivio es el sentimiento dominante en el momento inmediatamente posterior y a corto plazo y que la incidencia de respuestas negativas graves es baja [9]. Un año después del aborto, la mayoría de las mujeres estudiadas considera las secuelas como parte de un proceso de maduración y crecimiento personal. Sin embargo, también se registraron sentimientos de culpa y duelo, en especial en mujeres con educación religiosa. Las escasas investigaciones sobre la sexualidad luego de abortos inducidos no arrojan evidencia consistente de consecuencias positivas o negativas [10].

20.6. Asesoramiento sexual en el contexto de la anticoncepción

A partir de los posibles efectos positivos y negativos de los métodos anticonceptivos en la función sexual que hemos descrito, es evidente que el asesoramiento sexual debe adaptarse a cada paciente cuando surge un problema. Resulta útil estructurar el asesoramiento en pasos:

1- Alentar a la paciente a hablar sobre sus problemas, por ejemplo, tocar el tema de la salud sexual: “La anticoncepción ayuda a disfrutar del sexo sin temor a un embarazo no deseado. Para la gran mayoría de las mujeres, los anticonceptivos tienen un efecto positivo sobre la vida sexual. Sin embargo, algunas pueden sentir cambios relativos al deseo, la excitación u otros aspectos de su sexualidad. ¡Por eso es importante que conversemos sobre esto y veamos qué se puede hacer!”.

2- Pedir a la paciente que describa sus preocupaciones, como pueden ser problemas relacionados con el deseo sexual, la excitación, el orgasmo, el dolor o la falta de satisfacción, y encontrar un lenguaje común para que se sienta cómoda con este diálogo.

3- Preguntar a la paciente sobre la función sexual preexistente y elaborar una historia clínica sexual (¿Cómo vivía su sexualidad antes? ¿qué ha cambiado?, ¿qué fue lo positivo?).

(a) Podría ser la primera vez que la paciente tiene la oportunidad de hablar sobre su sexualidad y que existan problemas de larga data de los que nunca ha hablado, como un abuso en edad temprana, una situación de violencia, etc.

(b) Otros factores pueden incidir en el problema, como el trabajo, el estrés, la pareja y la ansiedad sobre los efectos secundarios de un método anticonceptivo dado.

Si se percibe que, independientemente del método, estos factores pueden tener peso, se los debe tener en cuenta en futuras consultas.

4- Evaluar si los cambios típicos provocados por el uso del método podrían estar incidiendo en el problema (ver los posibles efectos adversos sobre la fisiología y la anatomía en secciones precedentes).

5- Buscar una solución:

(a) Ante la presencia de cambios provocados por el uso de un método específico, algunas soluciones posibles son cambiar de método, disminuir o aumentar el componente de estrógeno, usar estrógeno natural, etc.

(b) Tratamiento sintomático de los efectos secundarios:

6- Agendar una consulta de seguimiento para verificar si hubo mejoras. Ante la presencia de otros factores de peso (ver arriba), proporcionar asesoramiento sexual individual o para la pareja.

La matrona debe tener en cuenta que la instancia de asesoramiento anticonceptivo podría ser su primera y única oportunidad para detectar problemas sexuales, incluso aquellos que no tienen relación directa con el método. Los profesionales de la salud deben aprovechar esta oportunidad.

Referencias

- [1] Brunner Huber L. R., Smith K., Sha W., Vick T. (2018): Interbirth interval and pregnancy complications and outcomes: findings from the pregnancy risk assessment monitoring system. *J Midwifery Womens Health*; 63: 436-45.
- [2] OMS (2015): https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/172915/WHO_RHR_15.07_eng.pdf;jsessionid=E7E56AFD0B1C7B6428FC03822747B44B?sequence=1
- [3] Bancroft J. (2002): Sexual effects of androgens in women: some theoretical considerations. *Fertil Steril*; 77 (Supl 4): S55-9.
- [4] Bahamondes L., Valeria Bahamondes M., Shulman L. P. (2015): Non-contraceptive benefits of hormonal and intrauterine reversible contraceptive methods. *Hum Reprod Update*; 21: 640-51.
- [5] Oddens B. J. (1999): Women's satisfaction with birth control: a population survey of physical and psychological effects of oral contraceptives, intrauterine devices, condoms, natural family planning, and sterilisation among 1466 women. *Contraception*; 59: 277-86.
- [6] Piek JM, et al. Opportunistic Salpingectomy for Prevention of Tubo-Ovarian Carcinoma: The European Society of Gynaecological Oncology Consensus Statements. *JAMA*. 2026;335:894-902. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41627806/>
- [7] Garcia C, Moskowitz OM, Chisholm CA, et al. Salpingectomy Compared With Tubal Ligation at Cesarean Delivery: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol*. 2018;132:29-34. doi: [10.1097/01.AOG.0000433006.09219.f1](https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000433006.09219.f1)
- [8] Damessi Y. M. (1992): L'espacement des naissances: une pratique simple mais d'un avantage certain Birth spacing: a simple practice with a definite advantage. *Fam Dev*; 63: 10-4.
- [9] NHS <https://www.nhs.uk/conditions/contraception/emergency-contraception/>
- OMS (2018): *Medical management of abortion*. Ginebra: Organización Mundial de la salud. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/278968/9789241550406-eng.pdf?ua=1>
- [10] Kero A., Lajos A. (2000): Ambivalence—a logical response to legal abortion: a prospective study among women and men. *J Psychosom Obstet Gynaecol*; 21: 81-91.
- [11] Bradshaw Z., Slade P. (2003): The effects of induced abortion on emotional experiences and relationships: a critical review of the literature. *Clin Psychol Rev*; 23: 929-58.

Lecturas complementarias

OMS (2018): *Family Planning: a global handbook for providers*. 3ra. ed. Actualizada. En el ámbito del Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la Organización Mundial de la Salud. Se distribuyen ejemplares gratuitos a proveedores de países en desarrollo. Se deben solicitar a: orders@jhuccp.org (incluir nombre completo, dirección de email y teléfono. O a través del portal: <http://www.fphandbook.org/orderform>

Aspectos sexuales del embarazo y el postparto en orientaciones sexuales diversas

Astrid Ditte Højgaard y Bente Dahl¹

21.1. Introducción

En algunas partes del mundo, la sociedad acepta que las mujeres tengan relaciones sexuales con otras mujeres y los matrimonios entre personas del mismo sexo y los derechos de las parejas de lesbianas se perciben como algo normal, por lo que la reproducción asistida y el embarazo son desenlaces evidentes.

Este capítulo trata los aspectos relevantes de la sexualidad de parejas lesbianas que deciden tener hijos. Al margen de su orientación sexual, algunas mujeres quieren tener hijos (biológicos) y otras no. Los profesionales de la salud deben tener en cuenta que pacientes pertenecientes a minorías sexuales también tienen deseos reproductivos [1]. El capítulo concluye con recomendaciones sobre cómo brindar una buena atención a estas parejas durante y después del embarazo.

21.2. Prevalencia del lesbianismo y aceptación profesional

Al analizar la prevalencia de mujeres homosexuales, es importante distinguir entre el comportamiento sexual (con quien tengo sexo), la atracción erótica (con quien quiero tener sexo), la autoidentificación (orientación sexual definida por una misma), la preferencia afectiva (predilección romántica) y la identificación social (etiquetas sociales).

Al igual que en estimaciones de años anteriores en otros países, una encuesta nacional danesa reciente en la que participaron >62.000 adultos seleccionados al azar, el 0,6 % de las mujeres consultadas se autoidentificaron como lesbianas y el 2,6 % como bisexuales. El 8 % alguna vez tuvo sexo con otra mujer, el 3 % sentía una fuerte atracción hacia las mujeres y el 27 % alguna vez se sintió atraída por otra mujer [2].

En un estudio realizado con mujeres lesbianas del Commonwealth y los Estados Unidos que habían perdido un embarazo, el 27 % informó experiencias de heterosexismo,

1 A. D. Højgaard 

Centro Sexológico, Hospital Universitario de Aalborg, Aalborg, Dinamarca. E-mail: a.hoejgaard@rn.dk

B. Dahl 

Facultad de Salud y Ciencias Sociales, Universidad del Sureste de Noruega, Kongsberg, Noruega.

homofobia o prejuicios por parte de los profesionales de la salud, y otro 8,6 % no estaba segura de ello [3]. Los planes de estudios de partería y otras carreras de salud deben hacer hincapié en un enfoque y una atención no sesgados de los pacientes no heterosexuales.

21.3. La prevalencia de la maternidad lésbica

Es común que mujeres lesbianas y bisexuales hayan estado embarazadas [4]; el 37 % de ellas alguna vez dio a luz [5], la mayor cantidad de casos se registró en mujeres bisexuales.

Es difícil determinar la cantidad de niños que crecen en “familias arcoíris”.² En base a los registros sociales de Dinamarca (Tabla 21.1.), se estima que al menos 0,2 % de los niños tienen padres del mismo género que están casados o registrados en unión convivencial, aunque muchas de estas parejas nunca se casan ni se registran. También hay mujeres lesbianas solteras, lo que añade a la subestimación del número de familias arcoíris. Muchos modelos de familias arcoíris son difíciles de relevar a partir de las estadísticas demográficas, como el caso de una madre lesbiana soltera que tiene hijos de una pareja gay.

Cantidad de hijos según estructura familiar (2020)		
Hombres solteros	36.076	4,6 %
Mujeres solteras	151.367	19,5 %
Parejas casadas o convivientes de diferente sexo	588.789	75,7 %
Parejas casadas o registradas del mismo sexo	1.541	0,2 %

Tabla 21.1. Estadísticas familiares, Dinamarca (DK Statistics) [6]

21.4. Derechos conyugales y reproductivos

Existe una gran variedad de marcos judiciales relacionados con los derechos conyugales y reproductivos de las mujeres lesbianas, incluidos los derechos parentales y adoptivos de las coadoptantes o la pareja. Mientras que muchos países reconocen en sus leyes el matrimonio entre personas del mismo sexo y los derechos reproductivos de las mujeres lesbianas, en otros, las relaciones homosexuales son ilegales e incluso punibles con la pena de muerte.

En 1989, Dinamarca fue el primer país en permitir las uniones civiles entre personas del mismo sexo. Doce años después, Países Bajos fue el primero en instituir el matrimonio entre personas del mismo sexo. Hoy, es legal en muchos países (o Estados) y, en varios casos, el acceso a la fertilización asistida, los derechos de adopción y los derechos parentales se han modificado o introducido junto con estas leyes de matrimonio. La legislación sobre homosexualidad varía en todo el mundo, desde la pena de muerte hasta la igualdad de derechos.

² Una “familia arcoíris” es aquella compuesta por padres/madres del mismo sexo o en la que al menos uno/a es transgénero.

ILGA, la Asociación Internacional de Personas Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersex tiene una web interactiva muy completa.

<https://database.ilga.org/es> es un recurso único de información sobre leyes, organismos de derechos humanos, oportunidades de defensa de derechos y noticias relacionadas con la orientación sexual, la identidad y expresión de género y las características sexuales en todos los países del mundo. Por ejemplo, brinda información sobre leyes locales de adopción para parejas del mismo sexo. La decisión de tener un hijo.

Así como algunas parejas heterosexuales desean tener hijos y otras no, lo mismo ocurre con las parejas lesbianas. A diferencia de la mujer o la pareja heterosexual, la concepción no puede ocurrir “por accidente” con la mujer lesbiana, tiene que ser una decisión deliberada, y se necesitan tomar medidas adicionales para lograr un embarazo.

En muchos países desarrollados, las clínicas de fertilidad les ofrecen inseminación intrauterina (IIU), un método que garantiza seguridad en la detección de diversas ETS. La mayoría de los bancos de espermatozoides también realizan exámenes de detección a los donantes para minimizar el riesgo de enfermedades hereditarias graves (como fibrosis quística o atrofia muscular espinal) y otras enfermedades genéticas comunes. Otra decisión relevante en este sentido es si utilizar espermatozoides de un donante anónimo o conocido (según lo permitan las leyes del país).

Los métodos para concebir dependerán del país donde vive la pareja. Un estudio sueco en línea reveló que 42 % de las participantes usó IIU de un donante anónimo en una clínica, 28 % inseminación de un donante conocido por fuera del entorno clínico, 7 % FIV (fertilización in vitro) con espermatozoides donados de forma anónima, un caso usó FIV con espermatozoides de un donante identificado, 14 % logró concebir teniendo sexo con un hombre que era su pareja y el 1 % teniendo sexo con un hombre que no era su pareja [3].

Muchas mujeres lesbianas han tenido experiencias sexuales con hombres, por lo que podrían considerar una aventura heterosexual de una noche³ que les permita concebir, sin embargo, la mayoría de ellas es reacia a esta solución. Las razones son el riesgo de contraer una ETS y la baja tasa de efectividad de esta opción. En los países donde la donación de espermatozoides es ilegal, la mujer puede “explicar” el embarazo como un accidente que ocurrió por una aventura de una noche.

21.4.1. Inseminación intrauterina con donante

Los resultados de concepción para la inseminación intrauterina con espermatozoides congelados (IIU) son los mismos que en mujeres heterosexuales [8].

21.4.2. Inseminación casera

No siempre es necesario acudir a una clínica de fertilidad para lograr un embarazo. Por diversas razones, como la reticencia de algunos profesionales a ofrecer tratamiento a mujeres lesbianas, algunas prefieren intentar la inseminación casera.

3 Nos referimos al contacto sexual transitorio que ocurre por única vez.

Si se acude a un donante conocido, se deberá tener en cuenta su rol como padre biológico después del embarazo, por lo que se vuelve necesaria la firma de un contrato (ver el siguiente caso).

Caso

Minnie (32) y Lisa (37) han estado felizmente casadas por 3 años. Ninguna de ellas estuvo embarazada antes. Minnie es contadora de una multinacional y Lisa es maestra de escuela. Viven en un lindo barrio residencial y tienen estabilidad financiera. Durante el último año, su deseo de tener un bebé se ha afianzado. Como Minnie es la más joven, deciden que es quien debería tener el bebé pero no sabe si sus trompas de Falopio están obstruidas ya que a los 18 años tuvo una apendicitis que derivó en peritonitis. Minnie se pone en contacto con su ginecóloga quien, con cierta renuencia ya que no apoya la maternidad lésbica, le indica una laparoscopia.

Las trompas de Falopio de Minnie no están obstruidas. Debido a esa desagradable discusión con la ginecóloga, la pareja decide no seguir el tratamiento con esta profesional. Se ponen en contacto con Steve, un amigo gay que está dispuesto a hacerse el examen de ETS. Luego de que todas las pruebas dan negativo, comienzan la inseminación casera. Como Steve quiere ser parte de la vida del niño, los tres firman un contrato. Después de tres intentos, Minnie queda embarazada. Durante el embarazo, Minnie, Lisa y Steve tratan con diferentes profesionales de la salud que manifiestan sus pareceres, algunos amables, otros no tanto.

Durante el parto, Steve y su madre caminan nerviosos por la sala de espera. Nace un hermoso bebé. Como Lisa y Minnie están casadas, se le otorga automáticamente la paternidad a Lisa y no a Steve, ya que un hijo no puede tener tres padres en el país donde viven. En los años posteriores, a Steve le toca cuidar y estar con su hijo cada tercer fin de semana y en algunos días festivos. El niño llama a Steve “papá” y a Lisa y Minnie, “mamá”. FIV

Al igual que muchas mujeres heterosexuales, muchas lesbianas tienen un profundo deseo de ser madres, a pesar de los obstáculos judiciales. En algunos países, las lesbianas pueden realizar una FIV con esperma de donante pero en muchos otros, esa opción reproductiva no está disponible porque la ley prohíbe la FIV a parejas lesbianas o a madres solteras (independientemente de su orientación sexual) coartando su libertad reproductiva. El resultado de esto es la atención reproductiva transfronteriza, cuyo alcance y consecuencias son difíciles de estimar [9].

Una nueva opción es la “maternidad compartida”, también llamada recepción de ovocitos de la pareja (Método ROPA), donación de óvulos entre la pareja, o FIV recíproca. Aquí, una de las madres se somete a estimulación ovárica para luego recoger sus óvulos. Se realiza la fecundación con espermatozoides de un donante y el embrión resultante se coloca en el útero de la otra (madre receptora), que ha sido sensibilizada con estrógeno y progesterona. Con este método ambas mujeres están involucradas al máximo en el embarazo. ROPA es una técnica útil si una de las pacientes tiene problemas de salud o de fertilidad [10], aunque trae aparejados algunos riesgos para la madre receptora. La donación de óvulos se asocia con un mayor riesgo de complicaciones en el embarazo y el parto, que incluyen cesáreas, partos prematuros, bebés pequeños para la edad gestacional y preeclampsia [11].

21.4.3. Cuando las técnicas de reproducción asistida fallan

En el caso de las parejas heterosexuales, podrían considerar la adopción si las técnicas de reproducción asistida fallan. Si bien la adopción para parejas del mismo sexo es legal en muchos países, en otros no es posible. Algunos países de donde provienen los niños que son dados en adopción restringen la selección de adoptantes sólo a parejas heterosexuales. Los autores recomiendan a los lectores conocer la legislación local y sus consecuencias.

21.5. Embarazo y parto

Los embarazos de mujeres lesbianas son más susceptibles a la presencia de bajo peso al nacer, parto prematuro e incluso muerte fetal [12].

Este mayor riesgo de embarazos complicados, que incluye la preeclampsia, está relacionado con la falta de exposición regular al líquido seminal paterno antes de la concepción [3] (ver [Capítulo 5](#)).

Atención materna y responsabilidades de la matrona

A nivel nacional, la atención materna se organiza de diferentes maneras en el mundo. En muchos países, las matronas o enfermeras matronas registradas son las principales proveedoras de atención para pacientes de bajo riesgo. Las matronas trabajan con la familia proporcionando apoyo, atención y asesoramiento durante el embarazo, el parto y el postparto, lo que incluye asesoramiento sobre salud sexual y reproductiva. El Código Deontológico Internacional para Matronas [14] establece que deben atender a todas las pacientes por igual, con estándares profesionales basados en la evidencia.

En suma, la buena atención materna de pacientes lesbianas se realiza de la misma manera que con las pacientes heterosexuales, centrándose en la salud y el bienestar y en la preparación para una maternidad saludable. Sin embargo, las matronas deben ser conscientes de que algunos factores relacionados con la orientación sexual hacen que el trato con parejas lesbianas sea diferente. Ejemplos de esto son las actitudes, los documentos y los registros heteronormativos y el rol de la co-madre (madre no biológica).

21.5.1. Crear un ambiente seguro

El supuesto de que todos los seres humanos son heterosexuales, usualmente denominado heteronormatividad, es una norma social en nuestra cultura. En un entorno heteronormativo, se da por sentado que la paciente es heterosexual hasta que comunica su orientación sexual a la matrona. La decisión de revelar la propia orientación sexual puede ser un desafío. Las matronas pueden hacer que sus pacientes se sientan a gusto y seguras al mostrar conciencia sobre la existencia de diferentes orientaciones sexuales. Una oficina donde se exhibe un sticker de arco iris o un póster con diferentes tipos de constelaciones familiares indica aceptación

y reconocimiento y hace más fácil que una mujer o una pareja lesbiana se anime a expresarse. Si otra mujer acompaña a la embarazada a las consultas de atención prenatal o a la sala de parto, la matrona puede preguntar de forma educada si son pareja o amigas. Un saludo amigable dirigido a ambas puede contribuir a que se sientan más cómodas.

21.5.2. Prestar atención a los detalles

Cuando se trata de pacientes lesbianas, la matrona debe prestar mayor atención a los detalles. El uso adecuado del contacto visual, el lenguaje inclusivo y una sonrisa amigable pueden indicar una actitud positiva. Para las personas que han sufrido estigmatización, estos pequeños detalles pueden ser muestras importantes de que la profesional las reconoce y respeta. Las pacientes lesbianas suelen percibir que a las matronas les toma un tiempo encontrar la forma de brindarles atención personalizada, al tiempo que la mayoría de las matronas exhibe cierta duda en los primeros encuentros [15], la que se resuelve con una actitud positiva. Sin embargo, a veces las parejas lesbianas se topan con una matrona que, en la consulta prenatal, se muestra más interesada por su orientación sexual que por el embarazo y el parto. Si bien, para los profesionales, la curiosidad sobre cuestiones de salud puede resultar útil, satisfacer curiosidades personales con pacientes de cualquier género u orientación sexual se considera siempre una conducta poco profesional.

21.5.3. Demostrar conocimiento de las diferencias

Una diferencia significativa entre las parejas heterosexuales y lesbianas que planean formar una familia es que, en el segundo caso, puede ocurrir que ambas mujeres tengan capacidad de concebir y dar a luz. Si las dos quieren ser madres biológicas, a veces deciden concebir en simultáneo, aunque por lo general, se turnan. Las matronas deben ser conscientes de que no todas las mujeres lesbianas quieren tener hijos y de que algunas lo desean pero, por cuestiones de edad o fertilidad, no logran concebir, lo que puede ser un tema difícil de abordar al brindar atención prenatal. En cualquier caso, la matrona debe ser prudente al conversar sobre esto ya que algunas pacientes experimentan celos o angustia por no poder concebir y les resulta difícil compartir estos sentimientos con su pareja. Si esto resulta demasiado duro, una solución podría ser proponer a la co-madre tener una charla individual con la matrona.

Aunque poco documentada en la bibliografía, se mencionó la posibilidad de que ambas mujeres puedan amamantar al bebé. Para aquellas que ya hayan amamantado antes, es posible volver a hacerlo. En el caso de la co-madre que nunca ha dado a luz, es posible estimular la producción de leche con tratamientos hormonales y el uso frecuente de un extractor de leche (ver [Capítulo 15, Sección 15.7.](#)). Hablar durante el embarazo sobre la posibilidad de que la co-madre amamante y brindar orientación adecuada durante este proceso es un signo de verdadero profesionalismo de parte de la matrona.

21.5.4. Reconocer e incluir a la co-madre

En este capítulo, nos referimos a la madre no biológica como co-madre, madre no gestante o madre social.

Al tratarse de dos mujeres, puede que la pareja de la embarazada comprenda en primera persona lo que implica un embarazo y un parto, en especial si ya ha dado a luz. Esto de ninguna manera equivale a decir todas las co-madres se sentirán cómodas en la sala de parto y puede ocurrir que quien ya haya pasado por esa experiencia le resulte difícil acompañar a su pareja porque sabe la clase de dolor que le espera.

En muchos contextos, las co-madres tienen dificultades para hallar la forma de ser reconocidas como madre legal y social del bebé. La matrona puede demostrar que comprende que las familias y la maternidad pueden tomar diferentes formas evitando las denominaciones que relegan a la co-madre. Calificativos como “la otra madre” pueden tener una recepción negativa o percibirse como marginalizantes. La matrona puede incluir a la co-madre al proporcionar información y asesoramiento en el postparto. Una forma de gestionar esta situación es adaptar y ajustar el lenguaje, los formularios y la documentación a la situación de la pareja, por ejemplo, utilizar la palabra “donante” en lugar de “padre” al completar formularios y reemplazar la palabra “padre” por “pareja” al dictar los cursos de preparación para el parto.

21.6. Cómo guiar a la pareja lesbiana sobre la intimidad y la sexualidad

Durante el embarazo y el postparto, las mujeres lesbianas y heterosexuales experimentan los mismos cambios físicos y hormonales, sin embargo, se desconoce cómo las parejas lesbianas lidian con estos cambios. Alguna información sobre la sexualidad durante el embarazo y el postparto podría ser relevante (combinada con algunos consejos). Muchas parejas lesbianas disfrutan del sexo con penetración (ver [Figura 21.1.](#)).

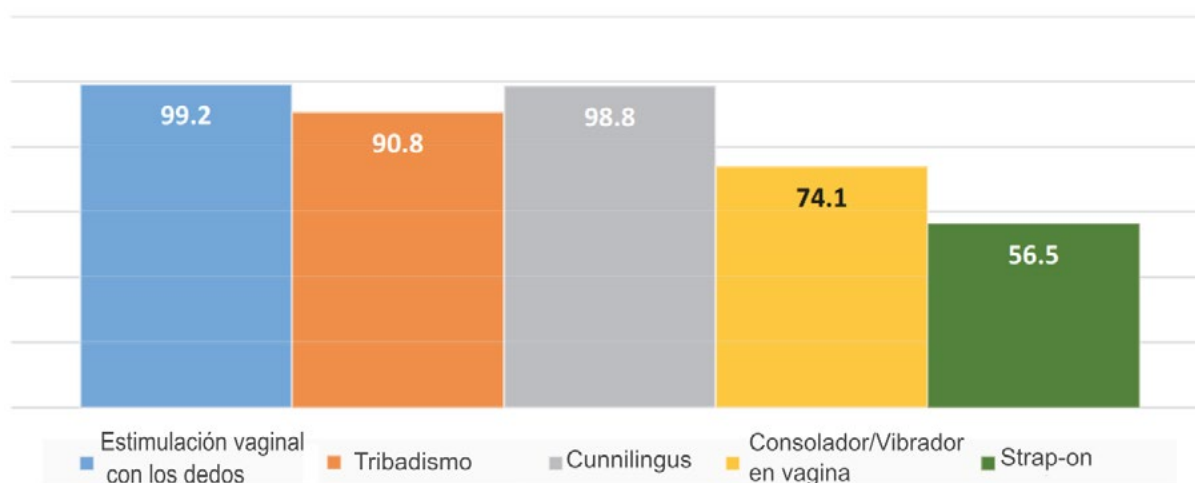


Figura 21.1. Prácticas sexuales comunes entre mujeres lesbianas (%).

Nota: por tribadismo se entiende la frotación o roce entre genitales femeninos. Un strap-on es un consolador unido al cuerpo por un arnés [16].

Los consoladores utilizados para la penetración pueden transmitir diversos organismos y ETS [16]. Las mujeres lesbianas tienen una incidencia de vaginosis bacteriana superior a la media. Dado que las infecciones vaginales pueden causar partos prematuros e infecciones en el postparto, será importante incluir información sobre la limpieza de juguetes sexuales y el uso de barreras de protección (otra buena razón para preguntar a la paciente por su orientación sexual).

Si hay hemorragia en el postparto y el orificio cervical está abierto, se debe desalentar cualquier tipo de penetración o sexo vaginal aclarando que todas las demás actividades sexuales están permitidas.

Con un hijo recién nacido que demanda atención, es importante recordarle a la madre o a la pareja lesbiana el valor de la intimidad, al igual que con las parejas heterosexuales. Dado que los senos son importantes en el placer sexual lésbico, la lactancia puede ser problemática si la madre se siente confundida o avergonzada si la estimulación del pezón le produce excitación. Independientemente de su orientación sexual, el 35-50 % de las madres lactantes experimentan la lactancia como algo erótico (“una lujuria física increíblemente intensa”), algunas incluso llegan a alcanzar el orgasmo al amamantar, aunque una cuarta parte de ellas siente culpa por esa excitación sexual [17].

21.7. Hijos de lesbianas: ¿existen motivos para preocuparse?

Aunque cada vez son más las personas en todo el mundo que expresan actitudes positivas hacia los hombres y mujeres homosexuales, la sociedad se muestra más reacia respecto de sus derechos reproductivos y la conformación de la familia. Esa reticencia puede estar relacionada con las normas sociales que atañen a la maternidad/paternidad y los roles de crianza [18]. Se suele asumir que la desviación de la familia nuclear tipo aumenta el riesgo de afectar la salud psicológica en los infantes [19], sin embargo, las investigaciones realizadas en este sentido desacreditan este supuesto. En las familias con dos progenitoras, la ausencia de un varón no se asocia con problemas de adaptación infantil, es la homofobia social circundante la que representa un problema para estos niños, aunque la mayoría muestra un rendimiento escolar dentro de la media.

21.8. Recomendaciones generales

Incluir la sexualidad y la orientación sexual como problemática en todas las áreas de atención materna, pero sobre todo en la formación en partería. Los profesionales de la salud deben tener en cuenta que no todas las mujeres son heterosexuales y que puede que las pacientes no lo digan a menos que se les pregunte directamente. Hasta tener esta información, es aconsejable utilizar formas neutrales en cuanto al género.

Se puede preguntar de forma directa: “¿Tiene pareja?” y luego “¿Es hombre o mujer?”

O con un poco más de cuidado: “Desconozco si su pareja es hombre o mujer. Digo esto para saber si puedo brindarle recomendaciones sobre anticoncepción” o “¿Su pareja estará presente en el parto? ¿Cuál es su nombre?”.

Prestar especial atención al lenguaje verbal y no verbal y hacer preguntas directas a ambas para que se sientan reconocidas como madres. Concentrarse en dar señales cotidianas de reconocimiento para contrarrestar situaciones ambiguas y que ninguna se sienta invisible o ignorada. Reconocer a ambas madres y demostrar comprensión sobre las distintas formas de crianza y vida familiar.

No enfocarse demasiado en la orientación sexual de la mujer o la pareja lesbiana ya que muchas de sus preguntas y problemas serán típicos de cualquier embarazo o postparto. No todas las mujeres pertenecientes a una minoría son victimizadas y oprimidas, pero muchas sí lo son en algunas regiones del mundo.

Los profesionales de salud deben ser conscientes de sus propias suposiciones, actitudes y prejuicios culturales. Recibir a la mujer o la pareja perteneciente a una minoría con la mente y el corazón abiertos puede ser una experiencia muy gratificante.

Referencias

- [1] Stoffel C., Carpenter E., et al. (2017): Family Planning for Sexual Minority Women. *Semin Reprod Med.*; 35: 460.
- [2] Frisch M., Moseholm E., Andersson M., et al. (2017): *Sex in Denmark. Key findings from Project Sexus*. Statens Serum Institute y Aalborg University.
- [3] Peel E. (2010): Pregnancy loss in lesbian and bisexual women: an online survey of experiences. *Hum Reprod.*; 25: 721-7.
- [4] Moegelin L., Nilsson B., Helström L. (2010): Reproductive health in lesbian and bisexual women in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand.*; 89: 205-9.
- [5] Gates G. J. (2013): *LGBT parenting in the United States*. Williams Institute, UCLA School of Law.
- [6] Denmark Statistics. <https://www.dst.dk/en/Statistik/emner/borgere/husstande-familier-og-boern/husstande-og-familier>
- [7] ILGA World Database. <https://database.ilga.org/es>
- [8] Griessler E., Hager M. (2017): Changing direction: the struggle of regulating assisted reproductive technology in Austria. *Reprod Biomed Soc Online*; 3: 68-76.
- [9] Zeiler K., Malmquist A. (2014): Lesbian shared biological motherhood: the ethics of IVF with reception of oocytes from partner. *Med Health Care Philos.*; 17: 347-55. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24395218/>
- [10] Fassio F., Attini R., Masturzo B., et al. (2019): Risk of Preeclampsia and Adverse Pregnancy Outcomes after Heterologous Egg Donation: Hypothesising a Role for Kidney Function and Comorbidity. *J Clin Med.*; 8: 1806.
- [11] Nordqvist P., Smart S. (2014): *Relative strangers: family life, genes and donor conception*. Houndmills, UK: Palgrave Macmillan; 1-10.
- [12] Everett B. G., Kominiares M. A., Mollborn S., et al. (2019): Sexual Orientation Disparities in Pregnancy and Infant Outcomes. *Matern Child Health J.*; 23: 72-81.
- [13] Saftlas A. F., Rubenstein L., Prater K. (2014): Cumulative exposure to paternal seminal fluid prior to conception and subsequent risk of preeclampsia. *J Reprod Immunol.*; 101-2: 104-10.

- [14] ICM International Confederation of Midwives (2020): International Code of Ethics for Midwives (online). <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/10/eng-international-code-of-ethics-for-midwives.pdf>. Consultado 20 feb 2020.
- [15] Spidsberg B. D. (2007): Vulnerable and strong – lesbian women encountering maternity care. *J Adv Nurs.*; 60: 478-86.
- [16] Schick V., Rosenberger J. G., Herbenick D., et al. (2012): Sexual behaviour and risk reduction strategies among a multinational sample of women who have sex with women. *Sex Transm Infect.*; 88: 407-12.
- [17] von Sydow K. (1999): Sexuality during pregnancy and after childbirth: A metacontent analysis of 59 studies. *J Psychosom Res.*; 47: 27-49.
- [18] Plummer K. (2003): *Intimate citizenship: private decisions and public dialogues*. Seattle, Wash: University of Washington Press; 39.
- [19] Golombok S. (2015): *Modern families*. Cambridge: Cambridge University Press; 32-69.

Joeri Vermeulen, Evelien Luts y Maaïke Fobelets¹

22.1. Introducción

Hace algunas décadas el rol del hombre durante el embarazo era bastante limitado, al menos en el mundo occidental. Después de la concepción apenas recibía atención hasta el momento del parto, en el que se lo solía percibir como alguien que esperaba nervioso en el pasillo del hospital. Hoy esto ha cambiado en muchos países occidentales, ahora los hombres participan de las clases de parto y los cursos de crianza. Aunque también es cierto que en otras partes del mundo la realidad siga siendo otra. Más allá de los diferentes contextos, las barreras a la participación masculina en el embarazo y el parto que han sido identificadas a nivel mundial incluyen la creencia de que su involucramiento es innecesario o incluso inapropiado. Además, existe una tendencia sistemática a no invitarlos a participar (de forma activa) de las consultas, los estudios, etc.

Este capítulo analiza varios aspectos del papel de la pareja masculina, más allá de la concepción, el parto o su rol como futuro padre. También se consideran los cambios psicológicos y existenciales que enfrentan los hombres antes y durante el embarazo, el parto y el postparto, así como posibles cambios físicos (e incluso hormonales).

También se profundiza sobre la vida sexual de la pareja masculina. La presión de tener que producir un embarazo, los temores sobre la influencia de la actividad sexual en el embarazo, incluso el miedo a que el sexo pueda causar un aborto espontáneo o un parto prematuro. Estas preocupaciones no desaparecerán si las matronas y demás profesionales de la salud no las abordan de forma adecuada. Otra razón para prestarle especial atención a esta área es que existe la posibilidad, sobre todo en el postparto, de que la diferencia en el deseo sexual masculino y femenino se transforme en un tema delicado o incluso en un problema grave de pareja.

¹ **J. Vermeulen** 

Departamento de Atención Médica, Centro para la Innovación en Salud de Bruselas, Universidad Erasmus de Ciencias Aplicadas y Artes de Bruselas, Bélgica.

Departamento de Salud Pública, Grupo de Investigación en Bioestadística e Informática Biomédica, Facultad de Medicina y Farmacéutica, Vrije Universiteit Brussel (VUB), Bruselas, Bélgica. E-mail: joeri.vermeulen@ehb.be

E. Luts

Departamento de Atención Médica, Centro para la Innovación en Salud de Bruselas, Universidad Erasmus de Ciencias Aplicadas y Artes de Bruselas, Bélgica.

Sexóloga, Amberes, Bélgica.

M. Fobelets 

Departamento de Salud Pública, Grupo de Investigación en Bioestadística e Informática Biomédica, Facultad de Medicina y Farmacéutica, Vrije Universiteit Brussel (VUB), Bruselas, Bélgica.

Departamento de Formación Docente, Vrije Universiteit Brussel (VUB), Bruselas, Bélgica.

El hecho de que, en la mayoría de los lugares, la partería sea una profesión casi completamente integrada por mujeres exige informarse sobre “la experiencia masculina”.

22.2. Cambios físicos y hormonales

La transición a la paternidad siempre es un proceso difícil. Para casi todos los hombres, la primera paternidad va acompañada de muchas consecuencias emocionales y físicas. Incluso las hormonas gonadales y cómo influyen en la sexualidad cambian en el transcurso del embarazo.

Aunque existe una base fisiológica poco conocida, en este contexto debemos mencionar el síndrome de Couvade, un fenómeno psicosomático que afecta al hombre durante el primer y tercer trimestre del embarazo y que desaparece a principios del postparto [1]. En los futuros padres primerizos, el síndrome de Couvade está relacionado con diversos cambios físicos, que incluyen alteraciones en el apetito, problemas digestivos, fatiga, náuseas, antojos de comida, pérdida y aumento de peso. Uno de los padres que entrevistamos expresó: “Me dejé llevar por los antojos de comidas poco saludables y aumenté de peso durante el embarazo de mi pareja”. Pero también se presentan síntomas psicológicos, como insomnio, cambios de humor, irritabilidad y desinterés en las actividades cotidianas. Debido a que las personas suelen hacer bromas sobre este síndrome, muchos hombres se sienten avergonzados al admitir que tienen síntomas [2]. Otro padre expresó: “Creo que el síndrome de Couvade es en cierta forma estigmatizante, yo lo llamaría ‘embarazo solidario’, como en mi caso, por ejemplo, situaciones en las que empatizamos con el aumento del apetito de nuestra pareja”. Sobre estos cambios psicológicos, otro padre entrevistado manifestó: “No es algo fácil de hablar, pero no quiero cargar a mi pareja con esto”.

Algunos hombres pierden peso durante el embarazo, otros lo explican como un deseo de estar en forma para dar un buen ejemplo a sus hijos. Sin embargo, parecen ser más los hombres que aumentan de peso durante su transición a la paternidad, y debido a que no están sometidos a las demandas físicas del embarazo, los mecanismos subyacentes son multidimensionales [3]. El uso de un modelo biopsicosocial para observar la salud sexual nos ayuda a observar la forma en que los mecanismos biológicos y hormonales (cambios en la testosterona y el cortisol), los mecanismos sociales y del comportamiento (sueño, actividad física y dieta) y los mecanismos psicológicos (depresión y estrés) son identificados como factores con potencial influencia en los cambios físicos de los futuros padres.

Varios niveles hormonales se modifican y, en la fase preconcepcional, algunos hombres experimentan estos cambios. En las parejas que intentan concebir, se observan fluctuaciones mensuales en los niveles masculinos de testosterona [4]. Por otra parte, los hombres presentan niveles más bajos de testosterona y cortisol durante el embarazo de sus parejas y algunos, un aumento del estrógeno [5]. Este cambio en la testosterona podría explicar la disminución del interés sexual al final del segundo trimestre. Las investigaciones indican que el vínculo de pareja y el cuidado paterno están asociados con niveles bajos de testosterona masculina, mientras que buscar y conseguir parejas sexuales son actividades que se asocian a niveles más altos de esta hormona [6].

22.3. Experiencias masculinas en la fase previa a la concepción

Las parejas que intentan concebir experimentan cambios hormonales y psicológicos. En los meses que siguen a la suspensión del uso de anticonceptivos, muchos hombres tienen sexo más satisfactorio y frecuente. Uno de los padres entrevistados afirmó que la posibilidad de embarazarse a su pareja le resultaba algo emocionante o incluso animal. Cuando el hombre tiene sentimientos contradictorios sobre un posible embarazo o tener hijos, pueden aparecer problemas sexuales: ansiedad por eyacular, bajo deseo sexual o disfunción eréctil. Cuando la concepción no llega, por lo general ocurre que la función de la sexualidad cambia de “divertirse” a “intentar concebir” [7].

22.4. Experiencias masculinas en el embarazo

Una revisión sistemática de la bibliografía sobre sexualidad de la pareja durante el embarazo y el postparto demuestra que las experiencias sexuales masculinas son en gran medida omitidas [8]. La mayoría de los estudios sobre el sexo durante el embarazo y el postparto se enfocan en la mujer. En el pasado, las investigaciones se concentraron principalmente en el coito vaginal, pasando por alto o no teniendo en cuenta otros aspectos de la sexualidad [9]. Como resultado, es muy poco lo que sabemos sobre la influencia del embarazo en la sexualidad masculina. Casi no se tiene en cuenta la experiencia emocional, física y sexual del hombre en el período perinatal [9], a pesar de que la psiquis de los futuros padres y los padres recientes se ve afectada por diversos factores hormonales, físicos, emocionales, existenciales y relacionales [9]. Los escasos estudios disponibles revelan que convertirse en padre puede tener un gran impacto en la forma en que se experimenta y se expresa la sexualidad [10], y que algunos varones tienen ansiedad y miedos sobre su sexualidad durante el embarazo y el postparto [11].

Al describir varios aspectos del comportamiento masculino, debemos reconocer que hay mucha variación entre cada hombre. A lo largo del embarazo y el postparto, la actividad sexual de las personas es muy variable [9]. Sin embargo, es posible afirmar que tanto el interés sexual como la actividad coital promedio disminuyen ligeramente en el primer trimestre, muestran patrones variables en el segundo trimestre y disminuyen de forma abrupta en el tercero. En general, hay una diferencia significativa entre los valores medios de actividad sexual masculina y femenina. En un estudio denominado PASSION², las parejas informaron menor frecuencia de coito durante el embarazo, en comparación con la etapa anterior [12]. Los futuros padres identificaron la disminución de la frecuencia sexual como un problema importante para ellos y su pareja. Algunos se sintieron culpables de admitir que esperaban más de su pareja, quien por su parte padece los muchos síntomas relacionados con el embarazo. Pero la frecuencia coital no es el único factor que determina la satisfacción sexual de los futuros padres, ya que

2 Acrónimo de Pregnancy and Sexual Relationships Study Involving wOmen and meN (Estudio sobre embarazo y relaciones sexuales en mujeres y hombres).

una disminución de la actividad sexual puede ser compensada por el mayor afecto que sienten durante el embarazo [13].

La mayoría de los hombres reconocen que otros aspectos de la sexualidad pasan a ser más importantes en esta etapa. La masturbación tiende a mantenerse estable durante el curso del embarazo y el postparto. Para la mayoría de los hombres, constituye una alternativa cuando el coito con su pareja no es deseable o posible [5]. Algunos tienen problemas para adaptarse al nuevo rol de la mujer, de pareja sexual a futura madre [13], y mientras hay quienes consideran que el cuerpo de la mujer embarazada es deseable y atractivo, otros tienen la reacción opuesta. Uno de los padres entrevistados describió el sexo durante el embarazo como asqueroso o incómodo. Es decir que ambos factores afectan el deseo sexual masculino. Asimismo, una de las principales razones por las que los hombres se abstienen de tener sexo con penetración durante el embarazo, según informan, es el temor de lastimar al feto [14]. Otras razones son: preocupación de inducir el parto [9, 15] y miedo de lastimar a su pareja [8]. En especial sobre el final del embarazo, los hombres están dispuestos a sacrificar la actividad sexual con su pareja por el bien de la madre y el bebé. Se recomienda y se los alienta a mantener las expresiones de afecto y ternura (besos, abrazos y caricias no genitales ni orgásmicas), ya que refuerzan la conexión emocional de la pareja [13].

22.5. Experiencias masculinas en el parto

A pesar de que, en los países occidentales desarrollados, casi todos los padres asisten al parto, hay pocos estudios enfocados en qué experimenta el hombre durante este acontecimiento. Tampoco se le presta mucha atención en los cursos de parto ni cuando comienza el trabajo de parto [16].

La mayoría de los padres están dispuestos a presenciar el trabajo de parto y el parto, pero expresan sentir miedo e impotencia debido a expectativas poco realistas, poca preparación prenatal o falta de orientación por parte de las matronas [17]. El mayor desafío para el hombre es lidiar con el dolor que experimenta su pareja y no poder ayudarla o darle alivio [18]. Algunos hombres se sienten confundidos sobre su papel en el parto [14]. El no tener un rol claro (por ejemplo, ayudar a su pareja a sobrellevar las contracciones mediante técnicas de masaje) les genera impotencia. Algunos no saben dónde ubicarse, qué hacer o qué decir, otros no reconocen a su pareja en ese estado de dolor nunca antes visto. Es por esto que la mayoría de los hombres consideran el parto como algo maravilloso y, al mismo tiempo, angustiante. Los padres jóvenes y los primíparos son quienes más informan sentirse incómodos durante el parto [18]. Debido a su desconocimiento y falta de control, son quienes más problemas tienen para encontrar su rol [19]. El apoyo de la matrona, su presencia y la suficiente información sobre el progreso del trabajo de parto son elementos que contribuyen a que la experiencia paterna sea positiva. Cuando el varón está presente durante el parto, el proceso de nacimiento puede convertirse en una coreografía compleja para las partes. El papel de la matrona es importante para el padre y respetar sus necesidades individuales redundará en una experiencia positiva [20]. Satisfacer estas necesidades tranquiliza al futuro padre, lo que será positivo para la parturienta. En contraposición, si el futuro padre se siente

perdido o estresado esto podría tener un impacto negativo en el estado mental de la embarazada.

Los padres describen el momento en que el bebé llega a este mundo como la mejor experiencia de su vida. La mayoría experimenta de forma inmediata orgullo por su paternidad y amor hacia su pareja y el recién nacido [21]. Algunos también se sienten orgullosos de su pareja, por lo que ha logrado. Muchos describen el nacimiento como el momento en que comienza la paternidad. Los padres que estuvieron presentes en el parto expresaron que gracias a ello desarrollaron un vínculo afectivo más estrecho con su pareja y el recién nacido [22].

22.6. Experiencias masculinas en el postparto

La frecuencia de la mayoría de las actividades sexuales compartidas disminuye durante el embarazo, llegando casi a cero en los primeros tres meses de postparto para luego ir aumentando [23]. Entre los seis y doce meses que siguen al nacimiento, el 20 % de los padres experimenta una reducción de su capacidad de respuesta sexual [9]. La mayoría de las parejas no practican el coito durante unos dos meses [9]. Un meta análisis de 59 estudios encontró que no existen correlaciones significativas entre las complicaciones del parto, la gravedad del dolor de parto y la asistencia con fórceps, por una parte, y la actividad coital postparto, el interés sexual, el placer o la capacidad de respuesta, por otra [8]. Sin embargo, los hombres se preocupan por la posibilidad de lastimar a su pareja al reanudar el sexo con penetración [13] y reportan miedo a lastimarla y preocupación por la sanación de sus heridas, enfatizando la importancia de que la mujer se sienta cómoda antes de intentar la reanudación [11]. También indican que el cansancio físico, las interrupciones atribuidas al cuidado del bebé y las seis semanas de espera hasta el chequeo de postparto afectó su actividad sexual [9]. Algunos lo experimentan como un período de embargo que les ha sido impuesto.

En el pasado, las investigaciones sobre experiencias sexuales masculinas durante el embarazo y el postparto se ocuparon sobre todo de la frecuencia de la actividad sexual. Por lo general, ninguno de los dos está satisfecho, las mujeres porque es “demasiado frecuente” y los hombres porque es “muy poco frecuente” [9]. Un estudio longitudinal con tres mediciones (a los seis meses, a los cuatro años y a los ocho años del parto) reveló que el nivel de deseo sexual de las madres es inferior que el de los padres en los tres momentos [24]. La mayoría de los estudios confirman una disminución de la actividad sexual debido a la falta de tiempo y energía [10]. Varios hombres expresaron que las tareas pendientes y los deberes domésticos hacían que sus parejas estuvieran menos interesadas en tener sexo, por lo que, negociar la actividad sexual en este contexto sería en vano [11]. Diferencias demasiado marcadas en el deseo pueden amenazar una relación, a veces disminuyendo la intimidad y derivando en un distanciamiento emocional y físico.

Muchas personas asumen que las mujeres y los hombres no priorizan los aspectos sensuales y sexuales de su relación durante este intenso período de sus vidas. Los padres primerizos, enfocados en el bebé, están dispuestos a posponer el sexo hasta que las dos partes se sientan listas [11]. Después de tener un hijo, los varones experimentan

que de ahora en más la sexualidad se adaptará a las circunstancias [10]. Manifiestan que la relación con su pareja es un factor determinante para la satisfacción sexual, y tiene peso particular la cercanía mutua [14]. La forma de estar juntos puede resignificarse después de tener un bebé. Al igual que ocurre en la etapa final del embarazo, en el postparto los hombres pueden encontrar otras formas de expresar su sexualidad y priorizar demostrar amor, afecto y consideración por su pareja [10]. Los padres amplían su percepción de la vida sexual para incluir todas las formas de cercanía y contacto, rompiendo así con el estereotipo de la sexualidad masculina [11]. La satisfacción masculina con la sexualidad después de ser padres se sustenta, en gran medida, en considerar la situación como un fenómeno transitorio, aunque algunos se preguntan si su relación y vida sexual volverá alguna vez a ser como antes.

El metaanálisis de von Sydow (1999) arrojó que entre 4 y 23 % de los padres jóvenes tuvieron una relación extramatrimonial después del parto [8] y que 15 % la inició antes del embarazo. Existen varias explicaciones posibles: la recomendación médica de abstenerse del coito por tiempo prolongado, la necesidad de demostrar su independencia masculina o el lidiar con las emociones confusas que conlleva convertirse en padre. Si un hombre no está acostumbrado a masturbarse, su incapacidad para recurrir a ello también podría llevarlo a tener sexo extramatrimonial en los momentos cercanos al parto [5], lo cual podría estar influenciado por el contexto o la cultura.

Al igual que algunas mujeres, algunos hombres también sufren depresión postparto. Se estima que afecta a 4-25 % de los padres primerizos en el primer año [25] y que puede deteriorar la salud sexual de estos pacientes. Numerosos estudios definen la depresión postparto paterna (DPP-P) como aquella que ocurre dentro en los primeros 12 meses después del parto. Las tasas más altas se encuentran entre tres y seis meses, mientras que la aparición del mismo trastorno en las madres se produce generalmente al inicio del período de postparto. El factor de riesgo más significativo de la DPP-P es justamente la depresión postparto materna. Hay quienes suponen que la DPP-P estaría asociada a la disminución de la testosterona paterna. Aunque la bibliografía no establece un vínculo claro entre los niveles bajos de esta hormona y la depresión, sí muestra una relación directa con la disminución del deseo sexual. Las investigaciones indican que la DPP-P también puede causar pérdida de interés en el sexo. Es fundamental que ambos padres reciban atención de profesionales especializados para crear conciencia sobre este trastorno y debilitar los estigmas relacionados con la depresión postparto y su combinación con problemas de salud sexual.

22.7. ¿Qué pueden hacer las matronas? Su rol desde un enfoque biopsicosocial de la sexología

El personal médico rara vez discute temas sexuales con sus pacientes durante el embarazo o el postparto [8]. Los varones quieren ser reconocidos en las consultas con estos profesionales y que se los incluya como pareja de la embarazada y futuros padres. Sin embargo, la experiencia que se llevan de los servicios de atención materna es la de ser considerados un “no paciente”, una “no consulta”. Uno de los padres que entrevistamos dijo: “Sos como un cuidador informal, no sos el paciente. Estaba involucrado de

alguna manera, pero... claramente al margen". Esto sitúa al hombre en un lugar intersticial e indefinido (tanto emocional como físico) con el riesgo de que muchos se sientan excluidos y temerosos [26]. Si bien los futuros padres enfatizan la necesidad de apoyar a su pareja y proteger su relación como elementos centrales para transitar la paternidad, cuestionan su propio derecho a recibir asistencia, señalando que la atención no debería enfocarse sólo en la madre [27].

Es imperativo proporcionar información sobre la sexualidad postparto a ambos miembros de la pareja, tanto en la atención prenatal como postnatal [10]. Los profesionales de la salud deben invitar a los varones a compartir sus preocupaciones durante el embarazo y ofrecerles oportunidades de expresarse [9]. Por ejemplo, pueden utilizar el modelo ICE (ver **Capítulo 26**) para abordar las ideas, preocupaciones y expectativas de ambos con respecto a su vida sexual como nuevos padres. La pareja necesita que sus cambios sexuales sean reconocidos y normalizados. Las matronas y demás profesionales de la salud necesitan comprender cómo ve el nuevo padre su relación sexual en la transición a la paternidad [11] y ser cuidadosos de no hacer deducciones en base a presupuestos culturales, como que el deseo sexual de los hombres es mayor que el de las mujeres.

Existe consenso científico en que el diálogo sobre sexualidad con los pacientes debe comenzar al inicio del embarazo y que cada visita prenatal debe ser tomada como una oportunidad para continuar esta conversación [11]. Las matronas deben desarrollar las habilidades y adquirir la confianza necesaria para hablar con las parejas sobre la sexualidad durante el embarazo y la maternidad/paternidad, y asistirlos en esta transición. Deben dejar en claro a ambos que hablar de sexualidad con ellos es parte de su trabajo. Recomendamos pedirles permiso para hablar sobre el tema, haciéndoles saber que la opinión de cada uno es importante y que son ellos quienes controlan la situación. Para iniciar la conversación se puede hacer referencia a otras parejas, a situaciones (ficticias) o a las investigaciones existentes. Sumado a esto, las clases o talleres de educación perinatal deben alentar a los hombres a discutir los cambios sexuales que experimentan [13]. Sugerimos hacer preguntas del tipo: "¿cómo experimenta la sexualidad durante el embarazo?" o "¿cómo experimenta la intimidad desde que es padre?".

Resulta valioso que los nuevos padres se conozcan e intercambien experiencias. Los hombres necesitan seguridad e información para sentirse conectados con la nueva situación familiar [11]. En muchos países occidentales, las clases para padres se han vuelto algo común y podría ser un buen espacio para brindar información [12]. En la mayoría de los casos, el desafío consiste casi en su totalidad en informar, para luego llevar tranquilidad normalizando los sentimientos y preocupaciones masculinas [13]. Los padres recientes se benefician de contar con mejores habilidades de comunicación que incluyan el rol de la sexualidad y la sensualidad en la transición a la paternidad y más allá.

Compartir la información correcta en el momento adecuado ayuda a que los varones y sus parejas adquieran nuevos conocimientos y brinda seguridad y tranquilidad [13]. Las matronas deben saber que la sexualidad se manifiesta de muchas maneras luego de tener un hijo y que su atención merece un enfoque biopsicosocial. Esto no quiere decir hablar sólo de las actividades sexuales [10], ya que tratar la función sexual sin considerar el factor intimidad puede ser tan dañino como no abordar la sexualidad en absoluto.

Los participantes de la mayoría de los estudios sobre sexualidad son personas blancas, de clase media educada, casadas y seleccionadas en clases prenatales [15]. Las tendencias culturales específicas en cuanto a la actividad sexual pueden explicar las diferencias encontradas en la investigación, por ejemplo, los europeos afirman tener más experiencia sexual que los norteamericanos [23]. La amplia variación cultural incluye los tabúes sexuales antes y después del nacimiento, que se extienden a diversos períodos [15]. Se requieren nuevas investigaciones que exploren la variabilidad entre padres (varones) de diferentes culturas y orígenes. Además, se debe tener en cuenta el sesgo de la información disponible sobre sexualidad masculina, ya que esta suele basarse en autoinformes, lo cual también es cierto para el grueso de la investigación sobre la sexualidad humana, razón por la cual sus hallazgos deben interpretarse con cautela. Al concentrarse en el funcionamiento, la actividad y la satisfacción sexual, los estudios de la sexualidad masculina en el postparto no suelen incorporar el enfoque biopsicosocial [10] y el carácter cuantitativo de la mayoría de las investigaciones no permite articular ni escuchar las experiencias individuales [9]. Debemos desarrollar intervenciones sensibles al factor sociocultural en el marco de un enfoque hecho a medida para contribuir a una transición a la paternidad sin sobresaltos [28].

Algunos profesionales de la salud se sienten cómodos hablando de sexualidad mientras que otros evitan el tema [13]. Aun así, las matronas deben desarrollar habilidades comunicativas que les permitan poner el tema sobre la mesa. Hoy en día, los profesionales deben considerar las necesidades del padre y la influencia que tienen las cuestiones de género en la atención que brindan. Esto toma relevancia frente al hecho de que el asesoramiento y las clases de crianza se ocupan sobre todo de las necesidades femeninas, lo que pone en duda si los varones se benefician de su participación [29]. Debemos ser conscientes de que la atención de las matronas sólo puede ser de calidad si se aborda adecuadamente la sexualidad de la pareja y que las necesidades sexuales y no sexuales de los hombres durante el embarazo y el postparto merecen más atención de la que suelen recibir.

Agradecimientos: Los autores desean agradecer a Nathan, Alessandro Dennis, todos ellos padres, y a Adriaan, padrastro y futuro padre, por compartir sus experiencias y por su evaluación crítica de este capítulo.

Referencias

- [1] Brennan A., Ayers S., Ahmed H., Marshall-Lucette S. (2007): A critical review of the Couvade syndrome: the pregnant male. *J Reprod Infant Psychol.*; 25: 173-89. <https://doi.org/10.1080/02646830701467207>
- [2] Ganapathy T. (2014): Couvade syndrome among 1st time expectant fathers. *Muller J Med Sci Res.*; 5: 43. <https://doi.org/10.4103/0975-9727.128944>
- [3] Hirschenhauser K., Frigerio D., Grammer K., Magnusson M. S. (2002): Monthly patterns of testosterone and behavior in prospective fathers. *Horm Behav.*; 42: 172-81. <https://doi.org/10.1006/hbeh.2002.1815>

- [4] Saxbe D., Corner G. W., Khaled M., et al. (2018): The weight of fatherhood: identifying mechanisms to explain paternal perinatal weight gain. *Health Psychol Rev.*; 12: 294-311. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17437199.2018.1463166>
- [5] Gianotten W. L. (2007): Pregnancy and sexuality. *Sex Health.*; 2: 167-96.
- [6] Pollet T. V., Cobey K. D., van der Meij L. (2013): Testosterone levels are negatively associated with fatherhood in males, but positively related to offspring count in fathers. *PLoS One.*; 8: e60018. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0060018>
- [7] Gaskins A. J., Sundaram R., Louis G. M. B., Chavarro J. E. (2018): Predictors of sexual intercourse frequency among couples trying to conceive. *J Sex Med.*; 15: 519-28. <https://academic.oup.com/jsm/article-abstract/15/4/519/6980273?redirectedFrom=fulltext>
- [8] von Sydow K. (1999): Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. *J Psychosom Res.*; 47: 27-49. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(98\)00106-8](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(98)00106-8)
- [9] Williamson M., McVeigh C., Baafi M. (2008): An Australian perspective of fatherhood and sexuality. *Midwifery*; 24: 99-107. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2006.07.010>
- [10] MacAdam R., Huuva E., Berterö C. (2011): Fathers' experiences after having a child: sexuality becomes tailored according to circumstances. *Midwifery*; 27: e149-55. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399998001068?via%3Dihub>
- [11] Olsson A., Robertson E., Björklund A., Nissen E. (2010): Fatherhood in focus, sexual activity can wait: new fathers' experience about sexual life after childbirth. *Scand J Caring Sci.*; 24: 716-25. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-6712.2009.00768.x>
- [12] Dwarica D. S., Collins G. G., Fitzgerald C. M., et al. (2019): Pregnancy and sexual relationships study involving wOmen and meN (PASSION study). *J Sex Med.*; 16: 975-80. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.04.014>
- [13] Polomeno V. (2011): Men's sexuality in the perinatal period: what do perinatal educators need to know? *Int J Childbirth Educ.*; 26: 35-9.
- [14] Nakić Radoš S., Soljačić Vraneš H., Šunjić M. (2015): Sexuality during pregnancy: what is important for sexual satisfaction in expectant fathers? *J Sex Marital Ther.*; 41: 282-93. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2014.889054>
- [15] Pacey S. (2004): Couples and the first baby: responding to new parents' sexual and relationship problems. *Sex Relatsh Ther.*; 19: 223-46. <https://doi.org/10.1080/14681990410001715391>
- [16] Dellmann T. (2004): "The best moment of my life": a literature review of fathers' experience of childbirth. *Aust Midwifery*; 17: 20-6. [https://doi.org/10.1016/S1448-8272\(04\)80014-2](https://doi.org/10.1016/S1448-8272(04)80014-2)
- [17] Shibli-Kometiani M., Brown A. M. (2012): Fathers' experiences accompanying labour and birth. *Br J Midwifery*; 20: 339-44. <https://doi.org/10.12968/bjom.2012.20.5.339>
- [18] Vehviläinen-Julkunen K., Liukkonen A. (1998): Fathers' experiences of childbirth. *Midwifery*; 14: 10-7. [https://doi.org/10.1016/S0266-6138\(98\)90109-7](https://doi.org/10.1016/S0266-6138(98)90109-7)
- [19] Longworth H. L., Kingdon C. K. (2011): Fathers in the birth room: what are they expecting and experiencing? A phenomenological study. *Midwifery*; 27: 588-94. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S026661381000104X?via%3Dihub>
- [20] Hildingsson I., Cederlöf L., Widén S. (2011): Fathers' birth experience in relation to midwifery care. *Women Birth*; 24: 129-36. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2010.12.003>
- [21] He H. G., Vehviläinen-Julkunen K., Qian X. F., et al. (2015): Fathers' feelings related to their partners' childbirth and views on their presence during labour and childbirth: a descriptive quantitative study. *Int J Nurs Pract.*; 21: 71-9. <https://doi.org/10.1111/ijn.12339>
- [22] Dragonas T. G. (1992): Greek fathers' participation in labour and care of the infant. *Scand J Caring Sci.*; 6: 151-9. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-6712.1992.tb00143.x>

- [23] von Sydow K., Ullmeyer M., Happ N. (2001): Sexual activity during pregnancy and after childbirth: results from the sexual preferences questionnaire. *J Psychosom Obstet Gynecol.*; 22: 29-40. <https://doi.org/10.3109/01674820109049948>
- [24] Hansson M., Ahlborg T. (2012): Quality of the intimate and sexual relationship in first-time parents—a longitudinal study. *Sex Reprod Healthc.*; 3: 21-9. <https://doi.org/10.1016/j.Srhc.2011.10.002>
- [25] Stadlander L. (2015): Paternal postpartum depression. *Int J Childbirth Educ.*; 30(2): 11-3.
- [26] Steen M., Downe S., Bamford N., Edozien L. (2012): Not-patient and not-visitor: a metasynthesis fathers' encounters with pregnancy, birth and maternity care. *Midwifery*; 28: 422-31. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.06.009>
- [27] Darwin Z., Galdas P., Hinchliff S., et al. (2017): Fathers' views and experiences of their own mental health during pregnancy and the first postnatal year: a qualitative interview study of men participating in the UK born and bred in Yorkshire (BaBY) cohort. *BMC Pregnancy Childbirth*; 17: 45. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12884-017-1229-4>
- [28] Poh H. L., Koh S. S. L., He H. G. (2014): An integrative review of fathers' experiences during pregnancy and childbirth. *Int Nurs Rev.*; 61: 543-54. <https://doi.org/10.1111/inr.12137>
- [29] Premberg Å., Hellström A., Berg M. (2008): Experiences of the first year as father. *Scand J Caring Sci.*; 22: 56-63. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-6712.2007.00584.x>

Diferencias culturales y sus aspectos (sexuales) relevantes

Sandrine Atallah y Aida Martín Redón¹

En todas las culturas, el lugar de la matrona está en el umbral de la vida, en donde intensas emociones humanas, el miedo, la esperanza, el anhelo, el triunfo y un poder físico increíble hacen posible que emerja un nuevo ser humano. Su vocación es única.

Sheila Kitzinger

23.1. Introducción

Para aplicar un enfoque biopsicosocial integral de la sexualidad, es esencial reconocer que la cultura es parte inherente de la persona, en tanto ser holístico único. Los roles de género, las sociedades androcéntricas, el feminismo, las leyes relacionadas con la sexualidad, las creencias religiosas y los comportamientos que se consideran o no apropiados son ejemplos de elementos, determinados culturalmente, que afectan en gran medida el desarrollo de la sexualidad de la persona. Es por esto que, al tratar esta cuestión como parte de su práctica profesional, la matrona no debe desconocer la influencia del contexto histórico y sociocultural de su paciente.

Este capítulo tiene como objetivo clarificar algunos aspectos relevantes respecto de las diferencias culturales en el campo de la partería y la sexualidad. Este tema adquiere gran relevancia en una época en que el multiculturalismo, las diferencias intergeneracionales y la diversidad de valores, religiones, ideales y tradiciones coexisten en todo el mundo.

Con este fin, recogemos varios elementos sexuales que, dependiendo de la perspectiva cultural, pueden generar controversia y dificultades a la matrona al tratar la sexualidad.

Además, al considerar este tema, no se puede omitir la influencia de la propia cultura del profesional de la salud, que tendrá un rol determinante en la relación matrona-mujer y en cómo la primera se acerca al contexto sexual de la paciente. Por lo tanto, este capítulo también pretende reflexionar sobre factores como el tipo de formación y capacitación, el contexto sociocultural y las características personales de la matrona, para crear conciencia entre los profesionales de la salud y promover una atención culturalmente sensible, segura y sin discriminación.

¹ S. Atallah 

Centro de Salud de la Mujer, Centro Médico de la Universidad Americana de Beirut. Beirut, Líbano.

A. M. Redón 

Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital BovenIJ, Ámsterdam, Países Bajos.

No obstante, debemos considerar la cultura como un elemento dinámico y variable que implica una diversidad individual y temporal amplia al interior de cada grupo, y recordar que la existencia de una identidad cultural no invalida la importancia de considerar la identidad personal y la autonomía de la mujer. Al margen de las pautas culturales, las mujeres pueden tomar sus propias decisiones y comportarse en función de sus propias creencias, valores, conocimientos y experiencias. Invitamos al lector a evitar leer este capítulo en clave determinista ya que nuestro objetivo es sortear estereotipos, estigmas y generalizaciones culturales. Abordamos aspectos estructurales, socioeconómicos y educativos, así como las barreras lingüísticas y el fenómeno de la aculturación.

Por último, desarrollamos una serie de recomendaciones para las matronas con algunas claves teóricas y prácticas respecto del enfoque cultural de la sexualidad. También incluimos una sección dedicada a los aspectos organizativos y estructurales de las instituciones y órganos de gobierno que rigen la partería para contribuir a reducir las barreras en este ámbito. El objetivo general es promover una atención adecuada y libre de discriminación para todas las mujeres en materia de sexualidad.

23.2. Sexualidades femeninas

Según el modelo biopsicosocial, los factores socioculturales, psicológicos y biológicos moldean nuestra sexualidad, influyen en cómo percibimos nuestro yo sexual, en nuestros comportamientos y prácticas sexuales e incluso en nuestra función sexual [1]. También tienen incidencia en la práctica clínica con pacientes, aunque los profesionales de la salud, las matronas incluidas, suelen subestimar el efecto de los componentes sociales y culturales en la salud y el bienestar sexual. En partería, considerar estos componentes es fundamental ya que moldean la “temida” y vergonzosa “conversación sobre sexo”. En cierta medida, la cultura de la paciente también predetermina si estará dispuesta y será capaz de conversar sobre su sexualidad con la matrona.

Decir que existen tantas “sexualidades” femeninas como mujeres no sería exagerado: cada mujer es única en su sexualidad. Sin embargo, podemos determinar y considerar varios elementos que tienen un impacto sociocultural. Por ejemplo, en muchas regiones del mundo, las creencias religiosas, el patriarcado y las tradiciones familiares tienen un peso significativo en la sexualidad femenina. Los valores y las prácticas conservadoras por lo general limitan el acceso a la educación sexual, restringen el conocimiento de las mujeres sobre su propio cuerpo, estigmatizan el deseo y el placer femeninos y silencian aún más su sexualidad mediante la vergüenza y los tabúes. En las latitudes “no tradicionales” del mundo, en cambio, los medios de comunicación y las redes sociales desempeñan un rol central en la forma en que las mujeres aprenden y perciben su sexualidad. Cabe aclarar que el acceso a la información no necesariamente garantiza una buena educación sexual. Los estereotipos y las “normas”² también pueden distorsionar la comprensión de las mujeres sobre la sexualidad, el placer sexual y el consentimiento.

² Las normas pueden estar relacionadas a patrones socioeconómicos o la subcultura de la persona, por ejemplo, en relación con el trabajo, la orientación sexual o la edad.

Por ejemplo, pertenecer a una cultura occidental, tener un nivel alto de educación, etc. (incluye también a la matrona), no necesariamente garantiza que una persona sepa qué es el clítoris o cómo usarlo.

La aculturación, el proceso por el cual la persona emigrante incorpora la lengua, los valores, las costumbres de su nuevo entorno, suma complejidad al intento por entender el impacto de las diferencias culturales en la sexualidad femenina [2]. En este proceso, los dos movimientos principales son (1) incorporar las normas, valores y prácticas de la cultura de destino o (2) mantener los principios, dogmas y actitudes de la cultura nativa o de origen.³

La sexualidad (al igual que el uso de métodos anticonceptivos) es un aspecto esencial en el grado de aculturación de una persona. Esto quiere decir que en el contexto clínico no podemos asumir que una persona comprende la sexualidad y las prácticas sexuales, tenemos que preguntar.

A pesar de la infinita diversidad de factores socioculturales, algunos aspectos culturales de la sexualidad femenina parecen ser universales. Entre ellos, la visión heteronormativa de la sexualidad femenina, que considera la penetración pene-vagina como la única forma válida de sexo. En este sentido, las mujeres de culturas conservadoras buscan proteger su “virginidad”, ya que un himen intacto simboliza el honor de la familia. En la noche de bodas, se supone que la mujer debe entregarse “por completo” a su esposo. El sexo vaginal no sólo da validez al matrimonio y cambia su estatus social, convirtiéndola en una “verdadera” mujer, sino que además es la única forma de “satisfacer” y “conservar” a su esposo. En las culturas “liberales”, por su parte, el coito todavía es representado como la actividad sexual más satisfactoria de todas. En ambos contextos, la culpa y la ansiedad pueden llevar al fracaso del encuentro, motivo por el cual este tema rara vez se aborda en un contexto clínico. Incluso hoy, las mujeres en todo el mundo tienden a guardar silencio sobre sus inquietudes sexuales, ya que se sienten incómodas o demasiado avergonzadas para hablarlo. Incluso sucede que muchas matronas piensan en el dolor sexual, las dificultades con la penetración y la falta de placer como problemas vergonzosos que evitan mencionar. Además, como se verá más adelante, rara vez hacen las preguntas necesarias a sus pacientes, debido a su propia incomodidad o falta de herramientas para hacerlo. Y también ocurre que hasta cuando hacen preguntas sobre sexualidad y las preocupaciones relativas, no siempre obtienen las respuestas que buscan debido a factores como el origen, la cultura, la edad, el estado civil o el género de las pacientes.

Por lo tanto, todas las culturas y subculturas influyen en cómo percibimos la sexualidad, su significado e importancia en nuestras vidas, lo que se considera normal y anormal, así como en la decisión de (no) hablar sobre el tema y con quién. Incluso si consideramos la sexualidad en términos positivos, como elemento empoderador, la percepción de sus diferentes dimensiones⁴ estará sesgada por nuestros propios prejuicios culturales y, a veces, contaminada por la vergüenza y la estigmatización.

En la siguiente sección, analizamos algunos ejemplos que ilustran posibles efectos de los factores socioculturales en la sexualidad femenina. Estas ilustraciones no han

3 Un informe de investigación australiano [3] brinda información exhaustiva sobre los desafíos de trabajar en salud sexual y reproductiva con mujeres refugiadas y migrantes.

4 Como ser la primera experiencia sexual, el placer, el dolor, la anticoncepción, el embarazo, el postparto, el envejecimiento, las prácticas sexuales y las diferentes formas de la relación íntima.

de generalizarse ni utilizarse para etiquetar o estigmatizar a personas que pertenecen a un grupo cultural específico.

Este capítulo no trata la mutilación genital femenina, ya que el tema será analizado en detalle en el [Capítulo 25](#).

23.3. Actitudes y prácticas

Un ejemplo cabal de un problema tanto sexual como sociocultural es el matrimonio no consumado (MNC), que se observa en particular en parejas provenientes de culturas conservadoras de Medio Oriente y que, en algunos países, motiva hasta el 17 % de las consultas clínicas de salud sexual [4]. Se trata de la situación en que las parejas recién casadas no pueden lograr el coito peniano-vaginal durante cierto período a pesar del deseo y los intentos frecuentes. El vaginismo (espasmo muscular involuntario de la vagina como reacción producida por el miedo a algunos o todos los tipos de penetración vaginal) representa tres cuartas partes de las causas femeninas de MNC [5]. De la misma manera, la alta prevalencia de MNC en comunidades que prohíben el sexo prematrimonial se atribuye a las restricciones sociales y culturales, que ejercen gran presión sobre la pareja. En estas sociedades conservadoras, la falta de educación sexual, la prohibición, los conceptos erróneos sobre sexualidad y las expectativas poco realistas son factores que contribuyen al MNC y al vaginismo. En las sociedades donde abundan las oportunidades de tener sexo prematrimonial y donde la cultura y la sociedad no lo prohíben, el vaginismo es menos frecuente. Sin embargo, cualquier matrona puede toparse con pacientes que padecen vaginismo o MNC sin siquiera saberlo. Por ejemplo, una mujer embarazada que nunca ha tenido sexo vaginal y tiene miedo al examen pélvico. Se podría pensar que estos casos son esporádicos y en su mayoría anecdóticos pero lo cierto es que algunas mujeres quedan embarazadas mediante sexo sin penetración (hay eyaculación pero el pene no ingresa en la vagina) o procedimientos de reproducción asistida. Lo mismo ocurre con las mujeres de diferentes orígenes socioculturales que viven en países occidentales y que, habiéndose adaptado a su nuevo entorno, desean tener sexo vaginal pero afrontan dificultades relacionadas con la penetración. Los profesionales de la salud de estos países no deben atribuir el MNC o su padecimiento a “una falta de habilidades socioculturales”, ya que esto podría resultar traumático para la paciente y agravar su impacto en ambos miembros de la pareja.

Otro aspecto de la sexualidad muy ligado a la cultura es la opción entre “sexo húmedo” y “sexo seco” [6]. En las culturas occidentales, la lubricación vaginal es un signo de excitación, un elemento esencial para el sexo placentero y para prevenir la dispareunia. Sin embargo, en varios países del África subsahariana, existe la creencia de que el sexo seco es más placentero para el hombre porque se genera mayor fricción. Para la mujer, suele ser sinónimo de dolor, aunque podría resultarle satisfactorio al poder complacer a su pareja. Para tener sexo seco, las mujeres usan productos vaginales que estrechan la vagina, reducen sus secreciones e incluso la secan. Enfrentarse a estas prácticas puede ser algo difícil para la matrona, pero, para cumplir con misión de cuidado, es fundamental que escuche sin prejuicios y sin

imponer sus propias opiniones. Esto puede allanar el camino hacia la educación sexual y, más tarde, contribuir a desterrar falsas creencias.

La importancia que se le atribuye al deseo sexual también varía de una cultura a otra. Para algunas personas, el deseo sexual es signo de una relación amorosa y saludable, por lo que su merma se percibe como algo preocupante que requerirá algún tipo de tratamiento. Para otras mujeres, la falta de deseo es la norma y no les molesta [7]. Hay quienes ven el deseo sexual femenino como algo pecaminoso y las prácticas sexuales como un deber conyugal que se limita a la penetración vaginal con fines procreativos. Por eso resulta fundamental conocer cuáles las creencias de la paciente antes de brindar cualquier tipo de consejo sexual.

Hay numerosos ejemplos de creencias socioculturales en torno a la sexualidad y no es posible tener experticia en todas. Sin embargo, es fundamental ser consciente de que, debido a estas creencias, muchas mujeres esperan a que la matrona haga las preguntas sobre sexualidad. Puede haber pacientes que no son sexualmente activas de forma vaginal o que ni siquiera saben cómo es el coito. En vista de esto, al final del capítulo se ofrecen pautas y recomendaciones dirigidas a las matronas y otros profesionales de la salud sobre cómo identificar sus propios puntos ciegos culturales para adoptar un enfoque sensible a la cultura de su paciente.

23.4. Diferencias culturales entre matronas en el abordaje de la sexualidad

Hemos hablado de la gran diversidad cultural que existe en todo el mundo y su impacto en la sexualidad femenina, pero ¿a quiénes nos referimos cuando hablamos de las “matronas”? ¿Constituyen un grupo homogéneo de profesionales con una perspectiva neutra y biomédica en todo el mundo? Definitivamente, no. De hecho, cada lector asociará la palabra “matrona” con cualidades, formas de trabajo, niveles socioeconómicos y habilidades específicas que pueden diferir según el origen cultural de la persona.

Si bien se espera que estas profesionales acompañen a las pacientes de manera respetuosa y empática en las diferentes etapas de su vida sexual y reproductiva, varios factores hacen que sus experiencias, creencias, actitudes e intervenciones sean muy diversas a nivel global. Algunas de las diferencias más significativas son la variedad de prácticas que realizan, la forma de adquirir conocimiento y las diferencias organizativas de la profesión en cada país.

En general, la enseñanza de la partería puede incluir desde la transmisión generacional de conocimiento entre mujeres de una misma comunidad hasta programas universitarios en los hospitales escuela más prestigiosos de las grandes ciudades. De la misma manera, la autonomía y las competencias profesionales son heterogéneas. En algunos contextos, las matronas acompañan a las mujeres durante la primera etapa del trabajo de parto pero quien está “a cargo” de la parte final de la segunda etapa es el ginecólogo. En otros lugares, las matronas son responsables del seguimiento de los embarazos saludables, acompañan el parto y el postparto de forma independiente, brindan asesoramiento anticonceptivo y educación sexual, además de participar en campañas de detección de cáncer ginecológico, acompañar a las pacientes en las

ecografías y durante la menopausia. Otra diferencia importante es la autonomía de la matrona para asistir partos domiciliarios. En algunos países esta práctica está integrada en el sistema sanitario como una opción más para las mujeres⁵ pero en otros, es culturalmente inaceptable o incluso limitada por la ley. Asimismo, en algunos países las matronas todavía luchan por que su profesión sea reconocida y avalada por la legislación, aunque en la mayoría están integradas a un sistema de salud jerárquico. En resumen, las habilidades y los conocimientos de las matronas sobre sexualidad y el papel que cumplen en su tratamiento varían de un país a otro.

A nivel global, la Confederación Internacional de Matronas entiende que conocer los aspectos socioculturales de la sexualidad humana y actuar en consecuencia es una competencia esencial para la práctica de la partería [8].

Además, la OMS [9] considera “Incorporar la sensibilidad de género y cultural” como uno de los siete principios que guían la prestación de “Paquetes de intervenciones para la planificación familiar, la atención del aborto seguro, la salud materna, neonatal e infantil”.

Sin embargo, las matronas consideran que abordar la sexualidad es una tarea compleja en sí misma, más aún tratándose de mujeres no adaptadas a la cultura dominante. Por la falta de formación adecuada en materia de sexualidad y sensibilidad cultural, las matronas se ven obligadas a apoyarse en sus propios valores, experiencia y patrones culturales para tratar estas cuestiones, por lo que aprenden de la práctica, sus aciertos y errores, y de lo que comparten con sus colegas. A largo plazo, esta situación tiene el potencial de enriquecer la práctica profesional mediante la experiencia adquirida en el campo pero, sin una formación adecuada, esto queda librado al interés personal y los recursos individuales de cada matrona. Las consecuencias más habituales son el evitar hablar de estos temas, el temor al fracaso, la tendencia a caer en estereotipos, el desarrollo de una visión limitada de la sexualidad y de sentimientos de incertidumbre o rechazo frente a pacientes de culturas diferentes.

Si entendemos la fertilidad, el embarazo, el parto, el postparto y la lactancia materna como piedras angulares de la sexualidad femenina, resulta evidente que los elementos culturales inherentes a cada matrona y sus posibles prejuicios en este sentido influirán en su práctica. Por lo tanto, ya sea que la matrona aborde o no este tema de manera explícita, es importante que sea consciente de su propio marco de referencia y contexto.⁶

Recomendamos a las instituciones que diseñan planes de estudio de partería que garanticen una formación adecuada en estas áreas, ya que esto permite enseñar habilidades y generar la confianza necesaria para que las profesionales puedan abordar cuestiones relacionadas con la sexualidad desde una perspectiva intercultural. Además, un enfoque educativo etnosensible también puede ayudar a diluir los límites raciales, étnicos y los relativos al estatus.⁷ Este desarrollo contribuiría a jerarquizar la profesión (desde la formación universitaria hasta la tradicional) hacia un modelo integral de atención en partería que resguarde los derechos de las mujeres con respecto a sus cuerpos, su sexualidad y su maternidad.

5 O, en algunas partes del mundo, constituye la única opción.

6 Cabe destacar que en ciertos países la prioridad de las matronas es reducir los niveles de morbilidad y mortalidad materno-infantil, y tienen incluso dificultades para cubrir necesidades básicas. Es por eso que, sin restarle importancia a la sexualidad, reconocemos que lo aquí escrito no es aplicable a todas las realidades.

7 Límites que no sólo pueden afectar la relación con las pacientes, sino también dividir al colectivo de matronas.

Ocupémonos ahora de la diversidad en el ámbito laboral. Varios estudios muestran que 99 % de las matronas en Estados Unidos y 99,7 % en el Reino Unido son mujeres. De estas, >88 % en ambos países son mujeres blancas. Sin embargo, la población que atienden es mucho más diversa y heterogénea. Esto implica un empobrecimiento de las competencias culturales en la atención de la partería en Occidente, relacionado con las desventajas y la discriminación que sufren las mujeres no occidentales, y que no sólo ocurre con las pacientes, sino también entre colegas [10, 11].

Con respecto al género del profesional de salud, independientemente de sus competencias y habilidades, algunas mujeres prefieren ser acompañadas por una mujer, más aún cuando se trata de hablar sobre sexualidad [12]. Esto tiene que ver con una sumatoria de factores, entre ellos, choques culturales entre concepciones de vergüenza y decencia, principios tradicionales y/o religiosos, el ego del profesional de salud y aspectos prácticos de la organización de la medicina moderna. Además, dado que es probable que las mujeres y los hombres asimilen las normas culturales de manera diferente, la falta de formación, como ya se mencionó, significa que cada profesional aborda la sexualidad desde un marco de referencia personal, otra indicación relevante para recomendar la formación en sexualidad. Ser consciente de que pueden producirse choques culturales y haber aprendido cómo manejarlos puede contribuir a una mejor comprensión y abordaje de estas cuestiones en beneficio de la paciente o la pareja pero también de la matrona.

Además, promover la diversidad cultural de las personas que se dedican a la partería puede favorecer el desarrollo de humildad cultural, eliminar las barreras y enriquecer la práctica culturalmente sensible [13-15].

Estudio de caso

Ioana y la recomendación anticonceptiva

Después del nacimiento de su noveno hijo, Ioana asistió a la consulta de control de rutina que se realiza a las seis semanas del parto. Todos sus partos presentaron placenta retenida y, en varias ocasiones, su vida estuvo en grave peligro. Desde el punto de vista de la medicina occidental, lo correcto para esta paciente era asegurarse de que aceptara un método anticonceptivo de larga duración, por lo que la matrona trató de convencerla.

Ioana hablaba un idioma que la profesional no reconocía, pero como la clínica estaba ubicada en una zona multicultural, había intérprete de forma permanente, cuya presencia fue solicitada de antemano. Sin embargo, Ioana pertenecía a un grupo cultural poco común en la ciudad y finalmente tuvieron recurrir a una amiga de Ioana y a un intérprete en línea para poder comunicarse. Anticipando que esta consulta requeriría más tiempo del habitual, la matrona había reservado un doble turno, aunque esto tampoco fue suficiente. Recurriendo a todas sus habilidades y creatividad, la matrona logró transmitir parte de la información a Ioana, quien, sin embargo dijo “no” haciendo gestos enérgicos con la cabeza y el dedo mientras sonreía avergonzada.

Después de varios intentos “fallidos”, la matrona derivó el caso al equipo hospitalario como último recurso. A pesar de muchos esfuerzos, esto tampoco prosperó.

¿Cómo se explica esta negativa si la matrona hizo uso de todos los recursos materiales y humanos disponibles?

Pregunta para los lectores:

¿Qué le faltó a la matrona? ¿Debería haber reaccionado de una forma diferente? ¿En qué momento, por qué y cómo?

Algunos aspectos relevantes a tener en cuenta:

- Desconocimiento y falta de investigación sobre lo que significa la familia, el sexo, la fertilidad, el aborto y la anticoncepción para la paciente y su comunidad.
- Barreras lingüísticas, educativas y culturales.
- Falta de tiempo.
- Desconocimiento de herramientas específicas para una traducción culturalmente apropiada de las cuestiones de salud.
- Enfoque etnocéntrico⁸ y paternalista.

Con esto, creemos que es esencial abordar la sexualidad como parte de la práctica de las matronas, pero dicho esfuerzo carecerá por completo de sentido si no se consideran también los aspectos culturales, que tienen una profunda incidencia en la vida sexual de las personas.

23.5. Recomendaciones para un enfoque culturalmente sensible

Paasche-Orlow describe los principios fundamentales de una atención competente en términos culturales [16]:

Principio 1: Reconocer la importancia de la cultura en la vida de las personas.

Principio 2: Respetar las diferencias culturales.

Principio 3: Minimizar las consecuencias adversas de las diferencias culturales.

A partir de estos principios, presentamos algunas recomendaciones a modo de claves teóricas y prácticas para las matronas que pretendan adoptar un enfoque de la sexualidad respetuoso de la cultura.

Todo esto se concibe desde un punto de vista positivo, entendiendo las diferencias como una oportunidad de aprendizaje bidireccional en la que el intercambio cultural enriquece al paciente, a la matrona, a la profesión y a la población en general. Los lectores se sentirán más a gusto con algunas recomendaciones que con otras y estarán más o menos de acuerdo desde su punto de vista profesional. Entonces, habremos logrado uno de nuestros objetivos: hacer que las matronas reflexionen sobre las intersecciones entre cultura y sexualidad. A partir de allí, podrán surgir nuevas ideas, mayor conciencia e incluso la implementación de acciones que promuevan un cambio real y significativo en este sentido.

Las recomendaciones dirigidas a la matrona son las siguientes:

- 1- Reconocer el impacto de la cultura en el propio desarrollo psicosexual y en la propia vida sexual y así, tomar conciencia de las propias normas y valores con respecto a la sexualidad.
- 2- Tener en cuenta que cada individuo, a pesar de su origen cultural compartido, es único en su sexualidad.

⁸ Refiere a la idea de que los elementos de la propia cultura son la norma, se consideran deseables, superiores y extremadamente importantes. Desde una perspectiva etnocéntrica, la propia cosmovisión cultural se utiliza como criterio para evaluar a aquellos que representan la otredad. Esto puede implicar el supuesto de que todas las personas deben adaptarse al modelo cultural predominante. De lo contrario, se los etiqueta como primitivos, exóticos, irracionales o incomprensibles. Además, una actitud etnocéntrica impide una mirada crítica de la propia cultura, constituyendo una barrera significativa a la diversidad. Las matronas deben ser conscientes de que esto puede traer consecuencias a la interacción con sus pacientes [15].

- 3- Normalizar y legitimizar las conversaciones libres de prejuicios sobre salud sexual en cualquier contexto cultural al llevar un registro sistemático de aspectos de la sexualidad de las personas en su historia clínica.
- 4- Mantener la mente abierta y una actitud de escucha respetuosa y activa.
- 5- Evitar el determinismo y la generalización excesiva por motivos culturales.
- 6- Detectar y gestionar las barreras culturales y de comunicación que puedan dificultar la interacción sobre sexualidad entre matrona y paciente.
- 7- Ser consciente de la influencia de la propia subcultura.
- 8- Reconocer las situaciones de discriminación por motivos culturales que se presentan en el lugar de trabajo.
- 9- Colaborar y establecer alianzas entre las instituciones que brindan servicios de salud sexual y reproductiva y organizaciones o asociaciones de las diversas comunidades (trabajo de extensión).

Esperar que todas las matronas sean expertas en salud sexual intercultural es un objetivo poco realista (y quizás innecesario debido a la amplia diversidad individual al interior de grupos con el mismo origen cultural), también por las barreras establecidas por las estructuras e instituciones de gobierno. Por esta razón, incluimos las siguientes recomendaciones estructurales y organizativas:

- 1- Mejorar los aspectos organizativos y proporcionar a las matronas recursos humanos y materiales para que puedan dedicar tiempo a una atención de la salud sexual culturalmente sensible.
- 2- Incluir la sensibilización sobre interculturalidad y salud sexual en la formación de las matronas.
- 3- Promover los intercambios culturales dentro de los programas de formación entre matronas de zonas rurales y urbanas, tradicionales y profesionales, e incluso realizando una pequeña parte de la formación en el extranjero.
- 4- Asegurar la disponibilidad de intérpretes capacitados o de herramientas adecuadas (como software de traducción específicos⁹) para asistir a pacientes y profesionales en las conversaciones relacionadas con lo sexual.
- 5- Aspirar a crear equipos compuestos por personal de distintas culturas en los servicios de partería.
- 6- Crear una figura o comité especializados en atención intercultural en partería, que garantice la continuidad y calidad de la atención a las mujeres inmigrantes y sea referente para sus colegas.
- 7- Crear campañas educativas y materiales sobre sexualidad culturalmente apropiados para mujeres inmigrantes y ponerlos a disposición de las matronas en diferentes formatos.¹⁰

9 Ejemplos de aplicaciones específicas de traducción:

CALD Assist, disponible en <https://www.csiro.au/en/research/health-medical/overcoming-language-barriers-in-healthcare>
Talk-to-me, disponible en https://play.google.com/store/apps/details?id=com.worthyworks.talktome_translator&hl=en
Care to translate, disponible en <https://caretotranslate.com/>

10 Ejemplos de materiales y recursos online:

Zanzu, disponible en <https://www.zanzu.de/en/>

Health Translations, disponible en <https://healthtranslations.vic.gov.au/>

Continuum Complete International Encyclopedia of Sexuality, disponible en <https://kinseyinstitute.org/index.html> [17].

8- Mejorar el acceso equitativo a los servicios de salud sexual y reproductiva para todas las mujeres, eliminando la discriminación por motivos culturales, de clase social, etnia, etc.

23.6. Conclusiones

En la práctica de la partería, podemos considerar las diferencias culturales relacionadas con la sexualidad como una oportunidad para afrontar nuevos desafíos y descubrir diferentes comportamientos al respecto. Así, determinadas situaciones que en un primer momento se perciben como chocantes o incluso incomprensibles pueden convertirse en un proceso de aprendizaje para la matrona e incluso derivar en un acercamiento inesperado a las pacientes, reduciendo las barreras culturales.

Juntos podemos construir una atención de la sexualidad más global, coherente, individualizada, holística y enfocada en la mujer. Un enfoque que responda a las necesidades y preocupaciones de todas las mujeres, sin importar su origen cultural. En otras palabras, un verdadero modelo biopsicosocial que adopte el pluralismo cultural.¹¹

Referencias

- [1] Atallah S., Johnson-Agbakwu C., Rosenbaum T., et al. (2016): Ethical and sociocultural aspects of sexual function and dysfunction in both sexes. *J Sex Med.*; 13: 591-606.
- [2] Sam D. L., Berry J. W. (2010): Acculturation: when individuals and groups of different cultural backgrounds meet. *Perspect Psychol Sci.*; 5: 472-81.
- [3] Mengesha Z. B., Perz J., Dune T., Ussher J. (2018): Challenges in the provision of sexual and reproductive health care to refugee and migrant women: a Q methodological study of health professional perspectives. *J Immigr Minor Health*; 20: 307-16.
- [4] El-Meliegy A. (2004): A retrospective study of 418 patients with honeymoon impotence in an andrology clinic in Jeddah, Saudi Arabia. *Europ J Sexol.*; 13: 1-4.
- [5] Badran W., Moamen N., Fahmy I., et al. (2006): Etiological factors of unconsummated marriage. *Int J Impot Res.*; 18: 458-63.
- [6] Martin Hilber A., Hull T., Preston-Whytec E., et al. (2010): A cross cultural study of vaginal practices and sexuality: implications for sexual health. *Soc Sci Med.*; 70: 392-400.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.10.023>
- [7] Woo J. S. T., Brotto L. A., Gorzalka B. B. (2011): The role of sex guilt in the relationship between culture and women's sexual desire. *Arch Sex Behav.*; 40: 385-94.
- [8] Confederación Internacional de Matronas (2018): *Competencias esenciales para la práctica de la partería*.
<https://internationalmidwives.org/es/resources/competencias-esenciales-para-la-practica-de-la-parteria/>

11 También llamado enfoque biopsicosociocultural.

- [9] OMS (2010): Packages of interventions for family planning, safe abortion care, maternal, newborn and child health. 2010. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70428>
- [10] Wren Serbin J., Donnelly E. (2016): The impact of racism and Midwifery's lack of racial diversity: a literature review. *J Midwifery Womens Health*; (61): 694-706.
- [11] Nursing and Midwifery Council (NMC) (2018): Diversity data 2018–2019. https://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/annual_reports_and_accounts/edi/edi-2018-19-data-tables.pdf
- [12] Small R., Roth C., Raval M., et al. (2014): Immigrant and non-immigrant women's experiences of maternity care: a systematic and comparative review of studies in five countries. *BMC Pregnancy Childbirth*; 14: 152.
- [13] Bly K. C., Ellis S. A., Ritter R., Kantrowitz-Gordon I. (2020): A survey of midwives' attitudes toward men in midwifery. *J Midwifery Womens Health*; 65: 199-207.
- [14] Kennedy H. P., Erickson-Owens D., Davis J. A. (2006): Voices of diversity in midwifery: a qualitative research study. *J Midwifery Womens Health*; 51: 85-90.
- [15] Ong-Flaherty C. (2015): Critical cultural awareness and diversity in nursing: a minority perspective. *Nurse Lead*; 13: 58-62. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2015.03.012>
- [16] Paasche-Orlow M. (2004): The ethics of cultural competence. *Acad Med*; 79: 347-50. <https://doi.org/10.1097/00001888-200404000-00012>
- [17] Francoeur R. T., Noonan R. J. (2004): *The continuum complete international encyclopedia of sexuality*. Nueva York: Continuum.

Efectos sexuales de las experiencias traumáticas en el embarazo y el parto

Tanja Repič Slavič¹

24.1. Introducción

El abuso sexual puede afectar diferentes áreas de la vida de la persona, y la maternidad es una de ellas, la cual abarca la decisión de tener un hijo, de quedar embarazada, la experiencia del embarazo, el parto y el período de postparto. En este capítulo, analizamos cómo estas áreas se relacionan con la difícil situación de las mujeres que han sobrevivido el trauma del abuso sexual. Muchos aspectos de este trauma son comparables al abuso físico y emocional. En primer lugar, brindamos una explicación teórica de la influencia de los recuerdos en el tiempo presente. Luego, a partir de la experiencia clínica con pacientes abusadas sexualmente, ponemos en relieve los hechos que cualquiera que brinde atención a estas mujeres debe conocer. Por último, incluimos algunas declaraciones de mujeres que nos contaron qué expresiones tranquilizadoras les gustaría escuchar de los profesionales de salud, con ejemplos de oraciones específicas, para contribuir a promover la seguridad emocional y las experiencias positivas.

24.2. Antes del embarazo: reflexionar sobre la maternidad y tomar la decisión de tener un hijo

La decisión de tener un hijo sin duda exige el mayor grado de responsabilidad, ya que cuando alguien se convierte en madre o padre lo será por el resto de su vida.

Incluso sin tener un pasado traumático, la decisión de tener un hijo puede despertar sentimientos dispares, que van desde la emoción, la alegría, la anticipación y el anhelo hasta todo tipo de miedos, dudas, inseguridades y ansiedades. Estas oscilaciones emocionales y adversidades pueden ser aún más pronunciadas para las mujeres que ha sufrido abuso sexual e incluso pueden llevar a una retraumatización si evocan recuerdos del abuso. Es importante indicar que el abuso sexual comprende no sólo la violencia sexual, sino también actos que no involucran violencia física y que pueden acompañar el contacto y las caricias. Las consecuencias pueden ser similares en el

¹ T. R. Slavič 

Terapeuta familiar y de parejas en Instituto de la Familia Franciscana, Universidad de Liubliana, Liubliana, Eslovenia.

abuso sexual sin contacto, como mostrar pornografía, el nudismo y la masturbación. El objetivo principal del abusador es la excitación sexual, aunque la mayoría de las veces la motivación del abuso y la gratificación sexual es un sentimiento de dominio, poder, control o incluso de venganza. La víctima se siente humillada, avergonzada y culpable porque sus límites más íntimos han sido violados [1]. La experiencia clínica demuestra que las víctimas de violencia física o psicológica pueden experimentar sentimientos similares, pero en los casos de abuso sexual tienden a exacerbarse los sentimientos de repugnancia y vergüenza. Aunque los abusadores suelen ser hombres, las mujeres no están excluidas y, en muchos de estos casos, el abuso se oculta bajo la apariencia de cuidar y criar a un menor, lo cual puede dejar heridas aún más profundas.

Para la mujer abusada sexualmente, el sólo pensar en tener un hijo y concebir o el hecho de estar embarazada suelen ir acompañados de angustia y dudas sobre si podrá ser una buena madre o proteger a su hijo de los abusos en una vida llena de sufrimiento, si podrá cuidar, reconfortar, proteger emocionalmente y jugar con su hijo. La actividad sexual también puede traer problemas por el rechazo y la repulsión que genera la idea de una concepción natural. Algunas mujeres optan por formas alternativas de fecundación que no involucren el coito o eligen la adopción [3]. En la práctica clínica, las mujeres abusadas suelen expresar miedos sobre el género del bebé. Algunas tienen miedo de tener una niña porque proyectan sus sentimientos infantiles de impotencia y temen un potencial abuso de su futura hija [2]. A otras les preocupa que el hecho de tener un niño creciendo dentro suyo despierte recuerdos de su abusador, quien también ha sido un hombre, o temen no poder amar a su hijo lo suficiente [3]. El miedo a concebir y tener un bebé es aún peor si la mujer ha atravesado uno o más abortos o si no ha podido quedar embarazada, ya que surge la preocupación de ser infértil.

Muchas mujeres que sufrieron abuso sexual toman la decisión consciente de no ser madres, ya que no quisieran exponer a sus hipotéticos hijos a una infancia tan horrible como la propia y no están dispuestas a correr ningún riesgo. Algunas incluso llegan a considerar la esterilización [2].

Nota importante

Nunca debe juzgar. No intente convencer a la mujer de que sus pensamientos o acciones están equivocados. Permítale expresar sus preocupaciones, sentimientos y temores y muestre compasión.

24.3. Embarazo en mujeres con antecedentes de abuso sexual

El embarazo puede ser el desencadenante que haga a la mujer tomar conciencia por primera vez de su experiencia de abuso sexual [4]. Incluso si no lo recuerda, como su cuerpo ha memorizado la experiencia, puede que durante el embarazo este comience a “hablarle en voz alta” sobre su trauma del pasado. La investigación ha revelado que las mujeres embarazadas que han sufrido abuso sexual son más propensas a informar depresión y síntomas de TEPT, a tener pensamientos más frecuentes sobre el suicidio y más problemas de salud (presión arterial alta, vómitos, dolor pélvico, sangrado, etc.) y a ser hospitalizadas [3].

Por otra parte, las embarazadas con antecedentes de abuso infantil pueden sufrir una desconexión casi completa con sus cuerpos, sobre todo de la cintura para abajo, hasta el punto de no sentir los movimientos del bebé. Este mecanismo disociativo o insensibilidad física funciona como protección de los horrores y dolores del abuso sexual.

Los cambios corporales (crecimiento del vientre y de los senos) también pueden causar angustia severa. Muchas sienten que algo está mal, se sienten sucias o heridas por dentro. Debido a los cambios constantes que atraviesan sus cuerpos, tienden a experimentar una pérdida de control sobre lo que les sucede [3].

De un día para el otro, el cuerpo de la mujer comienza a llamar la atención. De niña, tuvo que ocultar todas las señales físicas para que nadie se diera cuenta de que había sido abusada. Ahora, su cuerpo pasa a formar parte de la “escena pública” y las personas creen que pueden opinar sobre él o incluso tocarlo [5], lo que puede activar recuerdos del abuso sexual. Lo mismo sucede con los exámenes y procedimientos vaginales más comunes que interfieren con la intimidad, porque implican que toquen su cuerpo. Por ejemplo, la paciente podría asociar la postura que debe adoptar en la camilla con una situación de abuso sexual, ya que debe separar las piernas mientras el profesional utiliza sus dedos o algún instrumento clínico para penetrar la vagina. El cuerpo memoriza el abuso de forma inconsciente y algunas sensaciones activan de forma invasiva el recuerdo del trauma. A veces esto resulta tan perturbador que la mujer no puede distinguir el presente del pasado. Según la práctica clínica, los dos tipos más comunes de respuestas femeninas a los exámenes vaginales son: insensibilidad y parálisis, porque experimentan horror y miedo y esperan a que el examen termine lo antes posible, o sentimientos ambivalentes: por un lado, excitación sexual y, por otro, aversión, repulsión y vergüenza debido a las reacciones de su cuerpo. La excitación puede ser una mezcla de excitación física y excitación sexual explícita. Muchas mujeres evitan el examen vaginal debido a estos efectos problemáticos o recién agendan una consulta ginecológica o con una matrona cuando el embarazo está muy avanzado.

El personal de la salud debe conducirse con profesionalismo y mostrar sensibilidad, ya que estas pacientes son más susceptibles a cualquier contacto y procedimiento que involucre su feminidad y su cuerpo [6].

Puede que la mujer sea fumadora o consuma alcohol u otras drogas que le sirvan como una especie de protección ante los sentimientos dolorosos relacionados con el abuso sexual y le ayuden a liberar tensiones. Abandonar estos hábitos para cuidar de sí misma y del bebé durante el embarazo podría causarle un estrés impredecible, ya que al perder estos mecanismos de defensa pueden emerger emociones y recuerdos reprimidos que desencadenen ansiedad severa [3].

La experiencia clínica demuestra que la angustia y la ansiedad son todavía más intensas cuando se trata de un embarazo no deseado por tener sexo sin anticonceptivos o producto de una violación. En el primer caso, la mujer puede experimentarlo como otro abuso o castigo impuesto por el padre del bebé, la sociedad o Dios, por lo que vuelve a sentirse una víctima, vulnerable e incapaz de controlar su propio destino [3].

Ante estas situaciones, hay quienes eligen interrumpir el embarazo, lo que les suele generar sentimientos de culpa, ya sea en lo inmediato o después, incluso pasados varios años. En la mayoría de los casos, el hombre queda exento de la toma de decisiones y sólo ella decidirá qué hacer.

Si el embarazo es el resultado de una violación, la disyuntiva entre quedarse con el bebé o darlo en adopción de inmediato se vuelve aún más difícil. En este caso, además del trauma de la violación, la mujer está luchando con un embarazo no planificado y se cuestiona qué hacer.

Fácilmente puede percibirse a sí misma como una criminal si no acepta al bebé. Sin embargo, si lo acepta (debido a presiones sociales o religiosas) ese hijo le recordará la situación de violación toda su vida y será difícil aceptarlo o bien puede desarrollar una actitud negativa hacia él o ella. Lo que le ha pasado no es de ninguna manera su culpa.

Notas importantes

- En el caso de **violación** seguida de embarazo o de otro tipo de embarazo no planeado y no deseado, independientemente de la decisión de quedarse o no con el bebé, es imperativo **no culpar** a la mujer abusada. Permítale decir lo que siente, lo que la tranquiliza y lo que le da una sensación de seguridad. Evite preguntas que inician con “¿Por qué...”, ya que casi siempre generan aún más culpa de la que la persona traumatizada ya soporta. Sin dudas, muchas decisiones serían diferentes en estas situaciones críticas si la mujer tuviera en su vida a alguien compasivo que la apoyara.
- Incluso cuando no comprenda qué es lo que desencadenan los recuerdos del abuso, tome en serio todos los sentimientos de la paciente embarazada, mantenga la calma y dígame que está a salvo, que está reviviendo el trauma, pero que el abuso no está sucediendo en este momento. Genere un ambiente seguro y dé a la paciente la oportunidad de expresar lo que le preocupa y molesta. El mero hecho de poder decirlo en voz alta y ser escuchada cuando expresa sus necesidades será tranquilizador para ella.
- Siempre pedirle permiso a la paciente antes de realizar un examen vaginal.
- Si una paciente confía en nosotros y nos cuenta sobre una experiencia de abuso sexual, tiene sentido recomendar terapia con un especialista en abuso sexual antes del parto y trabajar con ella y su pareja para trazar un “plan seguro” que garantice que la paciente se sienta lo más relajada posible durante el parto y que domine varias técnicas útiles para este fin (visualización, técnicas de respiración, entrenamiento autógeno, etc.).

24.4. Trabajo de parto

La sensación de seguridad funciona como un factor de protección crucial que contribuye al desarrollo del parto. Si la mujer se siente segura y capaz de confiar le será mucho más fácil sobrellevar las indicaciones de los profesionales y lo que su cuerpo le demande. Para las mujeres abusadas, la pérdida de control equivale a peligro físico y emocional, por lo que se sienten más fuertes y seguras si cuentan con una estructura: si saben de antemano lo que ocurrirá durante el parto, cómo se estima que se desarrolle, qué es lo normal y qué esperar.

Esta información ayuda a la mujer a tomarse un descanso de las preocupaciones, el monitoreo y la espera constantes de lo que vendrá después. El sentir preocupación está muy relacionado con el abuso, es así que la persona aprende que está “más segura” si

mantiene un constante estado de alerta. Por otro lado, la sensación de sentirse amenazada puede conducir a comportamientos extremos: agresión, subordinación, conductas ritualizadas, crisis permanentes, etc. El parto conlleva un factor relativamente alto de imprevisibilidad, la mujer se enfrenta a la incertidumbre de no saber cuándo comenzará, cuánto tiempo durará, cuánto le dolerá, qué tan bien podrá tolerar el dolor, cómo reaccionará su cuerpo, si sufrirá algún tipo de lesiones o si habrá complicaciones para el bebé [3].

Debido a que el abuso sexual siempre implica abuso de poder y de confianza, las víctimas son muy susceptibles a esta dinámica. La mujer puede tenerle miedo al personal médico porque representan autoridad, poder y control, y les recuerdan a las personas que abusaron de ella. La consecuencia más común de esto es que la paciente no se atreva a compartir sus preocupaciones, incomodidad o desacuerdo, lo que la hace sentirse insignificante e invisible, es decir, lo mismo que experimentó durante el abuso. En los exámenes vaginales, la paciente puede volverse muy sumisa (o agresiva) debido a que se siente amenazada y temerosa, pero cuando el examen finaliza y vuelve a sentirse segura, pueden despertarse sentimientos de ira y tristeza [5]. Si está en una relación, puede que su pareja sea el mejor apoyo. Esto no quita que la matrona y la doula (si está presente) tengan un rol esencial en generar esta sensación de seguridad, ya que son quienes acompañan a la mujer embarazada durante la mayor parte del proceso.

Por este motivo, la matrona debe saber cómo crear un ambiente seguro mientras está atenta a las reacciones de la paciente. Debe estar dispuesta a conversar con la futura madre con el objetivo de hacerla sentir que el abuso no está sucediendo en ese momento y que está a salvo. La pareja u otra persona de confianza que conozca los miedos y sentimientos de la mujer y cómo calmarla puede contribuir a crear esta sensación de seguridad. Esta doble conciencia y la capacidad de distinguir entre el pasado y el presente son fundamentales para la futura madre [7].

Ciertas posturas, como estar acostada en la cama, pueden resultar problemáticas para la mujer abusada, quien también puede ser sensible a las palabras pronunciadas por el personal médico, las contracciones cada vez más dolorosas, las náuseas, los vómitos, las secreciones sanguinolentas, las respuestas instintivas (gemidos, temblores, gruñidos, gritos), la dilatación pélvica y el sentir al bebé en la vagina, puesto que todo esto puede avivar el recuerdo corporal del abuso. La mujer puede sentirse molesta si hay cambios en el personal médico (imprevisibilidad, pérdida de la sensación de seguridad) o si la habitación no está bien iluminada (tal vez evoca el lugar oscuro donde sufrió el abuso). Puede reaccionar de diferentes maneras: sentir miedo excesivo y pánico o paralizarse, experimentar rigidez e insensibilidad corporal. Esta última es el mecanismo de disociación que le permitió soportar el abuso sexual y distanciarse de su cuerpo y su mente.

Reaccionar con paralización es común en víctimas que sufrieron dolor intenso durante el abuso. Es muy probable que estas mujeres experimenten una disociación incluso durante el parto, estar idas de sus cuerpos, sin sentir dolor físico (porque se paralizan, al igual que cuando ocurrió el trauma). Esta lucha inconscientemente contra la angustia psicológica puede prolongar y dificultar el parto. En esos momentos, es fundamental que la mujer permanezca lo más “presente” posible y que la matrona o la pareja, si está a su lado, la “llame” por su nombre y la tranquilice, asegurándole que está a salvo y que puede confiar en que todo va a estar bien con su cuerpo [7].

La posibilidad de una cesárea (con anestesia general) también puede causar temor a algunas pacientes, debido a la sensación de pérdida de control sobre su cuerpo. Para otras, la anestesia general hace que sea más fácil sobrellevar el parto.

La experiencia clínica demuestra que el miedo también puede verse exacerbado por la idea de posibles lesiones (perineo, vagina) y de que el bebé se contamine al salir por una parte del cuerpo que ha sido profanada por el abusador (la mujer puede sentir repugnancia por sus genitales).

Por otro lado, hay mujeres que señalan que el parto fue una experiencia positiva y lo vivieron como especie de limpieza, como si dar a luz hubiera sanado la memoria corporal por el hecho de que el bebé salió del mismo lugar del cuerpo que recibió el abuso.

Visto desde afuera, las reacciones descritas pueden parecer exageradas o incluso inapropiadas. Aunque la causa se originó en el pasado, las reacciones se desencadenan en el presente y brotan emociones y sentimientos asociados con el abuso en el momento en que la mujer se tendría que estar preparando para la llegada del bebé, lo cual puede ser muy estresante. La forma en que la pareja y los profesionales de la salud se dirigen a la mujer afecta significativamente cómo ella afronta la situación, si se sentirá valorada o revivirá su trauma pasado.

Notas importantes

- En cuidado materno-infantil, una de las mejores maneras de ayudar a una paciente con antecedentes de abuso sexual es garantizar que siempre sea atendida por mismo personal médico (debe haber la menor cantidad posible de cambios) para brindarle seguridad emocional. Si el personal conoce los posibles desencadenantes puede reconocer las reacciones de la mujer en caso de que su trauma salga a la superficie y la bloquee, generándole estrés y pánico.
- Si la paciente lo considerara adecuado, puede que cuente su experiencia de abuso sexual. En este caso, la respuesta del personal médico es fundamental porque puede crear un ambiente relajado o, por el contrario, provocar una disociación. El estrés, la ansiedad y el miedo provocan la secreción de epinefrina, norepinefrina y cortisol, hormonas que desaceleran el parto. Esto quiere decir que los temores y mecanismos inconscientes pueden evitar la progresión del parto y conducir a cirugías evitables, causando nuevos traumas emocionales y físicos.
- Las personas que estén presentes durante el parto deben escuchar y tener en cuenta las necesidades y deseos de la madre que, desde afuera, pueden parecer triviales pero que para ella son muy importantes. Permita que la paciente exprese sus mayores temores y deseos respecto del parto. Por ejemplo, que no haya estudiantes presentes, que no se le realicen exámenes vaginales innecesarios, desnudarse sólo en la medida necesaria, que no la hagan ponerse ciertas en posiciones ni la toquen en ciertos lugares, ni siquiera si es con buena intención.
- Otra clave para generar sensación de seguridad es que la paciente esté familiarizada con el curso normal de un parto, los procedimientos y las intervenciones y que tenga la oportunidad de participar en la toma de decisiones. Se le debe asegurar que sus decisiones serán respetadas y tenidas en cuenta, siempre poniendo primero su salud y la del bebé). Se recomienda comenzar a hablar de todas estas cuestiones durante el embarazo.

24.5. Después del parto: el comienzo de la maternidad

En terapia, a menudo resulta que tareas que parecen de lo más evidentes y naturales (como cuidar al bebé, amamantarlo, bañarlo, dormirlo, calmarlo cuando llora) pueden ser poderosos desencadenantes para una mujer abusada, elevando su nivel de tensión y ansiedad. El llanto del bebé puede generar gran angustia, impotencia y ansiedad a su madre si inconscientemente le trae recuerdos de ella misma llorando de niña o de sus gritos ahogados rogando que sus personas más cercanas la protegieran del abuso. En contraposición, abrazar y acariciar al recién nacido puede ser tranquilizador para su madre y generarle confianza al sentirse capaz de calmar a su bebé con su presencia, su voz y su mirada, y hacerla sentir esperanzada de poder brindarle amor y ser una buena madre.

La lactancia materna, por su parte, puede desencadenar recuerdos de abuso sufridos en la sala de maternidad poco después del nacimiento. Amamantar está relacionado no sólo con el cuerpo de la madre, sino también con sus emociones y experiencias. Si una madre joven que sufrió abuso sexual presenta una aversión [8] a la lactancia porque le despierta sentimientos de abuso y le recuerda a su cuerpo que alguien lo ha vulnerado, debe recibir el mayor apoyo posible y no verse obligada a dar el pecho. Su cuerpo puede estar completamente preparado para lactar, pero no su psiquis, de modo que se deben tener en cuenta las contraindicaciones emocionales [6]. La experiencia clínica revela que esta reacción es más común entre las mujeres cuyos senos han sido ultrajados por el abusador, incluso mediante comentarios inapropiados, lo que la lleva a sentir que la leche está “sucio” y a experimentar un bloqueo psicológico inconsciente porque no quiere que el bebé se alimente de sus pechos “sucios” para “no contaminarlo”. A veces, los sentimientos que acompañan la lactancia se relacionan al género del bebé. Si el abusador fue un hombre, las mujeres tienden a sentirse más cómodas con una hija que con un hijo.

El momento del día en que se amamanta también puede ser un factor determinante. Podría resultar más apacible hacerlo durante el día que acostada en la cama por la noche o en una habitación oscura, ya que esto puede crear asociaciones relacionadas con el abuso (como cuando se iba a dormir de niña). La mujer debe buscar el momento, el lugar y las condiciones que no le generen angustia.

El sólo hecho de estar desnuda (el recuerdo de la desnudez, la exposición y la inseguridad durante el abuso) puede ser demasiado. En el hospital ocurren muchas situaciones en las que el cuerpo está expuesto ante personas extrañas: con los médicos durante los chequeos y, sobre todo, en los casos en que no se logra amamantar. Este “fracaso” puede ser suficiente para que la mujer se sienta avergonzada, sobre todo si no hay producción de leche, lo que podría ser el resultado de todos los factores que provocan angustia mencionados antes [8].

La memoria motora/ vestibular de lo que le sucedió a sus senos durante el abuso puede despertarse, por ejemplo, con el roce del bebé o si la matrona o la enfermera la tocan al explicarle cómo colocar al recién nacido o incluso si ella misma se toca. Las sensaciones fuertes y dolorosas cuando se comienza a amamantar también pueden despertar memoria motora/ vestibular, en especial si la mujer no sabe que son normales. La demanda constante del bebé y el placer notable que le produce la succión pueden hacer que algunas madres decidan suspender la lactancia [3].

La experiencia clínica demuestra que, en casos extremos, algunas mujeres abusadas deciden, incluso antes del parto, alimentar a su bebé con mamadera porque quieren evitar este estrés adicional.

Asimismo, las dificultades asociadas con la lactancia pueden resultar en una disociación, como mecanismo de defensa por el cual la mujer deja de sentir su cuerpo y sus senos, como si no los tuviera, evitando así sentimientos y sensaciones mientras alimenta al bebé. Para algunas mujeres, esta es la única manera de amamantar [8].

Atender y bañar al bebé pueden representar otro desafío. El lavado necesario de los genitales puede despertar el temor de estar violando límites. El trauma sufrido por la madre resurge porque el abusador ha violado esos límites. Si la mujer es consciente del abuso sexual, entonces el temor de abusar del bebé es una especie de “protección” que, en la mayoría de los casos, le impide como madre abusar sexualmente de su hijo. En terapia, algunas mujeres reconocen que puede haber ocasiones en las que cambiar, bañar o amamantar al bebé les produce excitación sexual. Su cuerpo les dice que lo que está pasando no es natural. Esto sucede sobre todo en casos en que el abuso ocurrió sobre una mesa o en el momento del baño. Puede incluso ocurrir que la mujer no recuerde el abuso en sí al no tener en su memoria explícita imágenes del trauma, basta con que el cuerpo recuerde el abuso en la memoria orgánica e implícita. Si hay excitación sexual o aversión, es importante que la madre aprenda a controlarse, tomarse su tiempo y evaluar estos sentimientos. En otras palabras, deben establecer límites, reconocer que su trauma está reapareciendo y que su hijo sólo merece amor. De ser necesario, debe saber cuándo detenerse y tal vez recurrir a su pareja para hablar sobre estos sentimientos si aún no puede procesarlos por sí sola [9]. Si esto no funciona, debe buscar ayuda profesional para procesar los sentimientos de abuso (repulsión, vergüenza).

Notas importantes

- Los profesionales de la salud deben promover la lactancia materna, pero nunca forzarla ni mucho menos juzgar o culpar a la mujer que no puede superar sus bloqueos psicológicos. El bebé estará mejor alimentado con mamadera y sin ansiedad que amamantado y absorbiendo la ansiedad de la madre a través de la leche.
- Si la matrona (o especialista en lactancia materna) quiere ayudar a la mujer o mostrarle cómo facilitar el proceso mediante una determinada posición o agarre, primero debe preguntarle a la paciente si prefiere recibir sólo instrucciones verbales sobre qué hacer (es decir, una técnica “sin manos”) o que la matrona coloque sus manos en el pecho para mostrarle cómo hacerlo.
- Si la respuesta del cuerpo materno fuera de excitación, repulsión o miedo al cambiar y atender al bebé, esto puede ser una señal de una experiencia no procesada de abuso sexual. En estos casos, lo correcto es asistir a la mujer en la búsqueda de ayuda profesional, de lo contrario, el miedo y la culpa podrían agravarse a tal punto que la mujer comience a evitar a su bebé y en consecuencia se sienta una mala madre.

24.6. Declaraciones de mujeres abusadas

Lo que les gustaría decirle al profesional de salud para obtener mejores respuestas:

- “No me juzgues, no me presiones verbalmente si me paralizó, empiezo a llorar, reacciono de una manera que muestra mi tristeza, vergüenza o impotencia. Tu compasión, calma y respeto me ayudan a sentirme segura y hacen que sea más fácil sentir que todo va a salir bien”.
- “No me preguntes POR QUÉ hago o no tal cosa, eso sólo me hará sentir aún más culpable y será peor. Decime que me apoyas, que no estoy sola, que estoy ‘aquí y ahora’ y que se trata sólo del despertar de algunos sentimientos que pertenecen al pasado”.
- “Si tengo sensación de control, si sé lo que está pasando o lo que pasará, todo será mucho más fácil para mí, así que, por favor, explicame de antemano lo que harás. Será muy tranquilizador para mí escuchar que todo lo que me está sucediendo es normal dadas las circunstancias”.

En momentos de angustia cuando se remueven recuerdos del abuso, algunos de estos enunciados tendrán mayor efecto si los pronuncia el o la profesional de la salud.

Importante: estas palabras deben decirse despacio y con mucha calma. Antes de comenzar a hablar, llame a la paciente por su nombre. Esto la ayuda a desconectar el flujo de la disociación que la ha transportado al pasado y la devuelve al momento presente.

Consejo 1: “_____ (nombre de la paciente), todo está bien... Mirá a tu alrededor, mirá donde estás... Estás segura... Son sólo recuerdos del pasado que se han despertado y tu cuerpo está reaccionando a eso. Si te ayuda, podés llorar o enojarte... Sólo respirá tranquila, profunda y lentamente para sacar esos sentimientos de tu cuerpo. No hay nada malo con vos...”

Consejo 2: “___ (nombre de la paciente), no estás sola. Estos sentimientos que ahora invaden tu cuerpo y se han despertado son cosas del pasado. Esto es sólo una réplica, el terremoto ya pasó. Hoy estás segura y podés expresar todo lo que sentís, poner límites y tener el control. Te entiendo y me doy cuenta de que esto no es nada fácil para vos. Estoy aquí con vos”.

Consejo 3: “___ (nombre de la mujer), estás a salvo. Te explicaremos todo a medida que avancemos, tus reacciones son perfectamente normales, dadas las circunstancias y todo lo que has pasado. Es sólo tu cuerpo respondiendo a un recuerdo traumático de otro momento sobre el que no tuviste ningún tipo de control. Pero aquí, ahora, vos tenés el control y no estás sola. Haremos todo lo que esté a nuestro alcance para hacer que sea más fácil para vos, sólo tenés que pedirlo, y si algo te incomoda, siempre podés poner límites...”

24.7. Conclusión

La decisión de tener un hijo, quedar embarazada, dar a luz y aceptar la maternidad puede ser un gran desafío para una mujer que ha sufrido abuso sexual. Estos desafíos pueden despertar recuerdos dolorosos y reprimidos de un trauma del pasado y dejar a la mujer con un sabor amargo, sentimientos de culpa, incompetencia, dolor o de ser traicionada por su propio cuerpo. Aunque conscientemente ella no recuerde del todo

la situación de abuso, su cuerpo sí lo recuerda. No importa lo que salga a la superficie, nunca debemos culpar a una mujer por lo que le sucedió. A pesar de los muchos factores desencadenantes que traen nuevas complicaciones, no podemos dejar de señalar que, para algunas mujeres abusadas, este período puede ser una de las experiencias más positivas de toda su vida, incluso puede ser oportunidad de “sanación” si está en pareja con alguien comprensivo y si están rodeados de profesionales compasivos que comprendan esta situación tan compleja. En este entorno seguro, la mujer podrá escuchar y entender que todo está bien, que es “normal”, que su cuerpo está haciéndolo bien y es capaz de gestar una nueva vida, dar a luz, amamantar, abrazar, nutrir y criar a su hijo con amor. Como resultado, la mujer se sentirá más fuerte y confiará en su propio cuerpo, en su hijo que crece y en su capacidad de ser madre.

Referencias

- [1] Repič Slavič T., Gostečnik C. (2017): Relational family therapy as an aid toward resolving the trauma of sexual abuse in childhood in the process of separation in the couple relationship. *J Marital Fam Ther.*; 43: 422-34.
- [2] Reckling A. E. (2004): Mother-daughter incest: when survivors become mothers. *J Trauma Prac.*; 3: 49-71.
- [3] Simkin P., Klaus P. (2004): *When survivors give birth: understanding and healing the effects of early sexual abuse on childbearing women*. Seattle: Classic Day Publishing.
- [4] Lukasse M., Schei B., Vangen S., Øian P. (2009): Childhood abuse and common complaints in pregnancy. *Birth*; 36: 190-9.
- [5] Russell S. (2021): Experiences of birth after sexual abuse. *Multiple Parts*; 18-9.
- [6] Prescott A. (2002): Childhood sexual abuse and the potential impact on maternity. *Midwifery Matters*; 92: 17-29.
- [7] Tilley J. (2000): Sexual assault and flashbacks on the labour ward. *Pract Midwife*; 3: 18-20.
- [8] Wood K., Van Esterik P. (2010): Infant feeding experiences of women who were sexually abused in childhood. *Can Fam Physician.*; 56: 136-41.
- [9] Repič T. (2015): *Nemi krika spolne zlorabe in novo upanje* (the silent screams of sexual abuse and a new hope). Celje, Slovenia: Celjska Mohorjeva Družba.

Aspectos relevantes de la mutilación o ablación genital femenina

Suaad Abdulrehman¹

25.1. Introducción

La mutilación genital femenina (MGF), también llamada ablación genital o circuncisión femenina, es un fenómeno o tradición muy practicada en numerosos países del continente africano, en algunos de Oriente Medio y en Indonesia. Se la define como “una intervención en los genitales femeninos externos sin que exista una necesidad médica”.

El alcance de la intervención, cómo se lleva a cabo, las consecuencias a corto y largo plazo para la salud física y reproductiva, y las consecuencias psicológicas y sexuales pueden variar significativamente.

Este capítulo brinda a los profesionales información sobre la MGF para que puedan orientar de la mejor manera a estas mujeres sin menoscabar su experiencia o su cultura.

Comienza con una breve descripción del fenómeno, antecedentes y explicaciones y algunos datos sobre prevalencia. Luego se detallan las circunstancias y el alcance del procedimiento, seguidos por sus consecuencias: se describen los resultados directos de la intervención para luego ampliar sobre las consecuencias físicas, obstétricas, psicológicas y sexuales a largo plazo. La última parte del capítulo se enfoca en los aspectos del tratamiento de pacientes con MGF.

25.2. Breve descripción del fenómeno con antecedentes y explicaciones

El origen de la MGF es poco claro. En el África islámica, se explica como un mandato religioso, suponiendo que el profeta Mahoma mencionó en uno de sus hadices que “haberse sometido a la Sunna (MGF tipo 1) es un símbolo de limpieza y pureza en las niñas”.

La realidad es que la MGF es una práctica precristiana y preislámica y está profundamente arraigada en tradiciones culturales que difieren según la familia, la región y el país. Los argumentos a favor de la MGF son:

¹ S. Abdulrehman

Parnassia Groep IPSY/Psyq Almere, Almere, Países Bajos.

- el supuesto de que el clítoris es peligroso (“diabólico”) o una amenaza para el orgasmo masculino;
- el supuesto de que una niña sin clítoris carece de deseo sexual, por lo que es más probable que conserve su virginidad hasta el matrimonio;
- el supuesto de que sin clítoris, la mujer casada no tendrá ni mostrará deseo sexual, ya que esto le corresponde sólo al hombre;
- se considera que el procedimiento otorga belleza, pureza y limpieza;
- en algunos países, se dice que promueve la fertilidad y aumenta el placer sexual masculino;
- es un rito de iniciación a la feminidad. En algunas zonas, “no estar circuncidada” equivale a estar incompleta y carecer del estatus social (incluso con el riesgo de ser expulsada del grupo social). Se lo suele considerar como un rito “festivo” [1].

Por su parte, la OMS afirma que la MGF viola los derechos humanos de las niñas y las mujeres y que su práctica no trae ningún beneficio para la salud [2]. La Confederación Internacional de Matronas considera y condena la MGF como una práctica dañina y una violación de los Derechos Humanos de niñas y mujeres [3]. Es una tradición que refleja una desigualdad profundamente arraigada entre los sexos y constituye una forma extrema de discriminación contra las mujeres. Viola los derechos de una persona a la salud, la seguridad y la integridad física, el derecho a no ser sometida a torturas y tratos crueles, inhumanos o degradantes.

25.3. Prevalencia y países dónde se realiza

Según UNICEF, más de 200 millones de mujeres y niñas han sido circuncidadas [4]. Viven en alguno de los 30 países donde la MGF es una práctica regular [4]. La prevalencia en esos países varía y por lo general se registra en el grupo etario de entre 15 a 49 años. Sin bien en algunos de estos sitios los porcentajes han ido disminuyendo, según UNICEF, las cifras mundiales absolutas continúan en alza debido al aumento de la población.

Egipto es un claro ejemplo de esta tendencia en mujeres de 15 a 49 años. Entre 1985 y 2015, la prevalencia de MGF disminuyó del 97 al 70 % pero debido a que la población aumentó un 85 % durante ese período, la cantidad absoluta de casos de MGF muestra un incremento del 35 %.

Según un informe de UNICEF de 2013, Egipto tuvo el mayor número absoluto de casos, mientras que Somalia, con el 98 %, tuvo la mayor prevalencia mundial.

A partir de la década de 1970, con el aumento de los flujos migratorios provenientes de África y Medio Oriente, los sistemas de salud del mundo occidental tuvieron que atender a mujeres con MGF, lo que convirtió esta práctica en un tema de debate público.

25.4. Circunstancias y alcances del procedimiento

Por lo general, la MGF se realiza en la infancia. Dependiendo de la (sub)cultura, la edad puede variar. En Yemen, la mayoría de los casos se registran en la primera semana de vida, mientras que en Egipto, una cuarta parte ocurre entre los 5-9 años y el 70 % entre los 10-14 años. En las áreas rurales de muchos países, el procedimiento se sigue realizando sin anestesia ni precauciones sépticas. La madre tiene un rol destacado, por ejemplo, sujetando a su hija o cubriendo sus ojos.

En muchas culturas, la MGF es un rito de iniciación y un acontecimiento vital casi ineludible acompañado de festividades. Durante años, la niña es, por así decirlo, seducida con promesas. La circuncisión es “el camino para volverla perfecta, para la belleza absoluta y para alcanzar la pureza como mujer”.

A pesar de conocer el dolor, el miedo y los efectos secundarios del procedimiento que ellas mismas han padecido, la mayoría de las madres y abuelas aún adhieren a esta tradición.

La OMS distingue cuatro tipos de MGF según el alcance del procedimiento. Debido a que el clítoris tiene un rol fundamental en los argumentos y procedimientos de la MGF, merece mayor atención. El clítoris es mucho más que el pequeño punto sensible mal visto por las tantas culturas que practican la MGF. Se compone del glánde, el tallo, la capucha (el prepucio), dos cruras y dos cuerpos esponjosos que se hinchan con la excitación. Ninguno de los procedimientos de la MGF remueve los cruras ni los cuerpos esponjosos, que son los responsables de que muchas mujeres, a pesar de haber sido mutiladas, puedan experimentar el orgasmo [5].

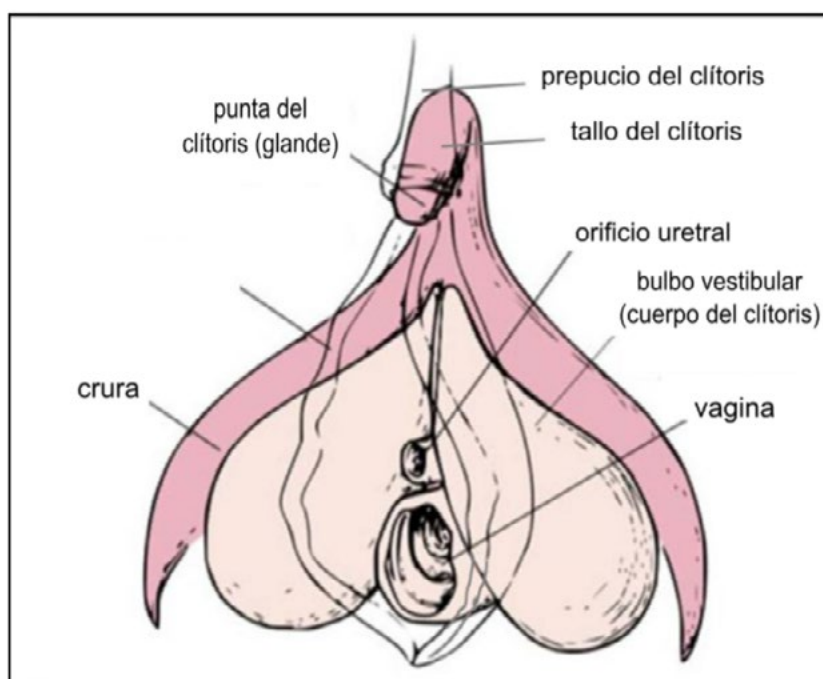


Figura 25.1.

25.4.1. Clasificación de la MGF según la OMS [2]

Tipo 1: extirpación del prepucio (capucha), la piel que rodea el clítoris (1A), con extirpación parcial o total del glande y el cuerpo del clítoris (1B).

Tipo 2: extirpación de los labios menores o interiores (2A), con extirpación parcial o completa del glande (2B) y de los labios mayores o exteriores (2C).

Tipo 3: extirpación total o parcial de los labios menores (3A) y mayores (3B), sutura que sella la vagina, dejando sólo un pequeño orificio para la descarga de orina y la menstruación (infibulación). También conocida como circuncisión faraónica, presenta coincidencias con el tipo 2.

Tipo 4: cualquier otro tipo de procedimiento, como la cauterización del clítoris, cortes en la vagina, introducción de sustancias corrosivas para estrechar la vagina, perforación del área genital, etc.

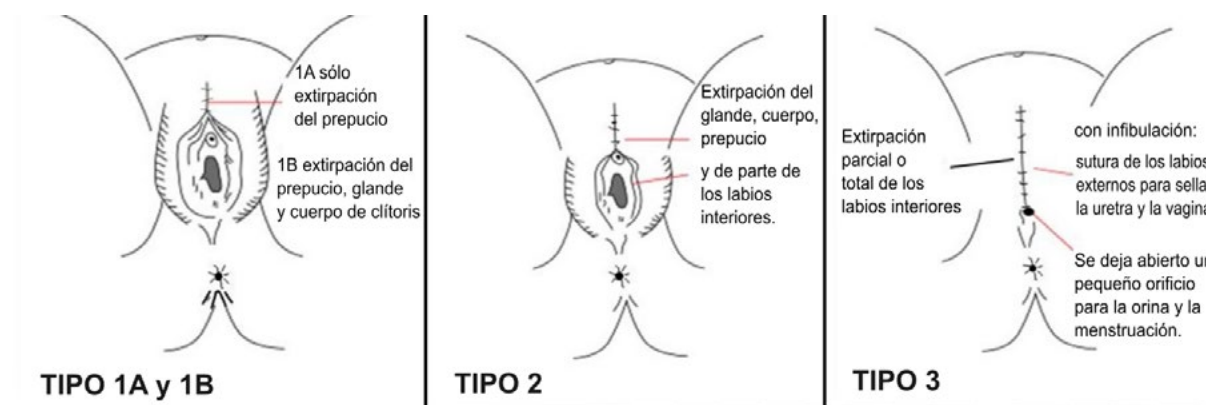


Figura 25.2.

En el tipo faraónico (tipo 3) con infibulación, se dice que la pequeña abertura para el paso de orina y sangre no debe ser más ancha que un grano de arroz o la cabeza de un fósforo. Se ha publicado un artículo con dibujos a color de las diferentes formas de MGF en mujeres de piel oscura. Fuera de África, son pocos los profesionales que están familiarizados con los cambios que produce la MGF en estas pacientes [6].

A nivel geográfico, existen diferencias significativas respecto de la prevalencia de cada tipo. En Somalia y Sudán, cerca del 98 % de las niñas son sometidas al tipo faraónico aunque en la última década, un pequeño porcentaje de las madres ha elegido la Sunna (tipo 1) para sus hijas. En este caso, la matrona o una mujer entrenada toma el clítoris con dos dedos y tira del prepucio con fuerza hasta que se desgarran y comienza a sangrar (la sangre asegura la pureza de la niña).

Otro cambio detectado es que el procedimiento se está trasladando al ámbito de la medicina. En Egipto, por ejemplo, el 60 % de los procedimientos en niñas fueron realizados por un médico y el 10 % por otro tipo de profesional de la salud.

En lugar de confiar en las cifras de la prevalencia geográfica, es mejor preguntarle a la mujer qué tipo de circuncisión tuvo y quién se la realizó.

Cuando la mujer se casa, su vagina casi sellada tiene que ser reabierto. En Sudán y el sur de Somalia, es el esposo quien realiza la tradicional desinfibulación mediante la penetración. Para esto, debe ejercer suficiente presión sobre el sello de infibulación, haciendo que se desgarre, lo cual es doloroso para ambos. El tiempo necesario para la desinfibulación varía según la cantidad de fuerza aplicada y el espesor de la cicatriz que forma el sello. Por lo general, se espera que la ruptura se consiga en el transcurso de una semana [7].

En otras zonas, como el norte de Somalia, la infibulación se abre con un circuncidante. En ambos casos, la pareja tiene que repetir la penetración durante varias semanas para evitar que la vagina vuelva a cerrarse. Este “mantenimiento” es doloroso debido a que las heridas siguen abiertas y muchas mujeres experimentan un dolor comparable a la infibulación original. Las infecciones y el sangrado son comunes [7].

25.5. Consecuencias de la intervención

En el sentido más amplio, la MGF es una violación grave de los derechos de niñas y mujeres que altera considerablemente el proceso de un desarrollo normal de la persona. En este capítulo, se la caracteriza como un proceso complicado y doloroso que daña la salud física y mental y la sexualidad. Los daños dependen de varios factores:

- la edad a la que se realiza;
- el alcance del procedimiento y la idoneidad de la persona que lo realiza;
- aspectos prácticos como la duración de la intervención, higiene, etc.;
- la resiliencia, la resistencia y el estado físico de la niña o la mujer;
- el equilibrio entre el apoyo emocional y la resistencia física;
- el vivir dentro o fuera de una sociedad donde la MGF es endémica;
- el nivel de educación sexual y el enfoque respecto de la sexualidad.

Muchos de los datos informados no son confiables ya sea por la falta de grupos de comparación adecuados o porque el marco de referencia subyacente del que se parte es tendencioso (repudio o defensa de la MGF) [8].

A continuación, se distingue entre las consecuencias físicas (“médicas”), reproductivas, mentales (“emocionales”) y sexuales de estos procedimientos.

25.5.1. Alteraciones físicas

Entre las complicaciones de salud inmediatas se encuentran:

- dolor intenso (en especial si se realiza sin anestesia);
- pérdida de sangre con shock hemorrágico;
- edema local que causa dificultad para orinar y defecar;
- lesiones en la uretra, la vagina o el recto;
- muerte por pérdida de sangre e infecciones (como el tétanos).

Entre las complicaciones médicas tardías se encuentran:

- dolor crónico por terminaciones nerviosas atrapadas o desprotegidas;
- quistes dermoides, abscesos y úlceras genitales con pérdida de tejido superficial;
- formación excesiva de cicatrices queloides, se trata un tejido cicatricial extenso, común en personas con genes del África subsahariana;
- infecciones pélvicas crónicas que causan dolor de pelvis y espalda crónico;
- incontinencia urinaria y goteo de orina (en especial después de la infibulación), debido a dificultades para vaciar la vejiga y estancamiento de la orina bajo la capucha del tejido cicatricial. Infecciones recurrentes del tracto urinario y daño a los riñones con eventual insuficiencia renal;
- infección por VIH.

25.5.2. Complicaciones reproductivas y obstétricas

Principalmente la infibulación, pero también la fase de desinfibulación, pueden causar problemas reproductivos:

- menstruación dolorosa debido al sellado casi completo de la vagina y la uretra;
- endometriosis por retención de sangre menstrual;
- fístulas vesicovaginales y rectovaginales (debido a la obstrucción del parto);
- si bien la desinfibulación suele producir una apertura para la penetración, esta no es suficiente para un parto normal. El cambio anatómico aumenta el riesgo de desgarros perineales, fístulas obstétricas, partos obstruidos, hemorragias postparto y morbilidad neonatal asociada. Por este motivo, durante el parto se debe agrandar la apertura de la vagina mediante una desinfibulación médica.
- En Arabia Saudita, en contextos de atención médica organizada, la desinfibulación al momento del parto demostró ser un procedimiento quirúrgico efectivo [9]. Un estudio que comparó mujeres con y sin MGF tipo 3 reveló que la única diferencia fue la presencia de mayor sangrado y más partos quirúrgicos (con el mismo resultado neonatal) en el primer grupo. También concluyó que, en áreas donde viven mujeres con MGF tipo 3, los profesionales de la salud deben aprender a realizar la desinfibulación médica de manera respetuosa [9].

25.5.3. Salud mental/emocional

El procedimiento de MGF puede ser un evento extremadamente psicotraumático dependiendo de diversos factores, entre ellos, la edad en que se realiza. Cuanto mayor sea la niña, más probabilidades hay de que sufra de anticipación ansiosa o sienta confusión al ser consciente de que tiene que acceder (sin que esto implique dar consentimiento verdadero). Durante el procedimiento per se, el dolor, el shock y el uso de fuerza física por quienes lo realizan serán elementos relevantes, sobre todo si la niña se siente traicionada (por ejemplo, porque su madre la fuerza a someterse). En una etapa posterior, se pueden producir otros daños por el temor a sentir dolor al consumir el matrimonio pero también después del casamiento debido a la desinfibulación por parte del esposo.

Migrar a una sociedad más favorable para las mujeres (sin MGF y con mayor libertad social y sexual al menos en lo aparente) crea instancias para las comparaciones. Mientras que en la cultura de origen, “el no estar circuncidada” puede causar que la mujer se siente incompleta o inferior, los mismos sentimientos pueden desarrollarse después de migrar, pero en este caso, precisamente por el hecho de estar circuncidada [10].

Entre las consecuencias se encuentran:

- trastorno de estrés postraumático (reportado en una de cada seis mujeres que han migrado a los Países Bajos) y depresión o ansiedad (en una de cada tres) [11];
- alteraciones psiquiátricas y psicosomáticas;
- baja autoestima, sentimiento de inferioridad o de estar incompleta;
- irritabilidad crónica, problemas para dormir y pesadillas.

25.5.4. Aspectos sexuales

La sexualidad después de la MGF parece ser el ejemplo por excelencia de la compleja coreografía de las diversas influencias biopsicosocioculturales. Incluso con la extirpación del glándulo, el tallo y la capucha del clítoris, queda suficiente tejido eréctil del clítoris para alcanzar el orgasmo [5]. Sin embargo, esto sólo será posible con estimulación adecuada y suficiente, la que se verá afectada por la presencia y el grado de dolor, por el miedo al dolor, el erotismo de la pareja y la educación sexual positiva que haya recibido la mujer.

La infibulación lleva a la mujer a un círculo vicioso de dolor, miedo al dolor, baja excitación sexual, sequedad vaginal e hipertonía del suelo pélvico. Un meta-análisis comparó la función sexual de mujeres con y sin MGF. Las primeras obtuvieron puntuaciones inferiores en todas las categorías (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor) [12]. Esto también puede desarrollarse durante el período de desinfibulación, lo que produce bajo o nulo placer sexual y puede conducir a problemas de pareja e incluso al divorcio.

Sin embargo, ese extenuante período de desinfibulación también puede forjar un vínculo estrecho entre algunos cónyuges.

Al evaluar las preguntas y los resultados de la investigación sobre MGF es necesario ser cauteloso, algo que se hizo evidente con una investigación realizada en Egipto [13]. Si bien se suponía que la MGF reducía el apetito sexual y fomentaba la castidad de la mujer, no se creía que redujera el placer sexual. No obstante, hombres y mujeres han descrito este último de manera diferente: los hombres (sobre todo los más jóvenes) consideraron la satisfacción sexual como un pilar de la felicidad marital; por su parte, las mujeres declararon estar sexualmente satisfechas con la armonía conyugal y una situación socioeconómica favorable.

La aculturación a la cultura occidental puede llevar a la mujer a solicitar una desinfibulación, ya sea para librarse del dolor o para sentir mayor placer sexual. La reconstrucción apropiada de la anatomía quirúrgica suele brindarles gran satisfacción a las pacientes y a sus esposos [14].

Por otro lado, puede que los profesionales de salud de países occidentales se sientan confundidos frente a una paciente que solicita la reinfibulación después de su parto (en otras palabras, que vuelvan a estrecharle la entrada de la vagina). Puede que

la estrechez vaginal se perciba como un requisito para el placer sexual masculino y está muy ligada a la infibulación [6].

25.6. Convivir con la MGF

En 2015, la comunidad mundial declaró inequívocamente que la mutilación genital femenina viola los derechos humanos. Así se estableció en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) como parte del Objetivo 5: eliminar para 2030 toda práctica nociva, como el matrimonio infantil, precoz y forzado y la MGF.

Esto tiene consecuencias claras para los profesionales de la salud que trabajan en países donde la mutilación genital femenina es endémica, ya que se espera que declaren estar en desacuerdo con estos procedimientos, que se involucren en la educación en salud pública sobre la MGF y sus consecuencias nocivas y, por sobre todo, que no realicen estos procedimientos. En varios países, la MGF se ha medicalizado y es una importante fuente de ingresos para los profesionales. La Confederación Internacional de Matronas establece que las matronas deben abstenerse de apoyar o participar de esta práctica en cualquiera de sus formas, y que deben respetar los códigos de ética (inter)nacionales pertinentes [3].

Algunas sociedades han adoptado ritos de iniciación alternativos, intervenciones que permiten que las niñas celebren su paso a la adultez como mujeres, respetando las tradiciones y la cultura pero sin someterlas a incisiones. Un ejemplo son las comunidades Maasi de África del Este, en las que AMREF (Fundación Africana para la Medicina y la Investigación) ha logrado implementar un programa integral para reducir las cifras de MGF, con los beneficios adicionales de haber reducido la cantidad de matrimonios infantiles forzados y de embarazos adolescentes y haber extendido los años de escolaridad de las niñas [15].

Las y los ginecólogos y obstetras que trabajan con inmigrantes provenientes de sociedades que practican la MGF deben estar preparados para lidiar con las consecuencias de estos procedimientos. Por ejemplo, adquirir las habilidades necesarias para desinfibular durante un parto o cuando sus pacientes lo soliciten para aliviar el dolor o mejorar su vida sexual.²

Parte de la atención integral es brindar educación sanitaria adecuada a las mujeres de esas comunidades. Haber emigrado al mundo occidental no garantiza que se haya abandonado la práctica de la MGF. Se comprobó que un tercio de las niñas originarias del norte de África que vivían en Escandinavia fueron circuncidadas durante visitas a sus países de origen [17].

Otro aspecto de una buena atención es saber cómo abordar con respeto esa otra realidad. En este capítulo se utiliza el término “mutilación”, pero pronunciar esta palabra frente a una paciente que ha experimentado MGF puede resultar ofensivo y degradante, por lo que se aconseja hablar de “circuncisión”.

Cuando atienden casos de MGF, los profesionales de la salud deben saber que sus reacciones pueden afectar a la paciente. Las miradas de asombro u horror, a veces

² Para más detalles técnicos, ver Abdulcadir [13].

espontáneas e inconscientes, pueden dañar la salud mental de estas mujeres. Muchas mujeres que se sintieron avergonzadas durante un examen físico evitaron luego a esos profesionales que no supieron ocultar su asombro al ver el resultado de la MGF en sus cuerpos [9].

Referencias

- [1] Althaus F. A. (1997): Female circumcision: Rite of passage or violation of rights. *International Family Planning Perspectives*; 23: 130-3.
- [2] OMS (2025): Mutilación Genital Femenina. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>
- [3] Confederación Internacional de Matronas. <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2019/06/eng-fgm-1-letterhead.pdf>
- [4] <https://www.unicef.org>
- [5] Catania L., Abdulcadir O., Puppo V., et al. (2007): Pleasure and orgasm in women with Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C). *J Sex Med.*; 4: 1666-78.
- [6] Chaisson N., Johnson-Agbakwu C. E., Finch A., et al. (2023): Beautiful vulvas: expanding illustrative visual imagery of female genital cutting types. *J Sex Med.*; 20: 1301-11. <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdad102>
- [7] Johansen R. E. B. (2017): Virility, pleasure and female genital mutilation/cutting. A qualitative study of perceptions and experiences of medicalized defibulation among Somali and Sudanese migrants in Norway. *Reprod Health*; 14: 25
- [8] Obermeyer C. M. (2003): The health consequences of female circumcision; Science Advocacy and Standards of Evidence. *Med Anthropology Quarterly*; 17: 394-412.
- [9] Rouzi A. A., Berg R. C., Al-Wassia H., et al. (2020): Labour outcomes with defibulation at delivery in immigrant Somali and Sudanese women with type III female genital mutilation/cutting. *Swiss Med Wkly*; 150: w20326.
- [10] Omigbodun O., Bella-Awusah T., Groleau D., et al. (2020): Perceptions of the psychological experiences surrounding female genital mutilation/cutting (FGM/C) among the Izzi in Southeast Nigeria. *Transcult Psychiatry*; 57: 212-27.
- [11] Vloeberghs E., van der Kwaak A., Knipscheer J., et al. (2012): Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in The Netherlands. *Ethn Health*; 17: 677-95.
- [12] Pérez-López F. R., Ornat L., López-Baena M. T., et al. (2020): Association of female genital mutilation and female sexual dysfunction: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.*; 254: 236-44.
- [13] Fahmy A., El-Mouelhy M. T., Ragab A. R. (2010): Female genital mutilation/cutting and issues of sexuality in Egypt. *Reprod Health Matters*; 18: 181-90.
- [14] Nour N. M., Michels K. B., Bryant A. E. (2006): Defibulation to treat female genital cutting: effect on symptoms and sexual function. *Obstet Gynecol.*; 108: 55-60.
- [15] Muhula S., Mveyange A., Oti S. O., et al. (2021): The impact of community led alternative rite of passage on eradication of female genital mutilation/cutting in Kajiado County, Kenya: A quasi-experimental study. *PLoS One*; 16: e0249662. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249662>

-
- [16] Abdulcadir J., Marras S., Catania L., et al. (2018): Defibulation: A Visual Reference and Learning Tool. *J Sex Med.*; 15: 601-11.
- [17] Berg R. C., Denison E. (2013): A tradition in transition: factors perpetuating and hindering the continuance of female genital mutilation/cutting (FGM/C) summarized in a systematic review. *Health Care Women Int.*; 34: 837-59.

Módulo 5

HABILIDADES Y ADAPTACIÓN

Woet L. Gianotten, Sam Geuens y Ana Polona Mivšek

Introducción al Módulo 5

Los profesionales que se dedican a la sexología, la salud sexual y la medicina sexual poseen un grado de experticia que se desarrolla gradualmente por años. Durante su formación y los años de práctica, adquieren conocimientos y habilidades, al tiempo que su actitud profesional se va refinando y moldeando según las necesidades de su práctica. Para las matronas, los niveles a alcanzar en esta tríada de conocimientos, habilidades y actitud varían respecto de otros profesionales de la salud materna, pero, al igual que ellos, su experiencia se desarrolla de forma gradual.

Mientras que los capítulos previos se enfocaron en el conocimiento, este quinto módulo se ocupa de las habilidades, la actitud y la formación.

En la atención médica, los profesionales dedican mucho tiempo a desarrollar habilidades manuales como tomar la presión arterial, colocar inyecciones, auscultar o realizar un examen vaginal. Cuando se trata de la sexualidad, la mayoría de las habilidades se relacionan con la comunicación. Confeccionar una historia clínica, brindar educación sexual, explicar los efectos secundarios sexuales de una episiotomía o tratar un trastorno sexual son actividades que necesitan ponerse en palabras y demandan cierta fluidez verbal.

El primer capítulo de este módulo trata sobre cómo hablar de sexo. Al igual que ocurre con otras habilidades, no alcanza con leer un libro para aprender a hablar de sexo.

El segundo capítulo se concentra en los profesionales que forman a las matronas. ¿Cuál es el marco de competencias necesarias relacionadas con la sexualidad que debería enseñarse para la práctica de la partería? ¿Cómo incorporar la tríada conocimiento-habilidades-actitudes sobre sexualidad a los planes de estudios? Como cierre del capítulo, se proporcionan estrategias concretas para enseñar a las matronas sobre sexualidad, organizar ejercicios de práctica, etc.

El siguiente capítulo se centra en las actitudes. La práctica diaria de la partería involucra, por un lado, mujeres embarazadas y parturientas, con sus inseguridades y vulnerabilidad y, por otro, las responsabilidades y aspectos prácticos del trabajo de la matrona y la rutina diaria de tratar el cuerpo humano y el dolor. Este capítulo apunta a concientizar tanto a matronas en ejercicio como a estudiantes de partería sobre los riesgos de caer en la “atención rutinaria”, que nos vuelve insensibles a la vulnerabilidad, la dependencia, la desnudez y el dolor de las pacientes.

El capítulo que le sigue aborda las formas en que los especialistas en sexología tratan los problemas sexuales. Describe las habilidades y las herramientas típicas de los profesionales de la medicina psicosexual y sexual, en caso de que sea necesaria una derivación.

El último capítulo analiza el futuro de la partería y cómo introducir nuevos elementos en el ámbito de su práctica a partir de un enfoque positivo respecto de la sexualidad, dando respuestas frente a los tabúes culturales, anticipándose a los cambios graduales de la sociedad.

Capítulo 26: Hablar de sexualidad

En las culturas occidentales, las personas han aprendido a hablar de sexualidad con mayor soltura y mucho humor, al menos en contextos distendidos como puede ser

una fiesta. Sin embargo, es diferente cuando se debe tocar el tema de manera profesional con pacientes. A muchos profesionales les resulta en extremo difícil hacer preguntas sobre lubricación, un orgasmo doloroso o la pérdida de deseo sexual. También les cuesta brindar información sobre sexo oral o masturbación.

Este capítulo se ocupa de estas habilidades de comunicación y ofrece un marco de referencia para hablar de sexo con las pacientes, acompañado de ejemplos prácticos y concretos. El capítulo diferencia entre “hablar de sexología” (por lo general, en el intercambio entre profesionales) y “hablar de sexo” (qué se necesita en la comunicación con los pacientes, sea la mujer o la pareja).

En líneas generales, se sigue el modelo “Uno a Uno” de cuatro etapas: tomar la iniciativa de plantear la cuestión, animar a los pacientes a expresarse, resumir la información y hacer una propuesta. El modelo Uno a Uno fue desarrollado por SENSOA, el Centro Flamenco de Especialización en Salud Sexual, y tiene como objetivo ayudar a los profesionales de la salud a tratar con mayor facilidad y frecuencia la sexualidad e intimidad de sus pacientes y contribuir con el bienestar sexual de la comunidad en su conjunto.

Capítulo 27: De las competencias para el bienestar sexual en partería a la enseñanza y formación de las matronas en sexualidad

Este libro apunta a incorporar el tema “sexualidad e intimidad” en la práctica de la partería. Para lograrlo, es necesario considerar tres grupos de destinatarios relevantes. Primero, las matronas y los profesionales de la salud en ejercicio, quienes ya han completado su formación básica. Bajo la premisa actual de “formación continua”, creemos que este libro ofrece información muy valiosa y confiable que sirve como herramienta de actualización individual y como capacitación adicional.

El segundo grupo está formado por matronas y profesionales en formación. Muchos institutos y universidades ofrecen cursos de partería y enfermería que preparan a jóvenes para convertirse en la próxima generación de profesionales dedicados a la atención materna y la salud de la mujer. Esperamos que este libro contribuya a esa formación.

Al tercer grupo lo integran formadores y docentes de partería y otras carreras de salud, quienes son los destinatarios principales de este capítulo.

A partir del marco de competencias en partería existente, el capítulo considera el rol de las matronas en la sexualidad y el bienestar sexual, observa las adaptaciones necesarias de los planes de estudios, para luego enfocarse en las capacidades y habilidades de los docentes de partería. Para poder desarrollar la experticia necesaria, el conocimiento debe ir de la mano con habilidades y actitudes, que se adquieren mediante diversas formas de práctica, por ejemplo, juegos de roles, donde los papeles a interpretar gradualmente se asemejen a la realidad cotidiana.

El capítulo adopta el modelo educativo KASES (del inglés Knowledge: conocimiento; Attitude: actitud; Skills: habilidades; Emotional attunement: sintonía emocional y Support: apoyo) con el objeto de ofrecer estrategias concretas para formar a las matronas en sexualidad, organizar ejercicios de práctica, etc.

Capítulo 28: Consecuencias sexuales de las intervenciones que se practican en partería

Elementos de diversa índole influyen en la sexualidad y la intimidad y, aunque algunos no tengan implicancia en la atención obstétrica, otros están directamente relacionados con lo que sucede al entrar en contacto con la matrona. Este capítulo analiza las consecuencias (los “efectos secundarios sexuales”) de lo que la matrona hace u omite hacer. El foco estará puesto en sus comportamientos y actitudes, más que en las intervenciones “médicas o técnicas”. El capítulo discute las posibles implicaciones sexuales de la práctica diaria de las matronas y de incorporar en ella el tema sexualidad con especial atención en la integridad corporal, los límites y el respeto.

Parte de la información se proporciona en forma de preguntas para reflexionar sobre la actitud profesional en la práctica diaria.

También se incluyen algunos aspectos del involucramiento personal en el cuidado de la mujer y la pareja. La matrona también tiene sentimientos sexuales, muy probablemente una vida sexual y tal vez una relación sexual. Estas son cuestiones que no consideran a la hora de analizar su trabajo, pero que pueden influir si los aspectos positivos y negativos de la intimidad y la sexualidad de sus pacientes la interpelan intensa o repetidamente.

Capítulo 29: Cómo otros profesionales tratan los problemas sexuales

Este capítulo analiza cómo los especialistas en sexología o medicina sexual tratan los problemas y trastornos sexuales. La “caja de herramientas” de estos profesionales contiene muchos elementos diferentes y las matronas pueden utilizar y desarrollar algunos de ellos. Este capítulo describe dichos elementos para develar qué sucede dentro del consultorio del sexólogo para que la matrona pueda explicar a su paciente o a la pareja qué esperar cuando son derivados a este especialista.

A partir de una historia clínica muy detallada, se presentan los diversos pasos de un programa de tratamiento de terapia sexual.

Capítulo 30: La partería del futuro: un campo de competencias en expansión

El objetivo de este libro es hacer que la atención en partería sea más sensible a la sexualidad, lo cual no es el caso en la mayoría de los lugares del mundo. Este último capítulo del módulo, y del libro, intenta llevar la disciplina un paso más allá.

En sentido amplio, la partería ejercida con una mirada positiva hacia lo sexual puede generar espacios que amplíen los dominios de la salud femenina.

¿Por qué no soñar con cambiar para mejor? Este capítulo destacará diversos motivos para buscar ese cambio y describirá algunos aspectos de la partería en Suecia, un claro ejemplo de atención obstétrica bien desarrollada, con un enfoque progresista y positivo hacia la sexualidad.

El capítulo abarca varias perspectivas de educación sexual e inicia con la práctica diaria de partería, para luego indagar sobre el papel de docente/formador de diferentes grupos. A continuación, plantea cómo asumir un rol social proactivo de defensa y promoción de la salud y los derechos sexuales. Por último, apela a la imaginación para pensar en la manera de combinar necesidades sociales y sueños individuales para crear nuevas oportunidades laborales a partir de la superespecialización en partería.

26.1. Introducción

Este capítulo ofrece un método concreto y sencillo para introducir la sexualidad como tópico en la práctica de partería. Siguiendo cuatro pasos sencillos, la matrona, como profesional de salud, podrá iniciar la conversación sobre sexualidad, escuchar la historia de su paciente, dar cierre a la conversación de forma respetuosa y ofrecer posibles maneras de cubrir esas necesidades. Este método se sostiene en habilidades que las matronas ya poseen y constituye una herramienta para hablar sobre sexualidad con las pacientes, incluso cuando aún no se tiene experiencia en esto. La mayoría de los profesionales de la salud se preguntarán “¿Puedo mencionar el sexo como tema de interés? ¿No sonará demasiado intrusivo? ¿Qué va a pensar de mí esta mujer? ¿Cómo introduzco la sexualidad como tema de conversación? ¿Tendré tiempo suficiente para abordar las preocupaciones sexuales que podría tener mi paciente? ¿Qué ocurre si mis pacientes me hacen preguntas sobre sexualidad que (todavía) no sé cómo responder?”

El modelo Uno a Uno (1 a 1) toma elementos de varios modelos (de asesoramiento), el modelo PLISSIT [1], la entrevista motivacional [2], el modelo ICE (*I*deas: ideas, *C*oncerns: preocupaciones, *E*xpectations: expectativas) para el armado de historias clínicas [3] y el modelo biopsicosocial [4]. La versión final del modelo 1a1 (Figura 26.1.) fue desarrollada por SENSOA² en colaboración con universidades y organizaciones profesionales [5]. Este capítulo ofrece un resumen concreto de los pasos a seguir para hablar de manera proactiva sobre sexualidad con los pacientes. Cada etapa del modelo ofrece consejos para implementarlo de forma directa en la práctica diaria de la partería.

¹ R. Borms

Sensoa vzw, Amberes, Bélgica.

Práctica independiente, Willebroek, Bélgica.

S. Geuens 

Departamento de Salud - Partería, Universidad PXL de Ciencias Aplicadas y Artes, Hasselt, Bélgica.

Centro Ambulatorio de Salud Sexual, Hospital Saint Franciscus, Heusden-Zolder, Bélgica. E-mail: sam.geuens@pxl.be

² SENSOA es el Centro Flamenco para la Salud Sexual y la Prevención del VIH. Como parte de su objetivo de mejorar el bienestar sexual de la comunidad en su conjunto, han desarrollado un modelo que ayuda a los médicos generalistas a conversar sobre sexualidad con sus pacientes de forma más fácil y frecuente. Este capítulo explora sus posibles usos en la práctica de la partería.



Figura 26.1. Modelo Uno a Uno (1a1): tomar la iniciativa de conversar sobre salud sexual con los pacientes [5]

26.2. Paso 1A: Tomar la iniciativa de plantear el tema del sexo

Este primer paso ofrece un punto de apoyo para iniciar la conversación sobre temas de salud sexual con los pacientes, ya que muchas veces los profesionales vacilan o tienen dudas a la hora de discutir la sexualidad: “¿Será lo correcto? No quiero sonar muy directo. ¿Qué va a pensar de mí? ¿Qué preguntas está bien hacer y cuáles son inapropiadas? ¿Cómo puedo hacerlo de una manera profesional y que sea útil?”

- Este primer paso consiste tan sólo en iniciar una conversación sobre la salud sexual, ya que las pacientes no suelen plantear el tema sexualidad por sí mismas. Las razones para esto varían: por sentir vergüenza o culpa, por no saber si es apropiado compartir esas preocupaciones con la matrona, etc. Si nunca se toca el tema, las preocupaciones y los problemas relacionados con la sexualidad permanecerán ocultos y, estaremos implícitamente dando el mensaje de que es un tema que no debería abordarse.
- La matrona no desconoce que hablar de sexualidad puede ser vital para la salud y el bienestar femeninos. Sin embargo, esta conexión no siempre resulta evidente para todas las mujeres. Entonces, que la profesional plantee el tema puede generar sorpresa o desconcierto. Frente a esta situación, dos pautas pueden ser de utilidad: explique por qué la necesidad de hablar de sexo y pida permiso.

Preguntar de la nada “¿Cómo es tu vida sexual en este momento?” puede sonar bastante intrusivo para la paciente y no entender el motivo de la pregunta puede hacer que ella y la pareja se planteen: “¿por qué la matrona me pregunta sobre sexo? ¿Será que tengo algo malo? ¿Cómo me veo para los demás? ¿Por qué quiere saber estas cosas?”

Si bien puede que algunas mujeres más asertivas tomen la iniciativa de hacer preguntas sobre el tema, muchas otras se sentirán incómodas o expuestas y serán incapaces de expresarse. La matrona puede prevenir esta reacción explicando por qué quiere hablar de la sexualidad y relacionando sus preguntas con la salud en general.

El paso 1 tiene como objetivo introducir la sexualidad como tema habitual de conversación dentro de la práctica de la partería, de una manera que no sea intrusiva. Se recomienda no hacer preguntas directas durante en un primer momento, ya que los detalles vendrán con el paso 2. **Referirnos a nuestro rol como matrona y explicar a las pacientes y las parejas que el cuidado de la salud sexual de las personas es algo normal en partería** puede hacer que les sea más fácil tratar el tema.

Ejemplo: “Nuestro trabajo como matronas es hacer un seguimiento del bienestar y la salud general, incluida la salud sexual. ¿Te parece bien que lo hablemos?”

También se puede hacer referencia al protocolo y la práctica regular de la partería en ámbito hospitalario, ya que esto despersonaliza el tema de la sexualidad al vincularlo con la profesión.

Ejemplo: “Parte del protocolo de nuestro equipo es hablar sobre sexualidad con todas las mujeres y las parejas. Sabemos que las personas no siempre se animan a hacer preguntas o manifestar sus preocupaciones sobre sexualidad. Pero creemos que es importante poder ayudar en este sentido cuando sea necesario. ¿Te parece bien si nos tomamos unos minutos ahora para hablar sobre esto?”

Al explicar que la salud sexual está vinculada directamente al rol y función de la matrona, las preguntas que hagamos sobre sexualidad se vuelven menos personales, lo que permite hablar de la salud sexual de forma positiva y neutral.

En la práctica, la matrona también tocará el tema cuando sospeche que la pareja tiene problemas sexuales, sea por puro instinto profesional o porque sabe cómo las condiciones físicas o mentales y la vida misma pueden afectar el bienestar sexual de las mujeres. La búsqueda de un bebé, el embarazo y el postparto inevitablemente afectan el bienestar y la práctica sexual. Las matronas tienen una razón objetiva para plantear el tema de la sexualidad y siempre deben hacerlo. Otras razones son:

- haber notado algo durante el examen físico: por ejemplo, tensión muscular;
- haber escuchado algo en el relato de la paciente: por ejemplo, experiencia de abuso sexual;
- haber leído algo en su historia clínica: por ejemplo, antecedentes de depresión.

Por lo general, lo que llama la atención de la matrona es algo en la situación o el relato de la mujer. En todo caso, sigue siendo aconsejable iniciar la conversación sobre salud sexual de forma **despersonalizada**. Al igual que lo hicimos al referirnos a los protocolos del equipo médico o a la salud sexual como “parte del trabajo de la matrona”, podemos despersonalizar las preocupaciones individuales de una paciente en particular **haciendo referencia a nuestro conocimiento o experiencia profesional**.

Al referirnos al conocimiento, estamos diciendo que las preocupaciones que notamos son posibles factores de riesgo conocidos por perjudicar la salud sexual. Podemos, por ejemplo, plantear hechos: “Sabemos que...”. También podemos hacer referencia a investigaciones o a guías profesionales. Al explicar el vínculo entre las preocupaciones

individuales y lo que sabemos a ciencia cierta sobre salud sexual, evitamos referirnos específicamente a la situación de esa paciente para hablar, en general, de las mujeres que han estado en esa misma posición.

Ejemplo: *“Los estudios muestran que los cambios hormonales durante el embarazo afectan los niveles de deseo sexual y excitabilidad en las mujeres. Estos tienden a disminuir al comienzo del embarazo, luego pueden aumentar y vuelven a disminuir hacia el final”.*

Otras formas de presentar objetivamente el tema sexualidad: “Los problemas de fertilidad generan confusión en la relación sexual de una pareja...”; “Es común que las madres recientes tengan dificultades relacionadas con la sexualidad...”; “El embarazo puede generar miedo a tener relaciones sexuales...”.

La matrona también puede despersonalizar el tema refiriéndose a su experiencia profesional. Al vincular las preocupaciones observadas en una paciente con otros casos similares que hemos tenido, podemos abordar la sexualidad de manera indirecta. Siempre se puede hacer referencia a la experiencia propia, especialmente cuando aún no hay datos científicos o protocolos específicos.

Ejemplo: *“Su situación me recuerda a la de otras pacientes que he tratado. Ellas decían que, por la falta de sueño, la maternidad reciente había afectado su relación y su vida sexual”.*

Algunas frases útiles:

- “Muchas mujeres que... me han dicho que...”
- “Otras pacientes en la misma situación me dicen que también experimentan problemas con...”
- “Las mujeres a las que atiendo a menudo me dicen que...”
- “Esto me recuerda a preocupaciones que otras pacientes han compartido conmigo sobre...”.

Al utilizar este enfoque, siempre **debemos hacer referencia en general a varias personas** porque hablar sobre una paciente en particular puede ser percibido como una violación de la confidencialidad profesional entre matrona y paciente, lo que podría llevar a la paciente actual a temer que su historia sea divulgada.

A veces no hay una razón concreta que indique problemas sexuales y, sin embargo, los instintos de la matrona le dicen que la paciente podría estar experimentándolos. Cuando esto ocurre, podemos expresar abiertamente nuestras sospechas, pero hay grandes chances de toparnos con resistencia por parte de la mujer.

Ejemplo de caso: la paciente acaba de dar a luz y es probable que nadie le haya hablado de anticoncepción durante el embarazo. Volver a quedar embarazada en el corto plazo es desaconsejable. Se desconoce si se está utilizando algún método anti-conceptivo. La matrona quisiera mencionar la anticoncepción en la próxima consulta.

Expresar directamente: “Me preocupa que no estés usando anticonceptivos porque no creo que sea una buena idea volver a quedar embarazada en este momento” podría generar resistencia. La mujer puede sentir que la matrona ha cruzado un límite personal sin su consentimiento al tocar el tema de sus hábitos reproductivos y sexuales de forma tan directa y sin un buen motivo. Esta forma de hacerlo puede generarle dudas (“¿Qué piensa esta matrona de mí? ¿Cómo me ve?”). Incluso puede provocar inseguridades o

enojo de la paciente ante lo que parece ser un juicio de valor sobre su forma de vida (“No es asunto suyo. No me importa lo que crea que debo o no debo hacer. ¿Piensa que no podría ocuparme de otro hijo? Ya va a ver.”)

Podemos hacer que estas preguntas se sientan menos personales evitando plantearlas directamente:

- Matrona (refiriéndose al conocimiento profesional): “Sabemos que muchas mujeres que han dado a luz recientemente necesitan tiempo para reorganizar sus vidas, haciendo malabares entre las nuevas preocupaciones maternas, sociales y financieras en un momento complejo, marcado además por la falta de sueño, etc. Con todo esto, no es raro olvidarse de la anticoncepción. ¿Te parece bien si lo charlamos?”

Otra alternativa podría ser:

- Matrona (refiriéndose a la experiencia profesional): “He atendido a varias mujeres que involuntariamente volvieron a quedar embarazadas poco después de dar a luz. Ocurre que, con la maternidad, la falta de sueño, etc., se olvidaron de usar un método anticonceptivo. A la mayoría de ellas les resultó difícil sobrellevar el embarazo. Recién tuviste un bebé, ¿te parece bien si charlamos un poco sobre anticoncepción y planificación familiar?”

Al referirnos tanto al conocimiento como a la experiencia, introducimos la sexualidad de forma despersonalizada, como un tema que forma parte de la atención en partería, al tiempo que le hacemos saber a la paciente que no es la única mujer que ha experimentado dificultades sexuales en este período. Reconocer esta situación puede traer alivio en contextos donde el tema sexo todavía genera vergüenza y culpa. El mensaje implícito adicional es que hablar de sexualidad es algo normal en partería y que la mujer puede acudir a la matrona si tiene preocupaciones de esta índole.

26.3. Paso 1B: Pedir permiso

Después de tomar la iniciativa de introducir el tema sexualidad a nivel general, la matrona debe pedir permiso para llevar la conversación al nivel personal. Pedir permiso constituye una técnica de asesoramiento motivacional para reducir la posible resistencia a hablar por parte de la persona consultada. Es una técnica de comunicación poderosa, que le confiere a la paciente copropiedad de la conversación y le permite decidir cómo proceder.

Algunos ejemplos: “¿Te parece bien si lo hablamos?”

- “¿Te parece bien conversar un poco más sobre este tema?”
- “¿Te parece bien si nos tomamos unos minutos para conversar de esto más a fondo?”
- “¿Te parece bien si nos tomamos unos minutos para hablar de esto y ver cómo lo estás viviendo?”

Pedir permiso también significa que la paciente tiene la opción de negarse: puede decir “¡No!”. Si la mujer no desea tener esa conversación, pedirle permiso le ofrece una salida. Sin embargo, la negativa a hablar sobre la sexualidad es también un dato importante y podría ser una oportunidad para discutir por qué el sexo le resulta un tema tan difícil.

Por ejemplo, podemos consultar: “¿Puedo preguntar por qué prefiere no hablar de esto?”. Incluso esta forma de mencionar el tema conlleva un pedido de permiso y la mujer puede indicar si no desea seguir adelante. A veces las pacientes plantean preguntas sobre la confidencialidad profesional. En tales casos, brindarle alguna información sobre manejo de información confidencial puede ser suficiente para que se sienta cómoda para empezar a hablar.

Resumen del Paso 1: tomar la iniciativa de hablar sobre sexo

- Presentar la sexualidad como tema de conversación de forma general y despersonalizada
 - Referirse a la profesión o al protocolo hospitalario
 - Referirse al conocimiento profesional: “Sabemos que... Los estudios muestran que...”
 - Referirse a la experiencia profesional: “Otras pacientes me han dicho que...” “Otras mujeres que sufren de... también han experimentado...” (siempre en plural)
- Pedir permiso para llevar la conversación al nivel personal

Tabla 26.1. Repaso del Paso 1.

26.4. Paso 2: Hacer que la paciente cuente su propia historia

Una vez que se obtiene permiso para continuar, la conversación avanza hacia el paso 2, el cual tiene como objetivo conocer la situación y experiencias únicas de esta paciente en lo que refiere a la sexualidad. Por lo tanto, finalizar el paso 1 con esta autorización para continuar es fundamental.

Lo que sigue es generar un marco que invite a la paciente a contar su historia. Que la matrona pueda asumir una actitud genuina de “no saber” y de escucha activa es más importante que saber qué preguntas hacer. Recepcionar y comprender, tanto como sea posible, el relato de la paciente sin hacer suposiciones sobre sus experiencias, pensamientos, sentimientos, etc. es algo que puede sonar evidente, pero no siempre resulta fácil. Nuestra formación nos prepara para ayudar a las personas, lo que solemos traducir como tomar medidas, hacer recomendaciones, brindar consejos e incluso participar activamente para contribuir a ese cambio. Los profesionales de la salud a veces olvidamos que la escucha activa debería partir de una actitud de desconocimiento. Considerar a la paciente como la experta en su propia historia, vida y problemas es esencial para producir un cambio positivo.

El hecho de que escuchar ayude no significa que resuelva los problemas de la paciente, pero sí puede aliviarla de cargas emocionales excesivas (sentimientos de vergüenza, culpa, soledad, etc.). Pensemos en la mujer que finalmente puede compartir, sin temor a ser juzgada, la frustración que le provoca no quedar embarazada luego de intentarlo por meses. Poder poner estos sentimientos en palabras no facilitará

directamente el embarazo, pero sentir que puede compartir sus inquietudes en un entorno seguro le permitirá desahogarse, lo que resulta beneficioso. Irónicamente, los profesionales de la salud evitan hablar de sexualidad porque no tienen respuestas preparadas o consejos para ofrecer y, por tanto, sienten que no pueden “ayudar” en este sentido.

El razonamiento detrás de este segundo paso se puede encontrar en el modelo PLISSIT. Al formularlo en 1976, Annon enfatizó la importancia del dar permiso: dejarle claro a la paciente que puede hablar sobre sexualidad y que está bien que lo haga [1]. Sentir que finalmente puede compartir sus cargas o preocupaciones sexuales ayuda porque trae aparejado su reconocimiento, con un posible efecto normalizador. En 2007, Taylor & Davis reiteraron la importancia de este “dar permiso” para generar cambios a través de la comunicación. En lugar de verlo sólo como el comienzo del proceso, el modelo EX-PLISSIT de Taylor & Davis considera que pedir permiso es fundamental para todos los niveles del modelo PLISSIT [6]. En el esquema de estos autores, el profesional pide permiso para informar sobre sexualidad, para ofrecer recomendaciones y para comenzar un tratamiento intensivo. Este proceso constante de pedir y recibir permiso, junto con la autoevaluación y reflexión continuas sobre el desarrollo del proceso, garantiza que las pacientes se sientan cómodas hablando sobre un tema “difícil” como su sexualidad.

Para muchas mujeres, la vida sexual es tabú y los sentimientos de vergüenza y culpa no son expresados. Al escuchar de manera activa con una actitud de desconocimiento, la matrona se acerca a la paciente, una mujer cuya situación e historia son únicas. ¿Cómo vive su situación? ¿Cuáles son sus principales preocupaciones? ¿En base a qué tipo de información toma decisiones con respecto a su salud y bienestar sexual? ¿Necesita información adicional? ¿Necesita ayuda? En resumen, además del efecto beneficioso de simplemente escuchar sin juzgar, este paso permite a la matrona comprender la situación, las preocupaciones y los sentimientos de la mujer para luego pensar en una intervención adecuada (paso 4) a partir de la historia de la paciente.

De nuevo, el elemento central del paso 2 es adoptar una actitud de desconocimiento. El objetivo es reconocer que la paciente es la experta en su propia historia, lo que le ayudará contarla más plenamente. Como ya se mencionó, muchos profesionales de la salud evitan hablar de sexualidad porque sienten que carecen de los conocimientos necesarios en esta área. Por lo general, tener una formación no especializada en sexología hace que sea más fácil adoptar una postura de “no saber” al hablar de sexo con las pacientes. Por ejemplo, si desconocemos cómo se considera un aspecto de la sexualidad en un contexto cultural diferente del nuestro, podemos preguntar, por ejemplo:

- “Podría decirme, como mujer musulmana, ¿cuál es su mirada sobre esto? ¿Cómo es vista la sexualidad en su cultura y religión? ¿Cómo afronta esto en su vida personal?
- o,
- “¿Cómo es para usted pensar en tener hijos con otra mujer? ¿Qué piensa de la idea de que su pareja quede embarazada?”

Cuanto más conocimiento y experiencia tiene el/la profesional, más fácil será que caiga en supuestos basados en rasgos reconocibles de la historia de la paciente. El peligro radica en considerar inconscientemente que estas suposiciones constituyen la realidad de la paciente sin preguntarle siquiera si son correctas.

Ejemplo: una matrona que trabaja en el área de fertilidad de un hospital se reúne por primera vez con una pareja que intenta concebir y les pregunta: “¿Tienen sexo en los días del mes en que las posibilidades de concepción son más elevadas?”. Ante esta pregunta, las parejas suelen responder sí. La matrona anota la respuesta en su hoja de admisión sin saber si la pareja comprende realmente cómo funciona el ciclo menstrual y el “margen de fertilidad”.

Adoptar una postura de desconocimiento es más fácil si se tiene en cuenta que cada mujer tiene una personalidad, una historia personal y una historia y vida sexual única. Precisamente, conocer la singularidad de su historia es lo que la matrona necesita para ofrecer ayuda adecuada (paso 4).

Una vez que se aprende a adoptar la postura del desconocimiento, hay que saber qué preguntas se pueden hacer y cómo para que la paciente nos cuente su historia. El paso 1 consistía en iniciar la conversación sobre sexualidad de una manera menos directa obteniendo, en última instancia, el permiso de la mujer para continuar hablando del tema. El paso 2 comienza por descubrir si la preocupación general respecto de la sexualidad es experimentada de manera similar por la paciente.

Ejemplo “¿Reconoce esto? ¿Cómo lo experimenta? ¿Le está causando problemas también a usted? ¿De qué manera?...”

El paso 2 se concentra en explorar la perspectiva única de la mujer. Al adoptar una postura de desconocimiento, podemos animar a la paciente a contar su historia a partir de diferentes marcos. Dentro del modelo 1a1, proponemos utilizar el marco ICE o el modelo Biopsicosocial.

La técnica ICE es el primer marco para explorar la historia sexual de la paciente [3]. La sigla ICE (del inglés *ideas, concerns and expectations*) significa Ideas, Preocupaciones y Expectativas. La matrona pregunta a la paciente qué le preocupa (Preocupaciones), si tiene alguna idea de cómo se originó esto (Ideas) y qué espera que haga, en tanto profesional de la salud, con respecto a estas preocupaciones (Expectativas). Estas preguntas ayudan a enfocar la conversación en la historia, experiencias y necesidades únicas de la mujer, además de contribuir a generar una mejor relación profesional-paciente, ya que la mujer cuenta su historia y la profesional comprende sus experiencias [3].

Ideas: esta pregunta explora las opiniones de la mujer sobre cómo ha cambiado su vida sexual. ¿Cómo se siente con respecto a su situación actual? Al preguntar de manera activa, podemos obtener información que de otra forma probablemente hubiera sido excluida de la conversación. También nos permite identificar cuando la paciente ignora información relevante o cuando tiene información incorrecta que los profesionales podemos intentar corregir en el paso 4.

Ejemplo “¿Cuál cree que podría ser la causa? ¿Se le ocurre con qué podría estar relacionado?...”

Preocupaciones: preguntar sobre las preocupaciones de la paciente es relevante porque los profesionales con frecuencia creen saber lo que necesitan o quieren las mujeres. La paciente podría sentirse insatisfecha si el tratamiento no se enfoca en

sus principales inquietudes. Por ejemplo, el deseo de una mujer con dispareunia podría estar orientado a recuperar la intimidad con su pareja, a besarse y pasar tiempo juntos, en lugar de a reducir el dolor experimentado. Si presumimos que el foco debe estar puesto en el dolor, nuestro plan de tratamiento podría resultar ineficaz porque la paciente no estará motivada a realizarlo.

Las preocupaciones de la mujer pueden ser diferentes o más graves de lo que los profesionales imaginamos o podría ser que el orden de importancia asignado a cada una por la paciente sea difiera del observado en otras mujeres. Preguntar de manera activa sobre esto nos permite desprendernos de cualquier preconcepción y adopta una postura genuina de “no saber”. Preguntar qué aspectos le preocupan y cuál es la prioridad les asigna proporciona una imagen más precisa de las necesidades de la paciente. De esa manera, podremos proponer una intervención personalizada (paso 4).

Ejemplo “¿Qué es lo que más le preocupa?” “¿Qué es para usted lo que más le gustaría que cambiara?”

Expectativas: preguntar sobre las expectativas nos brinda una idea de cómo la paciente desea que ocurra este cambio. Hacerlo de una manera positiva preguntando sobre sus esperanzas permitirá que ella pueda participar en adaptar la intervención (paso 4) a su medida. Indagar sobre sus expectativas respecto de nosotros, como profesionales, nos permitirá satisfacer las necesidades de nuestra paciente con mayor precisión y evaluar si sus expectativas son realistas. Este tipo de preguntas la hace sentirse escuchada y genera un vínculo que facilita las cosas en caso de que sea necesario corregir expectativas poco realistas.

Ejemplos “¿Cómo espera que esto evolucione?” “¿Qué cree que sucederá si nada cambia?” “¿Qué espera conseguir?” “¿Cómo espera que esto se modifique en el futuro?” “¿Qué desea o espera que ya haga como su matrona?”

Además, vale la pena preguntarle a la mujer sobre sus Ideas, Preocupaciones y Expectativas en relación a la sexualidad y su vida sexual. ¿Qué piensa respecto de tener sexo después de tener un bebé? ¿Espera reanudar el coito en poco tiempo? ¿Espera que sea igual, diferente, más doloroso que antes? ¿Le preocupa cómo su pareja experimentará este período? ¿Le preocupa lo que su pareja espere de ella?

El **modelo Biopsicosocial (BPS)** es el segundo marco a utilizar [4]. Entiende la salud sexual (y la salud en general) como el producto de un delicado equilibrio entre el yo biológico/físico, psicológico y social de una persona [4]. Nuevamente, a partir de una postura de desconocimiento, la matrona puede explorar posibles desequilibrios en el bienestar físico, psicológico o social/relacional de la mujer. Este tipo de preguntas contribuyen a formarse una imagen más amplia de cualquier posible angustia o dificultad experimentada por la paciente. Eso no significa que como profesionales debamos formular una intervención diferente para cada dimensión. En este sentido, las derivaciones interdisciplinarias suelen ser necesarias.

Impacto biológico o físico: “¿Esto le trae algún impedimento físico? ¿Siente dolor en algún lugar? ¿Siente que esto también afecta su cuerpo? ¿De qué manera?”

Impacto psicológico o mental: “¿Cómo está llevando esto? ¿Qué le genera como persona? ¿Qué pensamientos o sentimientos le provocan? ¿Cómo lidia con esto?”

Impacto social o relacional: “¿Cómo lo está manejando su pareja? ¿La relación se ve afectada? ¿Puede buscar apoyo en su círculo social? ¿Cómo responde a esto su familia? ¿Cómo es visto por su comunidad religiosa/cultural?”

Es igualmente importante que nuestra mirada sobre la realidad de la mujer no se concentre demasiado en los problemas. Esto puede evitarse preguntando qué aspectos de la vida sexual todavía están bien o incluso muy bien. Un buen punto de partida podría ser preguntar: “¿Sexualmente, qué aspectos siguen yendo bien?” “¿Qué cosas la hacen sentir sexualmente satisfecha?” “¿Sexualmente, qué cosas aún la hacen sentirse feliz?”

26.4.1. *¿Cómo, dónde y con quién hablar de sexo?*

Recopilar dos listas de preguntas, las apropiadas y las inapropiadas, sobre la sexualidad es absurdo. Podemos aprender a reflexionar de manera crítica qué preguntarles a los pacientes adhiriendo a una regla general simple: ¿Cuál es mi intención? ¿Por qué hago esta pregunta? No debemos hacer preguntas de índole sexual por interés personal o curiosidad. Las preguntas no relacionadas con mejorar la salud de la mujer o la pareja son inapropiadas. La motivación de los profesionales siempre debe ser mejorar o hacer un seguimiento de la salud sexual.

Ejemplo: La paciente está cursando el tercer trimestre. Preguntar por curiosidad si sus orgasmos se sienten diferentes (tónicos en lugar de clónicos) no es la preocupación principal en lo que refiere a su salud sexual. Una pregunta apropiada para iniciar esta conversación podría ser: “¿Cómo se siente respecto de su vida sexual en esta fase final del embarazo? ¿Le parece bien que hablemos sobre esto?”

Los profesionales suelen utilizar temas no relacionados directamente con la salud como catalizadores para generar una buena colaboración con la paciente. Sin embargo, si el objetivo es construir una relación de confianza, será mejor no elegir el tema sexualidad, ya que, para muchas personas, sigue siendo tabú y suscitando sentimientos de inseguridad, vergüenza e incluso culpa. Hay muchos otros temas con connotaciones positivas que podemos utilizar.

Dado que el tema también puede ser complejo para la matrona, será bueno preguntarse dónde y con quién se debe discutir la sexualidad.

La sexualidad es parte tanto de nuestras vidas individuales como de la compartida con otros. Como individuos, tenemos ideas y sentimientos sexuales. Nuestros cuerpos responden de manera única a la estimulación sexual y tenemos una vida sexual privada (fantasías, masturbación, etc.). Eso cambia cuando vemos el sexo como parte de nuestra vida conectada a una dinámica interpersonal. La sexualidad es parte integral de la relación diádica de pareja. Incluso en un encuentro sexual “casual” forma parte de la interacción entre esas dos personas. Comprender esto destaca la necesidad de indagar sobre el contexto en el que la mujer experimenta su sexualidad. ¿Sola o en pareja? ¿Dentro o fuera de una relación comprometida? ¿Con un hombre, una mujer o una persona no cisgénero? No podemos ver la sexualidad de una mujer en una relación comprometida como independiente de la sexualidad de su pareja. Por tanto, si es posible, será beneficioso (además) hablar del tema estando ambos miembros de la pareja presentes. Sin embargo, a algunas pacientes

les resulta más difícil hablar de sexo delante de su pareja que si estuvieran a solas con la matrona. Esto puede deberse a problemas sexuales o relacionales, vergüenza o culpa, abuso sexual, etc. Así que, de nuevo, no se debe forzar el tema sino iniciar la conversación de manera impersonal y pidiendo permiso para hacer preguntas. Puede ocurrir que la paciente prefiera tener primero una conversación a solas con la matrona, a partir de la cual tomar valor para, más tarde, hablar de sexo con su pareja presente. Comenzar preguntando “cómo y con quién prefiere hablar de sexo” puede ser útil:

Ejemplo: “Me gustaría abordar el tema de la sexualidad. ¿Prefiere que lo hagamos ahora o le gustaría posponerlo hasta la próxima vez para que también esté presente su pareja?”

Aunque no esté presente, la perspectiva de la pareja puede incorporarse en la conversación. Por ejemplo, podemos preguntar: “¿Qué hace su pareja?” “¿Sabe qué piensa sobre la vida sexual que tienen ahora?”.

Algunas preguntas podrían ser:

- “Me comentó que ahora que están tratando activamente de concebir, a veces siente que tener sexo es una carga más que un disfrute. ¿Cómo cree que su pareja está experimentando esto?”
- “Mencionó que después del parto prefiere esperar hasta sentirse completamente lista para reanudar el coito. ¿Qué cree que piensa su pareja al respecto?”

Si bien las respuestas de la paciente sobre las experiencias sexuales de su pareja pueden parecer secundarias y, a veces, incorrectas, hacer estas preguntas provocará que ella considere la experiencia de su pareja respecto de su relación sexual actual.

Contexto: casi todas las pacientes prefieren hablar sobre sexualidad en privado, sin otras personas escuchando, aunque a veces no sea posible, por ejemplo, cuando lo único que nos separa de otros pacientes es una cortina o un biombo. Muchas mujeres son admitidas en una sala hospitalaria abierta. Esa falta de privacidad podría impedir que hablen sobre sexualidad. Cuando la mujer se muestra renuente, reconocer este condicionante podría ser beneficioso para la conversación y el vínculo con ella.

Ejemplos “Es mi trabajo como matrona monitorear tu bienestar y salud general, incluida la salud sexual. ¿Le parece bien que lo hablemos?”

Cuando la mujer duda en responder y permanece en silencio: “Muchas personas se sienten más cómodas hablando de sexualidad en un entorno más privado. ¿Le parece bien que hablemos sobre este tema en otro momento?”

O: “Muchas personas se sienten más cómodas hablando de sexualidad en un entorno más privado. ¿Se sentiría más cómoda si conversamos en un lugar más privado?”

Por supuesto, la realidad física de nuestro entorno laboral puede suponer un obstáculo. Las matronas pueden salvar este tipo de situaciones de forma creativa. Algunas pacientes prefieren escribir sus preguntas, obtener una respuesta por escrito, etc. A veces, hablar de sexo mientras caminan juntas por el hospital puede sentirse más cómodo que en la habitación, donde otras paciente o miembros del personal sanitario podrían escuchar la conversación.

Estructura	¿Qué?	¿Cómo?	Ejemplo
Comienzo	Explorar la situación y hábitos sexuales de la mujer	Preguntar sobre la relación entre preocupaciones generales (paso 1) y la vida sexual de la mujer	<i>¿Reconoce esto? ¿Se está enfrentando a problemas similares? ¿Cómo lo experimenta?</i>
Medio	Explorar las experiencias de la mujer	<i>Preguntas del modelo ICE</i>	
		– <i>Ideas</i> : ¿Cuáles son sus ideas al respecto?	<i>¿Qué creé que puede estar ocasionándolo?</i>
		– <i>Preocupaciones</i> : ¿Cuáles son sus preocupaciones?	<i>¿Qué es lo que más le preocupa?</i>
		– <i>Expectativas</i> : ¿Cuáles son sus expectativas?	<i>¿Qué espera que ocurra?</i>
		Modelo Biospsicosocial	
		– <i>Biológico</i> : ¿Cuál es el impacto físico?	<i>¿Qué provoca esto en su cuerpo? ¿Está experimentando algún tipo de malestar?</i>
		– <i>Psicológico</i> : ¿Cuál es el impacto psicológico o psíquico?	<i>¿Cómo lidia con esto? ¿Cómo la hace sentir?</i>
		– <i>Social</i> : ¿Cuál es el impacto relacional o social?	<i>¿Cómo afecta a su relación y su círculo social?</i>
Fin	Explorar qué aspectos se mantienen bien, qué funciona bien todavía, etc.		<i>¿Sexualmente, qué aspectos siguen yendo bien? ¿Qué cosas la hacen sentir sexualmente satisfecha? ¿Sexualmente, qué cosas aún la hacen sentirse feliz?</i>

Tabla 26.2. Resumen del Paso 2

Resumen del Paso 2

- La perspectiva del profesional al vincularse con las pacientes: escucha activa, asumir una postura de desconocimiento.
- Objetivo: conocer la situación única de esta mujer, explorar sus ideas y conocimientos sobre sexualidad y evaluar sus necesidades principales en este sentido.
- Explorar:
 - Su situación actual y cómo la experimenta.
 - ICE: preguntar sobre sus ideas, preocupaciones (y cómo las prioriza) y expectativas.
 - Biopsicosocial: indagar sobre el impacto en su bienestar físico, mental, social y relacional.
 - Preguntar sobre los aspectos positivos, qué aspectos de su vida sexual funcionan bien.

26.5. Paso 3: Resumir

Este tercer paso es relativamente breve pero muy importante. Funciona como puente entre la historia relatada por la mujer y el intento respetuoso de la matrona de cerrar la conversación, para luego avanzar hacia la formulación de una propuesta de asistencia.

Concluir respetuosamente la consulta es esencial, más aún cuando se toca un tema tan delicado como la sexualidad. Como la mayoría de las personas rara vez habla de sexualidad (con profesionales de la salud), se puede finalizar una conversación de

este tipo de manera cuidadosa mediante una simple pero potente habilidad de comunicación tomada de la entrevista motivacional [2]: **resumir**.

Si ofrecemos un buen resumen de la conversación que estructure su historia y enfatice algunos aspectos, la paciente sabrá que hemos escuchado con atención su relato. Además, el resumen nos permitirá retomar el control de la charla, cambiar su dirección si fuera necesario o simplemente concluirla de forma respetuosa.

La matrona tiene que intentar captar la esencia de la historia única de la mujer, que es su realidad vivida. El resumen debería basarse en las respuestas de la paciente a las preguntas del modelo ICE o BPS. Luego, puede comprobar si ha hecho un buen resumen preguntando: “¿Entendí bien?” El uso de preguntas cerradas devuelve a la matrona el control de la conversación, de ser necesario.

Ejemplo: “De acuerdo. Si comprendí bien, desde el tratamiento de su endometriosis, siente menos deseo sexual. Eso no le molesta mucho pero sí siente dolor cuando tienen sexo con penetración con su esposo y le preocupa cómo él pueda estar viviendo esta situación. ¿Entendí bien?”

Resumen del Paso 3

- Resumir: Repetir lo fundamental de las respuestas a las preguntas ICE; o repetir lo fundamental de las respuestas a las preguntas BPS.
- Comprobar: “¿Entendí bien?”.
- Si la pareja no está presente: “¿Cree que su pareja estaría de acuerdo o cree que cambiaría o agregaría algo más?”.
- Tipos de resúmenes:
 - Resumir = Concluir respetuosamente la conversación haciendo que la paciente se sienta escuchada
 - Resumir = Repetirle a la paciente su historia de una manera más estructurada
 - Resumir = Retomar el control de la conversación

26.6. Paso 4: Hacer una propuesta

Con este paso final, se completa el círculo. Después de escuchar el resumen, la mujer siente que la matrona ha estado prestando atención. Sin embargo, aún resta responder al interrogante de cómo avanzar desde allí. En caso de que la mujer necesite o desee una intervención, ofreceremos la posibilidad de una intervención adaptada a su historia única y expectativas específicas.

Los profesionales deben saber que a veces haber conversado sobre las preocupaciones o problemas sexuales será suficiente, y puede que de momento sea así porque generar un cambio a veces requiere un largo proceso. Además, algunas conversaciones no resultarán en intervenciones concretas, puesto que el propio diálogo puede representar la intervención requerida.

La matrona puede proponer diferentes tipos de intervención cuando la mujer necesite o desee una acción más concreta. Por ejemplo, tratamientos dentro del ámbito de competencia de la matrona, información psicoeducativa personalizada, una consulta

de seguimiento para conversar sobre lo haya quedado pendiente de la historia de la mujer o la derivación a un/a colega con más experiencia en el tema.

26.6.1. Propuesta de tratamiento dentro del ámbito de competencia de la matrona

Si durante la conversación la paciente deja en claro que está preocupada por aspectos de su vida sexual y si la matrona puede brindarle una solución en forma de tratamiento, esto puede formar parte del paso 4. Por ejemplo, recetar un anticonceptivo luego del parto (uno que no afecte el deseo sexual y la excitabilidad). Muchos casos requieren una psicoeducación adecuada o derivaciones interdisciplinarias específicas para tratar las dificultades sexuales.

26.6.2. Brindar información

Una vez que la mujer o la pareja sienten que su historia fue escuchada, es muy probable que se beneficien de recibir psicoeducación por parte de la matrona. La información sobre la forma en que algunas patologías específicas (mastitis, hiperémesis, etc.) o ciertas situaciones, como la maternidad reciente, pueden afectar la sexualidad permite normalizar lo que la mujer está experimentando. Ese efecto normalizador disminuye las emociones negativas que rodean la cuestión y ayuda a la paciente a lograr un cambio positivo. Eso no significa que los profesionales de la salud deban saber de memoria toda la información necesaria. A veces, indicarles dónde obtener el material o la información precisa en internet es suficiente para aliviar el problema. A muchas personas les cuesta encontrar información comprensible y confiable sobre sexualidad en internet. El paso 2, explorar las ideas que se poseen sobre sexualidad, puede revelarnos si la paciente no cuenta con conocimientos sexuales específicos o si tiene creencias erróneas sobre aspectos del funcionamiento sexual. Lo siguiente será intentar corregir esas nociones equivocadas, ya que pueden formar parte de la causa del problema sexual. A veces esto será suficiente para que la paciente lleve adelante por sí misma el resto del cambio positivo que necesita. La matrona debe conocer qué fuentes confiables de información están disponibles en el idioma de su paciente. Un recurso muy fiable y multilingüe es el sitio web www.zanzu.de/es/.

Zanzu fue desarrollado por SENSOA, el Centro Flamenco de Especialización en Salud Sexual, y contiene información sobre salud sexual, reproducción, problemas sexuales y planificación familiar.³ Representa un buen punto de referencia para profesionales de la salud de cualquier parte del mundo.

3 Entre los temas destacados se encuentran: el cuerpo humano (femenino y masculino), el placer sexual, el sexo, la virginidad, la higiene, el cuerpo en términos sexuales, la anticoncepción, quedar embarazada, el embarazo, el sexo durante y después del embarazo, el embarazo no deseado, dar a luz, la paternidad joven, las ETS, el VIH, las infecciones vaginales, el uso de preservativos, los problemas sexuales, las relaciones románticas, hablar de sexo, los problemas de pareja y la violencia íntima.

Los símbolos y dibujos del sitio web facilitan la navegación y la comprensión de la información. Está disponible en 14 idiomas⁴ y permite reproducir archivos de audio grabados por hablantes nativos. Zanzu se puede utilizar durante la consulta, en caso de hablar distintos idiomas. Paciente y profesional pueden escuchar la misma información, cada uno en su lengua, al mismo tiempo. Esta experiencia puede contribuir significativamente al vínculo matrona-paciente, en especial si existen diferencias culturales y lingüísticas.

26.6.3. Planificar una consulta de seguimiento

Cuando una mujer habla por primera vez de sus preocupaciones sexuales, en el paso 2, es muy probable que no pueda contarle todo, por lo general debido a las limitaciones temporales propias de los entornos de atención médica. Planificar una conversación de seguimiento para explorar la historia de la mujer puede constituir una intervención valiosa. Permitirle hablar sobre sus preocupaciones y miedos y hacerla sentir escuchada es esencial para cualquier proceso de tratamiento.

26.6.4. Proponer una derivación interdisciplinaria

Algunos problemas sexuales requieren tratamientos que exceden las habilidades y conocimientos de la matrona. Puede ocurrir que la mujer o la pareja requieran tratamiento sexológico o psicoterapéutico. Cualquier tratamiento por parte de un sexólogo clínico, psicosexólogo o psicoterapeuta capacitado en terapia sexual debe adaptarse a las dificultades sexuales, necesidades y expectativas de cada paciente, que son únicas. Un tratamiento de este tipo merece un enfoque biopsicosocial y un “enfoque de pareja”. También es posible que se requiera una derivación a otras especialidades, como ginecología, urología, endocrinología o terapia de suelo pélvico, para tratar o descartar posibles causas físicas de trastornos sexuales. Las matronas deben contar con una red de contactos profesionales de diversas disciplinas con conocimientos prácticos sobre cómo tratar problemas sexuales. El tratamiento exitoso de problemas sexuales complejos requiere de una colaboración interdisciplinaria, basada en una buena sintonía y comunicación abierta entre los distintos profesionales.

26.7. Conclusión

En tanto la sexualidad continúe siendo un tabú, a las mujeres, las parejas, las matronas y demás profesionales de la salud les resultará un tema muy complejo de abordar. El modelo “1 a 1” ayuda a “hablar de sexo” al proporcionar a las matronas un marco de referencia claro. Este modelo no requiere tener gran conocimiento práctico sobre salud

⁴ Albanés, árabe, búlgaro, neerlandés, inglés, persa, francés, alemán, polaco, portugués, rumano, ruso, español y turco.

sexual, ni insume mucho tiempo. Hemos proporcionado múltiples ejemplos de cómo formular preguntas para iniciar y mantener la conversación que se corresponden con cada etapa del modelo (tomar la iniciativa de plantear el tema, alentar a las mujeres a contar su historia, resumir, hacer propuestas). Esperamos con esto que más profesionales de la salud hablen de sexo y que, al final del día, mujer, pareja y profesional sientan que, en definitiva, sólo se trató de “una parte más de la conversación”.

Referencias

- [1] Annon J. S. (1976): The PLISSIT model: a proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. *J Sex Educ Ther.*; 2: 1-15.
- [2] Miller W. R., Rollnick S. (2002): *Motivational interviewing: preparing people for change*. 2ª ed. Nueva York: Guilford Press.
- [3] Silverman J., Kurtz S., Draper J. (2013): *Skills for communicating with patients*. 3ª ed. Boca Raton, FL: CRC.
- [4] Engel G. L. (1977): The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*; 196(4286): 129-36.
- [5] Borms R., Vermeire K. (2020): Spreken is goud: Seksuele gezondheid bespreekbaar maken met de Onder 4 Ogen methode. Ontwikkeling en implementatie bij huisartsen in Vlaanderen. *T v Seksuologie*; 44: 155-61.
- [6] Taylor B., Davis S. (2006): Using the extended PLISSIT model to address sexual healthcare needs. *Nurs Stand.*; 21: 35-40.

De las competencias para el bienestar sexual en partería a la enseñanza y formación de las matronas en sexualidad

Sam Geuens y Joeri Vermeulen¹

27.1. El rol de las matronas en relación con la sexualidad y el bienestar sexual

En todo el mundo se reconoce que las matronas desempeñan un importante papel en el asesoramiento sobre sexualidad y problemas de salud sexual. En efecto, la Confederación Internacional de Matronas (ICM) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconocen como tareas de estas profesionales el asesoramiento y la educación sobre sexualidad y salud reproductiva [1, 2]. Ya en el primer informe de UNFPA sobre el estado de las matronas en el mundo, de 2011, ya se indicaba que las matronas brindan atención esencial en distintos niveles del sistema de salud. Además del cuidado de la madre, realizan una amplia variedad de intervenciones clínicas y contribuyen a objetivos de salud más amplios, como la promoción de los derechos sexuales y reproductivos y de las prácticas de autocuidado y el empoderamiento de mujeres y adolescentes [3].

Además, contribuyen a alcanzar el Objetivo de Desarrollo Sustentable 3 (ODS 3), que incluye el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, de planificación familiar, información y educación y la integración de la salud reproductiva, así como el ODS 5, que se propone alcanzar la igualdad entre géneros y el empoderamiento de mujeres y niñas. Diversas fuentes indican que la educación sexual que brindan las matronas durante el embarazo y el postparto puede mejorar el bienestar sexual de la pareja. Un elemento fundamental de su rol en este sentido es la habilidad de iniciar adecuadamente la conversación sobre sexualidad e intimidad a partir de sus conocimientos profesionales sobre salud y bienestar sexual. No obstante, la realidad de la formación y la práctica de la partería es que esto ocurre únicamente en una minoría de los países con mayores recursos.

¹ S. Geuens 

Departamento de Salud - Partería, Universidad PXL de Ciencias Aplicadas y Artes, Hasselt, Bélgica.

Centro Ambulatorio de Salud Sexual, Hospital Saint Franciscus, Heusden-Zolder, Bélgica. E-mail: sam.geuens@pxl.be

J. Vermeulen 

Departamento de Salud Pública, Universidad Libre de Bruselas (VUB), Bruselas, Bélgica

Departamento de Partería, Universidad Erasmus de Ciencias Aplicadas y Artes de Bruselas, Bruselas, Bélgica.

Si bien el asesoramiento sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales [4], las actitudes personales o sociales hacia estos temas pueden afectar la forma en que se brinda asesoramiento [5]. En algunos países, la educación sexual² está integrada en las escuelas, las universidades y los medios de comunicación. En otros, es escasa, incompleta o inexistente [6]. Cuando la comunidad la percibe como un tabú implementarla en la atención médica resulta muy difícil [5]. Además, los puntos de referencia culturales y de género de los profesionales de la salud materna pueden influir en el enfoque que adoptan para asesorar a la pareja [4]. Un estudio reciente realizado en Suecia reveló que las matronas manifiestan mayor inseguridad en lo relativo a la sexualidad cuando atienden a pacientes que no siguen la norma heterosexual o que provienen de un contexto cultural diferente [7]. Estos hallazgos suponen desafíos importantes para la formación en partería alrededor del mundo.

Las Competencias Esenciales para la Práctica de la Partería que establece la ICM describen los conocimientos, habilidades y comportamientos profesionales mínimos que se requieren de una matrona recién graduada que inicia el ejercicio profesional [8]. Con respecto a la sexualidad y el bienestar sexual, estas incluyen: conocimiento de la anatomía y fisiología relacionada con la reproducción y el desarrollo sexual, habilidad de brindar orientación sobre salud sexual y reproductiva e información sobre sexo seguro. Se espera que las graduadas sean competentes para evaluar las necesidades de salud sexual y reproductiva de sus pacientes de manera integral [8]. Dada la importancia que la ICM otorga a las competencias relacionadas con la sexualidad y la casi nula presencia de asignaturas sobre sexualidad en los planes de estudio de muchas carreras de partería, cabe preguntarse si las instituciones formadoras de hoy en día son plenamente conscientes de la postura de la ICM sobre salud y bienestar sexual.

Un estudio del Reino Unido indicó que los estudiantes de partería carecen de conocimientos sobre anticoncepción en el postparto y asesoramiento en salud sexual o bien presentan dificultades para poner en práctica dichos conocimientos teóricos en situaciones clínicas [9]. Otro estudio realizado en Bulgaria sobre enseñanza de asesoramiento anticonceptivo a futuras matronas reveló que los métodos de trabajo interactivos y la cooperación con centros regionales de planificación familiar eran fundamentales para la adquisición de estas habilidades por parte de los estudiantes [10].

Un estudio llevado a cabo en Turquía sobre las actitudes de estudiantes de partería hacia el asesoramiento sexual concluyó que tienen una actitud positiva hacia la sexualidad, pero no siempre se sienten cómodos brindando dicho asesoramiento, en especial a ciertos grupos de mujeres [5]. Otro estudio, también de Turquía, mostró que las actitudes de los estudiantes de partería hacia la sexualidad, los métodos anticonceptivos y el aborto estaban fuertemente influenciadas por juicios de valor social. Un gran porcentaje de este estudiantado considera que la mujer debe ser virgen al momento de casarse, que el aborto es incorrecto en términos morales y que la información sobre métodos anticonceptivos sólo debe darse a las parejas casadas [11].

En un estudio del Reino Unido, estudiantes del último año de partería informaron sentirse inseguros respecto de sus conocimientos sobre anticoncepción y salud sexual, a pesar de reconocer que esto es parte su competencia profesional. También declararon

2 Utilizamos "educación sexual" porque es el término común que denomina varias formas de educación sobre sexualidad. No debe interpretarse como "educación para tener sexo" ni como "educación sobre cómo tener sexo".

creer que mayor exposición a métodos educativos basados en la práctica mejoraría su confianza [12].

Resulta claro que la formación en partería debe integrar en sus planes de estudio el conocimiento, las habilidades y el desarrollo de actitudes respecto de la sexualidad y la salud sexual. Este capítulo tiene como objetivo ayudar a las instituciones educativas a garantizar que sus estudiantes cuenten con los conocimientos y habilidades necesarias, así como las actitudes adecuadas, sobre sexualidad y salud sexual al momento de ingresar al ámbito laboral. De esta manera, serán capaces podrán incorporar activamente estos temas clave a la atención que brindan a pacientes en situación de embarazo, postparto y maternidad/paternidad joven.

27.2. Implicaciones para la enseñanza de la partería

Como ya se mencionó, las organizaciones profesionales internacionales sostienen sólidos argumentos a favor de que los estudiantes reciban la formación y las competencias necesarias para abordar la sexualidad, aunque no todas las instituciones educativas siguen estas recomendaciones. Los planes de estudio de partería deben incorporar y hacer hincapié en los aspectos relacionados con la sexualidad y el bienestar sexual definidos por la ICM y la Directiva de la UE. Se podría afirmar que “formar a las matronas como expertas en cuestiones de salud sexual y reproductiva” es esencial para que la partería desarrolle plenamente su campo de acción y potencial.

Los planes de estudio de partería requieren un modelo que refuerce los conocimientos teóricos mediante escenarios de prácticas donde los docentes son el modelo a seguir [12]. El rol que cumple el docente es muy importante para ayudar a los estudiantes a ganar confianza en el asesoramiento sobre sexualidad y salud sexual. Este capítulo comienza por explicar su función y perfil.

27.3. Incorporar la sexualidad y la salud sexual en el plan de estudios

Para enseñar a las matronas las habilidades y conocimientos adecuados sobre sexualidad y bienestar sexual, la institución formadora debe emprender dos tareas importantes. La primera está relacionada con el contenido: identificar en el plan de estudios existente las asignaturas que ya tratan la sexualidad (para una herramienta de revisión concreta, ver la [Tabla 27.1](#). Herramienta de revisión del plan de estudios de partería y sexualidad, basada en los capítulos de este libro). Pocas veces ocurre que las instituciones tengan que comenzar de cero. Revisar cuidadosamente el plan de estudios vigente para identificar el trabajo ya realizado ayuda a que la implementación de conocimientos y habilidades sobre sexualidad y bienestar sexual sea menos abrumadora. Una vez que la institución haya identificado el estado de la situación, puede completar los vacíos teóricos y prácticos y hacer espacio para incorporar las asignaturas que convertirán a los estudiantes en expertos en salud y asesoramiento sexual. El marco y el contenido de este libro pueden servir como guía en este proceso de optimización curricular.

Herramienta de revisión del plan de estudios de partería y sexualidad	Contenidos disponibles en este libro, por capítulo	Teoría cubierta por el plan vigente	Habilidades cubiertas por el plan vigente
Conocimientos básicos y terminología relacionada con la sexualidad	1		
Anatomía sexual del hombre y de la mujer	2		
Función sexual	3		
Problemas sexuales (incluidas las disfunciones)	3		
Beneficios de la expresión sexual en la salud	4		
Hablar de sexualidad	26 y 29		
Asesoramiento sexual	26 y 29		
Aspectos sexuales de quedar embarazada	5		
Fisiología: impacto sexual del embarazo	6		
Fisiología: impacto sexual del trabajo de parto y el parto	7		
Fisiología: la sexualidad durante el postparto y maternidad/paternidad joven	8		
Fisiología: impacto sexual de la lactancia materna	9		
Fisiología: función sexual del suelo pélvico	10		
Patología: impacto sexual de los problemas y tratamientos de fertilidad	11		
Patología: impacto sexual del embarazo de riesgo	12		
Patología: impacto sexual del trauma causado por el parto	13		
Patología: sexualidad en un postparto problemático o en situaciones relacionadas a la maternidad/paternidad joven	14		
Patología: impacto sexual de las dificultades para amamantar	15		
Patología: impacto sexual de los problemas de suelo pélvico	16		
Patología: impacto sexual de los problemas de salud mental (preconcepcionales, prenatales y postnatales)	17		
Patología: impacto sexual de otras alteraciones físicas	18		
Impacto sexual de los medicamentos y fármacos utilizados habitualmente en partería	19		
Impacto sexual de la anticoncepción	20		
Sexualidad y bienestar sexual (preconcepcional, prenatal y postnatal) en todas las orientaciones e identidades sexuales	21		
Experiencia/s masculina/s con respecto a la sexualidad (preconcepcional, prenatal y postnatal)	22		
Impacto de la cultura en el bienestar sexual (preconcepcional, prenatal y postnatal)	23		
Impacto de las experiencias traumáticas en el bienestar sexual (preconcepcional, prenatal y postnatal)	24		
Consecuencias sexuales de la mutilación genital femenina	25		
Consecuencias sexuales de la práctica diaria de la partería	28		
Cómo otros profesionales de la salud manejan los problemas sexuales	29		

Tabla 27.1. Herramienta de revisión del plan de estudios de partería y sexualidad

Durante este ejercicio, la institución debe recordar la regla general propuesta en las *Normas de la ICM para la formación en partería* (2021): un buen “plan de estudios de partería incluye tanto elementos teóricos como prácticos en entornos clínico” [13].

Esta regla también se aplica a los conocimientos y habilidades relativos a la sexualidad y el bienestar sexual.

27.4. Selección de los docentes a cargo de estas asignaturas

Una vez que se ha adaptado el plan de estudios para incluir los temas necesarios, la segunda tarea será identificar a los docentes. Por un lado, deben tener las habilidades y los conocimientos necesarios para enseñar sexualidad de una forma que pueda aplicarse a la partería y, por otro, poseer características individuales que les permitan formar con éxito al estudiantado en esa área.

Resulta una obviedad que los docentes experimentados que ya integran la sexualidad en su propia práctica profesional serán los más indicados para impartir estas asignaturas. Además, consideramos que más allá de los temas del plan de estudio, la forma en la que el docente aborde este tema en especial será lo que el estudiantado tome indefectiblemente como modelo a seguir. Un componente clave de la práctica y el aprendizaje efectivos en esta área es adoptar una actitud relajada, a la vez que profesional, respecto de todo lo relacionado al sexo. Sólo el/la docente que pueda abordar los hábitos sexuales de la pareja con la misma comodidad con la que trataría, por ejemplo, los hábitos de alimentación, podrá enseñar al estudiantado las habilidades de comunicación necesarias para iniciar una conversación sobre sexo. Esta actitud de “*enseñar con el ejemplo*” puede inculcar en las futuras matronas la idea de que el sexo es un aspecto normal de la condición humana, tan importante como otras funciones básicas como la nutrición y el descanso. Sin embargo, incluso para el/la docente, “la práctica hace al maestro”. Es decir que podemos no estar del todo cómodos cuando comenzamos a enseñar sobre sexo. Cada uno reconoce su nivel de experiencia y no debemos tener miedo de comentarlo entre colegas y estudiantes.

En cuanto a la formación en sexualidad, el docente no sólo enseña conocimientos o habilidades, sino también cómo posicionarse frente a ella entendiéndola como parte de la vida cotidiana. Otra consideración importante es que la persona más adecuada para enseñar sexualidad no siempre será una matrona. Si bien la primera opción es una matrona con formación y experiencia adicionales específicas en sexualidad, puede ocurrir que no se cuente con una persona así. Así como sostenemos que las matronas brindan una atención de mayor calidad cuando trabajan de manera multi- o transdisciplinaria, puede pensarse que la mejor formación en partería provendrá de docentes que también trabajen con un enfoque multi- o transdisciplinario.³ En palabras de la ICM, “Los profesionales de otras disciplinas que forman parte del profesorado de las carreras de partería están calificados para enseñar en esa área” [13].

3 A los fines de este capítulo, se entiende la colaboración multidisciplinaria como individuos de diferentes campos profesionales que trabajan juntos, cada uno dentro de los límites de sus respectivas disciplinas, para atender a una paciente en particular con el foco puesto en ofrecer atención holística mediante la intervención continua. En cambio, cuando al colaborar, estos profesionales sí traspasan los límites clásicos de su propia disciplina para lograr la atención holística, hablamos de colaboración transdisciplinaria.

El enfoque transdisciplinario de la formación en partería puede ser ideal para formar matronas competentes y sensibles a la sexualidad. Esto significa que la institución educativa puede, por ejemplo, incorporar a un/a profesional que se dedique a la sexología clínica (no matronas), que tenga experiencia con mujeres y parejas en las diversas etapas reproductivas, para enseñar sobre temas específicos. De esta manera, la institución se moverá hacia la enseñanza multidisciplinaria. Esta docente-sexóloga puede influir en las asignaturas básicas de la carrera haciendo foco en la sexualidad y el bienestar sexual y, a su vez, las docentes-matronas pueden fomentar un mayor conocimiento y comprensión de la partería en sus colegas de otras profesiones.

A partir de esta visión, se podría pensar que incorporar esta forma tan vivencial y experimentada de trabajo multi- e interdisciplinario a las asignaturas más prácticas, mediante la participación activa del estudiantado de partería junto a, por ejemplo, residentes de ginecología, estudiantes de sexología y estudiantes de terapia del suelo pélvico, complementará su formación como expertas en salud y asesoramiento sexual [14, 15]. Por último, los docentes de partería más adecuados para formar en sexualidad serán aquellos que justamente tengan experiencia “enseñando” sexualidad. Esto supone ir más allá de la simple psicoeducación a los pacientes. Nos referimos a tener experiencia formando a otros profesionales (no necesariamente matronas) sobre sexualidad y bienestar sexual, la que idealmente incluirá la enseñanza de conocimientos de estas áreas, pero también de habilidades prácticas, por ejemplo, cómo hablar de sexualidad [13].

En resumen, el escenario ideal para una institución formadora en partería es ampliar su cuerpo docente con profesionales de la salud calificados y con vasta experiencia tanto en partería como en sexología y, que, en lo posible, también cuenten con experiencia enseñando sexualidad a otros profesionales de la salud.

27.5. Sobre la práctica de enseñar sexualidad a estudiantes de partería

Una vez que la institución ha incorporado al plan de estudios los temas de la salud y el bienestar sexual y ha identificado a los docentes más adecuados para enseñar sobre sexo o bien sumado nuevos docentes que cuentan con las habilidades necesarias para hacerlo, sólo queda enseñar. ¿Qué debería pasar en las aulas? ¿Cuáles son los métodos pedagógicos más efectivos para formar matronas que no sólo poseen conocimientos sobre sexualidad, sino que también sean capaces de hablar de sexo con sus pacientes e integrar de forma activa la salud y el bienestar sexual en su práctica?

Aquí, surge el interrogante de cómo adecuar el método pedagógico para lograr los objetivos de aprendizaje deseados. El modelo KASES, desarrollado por SENSOA (Centro Flamenco de Experiencia para la Salud Sexual y el VIH), fue diseñado como una guía general y simple que vincula métodos pedagógicos y resultados deseados [16].

KASES, en inglés, son las siglas de *Knowledge, Attitudes, Skills, Emotions and Support* (conocimiento, actitudes, habilidades, emociones y apoyo).

Cada resultado de aprendizaje se corresponde con la metodología de trabajo más adecuada para lograrlo.

- Para ampliar conocimientos, las formas “más tradicionales” de formación, como la lectura académica, la investigación, los ejercicios que involucran contenido teórico y el dictado de clases, son las más eficaces.
- Para fomentar cambios de actitud, lo mejor es el trabajo en grupo, los debates, la elaboración de trabajos escritos y las exposiciones orales.
- Para adquirir habilidades, lo mejor es combinar la demostración de habilidades, los ejercicios de juego de roles y los escenarios de aprendizaje auténticos.
- El acompañamiento emocional y la comprensión profunda son favorecidos realizando o presenciando entrevistas, testimonios y relatos.
- Cada estudiante, como cada paciente, necesita sentirse apoyado para que ocurra un cambio positivo. Para brindar apoyo, lo mejor es presentar escenarios de *feedback* positivo, tutorías grupales e individuales, toma de conocimiento de los servicios de apoyo disponibles, etc.

El docente de partería encargado de elaborar los materiales educativos para sus estudiantes puede explicar qué resultados de aprendizaje se vinculan a cada parte del curso. Para lograr resultados relacionados con la sexualidad y el bienestar sexual, las matronas necesitan adquirir competencias que combinen el desarrollo de conocimientos, la formación de actitudes, el desarrollo de habilidades y que incluya un acompañamiento emocional. Por razones obvias, el mayor énfasis estará puesto en el desarrollo de conocimientos y habilidades.

A nivel mundial, los docentes de partería saben cómo presentar nueva información a los estudiantes para que la comprendan y puedan incorporarla a los conocimientos que ya poseen. Este capítulo no ahonda sobre cómo armar y dar forma a las clases de sexualidad y bienestar sexual. Aun así, conviene aclarar a los docentes que el momento de exposición oral de contenidos lo pone en la posición perfecta para animar la formación de actitudes. Una de los aspectos más importantes a la hora de construir actitudes hacia la sexualidad es la idea de que el sexo es una parte más de la vida, una necesidad básica que obviamente puede tener gran impacto, sea positivo o negativo, en la salud y el bienestar general de las personas. Tal percepción es fundamental para nuestra condición humana. Acercarnos al sexo de forma simple, tal como lo haríamos con el descanso o la nutrición, es el punto de partida para desarrollar habilidades que nos permitan hablar de sexo con nuestras pacientes. Es decir que, incluso cuando se está impartiendo una clase teórica sobre, por ejemplo, infecciones de transmisión sexual o anatomía sexual, estamos influyendo activamente en la actitud que adoptarán los estudiantes hacia el sexo. En cierto sentido, el docente está (re)moldeando la forma en que los profesionales hablamos sobre sexualidad, que es el primer paso para adquirir habilidades.

La adquisición de habilidades requiere de una combinación de demostraciones, ejercicios de juego de roles y escenarios de aprendizaje auténticos. Las demostraciones no son suficientes para que el estudiantado desarrolle las habilidades necesarias para hablar con los pacientes de sexo de forma relajada y neutral. Mostrar a un grupo de estudiantes cómo hacer una anamnesis sexual es sólo el primer paso que dará el docente para alcanzar los resultados deseados con respecto al desarrollo de habilidades. Aprender a hablar de sexo requiere que la persona asuma verdaderamente la posición de profesional. Los estudiantes deben transitar el proceso de buscar y dar con

las palabras correctas, asumir un tono y actitud adecuados, etc. al hablar de sexo con pacientes. Esto sólo se logra mediante la práctica individual.

Las materias prácticas pueden comenzar con una introducción teórica por parte del docente, seguida de ejemplos. Las clases sobre habilidades relacionadas con la sexualidad rápidamente deben avanzar hacia los ejercicios individuales. Los estudiantes deben experimentar asumir este rol y dirigir la conversación ellos mismos. Aun así, los estudiantes pueden sentirse inseguros al tener que ponerse en el lugar del profesional que habla de sexo debido a la carga cultural asociada al tema, sumada al hecho de que sus compañeros están observando. Volviendo al modelo KASES, el docente debe brindar apoyo. Una forma de hacerlo es implementar un sistema de *feedback* positivo antes de iniciar el juego de roles. Por ejemplo, si la estudiante que asumirá el papel de profesional escucha que la docente instruye a sus compañeros para que sólo presten atención a lo ella “hace bien” durante el ejercicio, esto la ayudará a sentirse lo suficientemente segura para intentar hablar sobre sexo durante el juego de roles. La docente también puede hacerle sentir ese apoyo aclarando a la estudiante que puede pedir una “pausa” en cualquier momento del ejercicio para escuchar aportes y recibir orientación del grupo. En cada pausa o al final del ejercicio, la docente puede solicitar a los demás estudiantes que aporten primero los comentarios positivos que hayan escrito para su compañera y luego las sugerencias sobre cómo hacerlo aún mejor. De esta manera, en lugar de sentirse juzgados, los estudiantes se sienten empoderados por sus mismos compañeros al realizar ejercicios que, de otra manera, podrían presentar un gran desafío. Este enfoque que combina conocimientos, actitudes, habilidades y apoyo maximiza los resultados del aprendizaje.

Una vez que el docente aprende a generar un entorno lo suficientemente seguro como para animar al estudiantado a hablar de sexo durante los ejercicios, será mejor organizar las prácticas dentro de una curva de aprendizaje que apunte a producir oportunidades de aprendizaje más auténticas en el aula. En principio, podemos indicar a los estudiantes que practiquen en grupos pequeños, hablando sobre temas relacionados con la sexualidad en general. Luego, podemos mostrar ejemplos de cómo los profesionales de la salud hablan de sexualidad con sus pacientes en diversos entornos y tipo de conversación (por ejemplo, anamnesis, psicoeducación, resolución de problemas, terapia, etc.). Los ejemplos pueden estar grabados y ser proyectados o el docente puede hacer una demostración en el momento. En este punto, es importante que los docentes consideren que cada estudiante debería desarrollar su estilo personal de interacción con la paciente. Para evitar que copien los ejemplos, podemos proporcionar demostraciones de diferentes profesionales/docentes hablando con distintas pacientes. El siguiente paso para los estudiantes es realizar juegos de roles en grupos pequeños, alternando entre los papeles de profesional y paciente. Luego, las prácticas pueden convertirse en ejercicios grupales, los estudiantes toman los roles de pacientes y profesionales y practican una conversación frente a todo el grupo. Si el docente logra generar suficiente seguridad como para que el ejercicio sea grabado, en un momento posterior, los estudiantes podrán beneficiarse enormemente de verse a sí mismos en acción y reflexionar sobre cómo mejorar sus habilidades. El paso previo a aplicar estas habilidades durante las prácticas profesionales es trabajar con personas que simulen ser pacientes. En esta etapa, el docente decide traer a la clase a personas externas que puedan actuar como pacientes, basándose en sus propias experiencias personales o

bien seguir un guion escrito para este fin. Sugerimos a los docentes seleccionar personas que sean flexibles y emocionalmente estables para que puedan basarse en sus propias experiencias de deseo de concepción, embarazo, parto o cuidado de un recién nacido. De ser posible, invitar a otros profesionales a asumir el rol de pacientes trae grandes ventajas porque ya están familiarizados con este tipo de prácticas y saben qué tipo de *feedback* ofrecer a los estudiantes. Las personas ideales para esto son los y las matronas que además son madres (o padres). Hablar sobre sexo con estas “mujeres o parejas reales” impulsa a los estudiantes a llevar sus habilidades al nivel requerido en las prácticas profesionales.

27.6. Conclusión

Las futuras matronas deben ser conscientes de las diversidades de la sexualidad humana, comprender los factores que influyen en las opiniones y normas sobre la sexualidad y hacer un análisis introspectivo de sus propios valores y suposiciones sobre la sexualidad [4]. Puede que las matronas tituladas necesiten complementar su formación y obtener apoyo adicional de los servicios de salud sexual y reproductiva. La formación adicional en sexología para matronas parece mejorar de manera significativa sus habilidades y preparación para abordar los problemas sexuales en su práctica diaria. Los desafíos actuales de la partería demandan colaboraciones más sólidas e interprofesionales con los entornos clínicos y los sistemas gubernamentales [13]. Destacamos que los equipos multi- y transdisciplinarios constituyen los modelos de atención médica del futuro, incluidos también la sexualidad y el bienestar sexual. Por lo tanto, vale la pena considerar la articulación entre los equipos pedagógicos y los equipos de sexología y partería con el objetivo de brindar atención materna adecuada a las parejas y de promover la formación y actualización de los profesionales expertos en la salud y el bienestar sexual de las mujeres y las familias en todo el mundo.

Todo se resume en estas sabias palabras de una matrona del Reino Unido:

Invito a las matronas a entablar un diálogo con los responsables de gestión y los equipos de atención primaria sobre la importancia de reconocer las necesidades de salud sexual y reproductiva de las familias en la prestación de servicios de maternidad a nivel local, con la esperanza de que, en el futuro, quienes brindan estos servicios junto con las matronas hagan de la salud sexual una prioridad en salud pública [14].

Referencias

- [1] Confederación Internacional de Matronas (2017). Definición Internacional de Matrona (Revisada y adoptada en la reunión anual virtual del Consejo en Toronto, 2017). Se encuentra disponible una nueva versión del documento, revisado en la reunión anual virtual del Consejo de 2024: <https://www.internationalmidwives.org>

- [2] Organización Mundial de la Salud (2011): The role of primary healthcare providers in sexual and reproductive health: results from an intercountry survey.
- [3] UNFPA, OMS, ICM (2021): El Estado de las Matronas en el Mundo 2021.
https://www.unfpa.org/es/sowmy-2021-pub?utm_source=chatgpt.com
- [4] Olsson A. (2009): *Sexual life after childbirth and aspects of midwives' counselling at the postnatal check-up*. Sweden: Institutionen för kliniska vetenskaper, Danderyds sjukhus/Department of Clinical Sciences, Danderyd Hospital.
- [5] Ören B., Zengin N., Yazıcı S., Akinci A. (2018): Attitudes, beliefs and comfort levels of midwifery students regarding sexual counselling in Turkey. *Midwifery*; 56: 152-7.
- [6] Tabatabaie A. (2015): Constructing the ideal Muslim sexual subject: problematics of school-based sex education in Iran. *Sex Educ.*; 15: 204-16.
- [7] Percat A., Elmerstig E. (2017): "We should be experts, but we're not": sexual counselling at the antenatal care clinic. *Sex Reprod Healthc.*; 14: 85-90.
- [8] Confederación Internacional de Matronas (2019): *Competencias esenciales para la práctica de la partería*. La Haya: ICM. Se encuentra disponible una nueva versión del documento, revisado en 2024: <https://www.internationalmidwives.org/>
- [9] Walker S., Davis G. (2014): Views of final-year student midwives on giving postpartum contraception and sexual health advice. *J Fam Plann Reprod Health Care*; 40: 312.
- [10] Marinova J., Parashkevova B. (2014): Skills acquisition in the area of contraceptive counseling: approaches and challenges in training students in midwife. *Trakia J Sci.*; 12: 371-5.
- [11] Ege E., Akin B., Altuntuğ K. (2008): Opinions of midwifery students on adolescent sexuality and reproductive health in Turkey. *Soc Behav Personal Int J.*; 36: 965-72.
- [12] Walker S. H., Davis G. (2014): Knowledge and reported confidence of final year midwifery students regarding giving advice on contraception and sexual health. *Midwifery*; 30: e169-76.
- [13] Barger M. K., Hackley B., Bharj K. K., et al. (2019): Knowledge and use of the ICM global standards for midwifery education. *Midwifery*; 79: 102534.
- [14] Crisp E. (2018): Do we acknowledge families' sexual and reproductive health needs within maternity services? A practising midwife's reflection. *MIDIRS Midwifery Digest*; 28(2): 1-4.
- [15] Vermeulen J., Vivilaki V. G. (2021): A value-based philosophy debate on academic midwifery education in Europe. *Eur J Midwifery*; 5: 51-3.
- [16] Degryse B., Frans E., Peeters K., et al. (2011): *Relationele en seksuele vorming*. *Handbook voor secundair onderwijs* (Relational & sexual education. Textbook for secondary education). Amberes: Garant/Sensoa.

Algunas consecuencias sexuales de las intervenciones en la práctica de la partería

Woet L. Gianotten, Ana Polona Mivšek y Sam Geuens¹

La gente olvidará lo que dijiste, olvidará lo que hiciste,
pero nunca olvidará cómo la hiciste sentir.

Maya Angelou, poeta afroamericana, 1928-2014.

28.1. Introducción

Este capítulo aborda las consecuencias sexuales de lo que sucede en el proceso que tiene lugar entre la matrona y la mujer o la pareja. El foco no estará puesto en las consecuencias físicas directas de una intervención, sino en las posibles implicaciones psicológicas, relacionales y sexuales del contacto con la matrona y el contexto circundante. Aquí tenemos dos ejemplos:

- 1- El capítulo no analizará una episiotomía que derivó en una dispareunia, en cambio, tratará las consecuencias emocionales y sexuales de cómo la matrona habla sobre esa episiotomía, la presenta y explica su recuperación y posibles efectos.
- 2- Considera cómo los exámenes vaginales repetidos pueden afectar los sentimientos de integridad corporal de la mujer y menoscabar el deseo sexual y la excitabilidad.

Los elementos más relevantes en este capítulo son el contexto, la integridad corporal, la vulnerabilidad, el respeto, la relación de la matrona con la pareja y la calidad de la atención. Su análisis podrá parecer redundante, ya que son elementos básicos de la atención médica y obstétrica. Sin embargo, el énfasis no suele estar en cómo afectan la sexualidad y la intimidad.

Consideramos que la relación específica entre el/la profesional y la mujer o la pareja es un componente esencial de una atención óptima. De hecho, las investigaciones muestran claramente que una conexión bien establecida entre la mujer/pareja y el/la profesional de la salud es un factor determinante y fundamental en el desarrollo, a corto y largo plazo, de una vida sexual positiva [1].

El mensaje de este capítulo se basa en gran medida en ejemplos prácticos.

¹ **W. L. Gianotten** 

Departamento de Ginecología y Obstetricia, Centro Médico Universitario Erasmus, Róterdam, Países Bajos.

A. Polona Mivšek 

Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Liubliana, Liubliana, Eslovenia. E-mail: polona.mivsek@zf.uni-lj.si

S. Geuens 

Departamento de Salud - Partería, Universidad PXL de Ciencias Aplicadas y Artes, Hasselt, Bélgica.

Centro Ambulatorio de Salud Sexual, Hospital Saint Franciscus, Heusden-Zolder, Bélgica. E-mail: sam.geuens@pxl.be

28.2. La influencia en la sexualidad y la intimidad

Aquí, es posible discernir varias líneas sobre las cuales la sexualidad y la intimidad pueden ser fácilmente influenciadas, tanto de manera consciente como inconsciente. Algunos ejemplos:

- 1- La exposición física (o desnudez) es una parte inevitable del examen médico durante el embarazo y el parto, algo que, sin embargo, la mayoría de las mujeres considera estrictamente reservado para la intimidad de la pareja. Estar desnuda durante los controles de rutina del embarazo y el parto puede afectar el sentido de intimidad, tanto de la mujer como de su pareja en el futuro.
- 2- Existen asociaciones directas entre experiencias sexuales negativas del pasado y posibles efectos de la práctica rutinaria de la partería en el bienestar sexual. Si una mujer ha sufrido abuso sexual, encontrarse desnuda de nuevo, que le toquen los senos o tener que someterse a un examen vaginal puede evocar fácilmente emociones negativas y ansiedad.
- 3- El parto puede ser una experiencia traumática y tener consecuencias emocionales a largo plazo, incluso si se trata de un parto sin complicaciones. La mujer puede experimentarlo como traumático debido al dolor soportado, el sentimiento de pérdida de control, la preocupación por la salud del bebé o bien, como consecuencia de una mala comunicación entre el/la profesional y la mujer o la pareja o cuando la paciente siente falta de apoyo [2]. Pasar por un trauma relacionado con los órganos sexuales puede afectar el bienestar sexual de la mujer y su pareja.
- 4- Existe cierta vulnerabilidad en el delicado equilibrio de la relación íntima entre la mujer y su pareja. La posibilidad de que el varón (o la mujer) esté presente en el parto dependerá de la cultura y de cómo la matrona lo incluye en la atención y en el proceso del parto. Que la presencia de la pareja tenga valor depende en parte de su relación íntima con la paciente. Por ejemplo, incluso en países donde se invita a las parejas a participar del proceso de parto, cada paciente reacciona de manera muy diferente ante esto: puede resultarles muy útil, para nada útil o hasta una molestia. Para algunas parejas, lo que atraviesan durante el parto forja un vínculo fuerte, mientras que, para otras, crea distancia íntima y sexual.
- 5- Existe una conexión entre cómo se trata emocionalmente a la mujer y cómo esto influye en su sexualidad e intimidad. En particular, respecto de la atención durante el embarazo y el parto, las consecuencias del maltrato, el abuso verbal, la discriminación y los procedimientos no consentidos (en otras palabras: violaciones repetidas de la integridad física y mental de la paciente) pueden menoscabar la propia imagen percibida. En un momento posterior, no es extraño que tener una imagen tan negativa de sí misma conduzca a la mujer a experimentar problemas sexuales, disfunciones y malentendidos en sus relaciones.

Este capítulo aborda estas cuestiones con ejemplos prácticos. Se proponen preguntas que invitan al lector a reflexionar sobre ciertos automatismos posiblemente presentes en su práctica cotidiana que pueden afectar el bienestar sexual de las pacientes. Si el objetivo es fomentar la reflexión sobre la rutina profesional cotidiana, cabrá preguntarse: ¿Estoy brindando la mejor atención posible?

28.3. La necesidad de adaptar nuestra atención a la diversidad de personas que nos han sido confiadas

La gran diversidad de las personas que atendemos hace interesante nuestro trabajo pero, al mismo tiempo, crea complejidad y presenta desafíos. Una única forma de atención no será compatible con todas las mujeres o todas las parejas.

1- Ante la necesidad de realizar un examen vaginal: en el caso de una mujer que dio a luz a tres hijos, es posible que unas pocas palabras introductorias sean suficientes para asegurarse de que ella sepa qué esperar. En cambio, para la joven primeriza que nunca ha mostrado su cuerpo desnudo, ni siquiera a su esposo, el primer examen vaginal debe abordarse con otro enfoque. Una descripción relajada y precisa de cómo se realiza el examen, asegurándole a la paciente que ella tendrá el control y que en cualquier momento puede indicar si se siente incómoda, debería garantizar que experimente esta situación de la mejor manera posible.

2- Antes de un examen de altura del fondo uterino, suele ser suficiente tener una pequeña charla introductoria con la paciente y pedirle permiso para tocarla. El mismo examen podría requerir una preparación exhaustiva en pacientes con antecedentes de abuso físico o sexual. Un pasado traumático demanda una preparación más completa para transmitir seguridad a la mujer antes de que pueda someterse a intervenciones de rutina que, en otros casos, podrían parecer inofensivas. De esa manera, se minimiza la posibilidad de retraumatización. Para las mujeres que han sufrido abuso sexual, incluso intervenciones simples y no intrusivas, como medir la presión arterial, pueden crear la sensación de “haber caído de nuevo en la trampa”. Tener puesto el brazalete del tensiómetro, en especial cuando se infla y hace presión en el brazo, puede traer recuerdos aterradores o incluso provocar una disociación.

3- La reparación de una episiotomía o una ruptura requieren habilidades quirúrgicas. Para algunas mujeres, esto sólo significa “reparar el cuerpo”. Para otras, el perineo es la puerta de ingreso al placer sexual y tiene que verse y sentirse bien. Podría ser beneficioso que el/la profesional le pregunte a su paciente qué piensa sobre la costura en lugar de sólo afirmar que se necesitan puntos de sutura. Además, se debe contar con buenas habilidades de comunicación ya que el procedimiento requerirá pedir consentimiento, responder preguntas sobre cómo y por qué, explicar a la mujer/pareja lo que se está haciendo y adecuar la forma y el tono del mensaje a cada paciente y pareja específica.

28.4. Cómo tratar la integridad corporal

A casi ninguna mujer le agrada estar (semi)desnuda y ser observada. Esto puede provocar una pérdida temporal del sentido de integridad corporal y afectar la intimidad de la mujer y su pareja. Para los profesionales de la salud materna observar o estar cerca de mujeres desnudas y vulnerables forma parte de su realidad laboral cotidiana. Esa cotidianidad genera el riesgo de que, poco a poco, el/la profesional deje de percibir que casi todas las mujeres se sienten vulnerables cuando están desnudas.

A partir de este entendimiento, es importante tener presente que, en la práctica de la partería, abundan los procedimientos de rutina que la mujer embarazada fácilmente puede experimentar como una violación a su sentido de integridad y su corporalidad.

A continuación, se incluyen algunos ejemplos significativos.

28.4.1. Examen vaginal (EV)

En los ámbitos de salud reproductiva, el contacto físico es una parte inherente de la rutina de atención diaria. El examen vaginal (manual o con sonda de ultrasonido) es un procedimiento de diagnóstico tan común que puede ocurrir que las matronas y otros profesionales olviden que la vagina es un área muy íntima sólo tocada por la propia mujer y, a veces, por su pareja.

Durante el trabajo de parto, un EV adecuadamente explicado a y consentido por la mujer puede resultar positivo y motivador si confirma que el trabajo de parto está progresando. No obstante, también puede ser experimentado como vergonzoso, perturbador o invasivo, en especial cuando no hay explicación ni consentimiento previo. Algunas mujeres incluso llegan a decir algo como: “¡Mi vagina se ha vuelto propiedad pública!”. Esto no promueve los sentimientos eróticos después del nacimiento. Una investigación neerlandesa detectó que el 35 % de las mujeres informan una experiencia negativa de EV [3]. En base a esto, los investigadores recomiendan que la cantidad de EV realizados durante el trabajo de parto se restrinja lo máximo posible, sólo se hagan con consentimiento informado previo de la mujer y, en lo posible, sean realizados siempre por el mismo profesional.

A continuación, incluimos algunos puntos que invitan a reflexionar sobre la propia práctica de cualquier tipo de examen realizado a una mujer, incluido el tacto:

- ¿Qué tengo que hacer antes de un examen físico? ¿Explico por qué lo haré? ¿Pido permiso para realizarlo? ¿Basta con anunciarlo? ¿Puedo comenzar el examen sin mediar introducciones porque es algo que la mujer debería esperar que ocurra durante las consultas prenatales?
- Antes de realizar el examen vaginal, ¿pregunto a la paciente si prefiere que su pareja esté presente o que aguarde en la sala de espera?
- Decir: “*Por favor, desvístase. Enseguida vuelvo*” puede significarle al profesional tiempo ganado o puede ser una forma de permitir privacidad en el momento íntimo de desvestirse, pero también podría sonar un poco insensible y afectar el sentido de integridad de la paciente.

28.4.2. Respeto en la práctica diaria

Ser vista, ser escuchada, ser entendida contribuye a generar que la persona se sienta respetada. Para tener un trato respetuoso, es necesario comprender lo que significa sentirse vulnerable como paciente y depender de las personas que brindan la atención que necesitamos. Esta delicada mezcla de vulnerabilidad y dependencia hace que sea

muy difícil para los pacientes hacer algún comentario o intentar corregir las prácticas de rutina más comunes para el profesional.

El siguiente ejercicio invita a detenerse y reflexionar en aspectos de la propia práctica clínica:

- En algunas sociedades, es común afeitarse, recortarse o peinarse el vello púbico. En otras, las mujeres por lo general no se afeitan y tanto la mujer como su pareja pueden estar muy orgullosos del vello púbico. Ante estos casos, ¿qué debo hacer al entrar en la sala de parto o cómo me preparo para reparar una episiotomía o una ruptura? ¿Pido permiso para afeitar el vello? ¿Lo afeito sin preguntar? ¿Lo recorto un poco? ¿Y cómo debo comunicar el por qué y el cómo de esta acción?
- Como ocurre con la mayoría de las intervenciones, el afeitado debe, en la medida de lo posible, adaptarse a las necesidades y deseos de la paciente, siempre teniendo en cuenta cualquier posible impacto en su salud y bienestar. Respecto a este tema, las investigaciones indican que el afeitado perineal no trae ningún beneficio clínico [4].
- Cuando una mujer tiene que permanecer en la sala de parto durante muchas horas, ¿cuántas personas, ya sean matronas, médicos, estudiantes, personal de laboratorio, etc. entran sin previo aviso a la sala y la ven semidesnuda y/o angustiada? Algunas pacientes experimentan esta situación como si su cuerpo se hubiera vuelto propiedad pública (lo que posteriormente podría significar un problema cuando intente restablecer su intimidad).
- Durante el parto, ¿dónde está ubicada la cama? ¿Se ve desde la puerta de ingreso a la sala de partos?
- Como profesional de la salud, ¿alguna vez intentó acostarse en esa posición? ¿Cómo se sintió cuando un colega entró en la sala sin previo aviso?
- Incluso reflexionar sobre el diseño de las salas y la arquitectura de los espacios puede contribuir al bienestar diario de las mujeres y las parejas que utilizan las salas de partos y maternidad.

Para la mujer, sobre todo en esta etapa de su vida, con tantas inseguridades inherentes, no sentirse respetada puede afectar negativamente lo que significa para ella “ser mujer”, aspecto esencial para mantener o volver a desarrollar una relación sexual saludable con su pareja.

Una extensa investigación sobre cómo son tratadas las mujeres durante el parto hospitalario fue realizada en cuatro países de ingresos bajos y medios. En el 35 % de las encuestas postparto (>2.600) se registró abuso físico, abuso verbal, estigmatización o discriminación. También se realizaron observaciones directas continuadas en situación de parto: en el 41 % de los >2000 casos observados [5] se detectó maltrato de estos tipos. En el 56 % de las episiotomías y el 10 % de las cesáreas, las mujeres no habían dado su consentimiento.

La forma en que hacemos las cosas resulta fundamental para lograr buenas prácticas.

Estos son algunos ejemplos que invitan a reflexionar sobre la propia práctica:

- La comunicación no verbal, como mis expresiones faciales o mirada, pueden transmitir mensajes importantes de (falta de) respeto. ¿Cómo reacciono cuando la paciente que ingresa a mi consultorio es obesa?
- ¿Cómo reacciono al observar el perineo de una mujer que fue sometida a mutilación genital? Tendré una mirada comprensiva o infligiré vergüenza o incluso daño psicológico.
- Se produce una episiotomía o ruptura perineal que requiere una reparación. Todo está listo para comenzar el procedimiento, cuando la pareja de la parturienta se posiciona detrás de mí con la mirada puesta en la vulva. ¿Dejo pasar por alto esta actitud o reacciono de una manera considerada hacia ambos miembros de la pareja?
- En una situación similar, el esposo solicita: “¿Puede coserlo más ajustado?” ¿Cómo reacciono ante esta situación? ¿Cómo responder sin romper la alianza profesional con él, pero al mismo tiempo cuidándola a ella?
- El día después del parto, visito a la paciente en su habitación privada del hospital o la clínica. ¿Cómo ingreso a la habitación? ¿Entro sin golpear la puerta? ¿Entro luego de tocar la puerta? ¿Golpeo y espero a que me den permiso de entrar? Podría ser que la mujer y su pareja estén acurrucados juntos en la cama, llorando o teniendo otros comportamientos íntimos y ellos (o usted) podrían sentirse intimidados si alguien ingresa de repente interrumpiendo la privacidad del momento.

Las matronas deben tener en cuenta que, en una práctica respetuosa, los pequeños detalles pueden marcar la diferencia.

28.5. Experiencias traumáticas

El parto puede ser una experiencia traumática. Un estudio neerlandés se dedicó a investigar el recuerdo de la experiencia de parto a tres años del evento. Dentro del grupo de mujeres con bajo riesgo, una de cada seis tiene recuerdos negativos [6]. Podríamos suponer que esas experiencias traumáticas tienen cierta influencia en la sexualidad o en la relación íntima, pero no hay investigaciones que confirmen o nieguen tal supuesto.

En el embarazo y el parto, los eventos traumáticos a veces son inevitables: una cesárea repentina y no deseada puede ser inevitable o puede ocurrir que el bebé muera. Este capítulo se enfoca en las situaciones evitables. Dado que la inevitabilidad de lo que ha sucedido no puede revertirse, toma importancia saber cómo tratarlo en el momento del evento y después. Eso incluye explicar cómo se originó la complicación, consolar emocionalmente a la mujer/pareja y transmitir nuestro más sincero pesar por lo sucedido.

En un estudio que involucró a casi 2200 mujeres que atravesaron experiencias traumáticas en el parto, los investigadores intentaron determinar las diversas “causas” atribuidas a estas [2]. El 47 % de las mujeres indicó como causa la forma de comunicación y la falta de explicaciones. Entre las mujeres que perdieron sus bebés, el 63 % indicó “un desenlace desfavorable” como una de las causas, en tanto que el 37 % informó principalmente mala comunicación, falta de respeto y falta de apoyo.

Cada parto constituye un evento importante para la paciente y la pareja, más aún si se trata de uno traumático. Afecta todas las áreas de la vida de la mujer, incluidas la relación con su pareja, la intimidad y la sexualidad. Es por eso que incorporar el cuidado emocional y el seguimiento luego del parto resulta esencial.

28.6. Límites

En tiempos de mucha preocupación e inseguridad, es normal que la persona que nos transmite paz y tranquilidad nos haga sentir a gusto. Aunque cumplir ese rol puede ser gratificante, el profesional de la salud debe saber que ese aprecio también puede tener consecuencias negativas. Cuando la paciente atraviesa un momento de angustia, puede ocurrir que sus sentimientos por el profesional que cuida de ella se vuelvan muy intensos o incluso se transformen en un enamoramiento. No es extraño que las pacientes se sientan fascinadas con su ginecólogo/a, matrona, pediatra o fisioterapeuta y, en ocasiones, desarrollen sentimientos románticos. En psicoterapia, este proceso se denomina transferencia, y se origina en emociones y necesidades inconscientes que pueden estar relacionadas con el pasado de la persona. Son situaciones que requerirán ayuda psicológica. En una pareja que mantiene una relación estable, es más fácil para la matrona generar un vínculo con ambos que le permita brindarles una buena atención. Cuando la relación no es estable, la matrona debe desarrollar una coreografía sutil que resulte en una alianza con ambos miembros de la pareja sin generar celos ni rivalidades.

Por último, las matronas y los demás profesionales de la salud también son seres sexuales, tienen sentimientos sexuales y puede que tengan pareja. Todos estos son aspectos valiosos que deben ser reconocidos y valorados.

La práctica de la partería no debe realizarse a expensas del propio placer y relación sexual. Sorprende que sea tan escasa la bibliografía disponible sobre traumas de las matronas relacionados con su trabajo [7] o sobre el desarrollo de suficiente resiliencia en relación a la salud sexual en la formación de jóvenes profesionales [8]. No logramos dar con ninguna publicación sobre la influencia del trabajo en la sexualidad de las matronas.

Así como los traumas de nuestras pacientes pueden afectar todas las áreas de sus vidas, podemos suponer que los traumas de las matronas también afectarán su vida íntima y relaciones sexuales.

Existen dos caras de dedicarse a la partería o a la salud materna. Ser testigo del parto y la transición hacia la maternidad/paternidad es satisfactorio y gratificante, pero la partería también nos enfrenta a situaciones tristes y traumáticas. Para muchos de nosotros, es difícil encontrar el equilibrio entre empatizar, sentir el dolor de la paciente para poder brindarle una buena atención, sin sentirnos abrumados por ese dolor. No dejar que lo que está sucediendo nos afecte a veces parece necesario para continuar trabajando. Sin embargo, si no se reflexiona sobre ello, el resultado podría ser el desarrollo de cierta frialdad, tanto a nivel personal como profesional. Por otra parte, si permitimos que el trauma y el dolor nos atravesasen, esto podría afectar severamente nuestra propia salud mental y bienestar general.

Varios estudios recientes han informado sobre los problemas psicológicos de las matronas. En Suecia, la prevalencia de síntomas moderados a graves de depresión,

ansiedad y estrés en las matronas va del 7 al 12 % [9]. En el Reino Unido, 37 % obtuvo una puntuación moderada o alta en la medición del estrés, 38 % de ansiedad y 33 % de depresión [10]. Entre las matronas y enfermeras-parteras certificadas de EE.UU., el 40 % cumplió los criterios de agotamiento laboral (*burnout*) [11]. A la mayoría de los profesionales de la salud les cuesta abandonar su rol de cuidadores para convertirse en pacientes cuando se enferman.

El agotamiento, el estrés, la ansiedad y la depresión tienden a estar acompañados de una disminución del deseo y el placer sexual que, si es tratada con antidepresivos, supone un daño sexual adicional (ver [Capítulo 17](#)). Esto, a su vez, crea un terreno fértil para que surjan problemas en sus relaciones.

¿Cómo reaccionar ante estas cifras? En lo que respecta a la atención de pacientes embarazadas, si bien no es un hecho, nos atreveríamos a suponer que si una matrona sufre alguno de los trastornos psicológicos mencionados prestará menos atención a la sexualidad de sus pacientes, pero no podemos saberlo a ciencia cierta.

En cuanto a la salud de las matronas, podemos suponer que una vida sexual satisfactoria se traduce en menos trastornos psicológicos y viceversa. El [Capítulo 4](#) detalla los beneficios de la sexualidad para la salud general, que también se aplican a las matronas y otros profesionales de la salud materna.

28.7. No intervenir como forma de intervención

Aunque el título de este capítulo sea “Consecuencias sexuales de las intervenciones...”, es importante recordar que no intervenir también puede tener consecuencias sexuales negativas. El [Capítulo 12](#) trabajó este tema en relación a los embarazos complicados y de riesgo. Cuando el profesional omite mencionar información sexual relevante para el bienestar de la mujer y la pareja está reforzando los tabúes sobre el abordaje de la sexualidad y, en consecuencia, elevando el riesgo de trastornos sexuales. En situaciones de mucha incertidumbre, creemos que los profesionales deben tomar la iniciativa de responder las “preguntas no formuladas”.

El [Capítulo 26](#) brinda consejos prácticos para hablar de sexualidad con los pacientes de manera proactiva.

28.8. Conclusiones y recomendaciones

Durante el embarazo y el parto, la comunicación y el enfoque de la matrona (y demás profesionales de la salud) pueden tener un rol clave en el desarrollo del bienestar sexual de la mujer o la pareja. Una frase guía constante para los profesionales de la salud debería ser: “¡Nuestro comportamiento y forma de comunicar (también) tienen consecuencias sexuales!”.

En nuestra labor diaria, una parte esencial de la buena práctica se resume en ser conscientes de lo importante que es cómo nos dirigimos a la mujer o la pareja.

Creemos que las carreras de partería deben dedicar suficiente tiempo a la enseñanza y práctica de habilidades de comunicación. La buena comunicación es un prerrequisito para ofrecer atención de calidad. Una forma de estar alerta al impacto de la propia práctica es pedir a la paciente y a su pareja que valoren y nos hagan una devolución sobre nuestro desempeño durante todo el proceso, en especial en la consulta final (de postparto). Los expertos recomiendan ofrecer a cada paciente una consulta postparto con el profesional que la atendió y ayudó durante el parto para que cuente cómo fue para ella el proceso de dar a luz.

Incluir de forma explícita el tema sexualidad e intimidad en una “consulta final” puede ser una forma constructiva de ganar experiencia en el abordaje de estas áreas.

Referencias

- [1] Geuens S., Dams H., Jones M., Lefevre G. (2020): Back to basics: a solution focused take on using and teaching basic communication skills for health care professionals. *J Solut Focus Prac.*; 4(2): 6. <https://digitalscholarship.unlv.edu/journalsfp/vol4/iss2/6>
- [2] Hollander M. H., van Hastenberg E., van Dillen J., et al. (2017): Preventing traumatic childbirth experiences: 2192 women's perceptions and views. *Arch Womens Ment Health*; 20: 515-23.
- [3] de Klerk H. W., Boere E., van Lunsen R. H., Bakker J. J. H. (2018): Women's experiences with vaginal examinations during labor in the Netherlands. *J Psychosom Obstet Gynaecol.*; 39: 90-5.
- [4] Basevi V., Lavender T. (2014): Routine perineal shaving on admission in labour. *Cochrane Database Syst Rev.*; 2014(11): CD001236.
- [5] Bohren M. A., Mehrtash H., Fawole B., et al. (2019). How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. *Lancet*; 394(10210): 1750-63.
- [6] Rijnders M., Baston H., Schönbeck Y., et al. (2008): Perinatal factors related to negative or positive recall of birth experience in women 3 years postpartum in the Netherlands. *Birth*; 35: 107-16.
- [7] Aydın R., Aktaş S. (2021): Midwives' experiences of traumatic births: a systematic review and metasynthesis. *Eur J Midwifery*; 5: 31.
- [8] Kunzler A. M., Helmreich I., König J., et al. (2020): Psychological interventions to foster resilience in healthcare students. *Cochrane Database Syst Rev.*; 7(7): CD013684.
- [9] Båtsman A., Fahlbeck H., Hildingsson I. (2020): Depression, anxiety and stress in Swedish midwives: a cross-sectional survey. *Eur J Midwifery*; 4: 29.
- [10] Hunter B., Fenwick J., Sidebotham M., Henley J. (2019): Midwives in the United Kingdom: levels of burnout, depression, anxiety and stress and associated predictors. *Midwifery*; 79: 102526.
- [11] Thumm E. B., Smith D. C., Squires A. P., et al. (2022): Burnout of the US midwifery workforce and the role of practice environment. *Health Serv Res.*; 57: 351-63.

Cómo otros profesionales tratan los problemas sexuales

Patrícia M. Pascoal y Catarina F. Raposo¹

Las matronas tienen el privilegio de trabajar en la prevención y detección de problemas, preocupaciones y dudas relacionados a la sexualidad, pero algunos casos pueden requerir una derivación si los conocimientos y habilidades para tratar algún problema específico no son suficientes.

La matrona puede detectar preocupaciones escuchando a la mujer y a la pareja y así descubrir problemas sexuales preexistentes al embarazo o bien desencadenados o agravados por el embarazo o el parto. Además, gracias a su vínculo con ambos miembros de la pareja, puede que la consideren una persona de confianza y compartan sus experiencias de abuso sexual, abandono y violencia.

Las matronas también entran en contacto con mujeres que están dispuestas o deseosas de participar en intervenciones clínicas para mejorar su salud sexual o eliminar problemas sexuales. Es por eso que se exponen aquí algunos conocimientos básicos sobre terapia sexual, que permitan a las matronas derivar a sus pacientes con terapeutas sexuales, siempre que sea necesario, y habiéndole explicado antes a la paciente o la pareja qué esperar.

Originariamente, la terapia sexual se desarrolló como un enfoque terapéutico dirigido a modificar comportamientos y eliminar problemas sexuales. Hoy se trata más de una intervención integradora, que utiliza diferentes métodos y herramientas, dirigida a individuos y parejas que desean recuperar o mejorar su salud y bienestar sexual. La terapia sexual sigue un modelo colaborativo en el que las personas involucradas participan activamente del proceso. La intervención comienza con una evaluación clínica, luego se establecen objetivos terapéuticos junto con el/la/los pacientes/s y, por último, se delinea un plan de intervención personalizado. Los terapeutas sexuales suelen ser psicólogos, psicoterapeutas o médicos de diferentes especialidades que se han formado a nivel teórico y práctico en esta área. Aun así, otros profesionales de la salud, como matronas, enfermeras, asistentes médicos y fisioterapeutas del suelo pélvicos, con la formación adicional adecuada, también pueden brindar apoyo en casos que requieran terapia sexual. Las profesiones habilitadas para realizar esta formación especializada pueden variar según el país, por lo que recomendamos consultar a las respectivas asociaciones profesionales de sexología para obtener información más precisa.

¹ **P. M. Pascoal** 

CICPSI, Facultad de Psicología, Universidad de Lisboa, Lisboa, Portugal.

HEI-Lab: Laboratorio Digital de Interacción Humano-Ambiental, Universidad Lusófona, Lisboa, Portugal.

C. F. Raposo 

Facultad de Psicología y Ciencias de la Educación, Universidad de Oporto, Oporto, Portugal. Centro de Psicología, Universidad de Oporto, Oporto, Portugal.

29.1. Contexto

Durante varias décadas, los profesionales han debatido sobre qué constituye un buen funcionamiento sexual y una vida sexual saludable. Psicólogos, psiquiatras clínicos y otros especialistas médicos clasifican las disfunciones sexuales en el DSM 5 y los manuales de CIE desde una perspectiva clínica. El grupo de disfunciones sexuales incluye una variedad de trastornos, la mayoría caracterizados por la angustia relacionada con el funcionamiento sexual o por inconvenientes para sentir placer. (Para obtener una breve descripción general de qué ocurre cuando el sexo “no funciona”, ver [Capítulo 3](#); para una descripción general de la categorización de las disfunciones sexuales según el DSM 5, ver [\[1\]](#)).

La disfunción sexual puede causar angustia personal e interpersonal y estar relacionada con un deterioro del bienestar general, conflictos en las relaciones y afectar la calidad de vida. Sin embargo, no es necesario cumplir con los criterios diagnósticos de disfunción sexual para experimentar los efectos perjudiciales de los problemas sexuales o beneficiarse de la terapia sexual.

Incluso sin experimentar una angustia intensa, las parejas pueden aspirar a tener una vida sexual mejor y apostar a la terapia sexual. Las matronas están en una posición privilegiada para ayudarles a normalizar tanto los cambios en las experiencias sexuales durante el embarazo y la paternidad joven como la necesidad de buscar ayuda para promover su bienestar sexual y prevenir la insatisfacción sexual. Los problemas y dificultades sexuales durante el embarazo pueden deberse, por ejemplo, a la falta de información, a una estimulación sexual ineficaz en un contexto de cambios corporales o bien, a preocupaciones sobre la imagen corporal durante el embarazo y después del parto. Derivar a quienes experimentan este tipo de angustia con un/a terapeuta sexual con experiencia en los cambios que trae aparejados la reproducción puede ser el camino a seguir para disminuir el malestar, pero también para prevenir el desarrollo de un problema más grave.

29.2. Fundamentos de la terapia sexual

La terapia sexual parte de una comprensión biopsicosocial de la sexualidad [\[2\]](#). Su proceso se asemeja mucho al de la psicoterapia general, porque tiende a seguir los pasos comunes de primera evaluación, establecimiento conjunto de objetivos y adaptación colaborativa de las intervenciones junto con la pareja, es decir, ajustes que los ayudarán a alcanzar sus propios objetivos respecto de sus vidas sexuales. En cuanto a la evaluación de los problemas, el enfoque biopsicosocial nos permite comprender cómo las variables físicas, psicológicas y sociales interactúan y determinan, mantienen y/o empeoran las dificultades y disfunciones sexuales. Este enfoque permite una evaluación integral de los factores clínicos, sexuales y psicosociales y de su historia tanto en el diagnóstico como en el manejo clínico. Por lo tanto, en terapia sexual, la paciente o la pareja debe esperar una evaluación adecuada (a veces realizada por más de un profesional, por ejemplo, ginecólogo y sexólogo) para garantizar que los factores físicos, psicológicos y sociales relevantes sean evaluados en detalle.

Junto a la forma del proceso, como en todos los enfoques psicoterapéuticos, la calidad de la relación terapéutica es determinante para el éxito de este tipo de intervenciones. Generar una relación de empatía, validar las preocupaciones y dificultades, motivar y dar refuerzos positivos son acciones esenciales para el éxito de la terapia.

La terapia sexual se caracteriza por apoyarse en una sólida alianza terapéutica, su naturaleza multidisciplinaria en las etapas de evaluación y tratamiento y la prescripción de tareas para realizar en el hogar, diseñadas en colaboración con los pacientes.

Ejemplo de caso: Christine

Christine es una mujer de 40 años primigrávida, heterosexual y casada que cursa el séptimo mes de embarazo. Aunque se siente más sexual que nunca, esto la incomoda. Sin embargo, nota que su esposo está entusiasmado con su renovado interés por el sexo. Christine piensa que esto no es normal y que este intenso interés sexual es algo malo. También nota que alcanza el orgasmo con mayor facilidad y que es muy placentero pero se siente físicamente agotada después, lo que causa dificultades: suele alcanzar el orgasmo muy pronto por lo que su esposo queda insatisfecho. A Christine le preocupa que él se sienta frustrado por esta nueva dinámica sexual y que pueda perder interés. También teme que su propio interés sexual disminuya después del parto y esto decepcione a su pareja. Le preocupa que no vuelva a ser como antes, lo que la motiva a hablar con su matrona

29.3. Evaluación

En terapia sexual, las primeras sesiones son decisivas para desarrollar una alianza de colaboración terapéutica y una visión clara de los resultados deseados por la paciente y de las posibles estrategias para alcanzarlos. Además de establecer una buena alianza para trabajar, en las primeras sesiones el/la terapeuta intentará evaluar la situación actual de la paciente: analizar los factores predisponentes (educación sexual deficiente, expectativas negativas, etc.), los factores precipitantes relacionados con los eventos que desencadenaron la aparición del problema sexual (por ejemplo, dolor durante la penetración) y los factores que perpetúan la condición (depresión, pérdida del deseo, actividad sexual no placentera, etc.).

El caso de Christine

Sería beneficioso explorar las expectativas de Christine respecto de su sexualidad para el último trimestre del embarazo y después del parto.

Las siguientes preguntas podrían resultar útiles:

“¿Cómo esperaba que evolucionara su deseo sexual a lo largo del embarazo?” “¿Qué esperaba que sucediera en el último trimestre y después del parto?” “¿Por qué esto sería un problema para usted?”.

El/La terapeuta también debe evaluar los posibles desencadenantes de las preocupaciones de Christine:

“¿Ha leído algo sobre el tema que pueda haber influenciado su sentir al respecto?”.
 “¿Su pareja expresó una pérdida de deseo o él notó que el deseo de Ud. es mayor ahora?”.

“Desde que comenzó a sentir más deseo, ¿modificó su comportamiento (por ejemplo, comprobó el nivel de deseo de su pareja, leyó en internet algo sobre el deseo femenino durante el embarazo)?”

“¿Percibe que su pareja podría decepcionarse si sus niveles de deseo disminuyen después del parto?”

“¿Cómo la hace sentir el hecho de alcanzar el orgasmo tan rápido?” “¿Habló con su pareja sobre cómo esto podría afectar su vida sexual?”

En general, el terapeuta sexual también evaluará las expectativas de la paciente con respecto al tratamiento, su motivación para cambiar la situación actual y su confianza en la posibilidad de alcanzar los objetivos establecidos. Estos elementos son clave para el involucramiento de la paciente y el éxito de la intervención. Por ejemplo, las parejas que experimentan discrepancias en sus niveles de deseo sexual podrían esperar que la terapia sexual “arregle” a la persona que tiene bajo deseo. Sin embargo, estas discrepancias son una característica común de las relaciones amorosas. Los cambios en el deseo no pueden evitarse y no existe un estándar objetivo respecto de la cantidad esperada de deseo sexual en hombres y en mujeres [3].

El caso de Christine

Sería importante averiguar si hay una discrepancia en el deseo sexual dentro de la pareja y quién siente angustia por ello, si Christine, su pareja o ambos.

La entrevista clínica/sexual es una herramienta indispensable en esta etapa del proceso. Para poder realizar un diagnóstico diferencial el/la terapeuta debe recopilar la mayor cantidad de información posible sobre la naturaleza y el desarrollo del problema, así como sobre los factores que han contribuido a su aparición y mantenimiento, al tiempo que fortalece su relación con la paciente. La evaluación en este contexto podría considerar las diferentes esferas de la vida de la persona, como aspectos interpersonales (relaciones románticas y sexuales, familia y amistades), hábitos y rutinas, el paso por las diferentes etapas de la vida desde la infancia (por ejemplo, actitudes hacia la sexualidad por parte de sus padres y adultos con presencia significativa) y la adolescencia (educación sexual y primeras experiencias) hasta el presente (creencias religiosas; prácticas, actitudes y creencias sexuales), pero sólo si el terapeuta o la paciente lo consideran relevante. Los factores interpersonales (por ejemplo, la satisfacción y comunicación en las relaciones sexuales) pueden desempeñar un papel importante en los resultados sexuales (satisfacción, placer o angustia), por lo que, si existe una relación romántica, el terapeuta intentará involucrar a la pareja [4]. Además, recopilará información sobre su relación actual, las ideas de ambos respecto del problema y cualquier información que consideren importante.

El caso de Christine

Las preguntas, en esta fase de exploración, podrían ser:

“¿Qué mensajes han recibido de sus familias, su cultura y su religión sobre la sexualidad en el embarazo?”

¿Cómo han internalizado esos mensajes?

¿Cómo han tratado, como pareja, la angustia que siente Christine?

“¿Demostró su angustia o tiene miedo de demostrarle o contarle lo que siente a su pareja?”

¿Cómo ha lidiado la pareja con otros problemas en el pasado (enfermedad, empleo, familia de origen)?
(Los desafíos anteriores pueden indicar fortalezas y debilidades relevantes para la situación actual).
¿Cuáles son las expectativas y los temores sobre el gran deseo sexual de ella y el disfrute de su pareja? ¿Qué ideas le genera esto?
¿Qué cambios espera Christine en la maternidad, el trabajo, los roles de pareja, etc. y cómo podrían influir en su sexualidad?

El terapeuta siempre debe verificar los seguimientos clínicos previos, cualquier enfermedad física o mental y si la persona toma medicamentos. Un problema de salud mental (como la depresión), una condición física (como la candidiasis) o ciertos medicamentos (como los anticonceptivos hormonales) pueden explicar los síntomas y señales sexuales. En estos casos, la resolución del problema puede provenir de otras intervenciones y no sólo de la terapia sexual.

Cuando la matrona deriva a sus pacientes a terapia sexual debe explicarles que no es una terapia milagrosa, sino un tratamiento que se centra en la respuesta sexual y las experiencias emocionales vinculadas a la actividad sexual. No es algo rápido ni se trata sólo de la respuesta genital, sino que apunta al desarrollo personal.

Cuando existen sospechas de una causa orgánica, será necesario realizar una consulta médica para un diagnóstico adecuado [5]. En resumen, las matronas pueden acotar las expectativas de sus pacientes aclarándoles que el proceso de evaluación de la terapia sexual utiliza un enfoque biopsicosocial integral que analiza el desarrollo de los problemas sexuales y asume una perspectiva de tratamiento multidisciplinario. Lo que sí pueden esperar es que la acción de compartir sus preocupaciones y que el terapeuta recopile esta información tenga un efecto positivo profundo y conduzca a la comprensión, promoviendo un espacio de confianza y generando incluso una atmósfera que mejore la comunicación sexual.

29.4. Tratamiento

La terapia sexual tiene como objetivo aliviar las ansiedades, minimizar las dificultades, normalizar las experiencias y buscar formas de mejorar al máximo la salud y el bienestar sexual, teniendo en cuenta los antecedentes socioculturales y los resultados sexuales deseados por cada paciente. Con el pasar del tiempo, la terapia sexual evolucionó de un enfoque principalmente basado en el comportamiento a uno integrador que evalúa y trata a la persona a partir de la perspectiva biopsicosocial [6]. Por lo tanto, sus intervenciones también se pueden llevar a cabo en un contexto clínico multidisciplinario.

La terapia sexual se utiliza a menudo como un concepto general para referirse a una multitud de posibles intervenciones concretas. Estas se adaptan a las necesidades y singularidades de cada paciente y, cuando existe una relación romántica, también en su dinámica.

Por lo tanto, la matrona puede explicar a sus pacientes que la terapia sexual se ocupa de mejorar la comunicación de la pareja, ampliar su perspectiva sobre la intimidad y la sexualidad y mejorar la forma en que experimentan el sexo. Además, puede

indicarles que buscar información con respaldo científico en revistas, libros o sitios web puede ser de gran ayuda a la hora de lidiar con preocupaciones o problemas sexuales, en especial si la terapia sexual no es una opción para ellos debido a su disponibilidad o a los costos elevados.

La terapia sexual casi siempre incluye un componente de terapia conductual. La sexualidad se expresa a través de sentimientos, actitudes, pensamientos y comportamientos (sean individuales o en una relación). Por lo tanto, parte de la terapia se enfocará en romper viejos patrones de comportamiento y establecer otros nuevos, más funcionales y satisfactorios. El intercambio de información, el diálogo y la aclaración de dudas sobre aspectos de la anatomía y la fisiología sexuales pueden formar parte de las primeras sesiones del proceso terapéutico, cuando sea necesario. La psicoeducación sobre sexualidad es una herramienta esencial para superar conceptos y mitos sexuales ineficaces que suelen ser la raíz de las dificultades sexuales y el motivo por el cual perduran. Esas intervenciones psicoeducativas se pueden realizar como parte de la terapia individual, la terapia de pareja o en terapias grupales [7]. Es preferible que ambos miembros de la pareja reciban esta educación, ya que no siempre comparten las mismas creencias y expectativas sobre la sexualidad.

A través de una reestructuración cognitiva, el terapeuta puede trabajar con creencias más realistas. Pongamos como ejemplo el caso de Christine: ella piensa que no es normal sentirse más sexual durante el embarazo; el terapeuta puede abordar esta idea para tratar de descubrir su origen, qué tan rígida y que tan válida es.

El obstáculo más común es la idea generalizada de que el coito pene-vagina es la única forma de tener sexo o la única forma en que la mujer experimenta placer o alcanza el orgasmo. Estas creencias pueden hacer que las parejas se enfoquen sólo en el sexo con penetración, incluso cuando produce dolor debido a un parto reciente o falta de lubricación durante la menopausia. Lo cierto es que situaciones así demandan educación. Por ejemplo, respecto del clítoris y su funcionamiento, la respuesta sexual cambia durante el embarazo y durante la menopausia debido a los efectos físicos y sexuales de los cambios hormonales. Parte de esta educación tiene como objetivo animar a la pareja a pensar otras alternativas. La “reestructuración cognitiva” puede ayudar a que hagan espacio para más variedad sexual y más experimentación, lo que llevará a encuentros sexuales más placenteros y libres de la presión centrada en la penetración.

El caso de Christine

El terapeuta debe abordar las creencias de Christine y su pareja sobre los cambios sexuales que pueden esperar durante el embarazo y el postparto. También debe normalizar sus experiencias individuales y de pareja (“¡Es algo que ocurre!”) y hacer hincapié en el redescubrimiento continuo de nuevas maneras de expresar su sexualidad.

Algunas matronas están lo suficientemente capacitadas como para proporcionar esa “Información limitada” (modelo PLISSIT) a la pareja eliminando la necesidad de una derivación a un/a terapeuta sexual o de prepararlos antes de derivarlos. Para más información sobre el modelo PLISSIT, ver el [Capítulo 3](#).

A lo largo de las sesiones, el terapeuta puede indicar a la pareja que intente nuevas experiencias o patrones de comportamiento en casa para contribuir a cambiar la dinámica sexual. Debe asegurarse de que la pareja entienda claramente cómo llevar a

cabo estas experiencias en el hogar, lo que a veces requiere descripciones detalladas del comportamiento deseado durante actividades íntimas o sexuales. Cuantas más veces el terapeuta y la pareja co-construyan estas nuevas experiencias, mayor será la motivación de la pareja para ponerlas en práctica entre sesiones y superar cualquier escollo práctico o emocional que pudiera surgir al probar cosas nuevas y a veces desafiantes. Al comienzo de cada sesión, el terapeuta invitará a la pareja a contarle en detalle cómo han puesto en práctica las nuevas experiencias, de manera que puedan compartir las dificultades y los beneficios para ayudar a promover el cambio deseado.

Durante las sesiones, estas experiencias se pueden integrar en tareas cognitivas para poder trabajar en ellas (por ejemplo, registrar los pensamientos negativos que surgen automáticamente al realizar en casa lo indicado por el terapeuta). La mayoría de las personas tienen habilidades sexuales rígidas, repetitivas y limitadas, con interacciones generalmente orientadas hacia el rendimiento y el logro de objetivos específicos (por ejemplo, alcanzar el orgasmo a través del coito pene-vagina). Cuando los pacientes enfocan toda su atención en el rendimiento les resulta difícil concentrarse y disfrutar de las sensaciones placenteras. Para contrarrestar esto, el terapeuta puede aconsejarles que mientras experimentan con nuevas formas de interacción sexual, intenten percibir las sensaciones físicas sin buscar desesperadamente la erección, el orgasmo o el placer. Así, puede que redescubran las maravillas de la intimidad física.

Mejorar las habilidades de comunicación sexual de la pareja es otra estrategia de tratamiento relevante. Por lo general, una mejor comunicación sexual hace que sea más fácil aceptar las diferencias en el nivel de deseo y en las formas preferidas de interacción sexual, por lo que habrá menos razones para sentir tensión y culpa.

Todos estos son aspectos del enfoque conductual, que se concentra en romper viejos hábitos sexuales disfuncionales y (r)establecer nuevos. Además, la terapia a veces incorpora técnicas de relajación muscular para mejorar la comodidad cuando se realizan en el hogar las actividades indicadas y las nuevas experiencias. En ocasiones, se presta atención al entorno donde se ponen en práctica. Un ambiente cómodo puede facilitar el desarrollo gradual de una mejor interacción sexual mediante asociaciones positivas.

El caso de Christine

Para Christine y su pareja, esto podría incluir analizar la forma en que habitualmente tienen sexo y desafiar sus ideas y expectativas con respecto al “buen sexo” para generar una serie de creencias, expectativas y prácticas sexuales no tan rígidas. En términos concretos, experimentar con nuevas formas de estimulación sexual que sean placenteras para Christine sin llevarla de inmediato al orgasmo.

Podría ser útil para la pareja prestar atención a sus sentimientos. Cuando aprendan a comunicar sus miedos y ansiedades, expresarse de forma positiva y evitar la vergüenza y la culpa, su relación sexual se verá beneficiada.

Por último, superar la incertidumbre podría ser un objetivo terapéutico básico, ya que la pareja parece sentirse angustiada por experiencias positivas inesperadas y por la incertidumbre respecto de eventos futuros que no pueden controlar.

La idea de que las mujeres heterosexuales son menos receptivas y más vacilantes frente al sexo es el ejemplo típico del mensaje que transmiten muchos “guiones sexuales”. Esta idea puede condicionar el comportamiento de las personas porque las mujeres tienden a esperar que sea el hombre quien inicie la interacción sexual. Con el

tiempo, el mensaje se interioriza y se vuelve interpersonal, se repite una y otra vez y puede convertirse en el patrón de una relación.

La terapia sexual identifica los guiones sexuales dominantes y cómo estos moldean y condicionan la exploración de la intimidad y el placer. De esta manera, permite crear espacio para el cuestionamiento, la co-construcción y la exploración de guiones nuevos y diferentes. En el caso de Christine y su pareja, los guiones sobre lo que es la sexualidad normal durante el embarazo y el postparto pueden interferir con el disfrute de su situación actual y crear expectativas negativas hacia el futuro. Es muy importante abordar estos mensajes en la terapia sexual y dejar en claro que cualquier persona puede (re)construir nuevos guiones que no estén basados en las representaciones dominantes de la sexualidad.

El terapeuta puede promover guiones sexuales flexibles y fomentar y estimular narrativas e imágenes sexuales, ejercicios de masturbación dirigida y exploración corporal y ejercicios para reducir la ansiedad por el rendimiento y contribuir a la relajación muscular. Algunos de estos ejercicios son similares a las técnicas utilizadas en la preparación del parto para volver a conectar a la mujer con sensaciones corporales positivas. Habitualmente, la relajación y el reconocimiento de las respuestas y sensaciones corporales se utilizan para manejar el dolor sexual, en especial cuando está asociado a la tensión del suelo pélvico (para más detalles, ver el [Capítulo 10](#)).

Es común que los pacientes tengan dificultades al poner a prueba en sus hogares las nuevas experiencias que co-construyeron durante la sesión. Esto puede reflejar otros problemas no causados por el problema sexual en sí. Algunas situaciones personales e interpersonales (el temor a empeorar la situación, a salir de la zona de confort, etc.) obstaculizan el proceso terapéutico, requiriendo en algunos casos una consulta adicional.

No existe una duración o un número ideal de sesiones. Este aspecto es siempre flexible y se ajusta a las necesidades y la evolución de cada paciente o pareja. Es importante mencionar que no hay contacto físico entre el terapeuta y la paciente. Todas las experiencias co-construidas son puestas en práctica en la privacidad del propio hogar.

Como nota final, nos gustaría destacar que la mayoría de los estudios sobre intervenciones terapéuticas se han realizado en personas pertenecientes a grupos mayoritarios, monógamas, heterosexuales y sin discapacidades, lo cual significa que se debería ampliar el conocimiento disponible sobre intervenciones terapéuticas en otros grupos de pacientes [\[6\]](#).

Hoy en día la terapia sexual se ha vuelto extremadamente multidisciplinaria y ha integrado diferentes perspectivas y estrategias terapéuticas (como la terapia de sistemas, el *mindfulness*, etc.), consolidándose como un enfoque integrador para tratar problemas sexuales. En los últimos años han aumentado las consultas virtuales, lo que puede traducirse en nuevas posibilidades para la terapia sexual: acceso de personas que no pueden asistir a una sesión presencial, sea por falta de recursos humanos en su zona geográfica o porque la idea de hablar de sus problemas sexuales en un entorno clínico las inhibe.

Las matronas desempeñan un papel fundamental en la derivación de pacientes a terapia sexual, ya sea educando sobre el por qué y el cómo de esta terapia o explicando que se trata de un enfoque biopsicosocial y que, en caso de que la paciente tenga pareja, ambos participarán. Además, las matronas deben explicar a sus pacientes que la terapia

sexual no sólo se enfoca en la estimulación genital, sino que propone una mirada más integral y que, muchas veces, incluye tareas domiciliarias.²

Referencias

- [1] Sungur M. Z., Gündüz A. A. (2014): A comparison of DSM-IV-TR and DSM-5 definitions for sexual dysfunctions: critiques and challenges. *J Sex Med.*; 11: 364-73.
- [2] Engel G. L. (1980): The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*; 137: 535-44. <https://psychiatryonline.org/doi/10.1176/ajp.137.5.535>
- [3] Dewitte M., Carvallho J., Corona G., et al. (2020): Sexual desire discrepancy: a position statement of the European society for sexual medicine. *Sex Med.*; 8: 121-31. <https://academic.oup.com/smoa/article/8/2/121/6956574>
- [4] Pascoal P. M., Narciso I., Pereira N. M. (2013): Emotional intimacy is the best predictor of sexual satisfaction of men and women with sexual arousal problems. *Int J Impot Res.*; 25: 51-5. <https://doi.org/10.1038/ijir.2012.38>
- [5] Laan E., Rellini A. H., Barnes T. (2013): Standard operating procedures for female orgasmic disorder: consensus of the international society for sexual medicine. *J Sex Med.*; 10: 74-82. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02880.x>
- [6] Hall K. S., Binik Y. M. (eds.) (2020): *Principles and practice of sex therapy*. 6ª ed. Nueva York: Guilford Press.
- [7] Smith W. J., Beadle K., Shuster E. J. (2017): The impact of a group psychoeducational appointment on women with sexual dysfunction. *Am J Obstet Gynecol.*; 198: 697.e1-7. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2008.03.028>

2 Este trabajo es parcialmente financiado por fondos nacionales de la FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia, I.P, a través del Centro de Investigación en Ciencias Psicológicas de la Facultad de Psicología de la Universidad de Lisboa (UIDB/04527/2020; UIDP/04527/2020).

La partería del futuro: un campo de competencias en expansión

Woet L. Gianotten, Eva Wendt y Ana Polona Mivšek¹

30.1. Introducción

Suele pensarse que las matronas son las profesionales que guían el embarazo, parto y postparto cuando no se presentan complicaciones. Su independencia como profesionales varía en todo el mundo. En algunos países, sólo gestionan la primera etapa del trabajo de parto y luego derivan a la paciente al obstetra. En otros, supervisan todo el proceso de manera autónoma, a menos que las complicaciones del embarazo o el parto requieran una derivación obstétrica.

En ambos casos, los servicios de las matronas pueden extenderse a diversas áreas, como la atención prenatal, las clases de parto y la planificación familiar, lo cual suele hacerse sin tener en cuenta la sexualidad y la intimidad. Este libro tiene como objetivo cambiar esta situación para garantizar que las matronas y demás profesionales de la salud comiencen a incorporar de forma adecuada cuestiones relacionadas a la intimidad y la sexualidad en su atención. Tomar en consideración estos temas debe ser parte integral de la práctica y las competencias de la partería.

Este último capítulo pretende llevar la partería al siguiente nivel. En el sentido más amplio, la práctica que incluye una mirada positiva sobre la sexualidad crea espacios para expandir los dominios de la salud femenina, incluyendo la salud sexual y reproductiva. Suecia es un excelente ejemplo de esta partería progresiva y positiva en términos sexuales. Si bien entendemos que la realidad de algunas partes del mundo puede hacer que esto suene a ficción, el presente capítulo profundiza sobre este nivel avanzado y describe nuevas visiones para el futuro de la partería.

¹ **W. L. Gianotten** 

Departamento de Ginecología y Obstetricia, Centro Médico Universitario Erasmus, Róterdam, Países Bajos.
E-mail: woetgia@ziggo.nl

E. Wendt

Halland, Suecia

A. Polona Mivšek 

Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Liubiana, Liubiana, Eslovenia. E-mail: polona.mivsek@zf.uni-lj.si

30.2. Hacia un nuevo nivel de atención: partería con un enfoque positivo hacia la sexualidad

En ocasiones, el crecimiento y el desarrollo ocurren de forma espontánea, otras veces se planifican deliberadamente. A continuación, proporcionamos ejemplos de posibles desarrollos desde varias perspectivas.

30.2.1. La perspectiva de las necesidades insatisfechas

En su trabajo diario, puede que la matrona que ha adoptado un enfoque sexual positivo note vacíos en la atención médica. Un ejemplo es Elena, una matrona que vio a muchas mujeres jóvenes lidiar con embarazos no planeados. Con la ayuda de las autoridades locales, organizó un espacio de consulta semanal sobre anticoncepción y educación sexual en el centro comunitario de la ciudad.

La acción de tomar conciencia sobre las “necesidades insatisfechas” también puede provenir de la investigación. Así sucedió en una escuela de partería, donde se realizó una encuesta sobre el abordaje de la sexualidad y la intimidad a embarazadas y mujeres que habían parido recientemente pero también a los docentes de la carrera. Aunque la mayoría de las embarazadas dijo necesitar con urgencia esa información, casi ninguno de los docentes trató el tema con sus estudiantes o las embarazadas. Los resultados conmocionaron a la dirección de la escuela que decidió incorporar un sexólogo al equipo docente para integrar poco a poco la temática en el plan de estudios.

30.2.2. La perspectiva de la carrera profesional

Las matronas que desean ampliar y desarrollar sus competencias en salud femenina tienen muchos campos esenciales en los que trabajar. Un ejemplo es Mirjam, quien, a los 53 años realizó una formación complementaria y reorientó su carrera de ser matrona a consejera sexual especializada en anticoncepción.

30.2.3. La perspectiva de la especialización

Algunas profesionales están satisfechas con los desafíos diarios de la partería, otras descubren que se sienten muy a gusto con alguna de sus subespecialidades y desean dedicarse a ella y ganar experiencia. Esa especialización puede ser muy efectiva si se realiza en prácticas grupales con muchas otras matronas.

En un centro urbano se llevó a cabo una práctica integral de la que participaron 17 matronas y le pidieron a Ursula que se encargue de las clases de parto. Ella desarrolló una sesión para parejas totalmente dedicada a la sexualidad y la intimidad que fue muy bien recibida.

Este ejemplo pone de relieve un aspecto a considerar: el hecho de que una de las matronas del grupo de práctica se especialice en sexualidad no exime a las demás de la obligación de abordar la sexualidad con sus pacientes.

30.2.4. La perspectiva de la curiosidad

¿Qué pasaría si...?” es la pregunta fundamental detrás de la ciencia y la motivación para desafiar las estructuras y rutinas habituales. Janet se interesó por la sexología cuando descubrió que en su rol de matrona inspiraba una gran confianza en las pacientes. Tener más experiencia en sexología le permitía ayudar y asistir a mujeres con diferentes problemas y preguntas sobre sexualidad y relaciones. La curiosidad de Janet la llevó a formarse en sexología y ahora trabaja un día a la semana como sexóloga clínica.

30.2.5. La Perspectiva de “¿quién más sino la matrona?”

Cuando necesitamos tratar alguna cuestión, por lo general sabemos a qué profesional recurrir en base a sus habilidades y conocimiento. Cuando se trata de una tarea que involucra a personas, es fundamental la actitud, la confianza y estar familiarizados con la población objetivo [1]. Las matronas parecen estar capacitadas para abordar muchas de las tareas relativas a la salud sexual y reproductiva: poseen las habilidades esenciales para realizarlas y trabajan en el contexto adecuado [2]. El contacto frecuente y cercano con las pacientes en una etapa vulnerable de sus vidas fomenta la confianza necesaria en las profesionales, aspecto fundamental para promover y facilitar una sexualidad saludable a largo plazo [1] para sus pacientes.

La pregunta “¿Quién más sino la matrona?” podría estar sujeta a la disponibilidad de otros profesionales. En la mayoría de los países con mayores recursos hay entre 20 y 40 médicos por cada 10.000 habitantes, mientras que en algunos países de bajos ingresos, ni siquiera hay uno para la misma cantidad poblacional. En estos últimos, las matronas realizan las tareas que quedan vacantes por la falta de otros profesionales de la salud. En algunos lugares del África subsahariana, matronas con tres años de formación quirúrgica adicional realizan cesáreas con el objetivo de reducir la mortalidad materna [3].

Esto también se aplica al tratamiento de trastornos y disfunciones sexuales. En países donde pocos profesionales de la salud cuentan con conocimientos de sexología o medicina sexual, las matronas pueden suplir esta carencia. Hoy, sólo los médicos y los psicólogos pueden especializarse en medicina sexual. Creemos que las organizaciones de sexología deberían reconocer que las matronas son capaces de abordar la sexualidad y permitirles acceder a sus cursos de formación o bien ofrecer capacitaciones específicas para partería profesional. Esto beneficiaría tanto a las pacientes como a la partería y la sexología.

Ampliar el rol de las matronas [4] y permitirles desarrollar competencias básicas que incluyan la comunicación sobre sexualidad y salud sexual podría ser la forma de mejorar la salud femenina [2]. Sin embargo, la mayoría de las pacientes, incluso si se sienten cómodas con la matrona, no habla sobre sexualidad a menos que se

les pregunte o se les pida información. Si la matrona no toma la iniciativa de hablar del tema, las pacientes no tendrán respuestas a sus preguntas y problemas.

Algunas mujeres sienten que las preguntas de los profesionales de la salud sobre sexualidad son demasiado personales [1]. Si bien la confianza no es el único factor incidente, un entorno de confianza aumenta las posibilidades de que las mujeres hablen sobre sexualidad e intimidad [5]. Crear estas oportunidades puede ser fundamental para muchas pacientes.

Los países y las culturas difieren en la forma de hablar y abordar la sexualidad. Aunque los tabúes varíen, la mayoría de los aspectos relativos al amor, la sexualidad, la intimidad, las hormonas, la concepción y el orgasmo se repiten en todo el mundo. Algunas matronas ya han dado pasos importantes para incorporar la sexualidad y la intimidad en su práctica diaria, como Suecia, por ejemplo. Lo ocurrido en este país podría servir de modelo para la partería profesional a nivel mundial.

30.3. La experiencia sueca

Suecia es uno de los países más prósperos del mundo, con la puntuación más alta en el Índice de Igualdad de Género de Europa. Ya en 1886, las matronas suecas fundaron la Asociación Sueca de Matronas. En ese país, la matrona comienza su formación con una licenciatura en enfermería, seguida de dos años de partería. Muchas continúan formándose y el 2,5 % alcanza el nivel de doctorado, uno de los indicadores de la alta profesionalidad de la partería [5].

Las matronas suecas ejercen de forma independiente y autónoma la atención básica en partería. Pueden prescribir anticonceptivos, colocar dispositivos intrauterinos e implantes y realizar abortos médicos. Brindan más del 80 % de la atención en salud sexual y reproductiva del país [6].

A continuación (y en orden adaptado) incluimos la lista vigente en Suecia de competencias mencionadas específicamente bajo el término general “salud sexual” [7]. Esta lista complementa las competencias básicas que la Confederación Internacional de Matronas (ICM) atribuye a la práctica de la partería.

La matrona tiene competencia para:

- realizar exámenes ginecológicos e identificar anomalías,
- informar y asesorar sobre afecciones y enfermedades ginecológicas,
- atender enfermedades ginecológicas,
- atender casos de aborto espontáneo,
- informar sobre menopausia y cambios hormonales relacionados con la salud sexual,
- informar sobre tratamientos de fertilidad,
- informar y asesorar sobre métodos anticonceptivos,
- informar sobre esterilización,
- prescribir anticonceptivos a mujeres sanas para control de la natalidad,
- aplicar anticonceptivos intrauterinos e intradérmicos,
- informar sobre métodos de aborto,
- atender casos de abortos inducidos,

- identificar y atender casos de complicaciones por aborto,
- realizar exámenes de detección y asesorar sobre infecciones de transmisión sexual (ITS), e
- informar sobre tratamientos y rastreo de infecciones y la legislación pertinente, y recetar medicamentos y tratar ciertos diagnósticos/afecciones [7].

Pero esta lista de competencias no es el único factor que erige al modelo sueco como un ejemplo de atención en partería. Se trata también de cómo este modelo entiende los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, su actitud hacia las pacientes y su tendencia a la atención centrada en la mujer. Somos conscientes de que varias competencias incluidas en esta lista pueden parecer inalcanzables. Ni todas las matronas son idénticas, ni lo son sus culturas. Sin embargo, es imposible alcanzar un nivel superior sin esforzarse por mejorar.

En las siguientes secciones, profundizaremos sobre educación sexual y luego, sobre algunas habilidades propias de la partería.

30.4. Educación sexual y partería con enfoque positivo hacia la sexualidad

La salud sexual y reproductiva es uno de los elementos que hace a la calidad de vida de las personas y la sociedad. Una gran cantidad de mujeres muere a diario por no tener acceso a las opciones que brinda la atención reproductiva: información sexual adecuada, anticoncepción confiable, aborto seguro y atención materna. Pero también porque carecen del poder para cambiar su situación de vida. En muchas culturas, las mujeres no tienen derecho o libertad de decidir sobre su sexualidad ni de elegir si quieren tener relaciones sexuales, tener hijos y con quién. Esta ausencia de derechos y poder trae como consecuencia pobreza y malas condiciones de salud física en mujeres y niños.

La OMS describe la salud sexual como “un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad”, lo que significa mucho más que ausencia de enfermedades y daños. Requiere una actitud positiva y respetable hacia la sexualidad y las relaciones sexuales y la capacidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia.

La OMS describe la salud reproductiva como “la posibilidad de una vida sexual satisfactoria y segura sin preocupaciones por enfermedades, con capacidad de procrear y libertad de planificar la maternidad”. Las mujeres merecen tener acceso a planificación familiar eficaz y aceptable y a atención médica de calidad para cursar el embarazo y el parto de manera segura, y se les debe garantizar las mejores oportunidades para criar hijos sanos.

Los derechos reproductivos incluyen el derecho de las mujeres a decidir cuántos hijos tener y cuándo, el acceso a la anticoncepción y la educación, en especial la educación sexual.

Eso nos lleva al papel de la matrona. La partería se destaca por ser una profesión con múltiples responsabilidades en esta área:

- (a) La matrona debe integrar al máximo estos derechos a la atención y práctica diarias.

- (b) La matrona debe incorporar esta información en todas las actividades educativas.
- (c) La profesión de partería debe promover y practicar de forma proactiva estos derechos en la sociedad.

Para alcanzar estos objetivos, el desarrollo de habilidades en enseñanza y asesoramiento sobre sexualidad y salud y derechos sexuales y reproductivos debe ser parte del plan de estudios de las carreras de partería, tanto en un nivel de grado como en niveles más avanzados. Cada una de esas áreas debe estar integrada en la formación de las matronas, para lo cual se debe prestar mayor atención al placer sexual y la gran variedad de comportamientos sexuales normales que a los problemas sexuales.

30.4.1. Integrar plenamente la salud y los derechos sexuales y reproductivos en la atención y la práctica diaria de la partería

Las matronas deben ser capaces de apoyar a sus pacientes cuando necesitan ayuda o quieren hablar sobre el placer, sus inseguridades, la función y la disfunción sexual, el orgasmo, la dispareunia, el deseo y las diferencias en los niveles de deseo con su pareja. La salud sexual también se ocupa de la autoestima y el respeto de una misma, la idea de sentirse valiosa mental, física y sexualmente, pero también de las inseguridades alimentadas por los pares, las redes sociales y la sociedad. El respeto por una misma también está en poder decir “sí” y “no” al sexo. La matrona puede ser la persona ideal para la paciente que quiere hablar sobre los aspectos positivos de las relaciones íntimas y la vida familiar, pero también sobre experiencias negativas, como diversas formas de violencia de pareja.

Creemos que la partería debe desarrollar intervenciones adecuadas para mantener la salud de las mujeres en su vida reproductiva y empoderarlas para que puedan tomar decisiones que se alineen con sus sueños.

Las matronas también podrían considerar organizar sesiones en grupo para parejas con el fin de tratar la educación sexual y las relaciones, al igual que ocurre con la educación prenatal.

Incluso con mujeres que se sienten cómodas dialogando con su matrona sobre sexualidad, la mayoría no sacará el tema a menos que se les pregunte de forma directa al respecto [1]. Esta situación constituye para ellas un obstáculo a la hora de obtener respuestas a sus preguntas y problemas sexuales. Algunas pacientes sienten que las preguntas de los profesionales sobre su sexualidad son demasiado personales [1]. Pero en un entorno de confianza tal vez podrían sentirse lo suficientemente cómodas para abordar el tema [5]. Es crucial crear estas oportunidades para las mujeres.

30.4.2. Integrar la información sobre salud y derechos sexuales y reproductivos en todas las actividades educativas

Podríamos preguntarnos qué persona cumple el rol de experto en educación sobre sexualidad. ¿Quién brinda a los jóvenes la información correcta y apropiada en el momento

adecuado? En una situación ideal, reciben esta información de sus padres. Sin embargo, en muchos países, esto ocurre muy poco o en absoluto. Las causas son, por un lado, una combinación de tabúes religiosos y culturales y, por otro lado, el hecho de que muchos padres no aprendieron esas habilidades educativas de sus propios progenitores.

Los conocimientos y habilidades profesionales sumados a un enfoque positivo hacia lo sexual hacen que la matrona sea la profesional indicada para educar sobre sexualidad. Su rol puede ser clave para los y las jóvenes que tienen casi toda su vida sexual por delante y pueden beneficiarse del empoderamiento que proviene de una educación sexual adecuada y la promoción de la salud sexual. Cuando esa educación (para adolescentes de ambos sexos) incluye la integridad corporal, el consentimiento y decir “sí” y “no” a la sexualidad, puede prevenir muchos problemas. Una pequeña adición de la matrona podría ser integrar la educación sobre el suelo pélvico para niñas y mujeres jóvenes.

Debido a su gran comprensión de los cambios que presenta la sexualidad femenina durante las etapas de la vida, la matrona se presenta como la profesional indicada para educar a las niñas, y a veces también a sus madres, sobre el desarrollo físico, la higiene personal, los inicios de la sexualidad, el placer sexual, el clítoris, la menstruación, los tampones, etc.

Las matronas podrían ser las encargadas de impartir educación sexual en los últimos años de la escuela primaria y en la escuela secundaria. Los jóvenes deben navegar entre mensajes culturales que idealizan y demonizan de igual forma el funcionamiento sexual [8]. Por un lado, es importante prevenir los riesgos aparentes del comportamiento sexual, como los embarazos no deseados, las ITS y los peligros asociados al *sexting*.² Pero para desarrollar un futuro sexual saludable, también es necesario poner atención a los beneficios del placer y el comportamiento sexual como forma básica de salud y felicidad sexual. La matrona que ofrece una mirada positiva sobre el sexo se presenta como la persona más adecuada para transmitir todos estos conocimientos.

Posible desarrollo del rol de la matrona del futuro respecto de la educación sexual:

- Combinar la educación sexual para madres e hijas, con el potencial beneficio de mejorar su comunicación interpersonal.
- Cuando terminan la escuela secundaria, los jóvenes tienden a sentirse perdidos. En esta etapa, tener llegada a las mujeres jóvenes para brindarles asesoramiento sobre anticoncepción, citas románticas e ITS podría tener grandes ventajas preventivas. Las matronas podrían impartir educación sexual en el lugar de trabajo o en centros comunitarios. En esta etapa, el asesoramiento sobre salud antes de la concepción debe posicionarse como elemento central.
- Educación (en grupo) para mejorar la sexualidad de mujeres divorciadas o separadas: volver a empoderarse, recuperar el respeto por una misma y redescubrir la propia sexualidad.
- Educación (en grupo) para mejorar la sexualidad de mujeres mayores y/o viudas: recuperar la autoestima sexual y reequilibrar su sexualidad.

² El *sexting* es el intercambio de mensajes de texto sexuales explícitos o imágenes de desnudos. Aunque suele realizarse con la intención de compartir con la pareja, el reenvío no autorizado de este contenido puede generar culpa y vergüenza, generalmente a la mujer.

30.4.3. Participar activamente en la defensa y promoción de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en la sociedad

Las matronas deberían tener mayor participación en el debate político sobre salud y derechos (sexuales) de las mujeres.

La profesión debe asiduamente salir a dar pelea para evitar que su trabajo se ahogue en la medicalización y para que las matronas continúen siendo valoradas como profesionales autónomas. En algunos países, se ven obligadas a pugnar por ser respetadas y poder desarrollar gradualmente su campo en la dirección del modelo sueco antes mencionado. Lo llamaremos lucha por empoderar la partería. Además, las matronas deben luchar por el empoderamiento de mujeres y niñas. A través de la defensa individual de estos intereses, pero también de acciones de sus asociaciones profesionales, las matronas deben influir en el proceso de elaboración de leyes que permitan a las mujeres tomar decisiones informadas sobre su reproducción, como elegir libremente el lugar donde quieren parir y no toparse con obstáculos que les impidan decidir la interrupción segura de un embarazo.

Pocas profesiones pueden explicar mejor las consecuencias de una legislación deficiente en materia de sexualidad y reproducción y de una sociedad que es hostil o que no apoya a las mujeres.

30.5. Partería y habilidades especializadas relacionadas con la sexualidad

Aquí abordaremos las posibilidades para la partería que son tanto positivas como progresistas respecto de la sexualidad y que hemos agrupado en las siguientes “secciones”.

30.5.1. Ginecología

Por su amplio conocimiento de las hormonas reproductivas, la anatomía y la mente femenina, las matronas podrían atender problemas ginecológicos menores y tomar muestras de Papanicolaou. Por su capacidad de educar durante la anamnesis y los exámenes físicos, en especial el primer examen vaginal, las matronas pueden tener un impacto significativo en las actitudes futuras de la mujer hacia los exámenes ginecológicos [9, 10].

El examen ginecológico vaginal o pélvico puede ser un verdadero reto para niñas y mujeres. En algunos países todavía se realiza como procedimiento de rutina cuando se prescriben anticonceptivos orales por primera vez. Esto genera el inconveniente de que las pacientes posponen la consulta anticonceptiva, con la consecuencia de elevar el número de embarazos no deseados, en especial en mujeres con experiencias de violencia de pareja [11]. En muchos países se ha descartado como examen de rutina y la primera consulta se dedica a un buen registro de la historia clínica de la paciente y a controlar la presión arterial [12].

Cuando el examen vaginal sí es necesario, la primera vez que se realiza puede afectar profundamente a la joven paciente, por lo que es importante hacerla sentir segura con respecto a su cuerpo y funciones corporales. El examen, y todo lo que lo rodea, debe realizarse en un ambiente que respete la intimidad de la mujer, para transmitirle seguridad y que se sienta reconocida y escuchada [10]. Un modelo o maqueta de la vagina, el útero y el clítoris puede ayudar a que la niña o la mujer comprenda mejor esas partes del cuerpo que no puede ver por sí misma. Los profesionales de la salud no deben subestimar la importancia de la participación de la mujer en el propio examen. Se recomienda animar a la paciente a observar el examen a través de un espejo mientras la matrona le explica lo que está observando, la anatomía y la fisiología. Así, la mujer podrá tomar contacto con aspectos de sus genitales que suelen resultarle imperceptibles. No todas las mujeres se sienten cómodas durante el examen, menos aún observando con un espejo, por lo que la matrona debe considerar lo mejor para cada paciente. Sin embargo, la acción de alentarlas a participar hará que la mayoría de las mujeres se animen, y este proceso de observación y explicación puede transcurrir con respeto y admiración por la belleza del cuerpo femenino y su funcionamiento.

30.5.2. Preconcepción

Separamos esta área relativamente nueva de la salud reproductiva en dos. Por un lado, la preconcepción se ocupa de los diversos factores de riesgo que afectan la fertilidad a futuro (el tabaquismo, la obesidad, el alcohol y, en especial, la edad como factor relevante en los países más afluentes de Occidente) [13, 14]. La matrona puede concientizar sobre fertilidad y educar o aconsejar sobre cómo preservar las capacidades reproductivas si se decide posponer la concepción. Aquí radica la importancia de sus habilidades de comunicación.

Por otra parte, la preconcepción también involucra el caso de la pareja que desea concebir siguiendo un cronograma de planificación familiar. Aquí la atención no se centra en la fertilidad, sino en que transiten sin inconvenientes el proceso que comprende la concepción, el embarazo, el parto, el postparto y una maternidad/paternidad saludable. Los aspectos sexuales de este enfoque se abordan en el [Capítulo 5](#). Aquí, el verdadero desafío para los profesionales es llegar a la pareja al menos medio año antes de que decidan buscar un embarazo.

30.5.3. Menopausia

La salud integral de la mujer va desde su nacimiento hasta su muerte. La menopausia significa el inicio de una vida baja en estrógenos y sin ciclos mensuales, el final de la fertilidad. Las matronas también podrían brindar apoyo en esta etapa de la vida femenina ya que comprenden las implicaciones sexuales de los cambios hormonales, la salud vaginal, la incontinencia urinaria y la dispareunia mucho mejor que otros profesionales. Algunas matronas se sienten muy cómodas acompañando a las pacientes en este periodo específico de sus vidas.

Más allá de la menopausia, es una etapa en la que, para muchas sociedades, la sexualidad pareciera no existir [15]. Las matronas deben atender el hecho de

que las mujeres de edad avanzada siguen siendo seres sexuales que sienten deseo y tienen sueños, preguntas y decepciones en este sentido. Pocos profesionales parecen más capacitados que las matronas para brindar este tipo de atención y acompañamiento.

30.5.4. Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

Para la mayoría de las matronas, las ITS seguirán estando presentes en la práctica diaria y la educación sobre sexualidad, pero para algunas de ellas podrán ocupar un lugar más destacado. La matrona es la profesional ideal para abordar la prevención y la educación, el diagnóstico, el tratamiento y el asesoramiento sobre estas enfermedades, tareas que, por lo general, se realizan en un hospital o una dependencia de salud pública. Quienes se animen también pueden brindar educación, atención y asesoramiento en festivales de música, fiestas electrónicas y otros eventos masivos. La combinación de muchos jóvenes, alcohol, drogas, música y excitación crea situaciones que pueden desembocar en una ITS (o un embarazo no deseado).

La atención de las ITS por lo general está muy ligada a las comunidades de trabajadores sexuales, ya sean mujeres, hombres o personas transexuales. Algunas matronas se sienten más cómodas atendiendo a estos grupos. Proveen asesoramiento anticonceptivo, realizan exámenes de detección de ITS y, cuando es necesario, brindan apoyo psicosocial.

30.5.5. (In)Fertilidad

La comunicación y las habilidades propias de la partería son necesarias en el manejo de la subfertilidad y la infertilidad, en especial, para las pacientes con vaginismo o experiencias de abuso sexual, quienes las aprecian y valoran cuando deben someterse a procedimientos vaginales (ver [Capítulo 11](#)). La matrona que trabaja en una unidad especializada en fertilidad podría ser la profesional adecuada para asesorar a la paciente, a la pareja y al personal sobre las consecuencias emocionales e implicaciones sexuales de los tratamientos de fertilidad, así como para sugerir tratar los trastornos sexuales o el trauma sexual antes de iniciar el arduo tratamiento de fertilidad.

30.5.6. Anticoncepción

Las matronas deben estar familiarizadas con la anticoncepción en el postparto y tener gran conocimiento de la planificación familiar y el espaciamiento ideal entre embarazos. En el modelo sueco, la matrona está formada para tratar a la mujer en todas las etapas de su vida fértil, conoce las implicaciones sexuales de cada método anticonceptivo, puede prescribir anticonceptivos orales y prescribir y colocar dispositivos intrauterinos (DIU) o anticonceptivos subcutáneos.

Las matronas que participen de las clases de educación sexual en la escuela secundaria o en centros comunitarios deben (y se les debe permitir) proporcionar anticonceptivos de emergencia e incluir atención posterior y consultas de seguimiento.

El acceso a la anticoncepción de emergencia debe ser posible en cualquier momento, las 24 horas. En comunidades donde no hay centros de atención médica de urgencia, el consultorio de la matrona puede (o debería) ofrecer este servicio.

Para obtener información detallada sobre anticonceptivos de emergencia, ver el [Capítulo 20](#).

30.5.7. Aborto

Cuando la anticoncepción falla, el aborto puede ser una opción necesaria. A nivel mundial, el 30 % de los embarazos terminan en abortos inducidos, de los cuales >45 % son inseguros para la mujer, lo que se traduce en una tasa de mortalidad anual de 26.000 mujeres [16]. La ICM declara que si una mujer busca o solicita servicios relacionados con el aborto tiene derecho a que la matrona se los proporcione [17].

Dado que el tratamiento oral con píldoras abortivas ha simplificado los aspectos médicos, en muchos países la matrona se ha convertido en la profesional ideal para brindar este tipo de atención.

En los sitios donde la atención médica relacionada con el aborto se concentra en clínicas especializadas, la matrona podría ser un excelente miembro del equipo por su competencia en la anamnesis, los exámenes ginecológicos y de ultrasonido, el asesoramiento sobre anticoncepción, la orientación psicosocial y el seguimiento de pacientes.

Dependiendo de las leyes nacionales, la matrona puede incluso estar habilitada para interrumpir embarazos mediante aspiración manual o eléctrica [18].

30.5.8. Abuso sexual y violación

Todas las matronas deberían desarrollar suficiente experiencia para tratar no sólo embarazos, partos y lactancia, sino también las consecuencias del abuso sexual (ver [Capítulo 24](#)). Aquellas matronas que busquen ampliar su campo de acción mediante una formación complementaria podrán llevar esta tarea a un nivel mucho más alto. Sus habilidades biopsicosociales hacen que la matrona sea la profesional adecuada para acompañar a las mujeres que acuden a un centro de atención a víctimas de violación, ya que es capaz de combinar apoyo emocional con intervenciones concretas, como exámenes físicos, tratamiento de ITS, profilaxis postexposición contra el VIH y anticoncepción de emergencia. Que la matrona sea una mujer es un hecho de especial relevancia en la atención directa a víctimas de abuso, ya que en 90-95 % de los casos el abusador es un hombre. En las etapas posteriores de tratamiento y procesamiento del trauma, que el terapeuta sea un varón podría tener valor adicional si permite que la paciente recupere la confianza en los hombres.

En 5-10 % de los casos la abusadora es una mujer. Para estas pacientes, puede ser aterrador que quien la atienda inmediatamente después de la violación sea otra mujer [19, 20].

30.5.9. *Matronas sin fronteras*

Es evidente que la partería no es una profesión para débiles, pero algunos trabajos requieren particular coraje y fuerza. En contextos de desastres naturales, conflictos armados y guerras, también se necesitan matronas que puedan brindar atención de calidad a las embarazadas. En situaciones de guerra y desplazamiento de personas, el riesgo de violación para niñas y mujeres es muy elevado. Además del evidente trauma emocional producido por estas circunstancias, existe mayor riesgo de traumas físicos, ITS y embarazos. Las matronas que cuentan con las habilidades adicionales ya mencionadas son muy necesarias en los puestos de asistencia médica o campamentos de refugiados y detrás de las líneas de combate.

30.5.10. *Sexología*

La sexología puede convertirse en el camino profesional a seguir para algunas matronas. Transitarlo requiere tomar consciencia sobre la gran importancia de la sexualidad. Debido a la formación sanitaria de la matrona es lógico enfocarse en las áreas donde los aspectos orgánicos de la sexualidad tienen mayor peso. Con la ampliación y profesionalización del campo de la sexología, han aparecido subdisciplinas. Una de ellas es la sexología de la reproducción, justamente, el tema de este libro. Constituye un campo con buenas perspectivas profesionales, adecuado en especial para profesionales con conocimientos y habilidades en partería.

30.6. El futuro de la partería ejercida por varones: un campo en expansión

Somos conscientes de que parte del valor añadido de la matrona, que ya hemos mencionado, radica en su condición de mujer, ya que esto ayuda a las pacientes a confiar y permite que muchas se sientan comprendidas.

Pero ¿qué pasa si cambiamos nuestra perspectiva y pensamos en la partería como una profesión ejercida por hombres? En algunos países esto está prohibido por la ley o casi no ocurre. En el Reino Unido, los matrones representan el <1 % de la fuerza laboral, pero en España y Chile llegan al 10 %, en Etiopía al 33 % y en Burundi representan el 50 % [21]. Analicemos entonces el valor añadido de la partería masculina, en especial, en lo que respecta a una práctica positiva en términos de sexualidad. Brindamos aquí algunos ejemplos reales que, sin embargo, en algunos lugares del mundo, por el contexto local, parecerán ficción.

El hombre que ejerce la partería profesionalmente:

- Comprenderá mucho mejor las incertidumbres de un paciente cuya paternidad es inminente.
- Durante el parto, comprenderá mejor al padre conflictuado porque siente preocupación y al mismo tiempo teme demostrarlo.

- Puede ser el profesional indicado para impartir educación sobre sexualidad y relaciones a varones púberes y adolescentes.
- En casos de abuso físico o sexual perpetrado por un hombre, puede que no sea el profesional más adecuado para acompañar a la mujer en su embarazo, parto o problemas de fertilidad. Sin embargo, su condición de varón sí tendrá un valor añadido en el 5-10 % de los casos de pacientes abusadas por otra mujer.
- Respecto de las ITS, podría ser “más convincente” a la hora de educar a niños y hombres sobre anticoncepción, especialmente sobre el uso de preservativos y la vasectomía.
- Respecto de la educación sobre sexualidad, su participación en los cursos de preparto puede ser beneficiosa a la hora de abordar el/los rol/es del futuro padre.
- También cumplirá un papel importante en educar a niños y hombres sobre el respeto a la integridad de las mujeres.
- Dentro de la estructura patriarcal de muchas sociedades, las mujeres (y los hombres) le asignan mayor valor a la palabra masculina. Mientras esto no cambie, parece sensato incluir a los matrones en acciones de empoderamiento de las mujeres. El valor añadido de su participación cobra relevancia al considerar las preconcepciones de las mujeres sobre los hombres (o con su propia pareja) y la forma en que se relacionan con ellos.

30.7. Recomendaciones generales para el futuro

Si bien existen otras formas de integrar los temas sexualidad e intimidad a la práctica de la partería y sus competencias básicas, este capítulo utilizó el “modelo sueco” como punto de partida para pensar el futuro. Nos gustaría creer que muchos otros entornos profesionales de partería ya han incorporado estos temas en su práctica cotidiana.

La partería y las matronas son capaces de alterar la forma en que la sociedad ve y trata a las mujeres y niñas y, de esa manera, lograr cambios culturales significativos en sus propias sociedades.

A modo de conclusión, ofrecemos algunas recomendaciones para el futuro:

- El enfoque de la matrona hacia la sexualidad debe ser holístico y estar centrado en la mujer, con especial atención a los aspectos físicos y psicosociales.
- Este enfoque no debe dejar de lado a la pareja. La intimidad es parte integral del sexo en pareja, por lo que no es posible abordar adecuadamente a la sexualidad sin incluirla.
- La atención en salud reproductiva y sexual necesita de matronas que se formen y se certifiquen en sexología para luego volver a la atención de embarazos y partos. Esta parece ser la forma ideal de identificar las preguntas no formuladas sobre sexualidad e intimidad vinculadas a la reproducción.
- Los nuevos conocimientos sobre sexualidad deberían difundirse en las revistas científicas dirigidas a las matronas. Por ejemplo, *Sexual and Reproductive Healthcare* es la revista oficial de la Asociación Sueca de Matronas, afiliada a otras asociaciones escandinavas de matronas.

- Las matronas deberían tener mayor participación en los debates políticos sobre salud y derechos (sexuales) de las mujeres. A través de la defensa individual de estos intereses, pero también de acciones de sus asociaciones profesionales, las matronas deben influir en el proceso de elaboración de leyes que permitan a las mujeres tomar decisiones informadas sobre su reproducción.

Referencias

- [1] Wendt E., Lidell E., Westersthael A., et al. (2007): Young women's sexual health and their views on dialogue with health professionals. *Acta Obstet Gynecol Scand.*; 86: 590-5.
- [2] Mivsek P. (2015): Sexology in midwifery. En: *Do midwives need sexology in their undergraduate study programme? Study among graduates of midwifery*. Rijeka: InTech.
<https://doi.org/10.5772/59007>
- [3] Gianotten W. L. (2022): vía comunicación personal.
- [4] Vermeulen J., Luyben A., O'Connell R., et al. (2019): Failure or progress?: the current state of the professionalisation of midwifery in Europe. *Eur J Midwifery*; 3: 22.
- [5] Wendt E., Marklund B., Lidell E., et al. (2011): Possibilities for dialogue on sexuality and sexual abuse—midwives' and clinicians' experiences. *Midwifery*; 27: 539-46.
- [6] <https://barnmorskan.se/the-swedish-midwife-barnmorskansar2020/>
- [7] Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska (Competence description for the registered midwife) (2019).
<https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2020/04/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska.pdf>
- [8] Ballonoff Suleiman A., Johnson M., Shirtcliff E. A., Galvan A. (2015): School-based sex education and neuroscience: what we know about sex, romance, marriage, and adolescent brain development. *J School Health*; 85: 567-74.
- [9] Wendt E., Fridlund B., Lidell E. (2004): Trust and confirmation in a gynecologic examination situation: a critical incident technique analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand*; 83: 1208-15.
- [10] Oscarsson M. G., Benzein E. G., Wijma B. E. (2007): The first pelvic examination. *J Psychosom Obstet Gynaecol*; 28: 7-12.
- [11] Holt H. K., Sawaya G. F., et al. (2021). Delayed visits for contraception due to concerns regarding pelvic examination among women with history of intimate partner violence. *J Gen Intern Med.*; 36: 1883-9.
- [12] Batur P., Berenson A. B. (2015): Are breast and pelvic exams necessary when prescribing hormonal contraception? *Cleve Clin J Med.*; 82: 661-3.
- [13] Tuomi J. (2021): Preconception health and care. <https://webpages.tuni.fi/preco/handbook/>
- [14] Mivšek P., Rogan N., Petročnik P. (2021): From wish to family. En: Darmann-Finck I., Reiber K. (eds.), *Development, implementation and evaluation of curricula in nursing and midwifery education*. Cham: Springer.
- [15] Radosh A., Simkin L. (2016): Acknowledging sexual bereavement: a path out of disenfranchised grief. *Reprod Health Matters*; 24: 25-33.
- [16] OMS (2022): Directrices sobre la atención para el aborto.
<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240039483>

- [17] ICM (2018): Prestación de una atención integral para el aborto por parte de las matronas. <https://internationalmidwives.org/es/resources/prestacion-de-una-atencion-integral-para-el-aborto-por-parte-de-las-matronas/>
- [18] Fullerton J., Butler M. M., Aman C., et al. (2018): Abortion-related care and the role of the midwife: a global perspective. *Int J Women's Health*; 10: 751-62.
- [19] Saradjian J. (2010): Understanding the prevalence of female-perpetrated sexual abuse and the impact of that abuse on victims. En: Gannon T. A., Cortoni F. (eds.), *Female sexual offenders. Theory, assessment and treatment*. Hoboken, NJ: Wiley Blackwell.
- [20] Munroe C., Shumway M. (2022): Female-perpetrated sexual violence: a survey of survivors of female-perpetrated childhood sexual abuse and adult sexual assault. *J Interpers Violence*; 37 (9-10): NP6655-75.
- [21] Masana S., Sasagawa E., Hikita N., et al. (2019): The proportions, regulations, and training plans of male midwives worldwide: a descriptive study of 77 countries. *Int J Childbirth*; 9: 5-18.

ISBN 978-631-91545-5-9



9 786319 154559