



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PARTERAS**

Reinicio de las relaciones sexuales en el postparto en usuarias de la RAP.

Trabajo Final de Grado presentado para obtener el título de **Obstetra Partera/o**

AUTORAS: Br. Camila Rodríguez

Br. María Agustina Rosa

TUTORA: Prof. Adj. Obst. Part. Verónica Delbono

Montevideo, Marzo 2018

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, queremos agradecer a la RAP central por la autorización a realizar las encuestas anónimas a las mujeres en las policlínicas Centro de Salud Cerro y Jardines del Hipódromo. Así mismo agradecer a Cristina Guevara, Directora del Centro de Salud Cerro y Gustavo Burroso, Director de Jardines del Hipódromo.

Agradecer al equipo de Pediatría y Enfermería de cada centro por permitirnos captar a las mujeres luego de su consulta.

Agradecemos también a cada una de las mujeres que nos cedieron un ratito de su tiempo, contestando la encuesta para poder llevar a cabo este trabajo de investigación.

Del mismo modo, nuestro reconocimiento a la Tutora Obstetra Partera, Educadora y Terapeuta Sexual, Prof. Adj. de Sexología y Educación Sexual Verónica Delbono González.

Nuestro agradecimiento a la dirección y docentes de la Escuela de Parteras que nos permitió acercarnos a un trabajo de investigación a través del cumplimiento de una exigencia curricular.

Por último, un agradecimiento especial a nuestras familias y amigos por el apoyo, comprensión y acompañamiento en este camino.

TABLA DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTOS	2
TABLA DE CONTENIDOS	3
INDICE DE ABREVIATURAS	5
RESUMEN	6
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO I	14
Antecedentes	15
Antecedentes internacionales	15
Antecedentes nacionales	20
CAPÍTULO II	23
Marco Teórico	24
Algunas Definiciones	24
Cambios anatómicos y fisiológicos durante la gestación	25
CAPÍTULO III	27
Respuesta Sexual Femenina	28
Sexualidad en el embarazo	34
CAPÍTULO IV	37
Episiotomía y desgarros	38

CAPÍTULO V	46
Consideraciones del puerperio general y sus principales cambios: biológicos, psicológicos y sociales.	47
Sexualidad en el puerperio.....	53
CAPÍTULO VI	56
Rol de las/os Obstetras Parteras/os.....	57
Técnicas para fortalecer el suelo pélvico:	58
Ejercicios de Kegel.....	58
Masajes perineales.....	61
Esferodinamia.....	62
CAPITULO VII	64
Objetivos.....	65
Metodología del trabajo.....	66
CAPÍTULO VIII	71
Análisis, interpretación y procesamiento de los datos obtenidos.....	72
Discusión.....	87
CAPÍTULO IX	91
Conclusiones.....	92
Reflexiones y Recomendaciones.....	95
BIBLIOGRAFÍA	98
ANEXO Y APÉNDICE	102

INDICE DE ABREVIATURAS

AOU: Asociación Obstétrica del Uruguay.

ASSE: Administración de los Servicios de Salud del Estado.

CHPR: Centro Hospitalario Pereira Rosell.

IMPO: Centro de Información Oficial.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

RAP: Red de Atención Primer Nivel.

RCOG: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.

RRS: Reinicio de relaciones sexuales.

RSH: Respuesta Sexual Humana.

SEGO: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.

SMU: Sindicato Médico del Uruguay.

RESUMEN

A lo largo de nuestra formación, surge el interés sobre la vivencia y expresión de la sexualidad en el embarazo y puerperio, en lo que respecta al erotismo y genitalidad, pasión y deseo; reconociendo la importancia de este tema y la desinformación en el mismo.

La sexualidad en el postparto es una temática poco abordada por los profesionales de salud y es de interés tanto de éstos como de las mujeres y sus parejas, ya que éste es un período con grandes cambios y exigencias para dicha mujer, desde el punto de vista biológico, psicológico y social, razón por la cual existen diferentes factores determinantes que se deben tener en cuenta.

Por otro lado, en lo que tiene que ver con los aspectos de la vivencia de la sexualidad, más corporales, hablaremos de las relaciones sexuales en sus diferentes manifestaciones. Nos interesó investigar acerca del reinicio de las relaciones sexuales, así como los tipos de relaciones que reinician primero y en qué momento.

Por ese motivo se decidió realizar un estudio cuantitativo, descriptivo, con posterior análisis correlacional, con el objetivo de contribuir al conocimiento del RRS en el postparto, en mujeres que realicen el control pediátrico en la Red de Atención Primaria (RAP). Se realizaron 100 encuestas anónimas y cerradas en las policlínicas de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), RAP: Centro de Salud Cerro y Jardines del Hipódromo. Previo a la realización de las mismas se les solicitó la firma del consentimiento informado.

El momento y la forma en el que se reinician las relaciones sexuales varían de una pareja a otra, esto se evidencia en nuestras conclusiones las cuales indicaron que el mayor porcentaje de parejas que inició las relaciones sexuales

Reinicio de las Relaciones Sexuales en el Postparto

luego de los treinta días postparto lo hizo a través de la relación coito vaginal y besos y caricias.

Palabras Claves:

- Relaciones sexuales
- Reinicio
- Postparto

ABSTRACT

Throughout our educational process, the interest about the experience and expression of sexuality in pregnancy and puerperium, with regard to eroticism and genitality, passion and desire has arisen. In fact, the importance of this issue and disinformation among citizens has also been noted.

Sexuality in the puerperium is a topic that is not much addressed by health professionals and is of interest to both women and their partners, since this is a period with great changes and demands for women from a biological, psychological and social point of view, which is why there are different aspects that must be taken into account.

On the other hand, with respects to the experience of sexuality, from a physical perspective, we will talk about sexual relations in their different manifestations. We were interested in investigating the resumption of sexual activity, as well as the different types of relationships that took place, and when they happened.

For this reason, it was decided to carry out a quantitative and descriptive study with a subsequent correlation analysis with the aim of contributing to the knowledge of the resumption of postpartum sexual activity in women who perform pediatric control in the First Level Care Network. There were 100 anonymous and closed surveys in the ASSE - RAP polyclinics: Centro de Salud Cerro and Jardines del Hipódromo. Prior to the realization of the before mentioned surveys, those surveyed were asked to sign an informed consent.

The moment and manner in which sexual relations reinitiate vary from one couple to another. This is evidenced in our conclusions, which indicated that the highest percentage of couples who initiated sexual intercourse after the forty days postpartum, did so through vaginal intercourse, kissing and caressing.

Reinicio de las Relaciones Sexuales en el Postparto

Key words:

- Sexual relations
- Resumption
- Postpartum

INTRODUCCIÓN

A lo largo de nuestra formación, surge el interés sobre la vivencia y expresión de la sexualidad en el embarazo y puerperio, en lo que respecta al erotismo y genitalidad (aspectos corporales de la sexualidad humana), pasión y deseo (aspectos emocionales); reconociendo la importancia de este tema y una evidente carencia de investigaciones actuales sobre la temática en nuestro país.

La presente investigación se refiere al tema de sexualidad en el postparto (centrada en los aspectos corporales y emocionales de la misma – reinicio de las relaciones sexuales), definiendo sexualidad como:

...un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de toda la 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. (OMS; 2006).

Así nos centraremos en los aspectos que mencionamos en el puerperio o postparto que se define como el período que transcurre después de la expulsión de la placenta e incluye clásicamente las siguientes seis semanas. Durante esa fase se producen transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional, regresando todas las modificaciones gravídicas a través de un proceso de involución hasta su estado preconcepcional a excepción de la glándula mamaria que ejerce su máximo desarrollo para la lactancia. (Schwarcz, Fescina, Duverges, 6ta edición, 2005, pág. 530).

La sexualidad, y específicamente lo que hace referencia a las relaciones sexuales durante el embarazo y puerperio, es una temática poco abordada por

los profesionales de la salud, en los controles prenatales y postnatales con las usuarias y sus parejas. Sin embargo, consideramos pertinente hacer mayor énfasis en la misma, dado que de esta forma las usuarias muchas veces se ven perturbadas durante el embarazo y puerperio, por presentar ellas y sus parejas, miedos, incertidumbres y desconocimiento acerca del tema, asociado a comportamientos que se ven influenciados por mitos y creencias provenientes de su cultura, familia o sociedad en general.

Este trabajo se realizó con el interés de investigar y estudiar los motivos y posibles causas por las que muchas mujeres refieren miedo y ansiedad de reiniciar las relaciones sexuales, entendiendo que relación sexual es todo tipo de vínculo sexual, no solo genital, sino que también involucra besos, caricias, abrazos, sexo oral, sexo anal, tanto en parejas homosexuales como heterosexuales.

Sin embargo, el momento y forma en que se reinician las relaciones sexuales varía de una pareja a otra. Algunas de las dificultades que se experimentan en este período, enfocadas al sentimiento materno - de la mujer - (considerando la dualidad madre- mujer amante) son: cansancio, estrés, falta de sueño, atención focalizada en el/la recién nacido/a, sentimiento de que el cuerpo es poco atractivo, temor al dolor, temor al desempeño, etc.

El reglamento de la Obstetra- Partera establece

ART. 5º.- Es también función y competencia de la Partera realizar tareas de educación para la salud integral de la gestante, la familia y la comunidad, fortaleciendo, por lo tanto, lo que hace, a la Atención Primaria de Salud, en la promoción, prevención e investigación. (Asociación Obstétrica del Uruguay – AOU, Reglamento, (2007), Montevideo, Uruguay, <http://www.asociacionobstetrica.com.uy/reglamento/>).

Por este motivo destacamos la importancia de tratar el tema en las consultas pre y postnatales y de involucrarnos en el mismo, dado que es un tema que nos respecta y es nuestra responsabilidad junto a la de otros especialistas que

trabajan con las mujeres en el período de embarazo y puerperio, el brindar la información completa y correcta para un mejor disfrute de la sexualidad por parte de la pareja. Esta es la razón por la cual, el interés no sólo es académico, sino que también profesional, como futuras Obstetras Parteras y responsables profesionales encargados de trabajar en dicho ámbito con la población.

Las principales preguntas a responder en este trabajo serán las siguientes: ¿cómo es el reinicio de las relaciones sexuales?, ¿Cuánto tiempo después del parto reaparece el deseo sexual?, este deseo, ¿se satisface?, ¿se mantiene igual que en el embarazo?, ¿existe diferencia en el reinicio de las relaciones sexuales entre usuarias a las que se les realizó episiotomía o sutura de desgarros con las que no?, ¿influye el tener o no pareja para el reinicio de la actividad sexual?.

No planteamos una pregunta general de investigación, sino que nos planteamos realizar un estudio que responda a varias interrogantes del tema, que como objetivo general tiene: Contribuir al conocimiento acerca del reinicio de las relaciones sexuales en el postparto, en mujeres que realicen el control pediátrico en las Red de Atención Primaria.

Respecto a los objetivos específicos nos planteamos los enumerados a continuación:

- ✓ Determinar los factores que influyen en el reinicio de las relaciones sexuales.
- ✓ Evaluar el tiempo transcurrido para el reinicio de relaciones sexuales postparto.
- ✓ Identificar el tipo de relación sexual con el que se reinicia la actividad sexual.
- ✓ Valorar la afectación de suturas sobre las relaciones sexuales coitales.
- ✓ Establecer el conocimiento de las usuarias sobre las alternativas de las relaciones sexuales coitales.

Para ello nos planteamos una metodología con un enfoque de tipo cuantitativo, de estudio descriptivo con posterior análisis correlacional.

El trabajo se organiza en 9 capítulos, el capítulo 1 incluye antecedentes del tema, tanto internacionales como nacionales; en el capítulo 2 iniciamos la descripción del marco teórico pertinente para entrar en el tema, incluyendo definiciones necesarias para el entendimiento y comprensión del trabajo (sexualidad, salud sexual y relación sexual) y la respuesta sexual femenina. El capítulo 3 habla sobre cambios anatómicos y fisiológicos durante la gestación, así como también incluye la vivencia de la sexualidad en el embarazo, desde las perspectivas bio-psico-sociales. Encontraremos en el capítulo 4, la presentación de las características de la episiotomía, episiorrafia y desgarros; el capítulo 5 involucra información del puerperio en general, sexualidad en el mismo, y, por último, finalizando el marco teórico, el capítulo 6 abarca el rol de la/el Obstetra- Partera/o e involucra técnicas diferentes para fortalecer el suelo pélvico.

Luego se podrá apreciar en el capítulo 7 la descripción de los objetivos del trabajo y la metodología realizada, seguido, en el capítulo 8 el análisis e interpretación de los datos obtenidos, y los resultados presentados a través de gráficas y tablas, así como también se podrá encontrar la discusión realizada para el trabajo.

Finalizando, en el capítulo 9 se podrán encontrar las conclusiones generales y las posibles líneas de investigación que se desprenden de nuestro trabajo, a modo de consideraciones y recomendaciones.

CAPITULO I

ANTECEDENTES

Antecedentes Internacionales: Desde este punto de vista, se han encontrado muchas revisiones y estudios acerca del tema, consideramos describir los más relevantes.

Cuerpo y sexualidad: experiencias de puérperas

En Brasil, en el período Julio-Agosto del 2010, diferentes autores, entre los cuales podemos encontrar: Salim, Gualda, Dulce María Rosa, realizaron un estudio cuyo objetivo era conocer cómo las mujeres se relacionan con la sexualidad y los cambios corporales ocurridos en el período del puerperio.

Se realizó un estudio cualitativo y se decidió utilizar entrevistas semi estructuradas y la observación para llevar a cabo la investigación. Las entrevistas fueron realizadas a 6 puérperas del oeste de San Pablo en sus hogares aproximadamente luego de 55 días de ocurrido el parto. Los criterios de inclusión eran: mujeres que estaban en puerperio alejado, que tuvieron embarazo de feto único con parto normal con o sin trauma perineal.

Los resultados muestran que las mujeres en este período sufren importantes cambios. La vivencia de la sexualidad en el puerperio se mostró relacionada, muchas veces con dificultades, miedos y preocupaciones. La relación con su pareja y su familia o su centro de apoyo es de gran importancia para las mujeres.

Se pudo concluir que el período postparto involucra modificaciones y transformaciones desde el punto de vista emocional y psicológico.

“La expresión de la sexualidad durante la gestación y el puerperio”

En España, en el período de mayo 2009 y diciembre del 2010 se realizó un estudio titulado “La expresión de la sexualidad durante la gestación y el puerperio”. El estudio se efectuó con diferentes objetivos, el general planteaba obtener una mejor comprensión de los factores que intervienen en la vivencia de las mujeres gestantes y puérperas, respecto a cómo expresan su sexualidad durante su gestación y puerperio, así como, indagar acerca de que idea tienen de sexualidad los profesionales de la salud que proporcionan asesoramiento e información al respecto y a valorar a través de qué medios lo realizan y qué metodología utilizan para ello. La intención del trabajo es describir, traducir, explicar e interpretar el fenómeno, y en la perspectiva de que este análisis contribuye al fomento y disfrute de la sexualidad.

Dentro de los objetivos específicos planteados en el trabajo se pueden encontrar objetivos referidos a la mujer y aquellos que involucran a la matrona., Los objetivos dirigidos a la mujer son: conocer las vivencias sexuales de las mujeres durante la gestación, analizar tabúes, moralidad, creencias, ideologías, actitudes y valores que se manifiestan en esta etapa de la vida. Los objetivos que refieren a las matronas incluyen: conocer y analizar los significados, ideas y valores respecto a la sexualidad durante la gestación y analizar las interacciones que se establecen durante la educación maternal, así como en los talleres de apoyo entre las mujeres que asisten a los mismos. La metodología de este estudio fue cualitativa, a través de entrevistas en profundidad y la observación.

Las principales conclusiones extraídas de la investigación fueron que la sexualidad es única, personalizada e irrepitible, debe existir un paso de adaptación y aceptación a ella; la educación sexual se hace necesaria en la sociedad en todas las etapas de la vida de la mujer. Las matronas y el resto del

equipo de salud tienen el deber de enseñar a conocer y aceptar el propio cuerpo, a buscar información o a demandar ayuda con el objetivo de establecer con los demás, relaciones más sanas y satisfactorias.

“Explorando la sexualidad del postparto de la mujer: factores contextuales sociales, psicológicos, relacionales y relacionados con el nacimiento”

En Estados Unidos, se realizó un trabajo llamado: “Explorando la sexualidad del postparto de la mujer: factores contextuales sociales, psicológicos, relacionales y relacionados con el nacimiento” (Exploring Women’s Postpartum Sexuality: Social, Psychological, Relational and Birth-Related Contextual Factors) cuyos objetivos incluían investigar las variables que influyen en la vivencia de la sexualidad en el puerperio, extender el estudio más allá de la relación pene-vagina y evaluar los aspectos positivos que involucra la sexualidad.

Para la investigación se realizó un estudio retrospectivo, realizando encuestas vía online a mujeres de 18 años o más que tuvieron el nacimiento de su hijo/a en los últimos 7 años y que reiniciaron la vida sexual dentro de los 3 meses posteriores al nacimiento. Luego de ser aprobadas, las encuestas se publicaron en una página web. Previo al ingreso de las mismas se debió responder otra que avalaba a los participantes a responder la encuesta final. Asimismo, se indagó acerca de otras ideas como, por ejemplo: cuánto tiempo se tardó en reanudar las relaciones sexuales, valorar si el deseo sexual de la pareja se mantenía igual, valorar como influía la lactancia materna, el soporte social, el estrés y la imagen corporal en la sexualidad.

Respecto a los resultados, se encontraron diferencias significativas en el tiempo de la reanudación de las relaciones sexuales; las mujeres iniciaron el sexo oral hacia su pareja, previo a su propia masturbación, el que luego fue seguido por el coito y por último por el sexo oral hacia ellas. Asimismo, cabe destacar que el análisis enfatizó que el soporte social, la contención de la pareja y deseo del mismo para las relaciones sexuales contribuye considerablemente a este patrón. La vida sexual en el postparto se ve más influenciada y afectada por la contención, el apoyo y el deseo de la pareja que, por la misma lactancia, estrés, imagen corporal u otros aspectos psicológicos.

Como conclusión general del estudio se destaca que la percepción y contención de la pareja interfiere más en la sexualidad postparto que los otros fenómenos más comúnmente estudiados (traumas vaginales o lactancia).

“La relación entre la sexualidad antes del embarazo, durante el embarazo y el período postparto. Un estudio prospectivo”

En Turquía, en el año 2015 se realizó un estudio prospectivo titulado: “La relación entre la sexualidad antes del embarazo, durante el embarazo y el período postparto. Un estudio prospectivo” (The relation between prepregnancy sexuality and sexual function during pregnancy and the postpartum period: A prospective study) cuyo principal objetivo fue examinar la relación que existe en la función sexual de la mujer antes del embarazo, durante y después del mismo.

Se realizó un seguimiento inicial a 70 mujeres, de las cuales 59 finalizaron el estudio por diferentes motivos (se mudaron de país, decidieron no continuar con el estudio, etc.). El seguimiento se realizó desde las 8 semanas de embarazo a los 6 meses post parto, los datos fueron recogidos a través de

entrevistas que se dividieron en 5 sesiones. Las entrevistas incluían preguntas de datos previos al embarazo, el mismo embarazo y algunas características puerperales. La primera entrevista era en el primer control puerperal, de tener 8 semanas o menos, la segunda se realizó aproximadamente a las 12 semanas de gestación, la tercera y la cuarta entre el segundo y tercer trimestre y la última se realizó a los 6 meses postparto vía telefónica.

Los resultados a destacar fueron: en casi la totalidad de las mujeres descendió su actividad sexual en términos de genitalidad en el embarazo y aún más cerca del tercer trimestre del mismo, el orgasmo disminuyó considerablemente en el post parto al igual que otras funciones en comparación con el embarazo, sin embargo, hubo un particular incremento en cuanto a la lubricación y el dolor respecto a los valores descritos en el embarazo.

Respecto a las mujeres que ya tenían una disfunción sexual previo al embarazo, durante el mismo se continuó con una leve disfunción y la mayoría siguió con esa disfunción a los 6 meses del nacimiento. No contamos con los tipos de disfunciones que el estudio hablaba.

“La sexualidad en el embarazo y el puerperio”

En Barcelona se realizó una investigación titulada “La sexualidad en el embarazo y el puerperio”, es de destacar que no contamos con los objetivos planteados para dicho trabajo ni la metodología realizada, pero si podemos mencionar que las conclusiones fueron diversas, entre las cuales se destacan: los cambios hormonales durante el embarazo producen efectos dispares en la sexualidad de las gestantes, mientras algunas aumentan su libido, otras sufren el efecto contrario. La sexualidad no es solo genitalidad, en una relación sexual interviene todo el cuerpo y cuando una pareja desea compartir sentimientos de

intimidad, amor y sexo (en cualquiera de sus versiones analizadas en el trabajo) lo puede hacer sin la obligatoriedad del coito vaginal o anal; los masajes, las caricias, el petting, la masturbación pueden ser una importante fuente de placer sexual y comunicación íntima, tanto durante el embarazo como fuera de él. La prohibición de coito vaginal no implica prohibición para los encuentros sexuales; en un embarazo normal sin patología intercurrente el coito vaginal no entraña riesgos ni efectos perjudiciales.

Otra conclusión para destacar es que la información sexual ofrecida en los servicios sanitarios sigue siendo insuficiente. Es necesario ofrecer información objetiva y ya, en la primera entrevista hablar de los cambios que se producen durante el embarazo y su influencia a nivel sexual, de la inocuidad de las relaciones sexuales, de las posturas más cómodas y de las alternativas a las relaciones coitales vaginales.

Antecedentes Nacionales: Respecto a la revisión nacional, encontramos trabajos finales de grado realizados por estudiantes de la Escuela de Parteras para la obtención del título, de los cuales ninguno de ellos ha sido publicado.

“Sexualidad en el año posterior al parto”

En el año 2009, se realizó un estudio por estudiantes de la Escuela de Parteras (Mortalena, Muriega) que se titulaba “Sexualidad en el año posterior al parto” el cual tenía como objetivo principal conocer cómo se manifiesta y se vivencia la sexualidad durante el primer año después del nacimiento de un hijo/a y dentro de los objetivos específicos se encontraron: identificar los factores que influyen sobre la sexualidad en dicho período; explorar la relación de la sexualidad con

la lactancia; evaluar las prácticas sexuales de las mujeres en el período que habitualmente se denomina cuarentena; analizar los conocimientos, creencias y opiniones de las mujeres sobre la proscripción de la sexualidad activa en la cuarentena; investigar si existen diferencias en la sexualidad entre mujeres multíparas y primíparas; estudiar si existen diferencias en la sexualidad entre los distintos niveles socioculturales; y evaluar las necesidades asistenciales y educativas de la mujer sobre este tema durante el período grávido - puerperal. Se realizaron entrevistas abiertas, en profundidad a mujeres que cursaban el puerperio tardío y alejado.

Como principales conclusiones extraídas del trabajo podemos encontrar: la sexualidad se ve afectada por diferentes factores dentro de los cuales destacamos la llegada de un nuevo ser, el cansancio físico que la maternidad y paternidad implican, miedo al dolor, entre otros. El reinicio de las relaciones sexuales no fue vivido como un acto placentero, en particular en aquellas mujeres que requirieron episiotomía o sutura de desgarro, dado el dolor o molestia que esto implica. No existe diferencia en cuanto a la sexualidad en las mujeres primíparas y multíparas. La relación sexual no se ve afectada por la lactancia dado que, al momento de la misma, las mujeres des-erotizan las mamas, dejándolas de uso exclusivo para el/la recién nacido/a.

“Episiorrafia y placer sexual en el reinicio de las relaciones sexuales postparto”

En el año 2011 se realizó otro estudio, por estudiantes de la Escuela de Parteras (Gonzales - Lafuente), cuyo objetivo general era determinar la influencia de la episiorrafia en el placer sexual en el reinicio de las relaciones sexuales postparto. Dentro de los objetivos específicos se encontraba: determinar el tiempo promedio en el que las mujeres reinician las relaciones

sexuales postparto; identificar qué tipo de práctica sexual se da con mayor frecuencia al reiniciar la actividad sexual postparto; establecer si se encuentran diferencias en el reinicio de las relaciones sexuales postparto en mujeres con una primera episiorrafia y en mujeres con más de una; y valorar el placer sexual a través del deseo, excitación y orgasmo en el reinicio de las relaciones sexuales luego de la episiorrafia.

Se realizaron entrevistas personales con las mujeres en el puerperio inmediato donde se les informó sobre la investigación y aquellas mujeres que estaban de acuerdo en colaborar con ella firmaban un consentimiento. A los dos meses postparto se realizó encuesta telefónica a la mitad de la muestra y a la otra mitad visitas domiciliarias.

De este trabajo se destacan las siguientes conclusiones: el placer sexual es igual antes y después del parto, en la mayoría de los casos; más de un 60% de la población estudiada reinició la actividad sexual antes de la cuarentena, preferentemente por coito vaginal; de las puérperas que no reiniciaron sus relaciones sexuales fue principalmente por miedo al dolor y a un nuevo embarazo; la actividad sexual es igual antes y después del parto en la mayoría de las mujeres que requirieron la episiorrafia; se encontró mayor dificultad en el reinicio de las relaciones sexuales para las nulíparas respecto a las mujeres con uno o más partos con episiotomía.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

Para comenzar, consideramos pertinente realizar un apartado de definiciones de terminología que se adapta al trabajo, con el objetivo de facilitar la comprensión del lector. Cabe destacar que no existe una única definición dado que la sexualidad ha pasado por diferentes etapas en la historia, y así mismo, hoy en día hay definiciones sujetas a modificación.

Algunas Definiciones

Sexualidad

La sexualidad según la OMS es un derecho de todo ser humano, que está presente a lo largo de toda la vida, y se manifiesta de manera distinta según la etapa de vida que se está transitando, a través de deseos, pensamientos, fantasías, creencias, entre otros.

Involucra el sexo, identidades, rol de género, orientación sexual, intimidad, reproducción y erotismo. Asimismo, se ve influida por la interacción de diversos factores: biológico, psicológico, sociales, económicos, culturales, éticos, etc.

Salud sexual

Es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social. Permite a los seres humanos la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y

seguras sin discriminación ni violencia; para que sea viable, los derechos sexuales deben ser protegidos, respetados y cumplidos.

Relación sexual

Se define como el contacto físico entre personas, con el objetivo de dar y/o recibir placer sexual, favorecer la comunicación, las relaciones personales afectivas o con fines reproductivos. Ésta no solo respecta a la relación sexual coital o con penetración (vaginal o anal), sino que también involucra besos, abrazos, caricias, masajes, (lo que se conoce como petting), sexo oral, masturbación mutua o cruzada, como parte del juego sexual, etc.

Cambios Anatómicos y Fisiológicos Durante la Gestación

Consideramos importante incluir este apartado en el trabajo para identificar las posibles modificaciones que pueden tener las mujeres en cuanto a la propia relación sexual durante el proceso de gestación y valorar si esto afecta de manera positiva o no, a la mujer y a la pareja.

Durante la gestación aparecen cambios anatómicos y fisiológicos en todos los aparatos y sistemas, solo se hará referencia a lo que nuestro tema respecta.

Sistema cardiovascular: Dado que hay alteración del retorno venoso y aumento de presión venosa por aumento de tamaño uterino, en miembros inferiores y pelvis, aparecen várices a nivel de vulva y miembros inferiores, así como edemas y hemorroides.

Genitales externos: Se tornan cianóticos y edematosos debido al aumento de la vascularización. Asimismo, se vuelven más blandos y elásticos.

Vagina: Aumenta su lubricación y sensibilidad por mayor vascularización, tornándose más violácea. Aumento del flujo vaginal normal con pH ácido que sirve como protección frente a infecciones.

Útero: Cuello rosáceo, brillante, se hipertrofia produciendo una secreción espesa que ocluye el canal cervical. En el cuerpo existe hiperplasia de células musculares con acumulación de tejido fibroso y aumento del elástico, así mismo aumenta la vascularización y el drenaje linfático.

Mamas: Aumento de tamaño. Hiperpigmentación de la aréola y formación de la aréola secundaria, mayor desarrollo de tubérculos de Montgomery y Red venosa de Haller. A partir de la semana 20, dilatación de alvéolos mamarios, producción de calostro por hipertrofia de células mioepiteliales. Respecto a la sensibilidad de las mismas, también se ve aumentada en el embarazo, en especial en la nulípara, la mayor sensibilidad se encuentra en la parte externa de la mama.

CAPÍTULO III

RESPUESTA SEXUAL FEMENINA

La respuesta sexual humana (RSH) es un proceso físico, emocional y mental mediante el cual las personas responden ante la estimulación sexual. Ocurren cambios psicológicos y biológicos (tanto a nivel genital como extragenital) cuando nos sentimos motivados sexualmente. Se produce a lo largo de nuestra vida, y varía con la edad, la persona, la situación y los estímulos que la provocan.

Masters y Johnson (1966- 1969), estudiaron la RSH y la dividieron en cuatro fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución, a las cuales Helen Kaplan (1979) le agrega la fase de deseo.

A continuación, describiremos los cambios físicos y emocionales en cada una de las fases, para las mujeres (pues en este trabajo no aplica que describamos los cambios en el varón), a fin de evidenciar en nuestro análisis posterior, de los datos obtenidos, qué es lo que ocurre en cada fase.

Fase de deseo: Es una fase mental, es definido como un apetito o impulso, producido por la activación de un sistema neuronal específico en el cerebro y que se caracteriza por buscar contacto sexual, fantasías, pensamientos, es el interés que presenta una persona de tener actividad sexual, independientemente de que ésta se lleve a cabo o no. No presenta ningún cambio físico característico.

El deseo sexual también es denominado apetito sexual o líbido. La líbido es potenciada por estrógenos y testosterona, activada por la dopamina e inhibida por la serotonina.

Es importante considerar estos elementos, ya que, ante un desequilibrio hormonal, la libido se verá afectada. Durante el embarazo la libido pasará por diferentes cambios que tienen que ver con factores biológicos especialmente con los referentes a cambios físicos, emocionales y sociales, más que por los neurofisiológicos.

En el primer trimestre del embarazo, el apetito sexual disminuye por malestares propios de la gravidez, que abordaremos más adelante. En el segundo trimestre reaparece el deseo debido a que la placenta comienza a segregar progesterona (contribuye a la vasocongestión) y estrógenos, lo que se mantiene durante el tercer trimestre.

Durante el postparto, la función esteroidea del ovario se recuperará a partir de la cuarta a sexta semana lo que, sumado a factores de orden comportamental y de rol social, que posteriormente mencionaremos, el deseo puede verse disminuido.

Fase de excitación: La primera respuesta a un estímulo sexual es la vasocongestión superficial general; luego la vasocongestión profunda que lleva una gran cantidad de sangre a los vasos sanguíneos de la región pélvica. El aumento de la vasocongestión llevará a que aparezca una tensión muscular que se manifiesta clínicamente en la fase de meseta. Como modificaciones generales aumenta la presión arterial y un alto porcentaje de mujeres desarrollan lo que se llama “enrojecimiento maculopapular o piel sexual”.

Durante el embarazo ocurre una vasodilatación pélvica generalizada, por lo que en la experiencia excitatoria será predominante frente a la de miotonía (tensión muscular).

Los cambios característicos durante la fase de excitación en los órganos genitales son: la lubricación vaginal; alargamiento y dilatación del tubo vaginal

a excepción del tercio externo que se congestiona y aumenta de grosor; ingurgitación y aumento de tamaño de labios internos y del clítoris; el glándula del clítoris se entumece y erecta a la vez que se aplastan y adelgazan los labios externos hacia el periné; y el útero presenta un ligero aumento de tamaño por vasocongestión, y se eleva a la pelvis falsa generando un efecto de tienda por la tracción de las paredes vaginales.

Durante el embarazo estos cambios ocurren de forma más rápida debido a la vasocongestión generalizada, y hacia el final del embarazo los labios internos están ingurgitados de forma crónica, por lo cual no se observarían cambios. La lubricación vaginal se ve aumentada durante todo el embarazo y el efecto de tienda es fisiológico una vez que el útero grávido se hace abdominal.

En la puerpera los cambios genitales se verán disminuidos debido a los cambios de involución gravídica. Hasta la cuarta y quinta semana se observará una vasocongestión retardada, sin cambios en labios internos y externos; lubricación, distensión y alargamiento vaginal enlentecidos (a falta de pliegues marcados); útero intraabdominal que no presentará congestión supravaginal.

Respecto a las mamas, en ausencia de gravidez, ocurre aumento de tamaño y tensión por ingurgitación y vasocongestión, erección de pezones y edematización de las aréolas. Durante el embarazo, especialmente durante el primer trimestre, cuando aumenta la tensión sexual puede aparecer dolor localizado en los pezones turgentes y en la aréola ingurgitada, debido a los propios cambios de la gravidez (sensibilidad mamaria).

Durante el postparto, la manifestación característica de las mamas en esta fase es casi imperceptible, ya que se evidencia con el aumento de tamaño mamario, que en este caso se ve directamente relacionado con el aumento de tamaño de la glándula mamaria debido a la lactancia. Si la mujer no amamanta, puede tardar hasta seis meses en presentar reacción por vasodilatación en las mamas.

Fase de meseta: Los cambios de la fase anterior, continúan y se intensifican. Las mamas alcanzan su máximo tamaño, al igual que la respuesta vasocongestiva local de los órganos sexuales, el clítoris se retrae debajo de su capuchón, hay aumento de la frecuencia cardíaca y presión arterial, tensión generalizada de todos los músculos.

El tercio externo de la vagina se distiende con sangre venosa de un modo tan intenso, que el conducto vaginal disminuye su luz en 33 %. El músculo distendido se contrae con el orgasmo que se aproxima, y provoca que la vagina se apriete alrededor del pene. Este acontecimiento en conjunto con la congestión de los labios menores recibe el nombre de “*plataforma orgásmica*” (Masters y Johnson, 1966).

Durante el embarazo, estos cambios se mantienen en igual descripción, haciéndose evidente que el efecto de tienda del útero no se percibirá. Se destaca que, en mujeres nulíparas, la luz vaginal se ve obstruida (hasta un 75%) por la intensa vasocongestión de doble origen: tensión sexual y cambios gravídicos.

En el puerperio, se describen cambios que dependerán de la involución de los órganos genitales. A partir de la sexta semana se restablecerán los pliegues vaginales por lo que la plataforma orgásmica recuperará su capacidad vasocongestiva y vasoconstrictora, reestableciendo su desarrollo habitual, que se ve disminuido previo a este período.

Fase de orgasmo: Continúan algunas modificaciones específicas, como ser: mayor retracción del clítoris, aumento de frecuencia cardíaca, respiratoria, presión arterial y enrojecimiento sexual.

La plataforma orgásmica se contrae a intervalos regulares de 0,8 segundos. El número de estas contracciones varía de mujer a mujer y en cada una de las experiencias individuales. El útero también se contrae a intervalos regulares. La duración del orgasmo es de aproximadamente 10 a 15 segundos.

Cabe destacar que, a diferencia del varón, la mujer tiene la posibilidad de presentar orgasmos múltiples.

Durante el embarazo, en el primer trimestre se describe un aumento subjetivo de la irritabilidad uterina como consecuencia de la estimulación sexual efectiva. Se describen casos de experiencias de orgasmos múltiples, vividos por primera vez durante el segundo y tercer trimestre del embarazo (Masters y Johnson, 1966).

Durante el postparto y directamente relacionado con la lactancia, se evidencia la pérdida incontrolada de leche, que puede ser simultánea de ambos pezones, durante e inmediatamente después de la experiencia orgásmica.

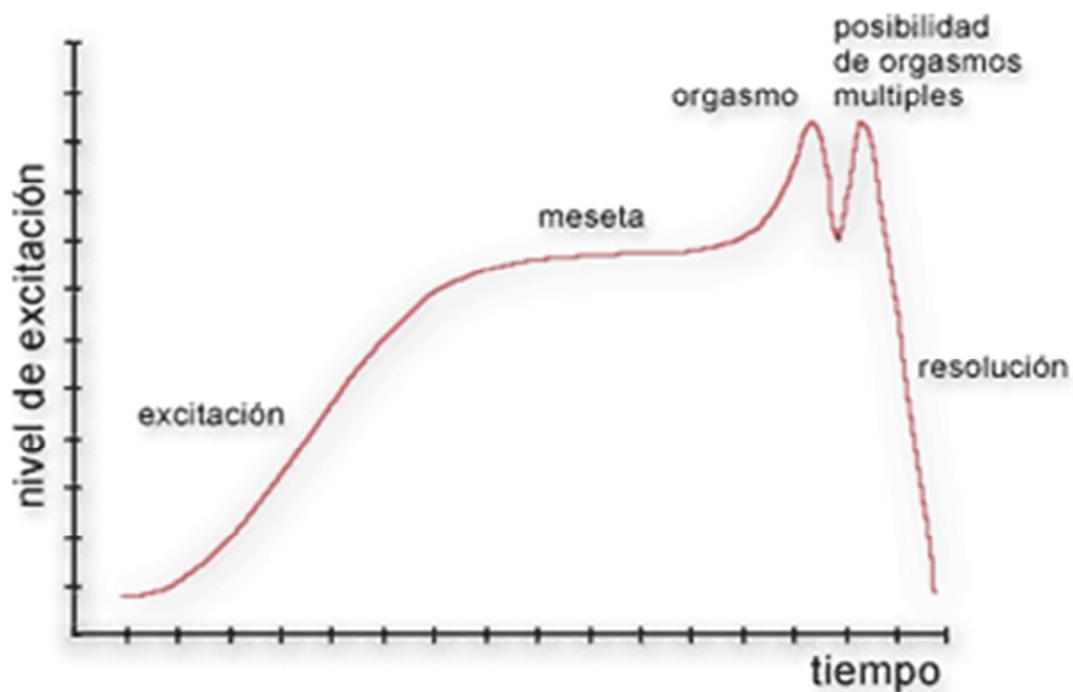
Fase de resolución: Es un momento de calma y relajación. La vasocongestión y la ingurgitación disminuyen, repercutiendo sobre los órganos afectados que vuelven a su estado natural. Disminuye el rubor sexual, la frecuencia cardíaca, respiratoria y la presión arterial.

En algunas mujeres se experimenta la sudoración como primer cambio, que es directamente proporcional a la intensidad del orgasmo.

Durante el embarazo, la fase de resolución se verá modificada en términos de enlentecimiento de regreso al estado de reposo. Se observa persistencia de ingurgitación; en el segundo trimestre la vasodilatación se verá demorada entre 10 y 45 minutos dependiendo de la paridad (más rápido en cuanto mayor paridad); y congestión vaginal como residuo de la plataforma orgásmica. Esto

explica la percepción de experiencias multi orgásmicas durante el embarazo ya que la tensión sexual persiste y rápidamente responden ante un estímulo efectivo persistente.

No aparecen mayores cambios descritos para esta fase durante el período puerperal.



Cuadro N°1: Fases del ciclo de la respuesta sexual femenina

Fuente: Monografía: El placer sexual femenino, Noviembre 2013

SEXUALIDAD DURANTE EL EMBARAZO

La sexualidad siempre ha estado impregnada de misterio, oscurecida por razones varias, encarcelada en la ignorancia y objeto de humor compartido en gran medida por el mismo sexo. Richard, P. 1984. Sexualidad durante el embarazo.

La vivencia de la sexualidad es individualizada en cada pareja y aún más durante el embarazo, razón por la cual no se puede generalizar sobre el deseo sexual, pero sí está demostrado que la mayoría de las mujeres continúan experimentando deseos y necesidades sexuales durante la gestación.

La experiencia de la sexualidad en el embarazo se puede ver influenciada por: modificaciones propias del embarazo (aumento de peso, estrías, edemas, dolor lumbar, náuseas, vómitos, alteraciones hormonales, cambios de humor, cansancio, etc.), situación de la gestante (cultura, educación, vivencias, estado socioeconómico, impacto del embarazo en su salud, miedos y mitos, etc.), factores que influyen en la pareja (comunicación, compromiso, vida sexual de la pareja, información que dispongan, miedos y mitos, etc.).

A continuación, explicaremos cómo son las principales repercusiones en el embarazo en referencia a las relaciones sexuales de la pareja, dependiendo de los cambios por los que atraviese la gestante y el trimestre por el que esté cursando.

Primer trimestre

Existe una diferencia en la conducta sexual, disminución de la libido en mujeres que presentan elementos del sistema neurovegetativo (náuseas, vómitos,

mareos) que generan molestias y malestar; cansancio; trastornos del sueño; dolor por las propias modificaciones del cuerpo como es la turgencia y aumento de sensibilidad mamaria; temor a perder el embarazo, miedo al dolor; y, en un porcentaje menor de mujeres, aumento de la libido

Segundo trimestre

Todos los autores coinciden con que existe un aumento del deseo sexual debido a un aumento de estrógenos y progesterona producidos por la placenta, las cuales también aumentan la circulación sanguínea, especialmente en la pelvis produciendo aumento de la lubricación vaginal.

Desaparece el síndrome neurovegetativo y disminución del dolor mamario, por lo que su estimulación es más placentera. Asimismo, en este período comienzan a percibirse los movimientos fetales, razón por la cual el temor a la pérdida del embarazo disminuye dado que los mismos le brindan tranquilidad y seguridad a la mujer demostrando que todo está bien.

Cabe destacar que es en este período que se ha demostrado que mujeres anorgásmicas presentan su primer orgasmo o mujeres sin experiencia en orgasmos múltiples, lo experimentan (como ya hemos mencionado), ya que la vasocongestión aumentada genera una mayor excitación y facilita a las mujeres a llegar más rápido a la fase de meseta, la cual es seguida por el orgasmo.

Tercer trimestre

Si bien el deseo persiste, la frecuencia con la que se realiza el coito (generalmente vaginal) disminuye mayoritariamente por incomodidad de la

Reinicio de las Relaciones Sexuales en el Postparto

pareja por el aumento del tamaño uterino, razón por la cual se deberían optar por posiciones en las cuales no presione el abdomen.

Otra de las causas puede corresponder a prescripción médica y también el miedo de la pareja a desencadenar un parto prematuro o rotura prematura de membranas.

CAPÍTULO IV

EPISIOTOMIA Y DESGARROS

Episiotomía

La episiotomía es una incisión quirúrgica vulvo-vagino-perineal que tiene como objetivo ampliar el orificio de salida fetal. Asimismo, ayuda a abreviar el tiempo del período expulsivo y reducir la compresión de la cabeza de un feto pretérmino en este período.

Se realiza generalmente en la modalidad *media lateral derecha* que se inicia a nivel de la horquilla vulvar posterior, orientando el sentido de la incisión (derecha) en ángulo de 45° en relación con el rafe medio, extendiéndose su límite inferior hasta la intersección formada con una línea imaginaria que pasa por el reborde anterior mucocutáneo del ano, pero existen otros dos tipos: medial y lateral.

No siempre es necesario realizarla, pero en caso de estar indicada, la incisión debe hacerse cuando la presentación abomba en la vulva aprovechando el acmé de la contracción, dicho en otras palabras, la incisión deberá realizarse cuando la cabeza alcance el cuarto plano de Hodge (el eje ecuatorial de la cabeza atraviesa el vértice del cóccix). Previo a la misma se realiza analgesia loco-regional con una ampolla de clorhidrato de lidocaína al 1 o 2%.

Los otros dos tipos de episiotomía se realizan con menor frecuencia, éstas son: *mediana* que inicia en la horquilla vulvar posterior y corta el rafe medio en dirección medial, extendiéndose normalmente hasta las fibras más externas del esfínter del ano; pudiéndose prolongar, incidiendo las mismas en el caso que

aún a pesar de la longitud del corte, se haga probable un desgarro del mismo; y la *lateral* que nace en el labio mayor en la unión de sus dos tercios anteriores con el tercio posterior y se dirige en forma diagonal hacia la tuberosidad isquiática, abarcando en la sección todos los tejidos del labio mayor.

Para la realización de una episiotomía se debe valorar todo el periné, su longitud, grosor y distensibilidad; son las características principales que nos ayudarán a tomar la decisión de realizarla o no.

Estudios han demostrado que la realización de episiotomía de manera rutinaria no genera ningún beneficio para la mujer, sino que por el contrario habría evidencias de que puede generar grandes intervenciones de reparación, razón por la cual el Ministerio de Salud Pública, en su Guía de Salud Sexual y Reproductiva (Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio) la recomienda en los siguientes casos:

- ✓ Riesgo de desgarro de tercer o cuarto grado por mala integridad tisular o fetos de gran tamaño.

Aunque está discutido, evidencias demuestran que la incidencia de desgarros de tercer grado es similar en ambas conductas, ya sea realizando o no la episiotomía. Cabe destacar que tampoco se han encontrado evidencias en que los desgarros influyan en la aparición de trastornos del suelo pélvico e incontinencias urinarias.

- ✓ Necesidad de acelerar el parto por sospecha de pérdida de bienestar fetal ya que permite que el nacimiento sea más rápido para así el/la recién nacido/a sea valorado/a y examinado/a de manera apropiada.
- ✓ Parto instrumental por requerir un espacio mayor para manipular los instrumentos y así lograr un nacimiento seguro.

- ✓ Parto con presentación podálica, con el mismo objetivo de aumentar el espacio que permita realizar maniobras para la seguridad del/la recién nacido/a.

Cabe destacar que el índice de episiotomía disminuye cuando:

- ✓ La mujer ha recibido clases de preparación para el parto.
- ✓ Se protege el periné durante el pujo, el cual debe ser lento y controlado.
- ✓ Se adopta posición vertical durante el período expulsivo.
- ✓ La mujer tiene buen control de sí misma, ayudando así a responder adecuadamente a las indicaciones del pujo o de respirar suave y de forma mantenida para favorecer la salida lenta y controlada de la cabeza y así disminuir el índice de desgarros.

Por su parte, El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (American College of Obstetricians and Gynecologists), en 2006 concluyó que el uso restringido de la episiotomía era preferible al rutinario.

Los autores sostienen que el procedimiento debe aplicarse de manera selectiva bajo indicaciones apropiadas. Estas incluyen indicaciones fetales tales como distocia de hombros, aplicación de fórceps o extractor al vacío, posiciones occipito posteriores y casos en los que pueda ocurrir la rotura de perineo si no se practica una episiotomía. (Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse, Spong, 23 edición, 2011, pág. 401).

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia – SEGO-, en su Tratado de Ginecología y Obstetricia (segunda edición, tomo II), recomienda el uso restrictivo de la episiotomía, quedando a juicio de quien asiste el parto si es necesaria su realización. Las indicaciones que justificarían su práctica son: pérdida de bienestar fetal, distocia de hombros, parto en presentación podálica, parto instrumental, periné muy corto, presentación posterior persistente o agotamiento materno; sin embargo, no siempre en estas situaciones es imprescindible la realización de la misma.

Desde nuestro punto de vista, respecto a lo vivido y observado como estudiantes así como también basado en las evidencias, consideramos de real importancia disminuir el índice de episiotomías realizadas, sólo acudir a ellas cuando realmente se requiera como en los casos nombrados anteriormente para favorecer al confort de la usuaria tanto desde el punto de vista gineco-obstétrico como el confort y seguridad cuando reinicie su vida sexual, asimismo, disminuir el dolor y en algunos casos el traumatismo del parto por la realización de la misma.

La única desventaja demostrada en el uso restrictivo de la episiotomía es el aumento de laceraciones en la zona vulvar anterior que, en la mayoría de los casos, no requieren sutura y el sangrado cesa con la compresión durante unos segundos.

Foto 1.1: Episiotomía media lateral derecha.

Fuente: blog el parto es nuestro.



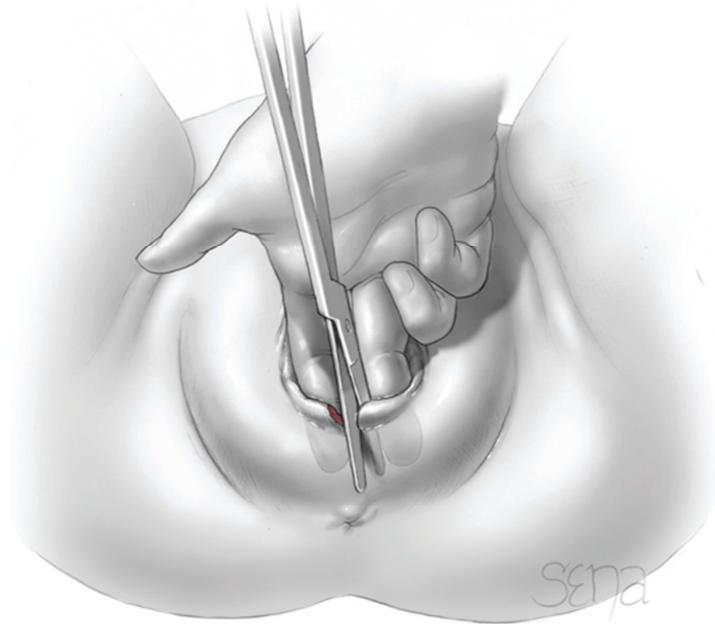
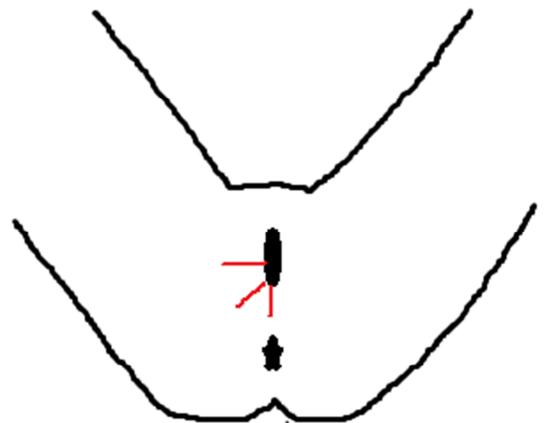


Foto 1.2: Episiotomía medial

Fuente: Williams Obstetricia 23ª Edición

Foto 1.3: Episiotomía medial, lateral y medio lateral.

Fuente: blog menchu eligio



Episorrafia

La episorrafia es la reparación de la episiotomía. Para realizarla debemos contar con: material de sutura reabsorbible, porta aguja, pinza de disección y tijera.

La Guía del Ministerio de Salud para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio, recomienda la sutura continua de todos los planos

(vagina, músculos perineales y piel), ya que ha demostrado mejor confort a la mujer, al disminuir el dolor que la sutura por planos separados.

Desgarros

Desgarros vulvoperineales

Los desgarros vulvoperineales pueden clasificarse en cuatro grados, siguiendo los criterios aceptados por el Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists - RCOG),

- Primer grado: Lesión de piel perineal
- Segundo grado: Lesión de músculos del periné sin afectar esfínter anal
- Tercer grado: Lesión del esfínter anal:
 - o Lesión del esfínter externo <50%
 - o Lesión del esfínter externo >50%
 - o Lesión de esfínter externo e interno
- Cuarto grado: Lesión del esfínter anal y la mucosa rectal

La sutura de estos desgarros es inmediata al alumbramiento, ya que la herida no está aún contaminada. Es conveniente revisar la vagina y el cuello uterino antes de suturar el periné. Para los desgarros de primer y segundo grado, se utiliza anestesia local, los de tercer grado se utiliza anestesia general y los de cuarto grado implican una cuidadosa reparación y hemostasia de la pared rectal y del esfínter del ano.

Desgarro de cuello uterino

El desgarro de cuello uterino puede deberse a intervenciones realizadas con dilatación incompleta, dilatación manual del cuello uterino, partos precipitados, fetos macrosómicos, etc. Estos desgarros miden más de dos centímetros de

profundidad a partir del borde externo del cuello, son muy sangrantes, presentan hemorragia roja y continúa.

Debe ser suturado de inmediato ya que puede presentar complicaciones como hemorragia grave y posteriormente infección en el puerperio. Para la sutura tres maniobras son esenciales: comprimir el útero a través de la pared abdominal hacia el interior de la pelvis, tomar el labio anterior de cuello con una pinza y traccionarlo hacia afuera de la vagina y tomar el labio posterior y atraerlo con fuerza hacia afuera. Esto permite visualizar el desgarramiento en casi toda su extensión. Luego se coloca una valva separando la pared vaginal del lado del lado del desgarramiento y se procede a la sutura del mismo. Se recomienda comenzar la sutura en la parte no desgarrada del cuello, inmediatamente por encima del ángulo superior de la herida, ya que allí se encuentra el vaso retraído, que da origen a la hemorragia.

Desgarro vaginal

Corresponde a una lesión en la vagina de trayecto lateral y longitudinal, puede abarcar sólo la mucosa o todos los planos de la vagina y órganos vecinos (vejiga, recto). Son consecutivos a partos forzados, fórceps, dilataciones lentas de vaginas fibrosas, mal irrigadas o con cicatrices de partos anteriores y fetos macrosómicos.

Su diagnóstico se realiza mediante el tacto vaginal, donde se comprueban unas hendiduras abiertas en las paredes de la vagina, que en ocasiones pueden presentar sangrado copioso.

Puede presentar complicaciones como inflamaciones agudas o crónicas del tejido conjuntivo pelviano y fistulas perineales, rectales o vesicales. Las fístulas son una conexión anormal entre un órgano, un vaso o el intestino y otra estructura. Generalmente, las fístulas son el producto de lesión o cirugía, pero también pueden resultar de infección o inflamación.

Debe suturarse todo el espesor de la herida, si es profunda, debe suturarse en dos o más planos. Si la vejiga ha sido afectada, deberá colocarse una sonda permanente durante 10 días, acompañado de cobertura antibiótica. Debe comprobarse la cicatrización por cistografía antes de retirar la sonda vesical. Rara vez es necesaria la reparación quirúrgica. (Reyna Villasmill, E.; Santos Bolívar, J.; Peña paredes, E., (2009) Rotura espontánea de vejiga urinaria post parto vaginal, *“Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología”*, Santiago. Vol7, N°1.)

CAPÍTULO V

CONSIDERACIONES DEL PUERPERIO GENERAL Y SUS PRINCIPALES CAMBIOS

El puerperio es el período que transcurre desde el alumbramiento hasta que la mayoría de las modificaciones producidas por el embarazo vuelven a su estado preconcepcional, involucra transformaciones progresivas anatómicas y funcionales, las modificaciones gravídicas involucionan hasta casi restituir las a su estado previo al embarazo, con excepción de las mamas, ya que éstas se encuentran en su máximo desarrollo para responder a la lactancia.

Para nuestro estudio, específicamente nos vamos a basar en los puerperios tardío y alejado ya que consideramos que es cuando las mujeres comenzarán en su mayoría a mantener relaciones sexuales con penetración, cabe destacar que los otros tipos de relación sexual, como los besos, abrazos y caricias pueden iniciarse inmediatamente después del parto.

Clínicamente se pueden distinguir 4 tipos de puerperio:

- Puerperio inmediato: comprende las primeras 24 horas posteriores al parto.
- Puerperio precoz (o mediato): comprende desde el día uno hasta el día diez después del parto.
- Puerperio tardío: se extiende desde el día once después del parto hasta el día cuarenta y dos.
- Puerperio alejado: a partir del día cuarenta y dos.

Es un período de gran exigencia para la mujer, desde el punto de vista biológico, psicológico y social, donde pueden presentarse múltiples complicaciones graves tales como:

- Procesos hemorrágicos
- Procesos infecciosos
- Procesos tromboembólicos
- Procesos hipertensivos
- Cambios y trastornos psicológicos.

Aspectos biológicos

Involución del cuerpo uterino

Luego del parto el útero adquiere una consistencia leñosa que se palpa por debajo del ombligo. Su involución es rápida, a los dos días posteriores al parto se palpa 1 o 2 través de dedo por debajo de la cicatriz umbilical, dependiendo de diversos factores, como pueden ser: frecuencia y cantidad de masajes uterinos, si la mujer deambula sin dificultades, si sus tránsitos tanto urinario como digestivo no se ven afectados, de la paridad de la misma ya que en las multíparas el útero suele descender con mayor rapidez, en la primera semana, el útero se palpa entre la cicatriz umbilical y la sínfisis púbica, a la segunda semana ya se encuentra intrapélvico.

Cuello uterino

El orificio cervical externo no recupera totalmente la forma redondeada que tenía previo al parto, ahora aparece como una línea ligeramente entreabierta, en ocasiones prolongada lateralmente en posición horaria de las 3 y las 9 por pequeños desgarros ocurridos durante el parto. Histológicamente se comprueba que el límite entre epitelio cilíndrico endocervical y el epitelio escamoso vaginal se sitúan por fuera del orificio cervical externo.

Vagina

Luego del parto la vagina se encuentra aumentada de tamaño, también en ocasiones presenta pequeños desgarros. En dos o tres semanas, disminuye su volumen y se produce la cicatrización adecuada de los desgarros si existen. Es habitual que no se recupere el tamaño previo al embarazo, lo que dependerá de la ejercitación previa de dicha musculatura.

Vulva

Tras el parto muestra pequeñas eminencias llamadas carúnculas mirtiformes que corresponde al resto de la membrana himeneal en aquellas mujeres que han tenido parto vaginal normal.

Periné

Los desgarros del periné si son suturados de forma adecuada, cicatrizarán correctamente, sin embargo, esta es la zona que puede verse más perjudicada al momento de reiniciar las relaciones sexuales ya que cuando se desgarran los músculos o se realiza la incisión de la episiotomía, la reparación se dificulta generando la posibilidad de que no permanezca de la misma manera a lo que estaba previo al parto, repercutiendo en el placer y desempeño sexual.

Los desgarros de los medios de fijación musculo aponeuróticos que no son reparados adecuadamente pueden producir prolapso de la vagina o del útero.

Normalización de la función del ovario

Después del parto los niveles de estrógenos y progesterona disminuyen rápidamente. Hacia la tercera semana, los estrógenos comienzan una elevación, y si la mujer no se encuentra amamantando, aproximadamente a los 40 – 45 días posteriores al parto, tiene su primera menstruación.

Otros cambios endócrinos

Inmediatamente después del parto, existe una caída masiva de las hormonas que liberaba la placenta en el embarazo al tiempo que comienzan a aumentar las hormonas relacionadas a la lactancia materna, la prolactina, quien se encarga de la producción de la leche materna. El aumento de ésta se relaciona directamente con la disminución de la testosterona, siendo ésta a su vez responsable de la disminución del deseo sexual; y la oxitocina la cual se encarga de la liberación y expulsión de la leche cuando el/la recién nacido/a succiona. Esta hormona también es la encargada de provocar las contracciones uterinas dolorosas, por ende, también ayuda a la involución uterina y expulsión de limos. La acción de dicha hormona puede interferir negativamente durante la relación sexual ya que cuando hay tensión sexual puede haber, como ya mencionamos, eyección láctea incomodando a la mujer y su pareja, pudiendo generar dificultades en la relación.

Aparato urinario

La pelvis renal y los uréteres que se han dilatado durante el embarazo, recuperan su tamaño normal en dos a ocho semanas. Los primeros días posteriores al parto la diuresis se encuentra aumentada, con el fin de eliminar la retención de líquido intersticial producida por el embarazo.

En un pequeño número de mujeres puede producirse incontinencia urinaria, debido a la lesión de los músculos uretrales y de los tejidos vecinos.

Aspectos psicológicos y sociales

El estado psicológico de la embarazada tiende a afectar su conducta sexual de una u otra forma, independientemente de su estado físico. Las mujeres psicológicamente más maduras, equilibradas y estables emocionalmente se adaptan mejor a su nueva condición fisiológica y pueden mantener durante el embarazo una misma calidad en frecuencia en relaciones sexuales, siempre que éstas ocurran de acuerdo con sus expectativas y no resulten agresivas o incómodas. Las mujeres que reaccionan negativamente al contacto sexual en este período pueden estar reaccionando a alteraciones físicas e incomodidad. (Castelo-Branco et. al., 2005)

Psicológicamente, la mujer, en el puerperio debe afrontar los cambios que éste le implica, saber que ya no sólo tendrá que encargarse de sus cuidados, las tareas domésticas (según lo que demanda la sociedad), otros hijos si los hay sino que también tiene que encargarse del/la recién nacido/a y las demandas que éste implica, situación que puede generarle estrés, angustia, miedo, dado que todas las mujeres desean cumplir con las tareas y en especial con las funciones maternas de la mejor manera posible.

En este período de cambios, se va a ver afectada la relación tanto con su pareja como con su familia. Es fundamental que las puérperas reciban apoyo y contención emocional para así evitar otras patologías propias del puerperio como puede ser la depresión puerperal, patología que debe abordarse y tratarse adecuadamente. Distinto es la tristeza puerperal, la cual aparece como consecuencia de los cambios hormonales. Es normal entre el 30-50% de las puérperas y no requiere de tratamiento específico, a esto se le suma cansancio, estrés, dolor, adaptación a la nueva vida, trastornos del sueño, adaptación a los trastornos de sueño y vigilia de/la recién nacido/a.

La inseguridad es un sentimiento muy común en las puérperas, en especial en las primerizas, producidos por la responsabilidad de la maternidad, ya que el/la recién nacido/a depende casi exclusivamente de sus cuidados, de la lactancia y le resulta desconocido al que tiene que adaptarse y empezar a conocer.

Respecto a la relación de la pareja, es de destacar que en ocasiones la pareja de la mujer (puérpera), ya sea mujer u hombre, puede llegar a sentir celos del/la recién nacido/a porque ocupa todo el tiempo de su mujer/pareja/esposa/compañera/como amante. Por este motivo, es fundamental involucrar a la pareja en la atención y cuidados del/la recién nacido/a, conteniendo de manera afectiva a la madre para que ella esté más tranquila y feliz y mejore así la interacción con el/la recién nacido/a, favoreciendo a un mejor desarrollo para el niño. Asimismo, los padres tienen un papel fundamental en el desarrollo psicomotor y social de sus hijos dado que aportan otro tipo de estímulos diferentes a los de la madre ya sea desde el punto de vista sensorial, afectivo o cognitivo.

SEXUALIDAD EN EL PUERPERIO

Es un tema poco abordado por el equipo de salud que realiza el seguimiento y evolución prenatal a la gestante, se considera que es necesario dedicarle tiempo a este tema en las consultas previas al parto para orientar básicamente a la pareja sea hetero u homosexual ya que algunas de éstas consideran reiniciar la actividad sexual como si nada hubiera pasado, desconociendo los cambios que ocurren en este período pudiendo generar problemas en su relación.

Cabe destacar que el momento, la forma, el lugar y las condiciones en que se reinician las relaciones sexuales varía de una pareja a otra, si bien en la mayoría de las informaciones encontradas en la literatura sobre el retorno a la vida sexual de la mujer en el puerperio afirma que ese retorno debe suceder a partir del cuadragésimo tercer día del post parto o dos semanas después del parto conforme el confort y deseo de la mujer, con el objetivo de prevenir infecciones puerperales, cabe destacar que se hace referencia al reinicio de relaciones sexuales coito-vaginales sin protección con preservativo. (Salim, NR.; Araújo, NM.; Gualda, DMR., 2010, Cuerpo y Sexualidad: experiencia de puérperas).

Como se nombró en los capítulos anteriores, en el puerperio ocurren diferentes cambios ya sea a nivel físico, social, psicológico como también ocurren cambios a nivel de la relación de la pareja, todos estos motivos influyen en el reinicio de las relaciones sexuales.

Éstas se reinician luego de un período de abstinencia generado por el propio embarazo, ya sea por razones médicas o por decisión de la propia pareja por incomodidad al momento de mantenerlas, miedo por parte del varón de dañar al feto, entre otras y la propia abstinencia que el puerperio requiere que varía

entre 20-40 días, la llamada cuarentena, para permitir que los órganos reproductivos y sus funciones se recuperen de manera completa, así mismo disminuir el riesgo de infecciones puerperales.

Es relevante destacar que las relaciones sexuales no son solo con penetración, sino como ya se hablado anteriormente involucran besos, caricias, relaciones que incluyan el sexo oral o anal, motivo por el cual pueden reiniciarse antes de la cuarentena con cualquier otro tipo de los nombrados previamente.

La vivencia de la sexualidad y el deseo de mantener relaciones sexuales se puede ver alterada por diferentes razones, entre las cuales podemos encontrar:

- Cansancio
- Estrés
- Miedo al dolor
- Depresión
- Dependencia del/la recién nacido/a
- Cambios hormonales
- Temor al desempeño sexual
- Temor a problemas médicos (infecciones)

Lo que respecta al dolor, se dice que puede deberse a que la mujer lo correlaciona con el dolor vivido en el parto, asimismo estudios demuestran que este se ve más acentuado en aquellas mujeres que necesitaron una episiotomía o sutura de desgarro. Otra causa de éste puede ser la falta de lubricación relacionada a la disminución de estrógenos que existe en esta etapa.

Como se nombró previamente, existe una disminución de las hormonas sexuales, estrógeno y progesterona y un aumento de la oxitocina y prolactina causantes de la producción, bajada y salida de la leche. Esta alteración hormonal puede traer repercusiones a nivel psicológico causando la llamada depresión post parto. El amamantamiento puede producir diferentes

sensaciones y sentimientos cuando está relacionado a la expresión de la sexualidad, algunas pueden sentir placer, conformidad, deseo de hacerlo y están preparadas para ello, pero por el otro lado están aquellas mujeres a las que les avergüenza el sentir placer al mismo tiempo que están amamantando a su hijo a quienes se les hace muy difícil transitar este periodo.

El temor al desempeño sexual por parte de la mujer involucra el miedo a no ser seductora para su pareja dado que en muchas ocasiones se ven desprolijas, "gordas", poco atractivas, pasan por un proceso de aceptación propia que toma un par de meses; otro de los miedos que se presentan a menudo es a no excitarse como antes o a no lograr orgasmos cuando antes si los lograban.

El puerperio es un período en el cual las parejas deben tener una muy buena comunicación, diálogo y comprensión entre ellos, en especial por parte de la pareja para así sobrellevar de la mejor manera el proceso de sexualidad, ya que hay momentos en que la mujer no está aún preparada para reiniciar las relaciones sexuales por los motivos nombrados anteriormente y para ello y continuar con una buena relación de pareja es esencial la comprensión.

Se han consultado las bases de datos Medline y Cuiden, introduciendo como palabras claves -sexualidad- y -puerperio-.

- La actividad coital se reinicia a las 5-7 semanas postparto. Al cuarto mes postparto el 90% de las parejas realizan coito (entendiendo por este a la penetración vaginal).
- El deseo sexual y la actividad coital disminuyen respecto al periodo pregestacional." (Martín de María, S., SF, Sexualidad en el puerperio).

CAPÍTULO VI

ROL DE LAS/OS OBSTETRAS PARTERAS/OS

Fundamental es el rol de las y los parteras/os desde el momento de captación de las gestantes el de brindar información y asesorar acerca de la importancia de la sexualidad ya sea durante el embarazo y después del mismo. Algunos aspectos que se considera deben destacar en las consultas son:

- Enseñar diferentes técnicas y ejercicios para fortalecer el suelo pélvico para poder reducir el índice de episiotomías y desgarros para favorecer así las relaciones sexuales con penetración.
- Explicar las modificaciones corporales que ocurren en el período del puerperio a fin de que la gestante y su pareja las conozcan y las visualicen como normales.
- Informar que el reinicio de relaciones sexuales no tiene por qué ser coital, sino que pueden implementarse las caricias, besos, auto o hetero masturbación, sexo oral, anal, etc.
- Advertir que frente a un orgasmo puede existir secreción láctea y no avergonzarse de ello.¹
- Enseñar a las parejas que la disminución de la libido puede ser compensada con el aumento del acercamiento corporal.¹

¹ Martín de María, S. (SF), Sexualidad en el puerperio

- Explicar la importancia de dedicarse un tiempo como pareja, salir a pasear, bañarse juntos, ir al cine, mientras que al/la recién nacido/a lo cuida otro integrante de la familia en quien confíen.¹
- Aportar estrategias a la mujer para su autocuidado, aunque sea en un tiempo mínimo del día.¹
- Favorecer a la comunicación de la pareja para así erradicar el mito de maternidad/paternidad llena de felicidad y exenta de sentimientos negativos, para así las complicaciones, problemas e inseguridades se hablan y resuelven entre los dos.¹

TÉCNICAS PARA FORTALECER EL SUELO PÉLVICO

Consideramos relevante destacar algunas técnicas para fortalecer el suelo pélvico y todo su conjunto muscular para así evitar que en el momento del parto se realicen episiotomías u ocurran desgarros, con el objetivo de mejorar la vida sexual en general de la gestante. Esta temática es espacialmente abordada por las/os Obstetras Parteras/os por contar con la formación adecuada de dichas técnicas, capacitadas en la psicoprofilaxis, clases de parto y en las consultas prenatales.

Ejercicios de Kegel

Los ejercicios de Kegel son una de las técnicas más usadas para fortalecer el suelo pélvico. Es una técnica muy recomendada por sexólogos, obstetras y ginecólogos para mejorar la vida sexual de la mujer en cualquier momento de su vida, pero fundamentalmente en la etapa puerperal.

Estos ejercicios fueron creados por Arnold Kegel en 1940 para sus pacientes, quienes sufrían incontinencia urinaria. Con el correr del tiempo se fueron implementando para fortalecer el suelo pélvico en general y mejorar todas las funciones del mismo, beneficiando no solo a la incontinencia urinaria, sino que al fortalecer todos los músculos mejora el rendimiento de éstos en el embarazo, trabajo de parto y parto² y reducir las disfunciones sexuales. Los ejercicios se basan principalmente en contraer y relajar el músculo pubococcígeo, principal músculo del suelo pélvico. Estos músculos y ligamentos son los encargados de sostener contra la gravedad a la vejiga, el útero y el recto.

Mantener la contracción de los músculos unos 4 o 5 segundos, relajarlos unos 8 o 10 segundos y realizar unas 10 repeticiones (contracción lenta). Después empezar a practicar los diferentes tipos de contracción:

- **Contracción lenta:** Apretar los músculos tirándolos hacia arriba. Contraerlos y mantenerlos 5 segundos respirando suavemente. Luego, relajarlos durante 5 segundos más, y repetir la serie 10 veces. Se puede intentar aumentar progresivamente el tiempo de contracción y relajación. Empezar por 5 segundos en cada caso hasta llegar a los 20.²

- **Contracción rápida:** Apretar y relajar los músculos tan rápidamente como se pueda hasta el cansancio o que transcurran unos 2 ó 3 minutos. Empezar con 10 repeticiones cuatro veces al día hasta alcanzar las 50 repeticiones diarias.²

- **Contracción en ascensor:** Este ejercicio requiere cierta concentración, pero sus resultados son muy buenos. La vagina es un tubo muscular con secciones en forma de anillo dispuestas una sobre otra. Imaginar que cada sección es una planta diferente de un edificio, y que subes y bajas un ascensor tensionando cada sección. Empezar subiendo el ascensor suavemente hasta la primera planta, aguántalo durante un segundo, y subir hasta la segunda planta.

² Los ejercicios de Kegel para reforzar el suelo pélvico, SF.

Seguir subiendo tantas plantas como se pueda (normalmente no más de cinco). Para bajar, aguantar también un segundo en cada planta. Finalmente, intentar relajar por completo la musculatura durante unos segundos.²

- **Contracción en onda:** Algunos músculos del suelo pélvico están dispuestos en forma de un ocho, pero con tres anillos. Un anillo se sitúa alrededor de la uretra, otro alrededor de la vagina, y el último alrededor del ano. Contraer estos músculos de delante a atrás (cierra primero uretra, luego vagina y por último ano) y relajarlos de atrás a delante.²

Otra variación de estos ejercicios puede ser, acostada boca arriba o sentada, imaginar que se sostiene una pelota con la vagina, sostenerla durante 10 segundos y soltarla rápidamente. Repetir este procedimiento 3 -5 veces.

Está comprobado que los ejercicios para el fortalecimiento para el suelo pélvico ayudan a:

- Eliminar o evitar la incontinencia agravada por el peso del feto sobre la vejiga durante el embarazo.
- Facilitar el parto al producirse menos desgarros y posiblemente evitar una episiotomía con menor dolor tras el parto.
- Incrementar la circulación sanguínea en la zona rectal, ayudando a cicatrizar más rápido un desgarro o episiotomía y reducir la posibilidad de hemorroides.
- Evitar prolapso de útero, vejiga y otros órganos de la zona después del parto.
- Los ejercicios de Kegel son esenciales para tonificar los músculos vaginales y volver a una vida sexual normal después del parto.

Otras técnicas para fortalecer el suelo pélvico además de los ejercicios previamente mencionados son los masajes perineales y la gimnasia con pelotas grandes (Esferodinamia).

Masajes perineales

Los masajes perineales se realizan con el objetivo de aumentar la flexibilidad y elasticidad de los músculos de la zona del periné, reduciendo así las posibilidades de producir un desgarro en el momento del parto y evitar la necesidad de realizar una episiotomía. Así mismo ayuda a conocerse a una misma favoreciendo a una mayor relajación durante el parto.

Se recomienda que este tipo de masaje se realice a partir de la semana 35 de gestación.

Para llevar a cabo la realización del masaje es fundamental que la mujer se sienta cómoda, relajada y tranquila en el lugar a realizarlo ya que es un momento íntimo y personal. Para realizarlo se recomienda utilizar un aceite natural ya sea de oliva, almendra, aceites con rosa mosqueta, se recomienda elevar una pierna al borde de la bañera o una silla, posteriormente se introduce un dedo en la vagina y se comienzan a realizar masajes en forma de “U” y aplicando una ligera presión en el periné, luego se puede ejercer la misma presión en las paredes laterales y por último hacia afuera. Practicándolo 5 o 10 minutos al día ya es suficiente y cabe destacar que no debería sentirse ningún dolor. (Almansa - 2017 - Masaje perineal en el embarazo: desde cuando, como porque debes hacerlo- Unicef- www.elmundo.es/yodena/madres/2017/04/07/38e620d86163f24178b45b5.html) De esta forma se estará entrenando al periné para soportar el estiramiento al que se someterá durante el parto.

Esferodinamia: ejercicios con pelotas gigantes

La esferodinamia es un método de trabajo corporal que busca la tonificación muscular, la flexibilidad del cuerpo, la relajación de tensiones y la conciencia corporal con pelotas gigantes, a través del movimiento y la respiración.

Estos ejercicios tienen múltiples beneficios en el embarazo, entre los cuales destacamos: mejora la percepción del volumen corporal, aumenta el conocimiento de estructuras óseas y de la musculatura del canal de parto, facilita la ubicación del feto para el parto, estimula la circulación, fortalece la musculatura, mejora la postura, coordinación, relajación y concentración.

Los ejercicios que se pueden realizar con las pelotas son múltiples, cabe destacar que todos deben estar coordinados con la respiración, inhalando en la posición inicial y exhalando al momento de realizar el movimiento. A continuación, mostraremos algunos de los mismos.



Imagen 2.1: Alineación de la columna

Fuente: Blog Esferofit



Imagen 2.2: Ejercicio de desequilibrio sobre el balón.

Fuente: Blog La Bioguía



Imagen 2.3: Círculos con región lumbopélvica fija.

Fuente: Blog La Bioguía

CAPÍTULO VII

OBJETIVOS

Objetivo General

Contribuir al conocimiento acerca del reinicio de las relaciones sexuales en el postparto, en mujeres que realicen el control pediátrico en las Red de Atención de Primer Nivel (RAP).

Objetivos Específicos

- ✓ Determinar los factores que influyen en el reinicio de las relaciones sexuales.
- ✓ Evaluar el tiempo transcurrido para el reinicio de relaciones sexuales postparto.
- ✓ Identificar el tipo de relación sexual con el que se reinicia la actividad sexual.
- ✓ Valorar la afectación de suturas sobre las relaciones sexuales coitales.
- ✓ Establecer el conocimiento de las usuarias sobre las alternativas de las relaciones sexuales coitales.

METODOLOGÍA

Diseño Metodológico

El presente estudio se basa en un enfoque cuantitativo, ya que se centra en el conteo y clasificación de características y en la construcción de modelos estadísticos y cifras para explicar lo que se observa.

Tipo de estudio

Nos basamos inicialmente en un tipo de estudio descriptivo y luego aplicamos un análisis correlacional, dado que nuestro objetivo es generar conocimiento acerca del reinicio de las relaciones sexuales (desde ahora RRS) en el postparto.

Cabe aclarar que la muestra seleccionada no podrá ser extrapolada a la población uruguaya en general, ya que el estudio se realizó en 2 centros de primer nivel de atención del país, específicamente en Montevideo, sin haber podido implementarlo en otros centros que pudieran brindarnos el carácter representativo de toda la población. Para ello hubiera sido necesario un análisis sociodemográfico a nivel nacional, lo que además de requerir más tiempo, requiere otros recursos. Esto quiere decir que el muestreo es por conveniencia o no probabilístico.

En este sentido, este estudio descriptivo nos permite describir cómo, cuándo y por qué reinician las relaciones sexuales durante el puerperio, mujeres que tuvieron su parto en Montevideo; es decir, cómo es y cómo se manifiesta ese evento de estudio.

A su vez, con este tipo de estudio medimos y evaluamos los aspectos del RRS en el postparto que se relacionan con la presencia de suturas perineales, el deseo, el tiempo transcurrido luego del parto, el tipo de relación sexual, entre otros, seleccionando una serie de variables que nos permitirán describir las características del RRS durante el postparto.

El análisis correlacional es realizado en estudios de tipo descriptivo y tiene como finalidad determinar el grado de relación o asociación no causal existente entre dos o más variables. Se caracterizan porque primero se miden las variables y luego, mediante pruebas de hipótesis correlacionales y la aplicación de técnicas estadísticas, se estima la correlación. Aunque la investigación correlacional no establece de forma directa relaciones causales, puede aportar indicios sobre las posibles causas de un fenómeno. Este tipo de investigación descriptiva busca determinar el grado de relación existente entre las variables.

- 1- Búsqueda y revisión de la literatura especializada sobre el tema a nivel internacional y nacional en los siguientes sitios: Sindicato Médico del Uruguay (SMU), Biblioteca del CHPR, Escuela de Parteras, Google Académico.
- 2- Presentación y análisis de la situación local, con respecto al RRS, en los centros de RAP: Centro de Salud Cerro y Centro de Salud Jardines del Hipódromo en el período de Octubre de 2017, basadas en el análisis cuantitativo de encuestas realizadas a las participantes del estudio.

a- Caracterización del lugar de encuestas

El centro de salud Jardines del Hipódromo se encuentra ubicado en Malinas 3843 entre Libia y Rafael, cuenta con 11 policlínicas dependientes, asiste usuarios de ASSE, mayoritariamente con un nivel socio económico medio bajo. El Centro de Salud Cerro está ubicado en Carlos María Ramírez 1744 entre Chile y Grecia, tiene 30 policlínicas dependientes, que contribuyen al

funcionamiento de la Red asistencial del Primer Nivel de ASSE, donde, además de lo asistencial, se realizan cientos de diversos tipos de actividades de promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad. Es el centro de referencia para 240 mil habitantes de la zona oeste de Montevideo.

b- Consideraciones éticas

- La información se manejará de forma confidencial, siendo de uso exclusivo de las responsables de la investigación, quienes garantizarán la confidencialidad y el anonimato de las participantes durante todo el proceso, los datos personales no serán revelados en ningún momento, y la encuesta se realizará en un lugar privado.
- La participante tiene derecho a negarse a ser entrevistada.
- La participante tiene derecho a no responder alguna pregunta si no está de acuerdo o a retirarse en cualquier momento de la encuesta.

Cabe destacar que el trabajo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de la RAP el pasado 22 de Agosto del 2017.

Estas consideraciones éticas fueron realizadas luego de la lectura de los siguientes archivos: Ley 18.211: Sistema Nacional Integrado de Salud, Ley 18.335: Derechos y Obligaciones de los pacientes y usuarios de servicios de salud, Decreto N° 379/008 del Poder Ejecutivo, Investigación en Seres humanos y el artículo titulado Aspectos Éticos de la investigación Clínica en seres humanos realizado por Carlos J. Finlay.

Población o Universo

Mujeres que cursan el período descrito como postparto que hayan tenido un parto vaginal.

Muestra

Mujeres que cursan el período postparto tardío o alejado que llevaron a control pediátrico a sus hijos a los centros anteriormente mencionados, que tuvieron un parto vaginal, y aceptaron participar de la encuesta a través del consentimiento informado. La selección de la misma se realizó, como hemos mencionado, por conveniencia. Acudimos a los centros seleccionados y en base a la aceptación de las usuarias se realizaba la encuesta.

Tamaño muestral

100 usuarias captadas en las instituciones previamente mencionadas. Se optó por una muestra pequeña que sin ser representativa pretende alcanzar un nuevo conocimiento. Consideramos suficiente este tamaño muestral para realizar el estudio descriptivo planteado.

Criterios de inclusión

- Mujeres que hayan tenido parto vaginal.
- Mujeres que cursen el puerperio tardío o alejado desde un mes hasta el año.

Criterios de exclusión

- Mujeres que hayan tenido cesárea.
- Mujeres que cursen un puerperio mayor a un año.
- Mujeres que se nieguen a la participación en la encuesta.

Técnica de recolección de datos

Se realizaron encuestas personalizadas (ver Apéndice) a mujeres que cursaban el puerperio tardío o alejado, donde se informó sobre el proyecto de investigación y se les brindó un consentimiento informado que debían firmar (ver Anexo) el cual avalaba su participación. Se formulan las mismas preguntas y en el mismo orden a cada una de las encuestadas.

CAPÍTULO VIII

ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Como mencionamos en el apartado de metodología, se realizó durante un mes el relevamiento de datos, a través de 100 encuestas a mujeres que cumplían con los criterios de inclusión previamente mencionados, 50 en el Centro de Salud Cerro y 50 en Jardines del Hipódromo.

Aquí nos basaremos en un análisis descriptivo de los datos obtenidos y sobre un análisis correlacional entre variables que, interpretaremos en base al análisis estadístico y cálculo del coeficiente de correlación, realizado en Microsoft Excel.

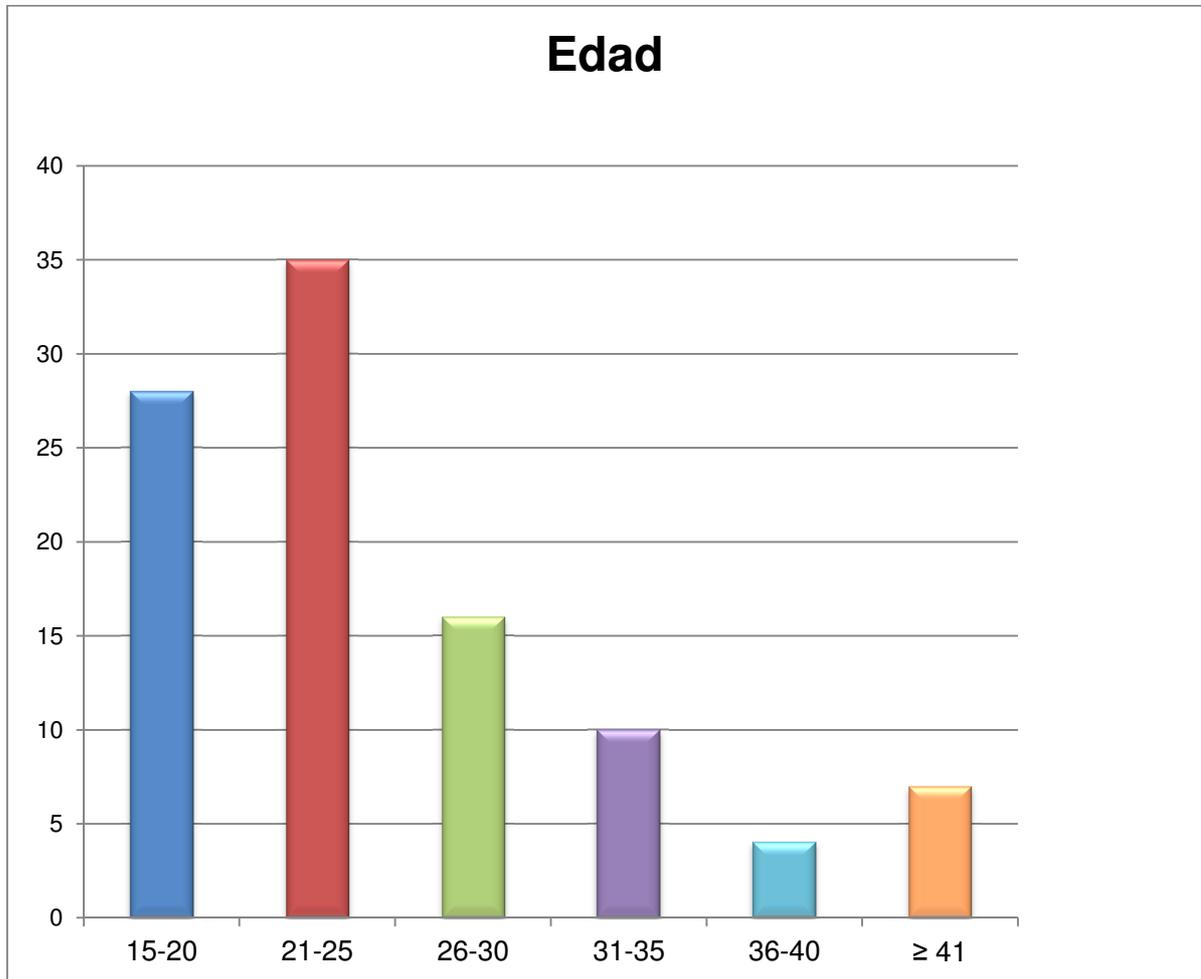
Cabe aclarar que el análisis descriptivo lo presentaremos a través de gráficos que permiten visibilizar los datos obtenidos y el análisis correlacional mediante tablas, dado que las variables correlacionadas son variables de razón, que a los efectos ilustrativos de aplicar una gráfica no es significativa.

Caracterización de la población encuestada

A continuación, describiremos las variables consideradas y obtenidas de las encuestas:

- *Edad*: refiere a la edad de las mujeres encuestada en años.
- *Pareja*: refiere tener o no pareja al momento del RRS
- *Cuando*: refiere al momento, tomando de referencia el día del parto, en el cual reinicia las RS. Se consideraron 3 momentos:
 - antes de 1 mes del parto
 - 1 mes luego del parto
 - más de 1 mes luego del parto
- *Cómo fue*: refiere a la variable que califica en términos de mejor, igual, o peor, la experiencia sexual, entendida como relación sexual.
- *Tipo de relación sexual*: se refiere a las diferentes prácticas sexuales, considerando coito vaginal y anal, sexo oral, besos y caricias (BYC) entendiéndolo como el petting, y masturbación, considerándola como una práctica de pareja, siendo parte del juego sexual.
- *Suturas*: es la variable definida para describir si requirió reparación perineal, tanto fuera por realización de episiotomía o reparación de desgarros.
- *Afectación de suturas*: respecta a si afectó o no, en el caso de haber tenido suturas, el RRS.

Edades de mujeres encuestadas

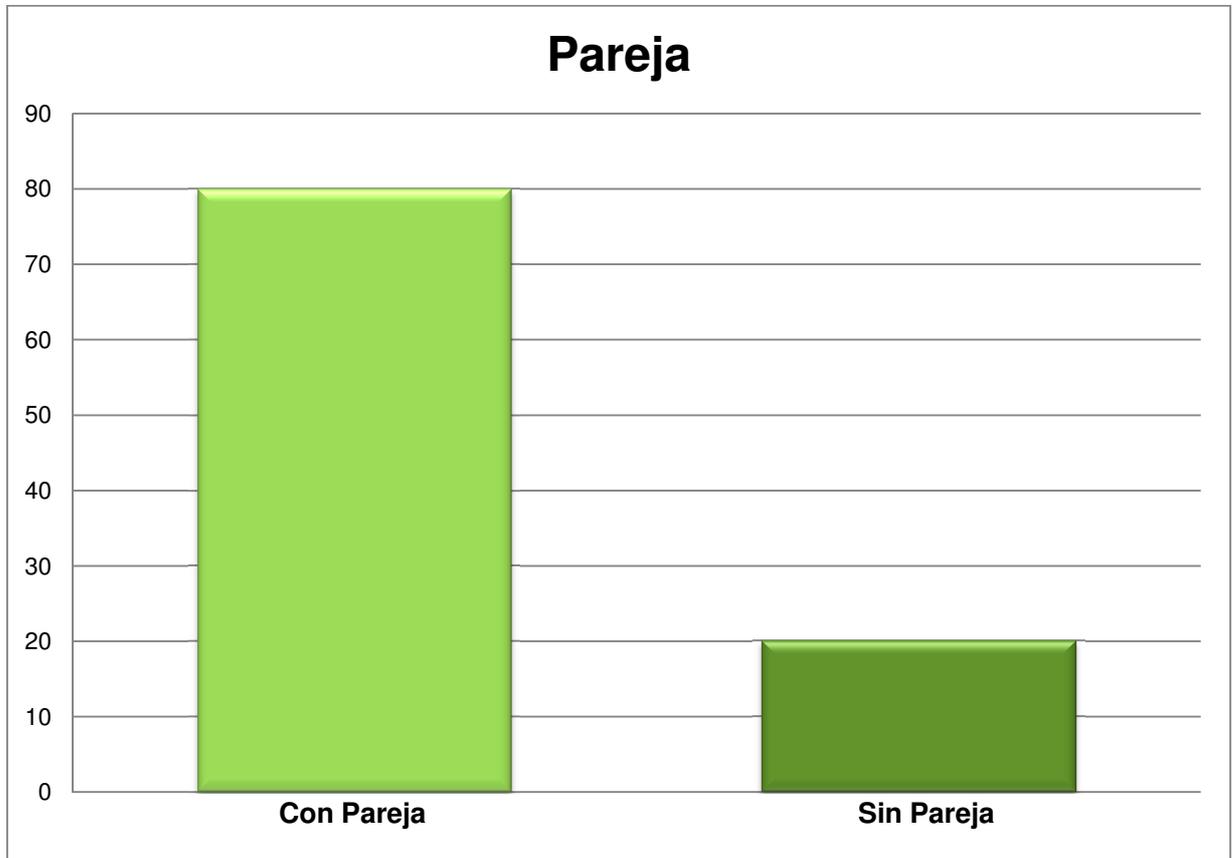


Gráfica 1: En esta gráfica se puede observar el rango etario de las mujeres encuestadas.

De las 100 mujeres encuestadas:

- 28% se encuentra entre los 15 y 20 años.
- Un mayor porcentaje, 35% entre los 21 y 25 años.
- Entre 26 y 30 años hay un 16%.
- Un 10% está entre 31 y 35 años.
- 4% de ellas tienen entre 36 y 40 años.
- El 7 % restante tiene 41 años o más.

Cantidad de mujeres que están en pareja



Gráfica 2: Aquí se representa el porcentaje de mujeres que están en pareja y las que no, independientemente de su edad.

De las mujeres encuestadas:

- 80% de ellas se encuentran en pareja
- 20% de ellas están solteras

Relación de pareja según distribución de edades y reinicio de relaciones sexuales (RRS)

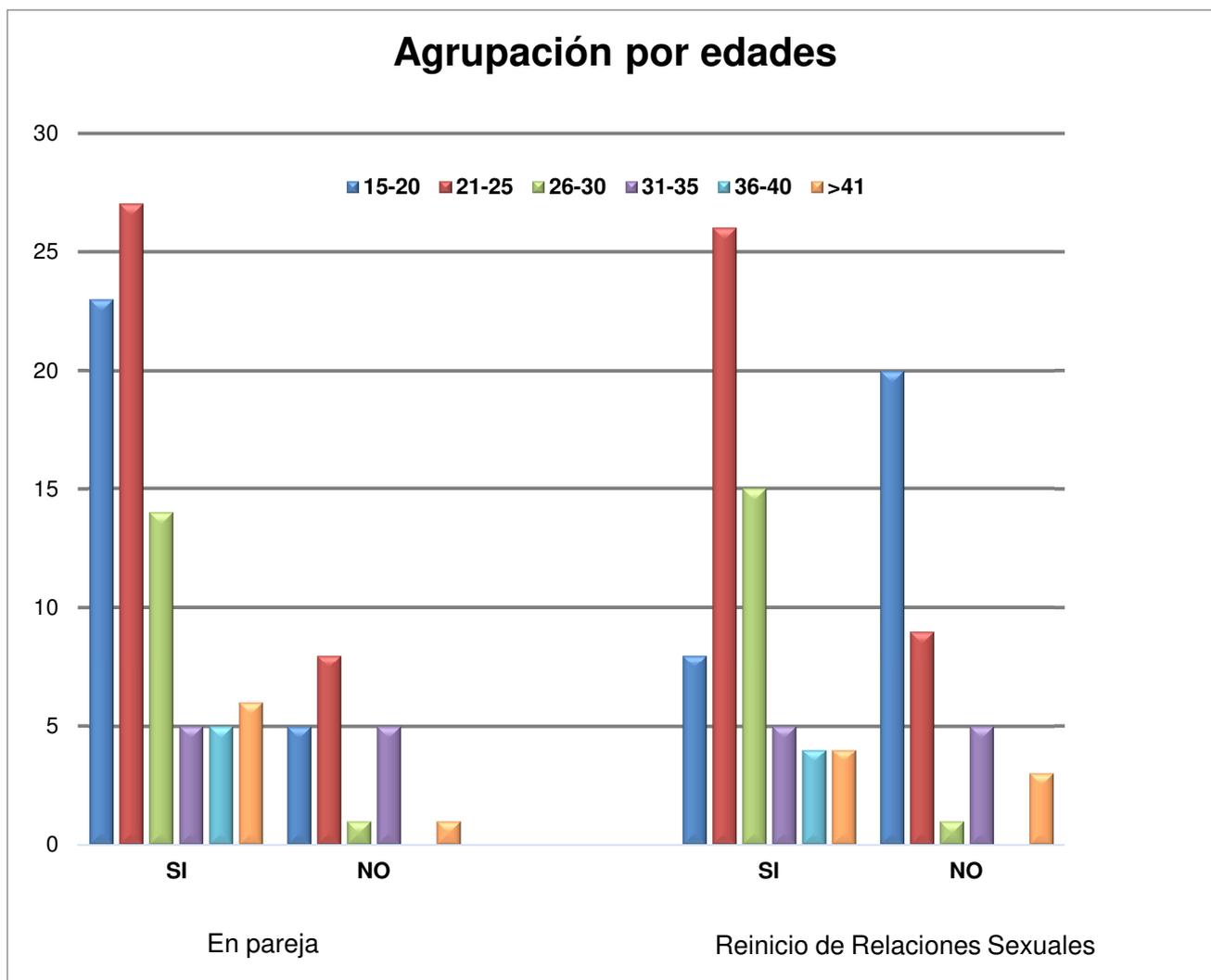


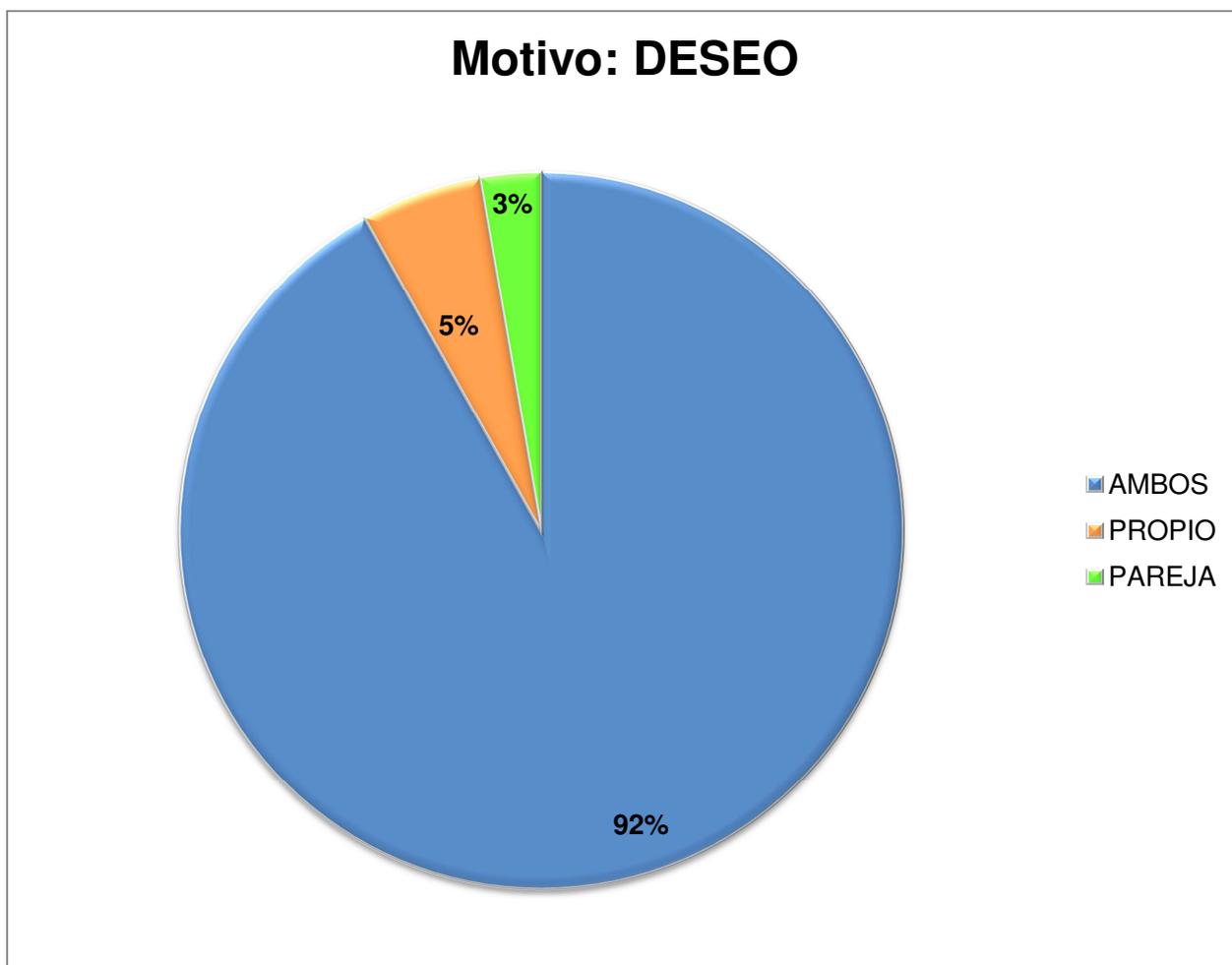
Gráfico 3: Esta gráfica evidencia la cantidad de mujeres que tienen pareja y aquellas que no, así como también el porcentaje que reinició las relaciones sexuales luego del parto, dependiendo del rango etario al cual pertenezcan.

Es de destacar que el 100% de las encuestadas que estaban en pareja lo estaban con un varón, razón por la cual nuestro análisis se realizó únicamente con parejas heterosexuales.

Reinicio de las Relaciones Sexuales (RRS)

Del 100% de las mujeres encuestadas, un 74% RRS y un 36% aún no las había reiniciado.

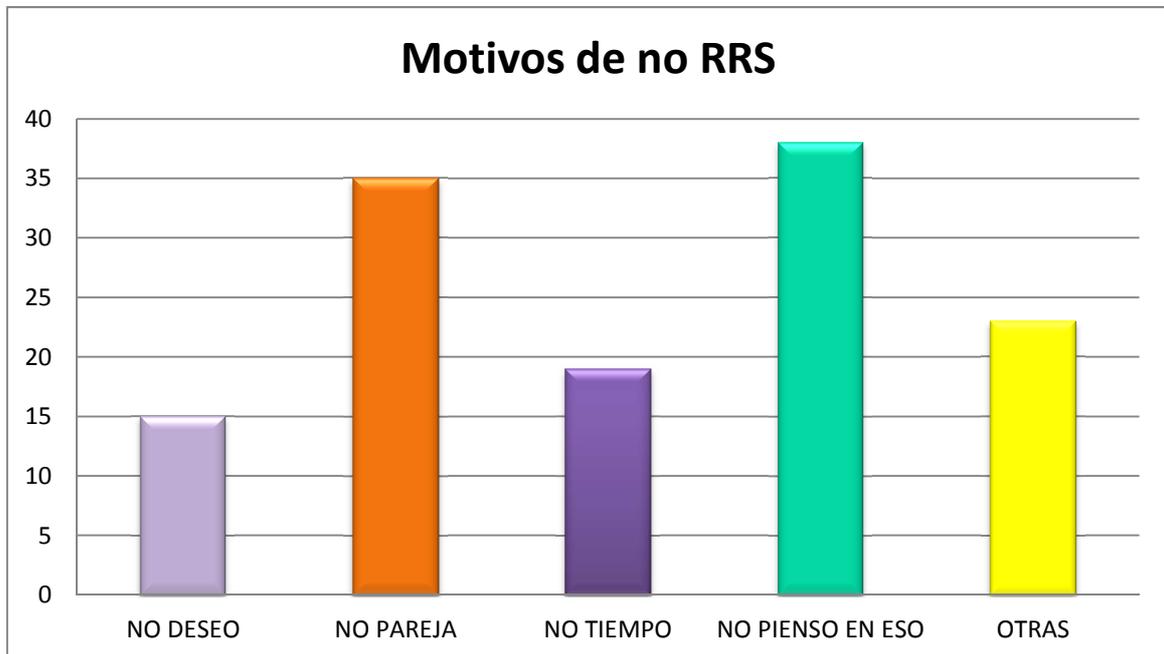
Motivo del RRS



Gráfica 4: En esta gráfica se observa el porcentaje correspondiente a los motivos por el cual reiniciaron las relaciones sexuales, según si el deseo fue propio, de la pareja o de ambos.

- Un 92% de las encuestadas RRS por deseo de ambos miembros de la pareja.
- El 5% reinició por deseo propio
- Sólo 3% reinició por deseo de la pareja únicamente.

Motivos por los cuales no se reiniciaron las relaciones sexuales



Gráfica 5: Esta gráfica muestra los motivos por los cuales las encuestadas aún no han reiniciado las relaciones sexuales.

Los motivos por los cuales no se reiniciaron las relaciones sexuales fueron varios:

- 15% de ellas no sienten deseo.
- Un 35% de las mujeres no están en pareja.
- 19% refieren no tener tiempo.
- Un 38% aún no piensa en eso.
- El 23% refiere otros motivos por los cuales no han RRS entre ellos refieren agotamiento, por esperar la cuarentena o porque aún persisten con puntos.

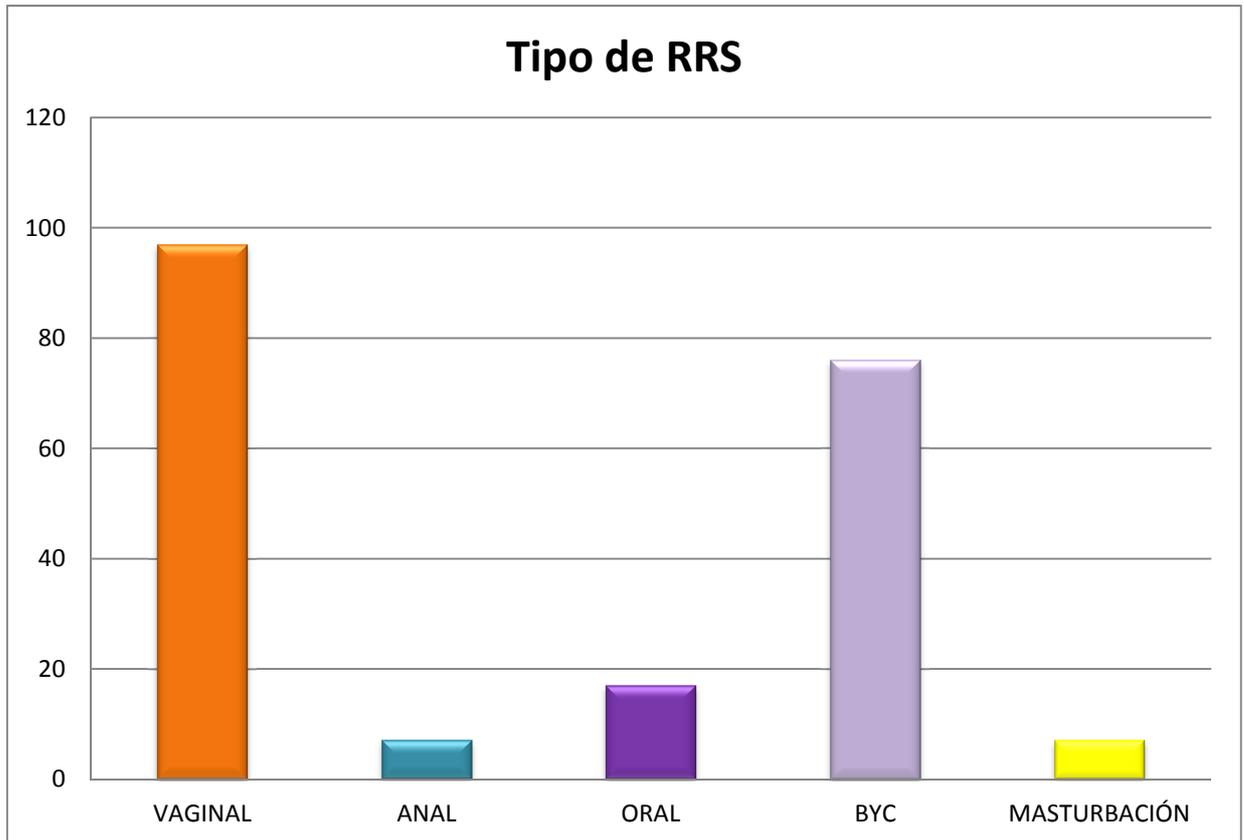
En cuanto al análisis correlacional para la variable RRS destacaremos los siguientes datos:

<i>N=100</i>	<i>RRS</i>	<i>EDAD</i>	<i>PAREJA</i>	<i>DESEO</i>
RRS	1			
EDAD	-0,04	1		
PAREJA	0,44	0,02	1	
DESEO	0,96	-0,02	0,44	1

Tabla 1 – muestra análisis correlacional entre las variables RRS, edad, tener o no pareja, tener o no deseo

- RRS según la edad, correlación negativa baja lo que quiere decir que no existe correlación entre edad y el RRS.
- RRS según si se tiene pareja o no, correlación positiva baja lo que quiere decir que hay una tendencia al reinicio cuando tienen pareja.
- RRS según tener deseo o no, correlación positiva alta, quiere decir que hay deseo cuando se reinician las RRS.
- Pareja y edad, correlación positiva baja, quiere decir que no existe correlación entre edad y el reinicio.
- Deseo y edad, correlación negativa muy baja, quiere decir que la relación entre la edad y tener deseo es casi inexistente.
- Deseo y pareja, correlación positiva moderada lo que quiere decir que hay una tendencia moderada a aumentar el deseo cuando tienen pareja.

Tipo de relación sexual con la cual reiniciaron relaciones sexuales



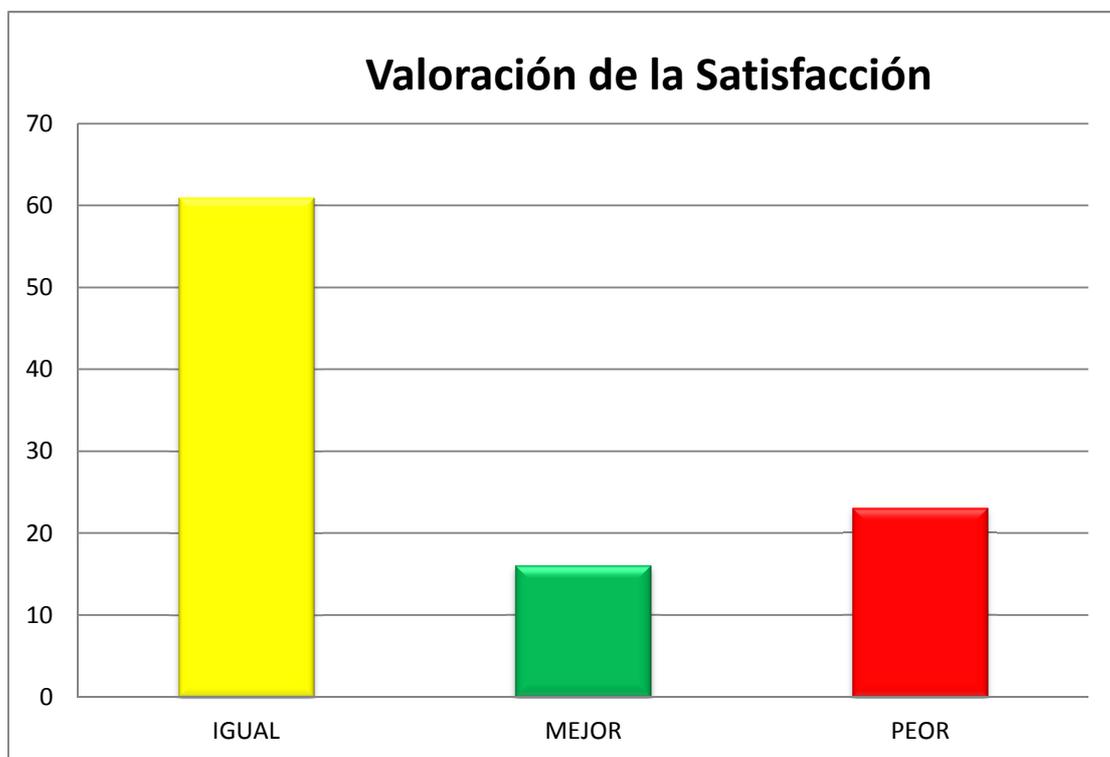
Gráfica 6: Esta gráfica evidencia las variantes del RRS, muchas mujeres practicando más de una opción.

- Un 97% de las mujeres RRS de manera coital vaginal.
- El sexo anal fue realizado por un 7% de ellas.
- 17% de ellas decidieron comenzar con sexo oral.
- 76% de ellas reiniciaron con besos y caricias (petting).
- Un 7% RRS a través de la masturbación.

Deseo o líbido

Respecto al deseo presente al momento del RRS, cabe destacar que del 100% de las encuestadas que reinició las relaciones sexuales, la gran mayoría, el 92% reinició teniendo deseo, teniendo ganas, sin embargo, un 8% no sintió deseo o ganas de reiniciarlas o ese sentimiento no estuvo presente en todas las relaciones sexuales con su pareja.

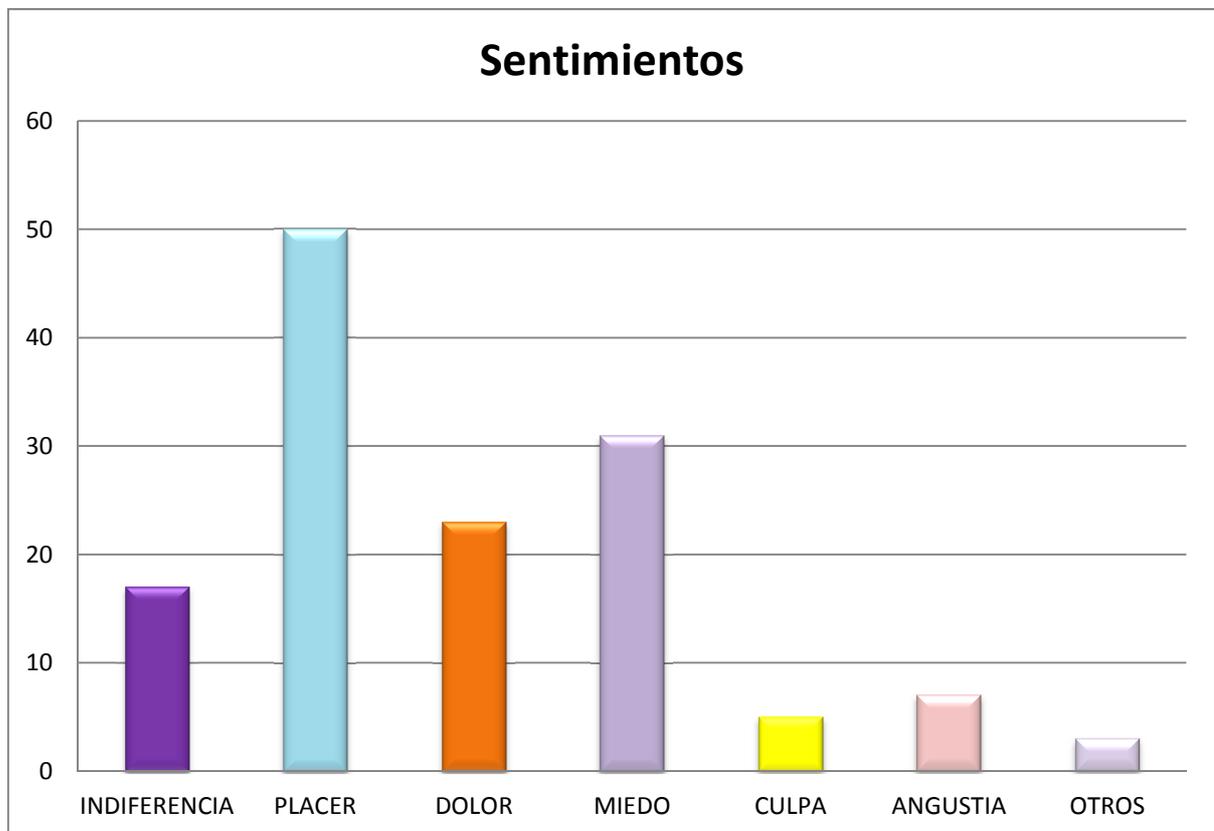
Valoración de satisfacción de la relación sexual



Gráfica 5: Evidencia cómo fue la valorada la relación sexual según su satisfacción.

- 61% de las mujeres que RRS consideran que sintieron lo mismo que lo que sentían durante el embarazo o previo al mismo.
- Un 16% refirieron una mejoría en la relación sexual.
- 23% de ellas consideran que la relación sexual fue peor que antes.

Primeros sentimientos en la primera relación sexual post parto



Gráfica 6: En la presente se pueden observar cuales fueron los primeros sentimientos experimentados por las encuestadas al momento del RRS.

Los sentimientos presentados fueron variados, tal como muestra la gráfica:

- A un 17% de ellas les generó indiferencia.
- 50% de las mujeres llegaron a sentir placer.
- El dolor estuvo presente en un 23% de las mujeres.
- 31% de ellas presentaron miedo, ya sea miedo a un nuevo embarazo, miedo a sentir dolor, miedo por la sutura.
- El sentimiento de culpa estuvo presente en un 5% de ellas y la angustia en un 7%.
- 3% de ellas vivenciaron otros sentimientos como por ejemplo molestias y sensibilidad.

Correlación para mujeres que RRS

<i>n=74</i>	<i>EDAD</i>	<i>PAREJA</i>	<i>CUANDO</i>	<i>DESEO</i>	<i>CÓMO FUE</i>
<i>EDAD</i>	1				
<i>PAREJA</i>		1			
<i>CUANDO</i>	-0,24	-0,13	1		
<i>DESEO</i>	0,06	0,07	-0,02	1	
<i>CÓMO FUE</i>	-0,18	0,11	0,15	0,20	1
<i>SUTURAS</i>			0,04	-0,008	0,06
<i>AFECTÓ</i>			-0,15		-0,28

Tabla 2 - Muestra datos de todas las mujeres que RRS en cuanto a la correlaciones entre variables de edad, tener o no pareja, cuando inicio RRS, deseo, cómo fue, suturas, afectación de suturas.

- Edad y tiempo de RRS, correlación negativa baja, quiere decir que hay una leve tendencia que a menor edad aumenta el reinicio.
- Edad y deseo, correlación casi nula lo que indica que no hay relación entre estas variables.
- La correlación entre edad y la valoración de cómo fue el RRS es negativa o inversa baja, quiere decir que hay una leve tendencia a que a mayor edad el reinicio fue peor.
- La correlación entre tener o no pareja y el momento del RRS es inversa y baja; esto significa que la tendencia es que tener pareja aumenta el reinicio antes de un mes postparto.
- Existe una muy baja correlación entre deseo de RRS y tener o no pareja, lo que quiere decir que hay deseo cuando tienen pareja.

- Hay correlación baja entre tener o no pareja y cómo fue el RRS, lo que quiere decir que aparece una muy leve tendencia a un reinicio mejor cuando tienen pareja.
- Correlación casi nula entre el deseo y cuando fue el RRS.
- La correlación entre el momento del RRS y cómo fue, es positiva y baja; es decir, a mayor tiempo postparto para el RRS mejor fue la experiencia.
- La correlación entre el momento del RRS y la presencia de suturas es negativa baja, lo que quiere decir que a mayor tiempo pasado al momento del RRS, menor es la afectación de las suturas.
- Existe una correlación positiva baja entre el deseo y cuando fue el RRS, quiere decir que el RRS fue mejor cuando hay deseo.
- La correlación entre el tiempo pasado para el RRS, el deseo y cómo fue este reinicio con las suturas es nula o inexistente.
- La correlación entre como fue el reinicio y la afectación de suturas es inversa y baja, queriendo decir que existe una tendencia a que el reinicio fue peor cuando afectó la presencia de suturas.

Presencia de Suturas

<i>n= 36</i>	<i>RRS</i>
SUTURAS	0,44
AFECTÓ SUTURA	0,28

Tabla 3: Muestra la correlación entre el RRS y las suturas

- La correlación entre el RRS y presencia de suturas es positiva moderada, lo que significa que, a mayor cantidad de suturas, mayor es el RRS.
- Hay una correlación positiva baja entre RRS y afectación de suturas queriendo decir que hay una leve afectación de las suturas para el RRS.

<i>n= 36</i>	<i>SUTURAS</i>	<i>AFECTÓ SUTURA</i>
COITO VAGINAL	0,11	
ANAL	-0,08	-0,10
ORAL	-0,10	-0,01
BESOS Y CARICIAS	-0,17	-0,24
MASTURBACIÓN	-0,19	-0,05

Tabla 4: Esta tabla muestra la correlación existente entre las suturas y las variantes del RRS.

- El coito vaginal tiene una correlación positiva baja respecto a la existencia de sutura, lo que quiere decir que hay una leve tendencia al coito vaginal cuando hay sutura.
- La correlación entre el coito anal y suturas es casi inexistente, al igual que para el sexo oral y la existencia de suturas.
- No existe correlación o es casi nula entre sexo anal, oral y masturbación, con la afectación de suturas.
- Existe una correlación inversa baja entre besos y caricias con la presencia de suturas. Esto quiere decir que cuando hay suturas, los besos y caricias aumentan, al igual que ocurre con la masturbación y suturas, la tendencia es que a mayor presencia de suturas mayor es la masturbación.

DISCUSIÓN

De los datos obtenidos podemos mencionar que del 74% de las encuestadas que RRS, independientemente de la edad de la misma, lo hizo por deseo de ambos miembros de la pareja.

En cuanto al 36% restante, que aún no RRS, el mayor porcentaje no lo hizo dado que aún no piensa en eso, independientemente de estar o no en pareja, lo que nos podría indicar, así como lo establece la literatura analizada, que la mujer, en el postparto tardío/alejado se centra mayoritariamente en los cuidados del/a recién nacido/a, en cumplir el rol de madre de manera completa dejando de lado el rol como mujer/amante y postergando así el reinicio de su actividad sexual.

Así, como vimos en los capítulos anteriores, muchas mujeres piensan en que son seres “asexuados” o que meramente deben centrarse en la maternidad, des-erotizando algunas partes de su cuerpo como por ejemplo las mamas y postergando también el RRS. Otros motivos mencionados fueron el hecho de no tener pareja, no tener tiempo, volviendo a ser relevante lo mencionado anteriormente y otras como pueden ser: falta de deseo, cansancio, agotamiento, miedo a un nuevo embarazo.

Relacionando el RRS con la edad, obtuvimos como dato esperable que no hay relación entre la edad y el RRS ya que son factores independientes. Otro factor esperable fue que el RRS fue mayor cuando se tenía pareja.

En cuanto al tipo de RRS predomina ampliamente el coito vaginal, lo que puede indicar que las mujeres desconocen o les temen a otros tipos de RRS como pueden ser, masajes eróticos, juegos de sexo oral, anal, masturbación,

entre otros. De todas formas, desconocemos si estos tipos de prácticas sexuales se obtienen sólo por cursar el período puerperal, o si son las prácticas sexuales que habitualmente realizan.

Queremos aclarar que la opción masturbación, estaba incluida como parte del RRS, pero que no podemos afirmar con certeza que así fuera, ya que no se indagó especialmente acerca de si la masturbación fue por parte de ambos o a solas; lo mismo que sucede con el sexo oral. No sabemos si se trató de sexo oral hacia la mujer (cunnilingus y/o annilingus) o hacia el varón (felatio y/o annilingus), lo que determinaría interrogantes para una posible investigación posterior.

Respecto al deseo, fue un sentimiento que estuvo presente en la gran mayoría de las encuestadas; hay correlación muy alta entre el deseo y el RRS que, si bien podría considerarse lógica, podría no ser así, por lo que la consideramos ideal. A pesar de ese valor ideal, destacamos que hay un 3%, valor pequeño, pero que existe, en referencia al RRS por deseo de la pareja. No podemos dejar pasar ese dato, aunque sea muy bajo; debemos tenerlo presente y considerar que las usuarias “acceden” al RRS sin deseo propio.

Lo que refiere al deseo y tener o no pareja, la correlación establecida muestra una leve tendencia a que hay deseo cuando tienen pareja, esto habla sobre una cuestionable dependencia del deseo sexual con el tener o no pareja; el deseo puede estar presente en todos los casos, ya sea en mujeres con pareja o sin pareja lo que nos hace desestimar ese dato. Asimismo, éste tampoco tiene relación con la edad, tal como lo muestra la correlación en la Tabla 1.

Referente a la evaluación sobre cómo fue el reinicio, dato que sorprende es que un porcentaje importante (23%) calificó al RRS como peor, los motivos podrían ser: no haber esperado el tiempo suficiente recomendado por los

profesionales de la salud para el RRS es decir al menos 40 días postparto, no disfrutar la sexualidad por miedo ya sea al dolor, a un nuevo embarazo, etc.

Los principales y más relevantes sentimientos que presentaron las encuestadas fueron: 50% sintió placer, 31% miedo, 23% presentó dolor; de dichos datos podemos destacar que pese a las exigencias que el puerperio conlleva, al cansancio materno, a la dependencia para el/la recién nacido/a, el nuevo rol de madre en las primigestas, el mayor porcentaje de ellas logró entregarse y sentir placer y disfrutó de su experiencia en la sexualidad.

Cabe destacar que la encuesta no relevaba el dato de paridad, dato que conocemos en algunos casos y que no podemos analizar, pero que podría haber dado otros puntos de vista al presente análisis.

Con referencia a la tabla 2, la correlación entre edad y tiempo, que indica que hay un leve aumento del RRS a menor edad, esto puede deberse al desconocimiento de las adolescentes de los cuidados a tener en cuenta, a que en este rango etario las prioridades e intereses sean diferentes a las de mayor edad. A destacar de esta tabla es el resultado de que, a mayor tiempo de espera para el RRS, mejor es la experiencia, indicando que, si esperan los tiempos recomendados, se respetan entre ambos, etc., el disfrute, la vivencia y experiencia de la sexualidad es mejor.

Esto también tiene una explicación en la bibliografía citada y corresponde a que la involución de los órganos genitales llega a su fin, la función ovárica se normaliza, con la consiguiente excreción estrogénica (potenciadora de la libido) y que las condiciones emocionales y sociales de adaptación al nuevo integrante de la familia, llegan al equilibrio.

Lo que respecta a la tabla 3, como dato a mencionar está el que el RRS se ve levemente afectado e influenciado frente a la presencia de suturas (correlación positiva moderada), esto puede deberse a que éstas provocan sentimientos como miedo a que algún punto se suelte o dolor en las mujeres. De este dato debemos mencionar que no diferenciamos entre episiorrafias o desgarros, ni la complejidad o grado de los mismos.

Cabe destacar de la tabla 4 el último resultado, que informa que cuando hay presencia de suturas, aumentan los otros tipos de relación sexual como besos y caricias, sexo oral y masturbación, representando que frente a la dificultad que puede generar el coito vaginal con las suturas, las mujeres buscan otras opciones como las nombradas previamente, a pesar de no ser utilizadas por todas ellas, la gran mayoría conoce otras alternativas además del coito vaginal.

CAPÍTULO IX

CONCLUSIONES

Podemos destacar y concluir que se logró generar conocimiento acerca del RRS en el postparto cumpliendo con el objetivo general planteado en el trabajo.

Los factores que influyen para el RRS relevados en esta muestra son mayoritariamente el no tener pareja y todo lo relacionado al cuidado del/la recién nacido/a, mencionado como cansancio, agotamiento, falta de tiempo, etc., y en menor medida falta de deseo.

Del 100% de las encuestadas, el mayor porcentaje ya había RRS postparto, siendo también mayor el porcentaje de mujeres que inició luego de los 30 días postparto, lo que indica que existe un conocimiento tanto de las mujeres y sus parejas de la importancia de respetar el tiempo recomendado por el equipo de salud con el objetivo de disminuir el riesgo de infecciones postparto, refiriéndonos siempre a la relación sexual coital con penetración vaginal ya que los otros tipos de relaciones sexuales como besos y caricias, sexo oral o anal pueden iniciarse inmediatamente.

Es de relevante importancia mencionar que el RRS con penetración vaginal se recomienda siempre usando preservativo tanto masculino como femenino para reducir los riesgos mencionados previamente.

Cabe distinguir que la práctica sexual que mayormente se realiza al momento del reinicio corresponde al coito vaginal, dato que sorprende ya que nos habla de la poca práctica de otras alternativas sexuales, ya sea por desinterés de

ambos integrantes de la pareja, o de alguno en particular (desconocemos ese dato) o por desinformación por parte del equipo de salud.

Se puede decir que cuando hay presencia de suturas, aumentan los otros tipos de relación sexual como besos y caricias, sexo oral y masturbación, representando que frente a la dificultad que puede generar el coito vaginal con las suturas, las mujeres buscan otras opciones como las nombradas previamente, a pesar de no ser utilizadas por todas ellas, la gran mayoría conoce otras alternativas además del coito vaginal.

Si bien no era un objetivo planteado para el trabajo, cabe mencionar que valorando el porcentaje de mujeres que requirieron episiotomía y las que no, predominó la cantidad de mujeres que no la requirieron concluyendo que ha disminuido el índice de episiotomías en los Centros de Salud, lo que alega el uso restrictivo recomendado tanto a nivel nacional como internacional de la episiotomía por parte de los profesionales de salud, favoreciendo así la instancia del postparto y específicamente a la vida sexual en el mismo.

Consideramos que a través de charlas y clases de parto es fundamental que nosotras, las/os Obstetras Parteras/os otorguemos las herramientas y conocimientos necesarios para que la mujer se sienta empoderada tanto en su embarazo, parto y puerperio. Desde enseñar técnicas para fortalecer el suelo pélvico y así evitar episiotomías, desgarros, incontinencias urinarias, prolapsos, etc., favoreciendo a la mujer no solo en el ámbito sexual; hasta recomendar cuándo y cómo es el momento adecuado para el RRS coito vaginales, tanto por su propio beneficio como para la pareja ya que como sabemos existen otras alternativas al reinicio que no tienen riesgos como por ejemplo: sexo oral, sexo anal, masturbación, masajes eróticos y besos y caricias; estaremos contribuyendo al goce de la salud sexual de las usuarias

Si bien los resultados muestran que el reinicio en su mayoría fue luego de los 30 días postparto, a través del coito vaginal y que las usuarias que recibieron sutura consideran que la misma les afecta en un porcentaje bajo al momento del reinicio, la muestra de estudio es pequeña y sólo involucra a las mujeres que tuvieron parto vaginal, razón por la cual consideramos de gran importancia incluir en los próximos estudios a mujeres que tuvieron una cesárea y valorar si ésta influye de la misma manera o no, así como también se puede valorar si el RRS de una primigesta es igual al de una multípara, independientemente de haber requerido o no episiotomía.

REFLEXIONES Y RECOMENDACIONES

Como ya mencionamos, es fundamental que el equipo de salud y en especial las/os Obstetras Parteras/os, trabajen sobre estos temas en las consultas, en este caso prenatales y postparto, pero también durante toda la vida de las mujeres. Por lo tanto, recomendamos que se incluya en las consultas de ginecología y obstetricia, así como en las charlas de preparación para el parto el tema de las prácticas sexuales, teniendo en cuenta las siguientes premisas:

- Durante el embarazo la mujer no pierde su capacidad de amante o sus deseos, hay que desalentar a que se vuelque todo el potencial de la mujer a su “rol de madre”.
- Recomendar realizar ejercicios durante el embarazo (el ideal es siempre), ayuda a fortalecer el piso pélvico y, por ende, disminuye la necesidad de episiotomías o la producción de desgarros. Si aun así estuvieran presentes la cicatrización es más rápida.
- Recomendar ejercicios de fortalecimiento de piso pélvico en el postparto para un RRS más satisfactorio, al activar la circulación sanguínea de la zona.

Consideramos de gran importancia que en las visitas puerperales, así como se brinda consejería sobre técnicas de lactancia, puericultura, anticoncepción, cuidados personales en lo que refiere a higiene y signos y síntomas que puedan ser indicio de complicaciones puerperales, se brinde información acerca de los cambios emocionales durante el puerperio, incluyendo la sexualidad. Hay que mencionar explícitamente que el RRS recomendado luego de los 40 días postparto es el coito vaginal, y que cualquier otro tipo de práctica

sexual puede reiniciarse de forma inmediata si así lo desea. Es necesario también informar que si RRS previo a los 40 días postparto, lo conveniente es utilizar barreras de látex (preservativo femenino o masculino).

Es importante no sumar al prejuicio de que las “madres” se deben devotas a sus hijos/as y que no piensan y desean en términos erótico-afectivos. Tenemos el deber profesional de informar de forma adecuada y completa, por lo cual esta información es crucial para que las usuarias tomen decisiones informadas basadas en sus derechos sexuales.

Por otro lado, consideramos importante estar siempre actualizadas en materia de sexualidad, tener una visión amplia y desprejuiciada de la vivencia y expresión de la sexualidad de todas las personas. Si bien en nuestro estudio, se realizó con una muestra pequeña y no representativa de la población o universo, nos atrevemos a inferir que las usuarias de los servicios de salud del sector público, y seguramente también del sector privado, no cuentan con información acerca del RRS en el postparto. Según nuestra formación y breve experiencia, consideramos que la población uruguaya considera la única forma de RRS como la coital-vaginal, sin considerar otras prácticas o no desean asumirlas por prejuicios sociales.

Por tal motivo, de esta observación se desprende una nueva línea de investigación, que requeriría un riguroso diseño metodológico que fuera representativo de la población uruguaya para poder afirmar esa hipótesis.

Otra interrogante que nos surge a partir de este estudio es si la paridad de las usuarias influye en alguna medida en el RRS, según experiencias previas y el RRS anterior, así como la investigación de qué sucede en mujeres que tuvieron una cesárea (con o sin experiencia de trabajo de parto, ya que también puede marcar una diferencia en lo relacionado a la experiencia de exámenes genitales).

Finalmente, queremos mencionar y recomendar a las/los lectores de este trabajo, posibles líneas de investigación que se desprenden de este estudio:

- El impacto de las suturas para el RRS, diferenciando entre episiorrafias y desgarros, también diferenciando entre grado y complejidad de reparación.
- La práctica del sexo oral: ¿existen diferencias entre si se realiza al varón o a la mujer respecto a su práctica anterior al parto?
- ¿La masturbación es una práctica a solas o la incluyen en el juego sexual?
- ¿Cuáles son las prácticas sexuales de la población uruguaya?, ¿Éstas cambian durante el período postparto?
- ¿La paridad influye en el RRS?
- La vivencia de un trabajo de parto y parto, ¿influye en la vivencia y expresión de la sexualidad?
- ¿Por qué las mujeres acceden al deseo de la pareja al RRS?, ¿se da de igual manera en parejas homosexuales?

BIBLIOGRAFÍA

- Albornoz López, C.M; Agüero Diaz, A.; Cabrera Villalobos, Y.; Alonso Montes de Oca, C.; (2003), Aspectos Éticos de la Investigación Clínica en seres humanos, Cuba.

- Almansa, (2017) Masaje perineal en el embarazo: desde cuando, como porque debes hacerlo- Unicef- , Recuperado el 8/11/217 desde <http://www.elmundo.es/yodona/madres/2017/04/07/58e620d846163f24178b45b5.html>

- Asociación Obstétrica del Uruguay, Reglamento (2007) Montevideo, Uruguay Recuperado el 26/10/2017 de <http://www.asociacionobstetrica.com.uy/reglamento/>

- Blog Esferofit, (SF), Esferofit, Esferodinamia, Recuperado el 10/11 /2017 en: <http://www.felicitastizon.com.ar/esferodinamia.html>

- Cabrero Roura, L., (2012) Tratado de Ginecología y Obstetricia medicina materno fetal. Segunda edición, tomo II. España, Editorial Panamericana.

- Cunningham, F.G.; Leveno, K.J.; Bloom, S.L.; Hauth, J.C.; Rouse, D.J.; Spong, C.Y.; (2011) Williams Obstetricia, 23 edición, pág. 401, México, Mc Graw Hill Editorial.

- Escuela de Parteras, (S.F) Trabajo final, Guía y Protocolo para la elaboración del Trabajo Final de Grado, pág.26-27, Montevideo, Uruguay.

- Fescina, RH.; De Mucio, B.; Diaz Rossello, JL.; Martínez, G.; Serruya, S., (2010) Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS, Montevideo, Uruguay.
- García, R.; González, A.; Llibre, J.J.; García, L.; Perera, O., (2014) Comportamiento de la conducta sexual en un grupo de puérperas. La Habana, Cuba, recuperado el 8/11/2017 en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol41_1_15/gin05115.htm
- Gómez Cantarino, S.; Moreno Preciado, M., (2012) La expresión de la sexualidad durante la gestación y el puerperio. Cultura de los Cuidados. (Edición digital). Disponible el 8/11/2017 en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/24154/1/CC_33_09.pdf
- González Merlo, J.; Laila Vicens, JM.; Fabre González, E.; González Bosquet, E., (2013) Obstetricia, 6ta edición., Barcelona, España, Elsevier Masson Editorial.
- González, I.; Labrador, E., (2001) Sexualidad femenina durante la gestación, *"Revista Cubana de Medicina General Integral"*, La Habana. Vol17, N°5.
- Gualda, D.M.R.; Ressel, L.B., (2003) A sexualidade como uma construção cultural: reflexões sobre preconceitos e mitos inerentes a um grupo de mulheres rurais, *"Revista da Escola de Enfermagem da USP"* San Pablo. Vol37, N°3.
- Gynea laboratorios, (S.F) Esferodinamia en el embarazo, Recuperado el 26/10/2017 de: <http://www.vivirlamaternidad.com/>
- Hipp, L.E.; Kane Low, L.; Van Anders, S.E., (2012) Exploring Women's postpartum sexuality: social, psychological, relational and birth-related contextual factors, Estados Un

- IMPO (2007), Normativa y Avisos Legales del Uruguay, Ley 18211: Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, Recuperada el 10/11/2017 a través de: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007/61>
- IMPO (2008), Normativa y Avisos Legales del Uruguay, Decreto N°379/008 del Poder Ejecutivo: Investigación en Seres Humanos. Recuperado el 10/11/2017 de: <http://www.impo.com.uy/bases/decretos-originales/379-2008>
- IMPO (2008), Normativa y Avisos Legales del Uruguay, Ley 18335: Derechos y Obligaciones de Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud. Recuperada el 10/11/2017 de: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18335-2008>
- Los ejercicios de Kegel para reforzar el suelo pélvico, (SF) Recuperado el 8/11/2017 desde: <https://inatal.org/el-embarazo/consultas/ejercicio-y-actividad-fisica-habitual/92-los-ejercicios-de-kegel-para-reforzar-el-suelo-pelvico.html>
- Martín de María, S., (SF) Sexualidad en el puerperio, Valladolid, España.
- Masters, W.H.; Johnson, V.E. (1967) Respuesta Sexual Humana, Embarazo y respuesta sexual. pág. 127, Buenos Aires, Argentina, Editorial Inter Médica.
- Ministerio de Salud Pública, (2014) Guías en Salud Sexual y Reproductiva: manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio, Montevideo, Uruguay.
- Molero, F., (S.F) La sexualidad en el embarazo y puerperio, Barcelona, España.

- OMS, Planificación Familiar: Un manual mundial para proveedores, (2007).
- Punto de Yoga, (2016), La BIOguía, Esferodinamia, divertido y beneficioso, Recuperado el 10/11/2017 de <http://www.labioguia.com/notas/esferodinamia-divertido-y-beneficioso>
- Reyna Villasmill, E.; Santos Bolívar, J.; Peña paredes, E., (2009) Rotura espontánea de vejiga urinaria post parto vaginal, "*Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*", Santiago. Vol7, N°1.
- Richard, P., (1984) Sexualidad durante el embarazo, Clin Obstetric Gynecologic Norteam.
- Salim, N.R.; Araújo, N.M.; Gualda, D.M.R. (2010) Cuerpo y sexualidad: experiencias de púerperas, San Pablo, Brasil.
- Sánchez, S.; Casado; M.E., (S.F) Vida sexual en el postparto, Chile.
- Sapién, L. J. S.; Córdoba, B. D. I. (2011) Sexo y embarazo: ideas de profissionais de a saúde. Psicologia & Sociedade, Minas Gerais, Brasil.
- Schwarcz, R.; Fescina, R.; Duverges, C., (2005) Obstetricia, 6ta edición, pág 530, Buenos Aires, Argentina, El Ateneo Editorial.
- Soria, B.C., (2012) Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio, Almería, España.
- Yildiz, H. (2015) La relación entre la sexualidad antes del embarazo, durante el embarazo y el período postparto. Un estudio prospectivo, Estambul, Turquía.

ANEXO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada participante:

En el marco de la elaboración del trabajo Final de Grado para la obtención del título Obstetra Partera/o de la Escuela de Parteras de Facultad de Medicina de la Universidad de la República, se realizará una investigación titulada: “Reinicio de las relaciones sexuales en el post parto con usuarias de la RAP”. Las responsables de la misma serán Camila Rodríguez y Agustina Rosa, con la tutoría de la Profesora Adjunta, Obstetra Partera Verónica Delbono González.

Dentro de sus principales objetivos, se encuentran:

- Evaluar el tiempo transcurrido para el reinicio de relaciones sexuales postparto.
- Determinar los factores que influyen en el reinicio de las mismas.

Para la concreción de este fin, se realizará una entrevista personalizada. Cabe aclarar que la participación en este estudio es voluntaria y no implica ningún beneficio ni perjuicio personal (no afectando la calidad de asistencia, en los casos que corresponda). Solamente tendrá que responder de la forma más clara y honesta que pueda algunas consignas. La información se manejará de forma confidencial, siendo de uso exclusivo de las responsables de la investigación, quienes garantizarán la confidencialidad y el anonimato de las participantes durante todo el proceso. El tiempo dedicado por cada participante será de 5-10 minutos en total. La participación en la presente investigación no constituye objeto de remuneración o compensación material o de cualquier otro

tipo. Así, los beneficios de la misma se encuentran vinculados a los aportes que esta investigación pueda realizar en torno a la temática central que aborda. Asimismo, cabe destacar que esta investigación no involucra ningún tipo de riesgo para los participantes, y que, en caso contrario, las investigadoras a cargo serán responsables de aquello que pudiera resultar un perjuicio para los mismos, así como de la búsqueda y obtención de los recursos que sea necesario desplegar para compensar la mencionada situación.

Por último, mencionar que la contribución de las participantes es muy valiosa, y se les recuerda que pueden rechazar la respuesta a cualquier pregunta y tienen derecho de desistir de participar en cualquier momento del proceso, opción que no involucra ningún tipo de consecuencia para quien la tome.

Declaración de consentimiento:

En el presente documento, manifiesto que leí y escuché la información que se me ha brindado sobre la investigación: “Reinicio de relaciones sexuales durante el postparto en usuarias de la RAP” Se me ha concedido la posibilidad de plantear dudas y preguntas, ante lo cual considero satisfactorias las respuestas recibidas. Acepto voluntariamente participar en la mencionada investigación y comprendí claramente que tengo derecho a retirarme de la misma en cualquier momento sin que esto implique ningún tipo de consecuencia para mi persona.

Firma:

Aclaración:

Fecha:

En caso de no consentimiento explicar brevemente los motivos del mismo:

APÉNDICE

ENCUESTA

“Buenos días, mi nombre es..... Soy estudiante de la Escuela de Parteras. Estoy realizando un trabajo de investigación acerca del Reinicio de las Relaciones Sexuales en el postparto, para la obtención de mi título. Si no es molestia me gustaría hacerle 5 preguntas con opciones, que no llevaran más de 5 – 10 minutos.

Si le parece, le entrego y leo el consentimiento de participación en tal estudio, a los efectos de que comprenda de que se trata, y me plantee las dudas que le surjan al respecto.

Una vez leído y firmado el consentimiento informado, y despejada cualquier duda e inquietud de la participante, se procede.

Edad:

1) ¿Está en pareja? SI NO

Su pareja es varón o mujer

2) ¿Reinició relaciones sexuales luego del nacimiento de su hijo-a?
SI NO (si la respuesta es NO, pasar a pregunta 5).

3) A- ¿Cuáles fueron los motivos para el reinicio de relaciones sexuales?

Deseo propio	<input type="checkbox"/>
Deseo de la pareja	<input type="checkbox"/>
Deseo de ambos	<input type="checkbox"/>
Otros. Especificar	<input type="checkbox"/> _____.

B- ¿Cuándo reinició relaciones sexuales en referencia al parto?

Menos de 1 mes después	<input type="checkbox"/>
1 mes después	<input type="checkbox"/>
Más de 1 mes después	<input type="checkbox"/>

C- ¿Qué tipo de relación sexual?

Coital	<input type="checkbox"/>
Anal	<input type="checkbox"/>
Oral	<input type="checkbox"/>
Besos y caricias	<input type="checkbox"/>
Masturbación	<input type="checkbox"/>

D- ¿Tenía deseo (ganas)? SI NO

Reinicio de las Relaciones Sexuales en el Postparto

E- ¿Cómo diría que fue esa relación sexual?

Igual que antes	<input type="checkbox"/>
Mejor	<input type="checkbox"/>
Peor	<input type="checkbox"/>

F- ¿Qué sintió en esa/s relación/es?

Indiferencia (da lo mismo)	<input type="checkbox"/>
Placer	<input type="checkbox"/>
Dolor	<input type="checkbox"/>
Miedo	<input type="checkbox"/>
Culpa	<input type="checkbox"/>
Angustia	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>

4) Luego del parto, ¿le tuvieron que dar puntos? SI NO

G- ¿La sutura afectó su relación sexual? SI NO

H- En caso afirmativo, ¿por qué?

Miedo	<input type="checkbox"/>
Dolor	<input type="checkbox"/>
Ambas	<input type="checkbox"/>
Otras	<input type="checkbox"/>

5) Si no reinició las relaciones sexuales luego del nacimiento de su hijo-a ¿Cuál fue el motivo?

No hay deseo (ganas)

No tengo pareja

No tengo tiempo

No pienso en eso

Otras

_____.