



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

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

Cuarentena postparto: en la sombra del puerperio

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

AUTORA: Br. Nadia Lachaise

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

Montevideo, Febrero 2020

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quisiera agradecer y reconocer a la Tutora Obstetra Partera, Educadora y Terapeuta Sexual, Prof. Adj. de Sexología y Educación Sexual Verónica Delbono González, quién me acompañó en este camino de descubrimiento profesional y personal, me ayudó a crecer y a encontrar un mundo y visión diferente sobre la maternidad y la profesión.

Mi agradecimiento a la dirección y docentes de la Escuela de Parteras que me permitieron llevar a cabo este trabajo a partir del cumplimiento de las normas curriculares.

Mi profundo agradecimiento a mi familia, amigos/as y pareja por el acompañamiento durante este camino y por la confianza que me brindaron durante todo el proceso.

TABLA DE ILUSTRACIONES

Modelo Biopsicosocial.....	51
Respuesta sexual en varones	74
Fases del ciclo de la respuesta sexual en la mujer	74
Estructuras que conforman el Sistema Límbico	76
Cambios mamarios durante la Fase de Excitación.....	79
Cambios genitales durante la Fase de Excitación	81
Cambios genitales en la Fase de Orgasmo.....	82
Cambios genitales en la Fase de Resolución.....	84
Cambios genitales durante las fases.....	84
Modalidad de episiotomía mediana y medio lateral	94
Episiorrafia medio lateral.....	94

TABLA DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTOS	2
TABLA DE ILUSTRACIONES	3
TABLA DE CONTENIDOS	4
RESUMEN	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN	9
Capítulo I	11
OBJETIVOS	12
Objetivo general	12
Objetivos específicos	12
METODOLOGÍA	12
Capítulo II	13
ANTECEDENTES	14
Antecedentes Nacionales	14
Antecedentes Internacionales	16
Capítulo III	19
FISIOLOGÍA DE PUERPERIO NORMAL	20
Definición	20
Modificaciones anatómicas y fisiológicas	21
INFECCIONES PUERPERALES	26
Infecciones localizadas	28
Infecciones propagadas	28
ANTICONCEPCIÓN	31
DIU (dispositivo intrauterino)	31
Pastillas anticonceptivas o Anticonceptivos orales (ACO)	32

Preservativo masculino	32
Preservativo femenino	32
Implante subdérmico con progestágenos:	33
Capítulo IV	34
MATERNIDAD	35
Introducción	35
Maternidad desde la Psicología Social	36
Capítulo V	49
CAMBIOS PSICO EMOCIONALES EN EL EMBARAZO Y PUERPERIO	50
Emoción	50
Afecto	50
Embarazo	52
Parto	56
Puerperio	57
Depresión postparto (DPP)	59
Psicosis Puerperal	60
ESTADOS PSICO-EMOCIONALES DURANTE LA GESTACIÓN Y PUERPERIO	62
Factores biológicos	62
Factores sociales	63
Factores psicológicos	63
Factores sociodemográficos	63
Capítulo VI	65
SEXUALIDAD	66
Introducción	66
Definición	67
Respuesta sexual humana (RSH)	71

Sexualidad en el embarazo	85
Sexualidad en el Puerperio	88
Capítulo VII	91
EPISIOTOMÍA	92
Episiorrafia	94
Desgarro	95
Capítulo VIII	97
CUARENTENA POSTPARTO	98
Visión Histórica	98
Visión Religiosa	99
Visión cultural	100
Visión Sanitaria (riesgo-prevención)	101
Capítulo IX	106
IMPLICANCIA DE LA OBSTETRA PARTERA EN LA EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL	107
A modo de cierre	110
BIBLIOGRAFÍA	111

RESUMEN

La cuarentena postparto es una temática que genera una gran interrogante por la falta de fundamentación teórica que avala su indicación. Durante el embarazo y puerperio no se aborda la temática de forma completa, siendo muchas veces de gran interés para la mujer y/o pareja dado los múltiples cambios que surgen durante las diferentes etapas. Se destaca la “cuarentena” postparto desde el punto de vista riesgo-prevención, influenciada su indicación por creencias culturales, no siendo amplia la información sobre la misma ni sobre las diferentes formas de expresar y vivenciar la sexualidad sin exponerse a riesgos.

La sexualidad es reducida a las relaciones coito vaginales, siendo su visión heteronormativa y heterocentrada. Surgen cambios a nivel biológico, hormonal y psico-emocional, que influyen sobre la sexualidad a parte de los factores socio-culturales ya impuestos.

La maternidad y su representación está dada por la construcción social a lo largo de la historia, donde el movimiento feminista ha intentado romper con el mandato de que las mujeres por ser mujeres deben ser madres y que la maternidad les otorgaría la identidad femenina. Se otorga al amor maternal, significado de sentimiento instintivo, innato, con él nacemos y morimos, sin opción a otros sentimientos, sin ser dueñas de sus cuerpos, sin reconocer el mismo como fuente de placer o deseo, sólo reconocido como fuente de reproducción. La maternidad es una temática que durante siglos se encuentra en debate y transformación.

Este trabajo tiene como finalidad poder relacionar y describir la cuarentena postparto desde el punto de vista socio-cultural y su influencia sobre la relación maternidad/sexualidad a partir del abordaje integral de la Obstetra Partera.

Se realizó una revisión bibliográfica a través de estudios nacionales e internacionales, donde se analizan los diferentes conceptos y construcciones sobre la cuarentena postparto, destacando el rol de la Obstetra Partera como profesional capacitada para llevar a cabo la educación sexual integral, su orientación y acompañamiento, liberándola de mitos y creencias, ejerciendo una libre educación, empoderando a las mujeres y/o parejas

Palabras Claves: Cuarentena, Postparto, Sexualidad, Maternidad, Obstetra Partera.

ABSTRACT

Postpartum quarantine is a theme that generates a great question about the lack of theoretical foundation that supports its indication. During the pregnancy and the puerperium, the subject is not fully addressed, being often of great interest to the woman and / or couple given the multiple changes that arise during the different stages. The “quarantine” postpartum is highlighted from the risk-prevention point of view, its indication influenced by cultural beliefs, not being extensive information about it or about the different ways of expressing and experiencing sexuality without exposing oneself to risks.

Sexuality is reduced to vaginal intercourse relationships, being its heteronormative and heterocentred vision. Changes arise at the biological, hormonal and psycho-emotional levels, which influence sexuality apart from the socio-cultural factors already imposed.

Motherhood and its representation is given by social construction throughout history, where the feminist movement has tried to break the mandate that women because they are women must be mothers and that motherhood would grant them the feminine identity. It is given to maternal love, meaning of instinctive, innate feeling, with it we are born and die, without option to other feelings, without owning their bodies, without recognizing it as a source of pleasure or desire, only recognized as a source of reproduction. Motherhood is a theme that for centuries is in debate and transformation.

This work aims to be able to relate and describe postpartum quarantine from the socio-cultural point of view and its influence on the maternity / sexuality relationship from the integral approach of the Midwife Obstetrician.

A bibliographic review was carried out through national and international studies, where different concepts and constructions on postpartum quarantine are analyzed, highlighting the role of the Midwife Obstetrician as a professional trained to carry out comprehensive sexuality education, its orientation and accompaniment, freeing it from myths and beliefs, exercising a free education, empowering women and / or couples.

Keywords: Quarantine, Postpartum, Sexuality, Maternity, Midwife Obstetrician.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (de aquí en adelante OMS, 2000), la sexualidad es una capacidad que presenta el ser humano, basada en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y la reproducción. Se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales (OMS, 2000, p.12).

Surge desde el transcurso de la formación, muchas dudas e interés sobre cómo se expresa la sexualidad en el embarazo y sobre todo en el puerperio, donde el periodo llamado cuarentena postparto se encuentra llena de mitos y restricciones. No se otorga la información suficiente para transitar dicho periodo de forma segura y conforme a las necesidades de la mujer y/o pareja.

En este trabajo se detalla la cuarentena postparto desde la perspectiva sociocultural, los cambios que se presentan a nivel fisiológico y psico-emocionales y la implicancia de la intervención de la Obstetra Partera en la educación sexual integral.

Establecer el ejercicio de la Obstetra Partera en la educación sexual y su implicancia, eleva la profesión y la posiciona en un lugar de gran importancia, otorgando herramientas para el abordaje de esta temática, teniendo en cuenta todos los factores que influyen sobre su construcción. No solo se trata de empoderar a las mujeres sino también a los profesionales que son parte de este proceso.

Algunas de las preguntas planteadas para la realización del trabajo fueron: ¿Cuáles son los cambios que experimentan las mujeres durante el embarazo y puerperio que influyen sobre la sexualidad?, ¿cómo vivencian las mujeres su sexualidad?, ¿cuáles son los factores socio culturales que influyen sobre el concepto de maternidad?, ¿cómo ha evolucionado durante la historia la relación maternidad/sexualidad?, ¿cuál es la importancia de la Obstetra Partera en la educación sexual integral y acompañamiento en el periodo de embarazo y puerperio?, ¿qué significa cuarentena postparto?

Este trabajo monográfico se divide en 9 capítulos, en el Capítulo I se presenta la metodología de trabajo y contiene el objetivo general, así como también los objetivos específicos. En el Capítulo II se plantean los antecedentes nacionales e internacionales. El Capítulo III está formado por el puerperio fisiológico y sus principales cambios. En el Capítulo IV encontrarán la maternidad, sus definiciones, su construcción social, así como también su idealización y finalmente se aborda la paternidad maternidad y la perspectiva de género. El Capítulo V trata los cambios psico-emocionales durante el embarazo y puerperio. La sexualidad, respuesta sexual humana y la respuesta sexual en la mujer, así como también la sexualidad durante el embarazo y puerperio se tratan en el Capítulo VI y en el Capítulo VII se describe la episiotomía y desgarros que influyen sobre el reinicio de la sexualidad. El Capítulo VIII está formado por la cuarentena postparto.

Finalizando e integrando algunas reflexiones, se describe en el Capítulo IX la implicancia que presenta la Obstetra Partera en la educación sexual integral.

Capítulo I

OBJETIVOS

Objetivo general

- Relacionar la cuarentena postparto desde una perspectiva socio-cultural y su influencia sobre la sexualidad y maternidad a partir del abordaje integral de la Obstetra Partera.

Objetivos específicos

- Revisar los conceptos teóricos del puerperio normal y sus modificaciones anatómicas y fisiológicas que influyen sobre el reinicio de las relaciones sexuales
- Analizar e interpretar los cambios que surgen a nivel psico-emocional durante la etapa correspondiente a la cuarentena postparto
- Describir y discutir la evolución que ha surgido del concepto maternidad en relación con la sexualidad y la identidad como mujer
- Fundamentar mediante revisión bibliográfica la importancia que presenta la Obstetra Partera en el abordaje de la educación sexual integral y su acompañamiento

METODOLOGÍA

Se realizó un análisis de datos obtenidos mediante revisión bibliográfica sobre la cuarentena postparto, donde se valoró y se plasmó la información recolectada a nivel nacional e internacional, describiendo la visión que surge desde la historia y la actualidad.

Capítulo II

ANTECEDENTES

Antecedentes Nacionales

Respecto a los estudios nacionales, se han encontrado trabajos finales de grado realizados por estudiantes de la Escuela de Parteras para la obtención del título de Obstetra Partera.

“Sexualidad en el año posterior al parto”

Se realizó un estudio prospectivo en el año 2009 por estudiantes de la Escuela de Parteras, sus autoras Mortalena y Muriega, le otorgaron el título de “Sexualidad en el año posterior al parto”.

El objetivo general planteado en este trabajo fue conocer la vivencia de la sexualidad el año posterior al parto.

Los objetivos específicos planteados fueron: describir los factores que influyen sobre la sexualidad durante el año posterior, conocer la relación de la sexualidad y la lactancia, evaluar las diferentes prácticas sexuales durante esta etapa, estudiar los conocimientos que poseen las mujeres sobre la prescripción de las relaciones sexuales durante el postparto, estudiar la diferencia en la sexualidad de múltiparas y primíparas, la diferencia en la sexualidad según el nivel socio-cultural, identificar las necesidades en la asistencia y educación en las mujeres durante el periodo grávido-puerperal.

La metodología de trabajo se realizó en base a entrevistas abiertas a mujeres que cursaban el puerperio alejado y tardío.

Como conclusiones se destacan entre ellas: el reinicio de la actividad sexual no se ha manifestado como algo placentero en particular en mujeres que presentaron episiotomía o desgarro y hayan requerido sutura, varios factores influyen en la sexualidad como la llegada de un nuevo ser, el cansancio a la nueva rutina, la maternidad y paternidad que conlleva grandes cambios, la lactancia no ha surgido como un factor negativo para el reinicio de las relaciones sexuales, no se ha encontrado diferencia entre múltiparas y primíparas.

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

En la Escuela de Parteras en el año 2011 se realizó un estudio prospectivo por las autoras González y La Fuente, donde el objetivo general planteado fue determinar la influencia de la episiorrafia en el placer sexual durante el reinicio de las relaciones sexuales postparto.

Dentro de los objetivos específicos se encontraron: determinar el tiempo promedio en que las mujeres reinician su actividad sexual, identificar la práctica sexual con la cual reinician su actividad sexual con mayor frecuencia, evaluar si se encuentran diferencias en mujeres con primera episiorrafia o cuando ya hay más de una, valorar el placer sexual a través del deseo, excitación y orgasmo en la primer relación sexual con episiorrafia

La metodología de trabajo se dio a través de entrevistas a mujeres durante el puerperio inmediato. Se realizó entrevista telefónica a los dos meses postparto a la primer mitad de encuestadas y luego a la otra mitad visita domiciliaria.

Como conclusiones generales del trabajo se destacan: el placer sexual se ha encontrado intacto antes y posterior al parto, más de un 60% de las encuestadas reinicio su actividad sexual antes de la cuarentena, preferentemente coito vaginal; las puérperas que no reiniciaron su actividad sexual fue por miedo al dolor o a un nuevo embarazo, la actividad sexual es igual antes y después del parto en mujeres que requirieron episiorrafia, se destacó mayor dificultad en primíparas con episiorrafia que en mujeres con más de un parto con episiorrafia.

“Reinicio de las relaciones sexuales en el postparto en usuarias de la RAP”

En el año 2017 se realizó en la Escuela de Parteras por las estudiantes Rodríguez y Rosa, un estudio prospectivo, el cual plantea como objetivo general, contribuir al conocimiento acerca del reinicio de las relaciones sexuales en el postparto, en mujeres que realicen el control pediátrico en las Red de Atención de Primer Nivel.

Como objetivos específicos se destacan: determinar los factores que influyen en el reinicio de las relaciones sexuales, evaluar el tiempo transcurrido para el reinicio de relaciones sexuales postparto, identificar el tipo de relación sexual con el que se reinicia la actividad sexual, valorar la afectación de suturas sobre las relaciones sexuales coitales, establecer el conocimiento de las usuarias sobre las alternativas de las relaciones sexuales coitales.

Se realizó un estudio de investigación cuantitativo y análisis correlacional en dos centros de primer nivel, mediante encuestas. Como conclusiones generales se destacan: algunos de los factores que se destacan para el reinicio de las relaciones sexuales son el no tener pareja, el cansancio, agotamiento, falta de tiempo y en menor medida falta de deseo, se obtuvo un gran porcentaje de mujeres que reiniciaron su relación sexual coito vaginal luego de los 30 días postparto, destacando así que contaban con la información necesaria de los riesgos de infección, la práctica sexual con la reinician su sexualidad es la coito vaginal.

Antecedentes Internacionales

Se han encontrado a nivel internacional estudios de investigación y revisiones, dentro de las cuales se destacan las más relevantes.

“Cuerpo y Sexualidad: experiencias de puérperas”

En San Pablo, Brasil durante el periodo julio-agosto del año 2010 se realizó un estudio prospectivo, siendo sus autores: Salim, Araujo y Gualda, las cuales plantearon como objetivo general relacionar los cambios corporales y la sexualidad en puérperas

Se realizó un estudio cualitativo mediante entrevistas semi estructuradas, donde se seleccionaron mujeres que estuvieran cursando su puerperio alejado y hayan tenido parto de feto único con o sin trauma perineal.

Como conclusión se planteó que el puerperio agrupa muchos cambios a nivel corporal y psicosocial, se observaron dificultades a nivel de la sexualidad, donde los miedos y las preocupaciones están relacionados.

Se demostró la importancia que implica la red de apoyo tanto de pareja, familia como del equipo de salud.

“La sexualidad femenina en el postparto: una investigación cualitativa desde la teoría fundamentada”

En el año 2016 en el Estado de Austria, se realizó un estudio de investigación sobre la sexualidad femenina postparto. Su autora González Robles planteó el siguiente

objetivo general para dicho trabajo: explorar la vivencia de las mujeres, en relación a su sexualidad en el periodo postparto, relacionando su salud y bienestar sexual.

Alguno de sus objetivos específicos planteados fueron: estudiar qué cambios tienen lugar en la sexualidad de las mujeres durante el periodo postparto, desde su propia vivencia; explorar el significado que tienen para las mujeres los cambios ocurridos en su sexualidad en relación con su salud y bienestar, e identificar las principales necesidades que perciben las mujeres en relación a su sexualidad durante el periodo postparto.

La metodología realizada para esta investigación fue a través de un estudio desde el paradigma cualitativo, que permitió conocer, profundizar y describir el fenómeno estudiado. Se realizaron entrevistas a mujeres que se encontraban en el área sanitaria seleccionada, logrando un muestreo teórico para llevar a cabo la investigación. Con edad igual o superior a 18 años, que se encontraban entre la octava y decimosegunda semana postparto, y que desearon participar en el estudio.

No se cuentan con las conclusiones generadas en dicho trabajo ya que continúa realizándose el control de rigor y calidad de la investigación que se planteaba llevar a cabo a través de un proceso de verificación por participantes y triangulación de investigadores. La investigación ha sido expuesta a la comunidad en el XVI Congreso de la Federación de Asociaciones de Matronas de España, que tuvo lugar en Gran Canaria en Octubre de 2017.

“Actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio”

En el año 2012 en España por la autora Soria, se realizó un estudio prospectivo de la sexualidad durante el embarazo y puerperio.

El objetivo general planteado fue realizar un revisión sobre el tema planteado donde se plantearon objetivos específicos tales como: conocer el porcentaje de mujeres embarazadas que manifiesta cambios en sus relaciones sexuales, conocer el porcentaje de mujeres que recibieron información sobre sexualidad en el embarazo, analizar si hay cambios en la actividad sexual de la mujer embarazada con respecto a su situación habitual, identificar áreas de la sexualidad más afectadas en la mujer durante el embarazo, analizar si existen cambios en la actividad sexual de la mujer tras el parto con respecto a su situación habitual, identificar áreas de la sexualidad más afectadas en la mujer tras el parto, comparar la actividad sexual de la mujer en embarazo y tras el parto.

La metodología de trabajo utilizada fue a través de un estudio cuantitativo, donde se localizaron a 80 mujeres durante su consulta obstétrica, durante el embarazo y posterior al parto. Se realizaron entrevistas y se utilizó la escala EVAS-M para su estudio.

Algunas de las conclusiones extraídas de dicho estudio fueron las siguientes: se ha manifestado una alteración de las relaciones sexuales durante el embarazo al igual que durante el postparto, se destacan durante el postparto factores emocionales influyentes en mayor cantidad para el reinicio de la actividad sexual, la alteración en la sexualidad se vio indiferente al nivel educativo de la mujer o la calidad y cantidad de información que presentaban, se encontró un escaso aporte sobre educación sexual y en ese mínimo porcentaje se brindó información escasa por lo cual el reinicio de la actividad sexual se dio de forma independiente a la información brindada.

“La sexualidad en el embarazo y puerperio”

En Barcelona se realizó una investigación sobre la sexualidad en el embarazo y puerperio por su autora Molero Rodríguez en el año 2006. No se cuenta con la información sobre los objetivos planteados ni la metodología de trabajo pero sí se destacan las conclusiones alcanzadas por dicha investigación, entre las cuales se destacan: los cambios hormonales influyen sobre el libido aumentando e inhibiendo el mismo en las diferentes etapas, la sexualidad no solo está basada en la genitalidad sino que interviene todo el cuerpo pudiendo realizar diferentes prácticas sexuales que no solo sean centradas en las coito vaginales o anales; las caricias, besos, masturbación, masajes, entre otras formas también son expresiones de la sexualidad.

Otra conclusión a destacar es que la información en los centros de salud sigue siendo insuficiente para la educación de la mujer y/o pareja, no logrando así empoderar de forma completa sobre las diferentes alternativas para vivenciar la sexualidad sin verse afectada por los cambios que surgen durante el embarazo y puerperio.

Capítulo III

FISIOLOGÍA DE PUERPERIO NORMAL

Definición

Según plantea Schwarcz, Fescina y Duverges (2005), se define puerperio al período que comienza luego de la salida de la placenta y anexos hasta la restitución de las modificaciones gravídicas, tanto anatómicas como funcionales, abarcando entre 6 y 8 semanas de duración (Schwarcz, Fescina y Duverges, 6ta edición, 2005). Las modificaciones gravídicas involucionan hasta casi restituir las a su estado pre grávido, con excepción de la glándula mamaria, la cual alcanza su mayor desarrollo durante esta etapa para lograr establecer el proceso de lactancia.

Clínicamente, de acuerdo al tiempo que ha transcurrido, podemos destacar 4 etapas del Puerperio:

- Puerperio inmediato: corresponde al periodo que transcurre durante las primeras 24 horas
- Puerperio mediato: corresponde al periodo que transcurre desde el primer día y finaliza en el día 10
- Puerperio tardío: corresponde desde el día 11 hasta el día 42
- Puerperio alejado: corresponde al tiempo que transcurre luego de los 42 días

La división clínica del puerperio proporciona una herramienta fundamental en el equipo de salud, para lograr un adecuado seguimiento y /o intervención, ya que en cada una de estas etapas se destacan diferentes cambios anatómicos, fisiológicos y psicoemocionales.

Modificaciones anatómicas y fisiológicas

A partir de los textos de referencia para este capítulo, se utilizaron como fuentes referenciales los libros clásicos de Obstetricia: Schwarcz et al. 2005 y Cunningham et al. 2010.

Órganos genitales

Útero

Luego de la expulsión de placenta y anexos se inicia inmediatamente la retracción e involución uterina. La involución uterina es un proceso que transcurre de forma rápida y ciertos factores ayudan a que el proceso transcurra dentro de la normalidad. Se destacan diferentes tipos de contracciones durante este periodo.

De forma inmediata se instala la contracción permanente la cual se detecta al palpar el útero con consistencia leñosa, puede encontrarse el mismo sobre la cicatriz umbilical o por debajo de la misma.

Durante el puerperio inmediato y mediato se pueden detectar contracciones rítmicas las cuales comienzan de forma espontánea, llamadas comúnmente como “entueritos “. Dichas contracciones rítmicas se instalan mayormente en multíparas. Se debe instruir sobre la importancia del masaje uterino y su técnica, ya que actúan como estimulador del útero produciendo contracciones como respuesta al estímulo. Una vez instalada la lactancia se producen contracciones uterinas inducidas por la succión, ya que tal estímulo libera oxitocina a través de la hipófisis posterior.

La paridad, así como el funcionamiento del aparato digestivo y del aparato urinario son factores que también influyen sobre la involución uterina. Al cabo de dos semanas el útero se encuentra intrapélvico.

Endometrio

El endometrio se reconstituye de forma rápida, volviéndose proliferativo luego de la segunda semana postparto a excepción del lecho placentario el cual se restaura entre las semanas 6 a 8.

Cuello uterino

La dilatación del cuello uterino disminuye de forma instantánea a 2-3 cm y continúa disminuyendo de forma paulatina durante el puerperio mediato. El orificio cervical externo antes del parto se evidenciaba de forma redondeada, luego del parto esta forma cambia por completo visualizando el mismo como una línea transversal. Se comprueba histológicamente una disminución de la hipertrofia e hiperplasia vascular, y la disminución del edema durante el puerperio tardío.

Loquios

Durante el proceso de involución uterina se destaca la expulsión de un fluido vaginal que presenta variadas características durante las etapas puerperales. Este fluido está compuesto por sangre que surge del lecho placentario, así como también de sangre proveniente del cuello uterino y vagina, se le agrega líquido de exudación de las heridas, células de descamación del tracto genital y fragmentos de caduca. Su duración es variable y al pasar de los días se puede notar su cambio en cantidad y composición.

Luego del parto los loquios se visualizan como sangre fresca mezclada con decidua. Al cabo de los días se van tornando más serosos para luego de dos semanas aproximadamente volverse serosos por completo. Su duración varía entre 4 a 6 semanas coincidiendo con la finalización de la involución uterina.

Vagina

Los cambios en la vagina se verán influidos por la existencia de episiotomía, así como de desgarros durante el parto, lo cual influye su presencia en el proceso de recuperación tornándose más lento. La vagina se vuelve más edematosa, aumentada de tamaño, flácida y con sus paredes más lisas. Luego de tres semanas se puede observar la reaparición de sus pliegues, logrando la restitución total de su estructura.

Vulva

La vulva presenta en ocasiones lesiones en su cara interna. Puede observarse luego del parto la presencia de restos de membrana himeneal o también llamada carúncula himeneal hipertrófica.

Periné

Es la zona que puede verse más afectada luego del parto. Varios factores influyen sobre su recuperación, dependiendo de la presencia de desgarros o la realización de episiotomía y su posterior sutura. Si la misma es realizada correctamente y se instruye de forma completa sobre sus cuidados e higiene, la cicatrización se lleva a cabo de forma correcta.

Sin embargo, los músculos pueden no volver a su estado anterior y verse dificultado el reinicio de las relaciones sexuales coito-vaginales.

Cambios ováricos

Los cambios ováricos se verán determinados por la existencia o falta de la lactancia materna. Luego del parto los niveles de estrógenos y progesterona comienzan a bajar de forma considerable, para luego verse aumentados los niveles de estrógeno a partir de la tercera semana postparto. Si no se instala la lactancia materna, luego de los treinta días postparto puede comenzar el ciclo menstrual.

Mamas

Las mamas alcanzan su mayor desarrollo postparto para dar lugar a la lactancia. Durante el embarazo su histología se fue modificando para lograr ese desarrollo en el puerperio. Se puede evidenciar un aumento de volumen en las mismas, así como también se observan ingurgitadas por el gran aumento del flujo sanguíneo. Al aumentar dicho flujo también es posible observar la red venosa subcutánea más marcada. Surge un aumento de los alvéolos en los lóbulos mamarios y una hiperpigmentación en areola y pezón. Hay mayor desarrollo de tubérculos de Montgomery y Red venosa de Haller.

Durante los primeros días se podrá observar la secreción de calostro la cual se transforma en secreción láctea al cabo de unos días, esto dependerá de la cantidad y frecuencia del estímulo generado por la succión.

Sistema cardiovascular

El volumen sanguíneo que se ve aumentado durante el embarazo irá disminuyendo durante el puerperio hasta lograr llegar a los valores pre grávidos. No así sucede con el gasto cardíaco el cual aumenta los primeros días postparto para ir disminuyendo en el correr de las semanas.

Sistema hematológico

Se puede observar un aumento significativo de los eritrocitos en la primera semana postparto, luego seguirá aumentando durante la etapa puerperal hasta llegar a su valor normal. Los leucocitos y plaquetas también se ven elevados durante este periodo. Puede ser su causante el estrés que genera el parto y la nueva etapa o simplemente debido a los procesos inflamatorios que se generaron durante el parto, generando de esta forma un mecanismo de defensa por parte del organismo (Benítez, 2010, p 4)

Sistema digestivo

Durante el embarazo, el aumento del tamaño uterino provoca una reubicación del tracto intestinal, así como un aumento del volumen abdominal, modificando en ocasiones su funcionamiento, generando malestares como el reflujo y el constipación.

Luego del parto el aparato digestivo comienza de a poco a reubicarse. Durante este periodo puede persistir el reflujo, pirosis y constipación por la acción miorrelejante que provoca los niveles de progesterona aún elevados.

Sistema urinario

Los cambios que proporciona el embarazo en el sistema urinario pueden verse aún durante el puerperio, restituyéndose de a poco a lo largo de las semanas. La diuresis se ve aumentada durante esta etapa. Perdura la dilatación de los uréteres, así como una distensión vesical, generando en ocasiones un mal vaciamiento y/o incontinencia urinaria.

Sistema endócrino

Las hormonas placentarias luego del parto descienden de forma significativa, así como también hay una caída de los estrógenos y progesterona. La prolactina aumenta considerablemente para dar lugar a la lactancia materna. El aumento de dicha hormona se ve acompañado de un descenso de la testosterona, la cual provoca disminución del libido sexual, interfiriendo de forma negativa en el reinicio de la actividad sexual.

La oxitocina es una hormona que presenta un rol fundamental durante la lactancia ya que estimula la producción de prolactina durante la succión, permitiendo la liberación de la leche materna. La misma a su vez es responsable de generar contracciones uterinas dolorosas durante el puerperio para el proceso de involución uterina.

Durante el reinicio de la actividad sexual puede haber liberación láctea, lo que puede provocar incomodidad y/o vergüenza durante este proceso.

INFECCIONES PUERPERALES

La infección puerperal es una de las complicaciones que pueden surgir en el puerperio y suele ser la complicación más frecuente diagnosticada. A pesar que se han logrado avances en la obstetricia, mayor enfoque en factores de riesgo, así como también en la promoción y prevención de los cuidados puerperales, aún continúa siendo de las principales causas de morbi-mortalidad en pacientes obstétricas. Es de gran importancia que el equipo de salud se encuentre capacitado para afrontar esta problemática, realizando mayor énfasis en educación para lograr una mayor prevención (Bezares et.al 2009.; OMS, 2015)

Según la OMS (2015), “Las infecciones bacterianas en el período perinatal representan cerca de una décima parte de las muertes maternas en el mundo” También hace referencia a que las infecciones maternas antes o durante el parto provocan un millón de muertes de recién nacidos/as en un año. Es por ello que las recomendaciones de OMS señalan que se deben tomar en cuenta para la prevención de infecciones puerperales los factores de riesgo, así como complicaciones maternas preexistentes. Algunos de los factores como:

- Desnutrición materna
- Diabetes
- Obesidad
- Anemia grave
- Vaginosis bacteriana
- Infecciones por Estreptococo del grupo B
- intervenciones durante el trabajo de parto y parto como rotura prematura prolongada de membranas (RPPM), tactos vaginales reiterados, escaso cuidado en la asepsia, extracción manual de placenta, cesárea. (OMS, 2015).

La estrategia a nivel mundial más utilizada para reducir las infecciones puerperales es la profilaxis y tratamiento con antibióticos, pero la dificultad que se presenta es que en el práctica se evidencia un mal uso de los antibióticos. Este mal uso

entorpece el trabajo que se está realizando a nivel mundial para la aparición de cepas bacterianas resistentes, donde la OMS realizó un manual de Estrategia mundial de contención a la Resistencia de los Antimicrobianos, donde se enmarca la importancia del correcto uso de antimicrobianos y su influencia en la salud pública (OMS, 2015).

Los síntomas a menudo aparecen luego del alta hospitalaria donde el síntoma más habitual es la presencia de fiebre, la cual durante el puerperio se define como mayor o igual a 38°C. Puede darse por causas genitales o extragenitales (Bezares et al. 2009)

Como describe Bezares et al. (2009), las causas son:

- **Causas genitales:** endometritis, infección de episiotomía o laparotomía de la cesárea, fascitis necrotizante, mastitis, tromboflebitis pélvica séptica.
- **Causas extragenitales:** complicaciones respiratorias, pielonefritis, abscesos pélvicos, tromboflebitis, tirotoxicosis, fiebre de origen medicamentoso, mastitis.
(Bezares et al. 2009)

La etiología de las infecciones puerperales es de origen polimicrobiano de las cuales la mayoría de ellas habita normalmente en el tracto genital. Varias son las formas de contagio, dividiéndose en dos grupos, la autoinfección y la heteroinfección. La autoinfección está dada por gérmenes que habitan en el organismo de la mujer, siendo la forma más habitual de transportar gérmenes desde la vagina al útero los tactos reiterados. La heteroinfección es la infección que provocan gérmenes que provienen del exterior (Schwarcz et al., 2005).

La infección ocurre por vía ascendente y algunos de los factores de riesgo son el parto instrumentado, tactos reiterados, RPM (rotura prematura de membranas) mayor a 6 horas de evolución, heridas o desgarro de canal de parto, episiotomía, corioamnionitis, diabetes, entre otros. Algunos de sus síntomas son: fiebre, dolor uterino, loquios fétidos y leucocitosis.

Infecciones localizadas

- **Vulvitis puerperal.** A nivel de desgarros de vulva y periné. Su sintomatología está dada por altas temperaturas, dolor al tacto, la herida se puede ver cubierta por una membrana pseudomembranosa de color gris.
- **Vaginitis puerperal.** Iguales características clínicas que la vulvitis. Se origina por la sutura de heridas vaginales o por el contacto de elementos contaminados como gasas, etc.
- **Cervicitis puerperal.** Se produce por desgarros de cuello.
- **Endometritis.** Como plantea Bezares et.al (2009), “la endometritis es la causa más frecuente de fiebre puerperal” (Bezares et.al, 2009). Puede originarse en el sitio de inserción de la placenta o abarcar toda la cavidad uterina. Sus síntomas están dados por el aumento brusco de temperatura, escalofríos, taquicardia, el útero puede encontrarse subinvolucionado, dolor a la palpación, loquios en gran cantidad, fétidos (Schwarcz et al. 2005)

Infecciones propagadas

- **Salpingitis y salpingoovaritis puerperal.** La colonización se realiza por continuidad mucosa desde el útero hasta el endosalpinx. Sus síntomas aparecen de forma tardía, entre el 8° y 10° día de puerperio, se destaca fiebre, dolor parauterino, taquicardia.
- **Pelviperitonitis.** Propagación mucosa, en general por una salpingitis y queda en el peritoneo pelviano. Puede darse por gérmenes que viajan por vía linfática. Puede provocar una perisalpingitis, la cual afecta una o ambas trompas, sus síntomas son similares a la pelviperitonitis y se destaca hiperestesia cutánea y defensa muscular.
- **Metritis.** Su origen está dado por propagación a través de vía linfática. Sus síntomas son similares a una endometritis que se prolonga en los días. Pueden evidenciarse síntomas de intoxicación. No se visualiza con frecuencia este tipo de infección durante el puerperio.
- **Parametritis.** Se genera por vía linfática. Puede generarse en la base del ligamento ancho provocando flemones hipogástricos o bien puede originarse en todo el ligamento provocando flemones en toda la superficie. Si se trata de una parametritis no supurada su sintomatología abarca fiebre, taquicardia

y dolor parauterino, pero si llega a la forma supurada, el dolor se vuelve más intenso, puede evidenciarse deshidratación y se localiza un tumor más grande y reblandecido.

- **Peritonitis.** Puede darse por vía linfática, vía directa por una salpingoovaritis, herida uterina, desgarró de fondo de saco vaginal o por una pelviperitonitis. Sus síntomas son similares al resto de las infecciones puerperales por lo cual su diagnóstico suele ser confuso o tardío, llevando a complicaciones graves. Luego de .varios días de evolución pueden visualizarse los síntomas claves para su diagnóstico como vómitos, meteorismo abdominal, etc. (Schwarcz et al. 2005)

Se destaca también **infecciones a nivel de herida operatoria** cuando se trata de una cesárea, donde algunos factores de riesgo son: obesidad , malnutrición, corioamnionitis, anemia, alteraciones en la coagulación, etc.

La **pielonefritis** es una causa extragenital de infección puerperal donde se destacan síntomas como: bacteriuria, piuria, vómitos, fiebre en picos con escalofríos y dolor lumbar. Se diagnostica mediante sedimento, urocultivo y antibiograma.

La **tirototoxicosis** se caracteriza por presentar fiebre, complicaciones cardiovasculares, del tracto gastrointestinal como vómitos, diarrea, dolor abdominal y alteraciones del sistema nervioso central (agitación, desorientación, estupor e incluso coma). Es una patología de gravedad por la disfunción cardiovascular y por un riesgo de sepsis general. Se observa leucocitosis, aumento de transaminasas e hipercalcemia.

La infección dada por vía hematógena representa una de las complicaciones que también se origina en la etapa puerperal. La **trombosis venosa profunda** es patología que puede surgir durante el puerperio, donde la profilaxis antitrombótica está indicada. Su diagnóstico está dado por dolor, edema, aumento del diámetro de extremidad, signo de Homans positivo, puede observarse fiebre y leucocitosis. Otra de las causas de infección puerperal, aunque menos frecuente es la **tromboflebitis pélvica**, la cual debe sospecharse en caso de fiebre de origen desconocido. Tres factores predisponen su aparición como ser hipercoagulabilidad, lesión vascular por infección o traumatismo y estasis venoso. Se producen microtrombos en los capilares venosos pélvicos.

La **mastitis** es la inflamación con o sin infección de lóbulos mamarios, la cual se produce generalmente de forma unilateral. Es causal en muchas ocasiones del

abandono de la lactancia materna. La retención de la leche, así como el aumento bacteriano son las principales causas para desencadenar una mastitis. Sus síntomas son dolor mamario, signos inflamatorios como rubor, calor y eritema, decaimiento, fiebre, dolores articulares, náuseas, escalofríos, etc., (Bezares et al. 2009)

El equipo de salud debe otorgar todas las herramientas al alta de la mujer, brindando la información necesaria para que la mujer pueda identificar signos y síntomas que requieran una consulta inmediata y así prevenir las infecciones puerperales entre otras complicaciones.

Según el MSP (Ministerio de Salud Pública) en su manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio (2014), se debe aconsejar que ante la presencia de “fiebre, chuchos de frío persistentes, malestar general y decaimiento, loquios fétidos, rubor y dolor mamarios, dolor abdominopélvico que no cede con analgésicos comunes, tos con expectoración mucopurulenta, síndrome urinario bajo y alto, etc.”, la mujer concurra de forma inmediata a consulta así como también otorgar la posibilidad de postergar su internación en caso de constatar factores de riesgo que aumentan la posibilidad de complicaciones infecciosas (MSP, 2014).

ANTICONCEPCIÓN

Según manifiesta el MSP (2014), “El equipo de salud siempre debe tener una actitud profesional, atenta, preventiva y ética” (MSP, 2014). Por lo tanto, se debe destacar la importancia de que el equipo de salud brinde la asistencia completa al alta de la mujer, dentro de esta asistencia se encuentra el asesoramiento sobre métodos anticonceptivos (MAC). Para un correcto asesoramiento se deben tener en cuenta varios factores, se debe indagar qué métodos ha utilizado, así como también cuál ha sido su experiencia, se deberá indagar sobre ciertas condiciones de salud que puedan interferir negativamente sobre el MAC, valorando siempre la mejor opción para brindarle. Se debe realizar consejería sobre cada método disponible, describiendo ventajas y desventajas sobre los mismos (MSP, 2014).

Se destaca la gran importancia de tener en cuenta e indagar sobre la vivencia en su sexualidad y orientación sexual de la mujer ya que no debe ser afirmado que las mujeres por parir son heterosexuales, lo cual cambia totalmente el enfoque sobre los cuidados en el puerperio, ya que su método no va a estar indicado para prevenir un posible embarazo, sino enfocar el método para la prevención de infecciones puerperales, así como de transmisión sexual (ITS). Es de mucha importancia la formación y actualización en el equipo de salud ya que los paradigmas cambian de forma constante y se debe actualizar en conjunto con la evolución de los mismos (Guía clínica de embarazo y puerperio, 2014, España).

Como informa la OMS (2011) y el MSP (2014), los MAC, así como sus ventajas y desventajas para la etapa puerperal son:

DIU (dispositivo intrauterino)

La T de cobre 380 A presenta una duración de 10 a 12 años, con efectividad del 99,8%. Puede colocarse luego del alumbramiento, postparto luego de las 48 horas, a las 4 semanas postparto o a los 30 y 40 días postparto donde se evidencia menor índice de expulsión. Se controla al mes de colocado, a los 3 y 6 meses y posteriormente una vez por año.

Ventajas: es un método reversible de larga duración, no interfiere en las relaciones sexuales, no necesita acciones para su mantenimiento, bajo costo, no interactúa con medicamentos.

Desventajas: no protege contra infecciones de transmisión sexual, posible aumento de dolor durante la menstruación puede evidenciarse aumento en el sangrado menstrual.

Pastillas anticonceptivas o Anticonceptivos orales (ACO)

Están contraindicadas las ACO combinadas durante la gestación, por lo cual si la mujer se encuentra amamantando se indican las pastillas de gestágenos o minipíldora, las cuales junto con la lactancia alcanzan una efectividad del 99%. Se comienza a las 6 semanas postparto, se debe tomar todos los días a la misma hora y sin descanso entre paquetes. La efectividad disminuye con el cese de la lactancia exclusiva.

Ventajas: es un método reversible el cual se puede tomar de forma ininterrumpida, regulariza los ciclos, disminuye la dismenorrea, disminuye la probabilidad de enfermedades benignas de mama, quistes funcionales ováricos, cáncer de endometrio y ovario, disminuye acné e hirsutismo.

Desventajas: requiere suministro correcto, no previene ITS, puede presentar ciertos efectos secundarios como sangrado entre menstruaciones, dolor de cabeza, náuseas y vómitos, aumenta incidencia de embarazo gemelar al mes de abandono del método.

Preservativo masculino

Se puede utilizar al reinicio de las relaciones sexuales y se recomienda su uso asociado con otro método.

Ventajas: no presenta contraindicaciones médicas, fácil acceso, bajo costo.

Desventajas: requiere motivación de parte de su pareja para su correcto uso.

Preservativo femenino

Se puede utilizar al reinicio de las relaciones sexuales y se recomienda su uso asociado con otro método.

Ventajas: no presenta contraindicaciones médicas, fácil acceso, bajo costo, no requiere la colaboración de la otra persona, protege contra embarazo y contra ITS.

Desventajas: requiere motivación de parte de su pareja para su correcto uso.

Implante subdérmico con progestágenos:

Pequeños cilindros o cápsulas de plástico que liberan levonogestrel. La probabilidad de embarazo es menor al 0,01%. Se puede utilizar durante la lactancia ya que no presenta estrógenos.

Ventajas: no interfiere en las relaciones sexuales, método de larga duración, reversible, no requiere acciones por parte de la mujer una vez colocado, previenen el embarazo eficazmente, no se evidencian riesgos en la salud.

Desventajas: pueden surgir alteraciones en el sangrado en los primeros meses como un sangrado más liviano con menor duración, sangrado irregular, sangrado infrecuente o cese de menstruación. Posterior al año de colocado pueden ocurrir los mismo síntomas a no ser por el cese de menstruación que no se evidencia a largo plazo. Se detallan otras posibles complicaciones como: cefaleas, dolor abdominal, acné, cambios de peso, sensibilidad en los senos, mareos, cambios de humor o náuseas.

Infrecuentemente puede surgir infección en el sitio de colocación del implante o una difícil extracción del mismo. Es de importancia desmitificar algunos conceptos como, por ejemplo: una vez de retirado el implante las hormonas no quedan retenidas en el cuerpo de la mujer, si ocurre cese de menstruación no significa una situación de gravedad ya que no se acumula la sangre en el interior del cuerpo, no provoca infertilidad, las cápsulas no se mueven del lugar de colocación, reduce el riesgo de embarazo ectópico (OMS, 2011 ; MSP, 2014)

Síntesis de capítulo

Este capítulo describe el puerperio fisiológico, ya que para comenzar a describir los procesos que intervienen en la construcción de la cuarenta postparto es necesario abordar principalmente la fisiología puerperal, describiendo los cambios que suceden a nivel corporal. Se describen también las infecciones puerperales, abordada a partir de la posible complicación que puede surgir durante esta etapa. Por otra parte, se describen los métodos anticonceptivos recomendados durante el periodo puerperal, abriendo camino a abordar los próximos capítulos.

Capítulo IV

MATERNIDAD

Fuiste madre, madre y otra vez madre, y cuando tenías el vientre redondo y pleno, te fetichizaron y entonces te llamaron mi santa madre para imposibilitar tu erotización, para matar tu deseo, para silenciar tus ansias de más caricias... Te llenaban de hijos e hijas para vaciarte de deseo. Te hicieron creer durante siglos que tu anatomía era tu único destino, y así no sólo lograron transformar tu maternidad en fatalidad, sino que mutilaron la cultura de tus voces, de tu escritura, de tus ideas que sólo excepcionalmente pudieron alzar vuelo. (Thomas, 2001, p 22).

Introducción

La definición de Maternidad se encuentra en constante transformación, dada la cantidad de factores que influyen sobre su construcción a lo largo de la historia, por lo cual no puede plantearse la maternidad como una construcción estática, la misma se reconstruye de forma constante (Saletti, 2008; Robles, 2012).

Molina (2006) plantea la maternidad como un conjunto de factores culturales y sociales, así como también de creencias.

Siendo la maternidad un concepto que se intercambia en el espacio social, su interpretación y repercusión en la experiencia individual es muy significativa, siendo por largo tiempo tal vez la investidura más poderosa para la autodefinition y autoevaluación de cada mujer, aún de aquellas que no son madres. (Molina., 2006, p 93.)

“La maternidad no es un ‘hecho natural’ sino una construcción cultural multideterminada definida y organizada por normas que se desprende de las necesidades de un grupo específico y de una época definida de su historia” (Palomar Vereas, 2005)

Micolta (2008) se refiere a la maternidad como un rol ejercido por las mujeres en la sociedad. Determina una posición dentro de la misma, no solo cumpliendo una cuestión biológica sino cultural de acuerdo a su época, etnia o religión (Micolta, 2008).

Calderón (2005) se refiere a la maternidad como un concepto social elaborado por la misma población que ayuda al orden y a dirigir las acciones sociales, dándole significado a sus conductas, no solo como agrupación sino a cada mujer individual (Calderón, 2005)

Se puede observar al citar los diferentes conceptos que cada autor/a plantea sobre la maternidad y sus diferentes variaciones, que, si bien se encuentra en constante cambio y evolución social permanente, plantean como factor común que la Maternidad es una construcción social, en donde se ve representada la cultura y creencias, justificando de esta forma el comportamiento y relacionamiento social de las poblaciones

A lo largo de la historia se puede destacar cómo surgen y se fomentan los debates sobre la maternidad y el rol que ejerce la mujer como principal protagonista, no solo en su función en esta construcción sino como mujer en su estado más natural. La paternidad se ha instalado de forma más relevante en esta construcción social, otorgándole un lugar de suma importancia a su rol en conjunto con la maternidad, concediendo responsabilidades y exigencias socio-culturales de igual relevancia (Saletti, 2008).

Maternidad desde la Psicología Social

Psicología Social

La Psicología social es una disciplina, rama de la Psicología que estudia la dinámica grupal. Analiza los vínculos, las comunicaciones, las interrelaciones que se generan entre los individuos cuando se agrupan con una meta en común (Moscovici, 1979)

Su estudio se encuentra en constante transformación, ya que las sociedades evolucionan constantemente como así también sus paradigmas.

Dentro de la Psicología social, se destacan las representaciones sociales. Dichas representaciones son las formas en la que los individuos realizan intercambios, plantean un vínculo y se integran. Se organizan como sociedad para generar un orden común.

Se destacan cuatro características principales dentro de las representaciones:

- a) Seleccionar acontecimientos ideológicos relevantes en relación al comportamiento social.
- b) Darle un objetivo y una división a estos acontecimientos.
- c) Transformar de acuerdo a estos objetivos un formato dentro de la sociedad.
- d) Otorgar una justificación al comportamiento social y un camino en su actuar como sociedad.

Según plantea el Psicólogo Social Moscovici (1979) las representaciones sociales también presentan condiciones de emergencia las cuales divide en tres puntos:

- a) Diferente interpretación de la información. La forma en la que es vista la construcción social dependerá de cada individuo en particular ya que la información siempre se verá escasa en su contenido, no siendo suficiente por la diversidad de miradas sobre un mismo tema.
- b) El enfoque diverso de cada individuo. Siendo este relevante de acuerdo a los intereses dentro del componente social.
- c) Exigencia a la toma de posturas. La comunidad reclama constantemente la toma de posturas de cada individuo sobre los temas que emergen y se encuentran en debate en momentos particulares. Obligan a las sociedades y personas a mostrar una posición determinada.

Estas tres características son las responsables de la creación de las representaciones sociales.

Para su estudio se plantean tres categorías:

- a) La información que presentan las sociedades para su formación, la cual justifica su accionar ante determinados hechos. Construyen desde sus conocimientos su ideología. Un factor fundamental es la comunicación social, la cual está estrechamente vinculada a la representación, son elementos correlativos que se deben estudiar de forma conjunta. Los

aspectos importantes en la comunicación para la obtención de las representaciones y que las mismas se establezcan son: el entendimiento, seguido de su aprobación o desaprobación, la justificación y la jerarquía que se le otorga a la acción comunicativa

- b) El medio en donde se ve representada esa información, donde las sociedades plantean un orden y una división en sus responsabilidades.
- c) La conducta o la postura que se toma de acuerdo a lo planteado por las representaciones sociales (Moscovici., 1979).

Construcción social: La Maternidad

Entre la madre de quien hablamos y la madre que habla la distancia es larga. La primera es objeto, visto a través del prisma del fantasma del que habla. La segunda es sujeto, eventualmente analizante, y como tal presa de la división hablante-ser. (Soler, 2006, p 131)

Como plantea Schwarz (2005), “las representaciones sociales son creencias que configuran el acercamiento cognitivo a diferentes objetos de la vida social, entre ellos, la propia identidad y experiencias como la maternidad” (Schwarz, 2005)

Se ha construido un concepto de Maternidad en común para todas las mujeres, no tomando en cuenta la variedad de interpretaciones que presenta este concepto, como si todas las mujeres fuesen iguales en su sentir, como si la maternidad fuera una vivencia única sin variaciones, no otorgando lugar a lo que deseen sentir, a lo que deseen ser. A lo largo de la historia la maternidad ha sido vista como un sentir instintivo desde el nacimiento, un sentimiento con el cual nacemos y desarrollamos a lo largo de la vida, un ideal de todas las mujeres, “el amor maternal”. Un concepto fundado en las sociedades, obligadas culturalmente a ser madres (Saletti, 2008).

Según refiere Palomar Vereá (2005) y Fuller (2005), en una perspectiva de género, es fácil evidenciar que la “reproducción biológica” está dada por ambos sexos ya que no podría lograrse uno sin el otro, pero la “reproducción social” es sólo atribuida a la mujer, sobrecargada de responsabilidad ante la mirada social. No hay dudas que la maternidad es un hecho biológico y que la capacidad de reproducción está dada por la función biológica de mujeres y varones, pero la construcción otorgada

a la maternidad está expuesta a la sociedad, todos son partes de la construcción y la valoración de lo que es ser “buena o mala madre” (Palomar Vereza, 2004; Fuller, 2005).

De la tradición judeocristiana heredamos la concepción de la mujer subordinada al varón desde su origen. Ella será la causa del pecado que privó a sus hijos del paraíso, condenada a parir con dolor y la personificación de la tentación, el peligro y la muerte. Únicamente la virginidad y la maternidad pueden absolverla del castigo. (Mojzuk, 2014, p. 19).

Uno de los grandes conceptos impuestos por la cultura patriarcal para “crear en las madres la actitud instintiva”, fue la imposición de la lactancia materna, como único método para la alimentación más completa para el/la bebé y como método inigualable para establecer el apego entre madre-hijo/a. “El uso de las nodrizas para el amamantamiento de los niños fue condenado y la lactancia materna comenzó a producir nuevas representaciones y relaciones sociales que determinaban la condición materna en la sociedad” (Saletti, 2008, p 171). Con la construcción social de la maternidad comienza la construcción social de la infancia, responsabilizando el rol materno en dicha construcción, otorgando gran carga moral en las mujeres si ese ideal de infancia no se cumplía como estaba establecido. La salud psíquica de las mujeres cobró mucho valor, dada la influencia que la misma podría presentar sobre el/la niño/a y su desarrollo. Su rol materno era evaluado y juzgado, buscando que su desempeño como madre sea el que la sociedad establece, lo que a su vez sería valorado en su hijo/a, determinando si cumple con lo establecido por la sociedad (Saletti, 2008 ; Agudelo et al. 2016).

La maternidad está dada como una forma de feminidad, permitida por la sociedad patriarcal. Este concepto es confuso ya que por un lado la sociedad patriarcal permite esta demostración de feminidad, pero por otro lado establecen la maternidad como un instinto natural y no impuesto (Saletti, 2008; Schwarz, 2005)

La cultura toma un impulso, el sexual, y lo transforma en el maternal, dándole a la pulsión un fin y un objetivo determinado y único. Se le anticipa y preexiste a la biología, creando un nuevo tipo de vínculo y un nuevo mito: la creencia de que toda mujer no solo es madre en potencia, sino que es madre en deseo y necesidad. No existe un instinto maternal, la maternidad es una función que puede o no desarrollar la mujer. (Saletti, 2008, p 173).

La ideología patriarcal sitúa a las mujeres solo por su rol biológico y reproductivo, no ubicándose fuera de este, no pudiendo encontrar otra identidad que no sea la maternal. Se les otorga un rol maternal asexuado, privado de deseo. “La capacidad de dar a luz es algo biológico; la necesidad de convertirlo en un papel primordial para la mujer es cultural” (Saletti, 2008, p.175)

La maternidad se encuentra separada de la sexualidad por la cultura patriarcal, no pudiendo presentar autonomía sexual, así como tampoco en lo que corresponde a la maternidad y no maternidad (Rich, 1986). La maternidad como una construcción llena de normas, la sexualidad (entendida como placer sexual) limitada solo al matrimonio, la esencia femenina solo en base al logro de la maternidad, la maternidad como representación de mujeres sin autonomía (Mojzuk, 2014).

Según refiere Rich (1986), tratar cualquier institución de forma global para todos, siempre termina afectando de alguna forma, ya que nada es concreto, la diversidad no conoce límites. Así como la institución de la maternidad no es solo gestar, parir y criar, la institución de la sexualidad no solo se refiere a la heterosexualidad ni a la actividad sexual (Rich, 1986).

La maternidad lleva consigo el término de heterosexualidad obligatoria, por lo que considerar maternidad con homosexualidad es totalmente opuesto, conceptos que no se encuentran nunca (Thompson, 2002). “Las maternidades lesbianas rompen con el imperativo mujer=madre=heterosexual, ampliando los significados y las prácticas de la maternidad por fuera de las nociones heteropatriarcales (Yáñez, 2017).

La institución de la maternidad, “debe seguir siendo evocada para que las mujeres nunca más olviden que muchos fragmentos de experiencia vivida son parte de un todo que no es de su creación” (Rich, 1986, p. 352).

Existe una contradicción entre la maternidad y la identidad, socialmente una mujer que no es madre es incompleta, pero si la misma es madre, puede verse un descuido en otros aspectos que concierne a la mujer, siendo de esta forma también incompleta. Si bien la maternidad en algunas mujeres está dada por su deseo y lo sienten como una realización personal, puede que en ellas mismas en algún momento este rol y lo que él mismo representa, se encuentre y enfrente a pensamientos negativos sobre dicha vivencia (Agudelo et al.2016).

Como refiere Palomar Vereá (2004) y Schwarz (2005), la vivencia de la maternidad sin ser la misma deseada, puede tener grandes consecuencias. No solo para la mujer sino también para su hijo/a. Transitar los procesos de embarazo, parto y puerperio y los que esos mismos procesos significan, puede generar momentos

muy difíciles de sobrellevar, cargados de dolor, pudiendo causar entre otras cosas, cuadros psicopatológicos de gravedad. Lo que conlleva una crianza, la economía, la demanda de tiempo y energía, entre otras, puede llevar a circunstancias extremas. En un futuro toda esta carga se puede ver reflejada en los niños y niñas, acarreando carencias de todo tipo, logrando no ser seres conscientes de su existencia, víctimas de la construcción social (Palomar Vereza, 2004; Schwarz, 2005).

Por su parte, Mojzuk, (2014) refiere que se le otorga como carácter sagrado al hecho de parir, siendo un acto natural, hace que las mujeres no tengan la decisión de si desean o no vivenciar esos procesos, no otorgándoles ese poder de decisión, no teniendo poder sobre la reproducción. “El matrimonio y la crianza se constituyen en deber moral, religioso y patriótico” (Mojzuk, 2014).

el hombre del sistema patriarcal creó una estructura que volvió contra la mujer su propia naturaleza orgánica, la fuente de su reverencia y poderes originales. En cierto modo, la evolución femenina fue mutilada, y no poseemos elementos que nos permitan imaginar lo que pudo haber sido hasta el momento su desarrollo. (Rich, 1986, p 185).

Se responsabiliza a la mujer por su rol de madre, se estigmatiza si no es socialmente aceptable su crianza, la cual solo recae en sí misma, pero no existe una sociedad que ampare a los/as niños/as, no existe contención si su existencia se encuentra sobrecargada de precariedad. Varias son las consecuencias que trae la imposición de la maternidad como competencia solo de la mujer, limitando también el desarrollo profesional y laboral, no logrando términos de igualdad en este aspecto (Saletti, 2008).

La “buena madre”, obediente y sumisa al padre, juzgada y valorada como buena por la crianza de sus hijos/as (Mojzuk, 2014). La gran dimensión del imaginario, lo que se construye en la fantasía sobre la maternidad y trabajar en eso permite reconocer cómo se percibe la realidad. Esta dimensión está formada por imágenes, representaciones visuales, corporales, prácticas sociales, logrando un lenguaje difícil de codificar. El ideal de “la madre”, ese ideal que “motiva los monumentos, las loas y los refranes (“madre solo hay una”, etc.), se le atribuyen infinidad de virtudes, tolerancia, amor, poder de cuidar, sanar, escuchar, proteger, etc. Dada esta atribución, se generan dos tipos de madres, las “buenas madres” y las “malas madres”. Si bien esta forma de división está dada por la capacidad de ser materna,

no se toma en cuenta a la persona ni al hecho de ser mujer, como si fuera solo eso, “madre” (Palomar Verea, 2004).

La atribución sobre ser “buena madre”, trae en consecuencia la de ser “mala madre”, todo lo que socialmente se encuentra bien visto sobre cómo vivenciar la maternidad, esa representación de la mujer como madre la cual se encuentra llena de estigmas sociales y miradas que juzgan de forma constante, si no se cumple o si no se logra ya es definida como “mala madre”, es el término negativo de la construcción de la maternidad, no cumpliendo con los criterios para ser “buena madre”, sustrayéndose del mandato de género (Palomar Verea, 2004)

Se lo otorga a las mujeres el rol de buenas o malas, aunque se debe destacar que la maternidad no es un rol que le compete solo a las mujeres, sino que también es responsabilidad de la sociedad (Agudelo et al. 2016).

Palomar Verea (2004), plantea una interrogante, ¿malas madres o insensatez social? Se mide la calidad de una madre por el bienestar de su hijo/a, pero es importante cuestionar qué pasa con las mujeres que cursan un embarazo sin ser deseado, en vez de pensar solo que sucede con el niño/a no deseado. ¿Cuál es el costo individual y social de aquellas mujeres que transitan un embarazo sin desearlo? (Palomar Verea, 2004).

No ver la maternidad como una cuestión de género impide contar con políticas públicas realmente efectivas para la atención de las mujeres y de la infancia, tanto en el plano de la salud y los derechos reproductivos, como en el plano laboral y de los soportes institucionales para una saludable atención de la reproducción social. (Palomar Verea, 2004, p. 15)

Se observa una gran falta en lo que al sistema respecta, la gran falla en cuanto a los derechos sexuales y reproductivos, por un lado, la falla de algunos métodos anticonceptivos, el mal asesoramiento que se les otorga, así como el mandato de género y la presión que genera en diferentes sectores de las sociedades hace que se vean expuestas a un embarazo que quizás no desean. La legalización del aborto es otra problemática cargada de estigmatización y culpa, muchas veces recurriendo a procesos que generan la muerte en algunos casos por no exponerse a la mirada del otro. Un sistema de adopción que presenta una burocracia casi inalcanzable, donde extraños juzgan las condiciones aptas para una correcta adopción, no solo materiales sino como parejas, siempre expuestos a un sistema que juzga, que define (Palomar Verea, 2004; Fuller, 2005).

Los argumentos contra el aborto tienen en común una valoración del feto no nato superior a la de la mujer viva. Si «el debate sobre el aborto es un debate sobre el ser persona», el movimiento de liberación de las mujeres es también un movimiento sobre el ser persona (como cualquier movimiento de liberación). La mujer viva y politizada reclama ser persona, esté vinculada a una familia o no, esté vinculada a un hombre o no, sea madre o no. (Rich, 1986, p. 34)

Poder comprender la importancia sobre la construcción de la maternidad, las diferencias que esto genera entre mujeres y varones y los conflictos que traen consigo esta representación, ayuda a crear políticas éticas que ayuden a nuevas representaciones parentales, políticas públicas en cuanto a la reproducción, defensa y derecho sobre sus propios cuerpos, políticas que prevengan situaciones sociales problemáticas como sometimiento a las mujeres, situaciones de aborto con riesgos, abandono, maltrato de niños, etc., (Palomar Vereas, 2004 ; Schwarz, 2005)

Feminismo y maternidad

Uno de los grandes movimientos que se encuentran actualmente abarcando gran relevancia en las sociedades es el feminismo. Está basado en poder transformar las condiciones desiguales sobre mujeres y varones, analizando las construcciones y conceptos que se les otorga a las mujeres en la sociedad, siendo una de esas grandes construcciones sociales La Maternidad (Saletti, 2008).

Según plantea Yáñez (2017), el feminismo ha realizado los aportes más críticos durante la historia, pero el feminismo se ha encontrado con obstáculos al momento de poder entender y visibilizar la complejidad que presenta la maternidad, no solo como institución patriarcal y todo lo que conlleva la misma a la hora de ser institucionalizada sino a la hora de contextualizar la maternidad como experiencia y su enorme diversidad en las vivencias (Yáñez, 2017).

No se trata de plantear ni poner en duda lo obvio en cuanto a la capacidad de parir que presentan las mujeres, sino de entender que no por el hecho de ser mujeres deben identificarse con ser madres (Mojzuk, 2014)

Como manifiesta Caporale (2004), durante los dos últimos siglos se ha puesto a la maternidad como tema de debate abarcando los ámbitos públicos, políticos y científicos. La construcción de la maternidad está dada por el ámbito político, pero exponiendo a la mujer en el ámbito público (Caporale, 2004).

Por lo tanto, Mojzuk (2014) se refiere a que la maternidad trae consigo estos movimientos colectivos que luchan con un fin en común, una ideología compartida, donde comienza así la lucha de poder contra una representación social patriarcal, quitando los mitos sobre la maternidad y lo que esa representación significaba al igual que la familia como un ente sagrado (Mojzuk, 2014).

La visión feminista durante los primeros años '70, no plantea un concepto de odio hacia a la maternidad y a destruir con la misma, sino de realizar cambios en el marco de la realidad y no del imaginario, liberar el enfoque de que la maternidad es la esencia de la identidad femenina (Caporale, 2004).

Por su parte Fuller (2005) manifiesta que el feminismo ha cuestionado los paradigmas de acuerdo a la identidad de género, la heterosexualidad y diferencia que se realizaba entre lo masculino y femenino, atribuyendo a masculino la razón y femenino el sentimiento y la maternidad. El feminismo busca destruir lo impuesto culturalmente como natural, demostrando que hay hechos que no son sólo naturales, sino que pueden elegirse (Fuller, 2005).

Proponen asumir a la mujer y su cuerpo como fuente de deseo, placer, conocimiento y poder. Otorgando a la maternidad un vínculo en común entre las mujeres, destruyendo la "institución materna", logrando nuevas relaciones materno-filiales. Intentan apartar la maternidad de las representaciones hegemónicas al control masculino (Saletti, 2008)

La maternidad conlleva un punto donde las discusiones teóricas y prácticas se juntan y se contradicen de forma constante, involucrando la cultura, la economía y política (Mojzuk, 2014).

politización de la maternidad convertida en objeto de debate público: la medicalización de la procreación, la legitimación jurídica del intervencionismo estatal en temas de crianza y de relaciones maritales, los registros de los nacimientos, la regulación laboral y la limitación del acceso de las mujeres a ciertas actividades para conservar su capacidad reproductora. (Mojzuk, 2014, p. 36).

El movimiento feminista en sus primeros estudios marcó la necesidad de destruir el concepto de maternidad ligado a la familia nuclear, rompiendo ese lazo que unía si o si a la maternidad con ese ideal de familia. A fines del siglo XVIII este concepto comenzó a generalizarse con la Revolución industrial, separando el hogar del trabajo, llevando este concepto de separación a la mujer y familia (Saletti, 2008).

La lucha contra el poder, un poder que obliga, un poder que dice como se debe actuar, hablar. Un límite casi invisible entre poder y dominación. La maternidad y su construcción ha sido víctima de este poder como ejercicio de dominación (Mojzuk, 2014).

Como manifiesta Fuller (2005), la maternidad es uno de los aspectos de las mujeres que más se ha transformado durante la historia, “el trabajo, la participación política, la relación de pareja y la búsqueda personal cobran importancia creciente y compiten con la maternidad” (Fuller, 2005).

La cultura patriarcal pretende una institución maternal donde las mujeres presenten el amor maternal eterno y sus acciones vayan de acuerdo a lo establecido por dicha cultura, sin embargo, el feminismo plantea la maternidad como una experiencia, donde el sentimiento de ambivalencia está presente en todo momento, otorgando la libertad de sentir sin culpa y sin miedo. Pretende lograr la auto identidad de cada mujer, la construcción sobre sus propios cuerpos y que el concepto de maternidad quede en el imaginario, en la fantasía de cada mujer y que no esté dada por una representación social. “El feminismo exalta el principio femenino y sus valores, y propone recuperar la dimensión espiritual de la vida” (Saletti, 2008).

Dada las múltiples formas de vivenciar la maternidad, podemos decir que no se busca la respuesta de por qué muchas mujeres reducen su vida solo a ser madres, pero si las mismas no desean convertirse en madres, se habla de carencia, de la mujer como un ser anormal, planteando esa circunstancia como anti natural, enfrentada a comentarios como “ya te arrepentirás en un futuro”, censurándola por completo.

El feminismo y su gran lucha constante ha podido desbiologizar a la maternidad, demostrando sus múltiples formas de vivenciarla. Ha logrado poner en debate y con claras diferencias lo que es la institución de la maternidad y lo que significa la experiencia, logrando la visibilidad de los intereses de la institución maternal (Yáñez, 2017).

un feminismo que se piensa y repiensa a sí mismo en la necesidad de construir una práctica política que considere la imbricación de los sistemas de dominación como el sexismo, racismo, heterosexismo y el capitalismo, porque considerar esta “matriz de dominación. (Curiel, 2009, p 3).

Han transcurrido más de 50 años, y se podría decir que algunas mujeres son capaces de decir sobre sus cuerpos, decidir sobre su maternidad, reclamar sus derechos en las políticas públicas no solo en el ámbito de la salud, se han empoderado sobre sus decisiones y control sobre ellas mismas, sin cuestionamientos, siendo libres después de la lucha transitada y la aún sigue su camino, logrando voz pública, algo casi imposible de lograr en la institución patriarcal (Rich, 1986).

Maternidad y Paternidad

Según Micolta (2008), hablar de maternidad y paternidad significa hablar de los roles que ejerce tanto el varón como la mujer en la crianza de los/as hijos/as. Ambas representaciones están otorgadas por la sociedad, pero en lo que respecta a la paternidad ha cobrado mayor relevancia en los últimos tiempos, compartiendo en común su responsabilidad con la mujer. Si bien se ha ido transformando la construcción social sobre la maternidad, la paternidad también está dada por la misma construcción, solo que su estructura ha ido transformando (Micolta, 2008)

La maternidad como menciona Arvelo (2004) ha estado asociada a la fecundación, a la fertilidad, protección, afecto, cuidado, natural, sacrificio y con el “eterno femenino”. Por su parte la paternidad está vista como una imagen de poder, autoridad, respeto, modelo para sus hijos/as (Arvelo, 2004),

Para la mujer es más complicado poder separar la maternidad de su identidad femenina, no solo por la mirada social sino por los procesos que se han establecido a lo largo de la historia para la construcción de las mujeres, esa construcción que otorgó a las mujeres cierto lugar en el mundo. Sin embargo, la relación paternidad/masculinidad puede a veces verse hasta enfrentada, pudiendo no estar presente el componente afectivo por la creencia de la pérdida de virilidad (Arvelo, 2004).

Concebir la Función Paterna se desprende que no es ésta una función exclusiva del hombre, pero que, por otro lado, lo masculino en términos reales y simbólicos, le confiere una especificidad incuestionable. La no maternidad del hombre, entendida por su no embarazo, es una limitante biológica que coloca al ser masculino en un lugar privilegiado como emisario cultural interdictor del eje diádico madre-hijo. (Arvelo, 2001, p 47)

Los procesos de construcción de la maternidad, paternidad y género presentan procesos parecidos, aunque no iguales, están compuestos por varios elementos en común, según define Arvelo (2004), pertenecen a tres registros: "lo real, lo imaginario y lo simbólico". Lo real e imaginario se encuentra más relevante en la maternidad, la posibilidad de vivir los procesos de embarazo y parto hace que no pueda otorgar ese rol y ese asumido por la paternidad, "el embarazo coloca a la mujer, por procesos identificatorios y proyectivos, en una vivencia regresiva signada por la posibilidad de asumirse omnipotente, plena" (Arvelo, 2004).

Si bien existen diferencias reales entre maternidad y paternidad, el rol ejercido como padres presenta componentes en común, existen pocas diferencias en cuanto a la crianza y cómo atender a sus hijos/as. El apego es una relación que también puede generarse con la figura paterna, por lo cual en los últimos tiempos se ha intentado sacar la figura paterna como secundaria (Arvelo, 2001).

Como plantea Micolta (2008), desde los inicio del siglo XX, la maternidad y paternidad presentan nuevas representaciones, intentando dejar de lado lo culturalmente construido anteriormente, logrando mayores condiciones de autonomía y libertad. El hombre se ha comprometido más en su rol paternal, participando de los procesos de embarazo, parto y puerperio, ejerciendo su rol como padre. Se puede evidenciar mayores expresiones de lo que es ser madre y padre, se evidencia mayor libertad de vivenciar los roles sociales, permitiéndose sentir, permitiéndose ser. Aunque aún el camino es largo en cuanto a la evolución sobre los conceptos y roles en la sociedad, muchas mujeres continúan vivenciando la maternidad como un mandato patriarcal, viendo la maternidad como lo que les otorga una identidad femenina y como expectativas que deben cumplir para él varón (Micolta, 2008).

Otro de los conceptos que se ha ido transformando dada la evolución sobre la maternidad y paternidad es la sexualidad. Ya no se asocia la sexualidad con la reproducción, ahora puede representarse la sexualidad como una expresión de disfrute, de placer, de deseo, de auto identidad. Se encuentra mayor independencia tanto en varones como en mujeres, una independencia económica por la inserción de las mujeres en el ámbito laboral y educativo, sexual por el control y autonomía sobre sus cuerpos, así como también emocional, dado que comparten cada vez construcciones sociales más parecidas (Micolta, 2008).

Según Caporale (2004), durante los años '80 y principio de los '90, con el nuevo concepto de maternidad o avance del mismo, aun la maternidad y su construcción se encuentra ligado a la función de parir, no tomando en cuenta otros métodos para vivenciar la maternidad. A mitad de los años '80 recién comienza a aparecer la

homosexualidad como posible representación familiar al igual que la maternidad adoptiva (Caporale, 2004).

Por su parte Micolta (2008) y Mojzuk (2014) manifiesta que los avances en la genética y en la sociedad, que permite ser madre o padre mediante subrogación, fertilización in vitro, adopción, entre otros métodos, sin tener relaciones sexuales, sin vivir el proceso de gestación en sus propios cuerpos, sin presentar la misma genética. Estos hechos han transformado la forma de construcción social sobre la familia, sobre el núcleo familiar, sobre los métodos de crianza con ambas figuras como referencia, por lo cual hace mención de que deberían redefinirse los conceptos, habiendo nuevos conceptos sobre ser madre o padre. Ocurre una separación de la maternidad biológica y la maternidad social, pudiendo sentir el instinto materno sin tener que vivirlo biológicamente y viceversa, ya que no por parir la mujer siente el deseo y amor maternal (Micolta, 2008; Mojzuk, 2014).

Síntesis de capítulo

Abordar la temática de la cuarentena postparto como principal eje divide en varios temas el trabajo para su elaboración, siendo uno de estos la maternidad. No se puede plantear la cuarentena postparto sin hablar de maternidad, de su construcción a lo largo de la historia, de la representación de las mujeres en su rol materno, siendo un mandato en la institución patriarcal, en su rol como mujeres, su lucha histórica por el control sobre sus propios cuerpos. La maternidad es parte fundamental de la cuarentena, una construcción dada de forma conjunta que hace a su concepto histórico, cultural y su afectación en la actualidad. Por lo tanto, abordar esta temática permite adentrarnos en la cuarentena, para comprender de qué forma fue dada su construcción social.

Capítulo V

CAMBIOS PSICO EMOCIONALES EN EL EMBARAZO Y PUERPERIO

Emoción

Según plantea Wakmir (1967), la emoción se define como “respuesta inmediata del organismo que le informa del grado de favorabilidad de un estímulo o situación”. Se refiere también a la emoción como una determinación de la chance de sobrevivencia, a través de la emoción las personas pueden saber si una situación es o no conveniente para su vida (Wakmir,1967)

Como se describe en el artículo por su autora Melamed (2016), se ven involucrados procesos físico-químicos y son relevantes los procesos cognitivos para la formación de emociones, aunque muchas veces las emociones pueden no ser acordes con la realidad y provocar una valoración inadecuada de las situaciones (Melamed, 2016).

Al decir de Lamberth (1980) las emociones son elementos afectivos que forman parte de la actitud de las personas junto con los elementos cognoscitivos (Lamberth, 1980).

Vygotski (1926) en sus primeros trabajos, plantea que “las emociones son el resultado de la apreciación que hace el propio organismo de su relación con el medio” (Vygotski., 1926).

El afecto es un sentimiento relacionado con las emociones, aunque presentan cualidades diferentes (Wakmir,1967)

Afecto

Para Wakmir (1967), el afecto está definido como un proceso de relación social entre dos o más organismos y a diferencia de la emoción que se define como un proceso individual, el afecto es una cualidad que se transfiere en las relaciones de una persona a otra (Wakmir, 1967).

Tanto el afecto como la emoción se relacionan entre sí, cuando las personas reciben o brindan afecto se genera una emoción individual en ambas partes. En el ámbito de la salud, los afectos y las emociones, tanto positivas como negativas,

son características muy relevantes para determinar cada proceso en particular y su implicancia sobre la situación actual (Wakmir, 1967)

Cuando no hay afecto, el cerebro se ve expuesto a cierto nivel estrés, dependiendo la situación en que se encuentre la persona, lo cual lleva a resolver situaciones que muchas veces pueden resultar ser excesivas y no ser correctamente resultas, generando emociones negativas o erradas (Castelló, 2006).

Está demostrado que las emociones son un factor de riesgo relevante en la salud, siendo el origen muchas veces de enfermedades por lo cual es importante que el equipo de salud esté capacitado para indagar sobre estos factores y su oportuna intervención (OMS, 1948).

Según la OMS (1948) se define la salud como “el estado de pleno bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad” (OMS, 1948, p 100). Dada esta definición se destaca que la vivencia afectiva y emocional repercute sobre la salud de las personas y por ello la importancia que se le debe dar a los cambios psico-emocionales durante los diferentes procesos (OMS., 1948).

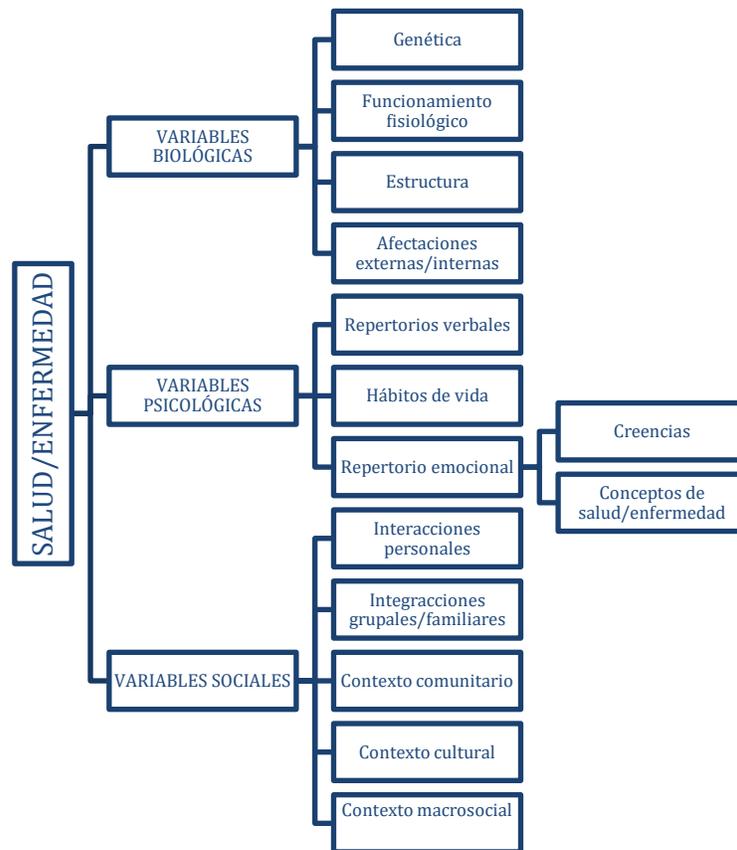


Ilustración 1: Modelo Biopsicosocial

Fuente: Blog Infocop

Embarazo

Bydlowski (1997), describen el embarazo como un estado de gran sensibilidad psico-emocional, donde los sentimientos están elevados a su máxima expresión. Puede verse en muchos casos que durante el embarazo surgen los conflictos que las mujeres han tenido con sus propias madres y sus experiencias como hijas. Su modelo de madre está dada por su propia experiencia, por lo que pueden revivir sentimientos que se encontraban guardados, tanto negativos como positivos (Bydlowski, 1997)

La vivencia durante el embarazo está determinada por muchos factores, pero principalmente la vivencia emocional durante la etapa preconcepcional será relevante en la determinación de la experiencia durante el embarazo y la actitud personal que se verá durante el mismo. Si el embarazo fue planeado, deseado o fue un hecho negativo será un factor en cómo la mujer afronte el embarazo emocionalmente. Los factores determinantes de esas emociones son múltiples por lo que cada embarazo se debe acompañar de forma única e independiente dentro del equipo de salud, abarcando todos los aspectos negativos y positivos (Castelló, 2006).

Los factores emocionales durante el embarazo deben ser tomados en cuenta por el equipo de salud para realizar intervenciones a tiempo, ya que, como se ha nombrado anteriormente la salud no es solo la ausencia de enfermedad, sino que también se ve influenciada por los aspectos psico-emocionales, pudiendo ser responsables de complicaciones futuras (OMS, 1948).

Si bien se ha nombrado que las vivencias durante el embarazo son personales en cada mujer y/o pareja, hay varios sentimientos que pueden ser comunes en un momento u otro (Castelló, 2006).

Como describe la Psicoterapeuta Castelló (2006), se describen en cada trimestre diferentes sentimientos, así como también, su forma de vivenciarlos. El estudio prospectivo realizado por Miras (2015), también hace referencia a estos sentimientos.

Primer Trimestre

Miedo

Es un sentimiento habitual durante el embarazo, puede darse miedo a perder el embarazo, a las experiencias y vivencias nuevas, a no saber si se está preparada/o, a mantener relaciones sexuales. Muchas veces el miedo puede generar sentimientos de ansiedad y estrés, son sentimientos habituales durante el primer trimestre hasta no sentir la tranquilidad de saber que todo va bien. El miedo no siempre es un aspecto negativo, muchas veces el miedo es un escudo que no se protege ante ciertas eventualidades negativas (Castelló, 2006 ; Miras, 2015).

Alegría

Si el embarazo es deseado, un proyecto de vida como madre soltera o en pareja, si el primer trimestre a resultado bien con todos los controles que indican que el embarazo va siguiendo su transcurso normal, el sentimiento de alegría es habitual durante estas vivencias positivas (Castelló, 2006 ; Miras, 2015).

Tristeza

Varios son los factores que pueden llevar a una vivencia negativa con sentimientos de tristeza. Puede darse que la mujer no haya buscado este embarazo, que se encuentre sola sin ayuda y contención, que su contexto sea crítico, como, por ejemplo, a nivel socio-económico, que el mismo presente ciertas complicaciones y se convierta en embarazo de riesgo, que sea víctima de violencia física o psíquica, etc., (Castelló, 2006 ; Miras, 2015).

Confusión

Es muy común que las mujeres tengan sentimientos ambiguos o de ambivalencia, por un lado, felicidad por esta nueva etapa y por otro lado tristeza o miedo por dejar su vida de lado y acostumbrarse a un nuevo ritmo de vida, confusión por lo que vendrá y lo que se deja atrás. Si se vive a nivel cognitivo de forma negativa podrá verse constantemente en alerta y en continua confusión durante esta etapa (Castelló, 2006 ; Miras, 2015)

Rechazo

Muchas veces durante la noticia del embarazo, aunque el mismo sea o no deseado, puede verse como primer reacción el rechazo, por el miedo, por los cambios físicos que surgen y que generan cierta inseguridad en la mujer sobre sí misma o por infinidad de factores. Este sentimiento es común entre las mujeres, ya que puede evidenciarse cierta presión social sobre el convertirse en madre y todo lo que en ella conlleva esa construcción (Castelló, 2006 ; Miras, 2015).

Culpa

Muchas mujeres se ven en situaciones diferentes a lo que socialmente está bien visto sobre la maternidad. Culpa al no desear el embarazo, culpa a ser madre soltera, culpa de no tener el instinto materno o el querer interrumpir el mismo por la razón que crea correcta para su momento. Estos casos deben ser acompañados de forma constante, brindado la confianza adecuada para que la mujer se sienta cómoda, segura y pueda apoyarse en el equipo de salud, ayudando así a la toma de decisiones sin que las mismas sean tomadas de forma compulsiva solo por la mujer (Castelló, 2006; Miras, 2015).

Segundo Trimestre

Durante el segundo trimestre y pasadas las reacciones anteriores, la mujer puede darse el tiempo de fantasear con su bebé, comienza a sentir los movimientos fetales y aumenta la seguridad sobre el bienestar de su embarazo. Durante este período las vivencias pueden darse como anteriormente se ha descrito, pero a diferencia del trimestre anterior durante esta etapa muchos de los síntomas que se dan (en caso de haberlos presentado) cesan, como ser las náuseas, vómitos, dolores mamarios, etc. Por lo tanto, puede darse un sentimiento de alivio y calma, ya que, todos los cambios fisiológicos que surgen de forma inmediata se van aplacando, no siendo tan molestos para la mujer.

Al realizar la ecografía donde se valoran las estructuras fetales también genera un sentimiento de satisfacción y tranquilidad Se puede dar un retorno en las relaciones sexuales, si anteriormente se ha pausado su práctica, ya sea por miedo o incomodidad.

Puede evidenciarse una adaptación sobre los cambios físicos que surgen durante el comienzo del embarazo y que al principio puede generar sentimientos negativos.

En caso de que el embarazo sea de riesgo o que el mismo no sea deseado y su vivencia sea de forma negativa, debe haber apoyo en el equipo de salud tratante siendo importantes las interconsultas oportunas en caso de ser necesarias, para evitar complicaciones psico-emocionales durante esta etapa y que puedan llevar a complicaciones futuras (Castelló, 2006 ; Miras, 2015).

Tercer Trimestre

Durante esta etapa surgen cambios físicos más considerables, haciendo que retornen síntomas que otorgan un cambio significativo en la mujer. Se evidencia un gran aumento del tamaño uterino, generando molestia, pesadez, cambios en la marcha y postura, por lo cual la incomodidad es un sentimiento habitual.

El útero comprime los diferentes órganos generando cambios en el tránsito digestivo y urinario. Puede sentirse gran cansancio y falta de sueño por los cambios descritos anteriormente. Puede verse suspendida la actividad sexual dada esta gran incomodidad y cansancio.

Puede aumentar la ilusión y la ansiedad dado que se acerca la finalización del embarazo, repercutiendo de forma positiva o negativa de acuerdo a cómo se vivencia el embarazo.

El miedo toma gran protagonismo durante esta última etapa, surge miedo al dolor, a las primeras contracciones, miedo a tener un parto pretérmino, miedo a la pérdida del bienestar fetal, a complicaciones de la placenta, a la disminución de los movimientos fetales como a todos los signos y síntomas nuevos que puedan ser una amenaza para el estado de bienestar del embarazo.

La educación en la preparación para el parto es fundamental en esta etapa, ya que se otorgan todos los conocimientos sobre los cambios que se verán durante el tercer trimestre, lo que es normal que suceda, los signos y síntomas de consulta inmediata, así como también el manejo durante el parto, trabajo de parto y parto. Se otorgan todos los conocimientos para que la mujer y/o pareja se sienta preparados y empoderados (Castelló, 2006).

Parto

El sentimiento más determinante durante esta etapa es el miedo, sobre todo miedo al dolor. No solo miedo al dolor que surge en el momento del parto, sino al prepararse psicológicamente al dolor que puede comenzar durante el trabajo de parto. Aunque actualmente en muchos lugares se encuentra disponible la analgesia epidural, se debe brindar la información correspondiente sobre sus ventajas y desventajas para la decisión de su utilización, respetando la decisión que tomó la mujer (Castelló, 2006).

Según Castelló (2006) durante sus años de experiencia como matrona y psicoterapeuta ha vivenciado experiencias con mujeres que hacen regresión a su infancia, preferían la ayuda de su madre durante este proceso, la necesidad de ser salvada de ese momento. Puede estar dado por déficit afectivo, lo cual provoca cierta inmadurez y sentirse sin recursos para afrontar la situación (Castelló, 2006).

En ocasiones pueden vivenciar un parto traumático al necesitar realizar diferentes intervenciones de forma inmediata dada la razón que se crea conveniente, por lo que puede generar angustia y sufrimiento en la mujer (Castelló, 2006).

Puede observarse un estado de alerta sobre el bienestar fetal, se está pendiente constantemente de la monitorización de la frecuencia cardiaca fetal y un aumento en las preguntas de cómo va evolucionando. Cuando se produce el parto y la mujer observa el estado de bienestar del/la recién nacido/a, surge un estado de alivio y satisfacción para dar lugar a la alegría y relajación (Miras, 2015).

Muchas veces el sentimiento inmediato es de rechazo, esto puede estar dado por la vivencia del embarazo y el sentimiento que conlleva el mismo o si el trabajo de parto y parto causó gran cansancio y no siente deseo de estar con su recién nacido/a. El estrés genera un aumento en la adrenalina y puede producir inhibición de la oxitocina -hormona del placer- (Miras, 2015)

Puede no verse el contacto inmediato con el/la recién nacido/a, ya sea por el rechazo mencionado o porque necesite asistencia inmediata por lo que no logra darse un apego inmediato. En la actualidad se está logrando implementar la humanización del parto, empoderando a las mujeres sobre la forma en la que desean parir y priorizar el vínculo y apego inmediato, siempre que estén dadas las condiciones obstétricas y psico-emocionales para llevarlo a cabo (Ley 18.426, Defensa del derecho y la salud sexual reproductiva).

Puerperio

El puerperio es una etapa donde la adaptación juega un papel fundamental. El cansancio y la confusión son dos sentimientos que se destacan durante esta etapa, las emociones no suelen ser claras, generando sentimientos encontrados. Los procesos psico-emocionales que se describen suelen ser parecidos a los que surgen durante el embarazo, donde cambia el motivo de tales emociones (Castelló, 2006)

Estrés

Muchas son las causas del postparto que pueden llevar a este sentimiento, dependerá de su experiencia en el parto, muchas mujeres lo viven como momentos únicos e inolvidables generando sentimientos positivos, mientras que otras mujeres lo vivencian como un proceso traumático que puede generar un estrés post traumático, donde la consecuencia de esa vivencia deberá ser apoyada de forma inmediata para prevenir consecuencias psico-emocionales futuras.

La personalidad de cada mujer, la respuesta que otorga frente al estrés y el apoyo de su entorno, será fundamental en cómo conviva con ese sentimiento que genera la etapa puerperal, principalmente en las primeras horas y días (Castelló, 2006; Miras, 2015).

Ansiedad

Puede representarse como una respuesta a cierta amenaza o a lo desconocido. Se caracteriza por sentimientos de inquietud, excitación e inseguridad. La ansiedad es común visualizarla durante esta etapa y también dependerá del grado de ansiedad que surja durante el embarazo, ya que si durante el mismo este sentimiento estuvo presente es probable que durante el puerperio se mantenga o aumente.

En muchos casos los síntomas de ansiedad se evidencian durante la gestación desapareciendo luego del nacimiento al encontrar cierta tranquilidad por el bienestar del/la recién nacido/a, aunque si surgen complicaciones puede verse acentuado (Castelló, 2006 ; Miras, 2015).

Si se logra evidenciar el sentimiento de ansiedad en la mujer se debe brindar apoyo, ya que cualquier sentimiento que pueda repercutir de forma negativa en la mujer y su estado psico emocional, puede traer complicaciones emocionales, de

comportamiento o en el desarrollo cognitivo del/la recién nacido/a (Castelló, 2006; Miras, 2015).

Tristeza

La tristeza es el sentimiento que más se genera durante el postparto, sobre todo en los primeros días y se le otorga el nombre de Baby Blues. Este cuadro se caracteriza por sentir apatía, tristeza, desánimo, irritabilidad, ganas de llorar a veces sin motivos claros, cambios en las emociones, insomnio, ciertos niveles de ansiedad, falta de apetito, preocupación exagerada sobre el estado de su recién nacido/a o en caso de tener más hijos/as también sobre ellos, etc. Por lo general su evolución se da de forma espontánea (Defey et al. 2010, p10).

Los cambios hormonales influyen sobre este estado, ya que, el cuerpo se encuentra en etapa de adaptación para los cambios en los niveles hormonales sumado a los cambios bruscos que genera la llegada del/la recién nacido/a y todo lo que conlleva esta nueva etapa. Se diferencia de la depresión postparto ya que sus síntomas son más leves y en menor duración, pero el equipo de salud deberá presentar mucha atención ya que el paso a generar una depresión postparto puede darse de forma instantánea si no se brinda el apoyo necesario (Jadresic, 1996)

Los antecedentes deben ser tomados en cuenta para una intervención oportuna de acompañamiento durante el embarazo y prevenir la depresión postparto (Defey et. al. 2010).

Depresión postparto (DPP)

Según plantea Jadresic (1996), en la actualidad se puede destacar como dentro de los equipos de salud se le ha otorgado una gran importancia a la depresión postparto, ya que, durante la historia esta patología al igual que los diferentes trastornos emocionales se han estudiado de forma completa y constante, observando la gran implicancia que presenta en la morbilidad psiquiátrica de la mujer, en su entorno familiar y en el desarrollo del/la recién nacido/a, causando en muchos casos consecuencias durante el resto de la vida (Jadresic, 1996).

Como describe Evans et al. (2003)

la depresión postparto es un problema de salud pública mayor. La prevalencia de depresión no psicótica, usualmente asociada con síntomas de ansiedad, fluctúa entre 10 a más de 15% en mujeres durante los primeros 6 meses después del parto. La depresión postnatal es más prevalente, sin embargo, en poblaciones social y económicamente desventajadas. (Evans et al. 2003, p. 491)

Esta temática y su problemática, ha dado lugar a nuevas especialidades como la psicología y psiquiatría perinatal. La depresión postparto es un trastorno mental que puede darse antes y después del parto, aunque el mayor porcentaje se evidencia en el postparto. Es un trastorno no psicótico, donde los síntomas pueden comenzar a visualizarse durante la gravidez, volviéndose más agudos luego del parto o desaparecer de forma inmediata. Algunas patologías presentan síntomas de depresión postparto, pudiendo confundir el diagnóstico, por lo que se debe tener un control riguroso en el seguimiento del embarazo (Evans et al., 2003).

Los síntomas que se relacionan con este trastorno están dados por cuadros de angustia sin razón aparente, labilidad emocional, desánimo, alteraciones en la alimentación o bien relacionados con el/la recién nacido/a donde en muchos casos la mujer puede expresar no ser suficientemente buena como madre, sentir rechazo o manifestar temor exagerado a dañarlo (OMS, 2017).

Como manifiesta Jadresic (1996), esta patología es considerada de mayor importancia durante el puerperio, ya que no solo se destaca el desequilibrio emocional materno sino el deterioro en la relación con el/la recién nacido/a y la familia. Se puede ver afectado considerablemente la calidad de vida de la mujer, pudiendo desarrollar algunas patologías o causar en los peores casos el suicidio (Jadresic, 1996).

Según Evans et al. (2003), el/la recién nacido/a puede verse afectado en su desarrollo cognitivo, su comportamiento y a la largo de su vida puede desarrollar hiperactividad o trastornos en el déficit de atención. La relación madre/hijo/a, así como la dinámica familiar se ve comprometida, donde el rechazo, irritabilidad, agresividad, entre otros sentimientos, pueden darse de forma habitual (Evans et al. 2003).

Este trastorno emocional debe ser tratado de forma inmediata una vez diagnosticada, al igual que la prevención cuando surgen signos o síntomas durante la gravidez, para la prevención de complicaciones futuras, las cuales pueden marcar una vivencia traumática familiar con consecuencias el resto de la vida (OMS, 2017)

Psicosis Puerperal

La psicosis puerperal es un trastorno que puede estar dado generalmente a partir de los primeros días postparto, es una patología aguda y con complicaciones graves (Bergink et al., 2016).

Por su parte Gómez (2002) plantea

la patología puerperal con síntomas psiquiátricos y graves secuelas tiene una elevada prevalencia en la edad fértil de las mujeres. A menudo estas patologías permanecen sin identificar o sin tratar, siendo este hecho parte de las importantes implicaciones sociales y familiares que provoca. (Gómez, 2002, p 35).

No hay diferencias con otros trastornos de psicosis en cuanto a sus síntomas, pero si en este caso se ve involucrado el/la recién nacido/a en las alucinaciones. Tiene síntomas en común con la depresión postparto como la labilidad emocional, estados de angustia, irritabilidad, poca capacidad para conciliar el sueño, alteraciones en la alimentación, pero a diferencia de la depresión postparto se generan alucinaciones o delirios, lo cual hace de esta patología una urgencia psiquiátrica, donde la vida de la madre y el/la recién nacido/a se encuentran en peligro ya que la madre puede lesionarse y lesionar al/la recién nacido/a (Gómez, 2002).

Bergink et al. (2016) señala que las alucinaciones vinculadas a homicidios y riesgos de suicidio e infanticidio son cuadros de gran gravedad que deberán ser valorados (Bergink et al. 2016). Se debe tener en cuenta los antecedentes psiquiátricos y psicológicos personales y familiares para prevenir cualquier factor de riesgo futuro ya que la predisposición de padecer una psicosis puerperal aumenta con trastornos ya preexistentes (Gómez, 2002).

Aunque no hay estudios que demuestran su fisiopatología con exactitud, el acontecimiento del parto es el evento que provoca el desenlace de la psicosis puerperal (Gómez, 2002).

Como manifiesta Bergink et al. (2016), existe un gen que codifica el transportador de serotonina que podría estar vinculado con el riesgo de presentar psicosis puerperal, así como también la disminución de estrógenos y progesterona. La psicosis puerperal estaría vinculada con el aumento de la sensibilidad de los receptores dopaminérgicos, donde los estrógenos estarían relacionados con el tono dopaminérgico hipotalámico (Bergink et al. 2016)

La psicosis puerperal es una patología detectable por su sintomatología tan determinada, por lo que, el equipo de salud debe estar siempre en alerta ante cualquier eventualidad durante el puerperio. Se recomienda internación para seguimiento minucioso y así disminuir los riesgos que puede generar, realizar pruebas clínicas para diagnósticos diferenciales asociados a patologías que puedan presentar signos y síntomas de similitud. “El pronóstico a largo plazo, sin embargo, no es tan optimista ya que se ha visto que un alto porcentaje de pacientes desarrollan patología psiquiátrica (esta vez sin relación con el puerperio)” (García, 2007).

ESTADOS PSICO-EMOCIONALES DURANTE LA GESTACIÓN Y PUERPERIO

Según se describe en la investigación realizada por Miras (2015), múltiples factores son influyentes sobre el estado psico-emocional durante la gestación y puerperio. Los mismos se detallan a continuación.

Factores biológicos

Hormonales: Surgen cambios significativos a nivel hormonal, donde la prolactina, progesterona, hormonas esteroideas y oxitocina cumplen un papel fundamental en la conducta materna, inhibiendo durante la gestación la respuesta al estrés. Durante el puerperio, la concentración de hormonas baja su nivel, que puede causar un desequilibrio en la conducta de la mujer y un difícil manejo en la vivencia de las nuevas emociones generando un sentimiento de confusión.

Físicos: Durante la gestación se pueden evidenciar cambios físicos en la mujer que dependiendo de cada una de ellas serán más o menos relevantes. Estos cambios generan cierta adaptación en las mujeres y su rutina diaria por lo cual muchas veces puede generar cierto malestar e incomodidad.

Lo mismo sucede durante el postparto donde el cansancio y la fatiga suele ser mayor, sumado el estado de confusión que muchas veces genera la etapa puerperal.

Patológicos: El haber desarrollado alguna patología durante la gestación o una complicación que requiera una recuperación más lenta o un seguimiento más riguroso durante el embarazo y puerperio puede generar miedo, ansiedad, estrés, angustia, entre otros sentimientos.

El estado del feto o recién nacido/a también condiciona el estado emocional de la mujer, donde los sentimientos nombrados anteriormente toman mayor presencia.

Factores sociales

La maternidad conlleva una gran expectativa social, donde el ser buena o mala madre está determinado por la cultura y sociedad.

Es uno de los factores más significativos que se pueden describir, ya que, la maternidad y comportamiento de lo que se debe y no hacer genera una gran magnitud de sentimientos.

La cultura obliga muchas veces a vivir el embarazo como parte de un proyecto que todas las mujeres deben experimentar y casi como un mandato de la sociedad. Esto genera culpa en las mujeres que no viven su embarazo y puerperio dentro de esa maternidad ideal que se impone en la sociedad, esto muchas veces, obliga a esas mujeres a retener y callar esos sentimientos, generando culpa, sentimiento que se transforma en un peligro silencioso.

Factores psicológicos

La estabilidad emocional que surja de la propia personalidad de la mujer es un factor determinante en la vivencia de la maternidad. Su estado afectivo va a marcar mucho como viva su embarazo y puerperio, no solo el estado afectivo en su entorno y / o pareja sino en cómo la mujer se perciba a sí misma, su autoestima y autopercepción es un fundamental sobre el equilibrio emocional en estas etapas.

La percepción que haya sobre el embarazo, si el mismo fue deseado o no es un factor a tomar en cuenta para el seguimiento integral de la mujer, así como lo es también la aceptación o no del mismo.

Factores sociodemográficos

Algunos factores como la edad materna, el estar en pareja o no, el estado laboral y económico, tener más hijos/as, son algunos factores que inciden sobre el estado emocional y anímico de la mujer.

Síntesis de capítulo

Como refiere la OMS (1948), la salud no es solo ausencia de enfermedad, sino que también intervienen los factores psicoemocionales en el contexto de salud, por lo que tratar temáticas que sufren transformaciones constantes, temáticas que se construyen continuamente hace que se deban abordar los factores psicoemocionales que actúan sobre las construcciones sociales y son de gran relevancia. Su función en las construcciones es primordial, al igual que como se vivencian cada uno de los procesos y las consecuencias psicopatológicas que pueden provocar. En este caso es fundamental abordar la repercusión que conlleva el proceso de maternidad, así como las consecuencias, si la misma no es vivida como el ideal que se impuso durante la historia.

Capítulo VI

SEXUALIDAD

La sexualidad es una fuente de salud, de placer, de afecto, de intimidad, sensualidad y creatividad, y está presente a lo largo de toda nuestra vida, aunque se manifieste de forma diferente según las etapas vitales por las que pasamos. (Molero, 2006, p.1)

Introducción

La atribución sobre el ser varón o mujer, a parte de los caracteres biológicos del sexo, está dada por la cultura y la historia. Por lo tanto, el género está marcado históricamente repercutiendo en su definición elementos culturales, siendo producto de la vinculación entre la biología, sociedad y cultura, por lo cual, su conformación es diversa (Rodríguez, 2015)

La cultura está determinada por las sociedades, presentado por el etnocentrismo, así cada sociedad presupone su superioridad sobre el resto haciendo de la cultura su criterio exclusivo, para valorar los comportamientos. Dada esta forma de imponer la cultura, el estereotipo de varón y mujer está determinado como las únicas formas de ser mujer y varón, como si no fueran posibles otras maneras. La cultura otorga los diferentes aspectos sexuales a los seres humanos, pero estos atributos califican a los seres por su biología, por lo que históricamente hasta la actualidad se ha estudiado e intentado dejar de lado la gran magnitud de las diferencias corporales para la atribución sexual. Los órganos genitales y la capacidad de reproducción son elementos y características que se han utilizado para la determinación del sexo (Schwarz, 2005 ; Rodríguez, 2015)

Gómez (2010) plantea que la sexualidad se manifiesta de acuerdo al rol genérico, donde se visualiza la expresión de la sexualidad, a través del deseo se busca el placer sexual de acuerdo a comportamientos sexuales autoeróticos o heteroeróticos. Por lo tanto, la sexualidad no son sólo las relaciones sexuales, sino que estas mismas forma parte de ella (Gómez, 2010).

Según detalla Soria (2012) en su investigación, la diversidad sexual plantea variadas formas sobre lo que implica ser mujer o ser varón, la feminidad o

masculinidad están históricamente otorgadas por la biología, por lo cual ha sido determinado culturalmente como lo real e incambiable, detallándose infinidad de normas represivas (Soria., 2012).

Como manifiestan Labrador y Miyar (2001), la sexualidad siempre estuvo impregnada de misterio, oscurecida por varias razones y encarcelada en la ignorancia (Labrador y Miyar., 2001).

Definición

Sexualidad

Como manifiesta Molero (2006), la Sexualidad representa la capacidad de brindar placer y es central en la vida de los seres humanos, así como también poder reconocerla y asumirla como un derecho que presentan los seres humanos (Molero., 2006)

Según se refiere en el estudio prospectivo realizado por Rejane, Matos y Rosas (2010), la sexualidad ha sido estudiada por muchas disciplinas dada su diversidad de expresión y su cambio en la representación de los seres humanos, de acuerdo al momento en que se encuentran, pues va a evolucionando y transformando en el correr del tiempo.

la sexualidad no es estática, como parte constituyente del sujeto, ella pasará por transformaciones en la medida en que el individuo vive nuevas experiencias. Se entiende así que la sexualidad no está limitada solamente a la relación sexual o a la reproducción, más bien ella integra la vida del individuo en todos los ámbitos. (Rejane, Matos y Rosas, 2010, p.6).

La sexualidad es una construcción histórico cultural por ende su expresión se transforma dado que las costumbres, tradiciones y valores varían durante la evolución social (Molero, 2006).

La sexualidad es una capacidad que presenta el ser humano, basada en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y la reproducción. Se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de

factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. (OMS, 2000, p.12).

Como plantea González (2016), la sexualidad se ve individualizada en cada ser humano por dichos factores, otorgando diferentes vivencias en cada uno de ellos, construye nuestra personalidad, nos define como personas integrales e implica una infinidad de derechos humanos que hacen a esta formación (González, 2016).

Según el Médico Psicoanalista Sigmund Freud (1901-1905), la sexualidad es una característica que surge desde el nacimiento y nos acompaña el resto de la vida (Freud, 1901-1905).

Foucault (1986) manifiesta la sexualidad como una vivencia particular en la historia que está dada por tres ejes

la formación de los saberes que a ella se refieren, los sistemas de poder que regulan su práctica y las formas según las cuales los individuos pueden y deben reconocerse como sujetos de esa sexualidad (sujetos sexuales y sujetos deseantes). (Foucault., 1986, p. 10).

Sobre la sexualidad se ven los aspectos de la autoidentidad y la cultura, donde durante la vida, la sexualidad es un pilar fundamental que otorga a las personas un lugar en el mundo y la capacidad de experiencias y vivencias (Molero, 2006; Zapata y Gutiérrez, 2016)

La evolución que la sexualidad ha tenido durante la historia hace posible los procesos de hominización y transformación cultural, sobre todo en los conceptos de sexualidad dirigidos a las mujeres. Este cambio de paradigma que presenta la sexualidad está dada por la evolución del concepto de sexualidad relacionada a la reproducción, dejando de lado la sexualidad como encuentros compulsivos con fines reproductivos (Labrador y Miyar, 2001; Zapata y Gutiérrez, 2016).

En la actualidad, la movilización y revolución feminista ha demostrado y logrado términos de igualdad y equidad socio cultural en comparación con los varones. La conducta sexual no forma parte sólo del instinto de las personas, ya que los seres humanos son representados como seres conscientes y durante el proceso de hominización estos conceptos se han transformado (Molina, 2006; Zapata y Gutiérrez, 2016).

Como manifiesta la OMS y OPS (2000), se describen algunas definiciones relacionadas a la sexualidad.

Sexo: Conjunto de caracteres biológicos que otorgan los aspectos a los seres humanos para definirlos como macho o hembra.

Salud Sexual: Proceso de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. “La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social”.

Género: conjunto de valores, actitudes, prácticas o elementos culturales vinculados al sexo.

Identidad de género: El grado en que cada persona se identifica como masculina o femenina o ambas. Define su autoconcepto y su comportamiento de lo que sí mismo percibe como como su sexo y género.

Orientación sexual: Organización del erotismo y/o el vínculo emocional de un individuo en relación al género que presenta el otro individuo involucrado en la relación sexual.

Identidad sexual: Como el individuo se identifica como hombre, mujer o ambos y la orientación sexual.

Erotismo: La capacidad de vivenciar las respuestas ante estímulos físicos, percibidos como deseo sexual, excitación, orgasmo, reconociéndose placer sexual.

Cuadro 2: Conceptos vinculados a la Sexualidad

Fuente: OPS y OMS, 2000

Relaciones sexuales

La relación sexual se define como el contacto físico entre las personas con el fin de lograr y/o recibir placer y bienestar sexual, conectar íntimamente, compartir y lograr una relación comunicativa y/o fines reproductivos (OMS y OPS, 2000)

Según la OMS (1975), las relaciones sexuales tienen un componente psicoemocional y social muy importante (OMS, 1975). No se habla solo de relación sexual coital con penetración (vaginal o anal), las relaciones sexuales también incluyen muchas formas para su construcción como las caricias, los abrazos, los besos, la masturbación, sexo oral o diferentes formas de juego sexual (Delbono, 2018)

Deseo Sexual

Según manifiesta Freud (1916), el deseo sexual es entendido como libido. Este concepto está determinado por el apetito sexual, donde en esta fase se busca manifestar ese impulso sexual y ser liberado (Freud, 1916).

Este impulso o deseo sexual es activado en el sistema nervioso quien lo transfiere como el tener ganas, estar motivado. Es un impulso involuntario que muchas veces puede verse reprimido por diferentes factores que pueden perjudicar dicho deseo, provocando una disminución del mismo, como ser los factores socio-culturales (Freud, 1916).

deberíamos ver el deseo sexual como un concepto experiencial y no neurofisiológico; para una propuesta operacional hay que identificar y medir tres dimensiones obvias de esta experiencia: la cognitiva, en términos de pensamientos e imágenes, la afectiva en términos de humor o de estados emocionales y la neurofisiológica en términos de activación central. (Bancroft, 1989 citado por Gómez., 2010, p.115)

Respuesta sexual humana (RSH)

La respuesta sexual humana (RSH) es definida como aquella que luego de una estimulación sexual genera procesos a nivel del cuerpo tanto anatómicos y fisiológicos (genital y extragenital) como también procesos emocionales. La RSH es similar en el varón y la mujer considerando términos generales, pero varía según las diferencias anatómicas y fisiológicas de cada uno (Masters y Johnson, 1966-1969).

La vivencia de cada individuo respecto al sentimiento que genera la RSH es diferente, si bien se produce a lo largo de la vida, la misma se ve influenciada de acuerdo a la edad de la persona, salud, momento emocional que se encuentre, preferencia de estímulos, etc. La educación, cultura, religión, así como otros factores sociales también influyen sobre las diferentes vivencias (Teira, 2010)

Si bien cada persona puede presentar diferentes orientaciones sexuales, la misma no es un factor influenciado en la RSH, así como tampoco la forma en que se manifieste la sexualidad, no haciendo solo referencia a relaciones coitales vaginales, pudiéndose manifestar la sexualidad de múltiples formas. Mientras la estimulación sea sexual la respuesta que desencadena será la misma (Teira, 2010)

Describiendo en forma general tanto mujeres como varones presentan diferentes etapas que dividen la respuesta sexual, comenzando así con los procesos de cambios biológicos y emocionales. Masters y Johnson (1966-1969) tras estudiar la fisiología y psicología sexual, plantean un modelo en la RSH que se divide en las fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución (Masters y Johnson, 1966-1969)

La terapeuta sexual Helen Kaplan (1979), al estudiar la terapia sexual y disfunción sexual realiza un aporte al modelo anteriormente nombrado, incluyendo la fase de deseo como etapa principal (Kaplan, 1979).

Según detalla Kaplan la fase de deseo se caracteriza por ser, una fase donde se observan diferentes percepciones que provocan un impulso sexual, causantes de que el individuo busque vivencias sexuales y que se muestre abierto a esas nuevas experiencias (Kaplan, 1979)

Su modelo se caracteriza por ser trifásico, siendo las fases planteadas: deseo, excitación, y orgasmo, dejando de lado las fases de meseta y resolución que Masters y Johnson plantean. Según su estudio y llegando a un acuerdo con Masters y Johnson, describe que la disfunción sexual generalmente era la causa de

conflictos en la pareja, dificultad para conectar con el momento, miedo al desempeño o bien podía darse de conflictos inconscientes (Kaplan, 1979)

Por ello, destacó la gran importancia entre la vinculación del deseo sexual y el cerebro, impulsando a su estudio y de la gran implicancia que presentan los neurotransmisores durante este proceso (Kaplan, 1979)..

Los modelos de Masters y Johnson (1966-1969), así como el modelo de Kaplan (1979), se unieron formando así un modelo pentafásico, el cual será descrito a continuación.

Fase de deseo

Durante esta fase no se destacan cambios a nivel físico, sin embargo, es de gran variabilidad en cuanto al sentimiento que genera en cada persona. Por lo tanto, podemos decir que es un estado mental.

Es una etapa donde la excitación sexual se manifiesta por la curiosidad, el querer, el sentir, el estar interesado por realizar una actividad sexual. Se trata de buscar el estímulo sexual para lograr satisfacer las ganas de la actividad sexual.

Fase de excitación

Luego de producido el estímulo sexual, comienza la fase de excitación, donde los cambios físicos logran visualizarse de a poco.

Comienza el sentimiento de placer que está dado por los cambios de vasocongestión. Se describe una vasodilatación arterial en los órganos genitales con una vasocongestión venosa posterior.

La tensión sexual es liberada de a poco, luego de alcanzar el punto máximo de placer. Es una fase que no puede impedirse luego de llegar a cierto nivel de excitación. Se mantienen durante esta etapa algunos de los cambios físicos que comienzan durante la etapa de excitación.

Fase de meseta

Los cambios físicos se intensifican durante esta etapa, donde surge la vasocongestión máxima. Se alcanza el nivel máximo de excitabilidad. Se evidencia un aumento en la frecuencia cardíaca (FC), presión arterial (PA), frecuencia respiratoria (FR).

Fase de orgasmo

Su duración es variable en las mujeres y a veces se pueden presentar múltiple orgasmos en diferencia a los varones que no presentan esa característica. Ocurren contracciones rítmicas de la musculatura lisa y esquelética.

Fase de resolución

Las modificaciones físicas vuelven a su estado natural, dado que es una fase donde predomina la relajación y la calma. La tensión sexual acumulada en las fases previas es liberada por completo a través de contracciones rítmicas, sintiendo el máximo placer. En las mujeres por la posibilidad de presentar orgasmos múltiples, puede no darse esta fase si se otorga un nuevo estímulo sexual, pudiendo responder nuevamente al mismo. Los varones no presentan esta posibilidad, dado que predomina en ellos el periodo refractario luego de culminada esta fase, no pudiendo responder nuevamente ante un estímulo.

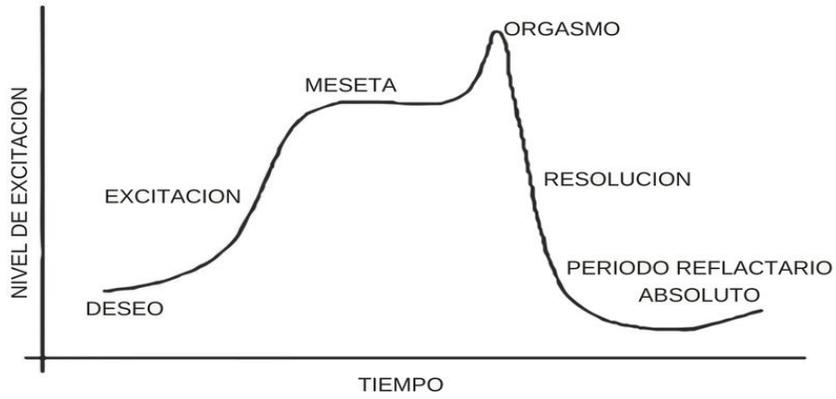


Ilustración 2: Respuesta sexual en varones

Fuente: Respuesta Sexual Humana, Masters y Johnson (1969)

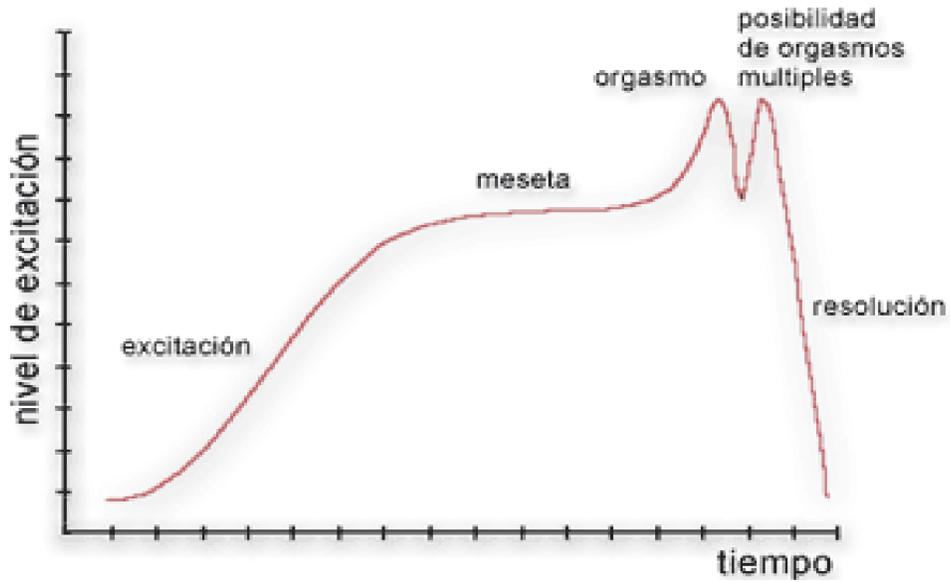
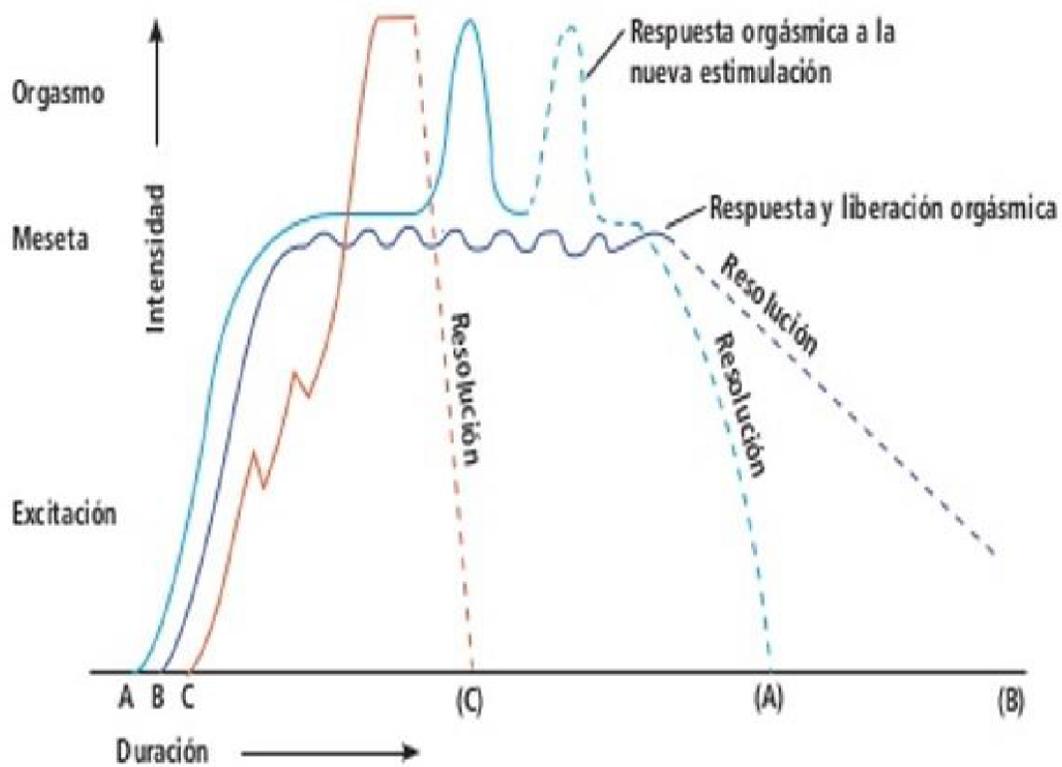


Ilustración 3: Fases del ciclo de la respuesta sexual en la mujer

Fuente: Respuesta Sexual Humana, Masters y Johnson (1969)



Cuadro 1.3: Curvas de RSH de mujeres: A) línea muestra respuesta estándar, línea punteada muestra la respuesta a un nuevo estímulo; B) curva multiorgásmica con orgasmos de leve o media intensidad; C) curva que muestra rápida excitación, meseta y orgasmo, con rápida resolución.

Fuente: Respuesta Sexual Humana, Masters y Johnson (1969)

Mecanismos fisiológicos en la RSH

Como describe Acuña (2008), el sistema límbico constituye estructuras del cerebro anterior que se conectan entre sí y con el hipotálamo. Este sistema regula respuestas fisiológicas de acuerdo a los estímulos provocados. Estas respuestas corresponden a instintos humanos involuntarios, como, por ejemplo, el hambre, la atención, instinto sexual, emociones, personalidad y conducta.

Está formado por tálamo, hipotálamo, hipocampo, amígdala cerebral, cuerpo calloso, septo y mesencéfalo.

Sistema Límbico

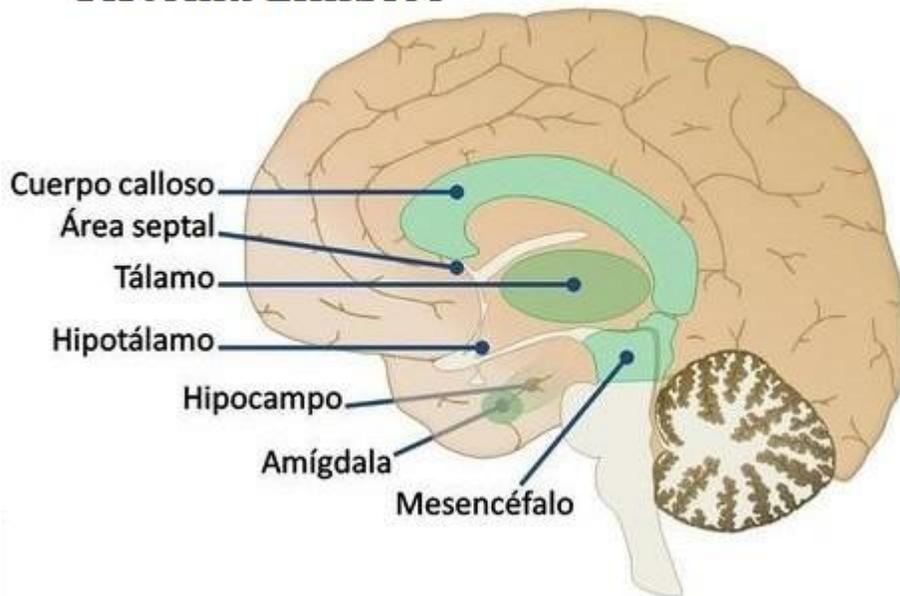


Ilustración 4: Estructuras que conforman el Sistema Límbico

Fuente: Blog Sicoenergética

Este sistema se relaciona con el Sistema Endocrino y el Sistema Nervioso Periférico (SNP). Ante un estímulo se produce una respuesta nerviosa en el cerebro, el cual realiza órdenes a nivel del sistema nervioso, logrando una vasodilatación, provocando así, los primeros cambios físicos ante la respuesta inmediata (Acuña, 2008).

La respuesta y actividad sexual dependen de concentración de ciertas hormonas en sangre.

Se detallan a continuación los efectos de cada hormona actuante.

- **Andrógenos:** La testosterona es de importancia en los varones, ya que su papel es fundamental para provocar la motivación sexual. En la mujer también es importante para la motivación sexual, aunque los factores emocionales son de gran influencia para lograr dicha motivación al igual que concentración de otras hormonas.

Durante la fase folicular los niveles de testosterona aumentan en la mujer, evidenciando un aumento en la motivación sexual, aunque algunos factores externos podrían reprimir la misma.

- **Estrógenos:** En los varones los estrógenos disminuyen el interés sexual. En la mujer si bien no se ha comprobado su implicancia en el interés sexual, si se evidencio su función en lograr las modificaciones que se producen a nivel vaginal.
- **Oxitocina:** Sus niveles se elevan en mujeres y varones durante la relación sexual. Produce contractilidad del músculo del tracto reproductor.
- **Betaendorfina:** El efecto inhibidor a altas dosis y efecto facilitador a bajas dosis.
- **Prolactina:** En el varón produce inhibición del interés sexual, mientras que en la mujer puede producir disminución de lubricación vaginal. Se ha evidenciado que su concentración aumenta durante la fase orgásmica, actuando en la fase refractaria posterior.
- **Serotonina:** Produce estado de placer y tranquilidad.
- **Dopamina:** Involucrada en la motivación y la atención relacionada con el placer. Produce sensación de satisfacción e incrementa la pasión.
- **Noradrenalina:** Está implicada en el placer sexual. Todas las modificaciones físicas que surgen durante la respuesta sexual se originan por las concentraciones de esta hormona, relacionada con la liberación de las hormonas que conforman el ciclo.

Respuesta sexual en la mujer

Como describe Masters y Johnson (1969), la respuesta sexual en la mujer comprende una serie de fases y cambios genitales y extragenitales, los cuales se detallan a continuación.

FASE DE EXCITACIÓN

Cambios extragenitales

Luego del estímulo sexual, se pueden evidenciar los primeros cambios en las mamas, debido al aumento del volumen sanguíneo se describe un aumento del tamaño mamario y mayor turgencia, donde la red venosa de Haller se hace más prominente y notoria. Los pezones se visualizan más eréctiles y la areola se vuelve más grande.

Aparece el “rubor sexual”, un enrojecimiento de la piel que se visualiza desde las costillas a los senos. La intensidad está directamente relacionada con la estimulación sexual.

Los músculos sufren mayor rigidez durante esta fase. Aumentan los valores de presión arterial a partir de cifras 120/80 mmHg y se eleva la frecuencia cardiaca.

Cambios genitales

A nivel genital el clítoris aumenta su tamaño debido a la congestión que sufre por el aumento del volumen sanguíneo.

Dada la estimulación sexual se evidencia mayor lubricación a nivel vaginal que comienza entre los 10 a 30 segundos posteriores a la estimulación otorgada.

La vagina se dilata y se vuelve más oscura, cambiando su coloración de rosa claro a un tinte púrpura. Su canal se alarga, desapareciendo casi por completo los pliegues característicos que presenta de la misma. Los labios menores aumentan su tamaño, mientras que los labios mayores se separan quedando en contacto con el periné, otorgando mayor apertura al canal vaginal.

El útero aumenta su tamaño debido a la vasocongestión que sufre y se eleva junto con el cérvix.

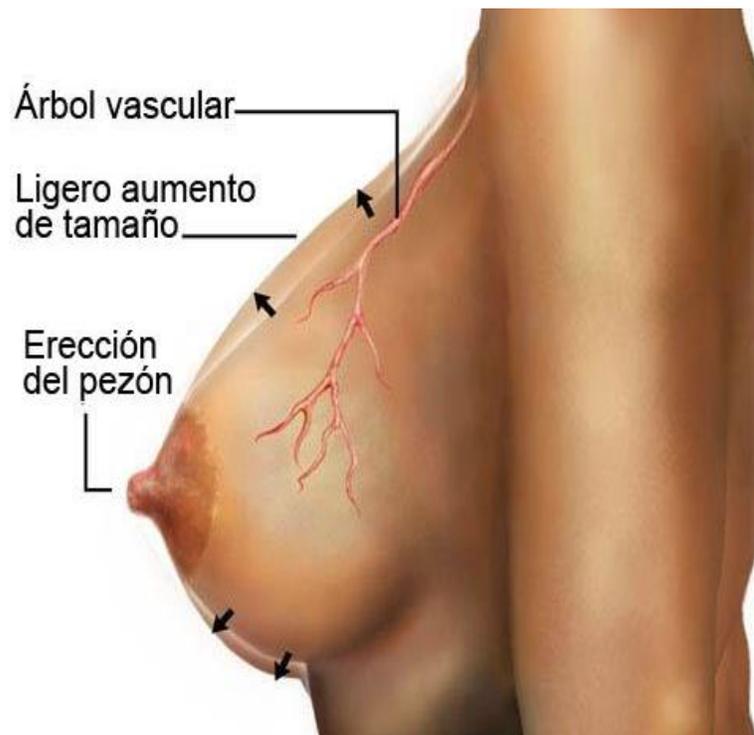


Ilustración 5: Cambios mamarios durante la Fase de Excitación

Fuente: Blog Fertilab. Respuesta sexual humana.

FASE DE MESETA

Cambios extragenitales

Los cambios mamarios detallados en la fase de excitación se evidencian al máximo. El rubor sexual se hace más intenso, extendiéndose a mayor superficie. La tensión muscular se vuelve mayor siendo la misma desde la cabeza hasta los pies. Las manos y pies toman forma de “garra” durante esa tensión.

Tanto el esfínter anal como los músculos de los glúteos se contraen de forma más intensa acercándose a la fase orgásmica.

La frecuencia cardíaca y la presión arterial continúan en ascenso. La respiración se vuelve entrecortada.

Cambios genitales

El clítoris se retrae quedando por debajo del capuchón, ya que el mismo se hincha de forma considerable aumentando su tamaño al igual que los labios internos. El conducto vaginal disminuye su tamaño, parte del conducto distendido se contrae con el orgasmo.

Según Masters y Johnson (1969), 1/3 de la vagina al igual que los labios menores se encuentran congestionados, recibiendo el nombre de “Plataforma Orgásmica” (Masters y Johnson, 1969)

La lubricación disminuye en comparación con la fase inicial. Los cambios en los labios mayores y menores se hacen más intensos. El útero se eleva a su máxima potencia al igual que la cúpula vaginal. Los labios menores cambian su coloración, la cual se ve influenciada de manera considerable de acuerdo a la paridad de cada mujer, volviéndose más púrpura cuanto mayor es la paridad.

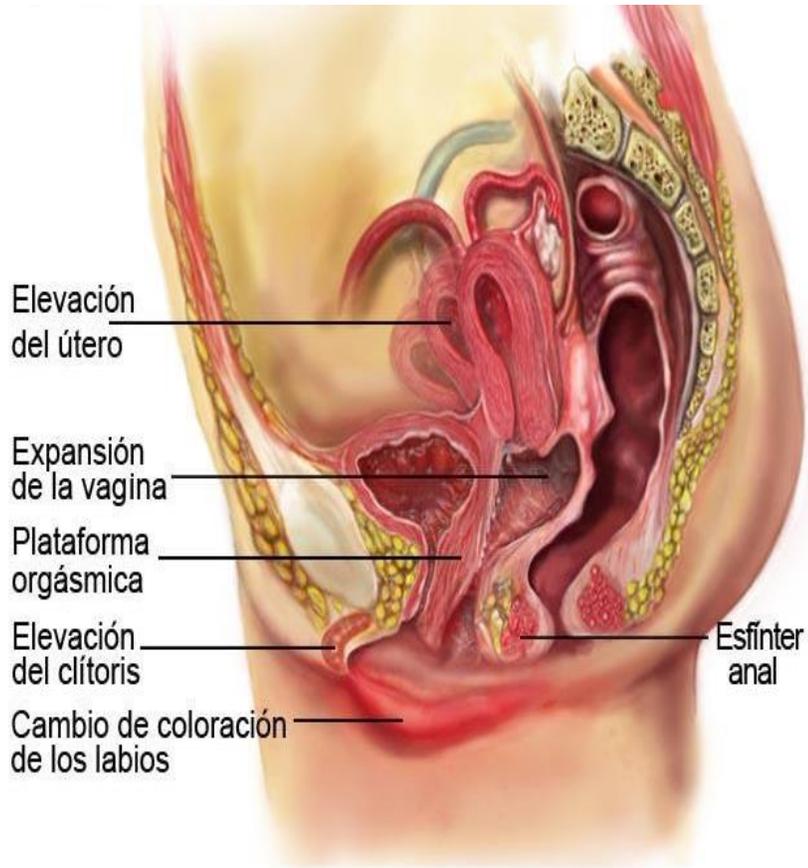


Ilustración 6: Cambios genitales durante la Fase de Excitación

Fuente: Blog Fertilab. Respuesta sexual humana.

FASE DE ORGASMO

Cambios extragenitales

El enrojecimiento sexual está relacionado con la intensidad del orgasmo. Hay un descontrol corporal, donde las contracciones musculares se vuelven involuntarias. Tanto en la plataforma orgásmica como en el resto del cuerpo.

Continúa el aumento de la presión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria.

Cambios genitales

Durante el orgasmo la plataforma orgásmica se contrae de forma continua e involuntaria, cada 0,8 segundos aproximadamente. La duración del orgasmo varía de una mujer a otra, varía de 2,4 a 12 segundos.

El útero se contrae al mismo tiempo que se contrae la plataforma orgásmica y no se visualizan cambios en los labios menores y mayores.

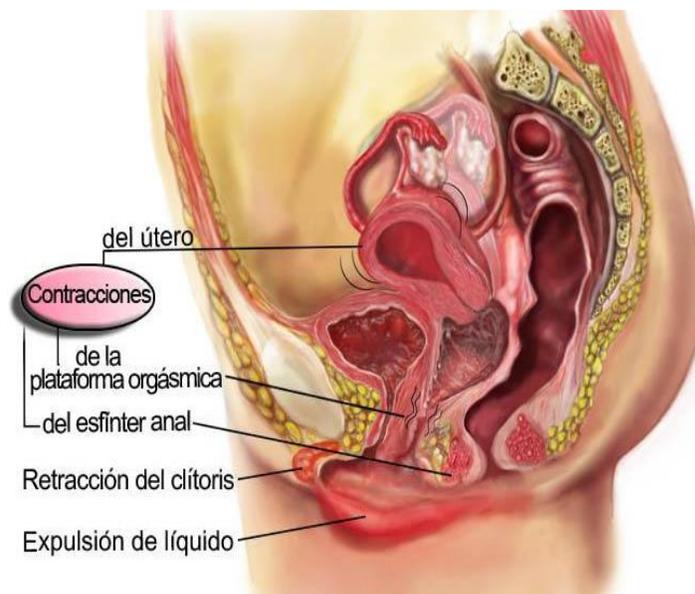


Ilustración 7: Cambios genitales en la Fase de Orgasmo

Fuente: Blog Fertilab. Respuesta sexual humana.

FASE DE RESOLUCIÓN

Cambios extragenitales

La turgencia de las mamas desaparece de a poco y comienza a disminuir su volumen. La erección de los pezones involucre de a poco.

Las mujeres que han experimentado la etapa de la lactancia sufren una regresión más rápida que las mujeres que no han pasado por ella. El rubor sexual desaparece de a poco en el mismo orden en el que apareciendo. Los signos vitales vuelven a sus valores normales.

Cambios genitales

El clítoris vuelve a su forma y posición habitual. Si el orgasmo no ocurre, las modificaciones en los labios pueden ser más lentas en su regresión. La vagina retorna lentamente a su estado previo, perdiendo la congestión que fue provocada en las fases anteriores.

Regresan los pliegues del conducto vaginal ya que retorna a su estado de relajación desapareciendo la plataforma orgásmica. Su coloración vuelve a su estado previo.

El útero vuelve a su posición y en el cérvix se evidencia una pequeña dilatación del del orificio cervical externo que surge luego de la fase del orgasmo (Masters y Johnson, 1969).

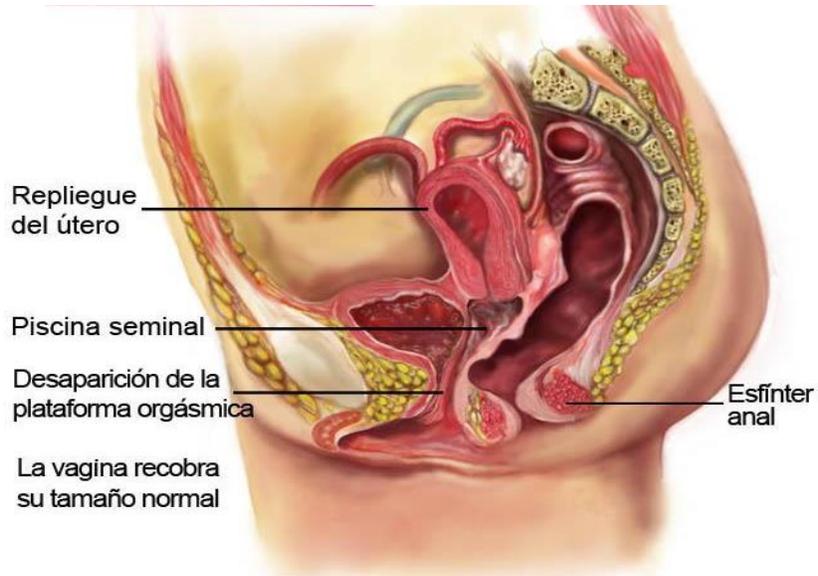


Ilustración 8: Cambios genitales en la Fase de Resolución

Fuente: Blog Fertilab. Respuesta sexual humana

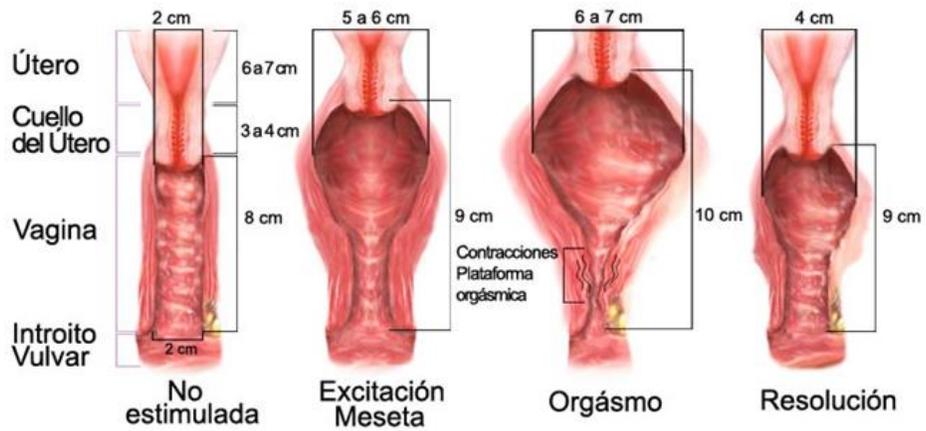


Ilustración 9: Cambios genitales durante las fases.

Fuente: Blog Filosofar. Respuesta sexual femenina

Sexualidad en el embarazo

El reconocimiento de que la sexualidad primaria es una sexualidad maternal, cóncava y no falocéntrica, no habría permitido una interpretación del mito de Edipo en los términos del Complejo de Edipo [...] No nacemos con complejos de Edipo, ni con castraciones; no nacemos con carencias, sino con una enorme producción de deseos, de deseos maternos, que bien pronto se estrellan contra las pautas y los límites establecidos por las normas patriarcales. (Medina Hernández, 2009).

La sexualidad en el embarazo es un tema poco abordado, el cual se encuentra lleno de mitos, miedos e ignorancia, debido a la poca información y educación que se les brinda a las mujeres y parejas durante la gestación. Dentro del equipo de salud se encuentra una gran deficiencia sobre la educación otorgada, no se empodera a las parejas sobre esta temática, no siendo posible la preparación adecuada sobre cómo podría verse afectada la sexualidad ni brindar herramientas para su nueva construcción (Labrador y Miyar, 2001).

Debe ser un tema abordado por profesionales capacitados, otorgando la confianza necesaria para permitirles a las mujeres ser libres en sus expresiones, manifestando todas sus dudas y preocupaciones de una forma segura. Se debe ver a las mujeres como seres sexuales, no solo desde la maternidad. Se debe educar no solo con enfoque en la prevención de riesgos ni limitar las relaciones sexuales a relaciones con penetración ya que existen múltiples formas de manifestar la sexualidad (Guías de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio, 2014)

Durante el embarazo ocurren múltiples cambios no solo fisiológicos sino también psíquicos, los cuales condicionan la sexualidad. La sexualidad es una construcción individual, es una expresión personal de cada persona y pareja, siendo variable su manifestación y la manera de sentir placer (OMS y OPS, 2000).

Como describe Molero (2006), si bien la sexualidad se manifiesta de forma individual, así como también las dificultades y miedos que surgen en el embarazo, hay varios cambios que puede condicionar la vida sexual. Se detallan durante el embarazo cambios a nivel hormonal de gran influencia sobre el deseo sexual. Existe un aumento de estrógenos y progesterona, el cual provoca un aumento de la libido, aunque hay mujeres que sufren lo contrario. Los cambios fisiológicos como ser el aumento de peso, cambios en la piel, náuseas, vómitos, pesadez, así como

variados otros, pueden provocar un cambio en la respuesta de las mujeres a la sexualidad.

Otros factores de importancia a destacar son los culturales, religiosos, educacionales, vivencias, miedos, creencias, cambios en el humor, complicaciones médicas, la relación o compromiso de pareja, estar o no acompañada, la comunicación, así como también el impacto que el embarazo género sobre la realidad actual, son factores que marcan gran influencias sobre la estabilidad y construcción de la sexualidad durante este periodo (Molero, 2006).

Primer Trimestre

Existe una gran variabilidad de la respuesta sexual en las mujeres. Los cambios hormonales durante esta etapa suelen ser bruscos, ocasionando a veces una cierta inestabilidad emocional. Es una etapa de adaptación a los cambios que comienzan a manifestarse, siendo diferente la respuesta que cada mujer le otorga al estímulo sexual.

Pueden aparecer miedos a perder el embarazo o miedo a sentir dolor. Generalmente durante el primer trimestre suele disminuir la actividad sexual, así como el deseo. Algunas mujeres experimentan náuseas y vómitos por lo que puede provocar una disminución del interés sexual, aunque veces se evidencia un aumento de la libido.

Ciertos estímulos que antes podían otorgar placer pueden tornarse dolorosos o incómodos, por ejemplo, en la mamas dada la vasocongestión que sufren, volviéndose más turgentes y sensibles. La estimulación incrementa esta característica (Labrador y Miyar, 2001; Molero, 2006).

Segundo Trimestre

Varios autores plantean un aumento del deseo sexual durante esta etapa ya que las mujeres han pasado la etapa de adaptación y miedos logrando un estado de tranquilidad y seguridad, no solo sobre su cuerpo sino sobre el bienestar del embarazo. Se añade en esta etapa la percepción de movimientos fetales, ayudando a lograr mayor tranquilidad.

El síndrome neurovegetativo desaparece en caso de haber estado presente anteriormente, logrando mayor bienestar en la mujer. El dolor o molestia en las mamas disminuye durante este periodo.

La placenta produce mayor concentración de estrógenos y progesterona produciendo aumento del deseo sexual como también el aumento del flujo sanguíneo a nivel de la pelvis, generando mayor lubricación vaginal.

Algunas mujeres que no han logrado orgasmos anteriormente logran vivenciar durante esta etapa, debido a la vasocongestión que provoca el embarazo (Delbono, 2018; Molero, 2006; Labrador y Miyar, 2001).

Tercer Trimestre

Generalmente se genera una disminución de la actividad sexual o ausencia total de la misma, aunque persiste el deseo. Las relaciones coitales disminuyen dada la incomodidad que genera el aumento del tamaño uterino, perdiendo interés en la búsqueda de posiciones que resulten cómodas.

Los miedos que provoca el parto o rotura de membranas se incrementa, influenciando de gran manera la vivencia sexual (Delbono, 2018; Molero, 2006; Labrador y Miyar, 2001).

Sexualidad en el Puerperio

La sexualidad durante el postparto, al igual que durante el embarazo, es un tema poco abordado por el equipo de salud. No se empodera a las mujeres con la información necesaria para que decidan sobre el reinicio de su sexualidad o como retornar a ella de la forma más segura (Rejane et al. 2010).

Se debe destacar la importancia de abordar la temática durante los controles pre natales y puerperales, así como también en las instancias de preparación para el parto, incluyendo una formación sexual integral (Ministerio de Sanidad, 2014, España)

Durante el puerperio se destacan variables formas relacionadas al reinicio de la sexualidad que como se ha nombrado anteriormente se manifiesta de forma individual en cada mujer y pareja, sobre los cuales hay infinidad de influencias negativas y positivas para su nueva construcción. La forma, el momento o la práctica sexual varía en cada pareja por lo que se debe brindar educación enfocada a cada situación (Molero, 2006).

Según se referencia en las normas del MSP (2014) el retorno de las relaciones sexuales debe darse conforme a la comodidad y deseo de la mujer cuando aún no se encuentre con loquios (MSP, 2014). Pero este planteo solo hace referencia a las relaciones con penetración sin protección, enfocado en la prevención de infecciones puerperales, dejando de lado todas las formas de expresar y vivenciar la sexualidad.

Las relaciones sexuales pueden manifestarse durante los besos, caricias, abrazos, sexo oral o anal, masturbación, por lo cual pueden retornar las relaciones sexuales sin exponerse a riesgos (Teira, 2010).

La necesidad de las mujeres para volver a sentirse conformes con su cuerpo, sentirse estables emocionalmente y poder transitar la etapa puerperal adaptándose a los cambios que surgen durante la gestación y el postparto, son algunas de las razones que influyen sobre el reinicio de las relaciones sexuales. Durante el puerperio el miedo es un factor muy importante y un sentimiento que se destaca en forma habitual durante el postparto. Manifiestan miedo al dolor, miedo a las complicaciones que se pueden generar por la presencia de sangrado e involución uterina, miedo a un nuevo embarazo, miedo al dolor en la relaciones debido a episiorrafia o desgarro perineal en caso de haberlo presentado (Molero, 2006 y Galiano, 2009)

La edad y paridad son factores que también influyen sobre el reinicio de las relaciones sexuales. Las mujeres multíparas y de menor edad reinician su sexualidad de forma más temprana en comparación a primigestas y mujeres de mayor edad. La sexualidad vivida durante el embarazo también influye sobre el retorno de los encuentros sexuales. Si durante el embarazo la sexualidad se vio inactivada, su retorno puede hacerse más demorado en comparación de las mujeres que han vivido la sexualidad de forma activa durante la gestación. Se describen muchos cambios a nivel corporal, cambios que son variables entre las mujeres, por lo que la auto imagen corporal de cada una se vivencia de forma diferente, generando muchas veces una disminución de su autoestima, por no sentirse cómoda con su apariencia. Esta mirada negativa sobre sí misma es un factor que puede retrasar el retorno de la sexualidad y el relacionamiento con su pareja (Rejane et al. 2010).

Como detalla Lawrence et al.2012, “los dictados sociales y culturales respecto a la reanudación de la actividad sexual pueden también afectar a ciertas parejas” (Lawrence et al.2012).

El proceso maternidad/paternidad conlleva una gran construcción y adaptación que muchas veces genera sentimientos de agobio y cansancio. La mirada está puesta sobre el/la recién nacido/a y sus necesidades, dejando de lado, generalmente, las necesidades de la pareja. Durante este periodo puede verse modificada la sensación de satisfacción, dado todos los cambios anteriormente nombrados, influyendo negativamente sobre el deseo sexual (Rejane et.al 2010).

La lactancia puede resultar un factor negativo sobre la sexualidad, provocando disminución de deseo y satisfacción sexual. Se relaciona el aumento de dispareunia en las relaciones coito vaginal durante la lactancia. La lactancia tiene un gran efecto en los niveles hormonales, los altos niveles de prolactina generados por la lactancia provoca una disminución de andrógenos y estrógenos. Los bajos niveles de andrógenos pueden provocar la disminución del deseo sexual, mientras que la disminución de los estrógenos provoca menor lubricación vaginal. La gran sensibilidad que presentan los senos debido a la lactancia puede significar dolor o incomodidad durante las relaciones sexuales. La lactancia genera en muchas mujeres sensación de cansancio por la exigencia que conlleva la demanda del/la recién nacido/a (Lawrence et al. 2012).

Durante la fase de excitación pueden generarse expresiones lácteas, lo cual provoca muchas veces sentimientos de vergüenza o incomodidad. Por otro lado, la lactancia en algunas mujeres al estimular hormonas como la oxitocina y prolactina, entre otras, produce deseos sexuales. La estimulación de la lactancia provoca ciertos cambios que también se dan durante la respuesta sexual femenina,

por lo que plantean que es un factor positivo en la sexualidad. Muchas mujeres manifiestan sentimientos de culpa al experimentar este sentimiento (Massó, 2013; Lawrence et al. 2012).

Mamar o parir, ¿es una cuestión sexual? Si no es sexual, ¿qué es? ¿Cómo definimos la sexualidad humana? La gestación, el parto y la extero-gestación, a través de la lactancia materna, constituyen aspectos sexuales para la persona madre; es decir, forman parte de su sexualidad. (Massó, 2013, p 522).

Una de las razones por las que resulta tan difícil e incómodo aceptar estas realidades de la lactancia materna es porque emancipan absolutamente la sexualidad de la madre con respecto de una sexualidad falocéntrica y normativa”(Massó, 2013, p.522).

Si el nacimiento se da por parto vaginal existe mayor prevalencia a sufrir lesiones perineales como desgarros o realización de episiotomía. Puede darse incontinencia urinaria, hemorroides o molestias en el periné, generando dispareunia en las relaciones sexuales. Está directamente relacionado el grado de lesión perineal con el dolor que puede provocar la relación sexual en el postparto. Puede haber lesión en los nervios pudendos provocados por la presión ejercida por la presentación fetal, periodo expulsivo prolongado, instrumentación utilizada, etc. Estas lesiones causan disminución del deseo sexual, menor excitación y satisfacción sexual debido al dolor o incomodidad de la lesión (Galiano, 2008).

Síntesis de capítulo

La sexualidad es parte de cada ser humano, una capacidad que se lleva durante toda la vida. No puede hablarse de cuarentena postparto sin tratar dos grandes temáticas como maternidad y sexualidad. Sexualidad como construcción social, sexualidad y respuesta sexual como capacidad innata, como parte de cada ser. Describir la posible vivencia personal de la sexualidad durante el embarazo y puerperio, su gran diversidad en cuanto expresión, miedos, mitos, debilidades y fortalezas, acerca a la temática cuarentena postparto y su visión. ¿Indicación por prevención o indicación por tradición?

Capítulo VII

EPISIOTOMÍA

La episiotomía es un procedimiento quirúrgico que consiste en realizar una incisión que compromete vulva, vagina y periné. Su realización está basada en el aumento del canal vaginal durante el periodo de expulsión fetal (Schwarcz et al. 2005 y Cunningham et al. 2010).

Según los resultados obtenidos sobre el uso rutinario o no de la episiotomía, demuestran que no debe realizarse en forma de rutina ya que el riesgo de desgarros vagino-perineales en ambas conductas es casi la misma y tampoco se han demostrado otras complicaciones a nivel de suelo pélvico y sistema urinario. La única complicación demostrada en su uso restrictivo es el aumento de laceraciones a nivel vulvar no siendo necesaria ninguna intervención ya que el sangrado cesa durante la compresión y no requiere sutura (MSP, 2014).

Según el MSP (2014), la indicación de episiotomía debe darse:

- En los casos que haya riesgo de desgarro de segundo y tercer grado
- Necesidad de acelerar el parto en casos de sospecha de pérdida de bienestar fetal
- Parto instrumental
- Parto en podálica

Se plantea que la disminución de su realización está dada cuando:

- La mujer recibió clases de preparación para el parto
- Protección del periné durante el pujo, que debe ser lento y controlado
- Postura vertical en el periodo expulsivo

Según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), en su Tratado de Ginecología y Obstetricia (segunda edición, tomo II), la episiotomía debe estar

limitada sólo a los casos que su beneficio sea mayor que su costo, como, por ejemplo:

- pérdida de bienestar fetal
- distocia de hombros
- parto en presentación podálica
- parto instrumental
- periné muy corto
- presentación posterior persistente
- agotamiento materno

No siempre estas son indicaciones obligatorias para la realización de la episiotomía por lo que su indicación va a estar dada por quien asiste el parto.

Se debe infiltrar con lidocaína al 1% o 2 % en el trayecto de los tejidos donde se realizará la incisión en plano superficial, así como en plano profundo. Se debe proteger la presentación fetal con el dedo índice y mayor y cuando la presentación abomba en la vulva durante el acmé de la contracción se realiza la incisión correspondiente.

La realización de la episiotomía puede estar dada en tres modalidades:

Medio lateral: es la modalidad que se utiliza generalmente y se extiende desde la comisura vulvar posterior y sigue un trayecto diagonal en el periné en un ángulo de 45° con el rafe medio.

Mediana: desde horquilla vulvar posterior hasta las fibras externas del esfínter del ano siguiendo el rafe perineal.

Lateral: desde el labio mayor en la unión de sus dos tercias anteriores con el tercio posterior y se orienta de forma diagonal hasta la tuberosidad isquiática (Schwarcz et al. 2005 y Cunningham et al. 2015).

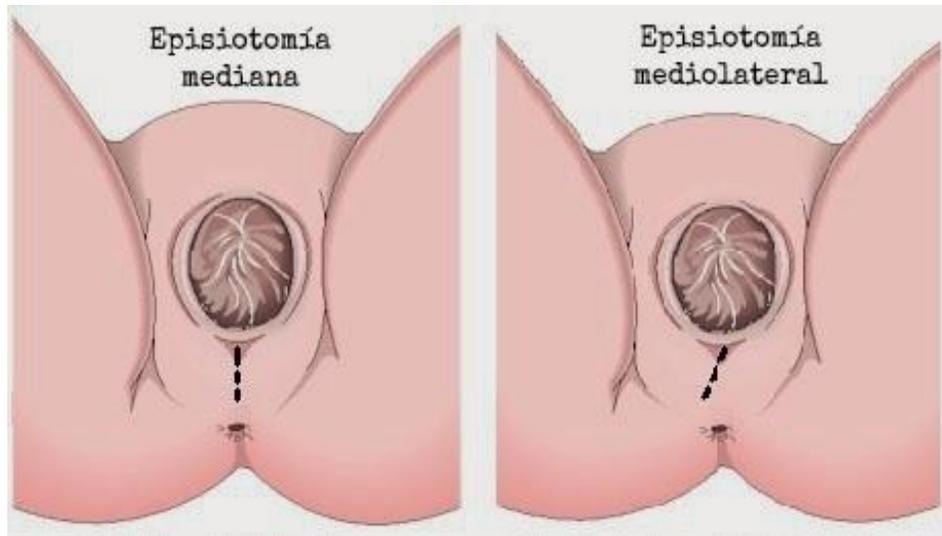


Ilustración 10: Modalidad de episiotomía mediana y medio lateral

Fuente: Blog euroresidentes

Episiorrafia

Se denomina a la intervención que consiste en la sutura de la episiotomía..

Según el MSP (2014), la sutura debe realizarse de forma continua en todos los planos (mucosa, músculo perineal y piel) ya que se ha demostrado mayor confort en la mujer en comparación con la sutura por planos separados.

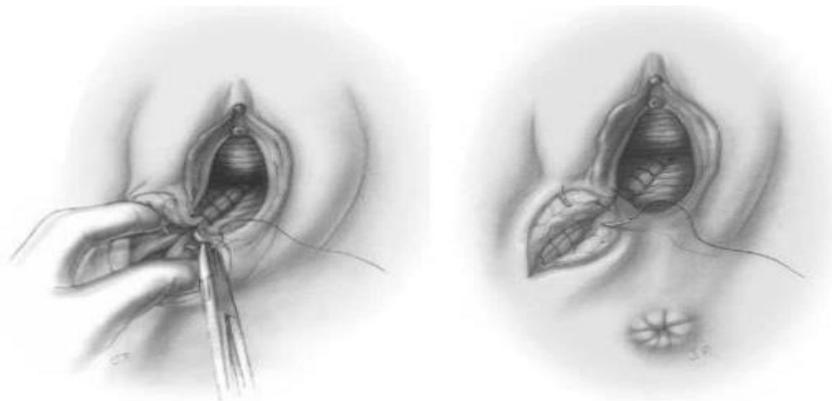


Ilustración 11: Episiorrafia medio lateral

Fuente: Blog Slideshare

Desgarro

Se utilizaron como referencia los libros de Obstetricia para su descripción: Schwarcz et al. 2005 y Cunningham et al. 2010

Desgarro vulvoperineal

Los desgarros pueden clasificarse según la lesión en cuatro grados:

- Primer grado: lesión que involucra piel perineal
- Segundo grado: la lesión incluye piel y músculo perineal.
- Tercer grado: incluye piel, músculo y se agrega esfínter anal
- Cuarto grado: lesión de esfínter anal hasta la mucosa rectal

Desgarro vaginal

A través del tacto vaginal luego del parto puede evidenciarse el desgarro cuando él mismo ocurre, se visualizan hendiduras donde el sangrado puede ser abundante.

El desgarro puede darse de forma lateral o longitudinal y puede estar dado por partos precipitados, mayores intervenciones como fórceps o reiteradas maniobras manuales, vaginas fibrosas, fetos macrosómicos, etc.

Debe evidenciarse el grado de desgarro para su sutura, uniendo todos los planos de acuerdo a su profundidad.

Desgarro de cuello uterino

El desgarro de cuello uterino es una de las complicaciones que puede darse por algunos factores como ser intervenciones cuando aún la dilatación no es completa, partos que se dan de forma precipitada, intervenciones manuales para ayudar a la dilatación, fetos macrosómicos, entre otros factores.

Estos desgarros suelen generar gran sangrado por lo cual la hemorragia es una de las complicaciones que puede llegar a presentarse.

En las conclusiones del estudio prospectivo de “Reinicio de las relaciones sexuales postparto en usuarias de la RAP “ realizado en la Escuela de Parteras, Montevideo, Uruguay por sus autoras Rodríguez y Rosa (2017), se concluye y detalla que se ve afectado e influenciado el reinicio de las relaciones sexuales postparto en presencia de suturas (correlación positiva moderada), debido a que provoca sentimientos de miedo a que se suelte algún punto de la sutura o miedo al dolor, por lo cual, no se ve diferenciado si se trata de episiorrafias o desgarros ni la complejidad de los mismos.

Por otra parte, concluyen que, en presencia de suturas, aumentan los otros tipos de relaciones sexuales como los besos, caricias, sexo oral o masturbación, viéndose representado que las mujeres buscan otras formas de vivenciar y expresar la misma.

Síntesis de capítulo

A partir del resultado expuesto por Rodríguez y Rosa en el trabajo final de grado y dando cuenta que la presencia de suturas en las mujeres influye sobre el reinicio de las relaciones sexuales, fue fundamental describir estos procesos para exponer todos los factores que influyen sobre el reinicio de la actividad sexual, factores que el equipo de salud debe tener en cuenta para la educación e información a brindar, otorgando todas las posibles formas de vivenciar y expresar la sexualidad.

Capítulo VIII

CUARENTENA POSTPARTO

Visión Histórica

Según describe Ledermann (2003), la cuarentena aparece en el año 1374 en Ciudad de Modena, Italia. Su término derivó en término marítimo ya que se utilizaba para los buques que llegaban al puerto con malas condiciones médicas, indicando aislamiento. “Llevaba implícita la idea de periodo de incubación”. El primer aislamiento aplicado, se trató de 30 días, es decir, una treintena, y, fue descrito en el puerto Ragusa, Italia en el año 1377. Posteriormente el período de aislamiento pasó a cumplirse como 40 días sin excepciones, tomando el nombre de cuarentena. Durante el siglo XI la cuarenta hizo que aparezca el lazareto (lugar sanitario que se dedicaba a la observación y tratamiento de enfermedades infecciosas contagiosas) donde los pasajeros deberían cumplir el periodo de aislamiento indicado. Según donde haya estado el barco y controlando los puertos donde se ha encontrado, se clasificaba como “patente sucia o limpia”, donde los pasajeros que se encontraban enfermos debían ir al hospital, mientras que los pasajeros que se encontraban sanos deberían cumplir con la cuarentena establecida, los objetos que se encontraban en el barco quedaban en cubierta oreándose, luego se desinfectaban con vapor de cloro. Surge en el siglo XIX una gran polémica sobre el uso de la cuarentena y su efectividad. En el año 1872, 800 barcos se encontraron en cuarentena, evidenciándose una gran pérdida económica sin constatar pasajeros enfermos. Napoleón en el año 1799 desembarcó desde Oriente en Frejus, Francia, no realizando la cuarentena. Inglaterra por otra parte suspendió la misma y la “Academie Francaise declaró que la fiebre amarilla y la peste no eran infecciosas”. La cuarentena en Europa continuó hasta principios del siglo XX (Ledermann, 2003).

Según se describe en el artículo por su autor Foucault (1977), durante el siglo XVIII en las grandes ciudades, en especial París, se observaban situaciones de pánico, debido a ciertas enfermedades que tomaban cada vez mayor dimensión entre las poblaciones, logrando gran preocupación en el ámbito médico político, sobre todo en la burguesía, debiendo tomar medidas para lograr tranquilidad. “Recurrió a un modelo de intervención muy bien establecido, pero raramente utilizado: el modelo médico político de la cuarentena”. Este modelo de cuarentena fue establecido por la organización sanitaria. Hubieron dos modelos de organización, uno realizado por la lepra y otro por la peste. Cuando se detectaba un caso de lepra, el individuo era expulsado de la ciudad, desterrado a ciertos lugares donde la enfermedad quedaría entreverada con la enfermedad de otros individuos. Esta expulsión significaba

medicalizar al resto de la población, logrando purificar su ambiente mediante el destierro de aquellos enfermos. En cambio, cuando se detectaban ciertas pestes, no se expulsaba a los individuos, sino que se aislaban de una lado a otro, vigilando su estado de salud, de forma individualizada, controlados de manera más estricta.

Estos métodos político médico de vigilancia y hospitalización fueron un perfeccionamiento a la medida de cuarentena establecida, desde donde nace la medicina urbana. La medicina urbana tenía como objetivo:

- analizar los lugares de acumulación en los espacios urbanos, de aquello que podría generar enfermedades
- control de la circulación, no de individuos, sino de los elementos como el agua y el aire, ya que se creía que el aire era uno de los “grandes factores patógenos”, debido a que sus características como calor, frialdad, humedad o sequedad, interferiría directamente sobre el organismo.
- organización de distribuciones o secuencias, por ejemplo: establecer dónde se colocarían las fuentes, desagües, bombas, lavaderos fluviales, etc., (Foucault ,1977).

Visión Religiosa

Como se detalló anteriormente, se define cuarentena como un período de aislamiento sanitario con fines preventivos. El número 40 está vinculado directamente con la religión, ya que este número refleja varios episodios ocurridos en la historia religiosa, los cuales se encuentran detallados en los libros sagrados.

Según describe la autora Alcolea (1999), en el Antiguo Testamento se describe:

- 40 días son los que transcurren para que Elías y Moisés vean a Dios.
- 40 días permanece Jesús en el desierto en donde debía superar tentaciones satánicas como prueba de inicio.
- 40 días en el judaísmo significan que la mujer luego de parir debe purificarse para luego presentar en el templo a su hijo varón. Si se trataba de una niña el tiempo de presentación era el doble. Al igual que durante la etapa de menstruación, la mujer no podía tocar objetos sagrados, así como tampoco concurrir al templo.

Surge desde entonces la cuaresma, definiéndose como “periodo de preparación para un acto de índole sagrada, tiene su origen literario en La Biblia”. Es el período que comienza desde el miércoles ceniza hasta víspera de semana santa, siendo 40 días su duración. “La cuaresma implica, por tanto, la actitud de arrepentimiento de los pecados para limpiar el alma, para serenarla y meditar sobre la Pasión” (Alcolea, 1999).

Según se describe en el trabajo realizado por Lucas (2016), la cuarentena vinculada al postparto proviene de la Ley Mosaica donde expresa que la mujer luego de 40 días de dar a luz debía purificarse para cumplir la palabra de dios, según el Levítico 12:2-8 (Lucas, 2016).

La mujer cuando conciba y dé a luz varón, será inmunda siete días; conforme a los días de su menstruación será inmunda. Al octavo día se circuncidará al niño. Mas ella permanecerá 33 días purificándose de su sangre; ninguna cosa santa tocará, ni vendrá al santuario, hasta cuando sean cumplidos los días de su purificación. Y si diere a luz hija, será inmunda dos semanas, conforme a su separación, y sesenta y seis días estará purificándose de su sangre. Cuando los días de su purificación fueren cumplidos, por hijo o por hija, traerá un cordero de un año para holocausto, y un palomino o una tórtola para expiación, a la puerta del tabernáculo de reunión, al sacerdote; y él los ofrecerá delante de Yahvé, y hará expiación por ella, y será limpia del flujo de su sangre. Esta es la ley para la que diere a luz hijo o hija. Y si no tiene lo suficiente para un cordero, tomará entonces dos tórtolas o dos palominos, uno para holocausto y otro para expiación; y el sacerdote hará expiación por ella, y será limpia. (Lev 12, 2-8). (Lucas, 2016).

Visión cultural

Los autores Alarcón y Nahuelcheo (2008), realizaron un estudio acerca de la creencias y percepciones que presenta la comunidad mapuche de la región Araucanía en Chile sobre el embarazo, parto y puerperio. Se destaca que para la comunidad estos procesos son etapas de mucho valor y de mucha carga en cuanto a la cultura y sociedad (Alarcón y Nahuelcheo, 2008). Cuando se habla de cultura, cada sociedad o comunidad moldea sus conductas y comportamientos de acuerdo a las mismas (Schwarz, 2005).

La cultura mapuche durante el tiempo ha evolucionado y se ha ido transformando por la cercanía y los vínculos con la sociedad chilena, se ha logrado que se realice captación de los embarazos, así como seguimiento de los niños en la comunidad a

través de leyes en el ámbito de la salud nacional, logrando una cercanía a los sistemas de salud, por lo que durante la historia se han ido modificando las formas y procesos en las que la comunidad vivencian los periodos de embarazo, parto y puerperio (Alarcón y Nahuelcheo, 2008)

la mujer ha tenido que reconstruir un mundo de significaciones para adaptar su conducta cultural a un espacio ajeno –el hospital, el consultorio, la posta rural–, a nuevos personajes que controlan su cuerpo y privacidad –la matrona, el médico, la enfermera–, y a nuevas tecnologías y procedimientos –la sala de parto, el quirófano y el instrumental obstétrico. (Alarcón y Nahuelcheo, 2008, p. 194)

Debido a estos cambios y la diferencias que se encuentran en la actualidad sobre la modernidad y lo cultural, se intenta que los sistemas de salud integren ambas condiciones, logrando una atención lo más igualitaria posible (Alarcón y Nahuelcheo, 2008).

El nacimiento para la comunidad mapuche es un evento de gran relevancia, significa que su comunidad perdurará en el tiempo y se mantendrá la cultura de su sociedad. Durante la cuarentena, la mujer no debe exponerse a cambios de temperatura, estar largo tiempo al sol, así como tampoco realizar trabajos pesados. Durante esta etapa no debe mantener relaciones sexuales, ya que su cuerpo aún se encuentra débil, por lo cual, debe esperar que se fortalezca para reiniciar su actividad sexual. Consideran que amamantar es un método para no volver a quedar embarazadas, aunque también hacen uso de hierbas medicinales luego de la cuarentena como un método para prevenir embarazos futuros (Alarcón y Nahuelcheo, 2008).

Visión Sanitaria (riesgo-prevención)

Luego del parto o cesárea, la mujer cumple con su estadía en el Centro Hospitalario donde se evalúa la evolución puerperal. Al cabo de los días establecidos para su internación y control de evolución, si sus condiciones son óptimas, el profesional de la salud a cargo le otorga el alta obstétrica, debiendo transitar el periodo puerperal en su hogar. Para el alta se realiza generalmente una serie de recomendaciones, como por ejemplo: anticoncepción, asesoramiento en lactancia, signos y síntomas de alarma que requieran consulta inmediata, consultas subsiguientes, pero lo que se destaca durante las indicaciones brindadas es el cese de la práctica sexual coital, específicamente vaginal (aunque no sea explícita) durante 40 días

postparto, el periodo conocido como cuarentena, pero, ¿por qué se realiza esta indicación?, ¿qué fundamentos teóricos avalan dicha recomendación?, ¿por qué se limita las relaciones sexuales al coito vaginal?, ¿se otorgan herramientas para vivenciar la sexualidad sin exponerse a riesgos?, ¿se toma en cuenta la orientación sexual de la mujer para las indicaciones otorgadas?, ¿se consideran otras prácticas sexuales que no involucren y reduzcan el placer sexual a la genitalidad vaginal?

Planteadas estas interrogantes, se realiza una revisión bibliográfica, intentando encontrar un fundamento teórico que justifique la indicación del cese de la sexualidad coito vaginal durante los 40 días postparto. Dentro de la revisión bibliográfica sobre las normas de atención al puerperio de diferentes países, se evaluaron sus recomendaciones, las cuales se exponen a continuación.

Uruguay

Según la recomendación que se describe en las normas del MSP (2014), es de gran importancia abordar la temática sexualidad durante el puerperio. Refiere que el deseo sexual puede verse disminuido debido a la influencia que presentan los loquios o molestias perineales, los aspectos relacionados al/la recién nacido/a, los cambios psicoemocionales, entre otras condiciones. Se debe indagar y asesorar de manera oportuna para evacuar dudas y derribar mitos. Manifiesta que iniciar la actividad coital mientras aún se continúa con loquios puede aumentar el riesgo de infecciones uterinas por lo cual no se recomienda iniciar con dicha actividad sino esperar el cese total de los loquios (MSP, 2014).

Como se detalló anteriormente, el MSP (2014) recomienda el inicio de la actividad sexual coital luego de que los loquios cesen por completo (MSP, 2014). Ya que esta es la recomendación otorgada por el MSP, surge una interrogante, ¿cuánto demoran en cesar los loquios durante el puerperio? Según la misma norma, los loquios suelen desaparecer a los 15 días postparto (MSP, 2014). Por lo tanto, ¿por qué se indican 40 días sin mantener relaciones coitales, cuando las mismas normas recomiendan reiniciar la actividad sexual coital luego de que desaparezcan los loquios al cabo de 15 días?

Argentina

Según se manifiesta en las normas de Control preconcepcional, prenatal y puerperal de Argentina (2013), no se aconseja el reinicio de la actividad coital mientras se tengan loquios, al igual que se nombra en las normas del MSP (2014)

de Uruguay, por lo tanto, se reiniciará la actividad coital cuando no se encuentren loquios y en mutua decisión con su pareja, habiendo escogido un método anticonceptivo previo (MSAL, 2013).

Chile

Se consultaron las normas para la atención integral del puerperio del MSP (2015) de Chile, donde refiere que al alta se le indicará a la mujer que se encuentre cursando puerperio de parto vaginal, la abstinencia de relaciones sexuales hasta la cicatrización de la episiorrafia en caso de presentar y cese de loquios entre las 3 o 4 semanas postparto. En las indicaciones para las mujeres que se encuentren cursando puerperio postoperatorio no hace mención sobre reinicio de la actividad educación sexual que se le brindará al alta (MSP, Chile, 2015).

Nicaragua

Como hace mención el Ministerio de Salud, en las Normas y Protocolos para la atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo (2008) de Nicaragua, la recomendación brindada al egreso hospitalario en base al reinicio de las relaciones sexuales está dada por el cese del sangrado, una vez que el mismo haya desaparecido, así como también, las molestias perineales, puede darse su retorno. No debe ser un tiempo estricto y no se puede generalizar el mismo, dependerá de cada mujer y/o pareja y de la conducta sexual desarrollada (MSP, 2008).

España

Como se constató en la Guía clínica de embarazo y puerperio del Ministerio de Sanidad de Andalucía, España (2014), no menciona en qué momento debe darse el retorno de la actividad sexual. Hace mención de la importancia sobre su educación en el puerperio.

este periodo permite promover una visión amplia de la vivencia de la sexualidad, que no se centre en la actividad coital. Es importante que los/las profesionales sanitarios fomenten la creación de espacios de confianza en los que las mujeres y sus parejas puedan abordar sus vivencias respecto a la sexualidad, ofrecer un consejo contraceptivo adecuado y aclarar ideas

erróneas sobre la sexualidad tras el embarazo. (Guía clínica de embarazo y puerperio, 2014, p 388).

Según detalla Schwarcz et al. (2005), en la evaluación del puerperio mediato y sus recomendaciones, no hace mención sobre el reinicio de la actividad sexual genital. Durante el puerperio tardío, manifiesta que “este periodo se adecua a las tradiciones culturales de muchos países, donde a menudo los primeros 40 días después del nacimiento son considerados como tiempo de convalecencia o “cuarentena” para la madre y su recién nacido” (p. 537). Hace referencia que no existe un tiempo determinado para el reinicio de las relaciones coitales, sino que recomienda que el reinicio se dé según el deseo y confort de la mujer (Schwarcz et al. 2005). Se puede observar cómo en dicha bibliografía de uso académico hace mención de la “cuarentena” como una tradición y no como una indicación para la prevención de complicaciones durante el puerperio.

Como se encuentra representado por Cunningham et al (2010), la actividad sexual coital no presenta reglas ni condiciones para su reinicio, está basada en el sentido común de cada mujer y/o pareja. Según se detalla, la relación coital puede reiniciarse a las dos semanas postparto, en base al deseo y comodidad de la mujer y/o pareja. Manifiesta que reiniciar la actividad coital pronto, puede ser incómodo y molesto, no solo por la presencia de loquios sino porque el epitelio vaginal se encuentra muy delgado y con poca lubricación debido al estado hipoestrogénico que se encuentra durante el puerperio y debido a la lactancia. Se recomienda el uso de cremas tópicas con estrógenos, así como también algún lubricante vaginal para que el reinicio no cause molestias ni dolor (Cunningham et al. 2010).

Consultada la bibliografía de Obstetricia Pérez Sánchez y Donoso Siña, 4ta edición, (2011) , refiere que en la primera consulta postparto debe aconsejarse sobre el reinicio de las relaciones sexuales. Las mismas deberán reanudarse luego de una adecuada recuperación perineogenital. Refiere que la misma debe darse entre los 21 a 28 días postparto (Pérez Sánchez y Donoso Siña, 2011). No hace mención de la justificación de los días indicados para el reinicio de las relaciones sexuales, haciendo solo referencia a las relaciones coito vaginales.

Según Cortés, Gómez, Gutiérrez (2013), en las recomendaciones para la atención en el puerperio en su libro “Aspectos claves de Obstetricia “, manifiesta que el reinicio de las relaciones sexuales coitales debe darse según la comodidad de la mujer y/o pareja, sin que la misma se limite a días exactos para un correcto reinicio (Cortés, Gómez, Gutiérrez, 2013).

Síntesis del capítulo

La importancia de la temática seleccionada como principal eje del trabajo está dada por la escasez de fundamentación teórica encontrada sobre la cuarentena postparto. Su indicación ejerce un gran cambio y limitación en la vivencia de la sexualidad en las mujeres y/o pareja en la etapa puerperal por lo cual surgen varias interrogantes que desean ser expuestas en el trabajo, pudiendo encontrar una respuesta sobre si su indicación está realizada por los contextos culturales y tradiciones durante la historia. El objetivo planteado en el cierre de este capítulo es poder otorgar herramientas para una futura investigación sobre la influencia de contraer complicaciones en el puerperio a raíz del reinicio temprano de las relaciones sexuales coitales. Como conclusión extraída del estudio prospectivo, “Episiorrafia y placer sexual en el reinicio de las relaciones sexuales postparto”, realizado por González y La Fuente en la Escuela de Parteras año 2011, refiere que, “60% de las encuestadas reinicio su actividad sexual antes de la cuarentena, preferentemente coito vaginal”

Se plantean algunas preguntas que pretenden guiar futuras investigaciones y reflexiones de nuestras prácticas como profesionales de salud :

¿Cuál es la influencia que presenta la relación sexual coital para contraer infecciones puerperales?

¿Qué complicaciones presenta el reinicio sexual coital de forma temprana?

¿Los equipos de salud se encuentran capacitados para brindar la educación sobre la actividad sexual en el puerperio?

¿Se utilizan fundamentos teóricos o culturales para las indicaciones otorgadas en el puerperio?

Capítulo IX

IMPLICANCIA DE LA OBSTETRA PARTERA EN LA EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL

en los primeros manuales de partería se hace referencia a que la «naturaleza» es más sabia que el «arte» del cirujano con sus ganchos y fórceps; pero nunca se dice que una mujer podía aprender para comprender por sí misma el proceso, y cooperar para su desarrollo con su carácter e inteligencia; y sus dotes instintivas y físicas. El mayor elogio que se brindaba a la madre en aquellas circunstancias era el «coraje» con que soportaba pasivamente el sufrimiento. (Rich, 1986, p. 188)

La construcción de la maternidad lleva consigo un gran cambio a nivel de las políticas públicas y la politización de la salud. Históricamente la mujeres no contaban con decisión sobre sus cuerpos, mucho menos podían tener participación de lo que por sus cuerpos ocurría, como el embarazo, parto y puerperio, condenadas a ejercer lo impuesto sobre la institución de la maternidad. La misma les otorgaba esa identidad femenina que las definía. La gran transformación sobre estas construcciones ha llevado a grandes avances sobre la vivencia del embarazo, parto y puerperio, siendo fundamental la presencia de la Partera en estos procesos (Rich, 1986)

El movimiento por la desmedicalización del parto, esto es, por tratarlo como un evento en la vida de la mujer y no como una enfermedad, se volvió nacional, con un aumento de partos en el hogar, prácticas de parto alternativas y el establecimiento de «centros de parto» y «salas de parto» en los hospitales. Inicialmente, las parteras profesionales estuvieron al frente de este movimiento, al lado de mujeres que querían experimentar el parto entre familiares y amigos, con la mayor autonomía posible en sus elecciones sobre el mismo. (Rich, 1986, p 30)

A partir de lo expuesto se plantea que la Obstetra Partera representa gran importancia dentro del equipo de salud, no solo en la actualidad sino también en su participación durante la historia, acompañando y siendo parte de las transformaciones culturales sobre la maternidad. Su rol en el cuidado de la salud de las mujeres hace que se logre la captación, así como un primer acercamiento a

la mujer y su entorno, brindado asistencia, contención, educación, promoción y prevención.

La asistencia en la salud sexual y reproductiva de las mujeres debe ser abordada por un equipo interdisciplinario donde la Obstetra Partera forma parte del mismo. Se debe brindar educación formal e informal, promoviendo el cuidado y autocuidado (OMS, 2014).

Se debe educar en los derechos que presentan las mujeres para que las mismas se vean empoderadas en sus decisiones y actúen de acuerdo a ellos, así como también el equipo de salud debe tenerlos presentes para su asistencia integral. El primer acercamiento a las mujeres y su entorno es fundamental para lograr una asistencia de calidad, tomando en cuenta siempre su entorno bio psico social, contemplando todos los aspectos necesarios para realizar una asistencia personalizada de acuerdo a cada situación y recursos disponibles.

Uno de los principales objetivos en la asistencia de la educación sexual y reproductiva es promover la sexualidad desde la salud, el placer, el cuidado y autocuidado, el reconocimiento de su cuerpo, lograr reconocer su motivación sexual, sus miedos y deseos, brindando un acompañamiento integral a las mujeres y/o pareja, no solo otorgar información desde la perspectiva riesgo prevención (Reglamento del Ejercicio la Profesión de Partera, Asociación Obstétrica del Uruguay, s/f.)

El Reglamento del Ejercicio de la Profesión de Partera establece:

ART. 5º.- Es también función y competencia de la Partera realizar tareas de educación para la salud integral de la gestante, la familia y la comunidad, fortaleciendo, por lo tanto, lo que hace, a la Atención Primaria de Salud, en la promoción, prevención e investigación.

La sexualidad postparto es una temática que se ve llena de mitos y miedos, aún se torna en muchos aspectos y entornos como un tema tabú, dado que los factores socioculturales son fundamentales en su construcción provoca que no en todos los sectores sea un temática que pueda expresarse con libertad.

Por tal motivo es fundamental que la Obstetra Partera sea consciente de dicho factor, pudiendo otorgar el tiempo necesario en cada consulta para abordar la temática de la forma más libre y cómoda , siempre respetando a las mujeres en su decisión de ser abordado o no.

Es de mucha importancia que la Obstetra Partera logre realizar instancias donde se logre desmitificar la sexualidad postparto, modificar lo aprendido o creencias, evacuar dudas, miedos e inseguridades. Es de real importancia la interpretación de las necesidades que presenta la mujer y/o pareja, lograr empatía, brindar información de forma clara y poder lograr la confianza necesaria para crear espacios educativos y de reflexión.

Cabe destacar la importancia del trabajo interdisciplinario, donde es relevante derivar a otro profesional a tiempo cuando sea necesario, por lo cual, la atención que se brinda debe ser específica en cada mujer, poder percibir la aparición de signos y síntomas que puedan escapar de las competencias de la Obstetra Partera, así como también si se reconoce no estar lo suficientemente preparada para abordar la temática y brindar la ayuda necesaria.

La/el Obstetra Partera/o presenta libre ejercicio de la profesión abarcando grandes áreas dentro de la obstetricia como ser:

- Captación de embarazos en el Primer nivel de Atención
- Control obstétrico de embarazo de bajo riesgo en el Primer nivel de Atención, donde se controlará según las pautas del MSP
- Será la/el encargada/o de derivar a otro profesional en caso de diagnosticar patologías que pongan en riesgo la salud de la mujer
- Realiza guardias internas o de retén en centros hospitalarios de primer y segundo nivel, así como también en mutuales, donde se encarga de las consultas, anamnesis, diagnósticos e ingresos, informando previamente al Ginecólogo/a de guardia quien realizará las indicaciones pertinentes.
- Talleres de preparación para el parto (PPP)
- Control de trabajo de parto, asistencia de parto, asistencia inmediata del/la recién nacido/a, así como también control de la etapa puerperal
- Consejería en anticoncepción a través del criterio de elegibilidad, teniendo en cuenta la situación de la mujer, patologías que puedan ser factores de riesgo para el uso anticonceptivo, otorgando las mejores opciones para cada mujer en particular
- Prevención de cáncer de cuello uterino, útero y mamas. Promoviendo la realización de colpocitología oncológica (PAP), ecografía mamaria y mamografía

- Prevención de ITS, promoviendo sexualidad responsable, así como también de embarazos no deseados
- Atención y abordaje de la mujer y su sexualidad
- Abordaje y atención de IVE, otorgando asesoramiento para su derivación al equipo multidisciplinario

A modo de cierre

Como se describió anteriormente, son varias las áreas donde la/el Obstetra Partera/o ejerce su profesión, siendo el puerperio una etapa donde se encuentra presente en su atención y acompañamiento, y durante la realización de este trabajo se generan algunas interrogantes.

¿Se otorga realmente el acompañamiento durante las diferentes etapas?, ¿se genera empatía con las mujeres y su entorno?

¿Se realiza la educación suficiente para empoderar a las mujeres y/o entorno sobre cada elección o situación a la que deben enfrentarse?, ¿se brinda la suficiente confianza para que recurran ante dudas y/o complicaciones?

¿Cuál es el contacto que se tiene luego del parto? ¿se les suelta la mano antes de tiempo?

Considerando que muchas son las interrogantes que se generan y que quedarán sus respuestas abiertas para reflexión, ya que esta revisión bibliográfica pretende enriquecer la profesión, la cual también se ve favorecida ante los cuestionamientos. No solo enriquecerse de forma personal sino preguntarse, reflexionar, ¿quiénes somos dentro del equipo de salud?, ¿cuáles son nuestras fortalezas y debilidades?.

BIBLIOGRAFÍA

- Acuña, A., (2008). La cascada de neurotransmisores en la función sexual. *Revista Urología Colombiana*, vol. 17, núm. 2, p 107-120, Bogotá, Colombia.
- Agudelo Londoño, J.; Bedoya García, J.; Osorio Tamayo, D., (2016). Ser mujer: entre la maternidad y la identidad. *Revista Poiésis*, 306-313, Colombia.
- Alarcón, A.; Nahuelcheo, Y., (2008). Creencias sobre el embarazo, parto y puerperio en la mujer mapuche: conversaciones privadas. Chungara, *Revista de Antropología chilena*, vol. 40, n 2, p 193-202, Chile.
- Alcolea, A., (1999). El Don Juan Tenorio de Zorrilla: entre el carnaval y el cuaresma. *Anuario del departamento de lengua y literatura Española de la Facultad de Filosofía y letras de la Universidad de Ljubljana*, núm. 8, p 101-114, Alcalá de Henares, España.
- Alvarado Calderón, K., (2005). *Construcción del concepto de Maternidad en la educación formal y no formal. Un estudio prospectivo*. Universidad de Costa Rica.
- Antúnez, A., (2018). *Sexualidad en la Adolescencia*. (Trabajo Final de Grado). Escuela de Parteras, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.
- Arvelo, L., (2001). Masculinidad y función paterna. *Revista. Otras miradas*, vol. 4, p 43-52, Venezuela.
- Arvelo, L., (2004). Maternidad, Paternidad y Género. *Otras Miradas*, vol. 4, p 92-98, Venezuela.
- Barrantes Valverde, K.; Cubero, MF., (2004). La maternidad como un constructo social determinante en el rol de la feminidad. *Revista Wimblu*. Costa Rica.

- Bataglia, V.; Rosas, G.; Ayala, J., (2006). Prevención y manejo de la infección puerperal. *Revista peruana de Ginecología y Obstetricia*, vol. 52, núm. 3, pág. 154-158, Perú.
- Becerril, BC., (2012). *Actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio. Un estudio prospectivo*. (Tesis de Maestría) Universidad de Almería, España.
- Benítez, G., (2010). *Manual de asistencia al parto y puerperio normal. Cambios en la madre durante el puerperio*. Lactancia materna. Seminario, Universidad de Albacete, España.
- Bergink, V.; Rasgon, N.; Wisner, K., (2016). *Postpartum Psychosis*. *Am.J. Psychiatry*, 173, 1179-1188.
- Bezares, B.; Sanz, O.; Jiménez, I. (2009). *Patología puerperal*. *An sist. navar*, 32 (supl 1), pag 169-175, España.
- Bydlowski, M., (1997). *La deuda de la vida. Itinerario psicoanalítico de la maternidad*. Biblioteca Nueva, París.
- Cabrero Roura, L., (2012). *Tratado de Ginecología y Obstetricia medicina materno fetal*. Segunda edición, tomo II. España, Editorial Panamericana.
- Caporale, S., (2004). La teoría crítica feminista anglosajona contemporánea en torno a la maternidad: una historia de luces y sombras. En *Discursos teóricos en torno a la (s) maternidad (es): una visión integradora* (pp. 199-221).
- Castello, L., (2006). *Vivencia emocional en el Embarazo, Parto y Puerperio*, Valencia, España.
- Corbo, G.; Defey, D.; Olivera, N., (2010). *De-presiones Maternas*, Montevideo, Uruguay.

- Cortés, H.; Gómez, j.; Gutiérrez, J., (2013). *Aspectos claves Obstetricia*, 1a edición, Corporación para Investigaciones Biológicas (CIB), Medellín, Colombia.
- Cunningham, G.; Leveno, K.; Bloom, S.; Spong, C.; Dashe, j.; Hoffman, B.; Casey, B.; Sheffield, J., (2010). *Williams Obstetricia*, edición 23a, Editorial Mc Graw-Hill, p 658, Estados Unidos.
- Curiel, O., (2009). *Descolonizando el feminismo: una perspectiva desde América Latina y el caribe*. Primer coloquio Latinoamericano sobre praxis y pensamiento feminista, Buenos Aires, Argentina,
- Delbono, V. *Respuesta sexual humana*. Material inédito, de uso académico en Escuela de Parteras, Uruguay.
- Delbono, V.; Martínez, E.; Morosi, C. El deseo sexual durante el embarazo: desconstrucción de un mito. *XIII Jornadas Nacionales de debate interdisciplinario en salud y población. Investigación e intervención en salud: demandas históricas, derechos pendientes y desigualdades emergentes*. 3 de agosto de 2018, Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires.
- Evans, M.; Vicuña, M.; Marín, R., (2003). Depresión postparto realidad en el sistema público de atención a la salud. *Revista de Obstetricia y Ginecología*, pág. 491-494, Chile.
- Foucault, M., (1977). Historia de la medicalización. *Educación médica y salud*, vol.11, núm.1, pág. 1-25, Francia.
- Foucault, M., (1986). *Historia de la sexualidad*. Edición 2011, vol. 2, México.
- Fuller, N., (2005). *Identidad femenina y maternidad: una relación incómoda*, Perú.
- Galiano, JM., (2009). *Influencia de la episiotomía versus desgarros perineales sobre la normalización de las relaciones sexuales en púérperas*, España. Recuperado el 08/06/19 en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/466/455>

- García, M. (2007) Psicosis Puerperal. *Revista Neuropsiquiátrica*, vol. 27, n 2, Madrid, España.
- Gómez, M., (2002). Patología Psiquiátrica en el puerperio. Psicosis Puerperal. *Revista de Neuro Psiquiatría*, p 32-42, España.
- Gómez Zapiain, J., (2010). *Psicología de la Sexualidad*. País Vasco: Universidad del país Vasco. Ed. Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
- González, L., (2016). *La sexualidad femenina en el postparto. Un estudio prospectivo*. (Tesis de Maestría) Universidad de Cantabria, España.
- Guías de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad. Servicio sociales de igualdad., (2014), Andalucía, España
- Jadresic, E., (1996). Depresión Postparto: Aspectos Antropológicos y Transculturales. *Psykhé*, Chile.
- Labrador, I., y Miyar, E. (2001). Sexualidad femenina durante la gestación. *Revista cubana de medicina general integral*, 17(5), 497-501.
- Lagarde, M., (1997). La sexualidad. *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*, pág. 177-211. Horas y Horas, México.
- Lawrence, M.; Leeman, MD.; Rebecca, G.; Rogers, MD., (2012). *Relaciones sexuales después del parto: Función sexual postparto*, España. DOI: 10.1097/AOG.Ob013e3182479611
- Ledermann, W., (2003). El hombre y sus epidemias a través de la historia. *Revista Chilena de Infectología*, vol. 20, pág. 13-17, Chile.
- Maldonado, M.; Saucedo, JM.; Lartigue, T., (2008). Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto. *Perinatología y Reproducción Humana*, 22(1), 5-14.

- Masters, W.H.; Johnson, V.E. (1967) Embarazo y respuesta sexual. En *Respuesta Sexual Humana*, pág. 127, Buenos Aires, Argentina, Editorial Inter Médica.
- Massó, E., (2013). Deseo lactante: Sexualidad y política en el activismo contemporáneo. *Revista de Antropología experimental*, núm. 13, p 515-529, España.
- Medina, I., (2009). *Crianza en apego: psicoanálisis, feminismo, neurobiología*, Cuba. Recuperado el 03/10/19 en: <http://www.tenemostetas.com/2009/12/crianza-con-apego-psicoanalisis.html>
- Melamed, A., (2016). Las teorías de las emociones y su relación con la cognición. Un análisis desde la filosofía de la mente, *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales*, Universidad Nacional de Jujuy. Recupero el 02/10/19 en: <https://www.redalyc.org/pdf/185/18551075001.pdf>
- Micolta, A., (2008). *Apuntes históricos de la Paternidad y Maternidad*, Madrid, España.
- Ministerio de Salud Pública., (2014). *Guías en Salud Sexual y Reproductiva: Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio*, Montevideo, Uruguay.
- Ministerio de Salud Pública., (2013). *Recomendaciones para la práctica del control preconcepcional, prenatal y puerperal*, Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, Argentina.
- Mojzuk, M., (2014). *Entre el maternalismo y la construcción socio-política de la maternidad*, Argentina.
- Molero, F., (2006). *La sexualidad en el embarazo y puerperio*, Barcelona, España.

Molina, ME., (2006). Transformaciones Histórico Culturales del concepto de Maternidad y sus repercusiones en la identidad de la mujer. *Psykhé*, vol. 15, p 93-103, Chile

Norma General Técnica para la Atención Integral en el Puerperio. Ministerio de Salud., (2015), Chile.

Normas y protocolos para la Atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo. Ministerio de Salud., (2008), Nicaragua.

OMS, (2016-2017). Campaña de salud pública. Recupera el 03/10/19 en: <https://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/handouts-depression/postnatal/es/>

OMS, (2011). *Planificación familiar: Un manual para proveedores.*

OMS, (2015). *Recomendaciones para la prevención y el tratamiento de las infecciones maternas en el puerperio.* Recuperado el 21/09/19 en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205685/WHO_RHR_16.01_spa.pdf;jsessionid=742D2A597A49882C5F2F73F17AF72C1A?sequence=2

Organización Panamericana de la Salud (OPS), OMS y La Asociación Mundial de Sexología. (2000). *Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción.* Celebrada en: Antigua Guatemala, Guatemala 19 al 22 de mayo de 2000. Recuperado el 08/06/19 en: http://www1.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/salud_sexual.pdf

Palomar Vereá, C., (2004). "Malas madres". *La construcción social de la maternidad*, México.

Palomar Vereá, C., (2005). *Maternidad: Historia y cultura.* México. Recuperado el 30/05/19 en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362005000200035

- Peralta, O., (1996) *Instituto de Medicina Reproductiva: Aspectos clínicos del Puerperio*, Chile.
- Pérez Sánchez, A.; Donoso Siña, E., (2011). *Obstetricia*, 4ta edición, Editorial Mediterráneo, p 445, Chile.
- Reglamento del Ejercicio de la Profesión de Partera, (2007). *Asociación Obstétrica del Uruguay* Recuperado de <https://www.asociacionobstetricadeluruguay.org/reglamentos>
- Rejane, N.; Matos, N.; Rosa, DM.,(2010). Cuerpo y sexualidad: experiencia de puérperas. *Revista Latino Am- Enfermagem*, p 1-8, Brasil.
- Rich, A., (1986). *Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución*. Traficantes de sueños, EEUU.
- Robles Blaessinger, R., (2012). Maternidad: ¿Un deseo femenino en la teoría Freudiana? *Revistas Académicas de la Universidad de Chile*
- Rodríguez, F. La sexualidad en el embarazo y puerperio, Barcelona, España. Recuperado el 31/08/19 en: <http://aeem.es/informam/103.pdf>
- Rodríguez Guaraglia, C.; Rosa Davison, MA., (2017). *Reinicio de las relaciones sexuales en el postparto en usuarias de la RAP. Un estudio prospectivo*. (Trabajo Final de Grado) Escuela de Partearas, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.
- Rodríguez, L., (2015). *La perspectiva de género como aporte del feminismo por el análisis y su reconstrucción: el caso de la violencia de género*. (Tesis Doctoral) Universidad Carlos III de Madrid, España.
- Salinas, H.; Parra, M.; Valdés, E.; Carmona, S.; Opazo, D., (2005) *Obstetricia*, pág. 115-123, Chile.
- Sastre, I., (2015). *Aspectos psicológicos y emocionales durante la gestación y el puerperio*, Valladolid, España.

- Saletti, L. (2008) *Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad*, p 169-183, España.
- Sánchez, M., (2016). *Construcción social de la maternidad: el papel de las mujeres en la sociedad*, México.
- Schwarcz, R.; Fescina, R.; Duverges, C., (2005) *Obstetricia*, 6ta edición, pág. 530-649, Buenos Aires, Argentina, El Ateneo Editorial.
- Schwarz, P. (2005). Influencia de las representaciones sociales de la maternidad en la construcción de identidad femenina en mujeres jóvenes de clase media urbana. *Comunicación presentada en las III Jornadas de Jóvenes Investigadores*, 29.
- Sigmund, F., (1901-1905). *Tres ensayos de teoría sexual*, edición 1992, Buenos Aires, Argentina.
- Soler, C., (2006). *Lo que Lacan dijo de las mujeres*. Editorial Paidós, Buenos Aires, Argentina.
- Teira, B. (2010) La Respuesta sexual humana. Recuperado el 08/06/19 en: http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=158
- Thomas, F., (2001). *La mujer tiene la palabra*, Editorial Aguilar, Colombia.
- Thompson, J., (2002). *Mommy queerest*. Contemporary rhetorics of lesbian maternal identity. University of Massachusetts Press, USA
- Yáñez, S., (2017). Una genealogía feminista para abordar la maternidad como institución y como experiencia. El legado de Adrienne Rich. *La manzana de la discordia*, vol. 12 núm. 1, p 61-76, Buenos Aires, Argentina.
- Zapata, R.; Gutiérrez, M., (2016). *Salud Sexual y Reproductiva*, Universidad de Almería, España.