



Factores que influyen en la sexualidad de las parejas durante el puerperio: una revisión sistemática

► El puerperio representa un periodo de adaptación y transición en el que hombres y mujeres afrontan diversos cambios para convertirse en padre y madre. En dicho proceso se ven afectados diversos aspectos de la relación de pareja, como las relaciones de intimidad y sexuales que se encuentran especialmente vulnerables durante esta etapa.

Existen factores psicológicos, físicos y socioculturales que impactan directamente en la sexualidad de ambos individuos y la Organización Mundial de la Salud establece que la salud sexual es un aspecto fundamental para la salud y el bienestar general de las personas, de las parejas y de las familias. Las dificultades en la sexualidad durante el posparto representan por lo tanto un impacto negativo para la relación de pareja y con el bebé. Se ha detectado, incluso a largo plazo, que muchas parejas que acuden a terapia psicosexual identifican el inicio de sus problemas a partir del nacimiento de su primer bebé.

A pesar de la importancia de ello, se provee escasa o nula información a las parejas sobre este problema por parte del personal de salud que interviene durante las diversas etapas del embarazo, del parto y del puerperio. Realizar una adecuada psicoeducación al respecto evitaría muchos de los problemas más comunes en torno a la sexualidad de pareja que surgen durante el posparto. Por ello diversos estudios se han enfocado en investigar los factores que influyen en la sexualidad de la pareja durante el puerperio. Una vez identificados, se podrá trabajar con ellos desde todos los niveles de atención en la salud.

Se presentan en este resumen los resultados de la revisión realizada por Drozdowskyj y cols., publicada en la revista *Sexual Medical Reviews* en 2019. De acuerdo con dicha información se proponen en la tabla 1 algunas recomendaciones para el personal de salud, enfocadas en la atención en las distintas etapas para prevenir y tratar los problemas sexuales durante y después del embarazo, y recomendaciones específicas para las parejas. Algo relevante es que la sexualidad previa juega un papel importante, lo que significa que es probable que cualquier problema sexual antes del embarazo aún permanezca durante el embarazo y el posparto o incluso se intensifique.

Es común que existan fluctuaciones respecto a la frecuencia de la actividad sexual durante la transición a la paternidad y maternidad. Por lo general, hay un periodo de ausencia de sexualidad durante los primeros meses posparto, seguido de un aumento

gradual a partir de los 3 a 6 meses posparto y que continúa durante 12 meses o más.

Los factores que influyen en el riesgo de retardar la reanudación de las relaciones sexuales después del parto se organizaron y clasificaron, de acuerdo con su etiología, en físicos, psicológicos y socioculturales.

Los *factores físicos* consideran el tipo de parto (vaginal o abdominal por cesárea), la morbilidad materna grave y los riesgos físicos durante el embarazo, incluyendo los que implican el uso de fórceps, trauma perineal y complicaciones de la episiotomía cuando se tiene que realizar. Estos eventos pueden impactar negativamente en la recuperación posparto tanto física como emocional, pues se llegan a dar cambios anatómicos con sensibilidad genital y dolor lo que puede desencadenar síntomas de ansiedad, evitación del contacto físico e, incluso, estrés postraumático cuando ocurren eventos que amenazan la vida durante el parto. La lactancia materna puede tener efectos tanto positivos como negativos. En el primer caso se habla de una auto-percepción de mayor funcionamiento sexual en la mujer y un mayor nivel de compromiso y amor por parte de la pareja. Los efectos negativos reportados en otros estudios son disminución de la actividad, deseo y satisfacción sexuales. También hay presencia de fatiga y cambios hormonales que pueden provocar bajo deseo sexual, dispareunia y sequedad vaginal.

Los factores psicológicos incluyen las experiencias vividas durante el parto que pueden generar impresiones diversas en los miembros de la pareja las cuales pueden ser sensuales, eróticas o muy traumáticas. La imagen corporal de la mujer puede verse alterada debido a los cambios corporales experimentados en el puerperio y esto condicionar un impacto negativo en su autoestima y sexualidad, lo que está muy relacionado y condicionado por los ideales sociales construidos alrededor de cómo debe verse el cuerpo de una mujer bella o deseable. El reconocimiento y adopción de roles de maternaje y paternaje pueden influir significativamente en cómo se percibe cada miembro de la pareja, lo que puede implicar que se perciba una incongruencia con otros roles, incluyendo el de pareja sexual. Particularmente, el primer año puede ser un momento difícil para las relaciones matrimoniales. Algunos padres experimentan un sentido de pérdida y abandono al sentir que están compitiendo con el bebé por la atención de su pareja. Pueden intentar entrar en la diada. Si buscan el encuentro sexual y son rechazados, la sensación de abandono puede aumentar. Algunos manejarán esta situación ausentándose del hogar o dedicando más tiempo al trabajo o a otras actividades. Otro factor limitante es que el bebé suele estar presente en la habitación.

La depresión posparto (DPP) es un trastorno del estado de ánimo que afecta entre 10 y 15% de madres. Por lo general, ocurre dentro de las 4 a 6 semanas posteriores al parto y los síntomas pueden durar más de 6 meses. Su etiología se relaciona con cambios hormonales; una importante disminución en los niveles de hormonas reproductivas después del parto puede desencadenar cambios en los centros de monoamina periféricos y centrales, en la neurotransmisión de serotonina y dopamina, lo

Tabla I. Recomendaciones para la prevención, detección temprana y tratamiento de problemas sexuales posparto.

Atención prenatal	Hablar sobre los cambios físicos, emocionales, en la función sexual y estilo de vida que comúnmente ocurren después del parto. Explorar cualquier cuestión sexual, así como problemas de disfunción sexual actuales y previos. Ofrecer capacitación sobre masaje perineal para minimizar el trauma perineal y el dolor posparto. Brindar capacitación en técnicas de relajación para ser aplicadas durante el trabajo de parto. Alentar a las parejas a asistir a clases de preparación para el parto. Evaluar la presencia de síntomas depresivos tanto en el padre como en la madre, y ofrecer tratamiento psicológico si es necesario. Promover un estilo de vida saludable, incluido el ejercicio regular. Explorar la satisfacción marital. Discutir las expectativas y preocupaciones sobre los cambios que podrían ocurrir en de la pareja durante el período posparto.
Atención intraparto	Fomentar el uso de técnicas de relajación (p. ej., masajes, música) para reducir el dolor durante el parto. Limitar el uso de episiotomía y parto vaginal instrumentado y fórceps (si es posible) para minimizar el daño físico y el dolor. Realizar una examinación posparto cuidadosa para detectar y reparar laceraciones del esfínter y perineales. Hablar sobre el dolor perineal, la dispareunia y el inicio de la actividad sexual posparto antes del alta hospitalaria. Evaluar el bienestar emocional, especialmente los síntomas depresivos, de ansiedad y de estrés postraumático.
Atención posparto	Evaluar la función sexual y abordar las inquietudes, incluso considerar la aplicación del Inventario Breve de la Función Sexual Valorar la reparación perineal e incontinencia urinaria o fecal. Sugerir el uso de lubricantes vaginales para ayudar con el estado hipoestrogénico fisiológico durante la lactancia. Evaluar la calidad del sueño y promover un estilo de vida saludable. Explorar los cambios de humor. Si hay síntomas depresivos, ofrecer apoyo y referencia a servicios de salud mental. Si se necesita tratamiento psicofarmacológico, evaluar posibles efectos secundarios sobre la disfunción sexual y discutir posibles alternativas. Evaluar la transición a la paternidad y discutir formas de disminuir el estrés relacionado con las nuevas demandas. Explorar las relaciones maritales, las preocupaciones y el tiempo para la intimidad. Fomentar la empatía diádica en la pareja. Si hay ansiedad o disfunción sexual, ofrecer capacitación en técnicas de enfoque sensorial y técnicas farmacológicas, si es necesario.
Recomendaciones para los esposos	Conocer sobre los cambios físicos, emocionales, de función sexual y de estilo de vida que ocurren comúnmente durante el embarazo y el posparto. Acompañar a la madre a las consultas médicas y clases de preparación para el parto durante el embarazo. Estar con la madre durante el parto. Asegurarse de que la necesidad de sueño de la madre esté cubierta. Reducir el nivel de exigencias a la madre (p. ej., su responsabilidad en las tareas del hogar). En casos de depresión posparto, no criticar ni quejarse del comportamiento depresivo de la madre. Aceptar y validar los sentimientos de depresión de la madre, animarla a buscar ayuda profesional cuando la necesite, y acompañarla a la visita al médico. Reforzar cada pequeño logro en el cuidado del bebé y evitar criticar los errores. Ayudar a la madre en las decisiones sobre el cuidado de los hijos, el trabajo, la lactancia, etc. Exhortarla a establecer límites con la familia o los amigos, cuando sea necesario. Apoyar a la madre pasando tiempo con ella, sin distracciones, escuchándola y empalizando con ella. Esperar hasta que ella quiera reanudar la actividad sexual; no insistir ni presionar.

que puede aumentar el riesgo de DPP. Se encuentra asociada con una menor frecuencia e interés en las relaciones sexuales entre las 8 y 12 semanas posteriores al parto y menos deseo sexual a los 6 meses posparto en comparación con mujeres sin DPP. Incluso después de la remisión total de los síntomas, puede prevalecer la disfunción sexual.

Los padres también pueden estar en riesgo de desarrollar depresión posparto, la que se correlaciona positivamente con la depresión materna. Niveles bajos de testosterona se relacionan con la unión de pareja y el cuidado paterno, pero disminuyen el deseo sexual. Se ha estimado una prevalencia en los padres del 8.4 %. Esta comorbilidad también tiene importantes consecuencias negativas con el vínculo padre-hijo, el desarrollo infantil, el bienestar de la pareja y el deseo sexual. Es importante considerar también el impacto del tratamiento, pues por lo regular se utilizan antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina,

que pueden disminuir el deseo sexual, lo que contribuye a la disfunción sexual y a los problemas en la relación de pareja.

Es importante también considerar cómo era la relación de pareja previo al embarazo y los niveles de apoyo familiar y social con los que cuentan. Algunos factores socioculturales tienen impacto en cómo y cuándo reanudar la actividad sexual posterior o incluso durante el embarazo.

Xochitl Beatriz Carrera Bojorges

Bibliografía

Serrano Drozdowskyj, E., Gimeno Castro, E., Trigo López, E., Bárcenas Taland, I., & Chiclana Actis, C. (2020). Factors Influencing Couples' Sexuality in the Puerperium: A Systematic Review. *Sexual medicine reviews*, 8(1), 38–47. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2019.07.002>

Alzam

TRAS LA TEMPESTAD...

regresa la calma



Nuevamente disponible en todas sus presentaciones:
0.25 y 0.50 mg con 30, 60 y 90 tabletas; 1 y 2mg con 30 tabletas birranuradas.

Talpramin[®]

Imipramina

EFICACIA QUE TRASCIENDE

Efectivo en pacientes con depresión severa
y depresión resistente.^{1,2}



49
Años
psicofarma[®]
Contigo en mente

SSA 2309082002C00178

Referencias: 1. Stahl, S. (2020). Imipramine. In Prescriber's Guide: Stahl's Essential Psychopharmacology (pp. 367-374). Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/9781108921275.063; 2. Bruijn JA, Moleman P, Mulder PG, van den Broek WW. Depressed in-patients respond differently to imipramine and mirtazapine. Pharmacopsychiatry. 1999 May;32(3):87-92. doi: 10.1055/s-2007-979200. PMID: 10463374.



Contigo
en Mente

www.contigoenmente.com