

Artículos de Investigación

Impacto del embarazo en la sexualidad de las gestantes del Eje Cafetero (COLOMBIA)

Impact of pregnancy on the sexuality of pregnant women in the Eje Cafetero (COLOMBIA)

Franklin José Espitia De La Hoz¹.

¹Ginecología y Obstetricia / Universidad Militar nueva Granada.

¹Sexología Clínica - Master en sexología: educación y asesoramiento sexual / Universidad de Alcalá de Henares

¹Uroginecología / FUCS - Hospital de San José / Unicamp, Brasil.

¹Director científico: Hathor, Clínica Sexológica.

Correspondencia

Nombre: Franklin José Espitia De La Hoz.

Email: espitiafranklin@hotmail.com

RESUMEN

Objetivo: determinar la prevalencia de disfunciones sexuales en gestantes del Eje Cafetero (COLOMBIA), y evaluar su impacto en la sexualidad durante cada trimestre.

Material y métodos: estudio observacional prospectivo, de carácter descriptivo; realizado en tres clínicas privadas de nivel III en el Eje Cafetero, Colombia. Se incluyeron mujeres mayores de 18 años, con diagnóstico confirmado de embarazo en el primer trimestre, sin infecciones de transmisión sexual, embarazo de un solo feto, pareja estable y sin contraindicaciones para la actividad sexual. El muestreo fue consecutivo por conveniencia. Se aplicó el Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) como instrumento. Se midieron variables socio-demográficas, antecedentes de salud sexual y reproductiva, y por tipo de disfunción sexual evaluada. Los datos fueron procesados con el programa de análisis estadístico SPSS, versión 19.

Resultados: Se analizaron 1440 gestantes. La edad media fue de $24,9 \pm 6,57$ años. La puntuación media del IFSF, en la población total, fue de $29,47 \pm 5,48$ puntos (mínimo 9,71 y máximo 30,58). La prevalencia de disfunciones sexuales en el grupo estudiado, en el primer trimestre, fue del 39,79 %, en el segundo 44,37 % y 71,87 % en el tercero. La disfunción sexual presente con más frecuencia, en la población total, fue el trastorno del deseo (71,94 %), seguido por la alteración del orgasmo (39,79 %) y, en tercer lugar, la presencia de dolor (26,45%). La satisfacción sexual disminuyó 20,62 %.

Conclusiones: en las mujeres del Eje Cafetero se observa un revelador impacto del embarazo en la sexualidad, lo que puede tener efectos negativos sobre el bienestar general y en la relación de pareja. Se presenta una prevalencia de disfunciones sexuales cercana a las $\frac{3}{4}$ partes de la población estudiada, caracterizadas principalmente por trastornos del deseo y del orgasmo.

Palabras clave: Sexualidad; Embarazo; Disfunciones Sexuales Fisiológicas; Prevalencia; Mujeres.

ABSTRACT

Objective: to determine the prevalence of sexual dysfunctions in pregnant women of the Coffee Axis, and to evaluate their impact on sexuality during each quarter.

Material and methods: prospective observational study, descriptive in nature; carried out in three private level III clinics in the Coffee Region, Colombia. Women over 18 years of age, with a confirmed diagnosis of pregnancy in the first trimester, without sexually transmitted infections, pregnancy with a single fetus, stable partner and without contraindications for sexual activity were included. The sampling was consecutive for convenience. The Index of Female Sexual Function (IFSF) was applied as an instrument. Socio-demographic variables, sexual and reproductive health history, and by type of sexual dysfunction evaluated were measured. The data were processed with the statistical analysis program SPSS, version 19.

Results: 1440 pregnant women were analyzed. The mean age was 24.9 ± 6.57 years. The mean IFSF score in the total population was 29.47 ± 5.48 points (minimum 9.71 and maximum 30.58). The prevalence of sexual dysfunctions in the studied group, in the first trimester, was 39.79%, in the second 44.37% and 71.87% in the third. The sexual dysfunction most frequently present in the total population was desire disorder (71.94%), followed by alteration of orgasm (39.79%) and, in third place, the presence of pain (26, Four. Five%). Sexual satisfaction decreased 20.62%.

Conclusions: a revealing impact of pregnancy on sexuality is observed in women from the Coffee Region, which can have negative effects on general well-being and on the couple relationship. There is a prevalence of sexual dysfunctions close to $\frac{3}{4}$ parts of the population studied, characterized mainly by desire and orgasm disorders.

Keywords: Sexuality; Pregnancy; Sexual Dysfunction, Physiological; Prevalence; Women

INTRODUCCIÓN

Al alinearnos con la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) "la sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales" (1).

La salud sexual puede verse afectada por la edad, la educación, las enfermedades crónicas y la paridad (2); por su parte, la gestación también actúa como facilitador de trastornos sexuales (3). El embarazo juega un papel importante en la función y comportamiento sexual de las mujeres (4): durante esta etapa, además de la presencia de un gran impacto

hormonal, los cambios emocionales pueden ocurrir en el estilo de vida e incluso en la propia imagen, lo que termina por modificar la expresión de la sexualidad y el comportamiento sexual de la gestante (3,5).

La sexualidad siempre ha estado impregnada de misterio, oscurecida por razones varias (6), siendo encarcelada en la ignorancia y objeto de humor compartido en gran medida por el mismo sexo (3,6).

En el primer trimestre del embarazo, el 27,7 % experimenta una disminución en la satisfacción sexual frente al 32,5 % en el deseo sexual; no obstante, el 45 % de las gestantes están dispuestas a tener relaciones sexuales en el primer trimestre, porcentaje que cae al 36 % en el segundo trimestre, mientras que en el tercer trimestre tal disposición disminuye mucho más (7).

En el primer trimestre del embarazo, la progesterona es responsable de los cambios físicos y mentales, los que pueden interferir con el comportamiento sexual de las gestantes (3,6); además aumenta la sensibilidad y la excitabilidad de las mamas, promueve la congestión de la vulva y de la vagina (5), favoreciendo la aparición de dispareunia, de

la misma forma incrementa el flujo vaginal y la pérdida involuntaria de orina, condiciones que pueden afectar negativamente la salud sexual de la gestante (5-7); de igual manera, la hormona induce vasodilatación y la disminución consecuente de la presión arterial, causando fatiga y cambios emocionales relacionados con estados depresivos (4,7,8).

Una disfunción sexual es la dificultad, durante cualquier etapa de la actividad sexual normal, experimentada por un individuo o pareja (9,10); trastorno que podría alterar negativamente su sexualidad y calidad de vida (10), ya que comúnmente se ve afectado el deseo, la excitación, la lubricación, el orgasmo o satisfacción sexual (6).

Las disfunciones sexuales pueden tener un gran impacto en la calidad de vida de las mujeres, ya que la disminución de la sexualidad puede tener efectos negativos sobre su autoestima y las relaciones interpersonales, e incluso puede causar angustia emocional; de hecho, existe una significativa asociación entre la disfunción sexual o sexualidad insatisfactoria con la presencia de síntomas físicos y emocionales (9-11).

Resulta imposible generalizar sobre la disminución del deseo sexual en el embarazo, a causa del carácter individualizado y personalizado de la sexualidad humana; sin embargo, los estudios han mostrado que la mayoría de las mujeres continúan experimentando deseos y necesidades sexuales durante la gestación (7,9,12).

El embarazo es un período favorable para la aparición o empeoramiento de problemas sexuales preexistentes, los cuales pueden afectar negativamente la relación de pareja (7-9,13). Las diferencias culturales y los mitos sobre la actividad sexual, también son otros factores que contribuyen a la alteración de la respuesta sexual durante el embarazo (3,7,9). A su vez, el orgasmo cursa con un pico de oxitocina, lo cual estimula la contracción de las fibras uterinas, y aunque insuficiente para inducir el trabajo de parto, si puede generar malestar e inseguridad en la pareja (3). Adicional a ello, surge el temor a daños al feto y de sangrado poscoital, como factores asociados con la reducción de la frecuencia sexual (7). Estos mitos, propios de cada cultura, son responsables de los diversos comportamientos sexuales de las mujeres gestantes (3,6,7).

En relación a que existe pobre información sobre la prevalencia de disfunciones sexuales entre las gestantes de nuestro medio, y debido a que una sexualidad sana (durante el embarazo), es necesaria para la transición parental que ocurre en ese período (6), se planteó esta investigación con el objetivo de determinar la prevalencia de disfunciones sexuales en gestantes del Eje Cafetero, y evaluar su impacto en la sexualidad durante cada trimestre; estudiadas mediante el instrumento Índice de Función Sexual Femenina (IFSF).

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño y población: Estudio observacional (prospectivo), descriptivo de corte transversal, realizado entre el 01 de enero de 2010 y 31 de enero de 2015 en el Eje Cafetero, (ubicado en la región central de Colombia). El estudio se desarrolló en tres clínicas privadas de nivel III, centros de referencia y de carácter universitario. La investigación se realizó trimestre a trimestre hasta el final del embarazo. Se incluyeron mujeres mayores de 18 años de edad que aceptaron participar de manera voluntaria en el estudio, diagnóstico confirmado de embarazo en el primer trimestre, sin infecciones de transmisión sexual, embarazo de un solo feto, pareja estable y sin contraindicaciones para la actividad sexual coital, que asistieron al programa de control prenatal. Se excluyeron las gestantes con diagnóstico de cáncer, antecedente personal de disfunción sexual, las que sobrepasaron el primer trimestre del embarazo al momento de ingreso al control prenatal y las que no aceptaron participar en el estudio. El muestreo fue consecutivo por conveniencia y no se realizó cálculo del tamaño de muestra.

Procedimiento: Se seleccionaron las participantes de la población de mujeres adscritas al programa de atención prenatal en cada institución. La recolección de la información estuvo a cargo de tres enfermeras profesionales, debidamente entrenadas en el proceso de captación de pacientes y diligenciamiento de formularios, las cuales hacen parte del equipo de investigación. Estas encuestaban a las mujeres al momento de ingresar a la consulta con el médico, previa verificación de los criterios de inclusión y exclusión. A las mujeres que cumplían con los criterios de selección y aceptaron participar en la investigación,

se les explicaban los objetivos del estudio, se les solicitó diligenciar el consentimiento informado y se garantizó la confidencialidad del manejo de la información.

Se les aplicó en cada gestante, el IFSF, para la evaluación de la función sexual. Este instrumento ha sido el más utilizado en las investigaciones, siendo traducido al español y validado en Latinoamérica⁽¹⁴⁾; consta de 19 preguntas que evalúan la función sexual femenina en las últimas cuatro semanas. Agrupa seis dominios: Deseo (ítems 1 – 2), Excitación (ítems 3 – 6), Lubricación (ítems 7 – 10), Orgasmo (ítems 11 – 13), Satisfacción (ítems 14 – 16) y Dolor (ítems 17 – 19). Cada pregunta tiene 5 ó 6 opciones, con asignación de una puntuación que va de 0 a 5. El puntaje de cada dominio se multiplica por un factor y al final el resultado es la suma aritmética de los dominios; a mayor puntaje, mejor sexualidad. El rango total de la puntuación del IFSF va desde 2 hasta 36. Una puntuación menor o igual a 26,55 puntos, o cuando la puntuación de algún dominio es menor a 3,6 puntos, se considera como criterio de riesgo de disfunción sexual^(10,13-15).

Variables medidas: variables socio-demográficas (edad, raza, nivel de estudios, estrato socio-económico, estado civil, ocupación, religión, área de residencia, afiliación al sistema general de seguridad social en salud); talla, peso, Índice de masa corporal (IMC); hábitos (ingesta de alcohol, tabaquismo, consumo de café, sedentarismo, adicción a sustancias psicoactivas); variables de salud sexual y reproductiva (gestaciones, paridad, edad de la menarquia); variables de comportamiento sexual: edad de inicio de la actividad sexual coital, actividad sexual (masturbación, sexo oral, coito –vaginal o anal–, frecuencia para alcanzar el orgasmo, tiempo de convivencia en pareja, frecuencia promedio de relaciones sexuales coitales mensuales, número de parejas sexuales, antecedente de abuso sexual o violencia sexual en el matrimonio y pareja con disfunción sexual. Se indagaron además las preguntas de los dominios de la encuesta IFSF, la edad de la pareja, semanas de gestación al ingreso, posiciones sexuales y relación entre las relaciones sexuales y el riesgo de parto prematuro. Se les hizo la pregunta: ¿Disminuyó su actividad sexual – coital durante el embarazo?

Análisis estadístico: Los cálculos estadísticos se realizaron con el programa SPSS versión 19. Las variables cualitativas se expresaron como frecuencias absolutas y relativas (porcentajes), y las cuantitativas como media y desviación estándar (DE) y mediana con su rango. Se presenta la prevalencia de disfunción sexual global y por dominios. El nivel de significación se estableció en $p < 0,05$.

Aspectos éticos: El estudio recibió el aval del comité de ética. Los datos se recolectaron siguiendo las normas éticas, de la Declaración de Helsinki para estudio en humanos, y con las normas del Código Civil Colombiano (artículo 1502, de la ley 23 de 1981, decreto 3380 de 1981 y la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud).

RESULTADOS

La muestra inicial tenía 1584 gestantes, de las cuales 72 en el primer trimestre salieron por presentar las siguientes situaciones: 24 abortos espontáneos, 21 amenazas de aborto, 12 hospitalizaciones por hiperemesis gravídica, 2 operadas de apendicitis, 1 colecistitis aguda, 6 infecciones urinarias recurrentes, y 12 Infecciones de transmisión sexual. En el segundo trimestre, 48 presentaron: 18 abortos espontáneos, 3 amenazas de aborto, 6 amenazas de parto prematuro, 6 rupturas prematuras de las membranas ovulares, 1 operada de coledoclitiasis, 6 infecciones urinarias recurrentes, y 8 Infecciones de transmisión sexual. En el tercer trimestre, 24 presentaron: 11 amenazas de parto prematuro, 5 rupturas prematuras de membranas ovulares, 3 hemorragias por placenta previa, y 5 hospitalizaciones debido a preeclampsia grave. Todas ellas fueron excluidas porque presentaron condiciones clínicas que limitaron la actividad sexual durante el embarazo. De esta manera, para el análisis se tomó en cuenta un total de 1440 (90,9 %) gestantes, cuyos datos se analizan trimestre a trimestre hasta el final del embarazo. Todas las mujeres ingresaron al estudio, en el primer trimestre del embarazo, y fueron seguidas a lo largo de la gestación hasta el parto.

La edad media de las mujeres incluidas fue de $24,9 \pm 6,57$ años, mediana de 27 años (rango 18 - 42). El IMC fue $27,6 \pm 4,2$. El 12,08% tenían un nivel escolar de especialización. Eran mayoritariamente

católicas (86,25 %), pertenecientes al régimen de aseguramiento contributivo (71,94 %), y residentes en el área urbana (78,12 %). Las características socio-demográficas se describen en la tabla 1. Las semanas de gestación al ingreso tuvieron una media de $6,3 \pm 4,8$ semanas, con una mediana de 7 (rango 6 - 13).

Del total de las 1440 mujeres, el 67,29 % negó la ingesta de alcohol durante el embarazo, mientras que el 31,25 % lo hacía de forma ocasional (menos de 2 veces a la semana), pero el 1,45 % lo consumía con frecuencia (más de tres veces a la semana). El 96,66 %, reconoció el negativo impacto del cigarrillo, sin embargo, el 6,45 % informó fumar una mediana de tres cigarrillos diarios (rango 1 - 9). El 11,73 % se declararon exfumadoras. El 5,34 % expresaron el consumo de sustancias psicoactivas. El 23,12 % declaró beber café frecuentemente, con una mediana de 4 tazas al día (rango 3 - 9). El 80,62 % se declaró sedentaria.

La edad de la menarquia fue de $12,39 \pm 2,79$ años. La edad de inicio de las relaciones sexuales arrojó una media de $19,8 \pm 2,79$ años, con una mediana de 17 (rango 12 - 27). El número de parejas sexuales reportó una mediana de 6 (rango 1 y >21).

A la pregunta ¿cuántas veces tuvo relaciones sexuales el mes pasado? (periodo definido como el lapso de los treinta días anteriores a la entrevista), el 34,16 % del total, arrojó una mediana de 4 relaciones sexuales por mes, (rango 0 - 6). El 22,29 % reportó lograr el orgasmo con frecuencia (2/3 de las veces), mediante penetración vaginal sin acompañamiento de estimulación del clítoris.

La paridad mostró una mediana de 2 hijos (1 vía vaginal y 1 vía cesárea por mujer), y un rango entre 0 y 6 hijos. El 41,87% eran primigestantes. La relación múltipara a nulípara fue de 2:1. El embarazo actual no fue planeado en el 57,29% de las participantes, pero deseado en el 100%.

La mayoría informó, con un 36,25%, que la fuente principal de información sobre el tema de sexualidad en el embarazo la obtuvieron en la internet por su propia cuenta. La práctica sexual más frecuente fue el coito vaginal (100 %), y la menos frecuente el coito anal (26,45 %); la masturbación es considerada una práctica común en el 87,29 % de las gestantes. El

90,83 % afirmaron disfrutar que le practicaran sexo oral.

El promedio del tiempo de convivencia en pareja fue de $3,27 \pm 1,95$ años. El 26,04 % de las gestantes manifestó que su pareja presentaba alguna disfunción sexual. El 13,12 % informó haber sufrido alguna forma de violencia sexual a lo largo de la vida, mientras que el 14,37 % reportó violencia o abuso sexual por parte de la pareja en algún momento.

La puntuación media total del IFSF en el total de la población estudiada fue de 29,47 puntos; siendo el puntaje mayor de 30,58 y el mínimo de 9,71 puntos, con una desviación estándar de 5,48 puntos; mientras que en la población afectada con disfunciones sexuales (IFSF $\leq 26,55$) la media en la puntuación fue de 26,35 puntos (rango 9,71 - 26,52), con una desviación estándar de 5,19 puntos. En la tabla 2 se describe la puntuación detallada de cada dominio del IFSF, por trimestre.

Según la puntuación del IFSF ($\leq 26,55$), el impacto del embarazo en la sexualidad de las mujeres, reporta una prevalencia de disfunciones sexuales, en el primer trimestre del 39,79 % ($n=573/1440$) (Gráfica 1). La disminución de la frecuencia coital fue del 48,68 % ($n=701/1440$), 67,43 % ($n=971/1440$) y 82,56 % ($n=1189/1440$) en cada trimestre, respectivamente. No todas las gestantes que presentaron disfunciones sexuales en el primer trimestre, las presentaron en el segundo y el tercero.

Al final del estudio, en la población total, se observó que la disfunción sexual presente con más frecuencia fue el trastorno del deseo, con 735 casos (71,94 %), seguido por la alteración del orgasmo con 573 casos (39,79 %) (Gráfica 2). De las 1440 gestantes del estudio, 1035 (71,87 %) presentaron disfunción sexual en al menos uno de los dominios; de las cuales 609 (42,29%) presentaron alteración en un solo dominio, y 426 (29,58%) en más de un dominio. La disminución de la satisfacción sexual fue del 20,62 %. La disminución fue significativamente mayor durante el tercer trimestre respecto del primer trimestre ($p=0,0001$).

El 42,29 % de las gestantes, afirmaron que las parejas presentaron reducción en el deseo sexual. El 81,87 % de las gestantes y sus parejas se mostraron preocupadas por los eventuales efectos adversos de la actividad sexual en el feto; no obstante, únicamente

el 8,95 % se mostró dispuesta a discutir los asuntos sexuales durante la consulta médica. El 57,29 % de las mujeres pensaron que el sexo durante el embarazo era perjudicial para el feto, mientras el 30,62 % manifestaron no saber la influencia de la actividad sexual durante el embarazo.

En el 87,29 % del total de las gestantes, la importancia de la sexualidad era relevante en la relación de pareja, y lo consideraban como un aspecto fundamental. El 90,76 % expresó que el embarazo impactaba de forma negativa en su vida sexual, el 64,23 % afirmó sentir consecuencias negativas en su vida sexual, lo cual llevó a que el 59,93 % afirmaran sentirse menos atractivas; lo que al 27,98 % les afecta la relación de pareja. A pesar de estos porcentajes, no consideraron que el trastorno fuera lo suficientemente molesto como para la búsqueda de asistencia o asesoría profesional.

Las gestantes obtenían el orgasmo con la sola penetración en un 26,04% (n=375/1440), el 53,75% (n=774/1440) lo lograba a través de la asistencia con el estímulo del clítoris y el resto 20,21% (n=291/1440) mediante la masturbación. El 24,16 % declararon alcanzar el orgasmo con sexo oral. El 33,12% expresó haber experimentado ocasionalmente orgasmos múltiples, y un 6,04% manifestaron no haberlo experimentado nunca. El 3,75 % expresaron no saber diferenciar lo que es el orgasmo.

Respecto a las alteraciones del orgasmo, se observó que en el primer trimestre el 21,25 % (n=306/1440) de las mujeres manifestaron su disminución frente al 15,13 % (n=218/1440) que percibieron que su orgasmo no se había modificado con respecto a antes del embarazo; en el segundo trimestre predominaron las que no percibieron modificaciones en el orgasmo (83,88 %), mientras que en el tercer trimestre se observó un aumento el número de gestantes que percibió que su orgasmo disminuyó (27,22 %).

La puntuación del IFSF disminuyó significativamente en cada uno de los trimestres del embarazo, para el deseo sexual: $3,75 \pm 1,83$ en el primer trimestre, $3,54 \pm 1,32$ en el segundo trimestre y $3,27 \pm 1,62$ en el tercer trimestre, respectivamente ($p=0,0015$). En el tercer trimestre el dolor presentó una diferencia relevante respecto a los otros trimestres, mostrando su mayor pico ($4,47 \pm 1,38$); el

orgasmo se hizo más difícil de alcanzar en el tercer trimestre del embarazo ($4,26 \pm 1,35$) ($p=0,003$). La satisfacción sexual fue el dominio que mostró el mayor pico ($4,86 \pm 1,74$), ya que la mayoría de las gestantes siguieron considerando satisfactoria su vida sexual a lo largo del embarazo por la mera razón de ser buscadas por sus parejas para el coito. La lubricación y la excitación no mostraron cambios importantes entre sí, a lo largo de cada uno de los trimestres (tabla 2). Se pudo observar que las puntuaciones medias del IFSF, las relaciones sexuales y la satisfacción sexual difieren significativamente entre los tres trimestres ($p < 0,003$), así como las puntuaciones medias para cada dominio, trimestre a trimestre (tabla 2).

La frecuencia de los coitos también disminuyó de forma significativa en el transcurso del embarazo ($p=0,0001$), mostrando que lo excepcional era tener más de seis encuentros sexuales al mes; disminución que fue más pronunciada en el tercer trimestre del embarazo. En el primer trimestre se observó más frecuencia de relaciones sexuales (45,41 %), con una mediana de 8 encuentros al mes (rango 0 - 15); seguido del segundo trimestre con un 38,12 %, y una mediana de 6 encuentros al mes (rango 0 - 9). En el tercer trimestre el 55,83 % informó una mayor disminución de la actividad sexual, con una mediana de 4 encuentros al mes (rango 0 - 6).

Las posiciones sexuales más practicadas que predominaron en el primer trimestre fueron el misionero (68,95 %) y la unión del loto (38,95 %), en el segundo Andrómaca (56,87 %) y el columpio (35,83 %), en el tercero las cucharas (44,58 %) y el perrito (41,87 %).

La masturbación disminuyó del 41,49 % en el primer trimestre, a 36,52 % en el segundo trimestre hasta el 17,43 % en el tercero. En relación a las actividades sexuales oro-genitales se encontró una leve disminución en el primer trimestre, pasando del 92,98 % al 90,06 %, pero disminuyó significativamente en el segundo y tercer trimestre ($p=0,027$) respecto a la época anterior al embarazo.

A la pregunta: ¿Disminuyó su actividad sexual – coital durante el embarazo? El 95,62 % afirmó que sí. Esta situación coincidió en que la mujer se siente menos atractiva, el 92,91 % informó incomodidad por el globoso vientre y el 89,79 % por cansancio físico.

En la tabla 3 se detallan razones expuestas por las gestantes y sus parejas.

Las gestantes que afirmaron relaciones sexuales poco frecuentes, mostraron la misma incidencia de parto prematuro, en relación con las que afirmaron una mayor frecuencia (4,51% versus 4,65% respectivamente) $p=0,001$.

DISCUSIÓN

Este estudio nos muestra que el impacto del embarazo en la sexualidad de las mujeres del Eje Cafetero es relevante, ya que afectó a cerca de las $\frac{3}{4}$ partes de las participantes. Se encuentra además que la presencia de disfunciones sexuales es progresiva, siendo mayor en el tercer trimestre. Asimismo, se observó que el trastorno del deseo y el orgasmo sufren un efecto mucho peor a los otros dominios del Índice de Función Sexual Femenina (IFSF).

Las disfunciones sexuales son un problema de salud pública, convirtiéndose en una preocupación para muchas mujeres tanto emocional, como física y socialmente ^(16,17). Las mujeres gestantes, en comparación con las no gestantes, experimentan más problemas sexuales y en mayor grado ^(3,4,6). En este estudio, hemos observado una expresiva asociación entre la progresión del tiempo de gestación y la aparición disfunción sexual en la mujer, lo que es consistente con lo reportado por *Aslan et al.* ⁽¹⁸⁾, los cuales describieron que las funciones sexuales disminuyen durante el embarazo, empeorando a medida que avanza la gestación.

Bartellas et al. ⁽¹⁹⁾, en Canadá, describieron como a medida que el embarazo progresa, se produce una reducción en las relaciones sexuales vaginales y la actividad sexual, tal como lo hemos descrito en esta investigación. Esto puede estar asociado a las preocupaciones, tanto de la gestante como de su pareja, respecto a las eventuales complicaciones del coito durante el embarazo.

No encontramos asociación entre el embarazo y la pérdida total del placer físico generado por la experiencia sexual, mientras que hubo una importante asociación entre el embarazo y la disminución de la frecuencia coital; esto es consistente con los hallazgos de *Corbacioglu et al.* ⁽²⁰⁾, en Estambul (Turquía) en un grupo de 130 mujeres, donde describieron que las mujeres que no tenían

conocimiento de su embarazo tenían una frecuencia de coito relativamente más alta en comparación con el grupo consciente ($p=0,002$). Estos resultados pueden deberse a que los factores biopsicosociales y culturales pueden afectar las puntuaciones del IFSF durante el embarazo, tal como lo ha concluido en su investigación *Chang et al.* ⁽²¹⁾, en una población de 663 gestantes.

Un estudio realizado en Taipei (Taiwán), ⁽²¹⁾ afirma que el embarazo se asocia con una disminución significativa en la frecuencia de la actividad sexual, el deseo sexual, la satisfacción sexual y el orgasmo; a la luz de los resultados de la presente investigación encontramos hallazgos similares.

La prevalencia de disfunciones sexuales en el grupo estudiado, al final fue del 71,87 %, porcentaje inferior al 91,08 % publicado por *Aydin et al.* ⁽²²⁾ en Turquía, en una muestra de 246 gestantes. La prevalencia de disfunciones sexuales, en nuestro estudio, se hizo manifiesta a medida de la progresión de los trimestres, siendo del 39,79 % en el primer trimestre, 44,37 % en el segundo trimestre y, 71,87 en el tercero; lo cual es superior al 23,4 %, 30,5 % y 46,2 % en el primer, segundo y tercer trimestres, respectivamente, publicados por *Jamali et al.* ⁽²³⁾ en 247 gestantes iraníes. Esto se explica tanto por las diferencias socio-demográficas como socio-culturales de cada región.

Respecto a la frecuencia de relaciones sexuales, al igual que en nuestros resultados, *Pauleta et al.* ⁽⁷⁾ en Portugal, en una población de 188 gestantes, (con características similares a la nuestra), concluyen que el primer trimestre es el período con más frecuencia de relaciones sexuales con un 44,7 %, seguido del segundo trimestre con 35,6%; mientras en el tercer trimestre alcanza el 55 % de disminución de la actividad sexual.

Fok et al. ⁽²⁴⁾, en Hong Kong, en un grupo de 298 mujeres, informaron una reducción general en las actividades sexuales durante el embarazo. Allí más del 60 % de las gestantes, así como más del 40 % de sus parejas, tuvieron una reducción en el deseo sexual. A su vez, más del 80 % de las mujeres y sus parejas se mostraron preocupadas por los efectos adversos de la actividad sexual en el feto; pero solo el 9,4 % discutió la sexualidad con sus médicos. Estos hallazgos son similares a nuestros resultados. Lo cual

demuestra el protagónico papel del embarazo a la hora de afectar la sexualidad de las mujeres y la relación sexual con sus parejas. Siendo importante tener en cuenta la edad, paridad y duración del matrimonio, ya que según *Ahmed et al.* ⁽²⁵⁾, estos se correlacionan negativamente.

En relación al IFSF, *Aslan et al.* ⁽²⁶⁾, observaron una disminución representativa en las puntuaciones de los dominios durante el embarazo; las cuales disminuyeron elocuentemente en el tercer trimestre. Datos concordantes con nuestros resultados, donde mostramos que las funciones sexuales disminuyen, de forma importante, durante el embarazo y empeoran a medida que avanza la gestación.

En este grupo de gestantes se observaron notables trastornos y disfunciones sexuales relacionados con el impacto del embarazo; muchos de ellos tienen su base en una educación sexual limitada, falsas creencias y mitos, cuyos efectos adversos redundan de forma negativa en la relación de pareja, tal como lo ha publicado *Alkaabi et al.* ⁽²⁷⁾.

En esta investigación no observamos alteraciones ni complicaciones asociadas a la práctica sexual durante el embarazo, en lo cual concordamos con lo publicado por *Sayle et al.* ⁽²⁸⁾.

Las parejas en edad fértil deben recibir una oportuna y veraz información acerca de los eventuales problemas sexuales, así como de las fluctuaciones en los patrones de la sexualidad durante el embarazo. Sabemos por experiencia profesional, que son muchas las mujeres interesadas en discutir los temas sexuales con su médico, pero no siempre se sienten cómodas al plantear el tema por sí mismas ^(3,6).

En cuanto a las debilidades del estudio se tiene que, debido al muestreo consecutivo, es posible el riesgo de sesgos de selección, y que los hallazgos no sean extrapolables a la población general. Al tratarse de un estudio realizado en un III nivel de complejidad puede presentarse una sobrestimación de la prevalencia, pues la población atendida es de alto riesgo obstétrico, lo cual puede afectar el desempeño sexual de las gestantes. Como fortalezas se debe tener en cuenta lo novedoso de la investigación, siendo el primer estudio de este tipo, realizado en la región del Eje Cafetero. El instrumento utilizado se ha estandarizado y traducido al español ⁽¹⁴⁾, resultando confiable de aplicar en cualquier población ^(12,15).

CONCLUSIONES

En las gestantes estudiadas, se afectó la salud sexual de forma expresiva (¾ partes de la población estudiada). Las mujeres embarazadas están más propensas a presentar disfunciones sexuales a medida que avanza la gestación; lo que crea la necesidad de una adecuada evaluación de la sexualidad en esta población, a fin de revelar una relación de causa y efecto entre el embarazo y las disfunciones sexuales.

Los obstetras, como proveedores del cuidado integral de la salud femenina, estamos en una privilegiada posición para diagnosticar y tratar, de manera efectiva, las disfunciones sexuales presentes en las gestantes; por lo tanto, les extiendo a mis colegas, la invitación a no dejar pasar por alto este importante tema entre las embarazadas que asisten a su consulta.

Se hace imperativo trabajar en la educación acerca de las creencias erróneas sobre las relaciones sexuales durante el embarazo, ya que juegan un importante papel en la génesis de disfunciones sexuales en este periodo.

Se considera necesario llevar a cabo, dentro del programa de control prenatal, clases de asesoramiento y orientación en salud sexual en las parejas gestantes, a fin de que puedan discutir sus dudas o conflictos sexuales .

REFERENCIAS

1. World Health Organization (WHO). (2006). Defining sexual health Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002. Ginebra: OMS
2. Levin R, Both S, Georgiadis, et al. The physiology of female sexual function and the pathophysiology of female sexual dysfunction. (Committee 13A). *J Sex Med* 2016; 13:733-59.
3. Espitia-De La Hoz FJ. Sexo Ilimitado / El vuelo hacia una sexualidad más placentera. Bogotá. Editorial Bolívar. Primera edición. 2015; 2(14):171-80.
4. Abouzari-Gazafroodi 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. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12978-015-0065-0>

5. Ninivaggio C, Rogers RG, Leeman L, Migliaccio L, Teaf D, Qualls C. Sexual function changes during pregnancy. *Int Urogynecol J*. 2017; 28(6):923-9. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00192-016-3200-8>
6. Fuchs A, Czech I, Sikora J, Fuchs P, Lorek M, Skrzypulec-Plinta V, et al. Sexual Functioning in Pregnant Women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019; 16(21): 4216. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph16214216>.
7. Pauleta JR, Pereira NM, Graça LM. Sexuality during pregnancy. *J Sex Med*. 2010; 7(1 Pt 1):136-42. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01538.x>
8. Banaei M, Alidost F, Ghasemi E, Dashti S. A comparison of sexual function in primiparous and multiparous women. *J Obstet Gynaecol*. 2020; 40(3):411-8. DOI: <https://doi.org/10.1080/01443615.2019.1640191>
9. Vannier SA, Rosen NO. Sexual Distress and Sexual Problems During Pregnancy: Associations With Sexual and Relationship Satisfaction. *J Sex Med*. 2017; 14(3):387-95. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.12.239>
10. Espitia-De La Hoz FJ. Prevalence and characterisation of sexual dysfunctions in women, in 12 Colombian cities, 2009-2016. *Rev Colomb Obstet Ginec*. 2018; 69(1):9-21. DOI: <http://dx.doi.org/10.18597/rcog.3035>
11. Lou WJ, Chen B, Zhu L, Han SM, Xu T, Lang JH, et al. Prevalence and factors associated with female sexual dysfunction in Beijing, China. *Chin Med J* 2017; 130:1389-94.
12. Espitia-De La Hoz FJ. Evaluación de la prevalencia de disfunción sexual en mujeres médicas, del Eje Cafetero colombiano, en etapa de climaterio. *Arch Med (Manizales)* 2017; 17(1):70-7. DOI: <https://doi.org/10.30554/archmed.17.1.1897.2017>
13. Gałazka I, Drosdzol-Cop A, Naworska B, Czajkowska M, Skrzypulec-Plinta V. Changes in the Sexual Function during Pregnancy. *J. Sex. Med*. 2015, 12, 445–54.
14. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*. 2000; 26(2):191-208. DOI: <https://doi.org/10.1080/009262300278597>
15. Espitia -De La Hoz FJ. Prevalencia de disfunción sexual en mujeres del Eje Cafetero. *Rev Cienc Biomed*. 2016; 7:25-33.
16. Jaafarpour M, Khani A, Khajavikhan J, Suhrabi Z. Female sexual dysfunction: prevalence and risk factors. *J Clin Diagn Res*. 2013; 7(12):2877-80. DOI: <https://doi.org/10.7860/JCDR/2013/6813.3822>
17. Esposito K, Ciotola M, Marfella R, Di Tommaso D, Cobellis L, Giugliano D. The metabolic syndrome: a cause of sexual dysfunction in women. *Int J Impot Res*. 2005; 17(3):224-6. DOI: <https://doi.org/10.1038/sj.ijir.3901310>
18. Aslan G, Aslan D, Kizilyar A, Ispahi C, Esen A. A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. *Int J Impot Res*. 2005; 17(2):154-7. DOI: <https://doi.org/10.1038/sj.ijir.3901288>
19. Bartellas E, JM Crane, M Daley, KA Bennett, D Hutchens. (2000). Sexuality and sexual activity in pregnancy. *BJOG Aug*. 2000; 107(8):964-8. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2000.tb10397.x>
20. Corbacioglu A, Bakir VL, Akbayir O, Cilesiz Goksedef BP, Akca A. The role of pregnancy awareness on female sexual function in early gestation. *J Sex Med*. 2012; 9(7):1897-903. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02740.x>
21. Chang SR, Chen KH, Lin HH, Yu HJ. Comparison of overall sexual function, sexual intercourse/activity, sexual satisfaction, and sexual desire during the three trimesters of pregnancy and assessment of their determinants. *J Sex Med*. 2011; 8(10):2859-67. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02420.x>
22. Aydin M, Cayonu N, Kadihasanoglu M, et al. Comparison of sexual functions in pregnant and non-pregnant women. *Sexual Dysfunc and Infer*. 2015; 12: 2339-44.
23. Jamali S, Mosalanejad L. Sexual dysfunction in Iranian pregnant women. *Iran J Reprod Med*. 2013; 11(6): 479–86.
24. Fok WY, Chan LY, Yuen PM. Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2005; 84:934–8.

25. Ahmed MR, Madny EH, Sayed Ahmed WA. Prevalence of female sexual dysfunction during pregnancy among Egyptian women. *J Obstet Gynaecol Res.* 2014; 40(4):1023-9. DOI: <https://doi.org/10.1111/jog.12313>
26. Aslan G, Aslan D, Kizilyar A, Ispahi Ç, Esen A. A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. *Int J Impot Res.* 2005; 17:154–7.
27. Alkaabi MS, Alsenaidi LK, Mirghani H. Women's knowledge and attitude towards pregnancy in a high-income developing country. *J Perinat Med.* 2015; 43(4):445-8. DOI: <https://doi.org/10.1515/jpm-2013-0296>
28. Sayle AE, Savitz DA, Thorp JM Jr, Hertz-Picciotto I, Wilcox AJ. Sexual activity during late pregnancy and risk of preterm delivery. *Obstet Gynecol* 2001; 97:283–9.

TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Características socio-demográficas de las gestantes, en el Eje Cafetero (COLOMBIA).

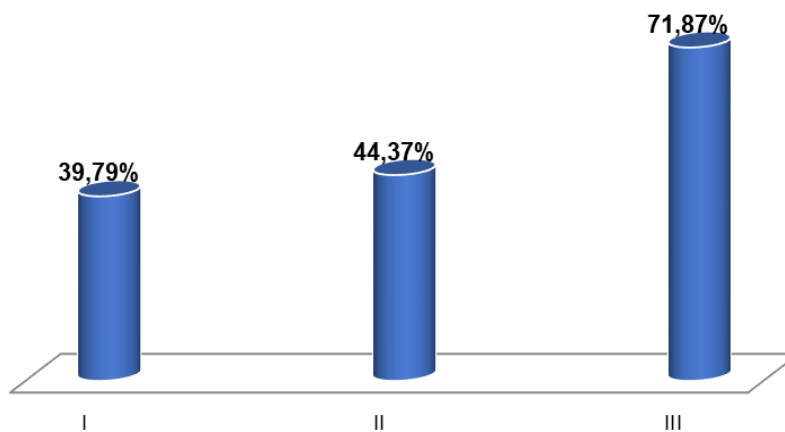
Variable y categorías	N= 1440 n (%)
Edad: X ± DE años	24,9 ± 6,57
Edad de la pareja: X ± DE años	27,6 ± 4,38
Talla: X ± DE Cms	156,84 ± 7,92
Peso: X ± DE Kg	67,49 ± 3,58
IMC: X ± DE	27,6 ± 4,2
Raza	
Hispánicas	827 (57,43 %)
Indígenas	84 (5,83 %)
Afrocolombianas	529 (36,73 %)
Estrato socio-económico	
Alto	179 (12,43 %)
Medio	845 (58,68 %)
Bajo	416 (28,88 %)
Estado civil	
Casadas	490 (34,02 %)
Unión libre	562 (39,02 %)
Solteras	388 (26,94 %)
Ocupación	
Amas de casa	935 (64,93 %)
Empleadas	505 (35,06 %)
Nivel de estudios	
Primaria	317 (22,01 %)
Secundaria	825 (57,29 %)
Técnicos	143 (9,93 %)
Profesionales	155 (10,76 %)

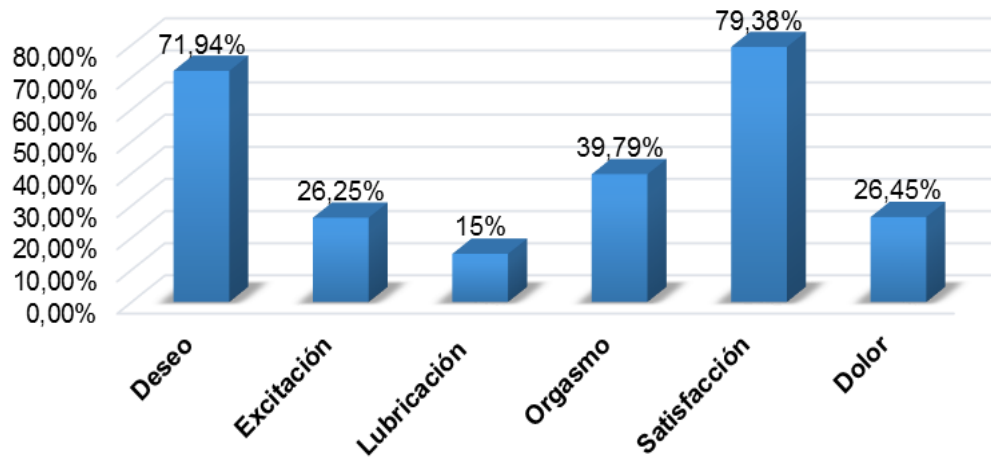
Tabla 2. Índice de función sexual femenina (IFSF) en gestantes del Eje Cafetero (COLOMBIA)

Dominio	Primer trimestre	Segundo trimestre	Tercer trimestre
Deseo	3,75 ± 1,83	3,54 ± 1,32	3,27 ± 1,62
Excitación	4,74 ± 1,05	4,38 ± 1,41	4,05 ± 1,53
Lubricación	4,83 ± 1,38	4,44 ± 1,17	4,08 ± 1,47
Orgasmo	4,65 ± 1,68	4,59 ± 1,92	4,26 ± 1,35
Satisfacción	4,86 ± 1,74	4,41 ± 1,62	4,11 ± 1,74
Dolor	3,93 ± 1,26	4,29 ± 1,08	4,47 ± 1,38
Puntaje Total IFSF	26,76 ± 8,94	25,65 ± 8,52	24,24 ± 9,09

Tabla 3. Razones por las cuales no tienen actividad sexual, las gestantes y sus parejas, en el Eje Cafetero, n=1440

Razones	Proporción N=1440 n (%)
Cansancio físico	89,79
Disminución del interés sexual	71,66
El propósito del sexo es la procreación	11,87
Incomodidad por el globoso vientre	92,91
Información insuficiente	87,29
La atención y las energías se canalizan al feto	26,45
La gestación y el sexo están en contraposición	9,37
La mujer se siente menos atractiva	95,62
La pareja se siente unida y no hace falta el sexo	57,29
Las relaciones sexuales no son una prioridad	17,91
Miedo a perjudicar la evolución del embarazo	81,45
Se sienten vigilados por el feto	74,79
Temor a herir a la madre o al feto	86,87

**Gráfica 1.** Prevalencia de disfunciones sexuales, por trimestres, en gestantes del Eje Cafetero, con base en una puntuación menor o igual a 26,55 del IFSF.



Gráfica 2. Prevalencia de disfunciones sexuales, en la población total de gestantes del Eje Cafetero, según una puntuación menor o igual a 26,55 del IFSF.