



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

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

Percepción de los profesionales sobre el futuro sexual de la mujer luego del parto.

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

AUTORAS: Br. Romina Brum
Br. Fernanda Cabrera
Br. Tania Martínez.

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

Montevideo, Febrero 2020

Agradecimientos

En primer lugar agradecemos por su tiempo y dedicación a todas aquellas y todos aquellos profesionales que formaron parte del proceso de realización de nuestra investigación.

A nuestra Tutora Obstetra Partera Verónica Delbono, quien nos acercó desde el comienzo de nuestra formación al conocimiento en sexualidad, que hoy creemos de gran valor para nuestra futura práctica profesional y fue motivación para llevar adelante este trabajo. Al tiempo y entrega durante la elaboración de nuestra investigación.

A nuestra Co-tutora Obstetra Partera M^a Noel Barceló, por el apoyo constante y dedicación en el transcurso de elaboración del trabajo, como al continuo incentivo de nuestro progreso tanto personal como pre-profesional.

Agradecemos a Laura Cabrera, Correctora de Estilo por su colaboración en los aspectos de sintaxis y formato de nuestra investigación y a Dulce Meza por su disposición como traductora.

Agradecemos especialmente a nuestras familias quienes creyeron en nosotras, nos acompañaron incondicionalmente y nos dieron ánimo en los momentos de incertidumbre.

Tabla de ilustraciones

<i>Figura 1. Fases del ciclo de la respuesta sexual femenina McCary, J., McCary, S. (1996). Sexualidad Humana de McCary 5a Edición, México: Manual Moderno.....</i>	<i>22</i>
<i>Figura 2. Anatomía del seno femenino. Winslow, T. (2011). [Figura] Recuperado de https://www.teresewinslow.com/#/breast/.....</i>	<i>24</i>
<i>Figura 3. Anatomía reproductiva femenina. ADAM Interactive anatomy. (2017). [Figura] Recuperado de http://aia5.adam.com/content.aspx?productId=118&pid=5&gid=002342.....</i>	<i>25</i>
<i>Figura 4. Reeducción del Suelo Pélvico. Fisioterapia Hispanidad. (2017). Recuperado de http://www.fisioterapiahispanidad.es/que-es-el-suelo-pelvico/.....</i>	<i>26</i>
<i>Figura 5. Diagrama de elaboración propia.....</i>	<i>51</i>

Tabla de contenido

Agradecimientos	2
Tabla de contenidos	Error! Bookmark not defined.
Resumen	6
Abstract.....	7
Introducción.....	8
CAPÍTULO I	11
Antecedentes	11
CAPÍTULO II.....	15
Marco Teórico.....	15
Respuesta sexual en la Mujer	21

Anatomía sexual de la mujer	23
Disfunciones Sexuales en la Mujer.....	29
Disfunciones del suelo pélvico	34
Dolor pélvico crónico.....	40
La salud del suelo pélvico	41
CAPÍTULO III	46
Metodología.....	46
Definición del Problema de Investigación	46
Enfoque metodológico	47
Selección de la muestra.....	48
Instrumento de recolección de datos.....	48
Consideraciones éticas	49
CAPÍTULO IV	51
Análisis y presentación de los datos obtenidos.....	51
CAPÍTULO V.....	76
Discusión e interpretación de los datos obtenidos	76
Categoría Mujer	76
Categoría profesionales	81
Categoría Contexto	83
CAPÍTULO VI	86

Conclusión y recomendaciones.....	86
Conclusión.....	86
Recomendaciones	91
Bibliografía	94
APÉNDICE I	104
Entrevista semiestructurada a referentes calificados.....	104
APÉNDICE II.....	106
CONSENTIMIENTO INFORMADO	106
ANEXO I.....	108
Ley No 18.426	108

Resumen

Basándonos en nuestro interés por la salud sexual de la mujer y teniendo en cuenta que la sexualidad forma parte de las personas desde que nacen hasta que mueren e interviene en todos los aspectos de la vida, es que nos surge la necesidad de llevar a cabo este estudio que tiene como objetivo relevar desde la perspectiva de las y los profesionales la existencia o no de consecuencias en el futuro sexual de la mujer luego del parto.

Mediante este trabajo buscamos el acercamiento al contexto académico de la percepción de las y los profesionales que hayan tenido contacto con mujeres que han vivido al menos un parto, con la intención de problematizar la temática y que surja la inquietud de continuar investigando al respecto.

En esta oportunidad optamos por un estudio de tipo cualitativo, que incluyó el acercamiento a las y los profesionales de diferentes disciplinas, a través de entrevistas semiestructuradas a partir de las cuales se generaron las categorías de análisis que describen el fenómeno estudiado, siendo este la percepción de las y los profesionales que han tenido contacto con mujeres que hayan vivido al menos un parto.

Concluimos, entre otras cosas, que la sexualidad continúa siendo un tabú en nuestra sociedad, obstaculizando el abordaje de la misma tanto desde la perspectiva profesional, como desde la usuaria. Aún no se ha logrado que la educación sexual alcance a todas las mujeres y su entorno, viéndose esto fundamental para la vivencia consciente de la sexualidad. Consideramos el trabajo interdisciplinario como pilar para lograr calidad de atención en lo que respecta a sexualidad.

Palabras Clave:

Sexualidad - Mujer - Salud sexual - Interdisciplina - Profesionales - Parto

Abstract

Based on our interest for women's sexual health as it is a fact that sexuality place a role on every stage of human life from the beginning to the end. The objective of this investigation is to reveal the existence or the absence of consequences on women's sexual life after birth from a professional perspective.

Throughout this investigation we search for professionals that were in contact with women that gave birth at least one time and question their academic knowledge with the intention to create a controversy on this subject. Our purpose was to open a debate so we can keep investigating on the matter.

We choose a qualitative type of investigation. This included approaching professionals on different branches on the medical field with semi structured interviews. As results of these interviews we came out with the different categories that were analyze in this investigation always basing on the perspective of these professionals that were in contact with women that gave birth at least once.

We conclude that sexuality still a taboo on our sociality and this represent an obstacle at the time to talk about it from the professional side as well the patient side. Sexual education is not yet available to all women and their surroundings, but it is fundamental for a healthy sexual experience. We consider the interdisciplinary work to be the backbone for a quality sexual health attention.

Key Words:

Sexuality - Women – Sexual health - Interdisciplinary - Professionals – Birth.

Introducción

Este trabajo surge a punto de partida de que percibimos carencias en relación al estudio y abordaje de un aspecto tan relevante como es la sexualidad en la vida de la mujer luego del parto, sintiéndonos en el compromiso de compensar dicha falta, ya que como futuras Obstetras Parteras debemos velar por los derechos de las mujeres mediante la educación para la salud integral, acompañamiento y asistencia de éstas, como así lo afirma el “Reglamento del ejercicio de la profesión de Partera” (2007).

Si bien son conocidas las implicancias de la sexualidad sobre la vida de las personas y que de ella depende el bienestar psicológico y social de éstas, es deficitaria la cantidad de estudios, teorías o la literatura al respecto. Los trabajos que abordan la temática se orientan hacia la reproducción mayoritariamente o la prevención y/o tratamiento de disfunciones, desestimando la sexualidad en su aspecto placentero. Siendo también el conocimiento y estudio de la sexualidad de la mujer durante el embarazo y el postparto deficiente, más allá de las implicancias obstétricas y ginecológicas. Podríamos decir que la barrera cultural aplicada a la sexualidad es un factor influyente.

Hemos encontrado diferentes investigaciones que demuestran cambios continuos en la sexualidad de las mujeres relacionado a la etapa puerperal y la maternidad, en los que también se ven involucrados sus parejas, familia y entorno. Se consideran cambios tanto físicos como hormonales y emocionales, que se traducen en una disminución de la actividad sexual, de la autoestima de la mujer, interfiriendo en la forma de verse a sí mismas y de relacionarse (Rejane, Matos y Gualda, 2010).

En el contexto de la maternidad, las relaciones sexuales quedan relegadas, dado la estructura social en relación a esta etapa, considerándola “asexualada” y en la que la mujer debe centrarse en el cuidado de la hija o hijo (Rodríguez y Sueiro, 2017).

En tanto, se aprecia que las dificultades relacionadas al abordaje de la sexualidad podrían depender en cierta medida de la falta de formación profesional, influenciado por el estigma social que transversaliza el ejercicio de su profesión.

En este contexto y entramado social, tomamos como punto de partida la búsqueda de respuestas a las siguientes preguntas:

¿Indagan las y los profesionales sobre la vida sexual de la mujer luego del parto? ¿Y antes de éste?

¿El parto influye en la experiencia y vivencia sexual de la mujer?

¿Existen factores modificables para evitar eventuales consecuencias sobre la vida sexual de la mujer luego del parto?

En los comienzos de la investigación surgió por nuestra parte la incipiente inquietud respecto a inquirir en la sexualidad como aspecto fundamental en la vida de las personas, desde donde surge la idea de relevar desde la perspectiva de las y los profesionales la existencia o no de consecuencias en el futuro sexual de la mujer luego de un parto; utilizándolo como objetivo general, abarcó varias interrogantes, por lo que nos propusimos los siguientes objetivos específicos:

- Valorar la posible influencia del parto en el futuro sexual, desde la esfera psicosexual.
- Conocer la existencia o no, de alteraciones del piso pélvico en relación con el parto.
- Reconocer factores modificables resultantes en el proceso del trabajo de parto y parto, y cómo actuar sobre ellos.

Para la realización de este estudio se llevó a cabo una investigación con enfoque cualitativo, la cual cumplió con varias etapas: se comenzó por la revisión bibliográfica, se elaboró un marco teórico conceptual del que partimos y elaboramos la pauta de guía que se utilizó como instrumento de recolección de datos, a partir de entrevistas semiestructuradas a profesionales de las múltiples disciplinas referentes: Obstetricia, Ginecología, Sexología, Psicología, y profesionales de otras disciplinas que surgieron a partir del trabajo de campo (Fisioterapia). Las entrevistas resultantes se transcribieron y decodificaron, con posterior análisis interpretativo y discusión, mediante la que se relacionaron los datos obtenidos con la bibliografía seleccionada previamente y la nueva que fue necesario integrar para explicar nuestros hallazgos.

El trabajo se encuentra conformado por los siguientes capítulos:

- Capítulo I: se desarrollan los antecedentes nacionales e internacionales relacionados con la temática.
- Capítulo II: se expone el marco teórico en el cual incluimos temas de relevancia para la comprensión del estudio (respuesta sexual humana, anatomía sexual de la mujer, disfunciones sexuales, disfunciones del piso pélvico y salud del suelo pélvico).
- Capítulo III: se presenta la estrategia metodológica que consistió en un estudio cualitativo a través del cual desarrollamos nuestras categorías de análisis que describen el fenómeno estudiado (percepción de los profesionales sobre el futuro sexual de la mujer luego del parto).
- Capítulo IV: se realizó el análisis y la presentación de los datos obtenidos de las entrevistas.
- Capítulo V: se describe la discusión e interpretación de los datos alcanzados.
- Capítulo VI: se presentan las conclusiones y recomendaciones que creímos oportunas.

CAPÍTULO I

Antecedentes

Ante la búsqueda de antecedentes que se correspondan a nuestra investigación, pudimos ver que no existe tal investigación que involucre todos los aspectos que pretendemos abarcar, por lo que nuestra valoración de antecedentes incluyó estudios que reúnen algunas de las variables implicadas en la esfera sexual, siempre y cuando ocurrieran en el contexto del posparto.

El estudio realizado en Sao Paulo en 2010 titulado: “Cuerpo y sexualidad: experiencias de puérperas”, tuvo como objetivo conocer cómo las mujeres se relacionan con la sexualidad y los cambios corporales en el período del puerperio. Se trata de una investigación cualitativa, en la cual los resultados muestran que en ese período ocurren importantes cambios. La sexualidad se mostró relacionada muchas veces con dificultades, miedos y preocupaciones. La relación con la compañera o el compañero y con la red de apoyo demostró ser importante. Concluye que en el puerperio ocurren muchos cambios, tanto en el ámbito físico como en el psicosocial. Sus autoras recomiendan que las y los profesionales, que trabajan directamente con las mujeres, deben dar valor a este período. La perspectiva sobre la mujer en el puerperio debe ser amplia; se debe escuchar sus dificultades y vivencias, conocer el contexto cultural y social en que ella vive para que el cuidado suceda de forma efectiva.

Dicha investigación sugiere que se deben realizar más investigaciones sobre la sexualidad de la mujer en el puerperio, para que se pueda conocer profundamente cómo las mujeres experimentan la sexualidad en ese período, de forma de intervenir efectivamente cuando sea necesario, ofreciendo condiciones para que las mujeres se sientan libres para contar sus experiencias y soluciones, y para que las posibles dificultades sean superadas conjuntamente con ellas.

Las Obstetras Parteras poseen un papel fundamental, ya que al actuar directamente en la atención en salud de las mujeres en los ciclos de embarazo y puerperio pueden detectar miedos, dudas y problemas de las mujeres en estos procesos, luego en el inicio del período prenatal y colaborar en encontrar soluciones a las demandas de las mujeres. El acompañamiento de estas profesionales,

durante el puerperio, se vuelve muy importante para las vivencias de las mujeres (Salim, Araújo, y Gualda, 2010).

En el artículo de revisión, “Embarazo, trauma obstétrico y sus efectos sobre el piso pélvico” Jaramillo, Gómez y Echavarría, (2014) destacan, que los trastornos del piso pélvico son una condición que afecta al 30 % de las mujeres de todas las edades e incluye un abanico de patologías anatómicas y funcionales las cuales afectan en gran medida la calidad de vida. Dentro de estas patologías encontramos disfunción sexual, prolapso de órganos pélvicos, incontinencia urinaria y fecal. La importancia del tema radica en que los trastornos del piso pélvico son más frecuentes después del embarazo y el parto, por los cambios inherentes al embarazo y por el trauma obstétrico que son factores conocidos y que pueden estar asociados con secuelas graves.

Un estudio realizado en Reino Unido sobre la prevención de la disfunción del piso pélvico relacionada con el parto, afirma que el parto vaginal es probablemente el factor más importante en la etiología de las disfunciones del piso pélvico. Además hace referencia a que un buen entrenamiento del piso pélvico sería efectivo para mejorar los resultados en cuanto a los traumas perineales y que esta prevención podría estar llevada a cabo por Obstetras Parteras y Fisioterapeutas (Freeman, 2013).

Por otra parte, se ha visto que las mujeres pocas veces buscan ayuda a las problemáticas del piso pélvico por lo que se destaca que las Obstetras Parteras son unos de las profesionales que deberían de hablar de estos temas con las usuarias. En un sondeo que se realizó a 2100 mujeres al año del parto, el 54% de éstas había experimentado disminución del deseo sexual y el 30% manifestó dispareunia durante las relaciones sexuales. Además, en este estudio quedó demostrado que aquellas mujeres que habían tenido la experiencia de un parto instrumental, fueron las participantes que más tarde retomaron la actividad sexual (Anónimo, 2007).

En la investigación sobre “Sexualidad en embarazo y posparto: la necesidad de educación afectivo-sexual”, sus autores Rodríguez y Sueiro, (2017) consideraron que:

El estudio de la sexualidad femenina durante el embarazo y tras el parto ha sido infravalorado. Sin embargo, son numerosos los factores biopsicosocioculturales asociados a estos acontecimientos que influyen en la vivencia de la sexualidad, la intimidad y el placer de las mujeres, y la de sus parejas. Por ello, mediante su trabajo pretenden visibilizar dichas condiciones especiales de la maternidad y poner en valor la educación afectivo-sexual como estrategia de acompañamiento a estos desafíos vitales (Rodríguez y Sueiro, 2017, p.1).

“Además, se dilucida que la relación entre sexualidad y maternidad es estrecha, dada la multitud de variables neurohormonales, fisiológicas y psicológicas que comparten el embarazo, el parto y el acto sexual” (Rodríguez y Sueiro, 2017, p.2).

La sexualidad es el área más vulnerable de la relación de pareja tras el nacimiento de una hija o hijo y, para su comprensión, es necesario hacer alusión a los factores biopsicosocioculturales que median en la sexualidad de la mujer tras el parto (Rodríguez y Sueiro, 2017, p.2).

Por lo tanto la adaptación a las circunstancias de vulnerabilidad que supone el embarazo y el nacimiento de una hija o hijo, pueden llegar a configurar problemáticas más persistentes a los primeros meses, llegando a conformar alteraciones sexuales y del estado de ánimo con entidad clínica, así como una calidad de pareja deficiente, que puede perpetuarse. Por ello, se requiere de la incorporación de contenidos relativos a la sexualidad en cualquier programa de preparación al parto, con el objetivo de mejorar el conocimiento sobre la sexualidad y el funcionamiento sexual postparto, a fin de modificar creencias, expectativas y actitudes disfuncionales mantenedoras del problema, así como, adquirir pautas de conductas sexuales variadas al coito y sexualmente satisfactorias para cada uno de los miembros de la pareja. Además, podría ampliarse estos programas a fases posteriores al nacimiento, realizando un acompañamiento y construyendo un foro normalizado y fiable en el que plantear dudas sobre el plano sexual y relacional, vinculados a la maternidad/paternidad (Rodríguez y Sueiro, 2017, p.3).

En la investigación titulada, “Reinicio de las relaciones sexuales en el postparto” (2017), en donde se encuesta a un grupo de 100 mujeres puérperas de policlínicas periféricas de la ciudad de Montevideo, se encontró que la mayoría comenzaron las relaciones sexuales luego de los 30 días postparto y de estas, la mayoría comenzó con relaciones coito-vaginales, específicamente el 97 % de las mismas. Seguido por el 76% que comenzó las relaciones sexuales con besos y caricias, el 17% con sexo oral, el 7% mediante sexo anal y otro 7% mediante masturbación (Rodríguez y Rosa, 2017).

Concluyeron que el 74% de las mujeres que iniciaron las relaciones sexuales tras el parto lo hicieron con deseo mutuo entre ellas y sus parejas; el 36 % restante que no comenzó las relaciones sexuales fue debido a que no piensan en esto, indicando posiblemente que la mujer, en el puerperio tardío o alejado se encuentra pendiente de los cuidados del recién nacido y en cumplir con el rol de madre, dejando en segundo lugar el rol de mujer-amante. De este 36 %, se destaca un 8% de mujeres que no sintieron deseo de retomar las relaciones sexuales, pudiendo deberse a falta de interés, cansancio o miedo a un nuevo embarazo, pero se resalta el 3% de ellas declararon no sentir deseo, sino que reiniciaron la actividad sexual por su compañero, aunque siendo un valor pequeño no es despreciable ya que retomaron las relaciones sexuales sin deseo propio (Rodríguez y Rosa, 2017).

Consideraron que en cuanto a la satisfacción el 61% de las mujeres sintieron lo mismo que durante el embarazo o previo a este, el 16% refirió una mejoría en las relaciones sexuales y el 23% consideró que las mismas fueron peores que antes (Rodríguez y Rosa, 2017).

Por último se menciona que las relaciones sexuales se ven levemente afectadas por la presencia de suturas, relacionándose con el miedo a que algún punto se suelte o al dolor que puede ocasionar la relación en sí. Se indicó que cuando hay suturas se ven en aumento las relaciones sexuales de otros tipos, como el sexo oral o masturbación; debido a la dificultad que puede causar el coito vaginal (Rodríguez y Rosa, 2017).

CAPÍTULO II

Marco Teórico

Diversas características forman el perfil y las competencias de la Obstetra Partera. Desde el punto de vista profesional, es la persona con formación científica, motivación, aptitud y actitud responsable para proporcionar una atención integral a la mujer a lo largo de su ciclo vital. Qué entre ellos, incluye la atención y acompañamiento hacia la mujer y a la hija o hijo, en el diagnóstico, control de embarazo, asistencia durante el embarazo, parto y puerperio. Todo ello mediante el uso de los instrumentos clínicos y tecnológicos adecuados, interviniendo en los procedimientos implicados para lo antes mencionado (Escuela de Parteras, s.f).

Por esto creímos importante conocer los factores modificables que inciden en la sexualidad de las mujeres, ya que nos consideramos responsables de la prevención de posibles complicaciones/acciones en el trabajo de parto y parto que puedan generar repercusiones psicológicas, disfunciones sexuales y/o trastornos del piso pélvico, implementando ciertas estrategias de prevención y de intervenciones seguras, que minimicen los daños y las secuelas que se producen a largo plazo, los cuales surgen como resultado de la investigación.

Teniendo en cuenta que la sexualidad es trascendental en la vida de las personas y además un aspecto inherente al ser humano, de la cual gozamos desde que nacemos y se desarrolla dependiendo de las experiencias vividas, durante las diferentes etapas de nuestra vida. Capaz de mediar sobre el bienestar físico, psicológico, emocional y social de las personas, considerándola base de este estudio (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2002).

Incluimos en este apartado, algunos conceptos de importancia, para comprender el desarrollo del trabajo desde el inicio. Dado que en esta investigación se buscó conocer las consecuencias, que puede tener un evento tan significativo como es el parto para cada mujer, se abordaron todos los aspectos que creemos tener que tomar en cuenta para conocerlas.

En su prólogo Félix López Sánchez (2005) hace referencia a que en todas las especies animales la sexualidad es un instinto preprogramado orientado a la procreación, mientras que en el ser humano

la sexualidad se ha “humanizado” (que no se sabe cómo y cuándo sucedió), pero que le otorga otra dimensión completamente distinta, lo que llama “*Reino de la Libertad*”. Por lo tanto, la sexualidad humana no es una necesidad instintiva impuesta y preprogramada, sino que es un deseo sentido por el cual podemos y debemos tomar decisiones. Por lo que la procreación no debe ser una consecuencia, sino más bien una posibilidad dentro de nuestras decisiones. Lo que incluye también el respeto hacia la voluntad del otro y nos permite el disfrute de las posibilidades sexuales variadas (Rathus, Nevid y Fichner-Rathus, 2005).

A modo de reflexión incluimos la siguiente cita, libre de carga religiosa:

Mi libertad supone la libertad del otro, mis derechos los derechos del otro, mi bienestar el bienestar del otro: no estamos solos. Los seres humanos somos capaces de atribuirnos dignidad, no querer ser tratados como objetos y, por tanto, debemos respetar a los demás y no instrumentalizarlos tratándolos como cosas (Rathus et al. 2005, p.24).

Cuando hablamos de libertad incluimos al consenso de las prácticas, derecho a sentir placer y satisfacción, en el contexto de la responsabilidad ante la concepción y prevención de infecciones de transmisión sexual como la igualdad de derechos (Rathus et al. 2005).

La sexualidad es representada en nuestros cuerpos, mentes, a través de emociones, afectos y con nuestras conductas, respondiendo también a patrones socialmente pautados (Rathus et al. 2005).

La sexualidad se define según la OMS como:

un aspecto central del ser humano durante toda su vida, y abarca el sexo, las identidades y los roles de género, el de orientación sexual, el erotismo, el placer, intimidad y la reproducción; Se experimenta y expresa en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, roles y relaciones; está influenciada por factores biológicos,

psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (OMS, 2002, p.5).

De este modo se hace visible la importancia de la sexualidad sobre el desarrollo personal a lo largo de diferentes períodos y acontecimientos de la vida (Rodríguez y Sueiro, 2017).

Se puede decir que el proceso que envuelve el puerperio y la maternidad es de cambios continuos en la vida de las mujeres, sus parejas y entorno. Múltiples investigaciones han demostrado que la sexualidad experimenta grandes modificaciones, lo cual se transforma en un área controvertida y de importancia para las técnicas y los técnicos, que de algún u otro modo tienen vínculo con las mujeres y fundamentalmente para ellas mismas, ya que la actividad sexual se puede ver disminuida debido, en gran parte, a las modificaciones corporales y hormonales que ocurren durante el postparto y que son experimentadas tanto en el aspecto físico, como en lo que refiere a las emociones, en la forma de verse a sí misma y de relacionarse. La percepción que las mujeres tienen sobre su cuerpo las hace sentir extrañas, lo que afecta su autoestima, la autoimagen y con ello la sexualidad (Rejane et al., 2010).

El deseo sexual luego del parto, puede verse disminuido en un amplio porcentaje de mujeres, influenciado por numerosos factores como son el cansancio, requerimientos de la lactancia, traumatismo perineal, cambios corporales, presencia de miedos y los patrones de sueño perturbados, afectando inevitablemente la libido (González, 2017). Es conocido que los bajos niveles de estrógeno pueden interferir en la lubricación vaginal. Sin perder de vista que se viven momentos de gran intensidad emocional, con sentimientos contradictorios; pueden ser comunes los sentimientos de felicidad, tristeza, preocupación, ansiedad, de manera continua, e incluso a la vez (World Health Organization [WHO], 1998; Márquez y Rico, 2016).

En cuanto a la fase de orgasmo se ha visto que durante la primera relación sexual tras el parto, solo el 20% de las mujeres experimentan un orgasmo (González, 2017). Otro estudio afirma que a las 6, 12, y 24 semanas luego del parto, el 39%, 60% y 61% de las mujeres respectivamente logran el

orgasmo, y el 77% de las mujeres al año describen la fase de orgasmo semejante a la anterior al embarazo (Conolly et al., 2005).

Se podría decir que es unánime la descripción en lo que respecta a los motivos para el retraso del reinicio de las relaciones sexuales o incluso el mantener relaciones sexuales no placenteras. Todas las investigaciones describen el miedo al dolor y a la penetración como las principales causas. En lo que respecta a la lactancia, surge el miedo a que se vea afectada la producción láctea (cambio en el sabor y posible falta de leche materna), además de la incomodidad por la presencia de la leche durante el acto sexual. También el temor a una nueva gestación. Y se manifestó la incomodidad ante la percepción sobre sus cuerpos, ligado al ideal de belleza, afectando la autoestima (Rejane et al., 2010; Márquez y Rico, 2016).

“Tras la presencia de un traumatismo perineal, existe una tendencia a menores niveles de deseo sexual, excitación, lubricación, orgasmo y satisfacción sexual, así como niveles aumentados de dolor” (González, 2017. p.10).

La dispareunia es de las afecciones más frecuentes durante el puerperio. Tras el nacimiento, el 40-90% de mujeres sufren dolor perineal las primeras 24 horas, disminuyendo a un 22% a las 8 semanas. Durante la primera relación coital tras el parto, el 40% experimenta dificultades, especialmente dolor, el 62% de las mujeres sufre dispareunia a los tres meses y un 22% al año del nacimiento (González, 2017).

Se ha visto una relación directa de dispareunia con la severidad del traumatismo perineal, de modo que a mayor severidad de desgarros (segundo y tercer grado), mayor probabilidad de dispareunia a los tres meses tras el parto, en relación con aquellas mujeres que mantuvieron el periné íntegro; así mismo, los partos distócicos, mediante fórceps o vacuum obstétrico, aumentan la prevalencia de dispareunia a los seis meses (González, 2017).

Se ha visto que las mujeres con periné íntegro o desgarro perineal de primer grado reinician la actividad sexual a las seis semanas postparto, mientras que los desgarros de mayor severidad serán factores condicionantes para postergar el reinicio de las relaciones sexuales, efectuándose por la novena semana; por tanto, a las seis semanas postparto reinician las relaciones sexuales el 54% de

mujeres con periné íntegro o desgarros de primer grado, el 39% con desgarros de segundo grado, y el 25% con desgarros de tercer y cuarto grado (González, 2017).

La OMS (2014) plantea que forma parte de las necesidades posparto el apoyo, información y asesoramiento en lo que respecta a la sexualidad. La National Institute Health and Care Excellence [NICE] (2015) entre sus recomendaciones para los cuidados y atención durante el postparto, incluye la atención al bienestar físico y emocional de la puérpera, dando un espacio para la atención al dolor perineal desde el puerperio inmediato hasta las consultas postnatales de control, a la recuperación del periné y la dispareunia.

La atención a las mujeres se ha limitado a aspectos físicos, la prevención, promoción del autocuidado, identificación precoz de factores de riesgo, diagnósticos y tratamientos precoz, y prevención de complicaciones, quedando la atención a la sexualidad en segundo plano (González, 2017).

Durante la gestación cuando las mujeres reciben información sobre sexualidad, generalmente se basa en consejos respecto a la restricción, con abstinencia de relaciones coitales durante el embarazo y posparto, y pocas veces se explican alternativas al coito. Habitualmente la información brindada al respecto se centra en los encuentros sexuales, olvidándose las demás dimensiones de la sexualidad y aspectos relacionados a esta. Sin embargo, las mujeres y sus parejas sienten la necesidad de apoyo y asesoramiento sobre sexualidad, más aún durante el puerperio, los cambios de la misma y la relación de pareja, que pueden experimentarse durante este período (González, 2017).

En el artículo “Abordaje de la sexualidad en el período grávido-puerperal”, se fomenta el abordaje integral de las mujeres embarazadas y puérperas como seres sexuales desde una perspectiva de diversidad sexual. Entendiendo a la misma como mujer amante y no solo madre (Delbono, 2018).

Utiliza como ejemplo situaciones clínicas en las cuales se contraindican las relaciones sexuales como resultado de una patología en el embarazo, haciendo hincapié en aclarar cuáles son las prácticas sexuales que se pretenden contraindicar, partiendo desde el conocimiento de que existen diversas prácticas además del coito vaginal, saliendo de esta forma coitocéntrica y falocéntrica.

Además de alejar a la sexualidad únicamente de la genitalidad, para entender que la misma involucra emociones y sentimientos como amor, ternura, sensualidad, erotismo, sexo y pasión entre otros. En el embarazo el desconocimiento y algunos mitos pueden hacer que la sexualidad se torne una vivencia insatisfactoria y se pierdan momentos de contención y placer que son saludables para la mujer en este momento (Delbono, 2018).

En el artículo además se menciona los efectos de las hormonas en el embarazo y puerperio sobre el deseo sexual; como la disminución estrogénica en el puerperio que causaría una disminución del deseo, tristeza puerperal y adelgazamiento de las paredes vaginales, acompañado de una disminución de la lubricación genital. La prolactina por su parte aumenta generando una disminución de la testosterona la que causa una disminución de la libido. Y por último; la oxitocina aumenta de acuerdo con la lactancia, provocando aumento de excitación sexual y con ello un desconcierto para la mujer (Delbono, 2018).

Considera al reinicio de las relaciones sexuales, como una etapa diferente en cada pareja, la cual puede estar influenciada por dificultades como el cansancio, estrés, atención focalizada al recién nacido, sentimientos de un cuerpo poco atractivo, entre otras cosas; siendo esencial la comunicación y compañerismo entre la pareja para poder transitar de una mejor manera este momento y abordar la sexualidad de una forma más libre (Delbono, 2018).

En lo que respecta al dolor se puede ver que el mismo se ve incrementado en aquellas mujeres con suturas de desgarro o episiotomía (Delbono, 2018).

Las técnicas y los técnicos que asisten a las mujeres durante el embarazo y puerperio generalmente consideran a la sexualidad como un área delicada y que no cuentan con la formación adecuada para abordarla, lo que lo vuelve una atención limitada, dada la dificultad para el asesoramiento y educación de calidad en lo que respecta a la sexualidad para las mujeres y sus parejas (González, 2017).

Las y los profesionales de salud deben recibir formación, capacitación, debiendo ser instruidas e instruidos para dar una atención integral y adecuada a la mujer en el postparto, considerando la sexualidad un aspecto prioritario y con necesidades específicas (González, 2017).

Se incluyen en nuestro marco teórico lo que consideramos conocimiento básico necesario para abordar cuestiones referentes a la sexualidad de la mujer, ligado fuertemente al transcurso del posparto y más allá de él.

Respuesta sexual en la Mujer

La secuencia de cambios en el cuerpo que ocurren de manera progresiva cuando la mujer se va excitando, son llamados ciclo de respuesta sexual. En la cual intervienen factores físicos, hormonales, procesos afectivos, cognitivos y relaciones (Master y Johnson, 1950).

Se describen cinco fases (Figura 1): fase de deseo sexual, fase de excitación, fase de meseta, fase de orgasmo y fase de resolución. La fase de **deseo sexual** aparece antes de la realización de actos sexuales, soliendo obtenerse gratificación de los mismos. El origen en el cerebro es mediado por fenómenos afectivos y cognitivos, aunque también por componentes biológicos, los cuales son influenciados por los niveles de hormonas andrógenos y por neurotransmisores centrales. Gran parte del deseo sexual es generado por fantasías y la proyección de realización de las mismas (Corona, 2000).

La fase de **excitación sexual** se caracteriza por aumento de aporte sanguíneo de la pelvis y la región genital, dada por la vasodilatación de los órganos pélvicos. Comienza con la erección de los pezones, contracción involuntaria de las fibras musculares mamarias, vaso-congestión vaginal, generando humedad/lubricación y expansión de la misma, congestión venosa en el clítoris, provocando un aumento del tamaño y consistencia del mismo. Dándose la formación de la plataforma orgásmica, la cual se caracteriza por la hinchazón de los tejidos que rodean el introito (Corona, 2000).

En la fase de **meseta** ocurre un aumento del tamaño mamario, la vagina continua con secreción, aunque en menor cantidad, el cérvix y el útero se desplazan hacia arriba alcanzando su máximo grado al final de la meseta. Esta fase puede durar de 30 segundos a 3 minutos (Corona, 2000).

La fase del **orgasmo** es el punto máximo de placer sexual. Caracterizado por las contracciones intermitentes de los músculos de los órganos genitales. En la mujer comienza con la presencia de contracciones reflejas e involuntarias y rítmicas de los músculos y tejidos que rodean el introito vaginal y algunos músculos pélvicos. En este momento los músculos perineales, vulvares, pubococcígeos, músculos del suelo del periné y vaginales internos, se contraen contra la plataforma orgásmica de forma rítmica; es aquí que estímulos nerviosos captados por receptores profundos, son los encargados de transmitir las sensaciones orgásmicas al cerebro, haciéndose conscientes y placenteras (Corona, 2000).

Por último la fase de **resolución** implica la inversión fisiológica de todos estos procesos, pasando así por las fases anteriores hasta llegar al estado de no estimulación sexual, relajación y bienestar (Corona, 2000).

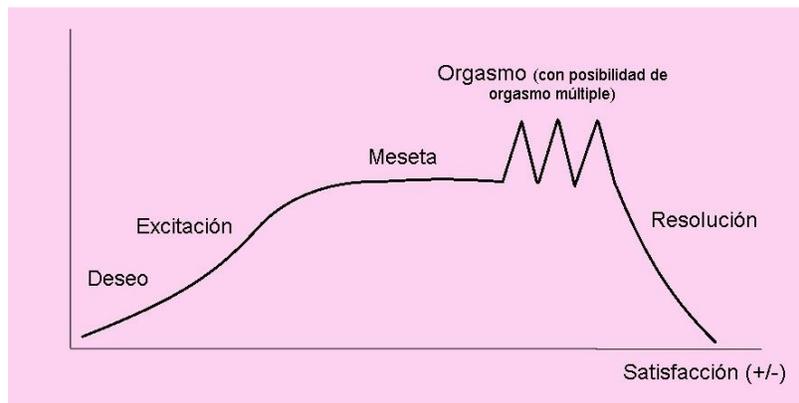


Figura 1. La respuesta sexual humana. Inma Ríos (2018). [Figura] Recuperado de <https://inma-riospsicologa.wordpress.com/2018/06/12/la-respuesta-sexual-humana/>

Por lo tanto la respuesta sexual implica una respuesta integrada que afecta a la totalidad del organismo y no solo a los genitales, sino también a otros órganos y sistemas (Guzmán y Guzmán, 2003).

Este proceso, aunque es idéntico en todas las mujeres, se vive de manera diferente en cada una, ya que no solo es un proceso físico sino también emocional y mental. Está mediado por diferentes aspectos que son la educación, la cultura, la sociedad y las vivencias sexuales. Pero teniendo en

cuenta todo esto, podemos decir que es un proceso que puede variar, dependiendo de la edad, la persona, la situación y los estímulos que lo provocan (Guzmán y Guzmán, 2003).

Anatomía sexual de la mujer

Como dijimos anteriormente, dado que en esta investigación se ve involucrada la anatomía de la mujer, a continuación se hizo un breve repaso de ésta.

En lo que respecta a la anatomía y fisiología sexual de la mujer incluimos los órganos sexuales externos e internos (Rathus et al., 2005).

Como órganos externos, comenzaremos por describir a las mamas (Figura 2), ubicadas anterosuperior de la región del tronco. Son caracteres sexuales secundarios que distinguen a la mujer del varón (Rathus et al., 2005).

En algunas culturas las **mamas** son simplemente para la alimentación. En cambio, en nuestra cultura, las mamas han sido tan erotizadas que se relaciona fuertemente con la autoestima de la mujer (Rathus et al., 2005).

Cada mama está formada a partir de la glándula mamaria y tejido adiposo en su interior, mientras que externamente se encuentra el pezón en el centro de la areola. El pezón formado por fibras musculares lisas con gran inervación, que lo hace protráctil, es decir, que ante el estímulo dichas fibras se acortan y erectan el pezón. La sensibilidad al estímulo eleva la excitación sexual para algunas mujeres (Rathus et al., 2005).

Continuamos con la descripción de los órganos pertenecientes a la región pélvica:

El **monte de venus** (Figura 3) es quien cubre el pubis, formado por tejido adiposo, con gran inervación por lo que puede llegar a ser sensible al estímulo. Se encuentra inferior al abdomen y superior al clítoris. Cumple función protectora del pubis. Se halla cubierto de vello (Rathus et al., 2005).

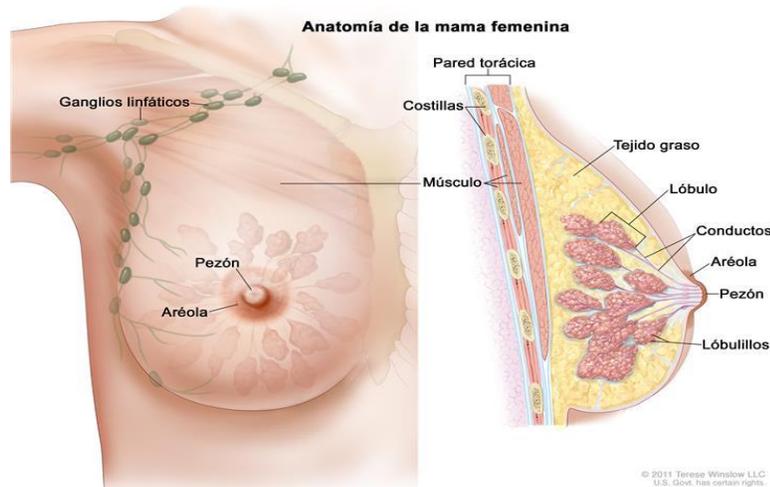


Figura 2. Anatomía del seno femenino. Winslow, T. (2011). [Figura] Recuperado de <https://www.teresewinslow.com/#/breast/>

Los **labios mayores** (Figura 3), son pliegues sagitales, más prominentes en su porción posterior que en su porción anterior, que provienen desde el monte de venus. Se fusionan en su porción anterior, formando una comisura y en su porción posterior los separa un pliegue cutáneo inmediatamente delante del ano. A su cierre cubren a los labios menores, el meato urinario y la vagina (Guzmán y Guzmán, 2003). Presentan gran inervación lo que los vuelve sensibles a la estimulación, capaces de producir placer sexual (Rathus et al., 2005).

Los **labios menores** (Figura 3), se encuentran ubicados entre ambos labios mayores, unidos a los mismos, rodean al meato urinario y la vagina. Comienzan en el clítoris, donde se dividen en el prepucio del clítoris y frenillo del clítoris, hacia atrás forman la horquilla vulvar (Guzmán y Guzmán, 2003). Están muy vascularizados e inervados, lo que los vuelve sumamente sensibles a la estimulación sexual (Rathus et al., 2005).

Clítoris (Figura 3), es el órgano que tiene como única función proporcionar placer sexual. Se trata de un órgano eréctil, formado por cabeza, cuerpo y pilares. La comisura superior de los labios menores forma el capuchón o prepucio del clítoris el cual se encuentra cubriéndolo. El cuerpo del clítoris es de pequeña longitud, presenta gran sensibilidad táctil como producto de su rica inervación. Está dividido por un septo incompleto en dos mitades simétricas, cuerpos cavernosos; por

delante el cuerpo se estrecha y termina en el glándulo cubierto por el prepucio. Los cuerpos del clítoris se insertan en la sínfisis del pubis, lo que le da sujeción y, como todo órgano, posee inervación y circulación de sangre (Rouvière y Delmas, 2001; Guzmán y Guzmán, 2003; Rathus et al., 2005; Castellanos, Vera y de la Paz, 2013).

El **vestíbulo** es el espacio con gran inervación, que se encuentra entre los labios menores, donde finalizan el aparato urinario, los conductos de las glándulas vestibulares y se encuentra la abertura de la vagina (Guzmán y Guzmán, 2003). Porción también sensible al estímulo sexual (Rathus et al., 2005).

A ambos lados del vestíbulo se sitúan los **bulbos vestibulares**, órganos eréctiles unidos en su porción superior al clítoris. Son de gran importancia en la respuesta sexual, ya que durante la excitación se da la vasocongestión, aumentando el tamaño de la vulva y alargando la vagina, lo que influye en las sensaciones coitales (Rathus et al., 2005).

Con respecto a las **glándulas de Bartholin** ubicadas en el interior de los labios menores. Liberan escasa secreción justo antes del orgasmo, que no resulta imprescindible para el coito, de hecho, no tiene ningún propósito conocido (Rathus et al., 2005).

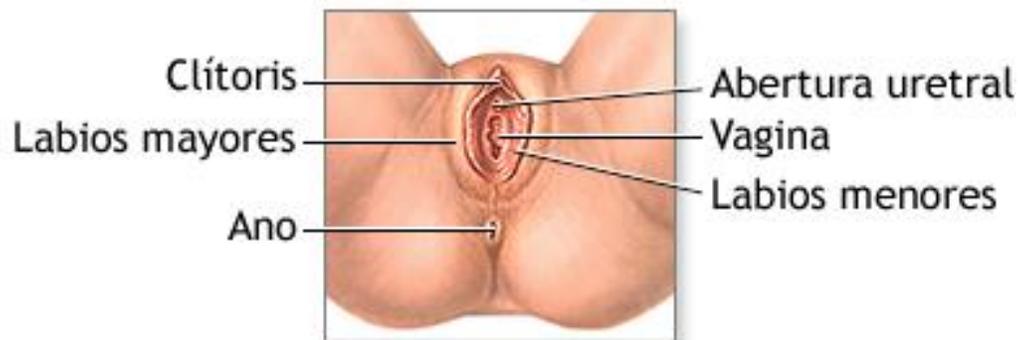


Figura 3. Anatomía reproductiva femenina. ADAM Interactive anatomy. (2017). [Figura] Recuperado de <http://aia5.adam.com/content.aspx?productId=118&pid=5&gid=002342>

El **periné**, protegido por la pelvis ósea, es la porción localizada por debajo del diafragma pelviano, entre los muslos y los glúteos con forma romboidal, delimitado por el arco púbico hacia adelante,

ramas isquiopúbicas y tuberosidades isquiáticas lateralmente y ligamentos sacrociáticos mayor y menor hacia atrás (Guzmán y Guzmán, 2003; Cohen, 2013). Al cual llegan grandes terminaciones nerviosas, por lo que la estimulación de esta zona puede elevar la excitación sexual (Rathus et al., 2005).

El soporte normal del piso pélvico depende de estructuras pasivas (huesos y tejido conectivo) y estructuras activas (músculos y nervios) (Figura 4) (Cohen, 2013).

Los músculos (Figura 4) y ligamentos tienen como mayor función el sostén de los órganos pélvicos y abdominales, y además participan del control de la continencia y de la función sexual (Guzmán y Guzmán, 2003).

El periné no es una estructura rígida, sino que es dinámico, se adapta a nuestros movimientos y a nuestros cambios posturales (Guzmán y Guzmán, 2003).

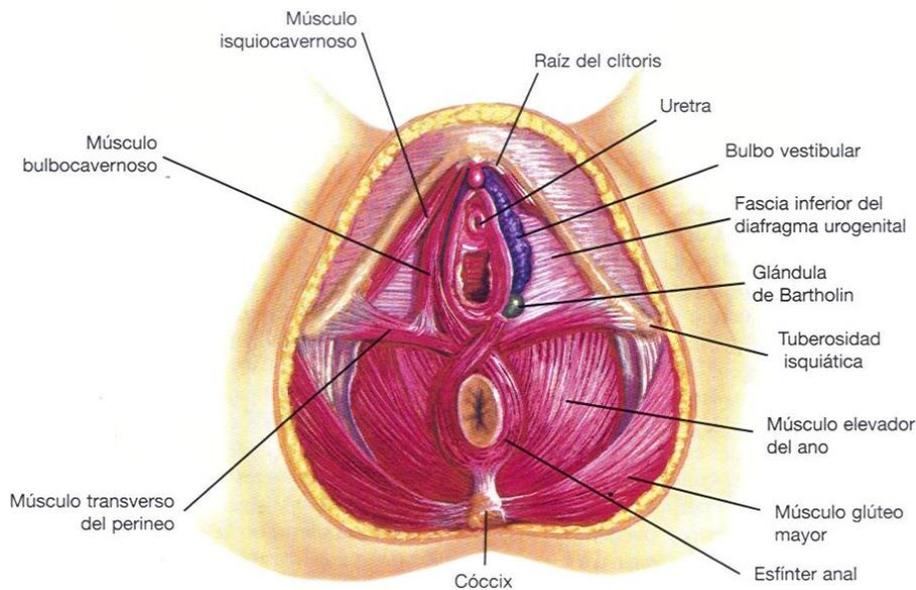


Figura 4. Reeduación del Suelo Pélvico. *Fisioterapia Hispanidad*. (2017). Recuperado de <http://www.fisioterapiahispanidad.es/que-es-el-suelo-pelvico/>

Describimos a continuación los órganos sexuales internos:

En lo que respecta a la **vagina**, presenta una pared anterior y una posterior que se encuentran en contacto, por lo que se considera una cavidad virtual. Ubicada en la cavidad pélvica, atravesando el suelo pélvico para desembocar en el vestíbulo entre los labios menores, formando un ángulo de 90° con el útero, dirigiéndose hacia atrás y arriba (Guzmán y Guzmán, 2003).

La abertura vaginal se encuentra cubierta por el himen, y ante su rotura las denominadas carúnculas (Guzmán y Guzmán, 2003).

La vagina es un órgano sexual secundario y también canal de parto con una longitud aproximada de 8 a 10 cm. Se encuentra por detrás de la vejiga y por delante del recto. Compuesta histológicamente por tres capas, desde la luz del órgano se describen: mucosa, muscular y fibrosa. La mucosa se encuentra distribuida en pliegues lo que da la posibilidad de la distensión durante el coito. La capa muscular compuesta por dos planos, con variada disposición de sus fibras (circulares y longitudinales), le otorga una gran capacidad contráctil (Guzmán y Guzmán, 2003). La vagina no cuenta con grandes terminaciones nerviosas, a excepción del tercio exterior que presenta significativa sensibilidad. Se destaca que la vagina en su totalidad puede presentar sensación agradable a la presión (Rathus et al., 2005).

El **útero** es un órgano hueco muscular con forma de pera invertida achatada, que en el 90% de las mujeres se encuentra inclinado hacia delante (anteversoflexión). Formado por el cuerpo, istmo y cuello uterino (Rathus et al., 2005). Su sostén está dado por ligamentos flexibles. Histológicamente se distinguen desde la luz del órgano tres capas: endometrio, miometrio y perimetrio (Schwarcz et al. 2005).

Respecto al **cuello uterino**, este desemboca en la porción superior de la pared anterior de la vagina, y allí es donde se forman los fondos de saco uterinos. Genera secreciones que intervienen en el equilibrio químico vaginal (Rathus et al., 2005).

Desde el cuerpo del útero inmediatamente antes del fondo uterino hacia los lados se extienden las **trompas de falopio** las cuales finalizan en los **ovarios**, sin estar unidas a ellos (Schwarcz et al.

2005). Tanto las trompas de Falopio como los ovarios no participan en la respuesta sexual, sino que cumplen función reproductiva (Rathus et al., 2005).

Con respecto al sistema endocrino, las **hormonas sexuales** tienen efectos organizadores y activadores sobre la conducta. Influenciando en el tipo de conducta que se expresa y la asiduidad o grado del impulso que motiva la conducta y habilidad para llevarla a cabo. Las hormonas sexuales probablemente predisponen a las personas a tener conductas estandarizadas. También facilitan la respuesta sexual e influyen en el deseo sexual (Rathus et al., 2005).

Se sabe que las hormonas sexuales prenatales juegan un papel en la diferenciación sexual de los genitales y de las estructuras cerebrales, como el hipotálamo. Sin embargo, su papel en los patrones de la conducta sexual en los adultos sigue siendo desconocido (Rathus et al., 2005).

En el ser humano no es bien conocida la influencia de las hormonas sexuales, debido a lo antiético de su estudio (Rathus et al., 2005).

Las hormonas sexuales de la mujer como lo son el estrógeno y progesterona promueven los cambios de la pubertad y regulan el ciclo menstrual. En cambio no parecen intervenir directamente en la respuesta sexual (Rathus et al., 2005).

“En la mayoría de los mamíferos, las hembras son sexualmente receptivas sólo durante el celo. Sin embargo, la sexualidad de las mujeres no está claramente unida a las fluctuaciones hormonales” (Rathus et al., 2005, p.103).

Por otra parte, sí fue evidenciado que la presencia de andrógeno en su cuerpo, influye en el interés sexual de las mujeres. Se ha visto que la producción de niveles bajos androgénicos producido por la glándula suprarrenal en las mujeres, es suficiente para tal influencia, lo que demuestra que la mujer es más sensible a los andrógenos (Rathus et al., 2005).

Los andrógenos juegan un papel más destacado que las hormonas ováricas en la activación y el mantenimiento de los impulsos sexuales de la mujer. Sin embargo, la sexualidad de las mujeres es demasiado compleja como para ser explicada por los niveles hormonales (Rathus et al., 2005).

Disfunciones Sexuales en la Mujer

La sexualidad como tal puede llegar a expresarse de variadas formas, entendiendo que es necesario alejarse del concepto de lo usual (dos géneros), para poder comprender los comportamientos sexuales. La diversidad de los mismos es regla en la expresión sexual humana siendo de igual importancia el contexto en el que se manifiestan estos comportamientos, involucrando cultura, sociedad, política, religión y las visiones en los diferentes tiempos de la historia (Campos-Arias y Herezo, 2018).

Con el paso de los años, la medicina y psicología aplica a estos comportamientos la categoría de enfermedad, nombrando los trastornos sexuales y junto con esto, su patologización y medicalización. Más adelante, la OMS define a la salud sexual, la cual no está exenta de enfermedad, disfunción o incapacidad y destaca que la misma requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras, seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia (Campos-Arias y Herezo, 2018).

Las alteraciones en las que se ven implicadas tanto dificultades como trastornos, vinculados a sexualidad humana podría clasificarse en cuatro categorías según La Asociación Americana de Psiquiatría como citó Javier Gómez Zapiain (Gómez, 2014).

Trastornos y dificultades vinculados a la identidad

En esta categoría se ven incluidos trastornos y dificultades relacionados a la identidad sexual y de género (Gómez, 2014).

Trastornos y dificultades vinculados a la respuesta sexual

Las cuales involucran toda aquella alteración que se produzca en cualquiera de las fases de respuesta sexual y que impide o dificulta el disfrute satisfactorio de la sexualidad (Gómez, 2014; Chester, et al., 1995).

La Asociación Americana de Psiquiatría como citó Gómez (2014) describe 5 categorías, ya que considera a los trastornos y dificultades del deseo sexual como una categoría aparte de los vinculados a la respuesta sexual, basándose en que el deseo sexual es el activador del ciclo de la respuesta sexual; en esta investigación se incluye en la respuesta sexual, por lo tanto será descrito dentro de esta categoría (Gómez, 2014).

En esta categoría se describen cuatro disfunciones vinculadas a la respuesta sexual:

- Trastornos del deseo sexual.
- Trastornos de la excitación.
- Trastornos del orgasmo.
- Trastornos del dolor sexual.

Las disfunciones sexuales pueden clasificarse en primarias o secundarias. Las disfunciones primarias son aquellas que son de por vida, las secundarias (también llamadas adquiridas) son aquellas que proceden a un período de función normal. También pueden clasificarse como situacionales (se hacen presente solo en algunas situaciones) o generalizadas (están presentes en todas las situaciones) (Gómez, 2014).

Trastornos del deseo sexual, se define como la ausencia del deseo por el sexo o aversión al contacto sexual que implica a los genitales (Gómez, 2014).

Se llama deseo sexual hipoactivo en aquellas personas que no expresan interés por el sexo. Existen determinados factores que contribuyen a la falta de deseo sexual, estos pueden actuar solos o asociados, pudiendo ser factores biológicos y/o psicosociales. Pueden llegar a existir cambios bruscos en el deseo sexual, esto puede deberse a factores psicológicos o interpersonales principalmente el estrés y la depresión son algunos de ellos (Gómez, 2014).

Uno de los factores que se ve con mayor frecuencia es la ansiedad, sobre todo relacionada con el temor al placer o relacionadas con el temor al dolor, esto puede verse con mayor frecuencia luego del parto, sobre todo cuando existe alguna lesión a nivel del piso pélvico (Gómez, 2014).

Algunas mujeres luego del parto pueden aplazar la reanudación del inicio de las relaciones sexuales o experimentar disfunción sexual, como ya hemos visto, debido al miedo que experimentan a un nuevo embarazo, es el rol de las y los profesionales de la salud brindar información para que la mujer decida sobre el método anticonceptivo (Leeman y Rogers, 2012).

Durante el período de lactancia los elevados niveles de prolactina resultan en una disminución de andrógenos y estrógenos. La baja concentración de andrógenos puede influir en la disminución del deseo sexual, la disminución de estrógenos puede conllevar a una reducción de la libido, a menor lubricación vaginal, a que las paredes de la vagina se encuentren más finas, lo que podría estar relacionado luego con dolor durante las relaciones sexuales coitales (Leeman y Rogers, 2012). Como hicimos referencia anteriormente, la imagen y el reencuentro con un nuevo cuerpo es también un factor en los trastornos del deseo sexual (Rathus et al., 2005).

Trastornos de la excitación sexual, ante el estímulo la excitación sexual se ve caracterizada por la vasocongestión de los genitales externos y lubricación en la mujer. Cuando existe un trastorno de la excitación la lubricación no es alcanzada o no se mantiene lo suficiente, en caso de que ocurriera el coito (Rathus et al., 2005).

Este trastorno puede estar presente durante toda la vida, o presentarse luego de un período de funcionamiento normal. El trastorno de excitación sexual puede estar dado a causas físicas, cualquier factor que interfiera con la respuesta a la vasocongestión de los genitales o a la lubricación (Rathus et al., 2005).

Algunos de los factores que se ven involucrados son neurológicos, vasculares u hormonales, este último involucrado en el posparto. Una de las causas con mayor prevalencia en este tipo de trastorno es la psicológica o la presencia de un trauma sexual (Rathus et al., 2005).

Pudiendo verse alterado por diferentes emociones negativas, pensamientos negativos que obstaculizan el progreso de la fase sexual; pudiendo deberse a conflictos profundos sexuales o no sexuales. Los conflictos no sexuales se deben más bien a desconocimiento, ansiedad, miedo, inseguridad, dificultades de comunicación, etc (Gómez, 2014).

Trastornos del orgasmo, tanto las mujeres como los varones pueden tener algún tipo de dificultad para alcanzar el orgasmo. El trastorno orgásmico tiene que ver con no llegar o tardar en llegar al orgasmo, a pesar de recibir una estimulación sexual cuya intensidad debería de ser suficiente para alcanzarlo (Rathus et al., 2005).

Lesiones a nivel de los órganos que participan en la respuesta sexual puede llevar consigo trastornos del orgasmo, esta lesión puede estar dada por ejemplo, por el paso del feto por el canal de parto (Eicher, 1978).

Los traumatismos moderados no ocasionarían trastornos del orgasmo, pero si lo disminuyen, así como cuando existe desgarro bilateral del bulbocavernoso. Además la hiperextensión del suelo pélvico puede ocasionar lesión neuronal y así afectar las relaciones sexuales (Eicher, 1978).

Kaplan (como citó Gómez, 2014), considera que la dificultad de concebir un orgasmo, puede estar fuertemente relacionada a la ansiedad del acto en sí. La ansiedad puede ser debida a causas próximas cuando la fuente de ansiedad se relaciona con el contexto actual de la actividad sexual, por ejemplo, la ansiedad de ejecución, el miedo al fracaso, la hipervigilancia en la propia capacidad, etc.

Trastorno por dolor sexual o dispareunia es definido como aquel dolor genital recurrente o persistente asociado a la relación sexual, tanto en varones como en mujeres. Las mujeres pueden presentar contracciones involuntarias que rodean a la vagina o vaginismo, lo que impide o hace dolorosa la penetración (Rathus et al., 2005).

La dispareunia después del parto es frecuente, generalmente ocasionada por problemas obstétricos, que determinan una disminución en la calidad de vida de la mujer, como lo son el parto instrumental o los desgarros de 3er y 4to grado, estos son factores predictivos del dolor perineal luego del parto, lo cual impacta negativamente en la vida sexual de la mujer (Solanas-Arellano et. al 2008).

La OMS y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia [SEGO] abogan por una política de episiotomía selectiva, ya que no se justifica la realización rutinaria de ésta (Fernández, Santamaría, Bajo y Melchor-Marcos, 2007; Solana-Arellano et. al 2008).

La predisposición a que la mujer presente dispareunia en la actividad sexual está fuertemente relacionado a complicaciones de la episiotomía, la dehiscencia e infección, la mala reparación en la episiorrafia podría ocasionar una estrechez del introito vaginal y ser un factor más al dolor en las relaciones sexuales (Solana-Arellano et. al 2008).

La disminución de los niveles de estrógenos cuando la lactancia materna es exclusiva, está relacionada con la dispareunia, esta disminución hormonal se ha observado hasta 6 semanas posparto, lo que llevará a la pérdida de la libido, adelgazamiento de las paredes de la vagina, resequedad e irritación de la mucosa durante la relación sexual (Solana-Arellano et. al 2008).

En aquellos partos en los cuales se realiza una correcta valoración del periné, no se lleva a cabo la realización de episiotomía y no existen otras lesiones, la presencia de dispareunia en el posparto está considerablemente disminuida (Martínez Galiano, 2009).

Trastornos y dificultades como consecuencia de violencia.

En esta categoría se incluyen traumas generados por agresión tanto de tipo sexual (acoso sexual, relaciones sexuales forzosas con o sin violencia física, abuso sexual en la infancia, entre otras) como violencia en cualquiera de sus formas (incluida la violencia obstétrica). Generalmente se manifiestan como inhibición total, fobia, estrés postraumático, trastornos en la respuesta sexual, además de alteraciones de otra índole distinta a la sexual. Dado que su origen es el agresión a la persona, se considera una categoría particular, pese a que también involucra trastornos detallados en las otras categorías (Gómez, 2014).

Trastornos y dificultades provocadas ante la privación del libre ejercicio de la sexualidad

Se incluyen alteraciones como producto de las opresiones a los comportamientos sexuales ya sea por la privación de libertad o en aquellas personas que sufren algún tipo de incapacidad, por la creencia injustificada de que no tienen interés (Gómez, 2014).

Disfunciones del suelo pélvico

Dada la repercusión que las alteraciones del suelo pélvico pueden causar sobre la vida de las mujeres, es que se dedicó un apartado para profundizar en el tema, como base teórica relevante para el resto de la investigación.

Las principales molestias en las relaciones sexuales para las mujeres son: la disminución del deseo sexual, la sensación de obstrucción durante la penetración y la laxitud vaginal que genera disminución de la satisfacción sexual y disminuye la intensidad del orgasmo. Las mujeres con prolapso de vejiga o de útero, presentan mayor riesgo de sentirse sexualmente inhibidas y con menor atractivo sexual; además tienen problemas al efectuar algunas posiciones durante la actividad sexual. Estas situaciones afectan la vida sexual de diversas maneras. Por lo que es una necesidad intervenir en esta situación (Caballero, 2017).

Estas alteraciones son importantes de abordar, ya que hay una prevalencia de hasta un 40% en multíparas (Cohen, 2013).

La SEGO, (2004), define las alteraciones del suelo de la pelvis tanto a nivel musculofascial como neurológico, acompañándose de disfunciones vesicales, anorrectales y prolapso de los órganos y estructuras pélvicas. Los podemos subdividir en grupos:

- Prolapsos.
- Alteraciones miccionales.
- Disfunciones anorrectales.

Se reconoce que los traumatismos a nivel del músculo elevador del ano, (músculo que cumple función junto con el músculo coccígeo de soporte de las vísceras pélvicas, ejerce efecto constrictor voluntario e involuntario sobre la vagina, uretra y ano) está relacionado con el desarrollo posterior de defectos en la incontinencia urinaria de esfuerzo, a prolapso de órganos pélvicos y esfínter anal (Palastanga, Field y Soames, 2000; Cohen, 2013).

El trauma al nervio pudendo a través de la lesión por estiramiento es reconocido. Se sabe que la recuperación de éste puede estar dada luego de un primer parto, pero esto no es del todo completo y el deterioro de la función puede surgir con partos posteriores (Cohen, 2013).

Existen algunos factores que podrían estar asociados a dichos traumas, estos son, el parto prolongado, el nacimiento con un peso mayor a 4000 gramos y el parto instrumental, entre otros (Cohen, 2013).

Continuamos con la descripción de los grupos antes mencionados:

Prolapso de órganos pélvicos.

Se describe al prolapso de órganos pélvico (POP) como el descenso de una o más estructuras y órganos pélvicos como: pared vaginal anterior, lateral y posterior, vejiga, recto y/o intestino, cúpula vaginal (posthisterectomía), cuello uterino y/o útero, descendidos por debajo del nivel que normalmente ocupan (Monterrosa, Llinás y Marrugo, 1996).

Los síntomas que se asocian comúnmente a POP incluyen: pesadez pélvica, abultamiento vaginal, vaciado incompleto de la vejiga o intestino, necesidad de aplicar soporte a la pared vaginal posterior, o al periné para defecar o molestias durante las relaciones sexuales (Culligan, 2012, p.1).

En general el POP surge como consecuencia de una lesión en el músculo elevador del ano, provocando estiramiento y ruptura de los elementos de sostén, dependiendo de la estructura afectada será la manifestación (Cohen, 2013).

La mayoría de las veces las lesiones de los tejidos pélvicos se deben a los partos.

De todas las causas que se han propuesto, el parto ocupa el primer lugar como el principal desencadenante de esta patología. Según la Oxford-Family Planning Association, la paridad fue el factor de riesgo más sólido para la aparición del prolapso genital (Cohen, 2013).

Incontinencia urinaria

La incontinencia urinaria representa hoy en día uno de los problemas de salud más frecuente asociado con una carga social y económica importante, el cual afecta negativamente la calidad de vida (Robles, 2006).

La prevalencia de esta afección es alrededor de 31 a 42% durante la gestación, dentro de estas mujeres un 51% persiste con incontinencia en algún grado, luego del parto (Robles, 2006).

Según la Sociedad Internacional de Continencia (ICS), la incontinencia urinaria (IU) es entendida como cualquier pérdida involuntaria de orina (Robles, 2006).

Por su parte, la WHO desde 1998 lo considera una enfermedad, esto está dado por su frecuencia y su afectación psicosocial. Si bien estas disfunciones no conllevan un daño orgánico vital, si provocan disminución de la calidad de vida de las personas por los daños físicos, psicológicos y sociales que ocasiona (WHO, 1998). La calidad de vida y la autoestima de la mujer que padece esta alteración disminuyen (Batista, Granda, Contijocha, y Rodríguez, 2005).

Clasificación

La IU y las dificultades miccionales pueden clasificarse según los síntomas o factores urodinámicos. Según los síntomas, los tipos fundamentales de IU son los que se detallan a continuación (Robles, 2006):

Incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE):

Es la pérdida de orina involuntaria asociada a un esfuerzo físico o a aquel esfuerzo que provoque un aumento de la presión abdominal como el estornudo, la tos y/o la risa.

La prevalencia y la gravedad de esta se ve aumentada con la edad y la paridad, se sabe que ambos son factores de riesgo (Robles, 2006).

Incontinencia urinaria de urgencia:

Es la pérdida involuntaria de orina que se acompaña o inmediatamente es acompañada de urgencia miccional (Robles, 2006).

Incontinencia urinaria mixta (IUM):

La IU mixta es la percepción de pérdida involuntaria de orina acompañada de urgencia y esfuerzo (Robles, 2006).

Incontinencia urinaria continúa:

La IU continua es la pérdida involuntaria y continua de orina. (Robles, 2006).

Enuresis nocturna:

Es la pérdida de orina involuntaria durante el período de sueño (Robles, 2006).

Incontinencia urinaria inconsciente:

Es la definida como la pérdida de orina sin deseo miccional e independiente a cualquier esfuerzo. (Robles, 2006).

Factores de Riesgo para incontinencia urinaria

Según algunas investigaciones existen un conjunto de factores de riesgo que podrían incrementar el riesgo individual de desarrollar IU (Robles, 2006).

Las disfunciones del piso pélvico y las sexuales comparten un grupo de factores de riesgo los cuales contribuyen entre sí al problema.

En la mujer está expuesto el complejo vésico-esfinteriano por su propia conformación anatómica, además existe un gran número de factores durante la vida de la mujer que imponen mayor riesgo para la incontinencia urinaria, los cuales se detallaran a continuación (Robles, 2006):

El **sexo biológico**, existen varias razones como por ejemplo la longitud uretral, diferencias anatómicas y efectos del parto intentan justificar la diferencia en la prevalencia en mujeres (Robles, 2006).

La **edad**, los cambios relacionados con la edad que pueden contribuir a desarrollar IU son: disminución del tejido elástico, atrofia celular, degeneración nerviosa, disminución del tono muscular liso, deterioro cognitivo, entre otros (Robles, 2006).

La **raza**, diferentes estudios demuestran que las mujeres de raza blanca tienen tres veces más probabilidad de desarrollar IU, esto es atribuido a las diferencias a nivel del tejido conjuntivo o muscular (Robles, 2006).

El **peso**, un índice de masa corporal por encima de lo esperado, es reconocido como uno de los factores de riesgo independiente para desarrollar IU (Robles, 2006).

La **paridad**, el parto es un factor de riesgo establecido para desarrollar IUE e IUM en mujeres jóvenes y de mediana edad. Se reconoce al parto como el factor más contribuyente para desarrollar esta patología, posiblemente esto sea a causa de las lesiones neurológicas o musculares asociadas (Robles, 2006).

Además, el embarazo causa cambios mecánicos y hormonales los cuales son causantes de la IU durante éste y es posible que persista en algún grado (Robles, 2006).

Recientemente se comprobó que aquellas mujeres que han tenido partos por cesárea tienen un riesgo mayor que las mujeres nulíparas, pero las que han tenido parto vaginal se asocia con mayor riesgo (Robles, 2006).

Se cree que el parto por cesárea es un mecanismo protector contra el trauma del piso pélvico. El parto vaginal asistido instrumentalmente conlleva mayores riesgos para el piso pélvico (Robles, 2006).

Se asoció a mayor frecuencia de IU postparto, la realización de episiotomía durante el parto y/o el peso del recién nacido mayor a 4000 gramos, sin discriminar la vía de finalización (Robles, 2006).

Impacto de la Incontinencia Urinaria en la calidad de vida de la mujer

En varios estudios se pone en manifiesto que la IU afecta negativamente sobre múltiples aspectos de la vida, esto abarca el entorno social, ya sea por menor interacción social o mayor aislamiento por el abandono de algunas actividades. A nivel del aspecto físico se limitan las actividades deportivas, a nivel sexual existe una pérdida de la actividad sexual y evitación a la pareja, a nivel psicológico existe pérdida de la autoestima, apatía, depresión, sentimientos de culpabilidad entre otros, a nivel laboral menos relación y a nivel doméstico precauciones especiales con la ropa, protección de la cama, entre otros (Robles, 2006).

Incontinencia fecal

La incontinencia fecal (IF), también llamada incontinencia anal o intestinal, es la capacidad deteriorada para controlar el paso de gases o heces. Es un problema común, muchas veces no conocido, por las implicancias sociales que conlleva (Muñoz-Duyos, et al. 2004).

Esta afección puede llegar a causar una disminución en la calidad de vida de las personas y puede además generar sociopatías graves, además puede llegar a generar una pérdida en su potencial de desarrollo físico y mental, llegando a optar por no mantener contacto social (American Society of Colon and Rectal Surgeons [ASCRS], s.f.).

Etiología

La IF es consecuencia de la alteración de uno o más de los mecanismos que participan en la continencia (Muñoz-Duyos, et al. 2004).

En cuanto a la etiología de esta afección; ésta se podrá clasificar en: idiopática, traumática, neurológica y congénita. En un estudio realizado en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, se vio que la etiología principal de esta afección es por dos causas, obstétrica y posquirúrgica (Muñoz-Duyos, et al. 2004).

Las lesiones secundarias a traumas obstétricos son las más frecuentes, estas pueden ocurrir luego de un trabajo de parto prolongado, por aplicación de fórceps, desgarros perineal o extensión de episiotomía media, además puede darse cuando aparece infección o dehiscencia en la reparación

de desgarros o episiorrafia, en estos casos la mujer puede padecer IF inmediatamente o a los años (Muñoz-Duyos, et al. 2004).

Causas

La IF es una afección subestimada en los estudios epidemiológicos, ya que es una afección en la cual la mujer no acude a consulta. En mujeres sanas, la causa más frecuente es de origen obstétrico (Rodríguez et al., 2015).

Lesiones relacionadas con el parto

Es la causa más común, ya que es donde existe más índice de desgarro en los músculos anales o lesión de los nervios que controlan los músculos anales. Algunas de estas lesiones pueden constatare postparto, otras pasan desapercibidas en ese momento y otras causan problemas de continencia en el futuro. Esta lesión a nivel de los nervios o el músculo anal puede estar dada por: desgarros o episiotomías que no se realizan correctamente, es de gran importancia que cuando se detecte una lesión ésta sea reconocida, para luego realizar una correcta reparación (Rodríguez et al., 2015).

El traumatismo a nivel de los nervios pudendos, puede ocasionar un incremento en las lesiones esfinterianas (Rodríguez et al., 2015).

Dolor pélvico crónico

En lo que respecta a las alteraciones del piso pélvico, entre ellas se podría describir el dolor pélvico crónico, también llamado síndrome de congestión pelviana, siendo este el dolor localizado en la región de la pelvis, con determinadas características: dolor recurrente, sordo, vago, y no tiene relación con el ciclo menstrual, el embarazo, ni con las relaciones sexuales (Fall et al., 2010).

Se lo relaciona con muchas afecciones ginecológicas, como también de otras especialidades, fundamentalmente digestivas y urológicas. Se hace dificultoso su diagnóstico y tratamiento, ya que son múltiples las causas posibles dado los síntomas que se solapan (Fall et al., 2010).

Al estar implicados órganos que se relaciona con la esfera sexual, con frecuencia fracasan las relaciones de pareja, afecta la autoestima y la imagen social por sentirse “diferentes” e incapaces de realizar lo que otros hacen normalmente (Fall et al., 2010).

Algunos de los síndromes que forman parte del dolor pélvico crónico son:

- Síndrome de dolor vaginal.
- Síndrome de dolor vulvar.
- Síndrome de dolor vestibular.
- Síndrome de dolor clitoridiano.
- Síndrome de dolor de los músculos del piso pélvico.
- Síndrome de dolor vesical.

El suelo pélvico tiene tres funciones: apoyo, contracción y relajación. Cuando nos encontramos con una sobrecarga muscular repetida o crónica, esta puede activar puntos dolorosos en el músculo, llevando a la aparición del dolor pélvico crónico (Fall et al., 2010).

Por último, cabe destacar que existen factores psicológicos que afectan el desarrollo, son sostén del dolor pélvico y que favorecen a que este persista. El dolor causa angustia y la pérdida de actividades cotidianas. Existe evidencia de que participan procesos cognitivos y emocionales en el procesamiento del dolor, desencadenando en las mujeres patologías sobre agregadas como ansiedad, depresión y problemas sexuales que se deberían evaluar y tratar (Fall et al., 2010).

La salud del suelo pélvico

El suelo pélvico es un sistema de músculos y ligamentos que mantienen en su lugar todos los órganos de la pelvis, la vejiga, el útero y el recto, en contra de la fuerza de gravedad, por lo que el

debilitamiento del mismo puede provocar uno o varios trastornos de los sistemas que se ven involucrados, ya sea incontinencias, prolapsos o disfunciones sexuales, como aumentar el índice y gravedad de desgarros durante el parto (Fundación Medicina Fetal Barcelona, 2019a).

La salud del suelo pélvico involucra tanto a la integridad anatómica y fisiológica del suelo pélvico, como al efecto de su función en el estado psicológico y emocional de la mujer, en un contexto social que no puede ser invisibilizado. Por lo que la salud del suelo pélvico dependerá de un montón de factores inherentes de cada mujer, como de eventos que la condicionen (Vélaz, 2015).

Por lo tanto la salud del suelo pélvico involucrará la integridad de su función y anatomía durante las distintas etapas de la vida de la mujer, con una óptima calidad de vida y capacitación en caso de necesidad de recuperarla (Vélaz, 2015).

Se trata de un problema de salud pública, debido al alto índice de disfunción del mismo y su repercusión en la calidad de vida de las personas que lo padecen, por tanto su abordaje es responsabilidad del equipo de salud (Vélaz, 2015).

Una vez más se ha visto la atención fragmentada, lo que no ha tenido buenos resultados, ya que para el mejor abordaje de las disfunciones del suelo pélvico se debería involucrar distintos colectivos profesionales que incluyan disciplinas como Obstetricia, Medicina, Enfermería, Fisioterapia, Profesionales de la actividad física, entre otras (Vélaz, 2015).

El debilitamiento del suelo pélvico puede ser multifactorial, por predisposición personal, condiciones en las que se ve aumentada la presión intra-abdominal (tos crónica, obesidad, deportes de levantamiento de peso o de impacto, utilizar instrumentos musicales de viento) y momentos específicos como la menopausia y el embarazo (Fundación Medicina Fetal Barcelona, 2019a).

Durante el embarazo se ve incrementado el debilitamiento debido al aumento de peso intra-abdominal, la hiperlaxitud de tejidos como consecuencia del cambio hormonal y la distensión de los mismos debido al trabajo de parto y parto. También el posparto es un momento crítico, que en caso de que se normalicen las actividades de forma precoz de levantamiento de peso o realización de ejercicio, puede ser perjudicial (Fundación Medicina Fetal Barcelona, 2019a).

Por todo lo dicho anteriormente, es recomendable ejercitar el suelo pélvico, para procurar el fortalecimiento del mismo, y disminuir las repercusiones ya mencionadas (Fundación Medicina Fetal Barcelona, 2019a).

Se han visto múltiples beneficios de ejercitar el suelo pélvico:

- Evitar o disminuir la incontinencia, agravada por peso sobre la vejiga durante el embarazo.
- Facilitará el parto y disminuirá los desgarros.
- El aumento del flujo sanguíneo en la zona ayudará a la rápida cicatrización de desgarros o episiorrafia y disminución de las hemorroides.
- Evitar el prolapso.
- Evitar o disminuir la incidencia de incontinencia de orina al esfuerzo en el posparto y más allá de él.
- Incrementa el placer sexual ya que fortalece y estimula la contracción del músculo pubococcígeo el cual realiza contracciones durante el orgasmo. Ejercitando también toda la musculatura vaginal (Fundación Medicina Fetal Barcelona, 2019a).

Ante la evolución de la raza humana, los partos, el cambio en los estilos de vida y el paso de los años se ha visto que cada vez más mujeres padecen algún tipo de trastorno del suelo pélvico. En el primer Encuentro Internacional de Incontinencia celebrado en 1998 se resaltaba la importancia de la tonificación de la musculatura pélvica para prevenir su disfunción (Vélaz, 2015).

La bibliografía detalla múltiples formas para ejercitar la musculatura del suelo pélvico, entre las que se destacan los ejercicios de Kegel, la gimnasia abdominal hipopresiva y ejercicios complementarios con la utilización de dispositivos vaginales (Vélaz, 2015).

Tan importante como ejercitar los músculos del suelo pélvico es evitar que se vean afectados ante el aumento de presión intra-abdominal, por lo que es relevante la instrucción tanto en ejercicios de Kegel y gimnasia abdominal hipopresiva como en educar en cómo realizar las actividades de la vida cotidiana (Fundación Medicina Fetal Barcelona, 2019a).

Sobre la década de los 40' el Dr Arnold Henry Kegel, descubrió y comenzó a recomendar ejercicios para lograr el fortalecimiento de los músculos del piso pélvico, hasta ese momento las mujeres debían convivir con la incontinencia urinaria (la pérdida de orina al reír, toser, estornudar o saltar), siendo la única alternativa la intervención quirúrgica que no siempre solucionaba el problema (Fundación Medicina Fetal Barcelona, 2019b).

En principio los ejercicios de Kegel se aconsejaban solamente a aquellas mujeres que padecían incontinencia luego del nacimiento. Sin embargo, en la actualidad se ha visto que son beneficiosos para todas las mujeres por lo que se recomienda su promoción desde edades tempranas, ya que todas las mujeres son susceptibles al desarrollo de estas alteraciones independientemente de la edad y condición (Vélaz, 2015).

En lo que respecta a la gimnasia abdominal hipopresiva, beneficia especialmente a aquellas mujeres en el posparto, deportistas y en período de menopausia. Fue Marcel Caufriez quien incursionó en ella, Kinesioterapeuta en los 80' como menciona la Fundación de Medicina Fetal Barcelona (2019c) en su artículo “¿Qué es la gimnasia abdominal hipopresiva?”. La Gimnasia Abdominal Hipopresiva (GAH) implica un conjunto de técnicas que trabajan los músculos abdominales y del suelo pélvico, que provocan el descenso de la presión intra-abdominal, que a largo plazo logra la tonificación de ambos grupos musculares (Vélaz, 2015).

No se recomienda iniciar la GAH antes del 3er mes luego del parto. Se recomienda que la instrucción en los mismos sea dada por un especialista en la materia, quien valorará el estado de la paciente (lo que implica evaluar el tono abdominal, incontinencia, peso, postura, entre otras cosas) y en función de dicha valoración, se recomendarán los ejercicios más adecuados para cada situación (Fundación Medicina Fetal Barcelona, 2019c).

Como ya mencionamos, existen dispositivos vaginales que se puede usar solos o como complemento para la realización de los ejercicios, que sirven de ayuda para la localización de algunos de los músculos pélvicos al apoyarse sobre ellos (Vélaz, 2015).

Como se podrá ver, para trabajar en la salud del suelo pélvico se deben dar herramientas a tener en cuenta en lo que respecta al estilos de vida de las mujeres, incluyendo medidas higiénico dietéticas: como mantener un peso corporal que evite la sobrecarga del suelo pélvico, evitar ejercicios que aumenten la presión intra-abdominal, disminuir la ingesta de xantinas (café, té, mate) dada su acción diurética, regularizar el ritmo intestinal para evitar el estreñimiento y modificar el entorno para facilitar la micción (Vélaz, 2015).

Dando por finalizada la revisión bibliográfica de este marco teórico concluimos en que las investigaciones relacionadas a los cambios que transita la mujer luego del parto y en lo que respecta a la sexualidad, se pudo observar que la percepción de muchas de estas sobre el cuerpo, está ligada a ideologías ya impuestas de cómo vivir este proceso y como él mismo afecta su autoestima, sexualidad y relación con su pareja; llevando a posponer el reinicio de las relaciones sexuales (Salim et al., 2010).

Partiendo desde una base perceptible en donde el posparto es un período de escasa actividad sexual, especialmente en relación al coito, para la mayoría de las mujeres, cuyas razones van desde el cansancio inherente al embarazo y al propio parto, hasta la preocupación por las responsabilidades maternas, incluyendo el período de tiempo necesario para que los genitales se recuperan del parto o de una episiotomía o laceración. Sabiendo que el cuerpo y la sexualidad son construcciones sociales interconectadas, entendiendo la sexualidad íntimamente relacionada con nuevas creencias e imaginaciones, es importante destacar que la misma no se restringe al cuerpo físico; considerando el plano psicológico durante el puerperio fundamental en el desarrollo de esta investigación (Salim et al., 2010).

CAPÍTULO III

Metodología

Definición del Problema de Investigación

Hay grandes carencias en relación al estudio y abordaje de la sexualidad en la vida de la mujer luego del parto, sintiéndonos en el compromiso de compensar dicha falta, ya que como futuras Obstetras Parteras debemos velar por los derechos de las mujeres mediante la educación para la salud integral, acompañamiento y asistencia de éstas, como así lo afirma el “Reglamento del ejercicio de la profesión de Partera” (2007) (Hernández, Fernández y Baptista, 2014; González, 2017).

El insuficiente respaldo teórico obstaculizó el proceso de relevamiento de bibliografía por lo que podemos afirmar que este tipo de estudio no se ha realizado anteriormente.

La finalidad de nuestro estudio fue acercarnos a las ideas, percepciones, o creencias, etc., de las y los profesionales sobre la sexualidad de la mujer luego del parto, ya que nuestro rol, como futuras Obstetras Parteras es el acompañamiento y asistencia en momentos claves como son el embarazo, parto y puerperio. Así mismo, creemos importante conocer factores modificables que inciden en la sexualidad de las mujeres a futuro y aún más si ellos aparecen como consecuencia del proceso del parto.

Por ese motivo nos planteamos las siguientes preguntas problema ¿Indagan las y los profesionales sobre la vida sexual de la mujer luego del parto? ¿Y antes de éste? ¿El parto influye en la experiencia y vivencia sexual de la mujer? ¿Existen factores modificables para evitar eventuales consecuencias sobre la vida sexual de la mujer luego del parto?

De esta manera, determinamos nuestro **PROBLEMA de estudio**:

¿Cuál es la percepción que tienen las y los profesionales sobre el futuro sexual de la mujer luego del parto?

Y definimos como **OBJETO o FENÓMENO** de estudio a:

“La percepción de las y los profesionales sobre el futuro sexual de las mujeres luego de un parto”.

Una vez claro el problema y el objeto o fenómeno de estudio, nos planteamos como **OBJETIVO GENERAL:**

Relevar desde la perspectiva de las y los profesionales la existencia o no de consecuencias en el futuro sexual de la mujer luego de un parto.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Valorar la posible influencia del parto en el futuro sexual, desde la esfera psicosexual.
- Conocer la existencia o no, de alteraciones del piso pélvico en relación con el parto.
- Reconocer factores modificables resultantes en el proceso del trabajo de parto y parto, y cómo actuar sobre ellos.

Enfoque metodológico

La metodología que se seleccionó para esta investigación fue un estudio de tipo cualitativo, de diseño fenomenológico con el fin de integrar la perspectiva y experiencias en común de las diferentes disciplinas en un ambiente natural relacionando su contexto (Hernández, Fernández, Baptista, 2014). De esta manera se entiende que se estudia el fenómeno (la percepción de las y los profesionales) y se describe tal cual sucede, con sus elementos y características.

Selección de la muestra

La muestra inicial fue un grupo de profesionales de las disciplinas Obstetricia, Ginecología, Psicología y Sexología, que forman parte del sistema de salud, que abarcan los servicios públicos y privados, sin diferenciar los niveles de atención en salud. Una vez iniciado el trabajo de campo surgió la referencia desde las y los profesionales de incluir la disciplina de Fisioterapia. Como criterio de inclusión dichos profesionales debían haber tenido contacto con mujeres que tuvieron al menos un parto, sin discriminar la vía de finalización.

La muestra no fue determinada previamente, sino que las y los referentes fueron contactados mediante el método “bola de nieve”, quienes cumplieran con los criterios de inclusión establecidos para el estudio. Este método se pone en práctica cuando a partir de un primer contacto, se van generando otros y sumando número de observaciones; apoyándose en referencias que dan las primeras entrevistadas y los primeros entrevistados para conectar con otras y otros, y de esa forma progresivamente buscar construir la muestra. Las investigadoras debieron generar familiaridad y proximidad en el grupo de entrevistadas y entrevistados para lograr ampliar la red de relaciones y llegar a la saturación teórica, criterio que delimita la dimensión de la muestra (Marín y Noboa, 2013).

El contexto en el que se realizó esta investigación fue en el ámbito de trabajo de las y los profesionales, centros de salud tanto del área privada como pública, de la ciudad de Montevideo, Uruguay.

Instrumento de recolección de datos

La revisión bibliográfica incluyó sitios web académicos y bibliotecas en el departamento de Montevideo, contemplando investigaciones nacionales e internacionales que abordaron la temática.

Como instrumento de recolección de datos, se implementó la realización de entrevistas semiestructuradas (APÉNDICE I) a referentes del área. Se denomina semiestructuradas a aquellas entrevistas que parten de preguntas planteadas que se podrán ir ajustando a la instancia con cada entrevistado. Dado su grado de flexibilidad permitió adaptarse a las y los informantes con grandes posibilidades de incentivar al interlocutor, explicar conceptos, identificar ambigüedades y reducir formalismos, permitiendo la expresión de los puntos de vista de las y los profesionales de forma abierta, como también, que hagan observaciones respecto al tema a abordar (Díaz-Bravo, Torruco-García, Martínez-Hernandez y Varela-Ruiz, 2013).

Las entrevistas se realizaron previa lectura y firma del consentimiento informado (APÉNDICE II).

Durante la realización de las entrevistas fueron surgiendo anotaciones de la observación directa, tanto auditivas como visuales por parte de las investigadoras, que fueron utilizadas posteriormente durante el análisis interpretativo. Se comenzó con la transcripción de las entrevistas para su posterior decodificación en papel.

Es conocido el hecho de que en el transcurso de las investigaciones de tipo cualitativas el análisis comience en paralelo con la recolección de datos (Hernández, Fernández, Baptista, 2014). Según Hernández et. al. (2014) la esencia del análisis está basado en recibir datos no estructurados, decodificarlos, proporcionándoles una estructura que los organice en códigos, dimensiones, propiedades y categorías, que se detallan en el análisis, unificando criterios, para posteriormente lograr una interconexión en la discusión. Por tanto se vincularon los datos con la bibliografía ya utilizada y se integró nueva de cara a realizar la interpretación y discusión de los datos obtenidos, para explicar nuestros hallazgos.

Consideraciones éticas

En esta investigación se tuvieron en cuenta las consideraciones éticas que garantizan preservar en todos los casos la dignidad y los derechos humanos de los sujetos.

La participación de las y los referentes fue voluntaria, los datos recabados de dichas entrevistas fueron utilizados con fines educativos, resguardando la confidencialidad de los mismos, siendo manejados únicamente por las autoras, tutora y co-tutora de la investigación.

Todos estos aspectos fueron registrados en el consentimiento informado, donde se hizo explícito el objetivo de la investigación y tiempo de duración de la entrevista.

Se tuvieron en cuenta los siguientes principios éticos:

- Respeto por los derechos humanos, dignidad e integridad de las personas
- Consentimiento informado.
- Confidencialidad.
- Respeto por el referente y sus respuestas.
- Privacidad.
- Autonomía.

CAPÍTULO IV

Análisis y presentación de los datos obtenidos

En este apartado se expone el proceso de análisis del que se desprenden las diferentes categorías, formadas por sus propiedades y dimensiones que describiremos en el posterior diagrama:

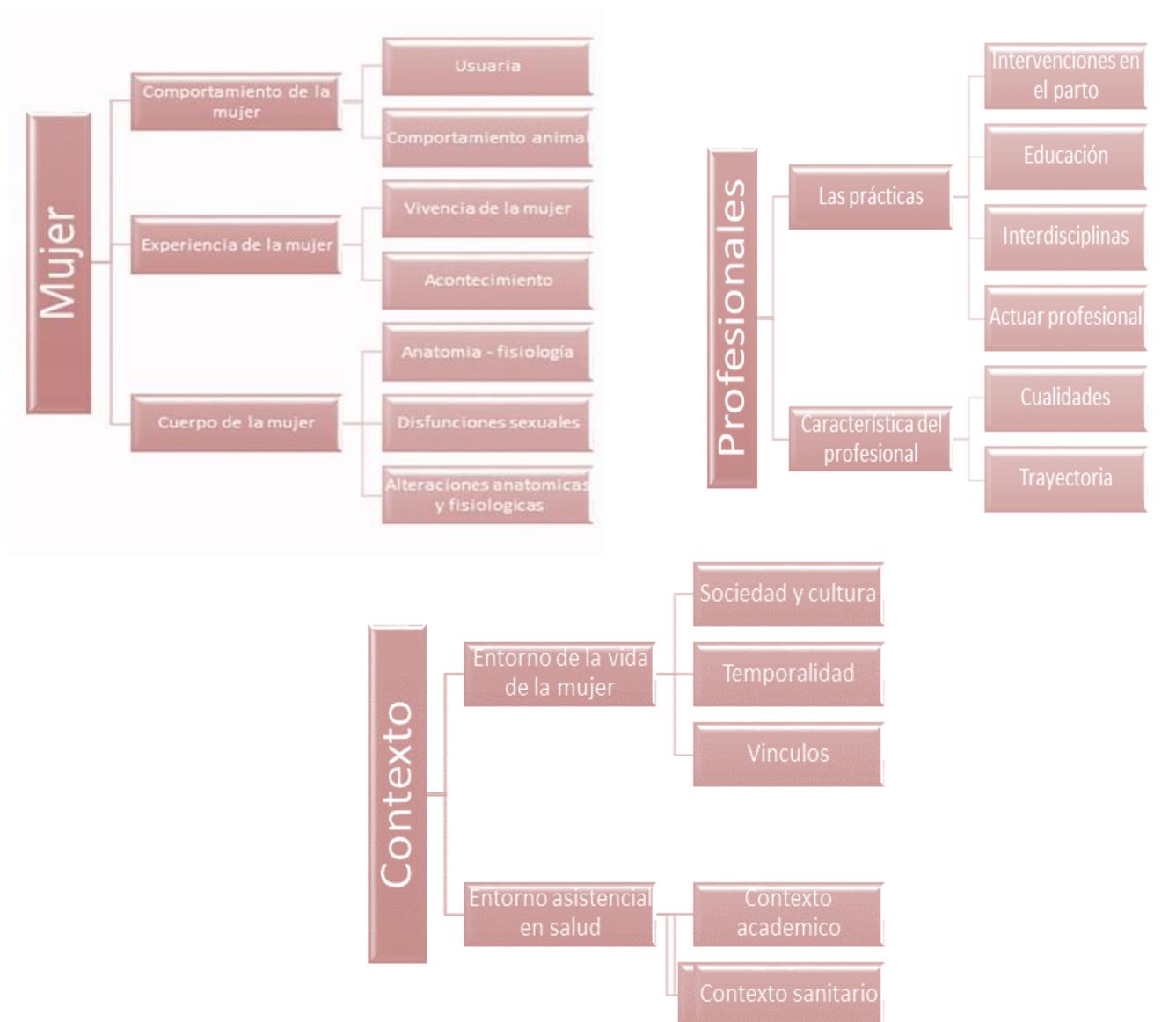


Figura 5. Diagrama de elaboración propia.

Dentro de la Categoría I denominada **Mujer** (Figura 5) aparecen tres propiedades: Comportamiento de la mujer, Experiencia de la mujer y Cuerpo de la mujer.

Encontramos en la Propiedad **Comportamiento de la mujer** a las siguientes dimensiones: usuaria y comportamiento animal.

La Dimensión **Usuaria** incluye aquellas capacidades que, según estos profesionales, tiene o puede adquirir la usuaria, además de sus expectativas, ante los procesos implicados en el parto y la vida después de este.

fundamental poder lograr un acompañamiento en ese proceso, por parte de la pareja también y entender de que hay que lograr que las personas tengan una preparación previa, emocional, de conocimiento, sería todo mejor (E.9, p.7).

a veces la expectativa de esas personas que consultan por una queja sexual, es resolver el tema de una manera directa y rápida (...) entonces cuando uno le plantea una terapéutica que está vinculada a todos estos factores: a lo psicoemocional, a lo vincular de la pareja, o si hay una orientación que sea no hegemónica, a veces las personas pueden tener más dificultades en aceptar una amplia gama de terapéuticas para resolver esos problemas (E.13, p.5).

La Dimensión **Comportamiento Animal** se manifiesta a través de ciertas conductas de la mujer durante el puerperio:

yo siempre les digo a las pacientes que no nos podemos olvidar de que somos animales, entonces la naturaleza nos crea con ciertas conductas que son de protección, si nosotros estamos en un momento de vulnerabilidad con una cría chica,

nuestro cuerpo en alguna medida se protege para no quedar embarazado de vuelta, y entre esas cosas más allá de la amenorrea que se produce también en la lactancia, que tiene explicaciones hormonales por supuesto, el deseo, la libido pasa mucho por ahí también (E.1, p.4).

Las que vienen no se animan a reiniciar y generalmente vienen por las propias presiones de la pareja, capaz que si es por ella orgánicamente no están dispuestas a tener relaciones porque los cambios físicos de la prolactina no preparan al cuerpo de la mujer para tener relaciones, somos animales y preservamos la reproducción (E.7, p.10).

La Propiedad **Experiencia de la mujer** está conformada por las Dimensiones: Vivencias de la mujer y Acontecimiento.

La Dimensión **Vivencias de la mujer** incorpora todas aquellas experiencias e implicancias que repercuten en la vida de la mujer:

hay mucha cosas que se vive desde el adentro de “hablé con una amiga, hablé con una vecina, me dijo que a ella también le pasó y bueno ta” y queda como naturalidad y como normal (E.1, p.10).

no piensan que les está pasando algo malo cuando tiene un hijo de 6 meses y no quieren mantener relaciones sexuales, creen que es lo que debería de pasar ya sea por cansancio o lo que sea, no lo identifican como un problema sino que creen que es lo que les pasa a todas las parejas (E.6, p.5).

muchas veces se actúa desde los mandatos de ser madre y además estar eróticamente disponible para la pareja, todo esto puede llegar a perjudicar a la autoestima, afectar la emocionalidad, si no se tiene como desahogar, viviéndolo con frustración, tarde o temprano esto puede afectar su sexualidad (E.3, p.11).

La Dimensión **Acontecimiento** incluye aquellos momentos trascendentales para la vida de la mujer, según la visión de las y los profesionales.

mirarlo desde todos los puntos de vista, sobre todo sin perder la centralidad que esa mujer ya no es la misma persona, ha sido sacudida y atravesada por una experiencia vital como pocas (E.10, p.10).

la maternidad primera es un cambio muy grande. Entonces, es comprensible ya desde el punto de vista físico, bioquímico y actitudinal, que la mujer pueda no tener deseos de iniciar su práctica coital, esto no implica que no desee ser cuidada, mimada, acariciada y sentir que sigue siendo atractiva, porque en esos momentos (...) no siempre te sentís fantástica, te sentís muy desarmonizada, entonces, que importante sería este trabajo previo con las parejas (E.10, p.9).

Al parto en sí mismo no lo veo como algo tan determinante desde el punto de vista anatómico que limite la sexualidad, yo creo que es más el nacimiento y la llegada de un hijo la que condiciona la sexualidad (E.11, p.14).

el deseo sexual, para muchas personas cambia de acuerdo a componentes de la vida y bueno un parto es un componente importante de la vida (E.9, p.6)

Dentro de la Propiedad **Cuerpo de la mujer** aparecen las siguientes dimensiones: Anatomía-Fisiología, Disfunciones Sexuales, Alteraciones Anatómicas y Fisiológicas.

La Dimensión **Anatomía-Fisiología** incluye a todos aquellos cambios y procesos del cuerpo de la mujer:

La mujer consulta sobretodo en el postparto inmediato por incontinencias, en el postparto tardío consultan por debilidad de la musculatura del piso pélvico, también por incontinencia, por problemas en la cicatrización de la cesárea, por dispareunia (E.12, p.8).

la episiotomía y la cicatriz de la cesárea si, porque te pueden venir a la consulta por dolor, y es ahí que consultan porque les provoca irritación porque hay una cicatriz que es joven y todavía no ha vuelto a reinervarse, en el contacto directo en esa parte del cuerpo o al tener una práctica coital, irrita, molesta y a veces hasta sangra, la piel queda más frágil (E.3, p.23).

la sexualidad en una paciente que está en el puerperio, vos sabes que hay elementos hormonales que afectan y hay situaciones físicas puntuales, como puede ser una cicatriz (E.1, p.5).

la lactancia y no tanto al nacimiento en sí mismo, sino por los cambios hormonales que se mantienen durante la lactancia, ahí no importaría si fue un parto vaginal o una cesárea, ahí puede afectar a las dos mujeres por igual (E.1, p.4).

les comento que es probable que cuando comiencen a besarse salga leche de las mamas y ahí surgen muchas dudas de que se hace, de si se toca o no, son cosas que van a pasar y que nadie les dice (E.6, p.12).

tiene que ver en cualquier momento de la vida como muchas cosas, entre ellas puede haber alguno vinculado a la lactancia, al hipoestrogenismo vinculado a la lactancia específicamente (E.13, p.2).

Con respecto al parto, evitar las episiotomías, permitir a cada mujer parir a su tiempo porque somos todas diversas, porque tenemos estructuras diferentes, improntas diferentes, respetar los tiempos y la individualidad, permitiendo a la mujer que se apropie de su cuerpo y reconozca sus procesos, a escuchar sus deseos y necesidades (E.3, p.32).

La Dimensión **Disfunciones Sexuales** agrupa todas aquellas repercusiones funcionales a nivel sexual:

De los motivos de consulta la gran mayoría es dentro de las disfunciones sexuales que esperamos, que lo plantea la literatura y existe, es la disminución del deseo sexual (E.7, p.2).

Hay otras que también generan una consulta por una dispareunia secundaria a la cicatrización de la episiotomía si fue un parto vaginal lo que tuvieron con episiotomía (E.1,p.4)

Una cosa muy generalizada no va en torno necesariamente solo al cuerpo físico, sino a una sensación que manifiestan muchas de no tener deseos, no tener ganas, más allá del cansancio, no se sienten nuevamente conectadas durante un tiempo, con el deseo ni la atracción hacia su compañero si lo tienen (E.10, p.3).

La mujer comienza aceptando el mantener relaciones sexuales sin ganas y en realidad lo que genera a la larga es rechazo y ahí sí puede comenzar con dolor al mantener relaciones sexuales coitales, a lo que no tiene ganas no se excita por lo tanto no se lubrica y ahí sí puede aparecer el dolor. Yo veo a eso como la mayor causa (E.5, p.4).

vinculado al hecho de haber tenido una intervención o un parto vaginal, puede haber algo vinculado al dolor en las relaciones sexuales posteriormente, si hubo desgarro, si no se repararon adecuadamente, por ejemplo (E.13, p 2).

La Dimensión **Alteraciones Anatómicas y Fisiológicas** implica aquellas repercusiones de causa biológica.

He recibido consultas con lo que tiene que ver con disfunciones del piso pélvico, que en el post parto son más frecuentes las incontinencias, sobre todo la incontinencia urinaria, pero también se puede asociar con incontinencia de gases, algo

que para la mujer es muy invalidante, ni que hablar que repercute en la calidad de vida de la mujer y dentro de estas repercusiones está la esfera de lo sexual (E.12, p.7).

la pérdida de orina por más que no es ninguna sintomatología directa con la sexualidad pasa a serlo porque es una incomodidad, porque la mujer deja de tener encuentros sexuales porque tiene miedo de perder orina o materia, depende de la incontinencia que tenga la mujer (E.4, p.6).

A lo largo de todo el tiempo lo que más ha influido es la episiotomía, los dolores, las molestias, impresionante! puntos infectados, verte la vulva con aquel tajo y aquellos puntos negros, es difícil erotizarte así (E. 10, p.15).

el deseo sexual, para muchas personas cambia de acuerdo a componentes de la vida y bueno un parto es un componente importante de la vida, entonces hay mujeres que sí! (...) la vedette de las consultas con respecto a la sexualidad en mujeres, es fundamentalmente la falta de deseo (E. 9, p.6).

La Categoría II denominada **Profesionales** (Figura 5) se divide en dos propiedades: Las prácticas y Características del profesional.

Las prácticas están formadas por Intervenciones en el Parto, Educación, Interdisciplinas y Actuar profesional.

La dimensión **Intervenciones en el Parto** hace referencia a aquellas acciones realizadas durante el trabajo de parto y parto, por parte de las y los profesionales, dentro de ellas encontramos que el uso restrictivo de la episiotomía es de gran importancia:

El hecho de aplicar la episiotomía restrictiva, no hacerla en todas las mujeres porque inevitablemente estas modificando el piso pélvico. Valorar el periné, valorar el introito, ver si puede haber un parto sin episiotomía (E.11, p15).

Evitar un episiotomía podría evitar una disfunción sexual, una incontinencia de orina o una incontinencia de gases, porque cuando se realiza una episiotomía también se cortan los músculos del periné y ni que hablar que hay un compromiso de la funcionalidad de esos músculos, que de repente en el contexto del post parto puede ser a corto plazo, (...) pero en otras no y cómo eso afecta la calidad de vida de la mujer (E.12, p. 19).

En el parto vaginal está la episiotomía, si la hay, es una cicatriz en el periné, para mí importante es preservar el periné, la episiotomía no! Hacerse masaje, que se ponga en contacto con su cuerpo (E. 3, p.12).

hay que tener mucha delicadeza en tratar de, cuando se hace una, bueno si se puede evitar hacer una episiotomía mejor, y si se hace una episiotomía que trate de ser bien respetuosa, osea cuidadosa, yo he visto episiotomías hechas en el labio, que sea en el lugar que corresponde, que sea suturada de manera correcta (E.5, p.8).

En la Dimensión **Educación** las y los profesionales resaltan la importancia que ésta tiene, considerada una herramienta para los procesos que transita la mujer en las diferentes etapas de su vida.

De todas las mujeres que consultan, la gran mayoría con un poco de educación y empatía, explicarles y tratar de trabajar con la pareja, se soluciona (E.7, p.3).

aquellas mujeres que tuvieron partos con episiotomías, fórceps, etc; consultan por el miedo de la relación sexual con penetración, tienen una sexualidad satisfactoria, aun teniendo relaciones como sexo oral o juego erótico inclusive anal, la relación con penetración le da miedo, el lastimarse y eso pasa mucho por el desconocimiento de su cuerpo; pero en eso con educación alcanza, decirles que se pongan un espejo y se miren, decirles que ya volvieron a menstruar y que ya se están pudiendo poner tampones (E.7, p.4).

He tenido consultas de piso pélvico, de debilidad, fragilidad y qué cosas son más convenientes para la recuperación, pero tiene mucho que ver con la educación y a veces el no saber que tienen allí un grupo de músculo que sostienen todos los órganos, por eso debe de ser integral, partiendo de la conciencia de nuestro cuerpo y de como yo lo puedo restablecer, de la potencia del cuerpo, darse cuenta de cómo poder mejorarte y recuperarte (E. 3, p.24).

Cuando doy las clases soy explícita con lo que digo, por ejemplo les comento que es probable que cuando comiencen a besarse salga leche de las mamas y ahí surgen muchas dudas de que se hace, de si se toca o no, son cosas que van a pasar y que nadie les dice, muchas veces puede terminar ahí la relación sexual a causa del desconocimiento (E.6, p.12).

La Dimensión **Interdisciplinas** hace referencia a la necesidad de que todas las disciplinas involucradas, representadas por diferentes profesionales en esta investigación, generen la instancia de hablar de sexualidad, la derivación oportuna y eventualmente, la rehabilitación de piso pélvico.

si empoderamos mujeres en que puedan elegir cómo, dónde y con quién parir, también podemos empoderar a las mujeres para que vivan su sexualidad de forma libre, responsable, placentera, tenemos que hacer un cambio en todo, para que se hable y se discuta, además debe de hacerse explícita (E.6, p.18).

En mi práctica habitual en lo que tiene que ver en las consultas relacionadas con el puerperio, una de las cosas que hay que abordar es la sexualidad (E.11, p.7).

cuando veo que realmente hay algo que está saliendo ahí, lo derivó a un especialista porque, sacar la información por sacarla no nos sirve a ninguno, generó el ambiente para que la paciente tenga la confianza de poder contarle (E.1, p.8).

Primero mirar a la mujer ya desde el embarazo, que eso tampoco se hace, tengo la suerte de que algunos Ginecólogos derivan, algunas mujeres tienen partos vaginales medios complicados o vienen con incontinencia, entonces ahí ya puedes evaluar, si tiene por ejemplo cicatrices dolorosas, cicatrices grandes, los masajes previos al parto, que sepan que el calor ayuda mucho a la distensión, el preparar ese periné desde, informar que tiene derecho a la rehabilitación del piso pélvico porque muchas no lo sabes, el hecho de que sepan de que es un derecho que tiene, es algo que pueden exigir y no importa si están a nivel privado o público (E.4, p.16).

Cuándo comenzar la rehabilitación, haya o no disfunciones, esto no solo se aplica a las mujeres que tuvieron parto vaginal, sino que las mujeres que tuvieron cesárea también pueden tener disfunciones (E.12, p.20).

Muchos de los profesionales no abordan el tema porque no tienen formación y algo que hay que tener en claro es que vos no puedes hablar desde tu experiencia personal, ni desde tus valores, porque puedes hacer más daño a la mujer que el beneficio que puedas llegar a dar, si puedes derivar antes de hablar del tema sin saber (E.5, p.6).

Respecto a la Dimensión **Actuar Profesional** se aprecia que la mayoría de las entrevistadas y los entrevistados plantean que sus propias acciones influyen en la atención:

Dentro de la anamnesis le pregunto directamente por la sexualidad, como afecta su motivo de consulta a la sexualidad, se lo pregunto dentro del interrogatorio. Lo pregunto porque hay mujeres que consultan por dispareunia o disminución de la libido, pero hay otras mujeres que consultan por incontinencia, y las que consultan por incontinencia de repente no expresan espontáneamente que eso puede tener una repercusión sobre su vida sexual, entonces ahí sí voy a buscarlo. De repente mi tratamiento va más dirigido a la incontinencia pero me parece fundamental aportar (en sexualidad) y de necesitarlo tratar (E.12, p. 9).

trato de preguntar específicamente y salen muchos comentarios y cosas vinculadas a la sexualidad cuando uno pregunta, desprejuiciado y libremente, la gente contesta (E.13, p.4).

Creo que lo sexual está muy vinculado a lo emocional (...) que si bien yo lo puedo preguntar, considero que el abordaje debe ser por alguien que se haya formado en eso, como por un psicólogo que además tenga formación en sexualidad (E.12, p.11).

cuando vos le dedicas 5 minutos al paciente que tenes enfrente, el paciente va a poder realmente ser franco con vos, y decirte realmente cuales son las cosas que le preocupan (E.1, p.7).

lo mejor que podemos hacer es tratar de distender el periné, haciendo masaje perineal o compresas calientes como para tratar de que se distienda bien la musculatura y que no se lastime tanto, justamente para evitar después cicatrizaciones anómalas que te generen estas alteraciones, más aún todo lo que es prolapso y demás, más allá de la sexualidad, a largo plazo puede generar esas alteraciones también (E.1, p12).

Me parece que antes de llegar al momento del nacimiento es importante que el personal de salud y ni que hablar que ahí el rol de la Partera es fundamental, en la consulta en policlínica o en las clases de preparación para el parto o incluso en la consulta en policlínica preconcepcional, hacer el abordaje de cómo la mujer puede empezar a conocer su cuerpo, porque realmente hay mucho desconocimiento. (E.12, p.14).

Siempre deberíamos de hacerlo totalmente integral, muchas veces surgen preguntas antes que tratas de encuadrar a la mujer al contexto, siempre hago referencia que la sexualidad es todo lo que vincula a esa mujer y su experiencia (E.6, p.13).

No limitar la información solo a la mujer, sino también a la pareja a la familia y a todos; también a los profesionales mismos y todos los que forman parte del sistema de salud (E.8, p.23).

En las **Características del Profesional** se ven implicadas sus cualidades y trayectoria.

La Dimensión **Cualidades del Profesional** se entiende como las virtudes de las y los profesionales, que en este caso reflejan el interés sobre el abordaje de la sexualidad.

Dentro de las Cualidades de las y/o el profesional se destaca:

Tratar de generar conciencia entre todos, de que todo esto es importante para el futuro de la mujer, porque a veces vemos en el momento ahora y él más adelante no importa, total no la voy a ver más a la mujer, como que en realidad no tenemos un compromiso real con todo lo que es el cuidado del piso pélvico de la mujer, qué implica, no solo la sexualidad que es super importante sino también los riesgos, como lo son prolapso de órganos pélvicos, incontinencia, etc (E.1, p13).

Tratar de ser lo menos invasivos posibles, y si se puede hacer la fisioterapia desde antes del nacimiento, (...) lo pueden hacer en el proceso del nacimiento también, y si podemos usar compresas tibias para poder terminar de ayudar a que el periné

se relaje bien, espectacular!, hay que tomar la conciencia y tratar de ser todos concluyentes en esto, pero falta mucho (E.1, p.13).

Tener en cuenta que no solo estamos frente a una mujer que va a tener un hijo, sino que sea integral y recordar que la sexualidad también forma parte de la salud de las personas (E.5, p.8)

Tratar de ser lo menos invasivos posibles (E.1, p.13).

El tener paciencia, el no intervenir enseguida, es crucial para después (E.4, p.15).

Mi abordaje es integral (...) es algo en lo que recalco y se los explico a las pacientes para que lo entiendan, nunca se ve solamente el periné, es un abordaje integral (E.4, p.8).

La Dimensión **Trayectoria** ve implícita la experiencia de las y los profesionales y su rol en la comunidad.

Dentro de la **Trayectoria** se hizo énfasis en múltiples oportunidades al rol de la Obstetra Partera como referente:

si la atención fuera con Obstetras Parteras yo creo que se cambiarían muchos más cosas (E.4, p.15).

Las Parteras tenemos que incluir a la sexualidad en nuestras consultas siempre, (...) sobre todo en primer nivel de atención, somos referentes para esa mujer en todas sus etapas, es parte de la integralidad de nuestra profesión (E.2, p.12).

Me parece que antes de llegar al momento del nacimiento es importante que el personal de salud y ni que hablar que ahí el rol de la Partera es fundamental, (...) hacer el abordaje de cómo la mujer puede empezar a conocer su cuerpo, porque realmente hay mucho desconocimiento (E.12, p.14).

La Categoría III denominada **Contexto** (Figura 5) que se divide en dos propiedades: Entorno de la Vida de la Mujer y Entorno asistencial en Salud.

En la Propiedad **Entorno de la Vida de la Mujer** encontramos las siguientes Dimensiones: Sociedad y Cultura, Temporalidad y Vínculos.

La Dimensión **Sociedad y Cultura** se expresa mediante los determinantes socio-culturales que perciben las y los profesionales, y en los que se ubica a la mujer. Dentro de esta dimensión se deja ver el peso de la sociedad respecto al “deber ser madre”:

hay múltiples factores que tienen que ver con lo cultural, con lo social, cuestiones de género, la sexualidad si no la miramos desde esa perspectiva, sexualidad de mujeres sin verla desde una perspectiva de género de una sociedad patriarcal, es como no estar entendiendo básicamente algo, pero bueno se supone que la parte reproductiva es en algún momento ta! puntual, donde la sexualidad la tenemos desde antes de nacer hasta que nos morimos, lo reproductivo es algo puntual (E. 9, p.2).

hay mandatos como el que tenemos que ser madres, parece que existe un instinto materno por solo ser mujer y resulta que hay mujeres que hacen depresiones post-parto porque después no quieren saber nada con las parejas, pueden ser muchas, muchísimas y va a depender de cada mujer; después los miedos, todos los miedos que te asaltan por la propia educación, por ejemplo el desconocimiento por el propio sistema de valores, cómo llegan a ese momento, hasta cómo está construido ese vínculo, si tiene pareja o no, si es así, cómo es ese vínculo de pareja? Si es un vínculo equilibrado o es que cada uno cumple su rol de género, es estereotipado, bueno, la mujer es la que cría, amamanta, limpia la casa (E. 3, p.6).

¿qué tiempo hay? si la cultura te dice que hay que ser buena madre, que tenes que amamantar, hacer lo otro, ¿dónde está tu tiempo para ti?; esto es porque la maternidad está asignada a la mujer nada más (E. 3, p. 9).

tu energía y tu libido va a estar dependiendo de cómo haya llegado hasta ahí, va a estar hacia el bebé o hacia su pareja cuando tendrían que poder mirarse a sí misma en ese momento más que estar (E. 3, p. 8).

Todo esto pasa porque tenemos una concepción de que tener un encuentro sexual es tener penetración, (...) hay un enorme desconocimiento, porque un 70% de las mujeres no llegamos a un orgasmo con la penetración solamente, todo esto hace que muchas mujeres si ya no disfrutaba enormemente del encuentro sexual genital, probablemente busquen una excusa, es una excusa! es bárbaro, si no la pasaba bien antes, “ahora no tengo ganas”. Quien no quiere repetir algo, es porque no lo pasaba bien (E. 10, p.10).

Lo de la libido va de la mano también con el miedo que tenemos las mujeres de: que si se despierta el bebé o todo lo que tiene que ver con el bebé, la sexualidad de la mujer es muy compleja, no pasa solamente por la genitalidad, es más, el constructo mental de la sexualidad, en la mujer es muy difícil y cualquier interferencia que tengamos en nuestra cabeza interfiere en nuestra sexualidad y en el momento del puerperio un bebé menor a 2 años sobre todo, es muy fácil que las mujeres tengamos distracción en ese sentido, entonces si afecta bastante la sexualidad, sumado al cansancio y a todas las demás cosas (E.1, p.4).

La Dimensión **Temporalidad** hace mención al paso del tiempo, ya sea a corto plazo o que incluya los procesos vitales de la mujer.

depende también cuánto tiempo pasó desde el parto, si estamos hablando de un puerperio mediato o alejado, los primeros dos años de puerperio por ejemplo, en general las pacientes muchas veces consultan por un tema de dispareunia o sequedades vaginales que también muchas veces se puede asociar con cambios mismo hormonales, que pueden hacer que la lubricación a nivel de la vagina no sea la adecuada (E.1, p.4).

Otras veces directamente es por dolor y no solamente en los puerperios, que se da en el puerperio alejado o cuando pasaron años y el dolor aun persiste y muchas veces tiene que ver con desgarros, con las episiotomías (E.4, p.6).

La Dimensión **Vínculos** implica todos los lazos que establece la mujer durante su vida, según son considerados y detallados por estos profesionales.

con respecto sobre todo al reinicio de lo que es la relación sexual, evidenciaban las mujeres a la relación sexual como acto sexual con penetración vaginal y ese era el problema, el miedo y también a través de la insistencia de su pareja masculina con respecto a esto, era como una preocupación de cuando podía porque iba a ser una necesidad del otro (E. 8, p.10).

se notaba muchas veces que la mujeres lo que valoraban era la necesidad de la pareja y no tanto el deseo sexual o la necesidad por parte de ellas, como que tenía que cumplir con algo que el otro requería (E. 8, p.10).

me parece que el estrés que produce el embarazo, hay que ver en qué condiciones de pareja, si estaba sola, que apoyo familiar tiene, que redes, que tantos hijos tiene. A veces para mi, la contención por ese lado es mucho más importante de lo que nosotros en realidad le damos (E.13, p.17)

cuando vos te vas alejando de la práctica continua de mirarse, tocarse, besarse, estar presentes, aunque no tengas relaciones sexo-genitales, sentirse, ir sintiendo la tensión y la atracción mutua, eso es un alimento, pero cuando vos estas totalmente desenchufado, cansado, criando, el celular, la serie, la computadora, cero conexión con lo erótico, cada vez se vuelve más difícil conectar, porque no es una necesidad básica...una necesidad básica es respirar, comer, eliminar lo que comes porque sino te moris. Entonces se puede decir que es una necesidad básica para el ser humano vincularse, desde la teoría del apego y todo esto sabemos que

un ser si no es tocado, mimado, acariciado y movido se puede morir, además de generar depresión y no desarrolla todo su sistema nervioso, entonces todos los humanos de todas las edades sentimos la necesidad de recuperar ese vínculo funcional desde el abrazo, el contacto la piel, pero tener relaciones sexuales no es una necesidad básica (E.10, p.9).

Las que vienen no se animan a reiniciar y generalmente vienen por las propias presiones de la pareja (E.7, p.10).

Dentro de la Propiedad **Entorno Asistencial en Salud** encontramos las Dimensiones: Salud, Contexto Académico y Contexto Sanitario.

Dentro de la Dimensión **Salud** se incluyen aquellas intervenciones que tienen como fin el bienestar de la salud sexual de la mujer.

me parece que hay mucho desconocimiento en cuanto al autoconocimiento del cuerpo, sobre todo de la zona del piso pélvico, del periné, la mujer no reconoce su periné, no reconocen su piso pélvico (E.12, p.13).

nadie le pregunta a la mujer lo que está sintiendo y viviendo, dando como resultado un desconocimiento de sí, me voy enajenando y a veces los profesionales me van diciendo cosas diferentes y yo voy anotando porque creo en el profesional y así me voy enajenando, dejó de buscar en mi, ésta cosa de explorar de curiosidad (E.3, p.21).

Otra cosa que favorece a la mujer, mismo para la parte del orgasmo, la plataforma orgásmica, es la Fisioterapia, que realmente no hay costumbre en nuestro país de realizar Fisioterapia postparto, no solamente para evitar la incontinencia o disminuir los riesgos de incontinencia, o de prolapso, que ni que hablar que los efectos están más que demostrados, sino que para volver a tener un piso perineal y pueda tener su funcionalidad en su totalidad es importante también y dentro de la función también toda la parte perineal, el orgasmo es una de ellas, así que afecta la sexualidad también (E.1, p.10).

Tener en cuenta que no solo estamos frente a una mujer que va a tener un hijo, sino que sea integral y recordar que la sexualidad también forma parte de la salud de las personas (E.5, p.8)

conocimiento del periné, ejercitación durante todo el embarazo, modificar ciertas conductas del estilo de vida, como puede ser: qué ejercicios elige hacer la mujer durante el embarazo, eso también tiene un impacto en el periné, que de repente no nos damos cuenta pero lo tiene. El masaje perineal, ni que hablar (E.12,p.21)

Antes de llegar al momento del nacimiento, hacer el abordaje de cómo la mujer puede comenzar a conocer su propio cuerpo (...) y después en clases de preparación para el nacimiento, realmente hay mucho desconocimiento de lo que es periné, de sus músculos, como actúan o qué rol cumple (E.12, p.14).

La Dimensión **Contexto Académico** implica la Formación Profesional y sus Limitaciones.

Las y los profesionales denotan grandes coincidencias respecto a las limitaciones de la formación para el abordaje de sexualidad:

tenes toda la parte psicoemocional y vincular sobre todo con su pareja que es ahí también donde tenes que atacar, entonces, nosotros como Ginecólogos estrictamente no tenemos demasiadas herramientas para eso (E.1, p.8).

Son pocas las instancias en la que está el espacio para hablar del tema y no lo hacen todos los profesionales, a veces el no tener el conocimiento sobre el tema hace que se inhiba la persona (E.6, p.11).

En mi formación como estudiante de partería la sexualidad fue un debe, la formación fue básica, no me fui con herramientas para poder abordarla, me tuve que formar afuera (E.2, p.13).

Hay que abordar el tema sexualidad, hay una realidad que es que no nos forman en sexualidad en ningún momento de la vida de la mujer (E.11, p.10).

me parece que está bueno conocer las limitaciones que uno tiene también, no pensar que todo es por algo anatómico, no! muchas veces es algo psicoemocional puro, y con un tratamiento adecuado la mujer mejora cien por cien, hay que abarcar todo y saber hasta dónde podemos llegar y si llegamos más de lo que podemos, a veces podemos generar más cosas en contra que a favor, entonces conocer nuestras limitaciones, eso es lo principal (E.1, p.8).

En la Dimensión **Contexto Sanitario** se refleja la accesibilidad, dinámica y funcionamiento del sistema de salud.

Dentro de esta dimensión se destaca la falta de la asistencia integral:

La posibilidad de tener una consulta integral que contemple lo sexológico, lo afectivo, lo psicoemocional y el cuerpo anatómico en concreto, yo creo que sí existe, es minoritario realmente (E.10, p.18).

en nuestro medio no existe la costumbre de hacer fisioterapia del piso pélvico en todas las mujeres, ya sea parto o cesárea, pero sobre todo parto, prácticamente no hay Fisioterapeutas dedicados al piso pélvicos, es hasta un grado de desconocimiento y es algo fundamental para la sexualidad, para poder reencontrarse con toda la musculatura del piso pélvico (E.11, p.9).

También resaltan las múltiples consultas con motivos indirectos:

consultan por flujo porque les duele, le dan vueltas al asunto, no digo que no haya ese tipo de consultas sino que son pocas las mujeres que lo consultan directamente porque tiene un problema de sexualidad (E.6, p.3).

Yo no veo consultas por sexualidad, muchas veces lo que ves son otros motivos de consultas solapados que en definitiva la llevan a consultar porque su insatisfacción en el área de la sexualidad le genera que vaya a consultar (E.6, p.14).

en la policlínica de Salud Sexual y Reproductiva si se habla un poco más de sexualidad, pero desde otros aspectos, sobre la protección, da más para charlar sobre los riesgos más que las prácticas sexuales (...) no es pensando en el disfrute de la sexualidad no es en esa visión (E.6, p.10).

No veo que eso se una razón de consulta al contrario es algo que la mujer no lo viene a contar, viene por una sintomatología.. Igual cuando vienen al consultorio nunca te dicen que lo andan contando por ahí, es algo que la mujer se guarda y ni a sus pares les consultan (E.4,p.9).

Se ve como una limitante para el abordaje de la sexualidad, la corta duración de las consultas:

uno de los errores que tenemos como especialistas que a veces es causa del sistema de trabajo que tenemos, estas tan apurado viendo un paciente atrás del otro que no le dedicas el tiempo que se merece a cada uno (E.1, p.7).

de pronto me entero más yo de cosas que el Ginecólogo, entre otras cosas porque las anamnesis son mucho más rápidas yo tengo una hora, yo tengo una cantidad de preguntas donde tengo tiempo como para que ellas hablen, yo no tengo ningún apuro porque tengo una hora para poder atenderlas, generalmente en la primera consulta ya saco el tema y a medida de que pasan las sesiones la mujer cuenta algunas cosas que son bastante importante (E.4, p.9).

La educación sexual abordada de forma integral en la pareja, que lamentablemente no es posible realizarlo en una consulta de 15 minutos, pero si creo que es posible hacerlo en las clases de parto por ejemplo (E.11, p.20).

CAPÍTULO V

Discusión e interpretación de los datos obtenidos

Del parto se puede salir empoderada, cual leona lista a proteger a sus cachorros. Ese poderío está previsto en nuestra naturaleza para facilitar la maternidad y la crianza. Pero también puede ser lo contrario, la vulnerabilidad extrema que vivimos en el parto hace que sea un momento extremadamente delicado, con riesgo de salir muy dañada, herida, rota. El parto tiene un enorme impacto, no solo corporal, también existencial. Tendremos que preguntarnos por qué muchas mujeres tienen vivencias trascendentales o místicas, de conexión con la naturaleza o la madre tierra cuando están de parto.

Ibone Olza (2017)

En este apartado se realiza la discusión de los datos obtenidos y analizados previamente, en vistas de la bibliografía descrita en el marco teórico y la incorporación de nueva bibliografía, debido a la necesidad que emerge a partir del análisis.

Categoría Mujer

Las propiedades que se ven incluidas en esta categoría son: cuerpo de la mujer con sus dimensiones anatomía y fisiología, sus alteraciones y disfunciones sexuales; la propiedad experiencia de la mujer con sus dimensiones: vivencia y acontecimiento; y finalmente la propiedad comportamiento de la mujer con sus dimensiones usuaria y comportamiento animal.

Resulta difícil hallar una definición de mujer que contemple todos los aspectos implícitos en la mujer como ser biológico, psicológico y socio-cultural. La primer definición que surge de la Real Academia Española (2019) es cómo aquel ser humano cuya anatomía es femenina (contiene como error conceptual utilizar el término “femenino” como sinónimo de “mujer”, lo cual sí haría referencia al sexo biológico/anatomía), de todas formas esta definición no resuelve el problema desde

el punto de vista psicológico ni socio-cultural. Por otra parte a la mujer se le otorga un rol socio-cultural, a punto de partida de su edad o de sus relaciones de parentesco con los varones, ubicándola casi que de forma exclusiva en la posición de hermana, “esposa” y madre, delimitando su “posición” en la sociedad por estos roles, sin tener en cuenta otros aspectos de su vida como formación, profesión, talento, desarrollo personal, etc. (Castellanos, 1991; Zimbalist, s.f).

Según las y los profesionales que forman parte de nuestra muestra, se percibe a la mujer como su cuerpo, con gran connotación en su anatomía y fisiología, concebida como animal, visibilizando sus experiencias de vida donde se destaca el parto como acontecimiento transversal en la vida de la mujer y como usuaria siendo sujeto de derecho.

La mujer se percibe inserta en un contexto, como parte de la sociedad, con su cultura y costumbres, cargado de mandatos sociales que le otorgan deberes en dicha sociedad, determinando su función en la misma. Dentro de dichos mandatos, se determina como debe vivir su sexualidad y la incidencia de ésta en el desarrollo de sus vínculos. Las y los profesionales perciben que dentro de las experiencias de la mujer la vivencia de la sexualidad es un tabú, como lo señala Vera-Gamboa (1998), no experimentada así desde el rol de las y los profesionales. Se debe considerar que las y los profesionales arraigan sus propias concepciones respecto a la sexualidad, por el mero hecho de ser parte de la sociedad.

La sexualidad de la mujer se vio implícita en todas las propiedades de las tres categorías, lo que se vincula a la definición de sexualidad de la OMS (2002) utilizada en el marco teórico, la cual hace referencia a las influencias psicológicas, emocionales, culturales, históricas, etc.

Las entrevistadas y los entrevistados han hecho énfasis en la usuaria como sujeto de derecho en el sistema de salud, los nuevos modelos de humanización que se vienen trabajando buscan ubicar a la mujer, “paciente” en un rol central de atención de “usuaria” en el cual se valoran sus decisiones, preferencias y necesidades como aspectos para la toma de decisiones, este cambio de paradigmas en la atención de salud promueve en cada mujer la capacidad de elegir (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2011).

La mujer por el solo hecho de ser usuaria del sistema de salud tiene derecho a instancias educativas, de orientación y acompañamiento, tanto para ella como para su pareja o acompañante. Así como lo recomienda la “Promoción y reconocimiento de buenas prácticas de atención en las maternidades de la Administración de Servicios de Salud del Estado” (ASSE) del año 2017, es de importancia que dichas instancias sean participativas y que abarquen temas como el autocuidado en salud, cambios emocionales en las diferentes etapas, sexualidad, entre otros. También fue señalado por el Ministerio de Salud Pública (MSP) en el 2014 y por Rodríguez y Sueiro (2017) quienes consideran conveniente integrar los contenidos relacionados a la sexualidad y sus prácticas en los programas de preparación para el parto y de generar instancias postparto, para la incorporación del abordaje de la sexualidad en dichas instancias.

La mayoría de las y los profesionales participantes en nuestra investigación, manifestaron que éste acompañamiento e instancia de educación debe ser apropiada para cada etapa, centrada en la mujer y su pareja o acompañante e interdisciplinaria; y que son conocidos los beneficios de estas instancias por ser promotoras de autoconocimiento, autocuidado, dentro de las cuales también se podría realizar prevención, de aspectos tanto anatómicos como fisiológicos, con buenos resultados del parto, repercutiendo de forma positiva sobre la vida sexual de la mujer.

“El parto y el nacimiento son el principio y el punto de partida de la vida y son, por ello, procesos que afectan al resto de la existencia humana” (Declaración de Ceará sobre la Humanización del Parto, 2002, p.5).

Teniendo en cuenta que el nacimiento se vive como un acontecimiento trascendental en la vida de las mujeres y sus familias, así como lo remarcan algunas de las entrevistadas y algunos de los entrevistados, muchas veces trae consigo consecuencias negativas. Sobre el Siglo XIX el parto era asistido por Parteras y de una manera tradicional en domicilios. Al llegar al Siglo XX esto cambió, se convirtió en un proceso medicalizado y hospitalizado, atendido por Médicos, ubicando a la mujer como objeto de la asistencia. A mediados de los ´80 la OMS se proclamó ante este problema

sanitario donde surgieron nuevos protocolos de atención e informes para la nueva atención a la mujer en el momento del embarazo, parto y puerperio, las cuales tuvieron alcance mundial, con el fin de revertir los modelos de atención, advirtiendo las consecuencias negativas del intervencionismo médico protocolar. En la actualidad al momento de la asistencia del nacimiento, no se realiza de manera estandarizada sino que se trata de individualizar a cada mujer dentro de su contexto, viéndola como un todo (Lázzaro, 2017). Así lo expresaron algunos de las y los profesionales.

Como se nombró anteriormente el parto atraviesa profundamente a la mujer en lo que tiene que ver con los aspectos psicológicos, sociales y físicos. También fue expresado por Olza et al. (2017) quienes hacen referencia a que el parto puede ser una experiencia positiva o negativa, conteniendo aspectos traumáticos como lo pueden ser una mala experiencia o una intervención médica que traiga consigo consecuencia a corto o largo plazo. Es imprescindible que de parte de las y los profesionales haya empatía y comprensión de esta mujer por parir, para satisfacer sus necesidades, sin interferir y respetar los procesos fisiológicos; tal apoyo logra que la mujer genere la confianza necesaria para facilitar la liberación hormonal fisiológica.

Algunos de las entrevistadas y los entrevistados remarcan que la asistencia dada por las Obstetras Parteras es imprescindible al momento del nacimiento de bajo riesgo y en el postparto, expresado ya por Olza et al. (2017) quien afirma que las mujeres que vivieron la experiencia del parto con Parteras tienen tasas más bajas de intervencionismo, lo que garantiza una experiencia positiva.

Está demostrado que el hecho de que una mujer viva su parto desde el conocimiento de su cuerpo, el apoyo físico y emocional, la empoderará luego del nacimiento, lo que se considera un “viaje” psicológico intenso que asegurará experiencias positivas de los procesos, la crianza y los cuidados. Así también lo describe Bartlett (2013) nombrando al trabajo de parto y parto como un viaje que se vive de forma diferente en cada mujer, un estado consciente y complicado de preparación que comienza antes del trabajo de parto, experimentado interiormente por cada mujer, pues ésta identifica que el evento del nacimiento está por comenzar (Olza et al., 2017).

En lo que respecta a la conducta de la mujer, las y los profesionales perciben que durante el proceso de puerperio, la mujer con su pareja y ahora con una nueva cría, refleja su comportamiento animal. Visto en una disminución de la libido y deseo sexual hipoactivo, que podría tener una explicación

instintiva reflejada en la cautela y temor a un nuevo embarazo, postergando el reinicio de las relaciones sexuales, como protección (Rodríguez y Rosas, 2017).

A esto se suma la creencia de origen cultural, en la llamada “cuarentena”, que viene desde tiempos antiguos e incluye a diferentes culturas, como es el caso de la sociedad mapuche de la Región de la Araucanía, Chile en donde se realizó un estudio sobre las “Creencias del embarazo, parto y puerperio”, en esta se menciona que durante la cuarentena la mujer debía evitar las relaciones sexuales, al menos hasta que su cuerpo se encuentre fortalecido, haciendo referencia a un mes de abstinencia sexual o en algunos casos 40 días; vinculándolo al temor de embarazarse nuevamente y también al uso de la lactancia como método anticonceptivo natural en algunos casos (Alarcón y Nahuelcheo, 2008). A destacar no se cuenta con fundamentos teóricos que respalden dicha afirmación.

El retraso del reinicio de las relaciones sexuales también se podría relacionar a los cambios corporales. Como se hizo referencia en el apartado teórico, las y los profesionales también vinculan disfunciones sexuales a punto de partida de la autopercepción en lo que respecta al “nuevo cuerpo”, haciendo referencia a los cambios físicos causantes por el embarazo y parto, entendiendo que no se logra una adaptación inmediata a la imagen corporal resultante luego de atravesar dichos procesos, sino que muchas veces se sienten extrañas, afectando el autoestima y autoimagen, por lo tanto la sexualidad (Rejane et al., 2010).

Vinculado a los cambios que surgen a nivel hormonal y que se mantienen durante la lactancia, es visto por las entrevistadas y los entrevistados como un posible factor influyente en la sexualidad, fundamentalmente en dos grandes medidas: por un lado, como fue visto en nuestro marco teórico según Solana-Arellano et al. (2008) los niveles hormonales de estrógenos y andrógenos generan secundariamente disminución de la lubricación vaginal que podría provocar disminución de la libido y dispareunia; y por otra parte, al ser las mamas parte de las zonas erógenas en la mujer, se tiende al miedo de la posible afectación de la producción láctea, producido muchas veces ante la salida de leche por la estimulación durante la relación sexual, como fue descrito por Rejane et al. (2010).

Las y los profesionales manifiestan que la mujer luego del nacimiento vive una ambigüedad de roles entre ser amante y ser madre, lo que responde a ciertos mandatos sociales, así lo remarca Sandre-Pereira (2003), por un lado está el ser “mujer amante” teniendo que encontrar un momento para su pareja y estar eróticamente disponible y por otro lado el cumplir con la función de “mujer madre” que amamanta, cría y cuida a su hijo.

Categoría Profesionales

Las propiedades que se ven incluidas en esta categoría son: las prácticas, con sus dimensiones intervenciones en el parto, educación, interdisciplinas y actuar profesional; y características del profesional, con sus dimensiones cualidades y trayectoria.

Como reflexiona en su ensayo sobre formación profesional Bolívar (2005), las y los profesionales en el transcurso de su formación deben adquirir además de conocimientos y destrezas, la percepción de ellos mismos como participantes de la comunidad y con ello responsabilidad como tales. Deben ser conscientes de la responsabilidad en la ejecución profesional y contribuir a la comunidad actuando por el bien común, lo cual refleja los valores traducidos en la ética y moral.

En su mayoría las técnicas y los técnicos han manifestado la importancia de ser concluyentes en el actuar profesional, siguiendo una línea común en aspectos básicos como el no quedar presos en el intervencionismo y la importancia de seguir las recomendaciones.

Solanas-Arellano et. al (2008) mencionan que luego del parto es frecuente la dispareunia que puede ser producto de las intervenciones obstétricas como el parto instrumental o desgarros de 3er o 4to grado, además de las complicaciones de la episiotomía como dehiscencia, infección o mala reparación de ésta. Se ve una considerable disminución de disfunciones sexuales en aquellas mujeres que no se les ha hecho episiotomía (Solana-Arellano et. al 2008; Martínez Galiano, 2009).

González (2017) afirma que existe una relación entre el trauma perineal y la disminución de los niveles de deseo sexual, excitación, lubricación, orgasmo y satisfacción sexual, como el aumento de los niveles de dolor. Esto se refleja en las entrevistas realizadas, ya que las y los profesionales

hacen referencia a que luego del parto surgen consultas relacionadas a sexualidad (genital), como pueden ser dispareunia o sequedad vaginal en el puerperio alejado o incluso en algunos casos, años después del parto se generan consultas relacionadas al dolor. A punto de partida del impacto negativo que esto tiene en la calidad de vida de la mujer, la OMS (2008) y la SEGO (2007) abogan por una política de episiotomía selectiva, ya que no se justifica la realización rutinaria de ésta.

En el marco de la prevención de la episiotomía, prácticamente la totalidad de las y los profesionales han coincidido en la importancia del trabajo en conjunto en interdisciplina, ligado entre otras cosas, a la correcta valoración del piso pélvico y posible educación de la mujer para el reconocimiento de su periné, realización de masaje perineal, generando estas instancias previo al parto, como también la posible rehabilitación postparto. Como se detalla en el marco teórico Freeman (2013) y Vélaz (2015) recomiendan el entrenamiento del piso pélvico para la mejora de los resultados de los traumas perineales, considerando a las y los Fisioterapeutas y Obstetras Parteras como profesionales idóneos en la promoción y enseñanza de esta práctica (Romero-Morante y Jiménez-Reguera, 2009).

Al respecto, emerge de las entrevistas realizadas, que es notoria la falta de valoración por profesionales especialistas en fisioterapia de piso pélvico, ya que no se cuenta con dicha especialidad en los servicios. Las técnicas y los técnicos relacionan la falta de especialistas con dos grandes pilares: por un lado se desestima la profesión de las y los Fisioterapeutas especializados en piso pélvico, y por otra parte surge la limitación por causas socio-culturales respecto al autoconocimiento genital de la mujer, por lo que prácticamente no existe la demanda de la usuaria de dicho servicio.

Dentro de las alteraciones anatómo-funcionales que repercuten en la vida sexual de la mujer, aparecen la incontinencia urinaria y pérdida de gases, consideradas invalidantes para el desarrollo normal de la vida de la mujer, generando incomodidad, pudiendo provocar que la mujer deje de mantener prácticas sexuales por el miedo a la incontinencia. Como se remarcó en nuestro marco teórico según la OMS (1998) aunque esta disfunción no lleva a un daño orgánico vital, si provoca disminución de la calidad de vida de las personas; además la autoestima de la mujer que padece ésta alteración disminuye, según lo señala Batista et al. (2005).

Encontramos en el relato de las y los profesionales la aparición de las alteraciones del piso pélvico como consultas luego del parto, lo que concuerda con nuestro hallazgo bibliográfico, donde se afirma, la relación del parto como factor de riesgo para desarrollar incontinencias (Robles, 2006).

Surgió una evidente diferencia de percepción entre las disciplinas, en cuanto al abordaje de la sexualidad. Las disciplinas biomédicas afirman no contar con herramientas para el abordaje de la sexualidad, mientras que las disciplinas más volcadas a la esfera psicoemocional manifiestan que el conocimiento con el que cuentan las disciplinas biomédicas por más “básico” que sea, será suficiente al menos para un abordaje inicial. Esto decanta la influencia social en estos profesionales que se ven “limitados” ante el abordaje de la sexualidad, en esta sociedad en que todos están insertos, lo que no discrimina roles ni profesiones. De todas maneras las y los profesionales del área biomédica expresan que su formación académica es limitada en lo que tiene que ver con la sexualidad, como también lo afirma González (2017).

Categoría Contexto

Las propiedades que se ven incluidas en esta categoría son: entorno de la vida de la mujer, con sus dimensiones sociedad y cultura, temporalidad y vínculos; y entorno asistencial en salud, con sus dimensiones salud, contexto académico y contexto sanitario.

El contexto se define como el conjunto de circunstancias que rodean una situación, incluido en un contexto mayor, sin el cual no podríamos comprender específicamente el tema en cuestión (Páez, 2016).

Comprendido de esta manera, el contexto cobra gran importancia ya que relaciona todo los aspectos que atraviesan a la mujer, desde todas sus perspectivas.

Como ya se ha hecho mención, la sociedad y cultura en que se encuentra inserta la mujer dictan determinados mandatos que condicionan su desempeño en los diferentes aspectos de la vida, siendo uno de ellos la sexualidad.

En lo que respecta al entorno asistencial, la mujer se ve inserta en este contexto cumpliendo el rol de usuaria. Como se expresó previamente, en este rol es poseedora de derechos en Salud Sexual y Reproductiva, que en la práctica se ven sesgados ya que no se siguen los lineamientos y principios del nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud limitando la asistencia en Salud Reproductiva dejando fuera la Salud Sexual como tal, ya que es conocida la dedicación de los servicios de Salud Sexual y Reproductiva, a brindar atención para la interrupción voluntaria del embarazo y anticoncepción.

En relación a esto se perciben otros factores incluidos en el contexto sanitario, influyentes en la atención. Como remarcan las y los profesionales, la visibilización de las consultas por motivos sexuales no se puede coartar por números, ya que la misma va más de la mano de darle el espacio a la usuaria para abordar el tema, que las consultas espontáneas y exclusivas al respecto. De esta manera se está sesgando la asistencia, al no otorgar el espacio, lo que se relaciona íntimamente por un lado con lo percibido por González (2017), que las y los profesionales de la salud no cuentan con formación ni tiempo para el abordaje de la sexualidad y por otro, que para lograr una buena atención se debe dar tiempo a la consulta para que se puedan abordar los aspectos psicosociales de las usuarias.

Las y los profesionales manifiestan la aparición de las consultas indirectas en lo que respecta a la sexualidad, entre otras cosas por la evidente naturalización de sus repercusiones y la poca valoración realizada al respecto, sea por causa de tiempo o formación..

La consulta es una instancia que cuenta con cierta complejidad, que si bien debería estar centrada en la relación “profesional-usuaria” para fomentar el vínculo indispensable para la promoción de salud, bienestar y educación, presenta como gran obstáculo el corto tiempo de consulta, que inevitablemente genera problemas en la comunicación entre el profesional y la usuaria, ya que está demostrado que las consultas más largas disminuyen el estrés entre ambos como así lo afirman Rodríguez, Jarillo y Casas (2018), permitiendo el abordaje integral, sobre todo para la detección de problemas psicosociales. En cuanto a la duración de la consulta, es considerado una limitante entre las entrevistadas y los entrevistados, ya que los servicios de salud de nuestro país otorgan consultas de aproximadamente 15 minutos por usuaria.

Según Soledad Iglesias (2019) pediatra uruguaya integrante del consejo directivo del Sindicato Médico del Uruguay (SMU) *“Más tiempo para estar con el paciente implica una mejor atención, mejor escucha, vínculo médico-paciente y mejor utilización de los recursos humanos y tecnológicos”* (Redacción 180, 2018).

Recapitulando hemos visto en el desarrollo de la investigación que emerge una íntima relación entre las tres categorías: Mujer, Profesionales y Contexto, en vistas de que tanto la mujer como el profesional estarán supeditados al contexto. Entendiendo que el contexto involucra la sociedad y cultura en que se encuentran inmersos la mujer y el profesional, siendo la variable y diferenciación el desarrollo y entorno personal de ambos. La mujer se percibe como usuaria de salud en el entorno sanitario y el profesional como tal en el entorno sanitario y académico; siendo todos estos condicionantes. En relación a la mujer, condiciona su vivencia de la sexualidad y al profesional en lo que respecta al abordaje de la misma.

CAPÍTULO VI

Conclusión y recomendaciones

Conclusión

Podemos afirmar que en el transcurso de la investigación logramos responder las interrogantes que surgen desde el inicio de la misma. Alcanzamos a conocer la perspectiva de las y los profesionales, contemplando las disciplinas más cercanas en lo que respecta a la salud sexual de la mujer en torno al parto. Considerando los factores tanto biológicos, psicológicos como socio-culturales, que resultan consecuentes en la vida sexual de la mujer y valorar si el parto en sí mismo es uno de ellos. Además de poder determinar los factores que consideran modificables, resultando desde la perspectiva profesional: la falta de conciencia profesional en relación a las intervenciones, falta de formación profesional en el área biomédica, el corto tiempo de consulta, falta de trabajo interdisciplinario, falta de abordaje integral, espacios de educación que integre a todas las disciplinas, valoración de piso pélvico e intervenciones durante el parto.

Concluyendo de la siguiente manera:

En cuanto a la existencia o no de consecuencias en la vida sexual de la mujer luego del parto, las y los profesionales han manifestado que no creen que el parto en sí mismo sea el que genera las consecuencias, sino que son los múltiples factores que lo rodean los que podrían producir consecuencias.

Dado lo analizado y discutido previamente, se puede apreciar todos los factores que tienen influencias en la vida sexual de la mujer, que a pesar de ser reconocidos por las grandes organizaciones mundiales, se percibe la falta de conciencia por parte de las y los profesionales de la salud, respecto

a sus intervenciones y las repercusiones de éstas en la vida sexual de la mujer, en el presente y a futuro.

Se reconocen todas las actitudes profesionales y sus prácticas (invasivas o de observación) como intervenciones en el proceso de trabajo de parto y parto. En el marco de las limitaciones que se han presentado para el abordaje de la sexualidad encontramos que las y los profesionales de las disciplinas biomédicas no cuentan con herramientas, ya que la Universidad de la República (Ude-laR) no brinda formación al respecto, siendo un gran factor limitante. A excepción de las Obstetras Parteras, ya que desde la formación curricular se promueve una mirada sensible para el abordaje en sexualidad.

Sumado a esto, el hecho de que la sexualidad aún es considerada un tema tabú en nuestra sociedad y cultura, interfiere en dos grandes aspectos, por un lado el hecho de que el profesional que brinda la atención carga con sus propias concepciones por ser parte de la misma sociedad, y por otra parte la usuaria consulta de manera indirecta solapando el motivo real de la consulta, lo que interpretamos como una condicionante a la vivencia libre y plena de la sexualidad.

Como se expresó previamente, la mujer es poseedora de derechos en Salud Sexual y Reproductiva, que en la práctica se ven sesgados a derechos reproductivos, ya que es conocida la limitación de los servicios de Salud Sexual y Reproductiva, a brindar atención para la interrupción voluntaria del embarazo y anticoncepción, sin contemplar dentro del servicio, la atención específica en Salud Sexual.

Si bien han habido grandes cambios al respecto, el tiempo de consulta determinado por el sistema de salud aún es considerado una barrera a la hora de lograr una atención de calidad. Amparados ante este motivo, se percibe que muchos profesionales no asumen compromisos para cambiar esta situación arraigados en su falta de formación.

Se manifiesta con gran énfasis la falta de trabajo interdisciplinario, por lo que se entiende la importancia de éste para un abordaje que contemple todos los factores incidentes en la sexualidad de la mujer y de esta forma brindar un servicio de salud acorde a las necesidades. A destacar, emerge de los relatos, una gran falta en los servicios de Fisioterapeutas especializados en piso pélvico, ya que se trata de la profesión con las herramientas para la atención, valoración y eventual rehabilitación del piso pélvico, trabajo que se debería iniciar desde el embarazo y podría acompañar todos los procesos posteriores, con beneficios demostrados, pudiendo ser fundamental para la mejora en la calidad de vida de la mujer. Este hallazgo determinó que, como se trató de un estudio cualitativo, gracias a los datos que se fueron relevando en las primeras entrevistas, debimos acceder a profesionales de esta área para integrar sus perspectivas y experiencias en la temática.

A diferencia de las profesiones del área biomédica, encontramos que las y los profesionales del área psicosocial habitualmente recurren al trabajo interdisciplinario.

La Obstetra Partera en el contexto del embarazo, parto y puerperio cumple un rol referente, generando espacios de educación y preparación, donde involucrar a todas las disciplinas que deberían integrar el equipo, sería fundamental para lograr una atención integral, respetar los procesos fisiológicos y decisiones de la mujer, sabiendo que esto trae consigo buenos resultados en todos los aspectos.

Por otra parte incluir otras disciplinas podría brindar una nueva mirada que contemple la valoración del piso pélvico previamente, para educar en posturas, masajes y ejercicios que mejoren su tonicidad traducido en mejora de la salud perineal. Previniendo incontinencias, episiotomía e incluso mejorando el placer sexual.

Se menciona la aparición de diferentes disfunciones sexuales como es el caso de la dispareunia que puede surgir a raíz de intervenciones que se realizan durante la asistencia del parto, viéndose una relación directa con la episiotomía, su realización y/o su incorrecta reparación o cicatrización y cómo esto posteriormente llega a influir de manera negativa en la vida sexual de la mujer.

Las y los profesionales reconocen desde su perspectiva que la vivencia de la sexualidad en la mujer luego del parto se ve modificada, con influencias tanto biológicas, hormonales como cambios físicos y emocionales que repercuten negativamente en su erotismo y deseo. A ello se añaden responsabilidades de la maternidad, por lo que muchas instalan conflictos con la pareja si ésta no acompaña en el proceso, comenzando con presiones que aumentan las frustraciones, alterando la vivencia de la sexualidad. Esto se encuentra ligado estrechamente a los mandatos sociales del patriarcado, el que impone que la mujer debe llevar adelante la maternidad sola, siendo la única referente y responsable.

Por lo tanto, estamos en condiciones de afirmar que según la perspectiva de las y los profesionales, los factores modificables se ven íntimamente relacionados, ya que de contar con formación enfocada a la sexualidad y su abordaje, generará concientización y sensibilización al respecto. De esta manera también se haría posible la integración de disciplinas ya que para quienes contamos con formación, el trabajo interdisciplinario es fundamental. Trabajar de esta forma generaría la demanda de una mejora en el tiempo de consulta frente a las necesidades de las usuarias.

A pesar de que son conocidas las implicancias de la sexualidad sobre la persona, por ende sobre su bienestar psicológico y social, hemos visto que el marco teórico es deficitario, por lo que entendemos que el estudio de la sexualidad de la mujer, independientemente de los aspectos reproductivos, ha sido en términos generales, poco integral e insuficiente. No se ha dado a conocer hasta el momento ningún modelo o teoría que integre todos los factores. Esta visión se vuelve restrictiva, y creemos que se debe al tabú del “sexo” y, más específicamente, a los estereotipos de género

sobre la sexualidad, afectando directamente a la investigación y producción científica, y con ello, se vuelve carente la atención profesional integral e insatisfactoria a las necesidades psicosexuales de las mujeres.

Recomendaciones

“Comprender que el parto es un proceso involuntario que pone en juego estructuras arcaicas, primitivas, mamíferas del cerebro nos lleva a rechazar esta idea preconcebida según la cual la mujer puede aprender a dar a luz.

No se puede ayudar a un proceso involuntario; sólo se puede procurar no perturbarlo demasiado”

Michel Odent (2011)

En este apartado se expresan las recomendaciones de las investigadoras, que surgen como producto de las categorías de análisis emergentes de la información analizada y discutida a partir de las entrevistas, como pilar fundamental para que las mujeres logren la vivencia libre de su sexualidad.

En el marco del sistema de salud enumeramos las siguientes recomendaciones:

- Creemos prioritario promover la educación en las diferentes etapas que la mujer transita: el embarazo, trabajo de parto y parto, sin desestimar la etapa puerperal, brindando apoyo y herramientas a las mujeres y sus familias, empoderándolas para vivenciar libremente su sexualidad. Esto permitirá deconstruir el tabú de la sexualidad, que tendrá implicancias directas en todo el entorno de la mujer, incluida la vivencia de la maternidad, como todas las etapas de su vida.
- Valorar firmemente la información, entendiendo que ésta logrará generar autoconocimiento y conciencia en lo que respecta a los procesos fisiológicos de las mujeres.

- Consideramos fundamental a la Obstetra Partera como parte del equipo de salud para el abordaje integral de la salud de la mujer, desde un rol referente.
- Resulta imprescindible el trabajo interdisciplinario necesario para la atención integral y de calidad a la hora de abordar la sexualidad, la cual abarca múltiples aspectos de la vida de la mujer. Reconocemos el rol y recomendamos la inclusión de profesionales que no forman parte de los equipos que acompañan a la mujer durante su ciclo vital ni de los equipos de Salud Sexual y Reproductiva, como es el caso de las y los Fisioterapuetas. Quienes se tornan fundamentales para la prevención y/o disminución del trauma perineal.
- Se debe promover la sensibilización y concientización de los equipos de salud, en lo que respecta a las consecuencias de las intervenciones que se realizan durante el embarazo, trabajo de parto y parto, como la realización de prácticas que pueden repercutir tanto en la sexualidad de la mujer como interferir en su comportamiento en dicho proceso lo que coarta la vivencia, pudiendo influir en la experiencia de este acontecimiento trascendental.
- Consideramos fundamental la actitud empática en el actuar profesional a la hora de abordar sexualidad, ya que creemos que es la forma de facilitar la comunicación entre la usuaria y el profesional.
- Las y los profesionales de salud deben estar formados, capacitados, debiendo ser instruidos para brindar atención integral y adecuada a la mujer en el postparto, considerando la sexualidad un aspecto prioritario y con necesidades específicas.

Nuestra intención es que el impacto que ocasione este estudio, sea útil para generar conciencia en las y los profesionales que tienen contacto con las mujeres y de esta manera mejorar el abordaje de la sexualidad en lo que las y los profesionales depende. Asimismo que aporte como punto de partida para continuar con investigaciones futuras.

Al mismo tiempo recomendamos las siguientes líneas de investigación que surgieron a lo largo de la realización de este trabajo:

- Percepción de las mujeres y sus parejas, de la sexualidad luego del parto.
- Apreciación de las y los profesionales del área Gineco-Obstétrica sobre la existencia de otras disciplinas con las cuales pudiera trabajar en conjunto para lograr una mirada integral de la sexualidad.
- Comportamiento animalizado de la mujer en el proceso de trabajo de parto, parto y puerperio.
- Recuerdos de las mujeres respecto a las intervenciones vividas durante los procesos de trabajo de parto, parto y puerperio.

Bibliografía

- Acebes, R., López-Gutierrez, P., Cabrera-Morales, F., y Torres, A. (2007). Sexualidad humana. Aspectos neuroendocrinos y psicológicos. Fisiología de la respuesta sexual. En Bajo, J. M., Melchor, J. C. y Mercé, L. T. (Eds.), *Fundamentos de Obstetricia SEGO* (pp. 103-109) Madrid, España: Panamericana.
- Alarcón, A., Nahuelcheo, Y. (2008). Creencias sobre el embarazo, parto y puerperio en la mujer mapuche: conversaciones privadas. *Revista de Antropología Chilena*, 40(2), 193-202. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73562008000200007
- American Society of Colon and Rectal Surgeons [ASCRS]. (s.f.). *Incontinencia Fecal*. Recuperado de <https://www.fascrs.org/patients/disease-condition/incontinencia-fecal>
- Anónimo. (2007). Relaciones sexuales luego del parto. *Journal of Clinical Nursing*. Recuperado de <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenido=45942>
- Bartlett, W. (2013). La Etapas Holísticas del Trabajo de Parto. Recuperado de <http://www.placentera.com/preparacioacuten-al-parto/la-etapas-holsticas-del-trabajo-de-parto>
- Batista, J. E., Granda, M., Contijocha, M., y Rodríguez, M. (2005). Incontinencia urinaria: pistas para un mejor enfoque. *Revista Elsevier*, 31(10), 453-503. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-incontinencia-urinaria-pistas-un-mejor-13080728>
- Bolívar, A. (2005). El lugar de la ética profesional en la formación universitaria. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 10(24). Recuperado de <https://www.re-dalyc.org/pdf/140/14002406.pdf>
- Caballero, A. (2017). La Sexualidad Femenina y las Alteraciones del Piso Pélvico. Recuperado de <https://feclinic.com.co/la-sexualidad-femenina-y-las-alteraciones-del-piso-pelvico/>

- Campo-Arias, A., y Herezo, E. (2018). Novedades, críticas y propuestas al DSM-5: el caso de las disfunciones sexuales, la disforia de género y los trastornos parafílicos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47(1), 1-70. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-novedades-criticas-propuestas-al-dsm-5-S003474501630083X>
- Castellanos, C., Vera, C., y de la Paz, Y. (2013). El clítoris, ¿dejará de ser un tabú? *Acta Médica del Centro*, 7(1). Recuperado de http://www.actamedica.sld.cu/r1_13/clitoris.htm
- Castellanos, G. (1991). ¿EXISTE LA MUJER? GÉNERO, LENGUAJE y CULTURA. Recuperado de http://americ latinagenera.org/newsite/images/cdr-documents/publicaciones/doc_245_existelamujer-genero-leguaje-cultura.pdf
- Causo, A., Zapico, A., y Melchor, J. C. (2007). Concepto y definición del parto normal. Causas del inicio del parto. Signos prodrómicos y diagnóstico de parto. En Bajo, J. M., Melchor, J. C. y Mercé, L. T. (Eds.), *Fundamentos de Obstetricia SEGO* (pp. 339-346). Madrid, España: Panamericana.
- Chester, W., Schmidt, M., Schiavi, R., Schover, L., Seagraves, T., y Wise, T. (1995). Trastornos sexuales y de la identidad sexual. En Miralles Alemany, M., Sancho Insenser, J. J., Martínez Ramírez, M., Sanz i Carreras, F., Carbó i Arnau, J. M. y Sánchez Asensio C. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (pp. 505–551). Barcelona, España: Masson S.A. Recuperado de <https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/06/manual-diagn3b3stico-y-estad3adstico-de-los-trastornos-mentales-dsm-iv.pdf>
- Cohen, S. D. (2013). Prolapso genital femenino: lo que debería saber. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(2), 184-337. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-prolapso-genital-femenino-lo-que-S0716864013701512>
- Conolly, O., Thorp, J., y Pahl, L. (2005). Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: a longitudinal prospective study. [Efectos del embarazo y el parto en la función sexual posparto: un estudio prospectivo longitudinal]. *International Urogynecol*

- Journal*, 16(4), 263-267. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/15838587>
- Corona, E. (2000). ¡Hablemos de salud sexual!: Manual para profesionales de atención primaria de la salud, información, herramientas educativas recursos. Mexico: Organización Panamericana de la Salud.
- Culligan, P. (2012). Manejo No Quirúrgico del Prolapso de Órganos Pélvicos. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Recuperado de https://journals.lww.com/greenjournal/Documents/Apr2012_CulliganCES_Translation.pdf
- Declaración de Ceará sobre la Humanización del Parto. (2002). Fortaleza, Brasil.
- Delbono, V., et al. (2018). Sexualidad en el período grávido - puerperal. Facultad Medicina (Universidad de la República). 5(2), 139-143.
- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. Departamento de investigación en Educación Médica, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México D.F., México.
- Eicher, W. (1978). Sexualidad normal y patológica en la mujer. Madrid, España EDICIONES MORATA, S.A.
- Escuela de Parteras, Facultad de Medicina, UdelaR. Perfil de la Partera [Internet]. (s.f). [Citado 20 de diciembre del 2018] Recuperado de <http://www.escuparteras.fmed.edu.uy/perfil-la-partera>
- Fall, M., Baranowski, A., Elneil, S., Engeler, D., Hughes, J., Messelink, E., Oberpenning, F., y Williams, A. (2010). Dolor pélvico crónico. European Association of Urology. Recuperado de <https://studylib.es/doc/6939538/dolor-p%C3%A9lvico-cr%C3%B3nico---european-association-of-urology>

- Fernández, D., Santamaría, R., Bajo, J.D., Melchor-Marcos, J.C. (2007). Asistencia al parto normal en sus diferentes períodos. En Bajo, J. M., Melchor, J. C. y Mercé, L. T. (Eds.), *Fundamentos de Obstetricia SEGO*. Madrid, España: Panamericana.
- Fundación Medicina Fetal Barcelona. (2019a). El suelo pélvico y los beneficios de ejercitarlo. Inatal.org. Barcelona, España. Recuperado de: <https://inatal.org/el-embarazo/consultas/ejercicio-y-actividad-fisica-habitual/91-el-suelo-pelvico-y-los-beneficios-de-ejercitarlo.html>.
- Fundación Medicina Fetal Barcelona. (2019b). Los ejercicios de Kegel para reforzar el suelo pélvico. Inatal.org. Barcelona, España. Recuperado de: <https://inatal.org/el-embarazo/consultas/ejercicio-y-actividad-fisica-habitual/92-los-ejercicios-de-kegel-para-reforzar-el-suelo-pelvico.html>
- Fundación Medicina Fetal Barcelona. (2019c). ¿Qué es la gimnasia abdominal hipopresiva? Inatal.org. Barcelona, España. Recuperado de: <https://inatal.org/el-embarazo/consultas/ejercicio-y-actividad-fisica-habitual/440-que-es-la-gimnasia-abdominal-hipopresiva.html>
- Freeman, R. M. (2013). Can we prevent childbirth-related pelvic floor dysfunction? [¿Podemos prevenir la disfunción del suelo pélvico relacionada con el parto?]. *International journal of obstetrics and gynaecology*, (120), 137-140. DOI 10.1111/1471-0528.12092
- Gómez, J. (2014). *Psicología de la Sexualidad*. Madrid, España. Editorial Alianza S.A.
- González, L. (2017). *LA SEXUALIDAD FEMENINA EN EL POSTPARTO: UNA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA DESDE LA TEORÍA FUNDAMENTADA. TRABAJO FIN DE MÁSTER*. Universidad de Cantabria. Máster Universitario en Investigación en Cuidados de Salud.
- Gorgoroso, M., González, P. (2017). Promoción y reconocimiento de buenas prácticas de atención en las maternidades de la Administración de Servicios de Salud del Estado. *Catálogo de buenas prácticas de atención en las maternidades de ASSE*. Recuperado de

<http://www.asse.com.uy/contenido/Catalogo-Buenas-Practicas-de-Atencion-en-las-Maternidades-de-ASSE-11512>

Guzmán, S., y Guzmán, A. (2004). Anatomía del aparato genital femenino. *Tratado de ginecología, obstetricia y medicina de la reproducción*. (pp. 24-31). Madrid, España: Panamericana.

Hernández, R., Fernández, C., Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación Sexta edición*. México, DF: Editorial McGraw-Hill Education.

Jaramillo, D., Gómez, M., y Echavarría, L. (2014). Embarazo, trauma obstétrico y sus efectos sobre el piso pélvico. *Revisión de literatura. Medicina U.P.B*, 33(2). Recuperado de <https://revistas.upb.edu.co/index.php/Medicina/article/viewFile/5982/pdf>

Lázzaro, A. (2017). Cuerpos “al natural”: la construcción de la naturaleza y sus tensiones en el movimiento de Parto Humanizado. *Revista Pilquen. Sección Ciencias Sociales*, 20(3). Recuperado de <http://revele.uncoma.edu.ar/htdoc/revele/index.php/Sociales/article/view/1716/html>

Leeman, L., y Rogers, R. (2012). Relaciones Sexuales Después del Parto. The American College of Obstetricians and Gynecologists. DOI: 10.1097/AOG.Ob013e3182479611

Marín, A., y Noboa, A. (Ed.). (2013). Conocer lo social: estrategias y técnicas de construcción y análisis de datos. Madrid, España.

Márquez, A., y Rico, M. (2016). INFLUENCIA DE LOS CAMBIOS PSICOSOCIALES EN LA SEXUALIDAD POSPARTO. *Matrona y Enfermera Especialista en Salud Mental, Enfermera y Matrona*, 2(17). Recuperado de <http://www.revistaenfermeriadocente.es/index.php/ENDO/article/view/127>

Martinez Galiano, JM. (2009). Influencia de la episiotomía versus el desgarro perineal sobre la normalización de las relaciones sexuales en púerperas. *Revista NURE Investigación*, 6(43).

- Master, W., y Johnson, V. (1966). *Respuesta Sexual Humana*. Boston. Estados Unidos, Boston: Little Brown and Company.
- Ministerio de Salud Pública, (2014). *Guías en Salud Sexual y Reproductiva: Manual para la atención de la mujer en proceso de embarazo, parto y puerperio*. Uruguay
- Monterosa, A., Llinás, N., y Marrugo, D. (1996). Prolapso genital en el Hospital Universitario de Cartagena. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 47(4), 231-235. Recuperado de <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:l5pzqjGLYVkJ:https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/download/1463/1583+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=uy>
- Muñoz-Duyos, A., Montero, J., Navarro, A., Del Rio, C., Garcia-Domingo, M. I., y Marco, C. (2004). Incontinencia Fecal: neurofisiología y neuromodulación. *Cirugía Española*, 76(2), 65-70. Recuperado de https://s3.amazonaws.com/academia.edu/documents/41855272/Incontinencia_fecal_neurofisiologa_y_neu20160201-22638-1r5hsks.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1554776002&Signature=IHBmoWfeVHSLuO%2FOT9uUs3QiYGc%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DIncontinencia_fecal_neurofisiologia_y_ne.pdf
- National Institute for Health and Care Excellence [NICE]. (2015). Postnatal care up to 8 weeks after birth [Atención postnatal hasta 8 semanas después del nacimiento]. Recuperado de <https://www.nice.org.uk/guidance/cg37/chapter/1-Recommendations#maternal-health>
- Odent, M. (2011). *El bebé es un mamífero*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Madreselva
- Olza, I. (2017). *Parir*. Madrid, España: Penguin Random House Grupo Editorial.
- Olza, I., Leahy-Warren, P., Benyamini, Y., Kazmierczak, M., Karlsdottir, S., Spyridou, A., Crespo-Mirasol, E., Takács, L, Hall, P., Murphy, M., Jonsdottir, S., Downe, S. y Nieuwenhuijze, M. (2017). Experiencias psicológicas de parto fisiológico de las mujeres:

- una meta-síntesis. *BMJ Journals*, 8(10). Recuperado de <https://bmjopen.bmj.com/content/8/10/e020347>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2002). Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health. [Definición de salud sexual: reporte de una consulta técnica sobre salud sexual]. Recuperado de https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2008). Episiotomía en el parto vaginal. Recuperado de <https://extranet.who.int/rhl/es/topics/pregnancy-and-childbirth/care-during-childbirth/care-during-labour-2nd-stage-6>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2011). Atención Primaria de Salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas. Recuperado de https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&alias=348-ops-libro-de-aps-2011&category_slug=sistemas-y-servicios-de-salud&Itemid=307
- Páez, J. (2016). La lectura de contexto como unidad de análisis, un medio coherente para proyectarnos desde la escuela a la comunidad y viceversa. Escuela Normal Superior de Montería y Universidad de Córdoba Recuperado de <https://www.oei.es/historico/divulgacioncientifica/?La-lectura-de-contexto-como-unidad-de-analisis-un-medio-coherente-para>
- Palastanga, N., Field, D., y Soames, R. (2000). Anatomía y Movimiento Humano Estructura y Funcionamiento. Barcelona, España: Editorial Paidotribo. Recuperado de https://books.google.com.uy/books?id=a5iS-QyjVBPkC&pg=PA433&lpg=PA433&dq=funcion+del+musculo+elevador+del+ano+-+com&source=bl&ots=gs-Ii_6rrP&sig=ACfU3U0s-B8F1PyV1LPFlgyGnZIWqrgqzw&hl=es&sa=X&ved=2ahUKE-wiXramqm5ziAhUNH7kGHSm0D5EQ6AEwAXoECAgQAQ#v=onepage&q=funcion%20del%20musculo%20elevador%20del%20ano%20-.com&f=false
- Rathus, S.A., Nevid, J.S., y Fichner-Rathos, L. (2005). Sexualidad humana 6ta Edición. Madrid, España: Pearson Educación.

- Real Academia Española. (2019). Definición de Mujer Recuperado de <https://dle.rae.es/?id=Q1vMnRp>
- REDACCIÓN 180. (2018). Cien180chenta. Recuperado de https://www.180.com.uy/articulo/78722_mas-tiempo-para-estar-con-el-paciente-implica-una-mejor-atencion
- Reglamento del Ejercicio de la Profesión de Partera, (2007). *Asociación Obstétrica del Uruguay* Recuperado de <https://www.asociacionobstetricadeluruguay.org/reglamentos>
- Rejane, N., Matos, N., y Gualda, D. (2010). Cuerpo y Sexualidad: experiencia en puerperas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(4).
- Robles, J. E. (2006). La incontinencia urinaria. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29(2), 219-231. Recuperado de <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/2570/1950>
- Rodríguez, A., Jarillo E., Casas, D. (2018). La consulta médica, su tiempo y duración. *Revista Biomédica Revisada por Pares*, 18(5) Recuperado de <https://www.med-wave.cl/link.cgi/Medwave/Enfoques/Ensayo/7264.act>
- Rodríguez, B., Sueiro, E. (2017). Sexualidad en embarazo y postparto: la necesidad de educación afectivo-sexual. *Revista de Estudios E Investigación Psicológica Y Educación*, 14. 245-248. DOI: <https://doi.org/10.17979/reipe.2017.0.14.3034>
- Rodríguez, C., Rosa, M. (2017). Reinicio de las relaciones sexuales en el postparto en usuarias de la RAP. Facultad Medicina. Universidad de la República.
- Rodríguez, R., Alós, R., Carceller, S., Solana, A., Frangi, A., Ruiz, D., y Lozoya, R. (2015). Incontinencia fecal posparto. Revisión de conjunto. *Cirugía Española*, 93(6), 357-420. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-incontinencia-fecal-posparto-revision-conjunto-S0009739X14003285>
- Romero-Morante, M., Jiménez-Reguera, B. (2009). Actuación del fisioterapeuta durante la gestación, parto y puerperio. *Revista Elsevier*, 32(3), 123-130. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ft.2009.11.002>

- Rouvière, H., y Delmas, A. (2001). Anatomía Humana descriptiva, topográfica y funcional. Edición 10°. Barcelona, España. MASSON, S.A.
- Salim, N. R., Araújo, N. M., y Gualda, D. M. R. (2010). Cuerpo y sexualidad: experiencias de puérperas. *Revista Latino-Americana. Enfermagem*, 18(4), 1-8. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/es_11.pdf
- Sandre-Pereira, G. (2003). Lactancia y Sexualidad. *Revista de estudios feministas*, 11(2). Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2003000200007
- Schwarcz, L., Fescina, R., y Duverges, C. (2005). *Obstetricia. 6ª ed.* Buenos Aires, Argentina: El Ateneo.
- Shmidt, C. H. W., Schiau, R., Schover, L., Seagraves, T., y Nathan, T. (1995). Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2004). *Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción. 2ª ed.* Madrid, España: Panamericana.
- Solana-Arellano, E., Villegas-Arrizón, A., Legorreta-Soberanis, J., Cárdenas-Turanzas, M., Enzaldo de la Cruz, J., y Andersson, N. (2008). Dispareunia en mujeres después del parto: estudio de casos y controles en un hospital de Acapulco, México. *Revista Panamericana Salud Pública*, 23(1).
- Vélaz, V. (2015). Salud del Suelo Pélvico: fortalecimiento y prevención en mujeres jóvenes. Universidad Pública de Navarra. Madrid, España.
- Vera-Gamboa, L. (1998). Historia de la sexualidad. Laboratorio de Hematología, Centro de Investigación Regionales, “Dr. Hideyo Noguchi”, Universidad Autónoma de Yucatán. 9, 116-121. Recuperado de https://issuu.com/pavelivan7/docs/historia_de_la_sexualidad_-_medicin

- World Health Organization [WHO]. (1998). Postpartum Care of the Mother and Newborn: a practical guide. [Cuidados posparto de la madre y el recién nacido: guía práctica]. Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. Recuperado de https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_rht_msm_983/en/
- World Health Organization. (1998). Promoción de la salud: glosario (No. WHO/HPR/HEP/98.1). Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf%3Bjsessionid=3A07EF9372D0A5FC9A2EBADBDA255B87?sequence=1
- Zimbalist, M. (s.f). Mujer, cultura y sociedad: una versión teórica. Biblioteca Virtual de Ciencias Sociales. Recuperado de http://sandraangeleri.com/main/angeleri_pdf/Seminario%202013/semana5/MICHELLE%20ZIMBALIST%20ROSALDO%20-%20Rosaldo%20Michelle.pdf

APÉNDICE I

Entrevista semiestructurada a referentes calificados

1. Datos generales: Profesión y disciplina de desempeño.

2. Nos gustaría nos pueda contar sobre su experiencia y trayectoria.

3. ¿Cuáles considera Ud. que son las principales causas que llevan a la consulta por motivos sexuales, a mujeres que tuvieron al menos un parto, ya sea vaginal o cesárea?

4. A) ¿Cree que realiza anamnesis orientada a la búsqueda de posibles alteraciones en la vida sexual de la mujer?

B) Si su respuesta fue si, ¿cree realizarlo de forma integral o se limita a lo anatómico funcional o a lo psico-emocional o a lo vincular?

5. ¿Considera el parto, ya sea vaginal o cesárea, como un factor asociado a los motivos de consulta de sexualidad?, ¿podría fundamentar su respuesta?

De obtener respuesta negativa, continuar con pregunta No8.

De obtener respuesta positiva, omitir pregunta No8.

6. ¿Cuáles serían los principales factores/acciones implicados en el parto que cree influyentes?

7. ¿Cree que las consecuencias continúan en el tiempo?

8. ¿Cree usted que existen prácticas durante el parto, ya sea vaginal o cesárea, que generen consecuencias a largo plazo?

9. ¿Qué recomendaciones realizaría con respecto a la pregunta anterior?

APÉNDICE II

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Trabajo Final de Grado Escuela de Parteras de la Facultad de Medicina

Investigadoras: Br. Romina Brun Jorge, Br. Ma Fernanda Cabrera Morales, Br. Tania Martínez González

Tutora Trabajo final de grado: Prof. Adj. OP. Verónica Delbono González

Cotutora: Prof. Adj. OP. Ma Noel Barceló Paz

Título de Trabajo Final de Grado: Percepción de los profesionales sobre el futuro sexual de la mujer luego del parto.

Estimado participante:

Lo estamos invitando a participar en una investigación con el objetivo de estudiar la percepción de los profesionales sobre el futuro sexual de la mujer luego del parto, a realizarse como Trabajo Final de Grado para la obtención del título Obstetra Partera.

La relevancia académica de este trabajo, basándonos en el parto como un acontecimiento de grandes implicancias en la vida sexual de las mujeres, se fundamenta en generar conocimiento sobre la existencia de consecuencias en la vida sexual de la mujer y sus influencias psicosexuales.

Asimismo, reconoceremos factores modificables y cómo actuar sobre ellos.

Además del beneficio que este estudio significará, ampliando las perspectivas en materia de sexualidad, desde el equipo de salud. Entendiendo que una buena asistencia implica un abordaje integral, creemos beneficioso generar material que enlace la experiencia de inter-disciplinas que se ven implicadas en la sexualidad de la mujer, logrando unificar dicha información.

Si usted desea participar de esta investigación, las investigadoras Br. Romina Brun Jorge, Br. Ma Fernanda Cabrera Morales y Br. Tania Martínez González, bajo la tutoría de Prof. Adj. OP. Verónica Delbono González y cotutoría de Prof. Adj. OP. Ma Noel Barceló Paz, realizarán una entrevista semiestructurada, en las cuales se asegura guardar total confidencialidad a través del

anonimato de la misma. Es importante que sepa que la entrevista será grabada para su posterior transcripción, manteniendo el anonimato, lo que permitirá una adecuada revisión y análisis posterior.

Las entrevistas se llevarán a cabo en los lugares previamente acordados entre el entrevistado y las investigadoras, y estas durarán entre 40 y 50 minutos cada una.

Otro aspecto que usted debe saber es que no recibirá ninguna compensación económica por su participación en este estudio.

Usted es libre de participar o no. Puede decidir no participar o puede decidir retirarse en cualquier momento de la investigación comunicándose a las investigadoras, sin que ello signifique modificaciones de ningún tipo o acciones de represalias para usted.

Toda la información derivada de su participación en este estudio será conservada en forma de estricta confidencialidad, sólo las investigadoras responsables de esta investigación, vale decir Br. Romina Brun Jorge, Br. Ma Fernanda Cabrera Morales, Br. Tania Martínez González, su tutora Prof. Adj. OP. Verónica Delbono González y cotutora Prof. Adj. OP. Ma Noel Barceló Paz podrán tener acceso a su identificación.

La presentación de los resultados, así como cualquier publicación o comunicación, se realizará respetando estrictamente el anonimato de las entrevistadas y los entrevistados.

Usted recibirá una copia íntegra y escrita de este documento firmado, es importante que sepa que tiene todo el derecho de hacer las preguntas que estime convenientes sobre este estudio para decidir participar, así como también tiene derecho a preguntar sobre las dudas que tenga durante su participación, debiendo las investigadoras responderlas satisfactoriamente.

Ante cualquier duda la invitamos a contactarse con las responsable de la Investigación: Br. Romina Brun Jorge, Br. Ma Fernanda Cabrera Morales, Br. Tania Martínez González, en el correo electrónico: t.final2019@gmail.com

Agradeciendo sinceramente su disposición y colaboración, le invitamos a firmar este formulario de Consentimiento Informado.

Firma

Aclaración de Firma

ANEXO I

Ley No 18.426

DEFENSA DEL DERECHO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

NORMAS

El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General,

DECRETAN:

CAPÍTULO I

De los Derechos Sexuales y Reproductivos

Artículo 1o. (Deberes del Estado).- El Estado garantizará condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población. A tal efecto, promoverá políticas nacionales de salud sexual y reproductiva, diseñará programas y organizará los servicios para desarrollarlos, de conformidad con los principios y normas que se establecen en los artículos siguientes.

Artículo 2o. (Objetivos generales).- Las políticas y programas de salud sexual y reproductiva tendrán los siguientes objetivos generales:

- a) universalizar en el nivel primario de atención la cobertura de salud sexual y reproductiva, fortaleciendo la integralidad, calidad y oportunidad de las prestaciones con suficiente infraestructura, capacidad y compromiso de los recursos humanos y sistemas de información adecuados;
- b) garantizar la calidad, confidencialidad y privacidad de las prestaciones; la formación adecuada de los recursos humanos de la salud tanto en aspectos técnicos y de información como en habilidades para la comunicación y trato; la incorporación de la perspectiva de género en todas las acciones y las condiciones para la adopción de decisiones libres por parte de los usuarios y las usuarias;
- c) asegurar el respeto a los derechos sexuales y reproductivos de las personas institucionalizadas o en tratamiento asistencial, como parte de la integralidad bio-sico-social de la persona;
- d) capacitar a las y los docentes de los ciclos primario, secundario y terciario para la educación en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos como parte de una ciudadanía plena y en el respeto de los valores de referencia de su entorno cultural y familiar;
- e) impulsar en la población la adopción de medidas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad y estimular la atención institucional de los temas prioritarios en salud sexual y reproductiva;
- f) promover la coordinación interinstitucional y la participación de redes sociales y de usuarios y usuarias de los servicios de salud para el intercambio de información, educación para la salud y apoyo solidario.

Artículo 3o. (Objetivos específicos).- Son objetivos específicos de las políticas y programas de salud sexual y reproductiva:

- a) difundir y proteger los derechos de niños, niñas, adolescentes y personas adultas en materia de información y servicios de salud sexual y reproductiva;
- b) prevenir la morbilidad materna y sus causas;
- c) promover el parto humanizado garantizando la intimidad y privacidad; respetando el tiempo biológico y psicológico y las pautas culturales de la protagonista y evitando prácticas invasivas o suministro de medicación que no estén justificados;
- d) promover el desarrollo de programas asistenciales con la estrategia de disminución del riesgo y daño que incluyen un protocolo en la atención integral a los casos de "embarazo no deseado-no aceptado" desde un abordaje sanitario comprometido con los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos;
- e) promover la maternidad y paternidad responsable y la accesibilidad a su planificación;
- f) garantizar el acceso universal a diversos métodos anticonceptivos seguros y confiables;
- g) incluir la ligadura tubaria y la vasectomía con consentimiento informado de la mujer y del hombre, respectivamente;
- h) fortalecer las prestaciones de salud mental desde la perspectiva del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, la prevención de la violencia física, psicológica, sexual y las conductas discriminatorias;
- i) prevenir y tratar las enfermedades crónico-degenerativas de origen genito-reproductivas;
- j) promover climaterios saludables desde la educación para la salud;
- k) prevenir y reducir el daño de las infecciones de transmisión sexual;
- l) prevenir y reducir el daño de los efectos del consumo de sustancias adictivas legales e ilegales.

Artículo 4o. (Institucionalidad y acciones).- Para el cumplimiento de los objetivos generales y específicos enumerados en los artículos 2o y 3o de la presente ley, corresponde al Ministerio de Salud Pública:

- a) 1. dictar normas específicas para la atención integral de la salud sexual y reproductiva de niños, niñas y adolescentes y capacitar los recursos humanos para los servicios correspondientes;
- 2. impulsar campañas de promoción del ejercicio saludable y responsable de los derechos sexuales y reproductivos;
- 3. implementar acciones de vigilancia y control de la gestión sanitaria en salud sexual y reproductiva en el nivel local y nacional;
- 4. desarrollar acciones de vigilancia epidemiológica de los eventos que afectan la salud sexual y reproductiva;

5. fortalecer el sistema de información sanitario como herramienta para conocer el desarrollo nacional de la salud sexual y reproductiva de la población;
 6. promover la investigación en salud sexual y reproductiva como insumo para la toma de decisiones políticas y técnicas.
- b) 1. Promover la captación precoz de las embarazadas para el control de sus condiciones de salud;
2. implementar en todo el territorio nacional la normativa sanitaria vigente (Ordenanza 369/04, de 6/8/2004 del MSP) acerca de la atención integral en los casos de embarazo no deseado-no aceptado, denominada "Asesoramiento para la maternidad segura, medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo";
 3. dictar normas que incluyan el enfoque de derechos sexuales y reproductivos para el seguimiento del embarazo, parto, puerperio y etapa neonatal;
 4. promover la investigación y sistematización sobre las principales causas de mortalidad materna, incluidos los motivos de la decisión voluntaria de interrupción del embarazo y métodos utilizados para concretarla.
- c) Brindar información suficiente sobre el trabajo de parto, parto y post parto, de modo que la mujer pueda elegir las intervenciones médicas si existieren distintas alternativas.
- d) 1. Promover la participación comprometida de los hombres en la prevención de la salud de las mujeres, así como en la maternidad y paternidad responsables;
2. promover cambios en el sistema de salud que faciliten a los hombres vivir plenamente y con responsabilidad su sexualidad y reproducción.
- e) 1. Apoyar a las parejas y personas en el logro de sus metas en materia de sexualidad y reproducción, contribuyendo al ejercicio del derecho a decidir el número de hijos y el momento oportuno para tenerlos;
2. protocolizar la atención sanitaria en materia de anticoncepción e infertilidad.
- f) 1. Brindar atención integral de calidad y derivación oportuna a las personas de cualquier edad que sufran violencia física, psicológica o sexual, en los términos de la [Ley No 17.514](#), de 2 de julio de 2002 y del Plan Nacional de Lucha contra la Violencia Doméstica y Sexual;
2. detectar la incidencia en la morbi-mortalidad materna de la violencia física, psicológica y sexual, a los efectos de fijar metas para su disminución;
 3. protocolizar la atención a víctimas de violencia física, psicológica y sexual;
 4. incorporar a la historia clínica indicadores para detectar situaciones de violencia física, psicológica o sexual.
- g) Impulsar campañas educativas de prevención de las enfermedades crónico degenerativas de origen

génito-reproductivo desde la perspectiva de la salud sexual y reproductiva.

h) Dictar normas para la atención integral de la salud de hombres y mujeres en la etapa del climaterio, incorporando la perspectiva de género y los derechos sexuales y reproductivos, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y disminuir la morbi-mortalidad vinculada a patologías derivadas de esta etapa del ciclo vital.

i) 1. Promover en todos los servicios de salud sexual y reproductiva la educación, información y orientación sobre los comportamientos sexuales responsables y los métodos eficaces de prevención de las infecciones de transmisión sexual en todas las etapas etarias;

2. proporcionar a las mujeres desde antes de la edad reproductiva la información y los tratamientos necesarios para evitar la transmisión de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en situaciones de embarazo y parto;

3. impulsar campañas educativas que combatan la discriminación hacia las personas que conviven con enfermedades de transmisión sexual, y proteger sus derechos individuales, incluyendo el derecho a la confidencialidad;

4. investigar y difundir los resultados sobre la incidencia y mecanismos de transmisión del VIH-SIDA y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en diferentes grupos poblacionales, incluidos los recién nacidos, con miras a focalizar las acciones de autocuidado específicas.

Artículo 5o. (Coordinación).- En el cumplimiento de los objetivos establecidos en los artículos 2o y 3o de la presente ley, así como en la ejecución de las acciones a su cargo, el Ministerio de Salud Pública coordinará con las dependencias del Estado que considere pertinentes.

Artículo 6o. (Universalidad de los servicios).- Los servicios de salud sexual y reproductiva en general y los de anticoncepción en particular, formarán parte de los programas integrales de salud que se brinden a la población. Dichos servicios contemplarán:

a) la inclusión de mujeres y varones de los diferentes tramos etarios en su población objetivo;

b) el involucramiento de los sub-sectores de salud pública y privada;

c) la jerarquización del primer nivel de atención;

d) la integración de equipos multidisciplinarios;

e) la articulación de redes interinstitucionales e intersectoriales, particularmente con el sector educativo;

f) la creación de servicios de atención a la salud sexual y reproductiva para el abordaje integral de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos.

CAPÍTULO II

Disposiciones finales

Artículo 7o.- Incorpórase al Código de la Niñez y la Adolescencia el siguiente artículo:

"ARTÍCULO 11 bis. (Información y acceso a los servicios de salud).- Todo niño, niña o adolescente tiene derecho a la información y acceso a los servicios de salud, inclusive los referidos a la salud sexual y reproductiva, debiendo los profesionales actuantes respetar la confidencialidad de la consulta y ofrecerle las mejores formas de atención y tratamiento cuando corresponda.

De acuerdo a la edad del niño, niña o adolescente se propenderá a que las decisiones sobre métodos de prevención de la salud sexual u otros tratamientos médicos que pudieran corresponder, se adopten en concurrencia con sus padres u otros referentes adultos de su confianza, debiendo respetarse en todo caso la autonomía progresiva de los adolescentes.

En caso de existir riesgo grave para la salud del niño, niña o adolescente y no pudiera llegarse a un acuerdo con éste o con sus padres o responsables del mismo en cuanto al tratamiento a seguir, el profesional podrá solicitar el aval del Juez competente en materia de derechos vulnerados o amenazados de niños, niñas y adolescentes, quien a tales efectos deberá recabar la opinión del niño, niña o adolescente, siempre que sea posible".

Artículo 8o. (Derogaciones).- Deróganse todas las disposiciones que se opongan a lo dispuesto en la presente ley.

Sala de Sesiones de la Asamblea General, en Montevideo, a 20 de noviembre de 2008.

JOSÉ MUJICA, Presidente.
Hugo Rodríguez Filippini, Marti
Dalgalarrondo Añón, Secreta-
rios.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Montevideo, 10 de diciembre de 2008.

De acuerdo a lo dispuesto por el [artículo 145 de la Constitución de la República](#), cúmplase, acúcese recibo, comuníquese, publíquese e insértese en el Registro Nacional de Leyes y Decretos, la Ley por la que se establecen normas relacionadas con la salud sexual y reproductiva.

TABARÉ VÁZQUEZ. MA-
RÍA JULIA MUÑOZ.