



ORIGINAL

Comportamiento y actitud frente a la sexualidad de la mujer embarazada durante el último trimestre. Estudio fenomenológico



Isabel Panea Pizarro^a, Ana Teresa Domínguez Martín^b, Vanessa Barragán Prieto^b,
Almudena Martos Sánchez^a y Fidel López Espuela^{c,*}

^a Departamento de Enfermería, Unidad de Salud Mental, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

^b Departamento de Enfermería, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España

^c Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería y Terapia Ocupacional de Cáceres, Universidad de Extremadura, Cáceres, España

Recibido el 27 de octubre de 2017; aceptado el 6 de febrero de 2018

Disponible en Internet el 13 de abril de 2018

PALABRAS CLAVE

Conducta sexual;
Sexualidad;
Embarazo;
Fenomenología

Resumen

Objetivo: Explorar las vivencias y experiencias sobre las relaciones sexuales en el tercer trimestre de gestación en primíparas.

Diseño: Estudio cualitativo fenomenológico.

Emplazamiento: Cáceres (Extremadura).

Participantes: Mujeres embarazadas primíparas en el tercer trimestre de embarazo.

Método: Se realizó un muestreo teórico en embarazadas primíparas. Se incluyeron 15 participantes. Los datos se recopilaron mediante entrevistas en profundidad, grabadas en audio y posteriormente transcritas. El análisis se llevó a cabo mediante la propuesta de Giorgi.

Resultados: Los resultados muestran 3 temas principales. Temor a hacer daño, mediado por los antecedentes obstétricos y el deseo de tener el hijo tan esperado. Explorando nuevas rutas: las formas de expresión sexual son modificadas por los cambios físicos, los temores y la movilidad, resaltando la importancia de otras muestras de afecto y amor (besos y las caricias). El tabú del sexo: la falta de información frente a la sexualidad durante el embarazo sigue siendo frecuente.

Conclusiones: La mujer en el tercer trimestre de embarazo deja al margen su deseo sexual y el de su pareja y se centra en el bienestar del bebé. Destaca el rol incipiente de madre frente al de pareja. Cuando el embarazo es muy deseado y «costoso», más se reduce la vida sexual. Los profesionales sanitarios debemos aconsejar e informar a las parejas con una actitud abierta y amplia, para mantener la calidad y la salud sexual de la pareja.

© 2018 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fidel.lopez.es@gmail.com (F. López Espuela).

KEYWORDS

Sexual Behaviour;
Sexuality;
Pregnancy;
Phenomenology

Behaviour and attitudes towards the sexuality of the pregnant woman during the last trimester. Phenomenological study

Abstract

Objective: To explore the life experiences on sexual relationships in the third trimester of pregnancy in primiparous women.

Design: Phenomenological qualitative study,

Site: Cáceres (Extremadura).

Participants: Primiparous women in the third trimester of their pregnancy.

Methods: We use theoretical sampling, was conducted on pregnant primiparous. The study included 15 participants. The data was collected using in-depth interviews, that were voiced recorded and later transcribed. The analysis was made using Giorgi's proposal.

Results: The results show three main points. Fear of doing damage, mediated by the obstetric history and the desire to have the long-awaited child. Exploring new routes: forms of sexual expression are modified by the physical changes, the fears, and the mobility. Highlighting the importance of other displays of affection and love (kisses and caresses). The Sex Taboo: lack of information against sexuality during pregnancy is still common.

Conclusions: Women in the third trimester of their pregnancy put aside their sexual appetite and that of their partners, and concentrate in the wellbeing of their new born baby. It highlights the role of the mother before the couple. The more desired and difficult the pregnancy has been, the more the sexual life is reduced. The Health Professionals must advise and inform the couples with an open-minded attitude.

© 2018 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La sexualidad es una constante en la vida del ser humano desde que nace. La actividad sexual está influida por múltiples factores educacionales, culturales, sociales y biológicos. La conducta sexual depende de cómo nos sentimos y del concepto de atractivos y deseables^{1,2}.

El concepto de salud sexual y reproductiva ha variado en el tiempo, al igual que su definición¹. La *World Association for Sexology* y la Organización Mundial de la Salud, en su pronunciamiento de 2002, comparten el concepto de salud sexual y lo definen como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar³.

La expresión sexual como necesidad básica está presente en todas las etapas vitales de la persona, pero en cada una sus manifestaciones serán específicas y diferenciadas⁴. La sexualidad ha sido frecuentemente ignorada en el diálogo entre la embarazada y su obstetra, o se le han impuesto arbitrarios períodos de abstinencia. La confusión y la ansiedad que generan en la embarazada estas recomendaciones pueden llevar a limitar en forma extrema los contactos sexuales con su pareja o a no tenerlos y a generar sentimientos de culpa⁵.

Durante el embarazo se producen cambios biológicos y hormonales que se ven directamente afectados por la psique de la gestante. La falta de conocimiento, los mitos y los antecedentes personales hacen que se vea disminuido el deseo sexual^{6,7}. Los tabúes, los prejuicios, la desinformación y muchas veces el desconocimiento alrededor de este tema que tanta atención precisa han llevado a que se le investigue poco o se trate de forma equivocada⁸.

La educación perinatal promueve la salud materna e infantil durante el embarazo. Por esto, la manera en la que los profesionales de la salud en el área perinatal conciben la relación entre el embarazo y el sexo es un objeto de investigación psicosocial plausible⁹.

Por lo tanto, nuestro objetivo fue el de explorar las vivencias y experiencias sobre las relaciones sexuales en el tercer trimestre de gestación en primíparas.

Metodología

Estudio cualitativo fenomenológico descriptivo realizado durante el año 2016 a mujeres embarazadas durante el tercer trimestre de gestación del área de salud de Cáceres.

En el estudio se incluyeron 15 gestantes en el tercer trimestre de gestación, incluidas en el programa de educación maternal, primíparas y dispuestas a narrar su experiencia sexual en dicho periodo. Se excluyeron a las gestantes que ya tenían hijos. La selección de las participantes se llevó a cabo entre las embarazadas que estaban recibiendo educación maternal y eran primíparas. El muestreo fue teórico, buscando buenas informantes para lograr la máxima variabilidad discursiva y sacar a la luz las propiedades significativas del fenómeno estudiado^{10,11}.

La recogida de datos se realizó mediante entrevistas en profundidad grabadas en audio y transcritas posteriormente, para su lectura en profundidad y comprensiva. La duración de las entrevistas osciló entre los 15 y 25 minutos, se llevaron a cabo en el lugar acordado por las gestantes, garantizando un ambiente seguro y tranquilo, salvaguardando siempre su confidencialidad. También se recogieron en un breve cuestionario datos de filiación, antecedentes

Tabla 1 Guía inicial de la entrevista

Datos de filiación
Profesión
Edad
Teléfono de contacto (opcional)
Antecedentes personales
Enfermedades anteriores
Intervenciones quirúrgicas
Medicación actual
Obstétricos
Anticoncepción previa
Embarazos anteriores
Embarazo actual
Embarazo deseado
Fallo anticonceptivo: Sí No
Gestaciones
Preguntas
¿Qué información tiene usted sobre el sexo durante el embarazo? ¿Quién se la ha proporcionado? ¿Con quién suele hablar de sexo? Explíqueme si le repercute, positiva o negativamente, las clases de educación maternal respecto a su sexualidad en su embarazo
¿Qué piensa su pareja respecto a las prácticas sexuales durante el embarazo?
¿Cómo piensa usted que puede repercutir el orgasmo en el embarazo?
¿Qué diferencias ha experimentado respecto al sexo antes de estar embarazada y ahora en estado de gestación (frecuencia, posturas...)?
Explique cómo se siente al practicar sexo vaginal durante el embarazo. ¿Piensa que puede repercutir de alguna manera, tanto positiva como negativamente, al feto?
¿Cree que hay necesidad de suspender la sexualidad durante el embarazo? ¿Por qué?
¿Qué conceptos, tanto positivos como negativos, tiene usted sobre la penetración durante la gestación?
¿Siente algún tipo de remordimiento cuando realiza prácticas sexuales o se siente cohibida debido a su estado?
¿Se siente atractiva? ¿Y ante su pareja?
¿Qué posturas le resultan más cómodas, más placenteras?
¿Siente que su libido se ha visto alterada, tanto positiva como negativamente, en el embarazo?
¿Practica usted distintas formas de relaciones sexuales en su embarazo? (sexo oral, sexo anal...)
¿Qué nivel de satisfacción sexual siente usted desde su embarazo?

personales, antecedentes obstétricos y datos sobre el embarazo actual.

En total se hicieron 15 entrevistas hasta conseguir la saturación de los datos, es decir, cuando las participantes no aportaban información nueva y relevante sobre el fenómeno que estábamos estudiando^{10,11}. Estas entrevistas se llevaron a cabo por la misma investigadora, con experiencia en investigación cualitativa y la herramienta de la entrevista en profundidad. El guion inicial de las entrevistas se expone

en la [tabla 1](#), y durante la entrevista se ampliaban los temas de interés.

El análisis de los datos se realizó siguiendo la propuesta de Giorgi¹², según la cual se siguen 5 etapas en el procesamiento de los datos: 1) recolección; 2) lectura, previa transcripción literal de las entrevistas; 3) descomposición, con el fin de identificar las unidades de significado relevantes; 4) organización y enumeración mediante un proceso de codificación; y 5) síntesis y resumen de los datos para difundir los resultados.

El proceso de codificación se estableció identificando las narraciones de las participantes que contestaban a los objetivos del estudio, estos *verbatim*s (la reproducción exacta de lo que expresaban las participantes) se etiquetaban y se identificaban como unidades de significado, que se agrupaban para identificar los temas, que se decidieron por consenso de todos los investigadores participantes en el análisis de los datos (FLE, IPP y ATDM).

Se han seguido las recomendaciones COREQ¹³ que garantizan la calidad del estudio. Además, se verificó con las participantes el contenido de su entrevista, para confirmar su punto de vista.

Consideraciones éticas

El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Cáceres, al reunir los requisitos sobre los aspectos éticos requeridos en la legislación. Todas las participantes firmaron el consentimiento informado. Las gestantes manifestaron su deseo de participación en el estudio, pudiendo en cualquier instante abandonar el estudio o no contestar a las preguntas del cuestionario, el cual era de carácter voluntario y anónimo. Se garantizó la confidencialidad durante todo el estudio, con la codificación y anonimización de los datos obtenidos y mediante la custodia de los datos (grabaciones y transcripciones) por parte del equipo investigador.

Resultados

Las características principales de las gestantes, como son los antecedentes personales, antecedentes obstétricos y datos sobre el embarazo actual se muestran en la [tabla 2](#). En la [tabla 3](#) se muestran los cambios en la vida sexual de las gestantes y el nivel de satisfacción con las relaciones sexuales. De las 15 participantes 6 no practican coito vaginal, la mayoría ha realizado modificaciones posturales o sustituye el coito por el sexo oral. La libido se mantiene igual en 3 gestantes y ha disminuido en 7. La autoestima de las gestantes es la misma que previamente en 7 casos y más elevada en 3.

Tras el análisis pormenorizado de los datos se identificaron los siguientes temas:

Temor a hacer daño; *primum non nocere*

Casi todas las embarazadas participantes refieren temor y miedo a la hora de realizar prácticas sexuales durante la gestación. Estas reacciones de miedo están mediadas por los antecedentes personales y obstétricos de cada gestante, que

Tabla 2 Características de las participantes

	Edad	Estado civil	Nivel académico	Profesión	Abortos previos	Fecundación	Meses de espera (embarazo)	Información sobre la sexualidad en el embarazo
Mujer 1	38	Casada	Educación básica	Camarera	0	Natural	2	Baja
Mujer 2	33	Casada	Educación superior	Médico	0	Natural	6	Baja
Mujer 3	39	Casada	Educación básica	Comercial	0	Natural	12	Alta
Mujer 4	34	Casada	Educación básica	Ama de casa	0	Natural	12	Baja
Mujer 5	34	Casada	Educación superior	Funcionaria	0	Natural	11	Alta
Mujer 6	35	Casada	Educación Superior	Médico	0	FIV	36	Alta
Mujer 7	34	Casada	Educación superior	Médico	1	Natural	12	Alta
Mujer 8	30	Casada	Educación superior	Fisioterapeuta	1	Natural	15	Baja
Mujer 9	33	Casada	Educación superior	Enfermera	0	Natural	3	Alta
Mujer 10	33	Casada	Educación superior	Enfermera	4	Natural	48	Alta
Mujer 11	35	Casada	Educación básica	Dependiente	1	Natural	12	Baja
Mujer 12	29	Soltera	Educación básica	Limpiadora	0	Natural	25	Baja
Mujer 13	32	Casada	Formación profesional	TCAE	1	Natural	12	Baja
Mujer 14	37	Soltera	Formación profesional	TCAE	0	FIV	24	Baja
Mujer 15	34	Casada	Educación básica	Dependiente	1	Natural	12	Alta

FIV: fecundación *in vitro*; TCAE: técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

Tabla 3 Modificaciones en la vida sexual de las gestantes

	Practican sexo	Realizan coito	Modificaciones sexuales	Libido	Temor ante la práctica sexual	Nivel de satisfacción sexual	Autoestima
Mujer 1	Sí	Sí	Posturales	Aumentada	Alto	8	Igual
Mujer 2	Sí	Sí	Ns/Nc	Igual	Alto	7	Igual
Mujer 3	No	No	No	Disminuida	Muy alto	1	Igual
Mujer 4	Sí	Sí	Posturales	Disminuida	Bajo	8	Baja
Mujer 5	Sí	Sí	Posturales	Igual	Bajo	9	Igual
Mujer 6	Sí	No	Sexo oral exclusivo	Disminuida	Muy alto	5	Baja
Mujer 7	Sí	No	Relaciones de afecto y cariño	Disminuida	Alto	3	Igual
Mujer 8	Sí	Sí	Posturales	Igual	Alto	7	Baja
Mujer 9	Sí	Sí	Posturales	Aumentada	Bajo	9	Alta
Mujer 10	Sí	Sí	Posturales	Aumentada	Alto	8	Alta
Mujer 11	Sí	Sí	Posturales	Aumentada	Bajo	8	Igual
Mujer 12	Sí	Sí	Posturales	Aumentada	Bajo	8	Baja
Mujer 13	Sí	No	Sexo oral exclusivo	Disminuida	Medio	5	Baja
Mujer 14	No	No	Ns/Nc	Ns/Nc	Ns/Nc	Ns/Nc	Alta
Mujer 15	Sí	No	Relaciones de afecto y cariño	Disminuida	Bajo	4	Igual

Ns/Nc: no sabe/no contesta.

influyen de forma evidente en sus relaciones sexuales. Además, el nivel académico y cultural no disminuye este temor, y en algunos casos consolida esta idea de poder sufrir problemas potenciales, por lo que la práctica sexual se reduce por miedo a tener algún susto.

M2: «En mi trabajo como “profesional sanitario (decía: categoría profesional)” he asistido a muchas cesáreas

urgentes por rotura prematura de bolsa y varias de ellas han acabado en muerte fetal. Una vez que me quedé embarazada no quise seguir manteniendo relaciones sexuales por el miedo a perder al bebé o sufrir algún tipo de complicación en el curso de mi gestación».

M3: «Es que nosotros no mantenemos relaciones sexuales desde que me quedé embarazada por miedo... no sé».

M7: «En mi profesión por desgracia he vivido las experiencias de otras mujeres en la pérdida de sus bebés, jamás pensé que me pasaría a mí. Me resultó muy duro superar el aborto, entonces cuando volví a quedar embarazada mi mente solo estaba en mi futuro hijo».

En las narraciones algunas participantes que han sufrido un aborto previamente explican cómo este hecho las condiciona de manera significativa para mantener relaciones coitales, debido al enorme temor de dañar al feto, así como por miedo a sufrir otra pérdida.

M13: «Era inconcebible pensar en poder disfrutar del coito. Mi mente solo estaba puesta en que el bebé naciera sano, en poder verle su carita y en no volver a tener que pasar por el doloroso trance que es perder a un hijo».

M10: «No voy a negar que haya momentos en los que me da miedo mantener relaciones sexuales con mi marido, pero mis 4 abortos ocurrieron en el primer trimestre de la gestación, y ahora en este último trimestre me siento más segura y con menos miedo...».

Este temor aumenta y es más acusado en las participantes cuyo embarazo fue por fecundación *in vitro*, que incluso refieren no realizar el coito previo al momento de la concepción.

M6: «Mi marido y yo intentamos durante 3 años tener un hijo. Después de verme sometida a múltiples pruebas, bastante desagradables para nosotros, recurrimos a la FIV, y después de haber conseguido lo que tanto deseábamos no entraba en mi cabeza el poder mantener ningún tipo de relación sexual por miedo a perder el niño que con tanta ilusión y a su vez sacrificio nos costó concebir... mi marido y yo tenemos un enorme temor de que mi bebé nunca pudiese existir, no sé si me entiendes...».

M14: «En el momento en que me quedé embarazada y después del aborto solo he pensado en que el embarazo terminara bien y no veía a mi marido de la misma manera que antes. No tenía ganas de nada, solo que naciera bien».

Los temores están relacionados con la aparición de contracciones, sufrir un parto prematuro o provocar algún daño al feto; todo esto influenciado por la historia obstétrica-ginecológica: modo de concepción (natural o asistido), abortos previos, fertilidad de la pareja, etc.

Explorando nuevas rutas: buscando alternativas

La mayoría de las gestantes participantes practican sexo, aunque según sus narraciones afirman que las formas de expresión sexual se ven modificadas, principalmente respecto a la postura. En algunos casos prevalecen los prolegómenos u otras formas de sexo que el coito. El temor, en ocasiones, empuja a explorar estas nuevas rutas de placer. En esta etapa también priman los sentimientos y sensaciones que les produce una simple caricia al deseo sexual que pueda tener su pareja.

M7: «Durante mi embarazo le he dado más importancia a los besos, caricias, incluso al sexo oral antes que al

sexo vaginal. Me siento más satisfecha sexualmente con caricias y abrazos que con una penetración».

M13: «Me daba mucho miedo que pudiera hacer daño al bebé, así que optamos por otras maneras de... (risas), bueno pues de eso... de complacernos, ¡vaya!».

M15: «Yo no estoy para estos trotes (risas), aparte de que no me apetece ¡claro! A mí con un abrazo de mi marido me vale, ya habrá tiempo de volver a encontrarnos (risas)».

Las posturas sexuales se modifican en relación con el bienestar de la mujer debido a los cambios físicos que experimenta. Esto es debido a la distorsión de su imagen corporal, a la reducción de su movilidad.

M1: «ahora desde mi embarazo me resulta más cómodo practicar sexo a cuatro patas, que él encima de mí».

La mujer durante su embarazo se centra en la salud y bienestar del bebé, dejando al margen su propia satisfacción sexual; prima el rol de «madre» pasando a un segundo plano el rol de «pareja». La pareja desempeña un papel secundario en la iniciativa sexual.

M6: «Quizás no entiendas lo que te quiero decir, pero ha sido un camino muy duro, me ha costado mucho quedarme embarazada y solo pienso en mi bebé. El hecho de pensar en ser madre es algo indescriptible para mí y solo pienso en que llegue el día en abrazarlo, besarlo y tenerlo cerca de mí para siempre».

M15: «A mí es que una simple caricia o una palmadita en el culo (risas) ya me es suficiente. No siento la necesidad de hacer el amor con mi marido para sentirme bien, bueno (risas), él quizás sí, pero... (risas)».

«El tabú del sexo durante el embarazo»: falta de información

La sexualidad es un tema tabú, muchas de las participantes afirman no tener ningún tipo de información respecto a la sexualidad durante el embarazo. En los discursos de las mujeres aparecieron sus maneras de pensar, comprender y valorar aspectos de la sexualidad durante el embarazo. En ellos se integraron los saberes, costumbres y actitudes de sus grupos socioculturales y académicos de origen.

M11: «La poca información que tengo me la dio la matrona en los cursos de educación maternal, y lo único que me dijo es que si el médico no ponía pegas podía seguir con mis relaciones sexuales sin problemas».

M1: «Mi información sobre el sexo durante mi embarazo me la dio primeramente la matrona en la primera consulta, y solamente me dijo que si todo iba bien podía seguir como hasta ahora y después las dudas que he tenido se las he preguntado a mis amigas... no sé, la verdad es que me daba vergüenza hablar de ello y he preguntado poco».

M13: «La única información que he tenido es la que he hablado con mi hermana y mis amigas de sus experiencias, y la verdad es que tampoco me han aclarado mucho...».

En otros casos, como en otros ámbitos de su vida diaria, refieren haberse informado por Internet.

M15: «Siempre busco todo por Internet y busqué todo lo relacionado en el embarazo en foros, páginas de revistas de bebés y de más sitios que me dijeron mis amigas que ya son madres».

En otros casos, tienen conocimientos altos respecto al tema de estudio pero esto no disminuye el temor o la exploración de otros caminos del placer.

M6: «Una vez que supe que estaba embarazada consulté en varios libros de mi carrera y pregunté a mis compañeros de trabajo cualquier duda que tuviese sobre el tema. También me informé en revistas científicas, aunque no encontré mucha información al respecto».

M9: «Al pertenecer al sector sanitario he podido obtener información sobre el tema a través de mis compañeros de trabajo, de Internet, de los relatos de mis propios pacientes... (risas), y también lo he consultado con material que tenía yo de las últimas oposiciones...».

A pesar de las diferencias en el nivel de conocimientos, todas ellas demandan una figura profesional que facilite información detallada al respecto. Se ven en la necesidad de recurrir a otros medios de información, tales como Internet o el «boca a boca», ambos sin garantías de que dicha información proporcionada sea fidedigna. En esta figura depositarían sus temores, con la expectativa de que les dé soluciones a sus dudas y lagunas de conocimiento sobre el tema a estudio.

Se evidencia la necesidad de mejorar la formación sobre la sexualidad durante el embarazo para empoderar las decisiones basadas en el conocimiento y no en el miedo.

Discusión

Nuestros resultados ponen de manifiesto una disminución en la función sexual durante el embarazo, particularmente durante el tercer trimestre. Las relaciones sexuales no son una prioridad en este periodo vital: el temor a hacer daño al feto y la exploración de alternativas al coito como muestra de cariño caracterizan este momento.

Nuestros datos coinciden con otros trabajos donde la función y el deseo sexual están disminuidos con respecto a periodos previos^{6,8,14,15}. La bibliografía recoge cómo disminuye el deseo sexual, el orgasmo, aumenta el dolor y otros problemas sexuales; todo esto tiene un origen multifactorial^{6,16,17} y se mantiene a lo largo del embarazo.

Cuando el embarazo ha sido difícil de conseguir los contactos sexuales disminuyen; esto puede ser por la creencia de que el coito puede ser perjudicial en el embarazo, de hecho en otros estudios fueron predictores significativos de la reducción en la frecuencia del coito¹⁶. El temor de hacer daño al feto incluso hace que se abandone el coito^{15,18} tal y como manifestaron algunas de nuestras participantes, aunque mantener relaciones sexuales (coito) durante el embarazo no es peligroso ni hace ningún mal al feto, y no aumenta el riesgo de parto prematuro, incluso en mujeres con partos prematuros previos¹⁹.

Como muestran otros estudios^{7,20} en este trimestre la sexualidad se manifiesta con fórmulas alternativas al coito y

persiste el juego sexual, representado sobre todo por caricias y besos.

En este periodo es clave la autoimagen; algunos estudios^{7,18} señalan cómo la embarazada puede verse menos atractiva y estar a disgusto con los cambios que se producen en su cuerpo (acné, cloasma, estrías, aumento de peso, etc.), esto también lo muestran nuestros resultados con lo que las participantes llamaban distorsión de su imagen corporal.

El sexo es uno de los mitos más comunes en el embarazo. Algunos estudios han sugerido que la falta de información adecuada sobre el sexo durante el embarazo y las preocupaciones acerca de los posibles resultados obstétricos adversos son factores relevantes a la hora de evitar la actividad sexual durante el embarazo^{21,22}. La gestante manifiesta que la información proporcionada por profesionales parece insuficiente; esto se indica también en otros trabajos^{6,23}. Los programas formativos específicos sobre la sexualidad en el embarazo pueden incrementar los conocimientos y modificar las actitudes de la gestante frente a la sexualidad.

La sexualidad como expresión de la personalidad es única, personalizada e irreplicable, llegando a ser un sello personal de cada pareja. Por tanto, durante el embarazo debe existir un proceso de aceptación y adaptación a él y a la variación del disfrute sexual en la medida de las posibilidades y deseos²⁴. Las relaciones sexuales durante este periodo contribuyen a fortalecer ese vínculo afectivo que tiene la pareja²⁵, además de los beneficios de ayuda a la madre a prepararse para el parto y sobre el bebé, ya que reduce el número de inducciones al parto por embarazo prolongado²⁶. Además, estas relaciones sexuales pueden ser más placenteras y los orgasmos más intensos durante esos meses²⁷.

Limitaciones

Conseguir la muestra final fue más costoso de lo inicialmente estimado, ya que hubo gestantes que no quisieron participar debido al pudor a ser grabadas relatando sus experiencias sexuales y a la disconformidad de sus parejas de exponer su vida sexual.

Conclusiones

El embarazo modifica la vida sexual de la pareja. La mujer en el tercer trimestre de embarazo deja al margen su deseo sexual y el de su pareja y se centra en el bienestar del bebé por temor a hacer daño. Destaca el rol incipiente de madre frente al de pareja. Cuanto más deseado y «costoso» sea el embarazo más se reduce la vida sexual, y el coito se sustituye por otras alternativas menos «invasivas».

El tabú que sigue existiendo sobre la sexualidad influye en los comportamientos y actitudes durante el embarazo, lo que conlleva una falta de información y reticencia para hablar abiertamente sobre el tema.

La calidad de la vida sexual debería ser parte de la atención y los cuidados que debería recibir la mujer embarazada. Los profesionales sanitarios debemos aconsejar e informar a las parejas con una actitud abierta y amplia para mantener la salud sexual de la pareja.

¿Qué se sabe sobre el tema?

Durante el embarazo se producen cambios biológicos y hormonales que afectan a todos los ámbitos de la vida de la gestante, incluida la sexualidad. Algunos cambios afectan a la frecuencia de las relaciones, el deseo sexual, el orgasmo, incluso la aparición de dolor durante las relaciones sexuales. La formación sexual a las mujeres embarazadas sigue siendo precaria.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Destacamos las modificaciones y la actitud frente a las relaciones sexuales, y cómo el temor a hacer daño al feto es un impedimento a la hora de disfrutar de las relaciones sexuales, tal y como se venía haciendo con anterioridad. Cómo el rol de madre se intensifica frente al rol de pareja y cómo se buscan formas alternativas de expresión sexual en la pareja.

La calidad de la vida sexual debe incluirse en la atención y los cuidados a la mujer embarazada.

Autoría

Isabel Panea, Almudena Martos y Fidel López coordinaron el estudio. Isabel Panea y Ana T. Domínguez se encargaron del diseño y la concepción original del estudio. Vanesa Barragán se encargó de la recogida y la interpretación de los datos. En el análisis de los datos participaron Ana T. Domínguez, Isabel Panea y Fidel López. La organización del contenido y la redacción fueron realizadas por Vanesa Barragán y Ana T. Domínguez. Todos los firmantes participaron en la revisión crítica del artículo hasta alcanzar la versión final para su publicación.

Conflicto de intereses

El equipo investigador no tiene ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Agradecemos la participación y colaboración desinteresada de las mujeres embarazadas participantes.

Agradecemos a la Dirección de Complejo Hospitalario de Cáceres su apoyo a la investigación.

A Irene, Jaime y Elena.

Bibliografía

- Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A. Salud sexual y reproductiva, y crisis económica en España. Informe SES-PAS 2014. Gac Sanit. 2014;28:109-15, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.03.007>.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011 [consultado 12 Jun 2017]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>
- World Health Organization. Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health. Geneva: World Health Organization; 2006 [consultado 15 Dic 2017]. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf
- Oltra Rodríguez E. Sexualidad humana. En: Martínez Riera JR, del Pino Casado R, editores. Manual práctico de enfermería comunitaria. Madrid: Elsevier; 2014. p. 608-14. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/B978-84-9022-433-5.00096-0>
- García González S, Duarte González L, Mejías Paneque MC. Evaluación de un programa de educación sexual sobre conocimientos y conductas sexuales en embarazadas. Enfermería Global. 2012;28:453-64.
- Wallwiener S, Müller M, Doster A, Kuon RJ, Plewniok K, Feller S, et al. Sexual activity and sexual dysfunction of women in the perinatal period: A longitudinal study. Arch Gynecol Obstet. 2017;295:873-83, <http://dx.doi.org/10.1007/s00404-017-4305-0>.
- Pauleta JR, Pereira NM, Graça LM. Sexuality during pregnancy. J Sex Med. 2010;7:136-42, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01538.x>.
- Silveira Santiago LR, Alves da Silva Lara L, Peterson Mariano Salata Romão A, Barbirato da Mata Tiezzi MF, Japur de Sá Rosa e Silva AC. Impact of pregnancy on the sex life of women: State of the art. Int J Clin Med. 2013;4:257-64.
- Salvador Sapién JS, Córdoba Basulto DI. Sexo y embarazo: ideas de profesionales de la salud. Psicología & Sociedade. 2011;23:608-15 [consultado 12 Jun 2017]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309326607019>
- Izcara Palacios SP. Manual de investigación cualitativa. México: Editorial Fontamara; 2014 [consultado 15 Dic 2017]. Disponible en: <https://libros.uat.edu.mx/omp/index.php/editorialuat/catalog/view/106/56/207-1>
- Berenguera A, Fernández de Sanmamed MJ, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las ciencias de la salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol); 2014. p. 86 [consultado 17 Dic 2017]. Disponible en: http://www.idiapjordigol.com/index.php?option=com_content&view=article&id=712%3Aregistre-i-solicitud-document-recerca-qualitativa&catid=57%3Apublicacions-idiap&Itemid=140&lang=es
- Giorgi A. The Theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. J Phenomenol Psychol. 1997;28:235-60.
- Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 2007;19:349-57.
- Serati M, Salvatore S, Siesto G, Cattoni E, Zanirato M, Khullar V, et al. Female sexual function during pregnancy and after childbirth. J Sex Med. 2010;7:2782-90, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01893.x>.
- Jawed-Wessel S, Sevik E. The impact of pregnancy and childbirth on sexual behaviors: A systematic review. J Sex Res. 2017;6:1-13, <http://dx.doi.org/10.1080/00224499.2016.1274715>.
- Salvador Sapién JS, Córdoba Basulto DI. Sexual behavior of men during pregnancy: Cases in Mexico city. Terapia psicológica. 2011;29:185-90.
- Chang SR, Ho HN, Chen KH, Shyu MK, Huang LH, Lin WA. Depressive symptoms as a predictor of sexual function during pregnancy. J Sex Med. 2012;9:2582-9.

18. Kazemi SF, Nahidi F, Kariman N. Disorders affecting quality of life during pregnancy: A qualitative study. *J Clin Diagn Res.* 2017;11:QC06-10, <http://dx.doi.org/10.7860/JCDR/2017/23703.9560>.
19. Yeniel AO, Petri E. Pregnancy, childbirth, and sexual function: Perceptions and facts. *Int Urogynecol J.* 2014;25:5-14.
20. Eryilmaz G, Ege E, Zincir H. Factors affecting sexual life during pregnancy in Eastern Turkey. *Gynecol Obstet Invest.* 2004;57:103-8.
21. Abouzari-Gazafrودي K, Najafi F, Kazemnejad E, Rahnama P, Montazeri A. Demographic and obstetric factors affecting women's sexual functioning during pregnancy. *Reprod Health.* 2015;12:72, <http://dx.doi.org/10.1186/s12978-015-0065-0>.
22. Rivas RE, Navío JF, Martínez MC, Miranda León MT, Castillo RF, Hernández OO. Modifications in sexual behaviour during pregnancy and postpartum: Related factors. *West Indian Med J.* 2016, <http://dx.doi.org/10.7727/wimj.2015.326>, pii: wimj.2015.326.
23. Gómez Cantarino S. La expresión de la sexualidad en la mujer gestante y puerpera. Tesis doctoral. Universidad Europea de Madrid; 2012 [consultado 1 Jul 2017]. Disponible: <http://abacus.universidadeuropea.es/bitstream/handle/11268/1317/b1201235x.pdf?sequence=1>
24. González Labrador I, Miyar Pieiga E. Sexualidad femenina durante la gestación. *Med Gen Integr.* 2001;17:497-501.
25. Regan P, Lyle J, Otto A, Joshi A. Pregnancy and changes in female sexual desire: A review. *Social Behavior and Personality.* 2003;31:603-12, <http://dx.doi.org/10.2224/sbp.2003.31.6.603>.
26. Tan PC, Andi A, Azmi N, Noraihan MN. Effect of coitus at term on length of gestation, induction of labor, and mode of delivery. *Obstet Gynecol.* 2006;108:134-40.
27. Soria Becerril BC. Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio. Trabajo fin de máster. Universidad de Almería; 2012 [consultado 7 Jul 2017]. Disponible en: <http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/2543/Trabajo.pdf?sequence=>.