

CAPÍTULO 7

Miguel Sira-Vargas

FUNCIÓN SEXUAL

ASPECTOS GENERALES

ASPECTOS HISTÓRICOS

FUNCIÓN SEXUAL

Situación/estímulo

Administrador del estímulo

Método de aplicación del estímulo

Frecuencia de administración

Respuesta

Tiempo de funcionamiento

FASES DEL CICLO SEXUAL

Excitación

Meseta

Orgásmica

Resolutiva

TIPOS DE ORGASMO

Monoorgásmico

Poliorgásmico

Multiorgásmico

Patrón tetánico

SEXUALIDAD EN EL POSTPARTO

ASPECTOS COGNOSCITIVOS

Primer trimestre

Segundo trimestre

Tercer trimestre

RECOMENDACIONES GENERALES

CONCLUSIONES

REFERENCIAS

ASPECTOS GENERALES

La respuesta sexual humana es una secuencia ordenada y racional de acontecimientos fisiológicos, cuya meta consiste en preparar el cuerpo de los dos miembros del sexo opuesto para que se cumpla la reproducción de la especie. Para que el acto sexual tenga éxito, los órganos genitales de cada uno de los miembros de la pareja deben experimentar una serie de cambios intensos en cuanto a su forma y función, tomando como punto de partida un nivel basal.

Es casi imposible que se produzca el coito cuando los miembros de la pareja no se hallan sexualmente excitados. Esto es, cuando el pene se halla flácido y cuando la vagina está seca y no se ha dilatado. En este aspecto el coito es similar a otras funciones corporales como la de dormir, comer o evacuar. Antes de que el individuo pueda ejecutar cualquiera de estas conductas el cuerpo tiene que sufrir una serie de procesos de adaptación que incluyen modificaciones químicas y fisiológicas muy extensas.

En ambos sexos se producen una serie de alteraciones fisiológicas muy distintas, pero complementarias, que preparan al individuo para realizar el coito y que no sólo se limitan a las áreas genitales. La estimulación sexual despierta una serie de reacciones de tipo neurológico, vascular, muscular y hormonal que afectan en mayor o menor grado el funcionamiento del soma (Kaplan, 1978).

La actividad sexual es una función más del organismo y, al igual que la función gástrica, respiratoria, circulatoria, entre otras, sufre modificaciones durante el embarazo (CIPPSV, 1992). A continuación se analizan los cambios más significativos y patentes que ocurren en la embarazada y en la que no lo está. También se hará un análisis del aspecto cognoscitivo porque el hecho de quedar embarazada llena de gozo a la mujer y satisface sus más íntimos anhelos, pero también puede constituir una sorpresa perturbadora, fuente de angustia y desazón. Así mismo, en el hombre, puede generar sentimientos de júbilo, gozo, sorpresa, incertidumbre o preocupación. Hay parejas que planean a conciencia las relaciones para conseguir ese estado de gravidez, en tanto que otras procuran evitar que se produzca o lo dejan al azar. Es innegable que la actitud y las motivaciones de una pareja repercuten en su reacción al tener conocimiento del embarazo (Masters y col, 1987).

ASPECTOS HISTÓRICOS

Hasta mediados del siglo XX, muchas personas, entre ellas algunas autoridades médicas, consideraban que la mujer no era capaz de alcanzar un orgasmo. Esta creencia era reflejo indudable de un prejuicio cultural porque el sexo era un acto que el hombre perpetraba para su exclusiva gratificación, donde la

mujer actuaba en forma pasiva. Por muchos siglos se instó a las mujeres a cumplir con sus deberes conyugales y tenían que estar dispuestas, en todo momento, a satisfacer los requerimientos sexuales del marido, a la vez de que se les inculcaba la idea de que las mujeres "decentes" no debían tener una satisfacción sexual. Debido a que las muestras de placer físico o tener un orgasmo se consideraban "impropio de una dama", era normal que muchas mujeres no pudieran lograr el orgasmo. En otras palabras, se implantó en ellas la idea de "que no podían experimentar desahogo sexual y que, si eran capaces de tenerlo, no debían permitirselo". Hoy en día, nadie pone en duda que el orgasmo es un proceso normal en ambos sexos (Masters y col, 1987).

En algunas civilizaciones es costumbre que los padres exhiban ciertas conductas durante el embarazo y el parto. Los antropólogos han estudiado la práctica denominada "covada", desde que **Marco Polo**, en el siglo XIV observó esa costumbre en el lejano oriente. La covada, que también está presente en ciertas civilizaciones africanas, suramericanas, en los indios norteamericanos y en el pacífico sur, es un ritual en el que el padre actúa imitando el proceso del parto. Esta costumbre ha sido explicada como la manera mediante la cual el padre prueba su paternidad o un acto valeroso para atraer la mala suerte hacia su persona y, de esta manera, tener un bebé saludable.

FUNCIÓN SEXUAL

Toda estructura orgánica cumple una función que le es propia, es decir, un conjunto de actividades que le caracterizan. Las actividades pertinentes al sexo se denominan sexuales; por lo que la función sexual, expresa las actividades propias o características del sexo (Bianco y Aragón, 1996). En la función sexual existen tres elementos.

Situación/estímulo

Es la acción mediante la cual ocurre un cambio en el ambiente externo o interno del organismo que induce o provoca una respuesta sexual. En ella se reconocen tres aspectos fundamentales.

Administrador del estímulo. Que tiene que ver con la fuente de estimulación sexual (persona, animal u objeto). En cuanto a este aspecto se puede ser: heterosexual, homosexual o bisexual. Por lo general, la embarazada posee un patrón heterosexual, pero se han descrito mujeres que durante la gestación han tenido experiencias homosexuales, sin que ello modifique en forma permanente su patrón posterior. Estas relaciones homosexuales son productos de carencias afectivas. Cuando ocurre un embarazo en mujeres homosexuales, generalmente es por deseo de la maternidad o por cubrir una apariencia de tipo social.

Método de aplicación del estímulo. Que se relaciona con el tipo de estructura activada y con el procedimiento utilizado. Durante el embarazo aumenta la capacidad de desarrollar fantasías eróticas y es frecuente la búsqueda de diversas maniobras excitadoras y posiciones poco usadas durante el coito.

Frecuencia de administración. Que se refiere a la cantidad de veces que durante un período determinado el sujeto desea activar la función sexual (Bianco y Aragón, 1996). Lo usual es que la frecuencia disminuya en el primer trimestre del embarazo, principalmente por miedo al aborto; aumenta en el segundo trimestre, posiblemente por la congestión pélvica; y disminuye en el tercer trimestre por miedo a lastimar el feto o a precipitar el parto (Masters and Johnson, 1966). Un estudio encontró no solo una disminución de la frecuencia sexual, sino también una disminución del interés sexual y de la capacidad de lograr el orgasmo (Solberg et al, 1973).

Respuesta

Se caracteriza por la aparición de cambios anatómicos, hormonales, vasculares, musculares y neuronales que abarcan prácticamente todo el organismo y que son provocados por una serie de estímulos físicos y psicológicos. Esta respuesta ocurre en la forma de dos fenómenos fisiológicos fundamentales: la vasocongestión, superficial y profunda, y la miotonía, generalizada y específica. Estos fenómenos provocan una serie de reacciones que por su ubicación pueden ser divididas en genitales y extragenitales. En los trabajos de Masters y Johnson (1966), se describieron con precisión científica las reacciones funcionales que experimentan los hombres y las mujeres durante las diversas etapas del ciclo de respuesta sexual y la dividieron en cuatro fases: excitación, meseta, orgásmica y resolutive.

Tiempo de funcionamiento

Es el tiempo que transcurre desde que se inicia la función sexual hasta que termina la respuesta (Bianco y Aragón, 1996). En cuanto a la identidad del sexo, éste generalmente no se altera. La mujer mantiene su condición y sentir de hembra y, cuando se altera, es porque está presente algún síndrome orgánico o psicótico. Se puede afirmar que cuando el embarazo es deseado y no ocurren complicaciones médicas la función sexual está bien preservada.

FASES DEL CICLO SEXUAL

Excitación

La excitación es consecuencia de la estimulación sexual que puede ser física, psicológica o una combinación de ambas. Las respuestas sexuales se asemejan a otros procesos fisiológicos en la medida que se puedan desencadenar no sólo mediante contacto físico directo, sino a través del olfato, la vista, el pensamiento o las emociones (fig. 7-1).

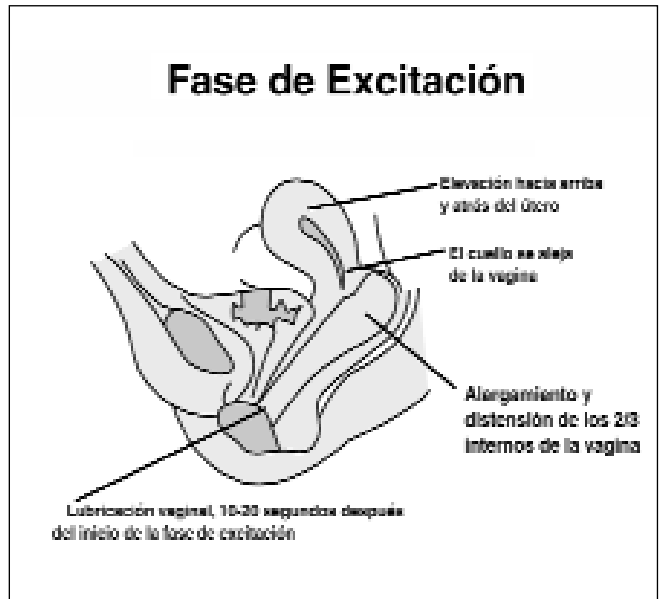


Figura 7-1. Cambios en los genitales femeninos en la fase de excitación.

La primera señal de excitación sexual en la mujer es la aparición de una lubricación vaginal que se inicia de 10 a 30 segundos después del principio de la estimulación sexual. Esta lubricación es producida por la vasoconstricción de las paredes vaginales que provoca la percolación del fluido a través del revestimiento de la vagina, en un proceso llamado "transudación". La secreción se presenta en forma de pequeñas gotas aisladas que fluyen en sucesión y que acaban por humedecer toda la superficie interna de la vagina. En la fase inicial de la excitación sexual, la cantidad de fluido es a veces tan escasa que ni la mujer ni su compañero lo notan. La densidad, cantidad y olor de la lubricación vaginal varían mucho de una mujer a otra y, en una misma mujer, de un momento a otro. La lubricación facilita la penetración del pene y la suavidad del movimiento de empuje, a la vez que impide que la mujer sienta incomodidad o molestias durante el acto (Masters y col, 1987). A medida que continúa la excitación, ocurre la dilatación y el alargamiento de la vagina, fundamentalmente, en los dos tercios internos del con-

ducto. La superficie arrugada se alisa y la mucosa se adelgaza con la expansión. El alargamiento vaginal es de tal magnitud que aumenta un 25% más con relación a las dimensiones que tenía antes de la estimulación (fig. 7-2).

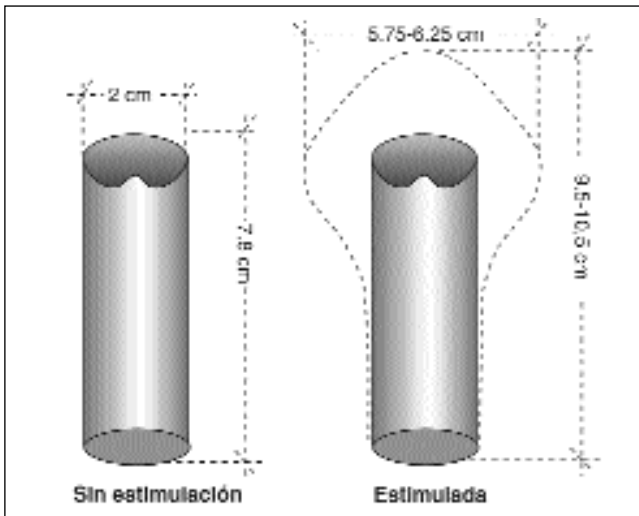


Figura 7-2.
Cambios vaginales durante la fase de excitación.

La vulva adquiere un tinte púrpura intenso conforme continúa la excitación. En la parte temprana de la fase, aparecen contracciones uterinas rápidas e irregulares llamadas "fibrilación". La vasocongestión provoca un aumento en el tamaño de la vulva y, si la estimulación persiste por un período prolongado a través de esta fase y la siguiente, puede aumentar al doble o al triple de su tamaño original. A medida que progresa la fase de excitación y de meseta, el útero se eleva y se dirige hacia adelante, produciendo un efecto de cúpula en los dos tercios internos de la vagina (fig. 7-3). El clítoris crece, aunque la tumefacción puede no ser observada a simple vista, y continúa aumentando durante todas las fases de ciclo sexual. La estimulación directa del clítoris produce un crecimiento más rápido y pronunciado que la estimulación indirecta mediante fantasías, manipulación de los senos, etc.

En una mujer que no ha parido, los labios mayores se adelgazan, se aplanan y se elevan ligeramente hacia arriba y afuera, retirándose de la apertura vaginal. En una mujer que ha parido, los labios mayores se congestionan con sangre y aumentan al doble o triple de su tamaño normal. Los labios menores también aumentan de tamaño al doble o triple de su espesor normal. Al final de esta fase, las glándulas de Bartholino producen una secreción escasa y luego, generalmente, se suspende para reanudarse hacia el final de esta fase o de la siguiente. Contrario a las creencias, estas glándulas no son las responsables de la lubricación vaginal (McCary and McCary, 1983). A medida que la tensión sex-

ual aumenta, los pezones se tornan rígidos como consecuencia de las contracciones de pequeñas fibras musculares. La sangre venosa es atrapada en las glándulas mamarias, lo que ocasiona un aumento de tamaño, aproximadamente, de un 25% al final de esta fase. Las areolas se distienden en forma considerable y las venas de las mamas se vuelven visibles, formando el llamado "árbol vascular".

Alrededor del 75% de las mujeres sexualmente estimuladas desarrollan un enrojecimiento de la piel conocido como "enrojecimiento máculopapular sexual". Comienza en la región del estómago y garganta, di-seminándose hacia las glándulas mamarias. La intensidad de este cambio, está en relación directa con el grado de estimulación. A medida que la mujer avanza en edad, estos cambios en la vasocongestión son menos frecuentes (Cavalcanti and Cavalcanti, 1992). La miotonía, que es la tensión de los músculos voluntarios y algunas veces involuntarios, comienza y aumenta durante esta fase, lo que proporciona una clara evidencia de que la respuesta sexual de la mujer no está limitada a la región pélvica. A medida que la tensión crece sus movimientos se vuelven más inquietos, potentes y rápidos. Durante esta fase y las subsiguientes aumenta la tensión voluntaria de los músculos de las nalgas y del ano. La presión arterial y la frecuencia cardíaca aumentan a medida que aumenta la excitación (McCary and McCary, 1983).

En la mujer embarazada existen algunas diferencias en los cambios que ocurren durante la fase de excitación. La lubricación vaginal aumenta en cantidad y consistencia durante todo el embarazo, sobretudo en las multíparas, porque el embarazo se acompaña de un aumento de las secreciones vaginales. El fenómeno de elongación vaginal se va perdiendo a medida que el útero crece, esto se debe al efecto de gravedad ejercido por el útero sobre el canal vaginal. En las primigestas no se observan cambios en los labios mayores en el primer trimestre del embarazo, mientras que en las multíparas aumentan de tamaño y adquieren un aspecto edematoso. Debido al aumento de la vasocongestión, el aplanamiento de los labios mayores está ausente durante el segundo y tercer trimestre, tanto en primigestas como en multíparas. En cuanto a los labios menores, su protrusión es mayor en el primer y segundo trimestre en comparación con el tercer trimestre. La vasocongestión mamaria se hace muy marcada durante el primer trimestre del embarazo, lo que aumenta más aún el tamaño de los senos, provocando sensación de dolor. Estos cambios no ocurren en el segundo y tercer trimestre del embarazo, por lo que el dolor desaparece. En las multíparas estos cambios mamarios son menos manifiestos (CIPPSV, 1992).

Meseta

En la fase de excitación, se produce un aumento de la tensión sexual por encima del nivel o línea de arranque (estado de no-activación). En la fase de meseta, se mantienen e intensifican los niveles de excitación sexual, que en principio preparan el terreno para el orgasmo. La duración de la fase de meseta varía mucho de un individuo a otro. Para los hombres que tienen dificultad en controlar su eyacuación esta fase es extraordinariamente breve. En el caso de algunas mujeres, una fase de meseta breve puede preceder a un orgasmo de singular intensidad. En cambio, en otros individuos, una fase de meseta larga y pausada conlleva a una exaltación erótica e íntima que constituye de por sí un final satisfactorio. (fig. 7-3)

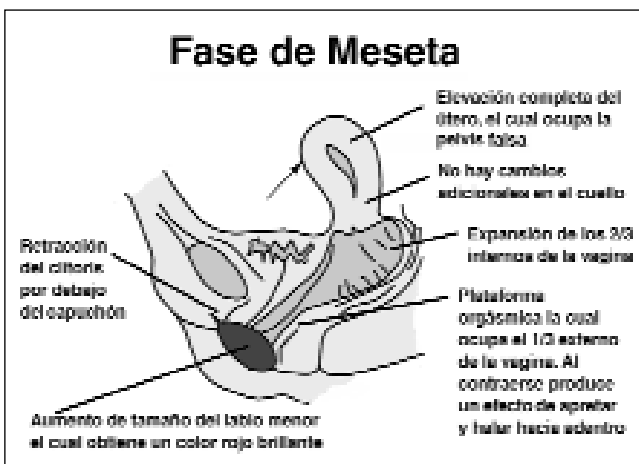


Figura 7-3. Cambios en los genitales femeninos durante la fase de meseta.

El tercio externo de la vagina, incluyendo su musculatura, se distiende con sangre venosa en una forma tan intensa, que el diámetro del conducto vaginal se reduce en un 33%. El músculo distendido se contrae con el orgasmo que se aproxima, lo que provoca compresión del pene. Esta congestión de los labios menores y del tercio externo de la vagina han recibido el nombre de "plataforma orgásmica" (Masters and Johnson, 1966). Una de las razones por las que el tamaño del pene no es un factor tan importante como se cree en la estimulación durante el coito, estriba en que la plataforma orgásmica, atenaza el pene al alcanzar la excitación de la fase terminal de la meseta, y las sensaciones sexuales ocurren en el tercio externo y no en el fondo de la vagina (Masters y col, 1987). Por el contrario, el golpe de un pene largo sobre el fondo de la vagina ocasiona más una sensación dolorosa que una placentera.

El útero se eleva a su máximo, lo que ocasiona un aumento de tamaño de la cúpula vaginal y, además, ocurre un incremento de la fibrilación uterina. Los cambios en los labios mayores y menores que ocurren en la fase de excitación se intensifican. La coloración de los labios menores en las nulíparas progresa de un color rosa cenizo al rosa brillante y, finalmente, a una tonalidad escarlata. Los labios menores de las multíparas pueden adquirir inclusive un color vino tinto oscuro. La intensidad del cambio de color en ambas circunstancias está directamente relacionada con el grado de excitación sexual y un cambio notorio de color constituye evidencia de orgasmo inminente (McCary and McCary, 1983).

Durante la fase de meseta, los dos tercios internos de la vagina se expanden un poco más, al tiempo que el útero se eleva, en el marco de un proceso que se conoce como "tenting" (levantar la tienda). Con frecuencia, durante esta fase disminuye la lubricación vaginal en relación con el volumen que se produce durante la fase de excitación, sobre todo si la fase de meseta es larga. Como resultado del flujo de sangre, los labios menores se agrandan y pueden llegar a doblar o triplicar el grosor original. Esto ocasiona la separación de los labios mayores lo que facilita más aún el acceso a la apertura de la vagina. Al producirse esta reacción, los labios menores experimentan una gran alteración de color. En las mujeres nulíparas, los labios adquieren una tonalidad que va del rosa al rojo encendido, en tanto que las multíparas presentan un color que va del rojo vivo a un tono vinoso oscuro, que se explica por el incremento del flujo sanguíneo que ocurre durante la gestación.

Durante la fase de meseta, el clítoris muestra una respuesta singular al estímulo sexual que es similar en todas las mujeres. El cuerpo clitorideo y el glándulo se retraen de su posición colgante en la zona pudenda y se esconden profundamente dentro del capuchón del clítoris. Al final de la fase de meseta, poco antes del orgasmo, la retracción es tan pronunciada que el clítoris reduce su longitud en un 50%. Si durante la fase de meseta se suspende el estímulo sexual, el clítoris recobra su posición normal colgante, pero si la estimulación comienza de nuevo, volverá a retraerse (McCary and McCary, 1983). Este cambio, junto con la vasoconstricción en los labios, oculta el clítoris y lo protege, parcialmente, del contacto directo aunque esto no ocasiona una pérdida de la sensación sexual. El clítoris es una estructura muy sensible durante esta fase y el contacto directo produce una sensación más bien desagradable. Durante esta fase, los senos y las areolas se expanden al máximo al punto que la erección inicial del pezón queda bastante disimulada, sobre todo en las mujeres que nunca han dado lactancia. El agrandamiento de las mamas en la fase de meseta es muy apreciable, con un promedio del 20% al 25% del tamaño mamario inicial. En el caso de

las mujeres que han dado lactancia, el aumento es menor o no ocurre, en razón del mayor desarrollo del drenaje venoso. Este fenómeno no reduce las sensaciones eróticas en los senos.

Al final de la fase de excitación o bien al principio de la de meseta, se produce un cambio cutáneo que provoca la aparición de manchas rojizas semejantes a la del sarampión. Ocurren en 50% a 75% de las mujeres y, aproximadamente, en 25% a 100% de los hombres. Este "rubor sexual" suele comenzar debajo del esternón, en la zona superior del abdomen, y se extiende rápidamente por los senos y la parte delantera del pecho. Puede aparecer en otras zonas del cuerpo como el cuello, las nalgas, la espalda, los brazos, las piernas y el rostro. El rubor sexual es producto de las alteraciones en el ritmo del flujo sanguíneo justo por debajo de la superficie de la piel (Masters y col, 1987). La tensión muscular ocurre desde la cabeza hasta los dedos de los pies. Una mujer con frecuencia reacciona con gestos, fosas nasales dilatadas y tensión notoria en las comisuras labiales. Los músculos del cuello se ponen rígidos y sobresalen, especialmente con la proximidad del orgasmo. La espalda se arquea y los músculos de los muslos se ponen muy tensos. En la misma fase se observan contracciones espásticas de los músculos de las manos y de los pies y adquiere la forma de garra. La frecuencia cardíaca puede llegar a 175 latidos/minuto. La cifra de presión sistólica puede ascender entre 20 y 60 mmHg sobre el valor normal y la diastólica entre 10 y 20 mm Hg. El aumento de la frecuencia respiratoria, en la forma de una respiración entrecortada, es notoria desde el principio de esta fase.

En la mujer embarazada, se pueden encontrar algunos cambios en la plataforma orgásmica durante el primer y segundo trimestre que son más evidentes en multíparas que en primigestas. En el tercer trimestre este fenómeno es difícil de observar, debido al edema del tercio externo de la vagina. En esta fase, los labios mayores y menores de las primigestas y multíparas no presentan cambios en la coloración de la piel durante todo el embarazo. La elevación uterina hacia arriba y atrás, observada comúnmente en esta fase, se pierde debido al aumento del tamaño del útero y a su ubicación en la cavidad abdominal (CIPPSV, 1992).

Orgásmica

La intensidad del enrojecimiento sexual y las reacciones miotónicas son paralelas a la intensidad del orgasmo y la mujer pierde el control voluntario de los músculos. Ella no está consciente de sus movimientos físicos, que en ocasiones son tan violentos que provocan dolor y fatiga al día siguiente. Mientras más fuerte es el orgasmo más se ve involucrado el cuerpo de la mujer en su totalidad en la liberación de tensiones funcionales y mentales. Hay contracciones involuntarias de la zona perineal, el recto y la parte baja del

abdomen. También puede ocurrir enrojecimiento, hinchazón y expansión de la parrilla costal.

El orgasmo femenino se caracteriza por contracciones simultáneas y rítmicas del útero, de la plataforma orgásmica y del esfínter anal (fig. 7-4). Las primeras contracciones son intensas y muy seguidas, con intervalos de 0,8 segundos. A medida que progresa el orgasmo, las contracciones disminuyen en intensidad y duración y los lapsos son menos regulares. Un orgasmo moderado puede tener entre tres y cinco contracciones, mientras que uno intenso puede tener de diez a quince. Momentáneamente durante esta fase, puede ocurrir una distensión involuntaria de la apertura externa de la uretra, que se manifiesta en algunas mujeres con necesidad de orinar durante o después del orgasmo. Posiblemente hay pérdida de orina a medida que aumenta la tensión sexual, especialmente entre las mujeres multíparas (McCary and McCary, 1983). El clítoris permanece retraído y no es visible porque esta oculto debajo del capuchón. Las contracciones uterinas empiezan 2 a 4 segundos después de las primeras sensaciones de orgasmo y no son diferentes a las primeras contracciones iniciales del trabajo de parto. Comienzan en el fondo del útero y van descendiendo hasta llegar al cuello uterino.

El orgasmo es una respuesta global de todo el organismo, no sólo de la pelvis. El patrón electroencefalográfico muestra cambios marcados durante el orgasmo, ocurren contracciones musculares en diversas regiones del cuerpo y el rubor sexual alcanza su máxima intensidad y extensión. A menudo, las mujeres describen las sensaciones iniciales de un orgasmo como un trance momentáneo, al que sigue rápidamente una sensación sumamente placentera, que suele comenzar en el clítoris y que se extiende rápidamente por la pelvis. En cuanto a las sensaciones físicas en los genitales, se definen con los términos de "ardiente", "electrizante" o "cosquilleante", sensaciones que, por lo general, se difunden por todo el cuerpo. Por último, la mayoría de las mujeres experimentan contracciones musculares en la vagina o en la parte interior de la pelvis que se define con el término de una "vibración pélvica". A pesar de una creencia muy extendida, la mayor parte de las mujeres no eyaculan durante el orgasmo (Masters y col, 1987). La frecuencia cardíaca se eleva más, por lo general, a una frecuencia más alta que la producida con la masturbación. La presión arterial continúa ascendiendo y puede alcanzar cifras tan altas como 200/120, aunque la elevación es menor que la observada en el hombre. La frecuencia respiratoria normal puede llegar hasta 40 respiraciones por minuto.

Sumado a lo que pasa en la mujer que no está embarazada, en esta fase pueden ocurrir algunos cambios de las contracciones vaginales en las embarazadas que no varían ni en el primero ni en el segundo trimestre de la gestación. La con-

gestión vaginal que se establece en el tercer trimestre impide la observación de las mismas. Las contracciones uterinas que se producen en la fase orgásmica pueden causar un espasmo tónico en el útero con disminución de la frecuencia cardíaca fetal, fenómeno de carácter transitorio que no tiene repercusiones sobre el feto (CIPPSV, 1992).

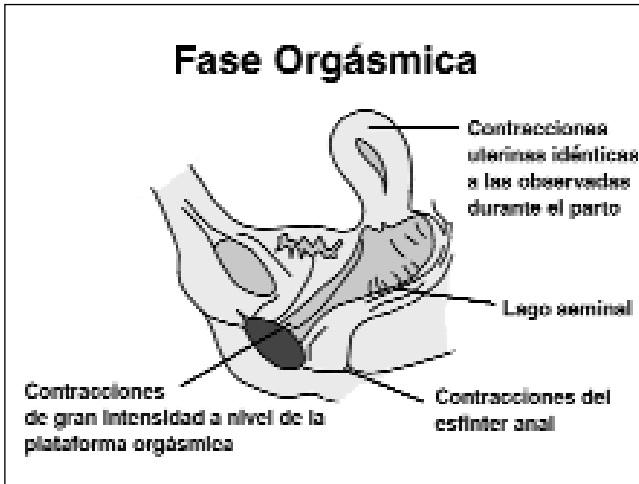


Figura 7-4. Cambios en los genitales femeninos durante la fase orgásmica.

Resolutiva

En esta fase, que comprende el período refractario en los hombres, se invierten las alteraciones anatómicas y fisiológicas acaecidas durante la etapa de excitación y meseta. En las mujeres, las contracciones musculares del orgasmo extraen la sangre de la vagina, lo que provoca la desaparición de la plataforma orgásmica. El útero retorna a su posición de reposo, desaparece la coloración de los labios, la vagina reduce su tamaño y el clítoris vuelve a su tamaño y posición habitual. Si en una fase anterior del ciclo las mamas se agrandaron, ahora disminuyen su tamaño y los tejidos de la areola se distienden antes que los propios pezones, dando la falsa impresión de que han vuelto a ponerse erectos. Durante la fase de resolución, la estimulación del clítoris, los pezones o la vagina puede resultar desagradable.

Si la excitación ha sido intensa pero no ha habido orgasmo, los cambios de la fase resolutiva son más lentos. Si bien sobrevienen rápidamente determinados cambios, como la desaparición de la plataforma orgásmica en las mujeres y de la erección en los hombres, ocurre a veces una persistente sensación de presión o dolor en la pelvis, a causa de la duración de la vasoconstricción que, en ocasiones, puede crear una sensación de malestar, sobre todo si se ha prolongado la fase de meseta. El dolor testicular (**blue balls**) en los hombres y la congestión pélvica en las mujeres, se pueden aliviar con el

orgasmo u orgasmos que ocurren durante el sueño o por medio de la masturbación. Aunque las "emisiones nocturnas" (poluciones) en los varones son muy conocidas, también las hembras pueden tener orgasmos durante el sueño (Masters y col, 1987).

El enrojecimiento sexual desaparece del cuerpo en orden inverso a como apareció durante las fases de excitación y de meseta. Hay pérdida de la erección de los pezones, pero los senos regresan más lentamente al tamaño normal. En una mujer nulípara permanecen a menudo aumentados de tamaño durante 5 a 10 minutos después del orgasmo. Si la estimulación sexual no continúa o se empieza de nuevo, la tensión muscular habitualmente desaparece por completo 5 minutos después del orgasmo. La frecuencia cardíaca, la presión arterial y la respiración también regresan a lo normal. Aproximadamente la tercera parte de las mujeres desarrollan una película delgada de sudor sobre el pecho, espalda, muslos y tobillos, durante la fase resolutiva a medida que el enrojecimiento de la piel desaparece. Puede ocurrir una perspiración intensa sobre todo el cuerpo, pero en especial sobre la frente, el labio superior y las axilas. Estas reacciones no están condicionadas a la actividad física en las primeras tres fases. La respuesta perspiratoria es proporcional a la intensidad del orgasmo.

Después que las contracciones orgásmicas de la vagina han cesado, el clítoris regresa a su posición normal a los 10 segundos, aunque la vasocongestión del glándulo y de la diáfisis del clítoris puede permanecer durante 5 a 10 minutos después del orgasmo y, en ocasiones, puede persistir hasta por 30 minutos. La vasocongestión que ocasionó la formación de la plataforma orgásmica desaparece y la vagina regresa a su tamaño normal. El efecto de cúpula de los dos tercios internos, se pierde lenta e irregularmente a medida que la vagina regresa a su estado habitual de colapso. El conducto vaginal adquiere de nuevo su superficie arrugada y el tejido pierde su tonalidad oscura. El útero, que se había elevado, regresa con rapidez a su posición habitual y las contracciones uterinas cesan. A medida que desaparece la vasocongestión, el útero regresa a su tamaño normal, aunque permanece algo aumentado durante 10 minutos en las mujeres nulíparas y por 20 minutos en las múltiparas. Si no ocurre el orgasmo, el aumento del tamaño uterino puede persistir hasta por 60 minutos. Inmediatamente después del orgasmo hay una leve dilatación de la apertura cervical, que continúa por 5 a 10 minutos. Los labios mayores regresan a su tamaño normal y a su posición en la línea media cubriendo en forma parcial el introito vaginal (fig. 7-5). Este cambio es más lento en la múltipara que en la nulípara y puede no ocurrir en las grandes múltiparas. La congestión de los labios mayores puede persistir por 2 a 3 horas antes de que ocurra la pérdida completa de la tumefacción, sobre todo en las múltiparas. Inclusive en mujeres en las que ha habido un

cambio pronunciado de color, los labios menores adquieren el color rosa claro del estado previo a la excitación en menos de dos minutos, a menudo en 10 a 15 segundos. El retorno a la normalidad en esta fase ocurre en orden inverso a como ocurrieron durante las primeras fases. No hay observaciones directas de los ovarios ni las trompas de Falopio durante las diversas fases del ciclo de respuesta sexual, de manera que sus reacciones son desconocidas. Sin embargo, se considera que los ovarios crecen durante las primeras dos fases por la vasocongestión y regresan al tamaño normal después del orgasmo (Enciclopedia de la sexualidad, 1993).

Sumado a lo que pasa en la mujer no embarazada, en la gestante el alivio de la vasocongestión genital es más lento. En el segundo y tercer trimestre del embarazo la vasocongestión se mantiene de 10 a 15 minutos más de lo usual en las primigestas y de 30 a 45 minutos más en las multiparas. En el primer trimestre ocurre en forma similar a la no embarazada. Este retorno lento de la vasocongestión puede ocasionar una persistencia de la sensación de deseo sexual (CIPPSV, 1992).



Figura 7-5. Cambios en los genitales femeninos durante la fase resolutiva.

TIPOS DE ORGASMO

Existe una diferencia notable entre la respuesta sexual del hombre y la de la mujer. Por lo general, las mujeres tienen una aptitud multiorgásmica, es decir, la posibilidad de alcanzar uno o más orgasmos sucesivos en un breve lapso, sin bajar del nivel de meseta. El estado multiorgásmico depende tanto de una estimulación sexual continua y efectiva, como del interés sexual. Los hombres, por el contrario, no pueden lograr orgasmos múltiples. Inmediatamente después de la eyacuación, el varón entra en un período refractario durante el

cual es fisiológicamente imposible tener otro orgasmo o eyacular de nuevo. Durante el período refractario se mantiene a veces una erección completa o parcial pero, por lo general, la erección remite con rapidez. La duración de esta fase de recuperación varía mucho en cada individuo y de un hombre a otro, desde unos minutos hasta varias horas. En la mayoría de los hombres este período se alarga con cada nueva eyacuación, tomando como base un límite de varias horas. Además, conforme el hombre avanza en edad, el período refractario se va alargando. Se han descrito los siguientes patrones orgásmicos en la mujer.

Monoorgásmico

Caracterizado por una fase de excitación de intensidad creciente que se interrumpe en varias ocasiones, una fase de meseta corta y una fase orgásmica muy intensa pero corta. Esta secuencia se ha denominado **"knock-out"** orgásmico porque la mujer puede ser estimulada pero no lo desea (fig. 7-6). Este patrón de respuesta es similar al del hombre y es el único que él puede tener.

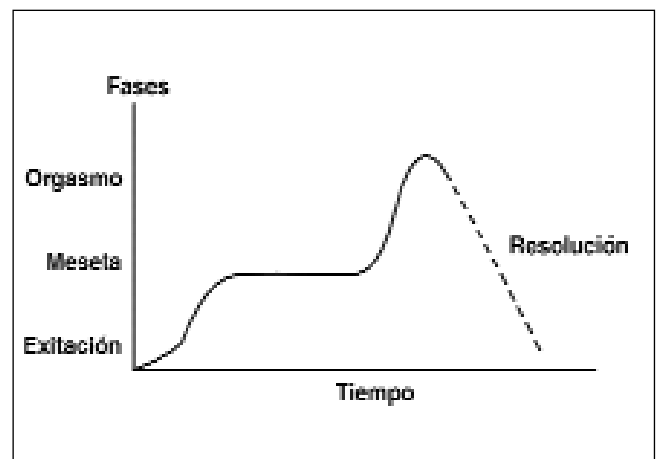


Figura 7-6. Ciclo sexual de la mujer monoorgásmica.

Poliorgásmico

Se caracteriza por una fase de excitación de intensidad gradual, la cual se estabiliza. La fase de meseta es prolongada y la fase orgásmica de gran intensidad con 3 a 6 orgasmos antes de que ocurra la fase resolutiva (fig. 7-7).

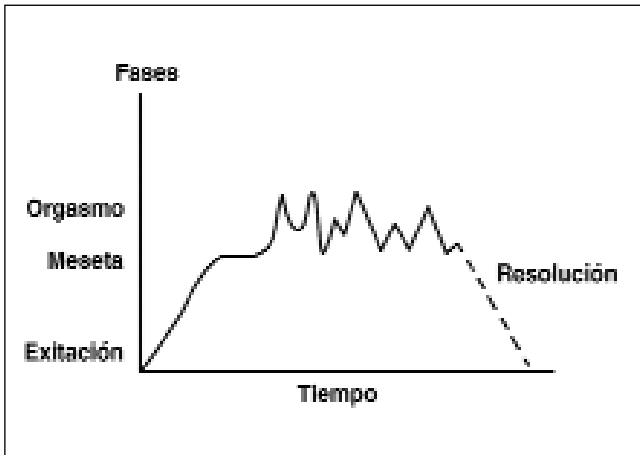


Figura 7-7.
Ciclo sexual de la mujer poliorgásmica.

Multiorgásmico

Se caracteriza por una fase de excitación intensa y rápida seguida por una fase de meseta de intensidad mantenida y corta, y luego por un período de numerosos orgasmos de diversa intensidad, para finalizar con un descenso progresivo (fig. 7-8).

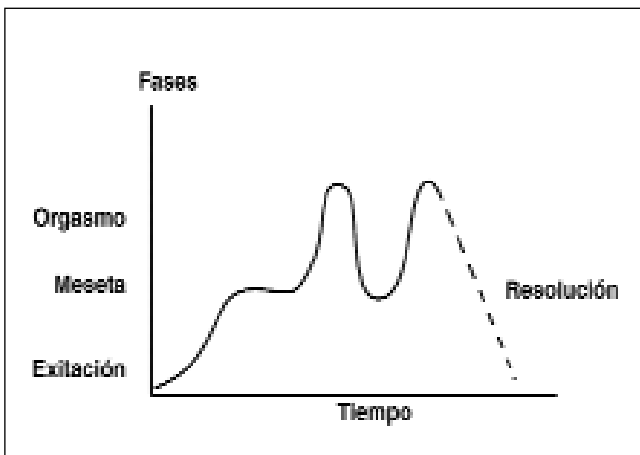


Figura 7-8.
Ciclo sexual de la mujer multiorgásmica.

Patrón tetánico

La fase de excitación se caracteriza por ser de intensidad creciente, se estabiliza por un tiempo variable y se constituyen así la fase de meseta. Posteriormente ocurre un orgasmo de intensidad creciente mantenido y duradero, caracterizado por un tiempo de más de treinta segundos el cual se mantiene y no baja, se monta en curva orgásmica y, posteriormente, se pierde en forma abrupta (fig. 7-9).

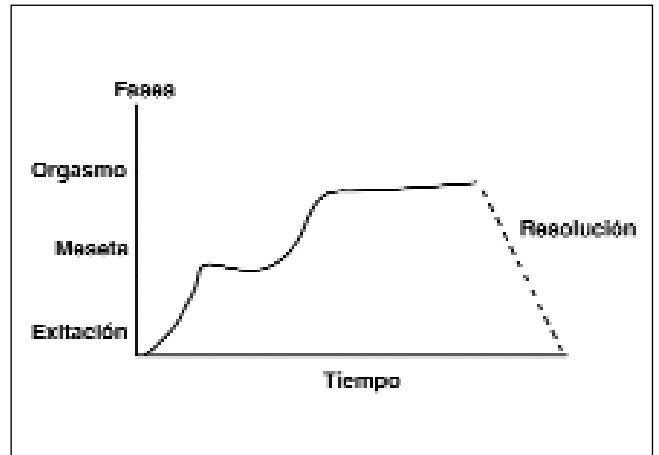


Figura 7-9.
Ciclo sexual de la mujer tetánica.

SEXUALIDAD EN EL POSTPARTO

En cuanto al postparto, se observa lentitud de la respuesta en los diferentes cambios, tales como: vasocongestión de los labios mayores y menores, lubricación vaginal, formación de la plataforma orgásmica y velocidad de la contracción orgásmica. Al final de la etapa de postparto, aproximadamente unos 45 días, la fisiología de la unidad situación/estímulo, respuesta y tiempo de funcionamiento se comporta igual al período pre-embarazo (CIPPSV, 1992). El reinicio de las relaciones sexuales requiere de un período de recuperación; sin embargo, es discutible cuánto debe durar. En la mayoría de los países occidentales se guarda la cuarentena, que es el tiempo aproximado que tarda la mujer en volver a tener sus órganos internos como los tenía antes del embarazo; sin embargo, el coito se puede reiniciar a partir de las tres semanas porque la cicatrización de la episiotomía tarda entre siete y diez días. La salida de loquios, que indica que las lesiones del útero aún no han cicatrizado, dura unos diez a quince días y la sequedad vaginal desaparece luego de transcurridos unos treinta días. Esta limitación del puerperio es en relación al coito, porque las caricias y la estimulación externa pueden reiniciarse de inmediato.

El interés sexual es bajo en las primeras semanas del puerperio y depende del estado físico de cada mujer, del cansancio, la necesidad de dormir, la episiotomía, la laxitud muscular, los entuertos en las multíparas, las complicaciones que ocurrieron, etc. Luego de las tres semanas, el reinicio de la relación sexual depende del estado de salud general de cada mujer y la disponibilidad del tiempo, porque a muchas mujeres les cuesta recobrar el ritmo de vida normal debido a la gran dependencia del recién nacido.

A los 45 días del parto, aproximadamente un tercio de las mujeres reanudan sus relaciones sexuales y a los tres meses lo hacen prácticamente todas. No se incluyen aquellas mujeres en las cuales, por problemas físicos derivados del parto, el médico aconseja evitar el coito. El pequeño porcentaje de mujeres que presentan un impulso inhibido secundario a la experiencia del parto, suele tener en su historia problemas de infertilidad, depresión postparto o un nivel de deseo sexual pre-embarazo bajo. En ocasiones existen problemas de dispareunia ocasionados por la cicatrización defectuosa de la episiotomía o por la sequedad vaginal característica del puerperio, aunque no siempre existen causas físicas. El porcentaje de mujeres que dicen mantener un impulso sexual por debajo de lo normal durante la lactancia es superior al 60%. Sin embargo, numerosos estudios muestran un aumento progresivo de las relaciones sexuales completas durante los doce meses siguientes, hasta alcanzar la frecuencia habitual pre-embarazo (Enciclopedia de la sexualidad, 1993).

ASPECTOS COGNOSCITIVOS

Primer trimestre

Cuando una mujer se entera de que está embarazada puede sentirse dichosa, orgullosa, ambivalente, temerosa, irritada o deprimida. Sus reacciones son un reflejo de una pluralidad de factores, tales como edad, estado civil, recursos económicos, objetivos profesionales, escala de valores y expectativas de maternidad. Pero, sobre todo, su reacción depende de si el embarazo era deseado o no y de su autoestima. Las reacciones negativas ante el embarazo, aunque haya sido buscado, se asemejan a las dudas que ocurren cuando se da un paso importante en la vida: ¿he escogido la universidad que me convenía?, ¿es ésta la persona con la que realmente deseo casarme?, ¿por qué me he comprado este vehículo cuando aquel otro era tan bonito?. Las incertidumbres y titubeos que se experimentan inicialmente no tienen por qué vaticinar lo que se va a sentir más adelante. El impacto psicológico del embarazo y las consecuencias prácticas que supone traer un hijo al mundo son enormes y se precisa algún tiempo para reflexionar y aceptar la realidad.

Durante el primer trimestre de la gestación ocurren una serie de cambios en el deseo sexual: 40% de las embarazadas tiene una disminución, 50% tiene un impulso igual y del 5% al 15% experimentan un aumento (Enciclopedia de la sexualidad, 1993). Las razones para cada caso son diversas y parece que ninguna puede generalizarse. Debido a la disminución del deseo que ocurre durante el embarazo, la pareja entra en una etapa en que se revisa el afecto mutuo, la mujer explora sus instintos maternos y el hombre los paternos, que al principio no son tan intensos como los de ella. En ocasiones, el hombre siente celos por la atención

que la mujer le presta a la nueva vida que crece en su seno. Además, aparecen ciertos miedos relacionados con el temor a causar daño al feto durante el coito. En el primer trimestre, el más extendido es el temor a ocasionar un aborto (Enciclopedia de la sexualidad, 1993).

El padre suele relegarse a un papel secundario durante el embarazo, pero los sentimientos del esposo o del compañero repercuten también en la situación. La primera reacción de un hombre al enterarse de que su mujer o compañera está embarazada puede ser de júbilo, gozo, sorpresa, incertidumbre o preocupación. Es probable que tarde cierto tiempo para hacerse la idea y albergue sentimientos ambivalentes hacia su pareja. Puede inquietarse por el bienestar de la mujer y la salud del niño por el peligro de aborto, hasta que vea cómo empieza a abultarse el abdomen de su pareja o sienta los movimientos del hijo en el seno materno. También puede ocurrir que sus temores tengan que ver con las responsabilidades económicas, emocionales, etc., que el embarazo representa.

Algunos hombres experimentan molestias físicas mientras sus esposa está embarazada. En algunos casos las molestias se parecen a los síntomas que se asocian con el embarazo: náuseas, vómitos, pérdida del apetito, antojos, dolores de cabeza y de espalda, insomnio y aumento temporal del peso. Las molestias pueden aparecer en cualquier momento durante el embarazo y duran poco tiempo o pueden continuar hasta que ocurra el nacimiento. En algunos casos, el padre experimenta calambres abdominales y dolor en el pecho durante el esfuerzo de parto de la esposa. Hay que tener presente que se hace referencia a hombres comunes que no tienen el delirio de que ellos mismos están embarazados, la cual es una alteración mental sumamente rara. Algunos hombres se sienten tan asociados con los problemas físicos de la embarazada que experimentan el mismo tipo de molestias. Otros señalan que los síntomas se parecen también a los de la angustia común, que puede aumentar cuando el futuro padre se preocupa por la manutención de una familia más grande, la pérdida de los ingresos de la mujer, los cambios en la relación y otros asuntos relacionados con la paternidad.

Muchos hombres no saben a qué atenerse en lo referente a la relación sexual durante el estado de gravidez y piensan que la mujer se debe abstener de todo lo que suponga ejercicio o movimiento vigoroso, para que el feto no sufra daño. Otros hombres no acaban de entender que la mujer tenga tanto sueño en el primer trimestre y se inquietan en exceso; sobre todo, si creen que ese estado aumentará en los meses que aún faltan para el nacimiento. Si la pareja tiene hijos, lo más probable es que encare el embarazo con menos preocupación. En los primeros meses de embarazo

muchas parejas se sienten más afines en el plano físico y emocional. El embarazo puede ser una manifestación muy concreta de unión y deseo de compartir la experiencia. El primer embarazo, en particular, da ocasión para hacer planes y albergar ilusiones de cara al futuro.

Segundo trimestre

En el plano psicológico, el segundo trimestre es un período de relativo sosiego y confianza. La mayoría de las mujeres se han acostumbrado a la idea de su estado y se sienten más animadas que en los primeros meses porque la mayoría de los síntomas propios del primer trimestre desaparecen. Una compensación placentera propia de esta fase es el incremento de la sensualidad y no es insólito que algunas mujeres tengan sus primeros orgasmos en este período. Los cambios de este período mantienen las mismas características que las del primer trimestre, pero son más las mujeres que manifiestan un aumento en el deseo (ACOG, 1995). En estos meses de embarazo han desaparecido la mayoría de las molestias que caracterizan el primer trimestre y para las mujeres que las sufrían, ello redundaba en un mayor bienestar. Por otra parte, al disminuir el temor de perder el feto, ambos miembros de la pareja se muestran más cómodos y felices. Sin embargo, la percepción de los primeros movimientos del niño provoca a algunas personas un nuevo temor del daño que puede ocasionar el coito al feto (McCary and McCary, 1983).

Con la perspectiva del alumbramiento todavía lejana, a menudo el padre se siente impedido de participar más estrechamente de la situación que crea el embarazo en este segundo trimestre. Puede tener dificultad en adaptarse a los cambios físicos del cuerpo de su pareja. Lo más seguro es que cuando sienta como el niño se mueve en el útero de su pareja, tenga una mayor sensación de contacto y de que el niño está realmente allí. Por otro lado, la renovada energía y vitalidad de su compañera es tranquilizadora y da ocasión para que pasen más tiempo juntos. Por lo general, el padre ya no tiene los temores sobre la supuesta fragilidad de la criatura durante el primer trimestre (Masters y col, 1987).

Tercer trimestre

El final del último trimestre puede ser un período de malestar y de incomodidad. Cada nuevo día parece más largo que el anterior y, con frecuencia, la mujer se desvela buscando una posición más confortable o la despiertan los movimientos del feto o la necesidad imperiosa de micción. Las energías de la madre son escasas y la irritabilidad bastante acentuada. Si es primigesta, es probable que se inquiete por los dolores y vicisitudes del parto y, con frecuencia, le preocupa que su hijo no sea normal. En ocasiones la madre experimenta una

mengua en la propia estima porque a estas alturas tiene la sensación de estar a merced del ser que lleva en su seno y está condicionada a las exigencias de un cuerpo que no le parece enteramente suyo. La disminución del deseo en esta última etapa del embarazo es muy frecuente: un 5% presenta un aumento en el deseo sexual, un 40% dice que el deseo es el mismo de siempre y más del 50% se queja de una disminución o ausencia del mismo (Enciclopedia de la sexualidad, 1993).

El último trimestre no deja de ser un período difícil para el padre, debido a que los cambios en la figura y las molestias físicas de su pareja hacen que no se sienta sexualmente atraído por ella. Masters y Johnson (1966) observaron que, por las razones antes dichas, el último trimestre es una época en que a veces los hombres buscan contactos extramatrimoniales. Los varones se sienten distanciados también por otras razones. Así, en ocasiones, la gestante se muestra más apegada a su madre durante el embarazo; hablan y pasan más tiempo juntas a medida que se aproxima la fecha del nacimiento. Otras veces, la relación de la mujer embarazada con su médico contribuye a que el marido se sienta relegado. Por todo ello la vida social, los pasatiempos comunes y los pequeños avatares de la vida cotidiana, dejan de ser lo que eran antes y se comprende que el marido desee, fervientemente, que todo vuelva a la normalidad. Sin embargo, la mayoría de los hombres se sienten más unidos con su pareja y aumentan la fidelidad y la gratitud hacia la esposa o compañera que se halla en una avanzada fase de gestación. Por lo común, el hombre se alegra de no ser él quien pase por ese estado de buena esperanza y se preocupa de que su pareja se encuentre cómoda. Cuando se ha previsto que el nacimiento tenga lugar en una clínica y no en la casa, expresa su nerviosismo para cuando llegue el momento en que sea preciso trasladarla al hospital. Si es el primer hijo y el hombre solicita estar presente en el parto, se suele mostrar reticente y tener dudas de si en la clínica se sabrán comportar y estar a la altura de sus expectativas.

RECOMENDACIONES GENERALES

Con relación al tema de la sexualidad durante la gestación, existen muchas interrogantes y conceptos errados, por lo que se harán las siguientes observaciones, basadas en estudios científicos (Solberg et al, 1973; Reinish and Beasley, 1992; Read and Klebanoff, 1993; Ekwo et al, 1993).

1. No hay incompatibilidad entre el embarazo y el ejercicio de la función sexual, la cual se puede realizar desde el momento de la concepción hasta el mismo día del parto, siempre que exista el deseo y no existan complicaciones.

2. Aunque se ha demostrado que el orgasmo ocasiona contracciones uterinas, hasta la fecha no existe demostración estadística significativa de que sean capaces de iniciar el trabajo de parto. Aquellas parejas en las que el embarazo terminó en un aborto espontáneo, deben entender que es muy poco probable que la actividad sexual haya sido la causa directa de la pérdida.
3. Se ha sugerido que se evite el coito en las pacientes con pérdida fetal recurrente y en aquellas pacientes con tendencia al parto pretérmino. También se ha sugerido, en este tipo de pacientes, las relaciones sexuales con preservativos por la posibilidad de que las prostaglandinas del líquido seminal ocasionen contracciones uterinas capaces de iniciar el trabajo de parto. Otros sugieren no evitar el coito, pero sí el orgasmo, por las razones mencionadas anteriormente.
4. Las posiciones que no presionan el abdomen de la mujer son más cómodas. Esas posiciones incluyen la de la entrada por la parte posterior: con los dos compañeros de rodillas, con el hombre detrás de la mujer o tumbados de costado con el hombre curvado sobre la espalda femenina (fig. 7-8).
5. La ingestión del semen durante la relación oral no tiene ningún efecto sobre el embarazo, siempre que el esposo o compañero esté libre de microorganismos que puedan producir enfermedades de transmisión sexual.
6. Hay estudios que han comparado a los bebés nacidos de mujeres que continuaron teniendo relaciones sexuales durante el embarazo, con los de mujeres que dejaron de practicar el coito en algún momento de la gestación. La investigación también ha comparado a los bebés nacidos de madres que informaron haber tenido

orgasmos con bebés cuyas madres no los tuvieron. En ambos estudios, los investigadores no encontraron diferencias significativas en ninguna evaluación de la salud del recién nacido.

7. La presencia de un cuello maduro con feto encajado no contraindica la actividad sexual, aunque se recomiendan las posiciones en que la introducción no sea profunda.
8. Entre las contraindicaciones se encuentran: ruptura prematura de membranas, sangrado genital, infección genital de uno o ambos cónyuges, el soplado vigoroso de aire en la vagina, porque puede producir una embolia y conducir a la muerte de la madre y del feto. La falta de deseo por parte de la mujer debe ser respetada, porque relaciones forzadas en ésta época pueden tener consecuencias psicológicas importantes en el futuro.

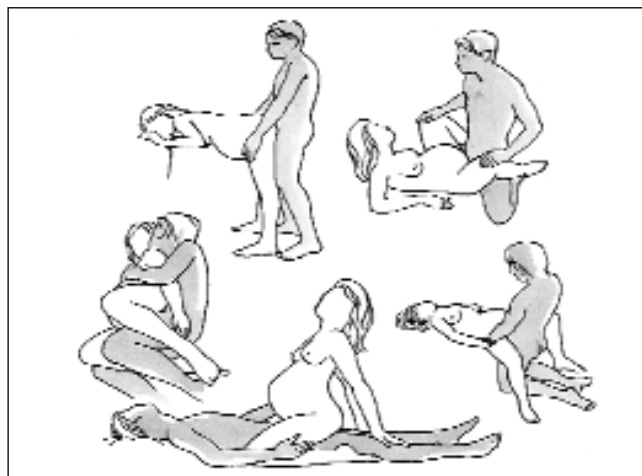


Figura 7-10. Posiciones recomendadas durante el coito en el embarazo.

CONCLUSIONES

El ejercicio de la función sexual es una condición fisiológica que se puede realizar libremente durante el embarazo, sin que ello conlleve a un aumento de la morbi-mortalidad materno-fetal, siempre que no existan contraindicaciones para su realización. Las fases del ciclo sexual de la mujer no embarazada: excitación, meseta, orgasmo y resolutive, ocurren de una manera similar en la mujer embarazada; sin embargo, existen algunas diferencias en las manifestaciones genitales y extragenitales, debido a las modificaciones anatómicas que ocasiona el embarazo.

Existen variaciones del deseo y de la respuesta sexual en las diferentes etapas de la gestación; así, en el primero y en el tercer trimestre suele haber una disminución, aunque en el segundo trimestre pueden no ocurrir cambios y hasta puede haber un aumento. En el período postparto suele haber una disminución como consecuencia de la demanda emocional y de tiempo, que ocasiona el recién nacido durante los primeros meses.

REFERENCIAS

American College of Obstetricians and Gynecologists. Sexual dysfunction. Washington: ACOG Technical Bulletin 1995; No. 211.

- Bianco F, Aragón J. La Sexología: una ciencia independiente. *Revista Sexología* 1996; 9:89.
- Bianco F. 200 Preguntas y respuestas en sexología. Caracas: Editorial C.I.P.V., 1986.
- Cavalcanti R, Cavalcanti M. Tratamento clínico das inadequações sexuais. Sao Paulo: Livraria Roca Ltda., 1992.
- CIPPSV (Centro de Investigaciones Psiquiátricas, Psicológicas y Sexológicas de Venezuela). Embarazo y función sexual: resumen de discusiones clínicas. Caracas: Editorial CIPPSV, 1992.
- Ekwo EE, Gosselink CA, Woolson R, Moawad A, Long CR. Coitus late in pregnancy: risk of preterm rupture of amniotic sac membranes. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168(1 Pt 1):22-31.
- Enciclopedia de la sexualidad. Barcelona: Editorial Océano, 1993.
- Kaplan H. La nueva terapia sexual. Madrid: Alianza Editorial, 1978.
- Masters WH, Johnson VE, Kolodny R. La sexualidad humana. 5ed. Barcelona: Ediciones Grijalbo, 1987.
- Masters WH, Johnson VE. Human sexual response. Boston: Little Brown and Co., 1966.
- McCary JL, McCary SP. Sexualidad humana de McCary. México: Editorial El Manual Moderno S.A., 1983.
- Read JS, Klebanoff MA. Sexual intercourse during pregnancy and preterm delivery: effects of vaginal microorganism. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168-(2):514-9.
- Reinisch J, Beasley R. Nuevo informe Kinsey sobre sexo. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1992.
- Solberg DA, Butler J, Wagner NN. Sexual behavior in pregnancy. *New Engl J Med* 1973; 288:1098-1103.

