**PERIPECIAS DEL PLACER EN EL EMBARAZO Y EL PUERPERIO.
Capítulo Publicado en:
Avances en la investigación social en Salud reproductiva y sexualidad.
Bs. As. CEDES. AEPA, CENEP. 1998
Virginia Martínez Verdier**

“Madre” y “sexual” son dos palabras obviamente unidas desde la lógica biológica. Para ser madre es necesario haber sido primero sexual. Esta es la lógica desde la función reproductiva de la sexualidad.

Sin embargo, desde los determinantes culturales estas dos palabras no siempre van unidas. Es más, para algunas personas, tanto varones como mujeres, “madre” implica otros valores, hasta opuestos, a la sexualidad.

Puede suceder que esas personas sientan que existen dos categorías de mujeres: “las madres” y “las otras”. Y sólo esas “otras” pueden ejercer su sexualidad con placer. Para ellas las madres son asexuales.

Aún personas evolucionadas suelen encontrarse internamente con este prejuicio que no lo tienen conciente. Se les hace evidente cuando se embarazan y nacen sus hijos. Disminuyen su deseo sexual, temen dañar al bebé en la panza, se olvidan de sí mismas y de su intimidad y, lentamente, van alejándose y convirtiéndose de pareja conyugal en pareja parental casi con exclusividad.

La sexualidad humana es una energía vital que nos acompaña toda la vida. Integrada por dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y culturales, cumple con dos funciones básicas: reproductiva y placentera. Aunque independientes entre sí, para muchas personas, acorde a su proyecto de vida, el pleno y libre desarrollo de ambas funciones es necesario para su crecimiento y equilibrio personal.

La función reproductiva está al servicio de la conservación de la especie y del cumplimiento de necesidades individuales y sociales. Así mismo, la función placentera está al servicio de necesidades individuales (formación de la identidad, comunicación, contacto, búsqueda de la autoestima, etc.) y de necesidades sociales que la incentivan (comercialización, consumismo) o la reprimen.

Ambas funciones se integran pocas veces en la vida de una persona; cuando lo hacen, aunque podamos suponer que esta completud permite un desarrollo sexual sumamente satisfactorio, la experiencia y las investigaciones nos demuestran que no siempre es así.

La vivencia sexual de varones y mujeres durante este período suele tener variaciones personales individuales y de pareja, pero también se ve condicionada por mitos, miedos y prejuicios que la sociedad ha ido transmitiendo a lo largo de los tiempos. Entendiendo el gran cambio que implica conformar una familia y la movilización emocional que significa, igualmente es imprescindible para la salud afectiva y vincular de todos sus miembros que la pareja no deje de serlo. En ese sentido el desarrollo de la intimidad es un valor a alcanzar.

**La sexualidad en la pareja antes del embarazo:**

Podemos diferenciar tres posibilidades de acceso al embarazo:

1.- Embarazo accidental: En este caso, la sexualidad de la pareja es la habitual de su momento vital. Podríamos especular si el “accidente” fue voluntario o no, y en ese sentido las implicancias que tendrá para la pareja la llegada de un hijo que no fue planificado. Desde los extremos del rechazo a la aceptación con alegría, determinado estado de ánimo acompañará el período reproductivo con sus particulares consecuencias en la intimidad sexual de la pareja.

2.-Embarazo planificado: En general, si la pareja tiene una relación armónica, lleva una vida sexual satisfactoria y persigue el fin de completarse en la formación de una familia; este período es sumamente grato para ambos. Al placer de la búsqueda se agrega la libertad de disfrutar de la sexualidad sin temor al embarazo.

En cambio, si la búsqueda de un embarazo tiene otros fines (unión de la pareja, retención de uno de sus miembros, etc.), la sexualidad de este período puede ser vivenciada tanto placenteramente como con ansiedad y exigencia por cumplir con el fin -conciente o inconcientemente- propuesto.

3.- Fertilidad asistida: Cuando una pareja que desea un embarazo, luego de determinado tiempo no lo logra, la alegría de la búsqueda comienza a convertirse en un angustioso laberinto. La manipulación médica de ambos miembros para “embarazarlos”, suele alterar la sexualidad de la pareja. Los encuentros sexuales pasan a ser obligados, mecanizados, donde el deseo sexual desaparece tras el deseo del hijo.

En estos casos la sexualidad placentera sucumbe a la sexualidad reproductiva, la cual pasa a ser predominante, con las concomitancias del conflicto y el displacer.

En general, la sexualidad -de por sí modificada durante el período reproductivo- en estos casos se deteriora de tal modo que se hace más difícil que la pareja pueda recuperar una vida sexual satisfactoria posterior al desarrollo de esta etapa.

**La sexualidad durante el embarazo:**

En esta clase me refiero fundamentalmente a la expresión de la sexualidad en los embarazos llegados a parejas armónicas. En cambio, cuando el embarazo no es deseado o la pareja lucha permanentemente entre sí, la sexualidad ocupa otros lugares, no los del placer. En esos casos se hace necesario considerar las particularidades.

Desde el punto de vista psicológico, diversos sentimientos y actitudes de reacomodación a la nueva situación, pueden producir en la mujer -y también en su pareja- necesidad o rechazo de la intimidad sexual.

La retracción de los primeros meses, las fantasías de daño al feto, los miedos, la disociación entre mujer madre y mujer sexual, la vivencia personal de belleza o fealdad ante los cambios corporales van determinando un estilo vincular particular.

Diversas investigaciones realizadas en nuestro país y en el mundo, demostraron que las mujeres embarazadas suelen disminuir su deseo sexual en el primer trimestre, lo aumentan en el segundo y disminuye paulatinamente en el tercero. Estos resultados tienen una explicación basada fundamentalmente en la aceptación de los cambios en el esquema corporal y en la relación afectiva con el feto.

En el primer trimestre, el desajuste metabólico que produce malestares digestivos, hipotensivos y del sueño, entre otros, así como la incertidumbre acerca del verdadero estado desencadena conductas de aislamiento y retracción. La energía sexual es puesta sobre sí misma y el deseo sexual suele disminuir.

En el segundo trimestre, cuando la mujer comienza a estabilizarse orgánica y anímicamente, el deseo recobra su frecuencia habitual, o aún mayor considerando los cambios fisiológicos del embarazo, que benefician la excitación. Teniendo en cuenta que la excitación se manifiesta como la llegada de sangre a los genitales, la marcada vasocongestión mamaria y pelviana disparada por el embarazo, puede producir sensaciones dolorosas o intensamente placenteras, ya que la mujer se encuentra en un estado de excitación fisiológica. En ese sentido se han descripto casos de mujeres que alcanzaron el orgasmo por primera vez durante su embarazo.

Así mismo, el cuello uterino se encuentra más vascularizado y predispuesto a sangrar por el coito. Durante el orgasmo, el útero puede presentar contracciones, con una disminución de la actividad fetal seguida de un breve período de actividad fetal compensada; se registra una transitoria bradicardia fetal sin efectos dañinos aparentes. Estas situaciones pueden provocar desconcierto y temor de dañar al feto, por lo cual, algunas parejas disminuyen su deseo.

En el tercer trimestre se produce una actitud ambivalente entre la certeza de que el embarazo no corre riesgos, lo cual permite a la mujer desenvolverse con mayor naturalidad e incrementando su deseo, y la cercanía del parto que, al aumentar la ansiedad puede disminuir el interés sexual.

Cada embarazo en una misma mujer cursa de manera totalmente distinta. La llegada del primer hijo influye notoriamente en la vida sexual. El pasaje de pareja a familia implica sentimientos mucho más intensos que el agrandamiento de la familia. Por otro lado, la mujer multípara ya sabe de que se trata el embarazo y muchas de sus ansiedades se expresan con menor intensidad. Los hijos ya nacidos reclaman la atención de su madre, por lo cual, la retracción tiende a compensarse con las exigencias del afuera.

Aunque la mayoría de las investigaciones apuntan al estudio de la mujer embarazada, es importante considerar los sentimientos y actitudes del varón ante el estado de su pareja. Algunos hombres sienten rechazo por miedo a dañar o por considerar a los cambios como deformaciones. Así mismo el mito de mujer-madre versus mujer-sexual, aún se encuentra arraigado en algunos hombres, lo cual les impide acercarse íntimamente. También la sensación de tercero excluido puede recrear otras historias de exclusión o abandono que le inhiban el acercamiento.

Algunos hombres disminuyen su deseo y otros buscan relaciones paralelas no sólo como descarga biológica sino fundamentalmente como manera de canalizar las ansiedades que les despierta la nueva situación.

La actitud opuesta a la anterior, se observa en los hombres que se erotizan con la imagen de su mujer embarazada, y los sentimientos de ternura y pasión se integran en una intimidad equilibrada.

La cercanía del parto estremece a la pareja, y es así que muchas comadronas recomendaban el mantener relaciones coitales para acelerar el parto beneficiosamente. Más allá de la relaxina, sustancia habitual en el semen, que ayuda relajar el cuello del útero, nuevamente las ansiedades tienen en el encuentro sexual, una buena vía de escape. No sólo por la descarga instintiva sino por la gratificación profunda del encuentro amoroso.

**Sexualidad durante el puerperio:**

El embarazo y el parto son uno de los momentos más importantes en la vida de una persona. Desde el miedo a lo desconocido hasta la idealización de tener al mejor bebé del mundo, diversos sentimientos incluso contradictorios entre sí, surgen a cada momento, durante nueve meses y especialmente en la cercanía del parto.

Muchos suponen que luego del nacimiento todo se dará espontáneamente porque “el instinto materno” guiará a la mujer hacia el camino correcto, siendo este un período ideal y maravilloso.

Sin embargo, las vivencias y emociones sentidas en esta etapa conocida como puerperio, son muy fuertes y pueden llevar a la novel mamá a confundir el afecto por su hijo. Recordemos que el puerperio es una crisis vital, y como toda crisis tiene aspectos negativos que serán necesarios superar para lograr el crecimiento.

Los sentimientos maternos en estos primeros momentos son típicos de este especial período, pero también suelen estar relacionados con situaciones anteriores en la vida de esa mujer. Una personalidad femenina débil o infantil, así como los mitos y las creencias que condicionan la visión ser mujer-ser madre, o una relación conflictiva de pareja influyen en el desarrollo sano de la maternidad y en el equilibrio emocional personal.

De hecho, el puerperio psicológico se extiende aproximadamente hasta el año, en el cual cada miembro de la familia logra ir adaptándose a la nueva situación. La sensación de tristeza, agobio y confusión son sentimientos habituales en los primeros tiempos después del parto.

Además, es bastante común que el deseo sexual desaparezca ya que la mamá dedica su energía a su nuevo rol y también a sus otros hijos, y se olvida de ella como mujer con necesidades afectivas y de contacto corporal.

El estado de tristeza y desubicación puede expresarse en diferentes grados según cada mujer. Aunque estos sentimientos son habituales, es de esperar que con el paso de los meses, la mujer pueda recuperar su estado anímico equilibrado.

Cuando, entre los 6 meses y el año después del parto la mujer no puede reacomodarse a su nueva realidad, la rechaza o la niega y se paraliza, significa que la depresión se ha instalado.

En general, en estos casos, la lucha se juega en tres frentes fundamentales:

· dejar de ser niña/hija,

· ser mujer sexual o

· ser madre.

La exclusividad en la expresión de alguno de estos frentes dejando de lado los otros, deteriora el desarrollo saludable como mujer y como madre.

Es necesario estar atentos a la evolución del bebé en su primer año de vida. Pero también es fundamental la evolución emocional de esa mamá; ya que el vínculo que establezca con su hijo y con su marido -como hombre así como el lugar que le dé como padre- dejará marcas indelebles en la personalidad de cada integrante de esa familia.

Podemos diferenciar tres momentos del puerperio:

1.- Inmediato: Abarca la primer semana después del parto. En general, ambos miembros de la pareja dedican su energía a la recuperación de la mujer y la reorganización familiar, por lo cual pensar en la intimidad sexual resulta casi imposible.

2.- Propiamente dicho: Abarca los primeros cuarenta días después del parto. Habitualmente la episiotomía y el sangrado condicionan el reinicio de la vida sexual coital de la pareja. Muchas de ellas esperan la “autorización” médica para hacerlo. Los primeros encuentros suelen ser insatisfactorios, ya que el agotamiento, la adaptación a la nueva estructura vaginal postepisiotomía o la preocupación por la cicatriz de la cesárea, los miedos, el mito mujer madre versus mujer sexual, entre otras situaciones condicionan el deseo sexual y la intimidad de la pareja.

3.- Mediato: Abarca hasta el primer año después del parto y su desarrollo es fundamentalmente psicológico y vincular. Algunas mujeres recuperan con mayor rapidez que otras su deseo sexual; en cambio, otras tardan varios meses en mantener relaciones sexuales con un deseo propio. Esto puede estar relacionado con el nivel de estrógenos y de prolactina en su organismo, con el registro negativo o positivo que haya hecho del parto, con el temor a un nuevo embarazo, como así también con una mayor dificultad de adaptación a los cambios que se han producido en su vida.

Así mismo, la simbiosis normal establecida entre la mamá y el bebé puede dejar afuera al padre, y por acción de ambos miembros de la pareja, la sexualidad puede volver a quedar relegada.

Algunas mujeres permiten que su pareja se incluya, y algunos varones se incluyen con facilidad en esa simbiosis de a tres. La reestructuración del sistema familiar a través de la comunicación, la intimidad, la cooperación, permite que la pareja vaya recuperando paulatinamente su sexualidad habitual.

**El rol educativo de los profesionales de la salud:**

En este período las parejas -especialmente las primigestas- suelen otorgar al médico el poder de decidir sobre sus vidas. Esperan indicaciones precisas acerca de lo que pueden o no hacer en general, incluida su sexualidad. Buscan canalizar sus dudas, miedos, ansiedades, desconocimientos, a través del saber absoluto del “especialista”.

Esta búsqueda no siempre implica la pregunta directa y clara. A veces, sometidos al estilo de cada profesional, esperan que sea él quien tome la iniciativa, en la fantasía de que él sabe sus necesidades.

Lamentablemente, muchas veces los obstetras y las obstétricas se manejan mecánicamente, viendo “una panza” y no una persona. Por otro lado, sus desconocimientos con respecto a los pormenores de la sexualidad los llevan a realizar indicaciones erróneas o a guiarse por sus creencias, mitos y prejuicios, los cuales inoculan en la pareja paciente, creando aún mayor confusión y ansiedad.

Como todo profesional de la salud, el rol preventivo-educativo está siempre presente en su atención. Voluntariamente o no, concientemente o no, los profesionales transmitimos nuestros

valores personales, sociales y sexuales. El peligro en la asistencia es hacerlo en automático y como única verdad posible, sin tener conciencia de que el otro debe tener la posibilidad de decidir sobre su vida.

El rol educativo es fundamental para ayudar a los otros a encontrar su propio camino, en todo caso, acorde a nuestros conocimientos y experiencia mostrar los peligros “que acechan”, indicar firmemente los límites a establecer considerando a esos riesgos. Bajarse del lugar omnipotente en el que los pacientes nos colocan es sano para ellos y para nosotros, porque, aunque suene obvio, “también somos personas”.

**Necesidades de las parejas durante su período reproductivo:** En este sentido, es importante que los profesionales que se desempeñan en el área de la maternidad tengan en cuenta que:

· Durante la fertilidad asistida es imprescindible que la pareja sea acompañada emocionalmente por un especialista para prevenir los efectos psicológicos y vinculares concomitantes.

· El orgasmo y el coito no son dañinos para la mujer embarazada ni para el feto, cuando ambos se encuentran en buen estado de salud.

· Los consejos dados a las parejas deben basarse en necesidades, deseos y circunstancias individuales de cada una de ellas.

· Cuando sea necesario prohibir las relaciones sexuales, es importante aclarar si la prohibición recae sobre el coito o sobre el orgasmo femenino y especificar las conductas sexuales sustitutivas seguras.

· Aunque el coito y el orgasmo están prohibidos en los casos de rotura prematura de membranas, placenta previa comprobada e incompatibilidad cervical, es importante considerar como contraindicaciones relativas a los casos de historias inexplicables de partos prematuros, aborto habitual, amenaza de aborto y en el embarazo tardío de mellizos.

· Es necesario instruir a la pareja sobre el uso de posiciones variadas que faciliten las relaciones sexuales confortables durante el embarazo y en los primeros tiempos después del parto.

· Es importante informar a la pareja que durante el orgasmo pueden ocasionarse contracciones uterinas que no provocan ningún trastorno al bebé.

· La pareja necesita saber que, luego del parto, pueden retomarse las relaciones sexuales coitales cuando cesó el sangrado, el disconfort perineal y cuando la mujer esté psicológicamente lista.

· También es importante informarles que durante la actividad sexual puede producirse una involuntaria salida de leche.

· Es conveniente recordarles que durante el amamantamiento, la mujer puede sentir excitación sexual.

· Fundamentalmente, los profesionales y la pareja deben saber que las relaciones sexuales no son sólo coitales. Las caricias, los masajes, la intimidad corporal, así como el juego sexual y otras conductas sexuales (estimulación oral, anal, autoestimulación, estimulación manual recíproca, entre otras) forman parte de la sexualidad y pueden ser tan gratificantes como el coito.

**Reflexión final:**

Mantener una vida sexual armónica durante su período reproductivo, ayuda a la pareja a canalizar ansiedades, a sostener su intimidad conyugal versus su pareja parental, a evitar los celos y/o la necesidad de relaciones extramatrimoniales, beneficiando el equilibrio emocional y vincular de ambos, y por extensión, de su nueva familia.

La sexualidad en particular y la vida en general se hace más complicada desde el deseo de un hijo o desde la concepción misma. Pero sabiendo que estas situaciones son habituales en los seres humanos, que “no somos nosotros los raros”, que podemos recuperarnos y recuperar nuestra pareja, nos alivia y nos acompaña a sobrellevar con mayor armonía los inevitables cambios del período reproductivo.

3.- **BIBLIOGRAFÍA:**

· Aller Atucha, Luis. M. 1991. Pedagogía de la educación sexual. Ed. Paidós, Bs. As.
· Bing.E. y col. 1977. Making Love during pregnancy. U.S.A. Bantam books. Inc.
· Crayen. B. y col. 1986. “Fetal heart rate changes and uterine activity during coitus”.

Acta Obst. Gynecol. Scand.

· Kindely, K. 1978. “The sexuality of women in pregnancy and postpartum: a review.”

JONG 7.

· Lerer, M.L. 1987. La dulce espera de la pareja. Mitos: sexo y maternidad. Bs. As. Ed. Sudamericana Planeta. Bs.As
· Martínez Verdier, V. 1995. “Avatares de la sexualidad reproductiva”. Sexología, 8:14-16
· Martínez Verdier, V. 1998. “Peripecias del placer en el embarazo y el puerperio” en Avances en la Investigación social en Salud reproductiva y sexualidad. AEPA, CEDES, CENEP. Bs. As.

· Martínez Verdier, V., Medvetzky, L. y Barbón, N. Sexualidad placentera y anticoncepción. Monografía. 1988, Bs. As.
· Medvetsky, L. y Martínez .Verdier, V. 1987. “La sexualidad en el embarazo: Análisis en un sector popular”. En: C.E.T.I.S.

Jornada de Sexología. Bs. As.

· Mc Cary. Sexualidad humana. Manual Moderno. México. 1987.
· Robson, K. y col. 1981. “Maternal sexuality during first pregnancy and after childbirth.”

British Journal of Obstetrics and Gynaecology. Vol. 88.

· Soifer, R. 1977. Psicología del embarazo, parto y puerperio. Bs.As. Ed. Kargieman.
· Videla, M. 1983. Maternidad. Mito y Realidad. Bs. As. Peña Lillo Editor