



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO IX – N. 22 – 2015

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n22/508.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en **FORO I+E "Impacto social del conocimiento" - II Reunión Internacional de Investigación y Educación Superior en Enfermería – II Encuentro de Investigación de Estudiantes de Enfermería y Ciencias de la Salud**, reunión celebrada del 12 al 13 de noviembre de 2015 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

<i>Título</i>	Competencias profesionales: el papel de la matrona en el reanudar de las relaciones sexuales tras dar a luz
<i>Autores</i>	Ángeles María Márquez Carrasco, ¹ Marina Rico Neto, ² María de los Reyes Leo Rodríguez ³
<i>Centro/institución</i>	(1) Hospital Virgen Macarena de Sevilla. (2) Complejo Hospitalario de Huelva. (3) Hospital universitario Virgen del Rocío de Sevilla
<i>Ciudad/país</i>	(1,3) Sevilla, España. (2) Huelva, España
<i>Dirección e-mail</i>	Angelesmarquezcarrasco@gmail.com

RESUMEN

La sexualidad está influenciada por diversos factores y experiencias. En esta revisión nos centramos en la sexualidad en el puerperio. La etapa puerperal se acompañan de modificaciones biopsicosociales que cambian a la persona como tal. Muchísimas parejas tienen miedos y dificultades a la hora de retomar sus relaciones posparto. Según Barret, de una muestra de 484 primíparas, el 65 % reconoció tener problemas y solo el 15% lo comunicó a los profesionales sanitarios. Por tanto, es un problema infradiagnosticado e infravalorado. La matrona acompaña a la mujer en su ciclo reproductivo y debe velar por su sexualidad. Para ello, se quiere conocer cuál es la problemática que limita a estas parejas para su vuelta a la normalidad sexual y que actividades puede realizar la matrona, desde su campo de actuación.

Palabras clave: Sexualidad/ Pareja/ Matrona/ Posparto/ Puerperio.

ABSTRACT

Sexuality is influenced by various factors and experiences. In this review we focus on sexuality in the postpartum period. Puerperal stage accompanied by biopsychosocial changes that change the person as such. Many couples have fears and difficulties to resume relations postpartum. According to Barrett, a sample of 484 woman with first delivery, 65% said they have problems and only 15% reported it to professionals health. Therefore, it is an under diagnosed and underappreciated problem. Midwife accompanies women in their reproductive cycle and she should ensure their sexuality. To do this, you want to know what the problems limited to these partners for their return to sexual normality and what activities midwives can perform from its work area.

Key-words: Sexuality/ Couple/ Midwife/ After giving birth/ Postpartum.

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

1.- Introducción

La sexualidad es el conjunto de actividades y comportamientos relacionados con el placer sexual y es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. La OMS la define como una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano.¹

Varía durante toda la vida ya que es altamente influenciado por las vivencias y experiencias de la persona².

Para la pareja, la sexualidad es única, personalizada e irrepetible, llegando a ser un sello personal de cada una de ellas³. Cuando ambos miembros de la pareja se embarcan en la aventura de la paternidad, deben pasar una época de aceptación y adaptación a la nueva situación y a la variación de su disfrute sexual.

Una vez que el bebé ya ha nacido, la mujer entra en una fase denominada puerperio. En esta etapa, la madre sufre una serie de transformaciones no solo fisiológicas, endocrinas y genitales, sino como persona completa⁴.

Muchos estudios resaltan que mantener una salud sexual adecuada en el embarazo y puerperio origina mayor satisfacción, bienestar y mejor adaptación a la vida puerperal. Para ello, la sexualidad debe vivirse libremente, de manera abierta y compartida con la pareja.

Volver a la actividad sexual depende en gran medida de las orientaciones posparto que la pareja debe recibir, con el fin de reducir tabúes y creencias sobre ello. Sin embargo, sólo un 20-30% afirma haber recibido algún tipo de orientación sobre sexualidad posparto⁵.

Esta falta de educación, junto con creencias erróneas, miedos, dificultades e inquietudes y el sinfín de cambios vividos en este periodo pueden alterar los patrones sexuales entre los padres y desembocar en resultados adversos para la pareja³.

Se lleva a cabo una revisión bibliográfica que nos indique cuáles son estas dificultades para intentar responder a ello desde el punto de vista de la matrona, ya que somos el profesional adecuado para abordar la sexualidad en todo el ciclo vital de la mujer.

Así, se podría disminuir los miedos, ansiedades, inquietudes y dificultades que se dan a la hora de reiniciar las relaciones sexuales, mejorando la autoestima materna, facilitando la vida de pareja y ayudando, por tanto a la formación de la nueva familia.

Objetivo general:

-Conocer los problemas más comunes que se dan en la pareja a la hora de reiniciar sus relaciones sexuales para que las matronas puedan ayudarlos desde su campo de actuación.

-Enumerar las actividades propias de las matronas para poder ayudar a la pareja en su sexualidad en la etapa posparto.

2.- Metodología

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: Cuiden, Pubmed, Scielo y Cinahl; y revistas relacionadas con obstetricia como Matronas profesión y Matronas hoy.

Se combinaron las palabras " sexual", " sexualidad", " posparto" y "puerperio" en español, y para las palabras clave en lengua inglesa se utilizó: " after childbirth", "pospartum", "sexuality" " relationship".

Resultaron 53 artículos en Pubmed, 19 documentos en Cinahl, otros 27 en Cuiden, 18 citas en Scielo y 3 en las revistas de matrona.

Fueron elegidos aquellos documentos con acceso a texto completo gratuito, publicados en los últimos 10 años (con la excepción de algún documento que aunque siendo algo más antiguo se visualizó importante información), en humanos. Se rechazaron los documentos en idiomas diferentes a inglés o español y aquellos en cuyos títulos no se reflejaba el tema a revisar.

De esta búsqueda resultaron 53 documentos seleccionados, los cuales fueron sometidos a lectura previa y síntesis de los mismos, elaborándose un cuaderno de trabajo con las ideas principales obtenidas de dichos artículos. Esta documentación se analizó durante un año.

Del cuaderno de trabajo se extrajeron las ideas a tratar en esta revisión y se utilizaron los 16 documentos mencionados en la bibliografía. Encontramos en esta bibliografía cambios biopsicosociales sufridos por la pareja después de tener a su bebé que influyen en el retomar de su vida sexual, así como miedos e incertidumbres referidos por la pareja.

3.- Resultado

La figura de la matrona acompaña a la mujer durante todo su ciclo reproductivo, no siendo menos importante el puerperio. En esta época, como ya se ha mencionado en la introducción, a la pareja se le crean dudas afectivo- sexuales que no saben con quien compartir y de la que tampoco reciben información fácilmente.

La matrona ha de velar por la salud reproductora, que no es más que la capacidad de disfrutar de una vida satisfactoria y sin riesgos, y de procrear, y la libertad para hacerlo o no, cuando hacerlo y con qué frecuencia³. La sexualidad siempre ha estado impregnada de misterio y vergüenza. La población no suele sentirse libre de tratar estos temas ni siquiera con profesionales y ello conlleva que haya un infradiagnóstico de problemas y disfunciones que se puedan plantear. Se necesita mayor conciencia para tratar los aspectos de la sexualidad sin culpa, vergüenza y pudor³.

En el estudio de Barret et al, en el que se estudia a una muestra de 484 primíparas, el 65% de ellas reconoce tener problemas sexuales en el puerperio pero solo el 15% lo comunicó a profesionales sanitarios². En un meta-análisis compuesto por 59 estudios realizados entre 1950 y 1996 se concluye que el 40% de las mujeres tienen problemas en su primera relación sexual tras dar a luz⁴ y por último, en otra revisión que realizó Rogers⁶, sólo el 14% de su muestra refiere no tener ningún problema sexual, por tanto es una situación que se plantea con mucha incidencia.

La matrona no puede ejercer de terapeuta sexual pero si es consejera, puede resolver dudas que la mujer le exponga, haciéndola sentir escuchada. Según la problemática que nos plantee podemos valorar la situación, tranquilizar a la pareja, darles información pertinente, estimular la comunicación entre la pareja y, si es necesario, derivar al profesional que pueda ayudar a la pareja si no está al alcance de su mano.

Se debe tener en cuenta los factores biopsicosociales que acompañan a cada pareja para intentar adaptarse a ellos y crear un clima favorable a la comunicación de esta información tan privada e íntima⁷. No existe un guion predeterminado ya que cada mujer es única y cada pareja actúa de manera diferente frente a una misma situación³.

En el posparto se suceden una serie de cambios y modificaciones en la mujer. En la bibliografía se destacan, entre otros, cambios físicos como daños en la musculatura

pélvica³, loquios⁸, cambios hormonales que dan sequedad vaginal⁹, disminución de la libido⁵, relajación de la musculatura de introito y vagina¹⁰, dificultad para compatibilizar la imagen de los pechos como fuente de alimento para el bebé y elemento erótico¹¹, secreción láctea durante la excitación sexual y orgasmo^{4,9}, coitalgia y coitorragia¹, desgarros perineales o episiotomía^{2,9}. A nivel psicológico destacan los cambios en la autopercepción y sentimientos negativos por los cambios corporales (a las que se sienten incomodadas con sus cuerpos se les afecta la autoestima, la autoimagen, la sexualidad y la relación con el compañero)¹², se sienten vulnerables, cansadas en extremo¹⁰⁻¹², con necesidad de afecto, con miedo al nuevo desempeño sexual, miedo al dolor⁴, y miedo a quedar de nuevo embarazadas^{4,9}. A nivel social sufre cambios en las rutinas, roles y responsabilidades^{1,4}, algunas piensan que el rol de madre no es sexy y por tanto, ello les afecta a la vida sexual...

Con respecto a los cambios físicos, la mujer debe conocer de antemano que circunstancias puede darse, y aquellas que con seguridad se darán, para poder actuar en consecuencia. La nueva mamá se puede preparar para aquello que conoce, y tener un afrontamiento mucho más efectivo que cuando se encuentra frente a situaciones que la tomen desprevenida. Por ejemplo, toda mujer tiene loquios, que se dan al quedar las inserciones placentarias libres tras el alumbramiento. Deben saber que las relaciones pueden reiniciarse una vez desaparezca el sangrado y el periné esté recuperado, para así evitar infecciones uterinas y dehiscencias de las suturas.

Algunas comentan tener dificultad para la lubricación. Las hormonas son una importante parte responsable, sobre todo en las madres lactantes (la disminución de estrógenos conlleva un descenso de la lubricación genital)¹⁰. Para ello se les recomienda recurrir a algún lubricante que ayude a la penetración y a dar elasticidad a los músculos del periné⁹.

Las alteraciones hormonales, además, facilitan la tristeza puerperal (disminución de estrógenos), disminución de deseo sexual (por la disminución de la testosterona), y sensación de excitación mientras se da el pecho (por incremento de oxitocina) que puede desconcertar a la mujer y darle sentimiento de culpa¹. Muchas parejas pueden presionar a la mujer para el reinicio de las relaciones. Si saben que fisiológicamente el deseo es menor, y existe buena comunicación en la pareja, entenderán y apoyarán a la puerpera para iniciar cuando se encuentre preparada.

La musculatura pélvica puede resultar dañada en el parto (sobre todo por desgarros y episiotomías) derivando en molestias a la hora de tener prácticas sexuales. Se asocia a tasas más altas de trastornos de la excitación y de dolor sexual o dispareunia¹. También puede ser el origen de incontinencias urinarias y fecales, así como causa de prolapsos de órganos pélvicos. Estas problemáticas pueden alterar la imagen corporal de la persona, originando un impacto muy negativo en la función sexual^{13,14}.

A las puerperas con daño perineal se le plantean más dificultades. Aquellas aquejadas de desgarros graves (aquellos con gradación III y IV) tienen asociados mayor riesgo de dispareunia⁶. En los partos cuyo periné permanece íntegro la mujer presenta menor presencia de dispareunia en el postparto¹⁵. La forma de reparación de estas lesiones o de las episiotomías también influyen en la vivencia del dolor durante la vuelta a las relaciones. Las suturas continuas conllevan menos molestia y dolor a la mujer¹⁵ y por tanto facilita un reinicio más precoz.

Además, entre esta musculatura se encuentra el músculo pubococcígeo, el cual está relacionado con la capacidad orgásmica (cuando se daña se dificulta la llegada al orgasmo).

Para reforzar el suelo pélvico se recomienda realizar ejercicios de kegel² y gimnasia hipopresiva.

Con respecto a la lactancia materna, y aparte del componente hormonal anteriormente descrito, la mujer puede tener dificultad para ver sus pechos (ahora fuente de alimento de su bebe) desde la perspectiva erótica, pueden tener fugas de leche durante las relaciones sexuales y aumento de la sensibilidad de los pezones, lo cual le puede generar cierta incomodidad.

Es muy importante que a la nueva mama se le transmita la confianza de que su cuerpo se va a ir recuperando, y que aunque no llegue a ser la de antes, ella volverá a sentirse cómoda consigo misma.

A nivel psicológico, un gran caballo de batalla es el cambio que se da de la autopercepción por parte de la madre. Puede tener sentimientos negativos (vergüenza, inseguridad y sentirse poco atractivas, frágiles e incluso perdidas) por sus cambios corporales tras el parto (abdomen flácido, estrías, pechos hinchados...) ^{7,9}. Es muy importante reforzar su autoestima³ y aportar estrategias a la mujer para dedicar a su autocuidado un tiempo diario, aunque sea mínimo. Es importante que se sienta atractiva sin que para ello precise excesiva dedicación¹.

Con respecto a aquellas puérperas que cursan con depresión posparto, en ellas es más común la disfunción. En el estudio PRESIDE, el 40% de las madres con depresión tenían trastornos del deseo, excitación o del orgasmo. Además de tener menos deseo e interés por las relaciones, ellas las practican menos frecuentemente. A su vez, el tratamiento antidepressivo también puede dificultarlo¹⁶.

También pueden temer a su nuevo desempeño sexual. No saben si podrán volver a excitarse como antes, si recibirán la penetración igual, si logran el orgasmo, ó si su pareja obtendrá la misma satisfacción.

Hay que informarles que la respuesta sexual se va a ir recuperando progresivamente y que el tiempo promedio para alcanzar de nuevo el orgasmo es de tres meses. El deseo sexual también se va a ver disminuido en un inicio tendiendo a normalizarse de la semana 7- a la semana 13 posparto. La mujer va a requerir de un tiempo para reencontrarse con su cuerpo y sentirse cómoda consigo misma. Es muy importante sentirse con bienestar tanto físico como psíquico y sentirse preparada antes de reiniciar sus relaciones.

Se resaltarán la importancia del diálogo con la pareja, la comunicación entre ambos; la mujer debe sentirse cómoda y la pareja debe ser paciente y considerada. Reanudar la vida sexual después del parto no es fácil, pero si la pareja se lo propone será mucho menos difícil. Después del parto la pareja no debe desechar sus momentos íntimos y a solas, es importante que encuentren oportunidades durante el día o la noche para conversar o simplemente para estar juntos; éste es un punto esencial para contrarrestar los trastornos sexuales después del parto.

Las parejas tienen miedo al dolor y la penetración. La matrona debe explicarle que la sexualidad no es solo genitalidad. En una relación sexual interviene todo el cuerpo sin obligatoriedad de coito. Aquí cobra importancia la comunicación no verbal entre la pareja, los masajes, las caricias, el contacto. El juego sexual va a ayudar a la toma de

conciencia de como se encuentran ambos, si están preparados para el coito o incluso para aprender formas nuevas de vivir su placer que quizás no conocían. Se les puede sugerir que se redescubran mutuamente, ya que son los mismos pero han cambiado, por lo tanto pueden preguntarse por "lo que les gusta ahora". El coito debe ser progresivo y delicado⁷.

Para facilitar la penetración, que no deberá ser muy profunda en estos inicios, es conveniente poder relajar los músculos del periné. Muchos hombres creen que el único modo de penetrar es empujando. Si el hombre tiene una buena erección, puede esperar a la entrada de la vagina a que su compañera se encuentre con él, realizando pequeños movimientos de los músculos vaginales, contrayéndolos y relajándolos, lo que permite a la mujer ir regulando la penetración⁹.

Otro miedo en la pareja se da frente a la posibilidad de un nuevo embarazo. Para ello hay que buscar un método que cubra las necesidades de la pareja dándoles la tranquilidad necesaria gracias a sus índices de efectividad^{7,8}:

- Método de amenorrea en la lactancia (MELA) : tiene una efectividad superior al 98% si esta en los primeros seis meses posparto y toma lactancia materna exclusiva. Sin embargo, aun no teniendo regla , puede tener ovulaciones sin menstruación y por tanto quedar embarazada.

- Preservativo: Es el método de elección por su alta seguridad, inocuidad, y protección frente a infecciones.

- Diafragma: No se debe usar hasta la sexta semana posparto cuando la vagina ya recupera su estado y se puede medir la talla del diafragma.

- Dispositivo Intrauterino: Se puede insertar en mujeres dando lactancia, insertándolo a las seis semanas posparto.

- Anticoncepción Hormonal:

- Si son mujeres lactantes: a partir de la 6ª semana la anticoncepción hormonal sólo de gestágenos puede ser utilizada con una eficacia superior al 99%, sin efecto adverso sobre el volumen de la leche materna. Los combinados con estrógenos pueden disminuir la producción de la leche, por lo que no se recomienda. La píldora postcoital puede inhibir la prolactina y también está contraindicada para el bebe. Si hubiera que darla, durante dos días debería sacarse la leche para que siga produciéndola y alimentar al bebe con otra leche.
- Si son mujeres no lactantes: los anticonceptivos orales combinados se iniciarán en la cuarta semana después del parto.

Otro consejo que se compartirá es el hecho de procurar antes de intimar, de que el bebé haya comido y tenga los pañales limpios; con ello se asegurará de que el bebé no llorará y por ende habrá más tiempo para estar con la pareja sin ser interrumpido.

Las matronas no deben esperar a que la pareja le plantee sus problemas porque puede que por vergüenza nunca los comenten. Por tanto los profesionales deben tomar la iniciativa de preguntar y orientar al respecto. Además, se debe abordar pronto ya que muchas personas esperan a abordar el tema con el profesional para llevar a cabo el reinicio.

Es importante promover la vuelta a la actividad sexual por deseo propio y no por la sensación de deber o por imposición de la pareja. En el gran meta análisis que englobaba 59 estudios se mostró que el 57% de las mujeres no estaban satisfechas en lo que respecta a dar placer sexual a sus maridos y que, en la mayoría de los casos, lo que

motiva a las mujeres a reanudar su vida sexual después del parto es la necesidad de satisfacer a su pareja⁴.

4.-Conclusiones

Algunas de las acciones descritas en este artículo, las cuales ayudan a la problemática que suele presentarse en el reinicio de la sexualidad tras dar a luz, están totalmente enmarcadas en el campo de acción de la enfermería especializada obstétrica ginecológica, por lo que es un deber, a la vez de un gran privilegio para la matrona, proteger la sexualidad posparto.

Se ha de intentar prevenir las dificultades tanto ofreciendo conocimientos en la preparación a la maternidad como a la hora del parto, ya que aquellas finalizaciones de partos instrumentales, episiotomías y suturas discontinuas fomentan la dispareunia posparto.

Entre los conocimientos que debemos facilitarle a la pareja se encuentra que en el puerperio se viven cambios de tipo físico, emocionales, hormonales y sociales. Cuando la pareja lo entiende y conoce los cambios normales que se vive en este periodo, pueden afrontarlos eficazmente.

Es importante ofrecer la información sin esperar a que sea demandada, ya que no suele ser un tema fácil de abordar por parte de la pareja y sin embargo, se da en gran número de personas. Estas complicaciones suelen pasar desapercibidas y la morbilidad que las acompaña está infravalorada.

Es importante desmitificar la relevancia de las relaciones coitales, explicando que es una técnica más dentro de las que existen en las relaciones de pareja y que el coito se podrá reanudar cuando ambos los deseen y se sientan preparados (siempre y cuando no haya sangrado uterino y el periné este íntegro o cicatrizado). Mientras tanto pueden utilizar otras técnicas sexuales.

Los miedos que incapacitan a la mujer para tener relaciones satisfactorias son: miedo al dolor, al nuevo desempeño sexual, a la penetración y al nuevo embarazo. Estos miedos pueden ser disminuidos con el conocimiento acerca de ello pero también con asesoramiento y con planificación familiar.

La herramienta más importante que tiene la pareja es la confianza, el apoyo mutuo y la buena y fluida comunicación en esta situación. Las matronas deben impulsar la conversación en la pareja sobre sus necesidades, deseos y dificultades.

Por todo lo que se ha compartido en este artículo de revisión, se muestra que la figura de la matrona tiene un papel importante en la ayuda a la pareja para su reinicio en la sexualidad tras el parto.

Se han realizado los principales problemas que comentan las parejas y qué puede hacerse desde el campo de trabajo de la matrona para ayudar a superarlo.

Bibliografía

1. Bahamondes C et al. Mitos y creencias sobre sexualidad en embarazo y puerperio. 2012. www.buenastareas.com/ensayos/mitos-sobre-sexualidad-en-embarazo-y/6609077.html
2. Laviña Ab; Carreras V; Campos I. La sexualidad después de tener un hijo. Rev Anal Cienc Salud. 2007; 10:79-94.
3. Gomez S; Moreno M. La expresión de la sexualidad durante la gestación y el puerperio. Rev. Cultura de los cuidados. 2012; XVI (33):67-74.
4. Rejane N, Rosa DM. La sexualidad en el puerperio: la experiencia de un grupo de mujeres. Rev esc enferm USP. 2010; 44(4).
5. Belentani LM, Marcon SS, Pelloso SM. Patrones de sexualidad de las madres con niños de alto riesgo. Rev Acta paul.enferm. 2011; 24(1).
6. Rogers RG, Leeman LL. Cambios genitourinarios después del parto. Urol Clin N Am. 2007; 34(1): 13-21.
7. Fernandez R et al. Las relaciones afectivas y sexuales durante el puerperio y la lactancia: el papel de la matrona. Matronas hoy (Nueva etapa). 1999; 1er trim (12- 2º etapa): 22-9.
8. Hernández et al. Preparación a la maternidad y paternidad. Programa de atención a la salud afectivo-sexual y reproductiva. Gobierno de Canarias. 2009: 89-98.
9. Brelis R. Taller: la sexualidad después del parto. En el libro de memorias del III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. 2011: 50-3.
10. Ortiz M; García S; Colldeforns M. Estudio del interés sexual, la excitación y la percepción de las relaciones de pareja en mujeres primíparas lactantes en relación con las no lactantes. Rev Matonas Prof. 2010; 11(2): 45-52.
11. Olson A, et al. Women's thought about sexual life after childbirth: focus group discussions with women after childbirth. Rev Scand J Caring Sci. 2005; 19(4):381-7.
12. Woolhouse H, McDonald E, Brown S. women's experiences of sex and intimacy after childbirth: making the adjustment to motherhood. Rev J Psychosom Obstet Gynaecol. 2012; 33(4): 185-90.
13. Handa VL et al. The impact of fecal and urinary incontinence on quality of life 6 months after childbirth. Am J Obstet Gynecol 2007; 197(6).
14. Kammerer-Doak D, Rogers RG. Female function and dysfunction. Obstet Gynecol Clin N Am. 2008; 35:169-83.
15. Martinez JM. Influencia de la episiotomía vs desgarro perineal sobre la normalización de las relaciones sexuales en púerperas. Nure Inv. 2009; 6 (43): 8 pantallas.
16. Leeman L, Rogers R. Relaciones sexuales después del parto. Función sexual postparto. Rev Obstet Gynecol 2012; 119:647-55.