

PROGRAMA DE DOCTORADO EN BIOMEDICINA

**EQUIPO DE INVESTIGACION MULTIDISCIPLINAR EN
ATENCION PRIMARIA Y COMUNITARIA, Y EN CUIDADOS
INTEGRALES**



TESIS DOCTORAL

**REPERCUSIÓN DEL PROCESO DEL PARTO EN LA SALUD
SEXUAL DE LA MUJER**

**IMPACT OF THE BIRTH PROCESS ON THE SEXUAL HEALTH
OF WOMEN.**

**DIRECTORES:
DR. PEDRO HIDALGO LOPEZOSA
DR. PABLO JESÚS LÓPEZ SOTO**

ANDREA JIMÉNEZ RUZ

Abril 2021

TITULO: *Repercusión del proceso del parto en la salud sexual de la mujer*

AUTOR: *Andrea Jiménez Ruz*

© Edita: UCOPress. 2021
Campus de Rabanales
Ctra. Nacional IV, Km. 396 A
14071 Córdoba

[https://www.uco.es/ucopress/index.php/es/
ucopress@uco.es](https://www.uco.es/ucopress/index.php/es/ucopress@uco.es)

PROGRAMA DE DOCTORADO: BIOMEDICINA

**EQUIPO DE INVESTIGACIÓN MULTIDISCIPLINAR EN
ATENCIÓN PRIMARIA Y COMUNITARIA, Y EN CUIDADOS
INTEGRALES**



TESIS DOCTORAL

**REPERCUSIÓN DEL PROCESO DEL PARTO EN LA SALUD
SEXUAL DE LA MUJER**

**ANDREA JIMÉNEZ RUZ
2021**

**REPERCUSIÓN DEL PROCESO DEL PARTO EN LA SALUD
SEXUAL DE LA MUJER**

**IMPACT OF THE BIRTH PROCESS ON THE SEXUAL HEALTH
OF WOMEN.**



**Tesis Doctoral presentada en la Universidad de Córdoba
para la obtención del Título de Doctor.**

**Directores: Dr. Pablo Jesús López Soto.
Dr. Pedro Hidalgo Lopezosa.**

Córdoba, España, 2021.



TÍTULO DE LA TESIS: Repercusión del proceso del parto en la salud sexual de la mujer

DOCTORANDA: Andrea Jiménez Ruz

INFORME RAZONADO DEL/DE LOS DIRECTOR/ES DE LA TESIS

El presente trabajo pone en evidencia los numerosos condicionantes físicos, psicológicos y sociales con los que se encuentra la mujer en sus diferentes procesos vitales relacionados con la maternidad: embarazo, parto y puerperio, para disfrutar de salud sexual.

El estudio ha permitido conocer y analizar los aspectos relacionados con la salud sexual de las mujeres durante el 4º mes posparto. Además, la investigación ha aportado datos de interés sobre la salud física y mental de la mujer, así como de la relación de pareja. Los resultados de la Tesis que se presenta pueden ser útiles para asegurar la calidad de las intervenciones de las matronas y enfermeras en la atención a las mujeres, ya que existe evidencia de que las cuestiones estudiadas pueden repercutir en la actuación profesional de la enfermera en general y de la matrona en particular.

Por otro lado, la doctoranda, Matrona de profesión tanto en atención primaria como hospitalaria, ha trasladado su conocimiento profesional sobre sexología en la presente Tesis doctoral, lo que indudablemente ha enriquecido el trabajo.

Finalmente, en este fructífero período de formación también se han obtenidos otros hitos. A continuación, se detallan los frutos alcanzados:

A) RELACIONADOS CON LA TEMÁTICA DE TESIS

Comunicaciones a congresos:

- **Jiménez-Ruz A**, Hidalgo-Lopezosa P, López-Soto PJ. “Influencia de la lactancia materna en las disfunciones sexuales”, presentado en las VI Jornada Conmemorativa del Día Internacional de la Matrona, celebradas en Córdoba el 4 de Mayo de 2018. Póster
- **Jiménez-Ruz A**, Rodríguez-Borrego MA, Hidalgo-Lopezosa P, López-Soto PJ. “Sexual dysfunctions in the postpartum: a systematic review”, presentado en las IX IMIBIC Young Investigators Meeting, celebradas en Córdoba el 30 y 31 de Mayo de 2018. Póster
- **Jiménez-Ruz A**, Rodríguez-Borrego MA, Hidalgo-Lopezosa P, López-Soto PJ. “Impact of vaginismus in the delivery progress: a systematic review”, presentado en las X IMIBIC Young Investigators Meeting, celebradas en Córdoba el 16 y 17 de Mayo de 2019. Póster
- **Jiménez-Ruz A**, Cubero-Luna AM, Hidalgo-Maestre M, Rodríguez-Borrego MA, Hidalgo-Lopezosa P, López-Soto PJ. “Sexual dysfunction, self-esteem and risk of depression in the postpartum period”, presentado en las XI IMIBIC Young Investigators Meeting, celebradas en Córdoba el 29 y 30 de Octubre de 2020. Comunicación oral.

Publicaciones en revistas indexadas en JCR:

- Hidalgo-Lopezosa P, **Jiménez-Ruz A**, Carmona-Torres JM, Hidalgo-Maestre M, Rodríguez-Borrego MA, López-Soto PJ. Sociodemographic factors associated with preterm birth and low birth weight: A cross-sectional study. *Women & Health*. 2019;59(9):958-996. IF (2019): 2.308. Nursing – SCIE: 10/123. D1 Q1
- Hidalgo-Lopezosa P, Cubero-Luna AM, **Jiménez-Ruz A**, Hidalgo-Maestre M, Rodríguez-Borrego MA, López-Soto PJ. Association between birth plan use and maternal and neonatal outcomes in Southern Spain: A case-control study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(2):456. IF: 2.468. Environmental sciences – SCIE: 105/265. Q2

B) PARTICIPACIÓN EN OTROS PROYECTOS REALIZADOS DURANTE EL PERÍODO DE ELABORACIÓN DE LA TESIS

Comunicaciones a congresos:

- **Jiménez-Ruz A.**, Ventura-Luque R, Jiménez Lebrón R Barba-Jiménez I, “Planificación familiar en mujeres en exclusión social.” IV Congreso Internacional en Contextos Clínicos y de la Salud. 8 y 9 de marzo de 2018 en Murcia. Poster
- **Jiménez-Ruz A.**, Jiménez Lebrón R Ventura-Luque R, Barba-Jiménez I. “Atención de la Matrona en el Alumbramiento dirigido.” , IV Congreso Internacional en Contextos Clínicos y de la Salud. 8 y 9 de marzo de 2018 en Murcia. Poster
- **Jiménez-Ruz A.**, Barba-Jiménez I., Ventura-Luque R., Jiménez Lebrón R, “Importancia de la planificación del embarazo para disminuir riesgos” IV Congreso Internacional en Contextos Clínicos y de la Salud. 8 y 9 de marzo de 2018 en Murcia. Poster
- Ventura-Luque R., **Jiménez-Ruz A.**, Barba-Jiménez I, Jiménez Lebrón R. “Caso clínico: Lactancia Materna tras cesárea”. IV Congreso Internacional en Contextos Clínicos y de la Salud. 8 y 9 de marzo de 2018 en Murcia. Poster.
- Jiménez Lebrón R, **Jiménez-Ruz A.**, Ventura-Luque R., Barba-Jiménez I. “Desprendimiento de placenta y aspiración de meconio” IV Congreso Internacional en Contextos Clínicos y de la Salud. 8 y 9 de marzo de 2018 en Murcia. Poster
- Barba-Jiménez I., **Jiménez-Ruz A.**, Ventura-Luque R., Jiménez Lebrón R. “El papel de las redes sociales en la educación maternal.” IV Congreso Internacional en Contextos Clínicos y de la Salud. 8 y 9 de marzo de 2018 en Murcia. Poster

Publicaciones:

- López-Soto PJ e investigadores y colaboradores del grupo IMIBIC-GE08. Grupo Emergente IMIBIC-GE08 “Cuidados Enfermeros Integrales Perspectiva Multidisciplinar”. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba. Metas Enferm 2020;23(2):63-70.

Por todo lo expuesto los directores de la Tesis refrendan que la misma cumple los requisitos formales de calidad y originalidad, mantiene el rigor científico y académico exigible, y viene respaldada por comunicaciones científicas en congresos y publicaciones, por lo que se autoriza la presentación de la Tesis doctoral.

Córdoba, ____ de _____ de _____

Firma de los directores

Fdo.: Pedro Hidalgo Lopezosa

Fdo.: Pablo Jesús López Soto

AGRADECIMIENTOS

La finalización de esta tesis es el resultado de la dedicación y el esfuerzo por crecer en mi carrera profesional.

A lo largo de estos años, he tenido el apoyo y la colaboración de varias personas, que me han alentado a continuar. A ellas va mi agradecimiento:

A mis tutores, los doctores Pablo Jesús López Soto y Pedro Hidalgo Lopezosa, porque sin su apoyo, asesoramiento, paciencia, entrega y tesón nunca hubiera logrado este objetivo.

A mi familia, en especial a mis hijas Andrea y Anabel. Gracias a vosotras intento cada día ser mejor persona. A Amador por estar a mi lado. A mi madre, por la ayuda y colaboración en el cuidado y la crianza de mis hijas. A mi abuela Dolores por ser mi inspiración.

A mis compañeras Sandra, Macarena y Miriam por su inestimable ayuda.

A los coordinadores de Enfermería del Distrito Sanitario, en especial a Marisol por confiar en mí, y darme apoyo cuando más lo necesité. A José Tomás por su comprensión cuando solicité la reducción de jornada.

A todas las mujeres que han colaborado en el estudio, sin ellas no hubiera sido posible.

ÍNDICE

Abreviaturas.....	19
Índice de tablas	23
Índice de figuras.....	25
Presentación de la tesis.....	29
RESUMEN	31
ABSTRACT	35
I. INTRODUCCIÓN	39
1. MARCO TEÓRICO	41
1.1. Conceptos de sexualidad, sexo, salud sexual y salud reproductiva	41
1.1.1 Conceptos de sexualidad y sexo	41
1.1.2. Conceptos de salud sexual y salud reproductiva.....	43
1.2. Respuesta sexual humana	45
1.2.1. Modelos y teorías sobre la respuesta sexual humana (RSH)	45
1.2.2. Cambios fisiológicos de la respuesta sexual humana	49
1.2.3. Mecanismos fisiológicos de la respuesta sexual humana.....	52
1.2.3.1. Mecanismos neuronales de la respuesta sexual humana	52
1.2.3.2. Mecanismos endocrinos de la respuesta sexual humana.....	55
1.2.4. Cambios extragenitales durante la respuesta sexual humana.....	57
1.3. Derechos sexuales y reproductivos	57
1.4. Intervenciones en salud sexual y reproductiva	59
1.5. Disfunciones sexuales	61
1.5.1. Clasificación de las disfunciones sexuales.....	62
1.5.1.1. Disfunciones sexuales según DSM- V (Shepardson, & Carey, 2016) .	62
1.5.1.1.1. Disfunciones que afectan a la fase del deseo o excitación	62
1.5.1.1.2. Disfunciones que afectan a la fase del orgasmo	62
1.5.1.1.3. Disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos.....	63
1.5.1.1.4. Disfunciones que surgen por dolor (DSM-V)	63
1.5.1.1.5. Trastornos especificados y no especificados (DSM-V).....	63
1.5.1.2. Disfunciones sexuales según CIE-10	64
1.5.2. Prevalencia de las disfunciones sexuales	64

1.5.3. Origen de las disfunciones sexuales.....	65
1.5.4. Disfunciones sexuales en la mujer	66
1.5.4.1. Clasificación de las disfunciones sexuales en la mujer	67
1.5.4.1.1. Trastorno del interés/excitación sexual femenino	67
1.5.4.1.2. Trastorno de dolor genito-pélvico/penetración (GPPPD).....	68
1.5.4.1.3. Trastorno orgásmico femenino	69
1.5.5. Fármacos que alteran la respuesta sexual humana	70
1.6. Proceso de parto	71
1.6.1. Concepto de parto normal y distócico.....	71
1.6.2. Clasificación del parto.....	73
1.6.3. Fases del parto.....	73
1.6.4. Mecanismo del parto	76
1.6.5. Procedimientos obstétricos en el parto.....	78
1.6.5.1. Episiotomía.....	78
1.6.5.2. Instrumentación del parto	79
1.6.5.3. Parto por cesárea.....	80
1.6.6. Complicaciones en el embarazo y parto	82
1.6.6.1. Amenaza de parto pretérmino y parto prematuro.....	82
1.6.6.2. Muerte fetal anteparto.....	86
1.6.6.3. Complicaciones de la episiotomía	83
1.6.6.4. Desgarros o lesiones perineales de origen obstétrico	84
1.7. Puerperio.....	86
1.7.1. Definición y clasificación	86
1.7.2. Principales cambios durante el puerperio	87
1.7.2.1. Cambios anatómicos durante el puerperio	87
1.7.2.2. Alteraciones del patrón actividad y reposo	89
1.7.2.3. Adaptaciones psicológicas y sociales	90
1.7.2.4. Cambios en la imagen corporal	90
1.7.2.5. Necesidades sexuales.....	90
1.7.3. Asistencia en el puerperio inmediato	91
1.7.4. Principales riesgos durante el puerperio	91
1.7.4.1. La hemorragia posparto (HPP)	91
1.7.4.2. Hematomas	92
1.7.4.3. La infección puerperal	92

1.7.4.4. Trastornos psiquiátricos	93
1.7.5. Recomendaciones en el puerperio.....	95
1.8. Lactancia materna	100
1.8.1. Factores que favorecen la lactancia materna.....	100
1.8.2. Principales problemas derivados de la lactancia materna	101
1.8.2.1. Déficit en la demanda del RN o lactancia ineficaz.....	101
1.8.2.2. Ingurgitación mamaria.....	102
1.8.2.3. Problemas derivados de alteraciones anatómicas del pezón	103
1.8.2.4. Dolor y grietas en el pezón	103
1.8.2.5. Mastitis	104
1.9. Sexualidad al final del embarazo y tras el parto	105
2. MARCO CONTEXTUAL.....	107
2.1. Situación actual de la asistencia durante el embarazo y parto en España y Andalucía	107
2.2. Situación actual de algunos factores perinatales relacionados con la DSF	110
2.2.1. Episiotomía	110
2.2.2. Mortalidad fetal tardía.....	111
2.2.3. Prematuridad y bajo peso al nacer	111
2.3. Estado del arte sobre el trastorno de DSF.....	112
II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO	115
1. Objetivos del estudio	117
1.1. Objetivo general.....	117
1.2. Objetivos específicos	117
III. MATERIAL Y MÉTODOS	119
1. Diseño de la investigación	121
2. Sujetos de estudio	121
3. Población y ámbito de estudio	121
4. Periodo del estudio	121
5. Muestra	121
6. Variables del estudio.	122
6.1. Variables sociodemográficas	122
6.2. Variables obstétricas	122

6.3. Variables neonatales.....	122
6.4. Variables psicológicas	122
6.5. Variables de la función sexual de la mujer	123
6.6. Variables del ajuste de la pareja	123
7. Periodo de recogida de datos	123
8. Instrumentos de recogida de datos.....	123
8.1. Escala de autoestima de Rosemberg (Atienza et al., 2000; Rosemberg, 1965))	124
8.2. Escala de Edimburgo (Cox et al., 1987)	124
8.3. Cuestionario validado sobre la Función Sexual de la Mujer (FSM) (Sánchez et al., 2004)	125
8.4. Escala de ajuste diádico (EAD) (Cáceres et al., 2013; Spanier, 1976).....	127
9. Procedimiento en la recogida de datos	127
10. Análisis de los datos	128
11. Cronograma	129
12. Consideraciones éticas.....	129
IV. RESULTADOS.....	131
1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.....	133
1.1. Edad	133
1.2. Nivel de formación	133
1.3. Profesión	133
2. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE VARIABLES OBSTÉTRICAS	134
2.1. Paridad y edad gestacional.....	134
2.2. Patología en el embarazo	135
2.3. Educación maternal y preparación al parto.....	135
2.4. Inicio del parto	136
2.5. Analgesia epidural	136
2.6. Tipo de parto	136
2.7. Episiotomía	137
2.8. Desgarros vagino-perineales.....	137
2.9. Sutura	137
3. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE VARIABLES NEONATALES.....	138
3.1. Peso del recién nacido (RN)	138

3.2. Alimentación del RN	138
3.3. Ingreso del RN.....	138
4. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE VARIABLES DEPENDIENTES.....	139
4.1. Autoestima (Escala Rosenberg) (Atienza et al., 2000; Rosenberg, 1965))	139
4.2. Escala de Edimburgo (Cox et al., 1987)	140
4.3. Cuestionario función sexual (Sánchez et al., 2004).....	141
4.3.1. Aspectos de la función sexual	149
4.4. Escala de ajuste diádico (Cáceres et al., 2013; Spanier, 1976).....	155
5. ANALISIS INFERENCIAL DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, OBSTÉTRICAS Y NEONATALES	159
5.1. Relación de variables sociodemográficas y perinatales con el nivel de autoestima	159
5.2. Relación de variables sociodemográficas y perinatales con riesgo de depresión posparto.....	160
5.3. Relación de variables sociodemográficas y perinatales con la función sexual..	162
5.3.1. Edad materna y función sexual	162
5.3.2. Nivel de formación y función sexual	163
5.3.3. Paridad y función sexual	164
5.3.4. Tipo de parto y función sexual.....	164
5.3.5. Episiotomía y función sexual	165
5.3.6. Peso del RN y función sexual	166
5.3.7. Enfermedad del RN y función sexual	168
5.3.8. Lactancia materna y función sexual	169
5.3.9. Autoestima y función sexual.....	170
5.3.10. Riesgo de depresión y función sexual	171
5.4. Relación de variables sociodemográficas y perinatales con ajuste diádico.....	172
5.5. Relación y correlaciones de la Escala de Ajuste Diádico con Escala Rosenberg, Edimburgo y función sexual	174
5.5.1. Relación y correlación de la EAD con nivel de autoestima.....	174
5.5.2. Relación y correlación de la EAD con riesgo de depresión posparto	175
5.5.3. Estudio de correlación entre EAD con función sexual	176
6. ANÁLISIS MULTIVARIANTE.....	177
6.1. Factores asociados a los trastornos de la función sexual	177
6.2. Factores asociados a los trastornos del ajuste diádico de la pareja.....	179

V. DISCUSIÓN	181
1. Prevalencia de la disfunción sexual femenina	183
2. Factores asociados al riesgo de disfunción sexual.....	184
2.1. Factores sociodemográficos	185
2.2. Factores obstétricos y neonatales	186
2.3. Riesgo de depresión posparto y disfunción sexual	190
2.4. Autoestima y disfunción sexual	191
2.5. Función sexual y ajuste diádico	192
3. Limitaciones del estudio	193
VI. CONCLUSIONES.....	195
VII. BIBLIOGRAFÍA	199
VIII. ANEXOS.....	223
Anexo 1. Fármacos que pueden alterar la respuesta sexual humana.....	225
Anexo 2. Escala de Autoestima de Rosemberg (Atienza et al., 2000)	226
Anexo 3. Escala de Edimburgo (Cox et al., 1987)	226
Anexo 4. Cuestionario de la Función Sexual de la Mujer (Sánchez et al., 2004)	228
Anexo 5. Escala de Ajuste Diádico (EAD) (Spanier, 1976)	231
Anexo 6. Hoja de Información y Consentimiento Informado	234

ABREVIATURAS

AINE	Antiinflamatorios no esteroideos.
AMPc	Adenosina.
APA	American Psychological Association.
AP	Anteroposterior.
APP	Amenaza de parto prematuro.
Art	Artículo.
C/	Cada.
°C	Grados centígrados.
Ca	Calcio.
CC	Centímetros cúbicos.
CIE-10	Clasificación estadística internacional de las enfermedades y trastornos relacionados con la salud.
CM	Centímetros.
CPP	Contacto piel con piel.
CS	Centro de Salud.
CIPD	Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo.
D11	Vértebra dorsal 11.
DEAS	Dominios evaluadores de la actividad sexual.
DS	Disfunción sexual.
DSF	Disfunción sexual femenina.
DE	Desviación estandar.
DE	Disfunción Eréctil.
DSM	Manual Diagnóstico y Estadístico de la American Psychiatric Association.
DSM- IV	Manual Diagnóstico y Estadístico de la American Psychiatric Association, nº 4.
DSM-V	Manual Diagnóstico y Estadístico de la American Psychiatric Association, nº 5
DHEA	Deshidroepiandrosterona.
DPP	Depresión posparto.
E	Escala.
EAD	Escala Ajuste Diádico.

EAPN	Estrategia de Atención al Parto Normal.
EIDSF	Encuentro internacional para el estudio de la disfunción sexual femenina.
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale.
Et al.	Y otros
EUROPERISTAT	European Perinatal Health Report
FAME	Federación de Asociaciones de Matronas Españolas.
FIGO	Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia.
FIV	Fecundación in vitro.
FSFI	Female Sexual Function Index
FSM	Función Sexual de la mujer.
GPC	Guía de Práctica Clínica.
g	Gramos
H	Horas
HPA	Hipotalámico pituitario adrenal
HPG	Hipotalámico pituitario gonadal
HPP	Hemorragia postparto.
HTA	Hipertensión Arterial.
HU	Hospital Universitario.
HURS	Hospital Universitario Reina Sofía.
IASP	Instituto Andaluz de Sexología y Psicología.
IFSF	Índice de la función sexual femenina.
IC	Intervalo de confianza.
IM	Intramuscular.
INE	Instituto Nacional de Estadística.
INI	Informes de iniciativa no legislativa
ITS	Infección de transmisión sexual.
IV	Intravenoso.
JCR	Journal Citation Report.
Kg	Kilogramos.
Km/h	kilómetros/hora.
L2	Vértebra lumbar 2.
LH	Hormona luteinizante.
ML	Mililitros.
MELA	Método lactancia-amenorrea.

N	Número total de datos.
n	Número parcial de datos.
µg	Microgramos
NICE	National Institute for Health and Care Excellence.
NO	Óxido Nítrico.
OA	Occípito anterior.
OIIA	Occípito ilíaca izquierda anterior.
OIIP	Occípito ilíaca izquierda posterior.
OIIT	Occípito ilíaca izquierda transversa.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
OP	Occípito posterior
OR	Odds Ratio
OS	Occípito sacra
P	Valor de significación estadística.
PASW	Programa de análisis estadístico avanzado.
PGE	Prostaglandinas E.
PFD	Pelvic floor dysfunction.
RLM	Regresión Logística Múltiple.
RN	Recién nacido.
RS	Respuesta sexual.
RSH	Respuesta sexual humana.
S2	Vértebra sacra 2.
S4	Vertebra sacra 4.
SEGO	Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.
SD	Desviación Estándar.
Sg	Semanas de gestación.
SHBG	Globulina fijadora de las hormonas sexuales.
SNC	Sistema Nervioso Central.
UI	Unidades internacionales
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana.
VIP	Péptido intestinal vasoactivo.
Vs	Versus

WAS	World Association For Sexology
WHO	World Health Organization.
%	Porcentaje.

Tabla 1. Grupos de edad.....	133
Tabla 2. Nivel de formación en la población de estudio	133
Tabla 3. Profesión relacionada con la formación académica	134
Tabla 4. Profesión agrupada por sectores económicos.....	134
Tabla 5. Paridad.....	134
Tabla 6. Patología durante el embarazo.....	135
Tabla 7. Mujeres que recibieron educación maternal y preparación al parto en Atención Primaria	135
Tabla 8. Inicio del parto.....	136
Tabla 9. Uso de analgesia epidural durante el parto.....	136
Tabla 10. Tipo de parto.....	137
Tabla 11. Episiotomías practicadas	137
Tabla 12. Desgarros vagino-perineales	137
Tabla 13. Suturas por episiotomía y/o desgarros.....	138
Tabla 14. Alimentación del RN	138
Tabla 15. Ingreso del RN.....	138
Tabla 16. Nivel de autoestima (escala Rosemberg) (Atienza et al., 2000).....	139
Tabla 17. Puntuaciones negativas en la Escala Rosemberg (Atienza et al., 2000)	139
Tabla 18. Aspectos de la función sexual	149
Tabla 19. Nivel alcanzado en ajuste diádico y en cada una de sus dimensiones.....	156
Tabla 20. Relación de variables sociodemográficas y perinatales con nivel de autoestima.....	159
Tabla 21. Relación de variables sociodemográficas y perinatales con riesgo de depresión posparto	161
Tabla 22. Relación de la edad materna con trastornos en los aspectos de la función sexual.....	162
Tabla 23. Relación del nivel de formación materna con trastornos en los aspectos de la función sexual.....	163
Tabla 24. Relación de la edad materna con trastornos en los aspectos de la función sexual.....	164
Tabla 25. Relación del tipo de parto con trastornos en los aspectos de la función sexual.....	165

Tabla 26. Relación de la episiotomía con trastornos en los aspectos de la función sexual.	166
Tabla 27. Relación del peso del RN con trastornos en los aspectos de la función sexual.	167
Tabla 28. Estudio de correlación entre función sexual y peso del RN.	168
Tabla 29. Relación de enfermedad del RN con trastornos en los aspectos de la función sexual	169
Tabla 30. Relación de la lactancia materna con trastornos en los aspectos de la función sexual.	170
Tabla 31. Relación del nivel de autoestima con trastornos en los aspectos de la función sexual.	171
Tabla 32. Relación del riesgo de depresión con trastornos en los aspectos de la función sexual	172
Tabla 33. Relación entre dimensiones de la EAD con variables sociodemográficas y perinatales	173
Tabla 34. Relación entre dimensiones de la EAD con nivel de autoestima	174
Tabla 35. Estudio de correlación entre dimensiones de EAD y escala Rosemberg	175
Tabla 36. Relación entre dimensiones de la EAD con riesgo de depresión posparto. ..	175
Tabla 37. Estudio de correlaciones entre dimensiones de EAD y aspectos de la función sexual.	176
Tabla 38. Factores asociados al riesgo de disfunción sexual. Análisis de Regresión logística múltiple.	178
Tabla 39. Factores asociados con la alteración en ajuste diádico de la pareja. Análisis de regresión logística múltiple.	179

Índice de figuras

Figura 1. Modelo lineal de la respuesta sexual humana (Master & Johnson, 1966).....	46
Figura 2. Modelo de la RSH en hombres y mujeres (Master & Johnson,1966).....	46
Figura 3. Modelo de la RSH (Kaplan, 1979).....	47
Figura 4. Ciclo sexual de la mujer (Basson, 2005).....	48
Figura 5. Fases fisiológicas de la respuesta sexual humana (Federman, 2006; Mas, 2005).....	52
Figura 6. Frecuencias de puntuaciones obtenidas en la escala Rosemberg (Nivel de autoestima) (Atienza et al., 2000).....	140
Figura 7. Frecuencias en puntuaciones obtenidas en la escala de Edimburgo (Riesgo de depresión posparto) (Cox et al., 1987)	141
Figura 8. Función sexual. Fantasías sexuales.	142
Figura 9. Función sexual. Deseo de actividad sexual	142
Figura 10. Función sexual. Fácil excitación.	143
Figura 11. Función sexual. Excitación ante tocamientos	143
Figura 12. Función sexual. Sentirse húmeda ante la excitación	144
Figura 13. Función sexual. Dolor ante tocamientos	144
Figura 14. Función sexual. Penetración.....	145
Figura 15. Función sexual. Motivo de no penetración	145
Figura 16. Función sexual. Miedo ante actividad sexual	146
Figura 17. Función sexual. Se ha alcanzado orgasmo	146
Figura 18. Función sexual. Confianza para comunicar gustos a la pareja.....	147
Figura 19. Función sexual. Frecuencia relaciones	147
Figura 20. Función sexual. Disfrutó de la actividad sexual.....	148
Figura 21. Función sexual. Satisfacción con la actividad sexual	148
Figura 22. Trastornos del deseo sexual	150
Figura 23. Trastornos de excitación sexual	150
Figura 24. Trastornos de la lubricación	151
Figura 25. Trastornos del orgasmo	151
Figura 26. Trastorno de la penetración	152
Figura 27. Trastorno de ansiedad anticipada	152
Figura 28. Trastorno de iniciativa sexual	153
Figura 29. Trastorno de comunicación sexual	153

Figura 30. Satisfacción con la actividad sexual.....	154
Figura 31. Satisfacción sexual general	154
Figura 32. Riesgo de disfunción sexual.....	155
Figura 33. Ajuste diádico según puntuaciones totales.....	156
Figura 34. Nivel de consenso	157
Figura 35. Nivel de satisfacción	157
Figura 36. Nivel de cohesión.....	158
Figura 37. Nivel de expresión afectiva.....	158

“Toda referencia contenida en el presente documento a personas del sexo masculino se entenderá dicha igualmente a personas del sexo femenino, y a la inversa, salvo que el contexto indique claramente lo contrario”

PRESENTACIÓN DE LA TESIS

La disfunción sexual tiene una alta prevalencia en la sociedad española actual, especialmente la que afecta a la mujer, mucho menos estudiada e investigada. El embarazo, parto y puerperio constituyen una etapa de la vida de la mujer en la que aparecen una serie de factores que pueden desencadenar estos trastornos, por lo que debe considerarse como una etapa de especial vulnerabilidad en la mujer. El periodo posparto es quizás el de máxima vulnerabilidad por ser un momento en el que confluyen todos estos factores, los del embarazo, parto y los propios del puerperio. Durante ese período factores como las dificultades para adaptarse a la función materna, el estrés, el cuidado del niño, el sueño irregular, el cansancio, la lactancia materna, los cambios en la imagen corporal, el número y la forma de los partos, el dolor, la depresión posparto, y otros, pueden dar lugar a distintos problemas relacionados con la función sexual de la mujer.

Los capítulos que conforman esta tesis son los siguientes:

I. INTRODUCCIÓN

La introducción al trabajo de investigación se estructura a su vez en tres grandes bloques:

1. Marco teórico.

Se trata en este apartado de definir los conceptos más básicos que afectan al entorno del estudio, es decir, por una parte, lo que concierne a la propia sexualidad de la mujer y las disfunciones sexuales, y por otro al proceso de parto, haciendo énfasis en los distintos factores que aparecen en torno al parto y que pudieran afectar a la función sexual de la mujer.

2. Marco contextual.

Este apartado se centra en la situación actual de las disfunciones sexuales en nuestro entorno en el periodo posparto, así como de los factores relacionados con el proceso de embarazo, parto y puerperio

II. OBJETIVOS

En este capítulo se describe el objetivo general y los objetivos específicos del estudio.

III. MATERIAL Y MÉTODOS

En este capítulo se detallan todos los apartados de la metodología empleada en el estudio. Se incluyen las escalas y cuestionarios utilizados como instrumentos del estudio: Cuestionario de la Función Sexual de la Mujer (Sánchez et al., 2004), Escala Rosenberg (Atienza et al., 2000; Rosenberg, 1965), Escala de Edimburgo (Cox et al., 1987), y Escala de Ajuste Diádico (Cáceres et al. 2013; Spanier, 1976). Se realizó en primer lugar un análisis descriptivo de las variables del estudio, y posteriormente un análisis inferencial y de Regresión Logística Múltiple.

IV. RESULTADOS

En el capítulo de resultados, éstos se muestran de forma estructurada según los distintos tipos de variables y de análisis.

V. DISCUSIÓN

Este capítulo se ha estructurado siguiendo el orden de los principales resultados obtenidos, contrastándolos con la literatura científica.

VI. CONCLUSIONES

Se detallan las principales conclusiones generales del estudio, así como las referentes a los objetivos específicos marcados. Se incluye un breve apartado sobre las implicaciones que los resultados obtenidos puedan tener en la práctica clínica.

VII. BIBLIOGRAFÍA

Para las referencias bibliográficas se ha seguido el estilo *American Psychological Association* (APA), sexta edición.

VIII. ANEXOS

Se incluyen los cuatro cuestionarios empleados en la recogida de datos y el consentimiento informado.

RESUMEN

Introducción

El periodo posparto conlleva una serie de cambios físicos y emocionales en la mujer, además de cambios a nivel de relación de pareja e interacciones sociales con amigos y familiares. La vida sexual después del parto puede verse afectada negativamente dando lugar a disfunción sexual, que a su vez puede impactar en la salud física y psicológica de la mujer y la pareja. La prevalencia de la disfunción sexual femenina (DSF) en general es elevada, y oscila entre el 30 y el 60%, aunque en el periodo posparto puede elevarse hasta incluso el 80%.

En cuanto a los factores que pueden asociarse al riesgo de DSF durante el período posparto, se hallan muchos factores fisiológicos, psicológicos y socioculturales que pueden afectar negativamente la función sexual de las mujeres. Así mismo, diversos factores que aparecen en torno al parto como el propio modo del parto, la cicatrización de la episiotomía y afectación del suelo pélvico, los loquios, la lactancia materna, el propio cuidado del recién nacido (RN), el estrés, el cansancio, el dolor o incluso trastornos como la depresión posparto, pueden desencadenar problemas sexuales a la mujer y a su pareja.

Objetivos

Conocer y analizar la salud sexual de las mujeres puérperas que se encuentran en el 4º mes del periodo posparto, que han dado a luz en los hospitales de una provincia de sur de España.

Objetivos específicos:

1. Conocer la prevalencia de las disfunciones sexuales.
2. Describir los factores de riesgo asociados a las disfunciones sexuales.
3. Determinar el tiempo que transcurre desde el parto y las primeras prácticas sexuales.
4. Determinar la relación entre el tipo de parto y traumas perineales y disfunciones sexuales de origen orgánico.
5. Conocer cómo influye la maternidad en la calidad de la relación de la pareja en términos de consenso, satisfacción, expresión afectiva y cohesión.

6. Conocer el efecto de la calidad de la relación de la pareja en la disfunción sexual.
7. Conocer el nivel de autoestima de la puérpera para determinar la relación entre ésta y la disfunción sexual.

Metodología

Estudio observacional descriptivo transversal llevado a cabo en tres Centros de Salud de la zona básica de Córdoba (España), con mujeres puérperas que se encontraban en el 4º mes posparto, y que han dado a luz en hospitales de la provincia de Córdoba.

El estudio se llevó a cabo entre enero de 2018 y mayo de 2020. La población de estudio la constituyeron puérperas citadas a una consulta programada en el 4º mes tras el parto realizada en atención primaria. Criterios de inclusión fueron: mujeres en periodo posparto que habían tenido un embarazo y parto únicos, a término (37-42 semanas de gestación, en adelante sg) y de bajo riesgo, por vía vaginal o cesárea. Se excluyeron partos múltiples y embarazos de alto riesgo.

Para el estudio, las mujeres tuvieron que contestar de forma anónima a cuatro cuestionarios: Cuestionario de la Función Sexual de la Mujer, para valorar el riesgo de disfunción sexual en la mujer (Sánchez et al., 2004); Escala de Rosemberg, para valorar el nivel de autoestima (Atienza et al., 2000); Escala de Edimburgo, para valorar el riesgo de depresión posparto (Cox et al., 1987); y Escala de Ajuste Diádico para valorar la situación de la pareja en cuanto al ajuste de la misma (Spanier, 1976). Junto a los cuestionarios se entregó información oportuna y el documento de consentimiento informado.

Se realizó un análisis descriptivo e inferencial de variables sociodemográficas, obstétricas, neonatales, psicológicas, y a las propias variables resultado extraídas de los cuestionarios, con el programa PASW Statistic versión 25. Las variables cualitativas se expresaron en número (n) y porcentajes (%), y las cuantitativas en media y desviación estándar (DE). Se realizaron pruebas de contraste de hipótesis aplicando los estadísticos correspondientes según el tipo de variable. Se utilizó el análisis de correlación de Pearson para comprobar correlaciones entre variables. Se calculó la OR cruda y posteriormente de forma ajustada mediante un análisis de regresión logística múltiple (RLM) para

determinar las variables influyentes en el riesgo de padecer disfunción sexual. Se asumió un error α del 5% ($p \leq 0,05$), mostrándose los valores exactos de “p” para cada estadístico.

Resultados

Participaron un total de 77 mujeres ($N = 77$). La edad media ha sido de 32,10 años ($\pm 4,29$). El 74% de las mujeres tuvieron un parto vaginal; de éstas un 58,4% tuvo un parto normal mientras que el 15,6% necesitó instrumentación del parto. En el 54,5% se practicó episiotomía. La mayoría de las mujeres declararon tener un nivel de autoestima alto (77,6%) y normal o medio (19,7%). Solo el 2,6% declaró poseer un nivel bajo de autoestima.

El 16,9% ($n=13$) de las mujeres declararon no haber tenido actividad sexual durante las últimas 4 semanas. Los dominios de la función sexual más afectados fueron la ansiedad anticipada (65% de mujeres), seguido de problemas relacionados con la penetración (53%), la iniciativa sexual (53%), deseo sexual (33%), lubricación (31%), excitación (26%), orgasmo (25%), y en menor medida la satisfacción (23%) y comunicación sexual (14%). El 89,9% presentaron alteración en un solo aspecto de la función sexual, el 85,9% tuvieron dos aspectos alterados, y el 47% de las mujeres declararon tener alteradas al menos tres aspectos de la función sexual. El 79,6% de las mujeres presentaron alteraciones (puntuación menor o igual a 50% equivalente a trastorno grave y/o moderado) en al menos uno de los dominios considerados evaluadores de la función sexual: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, penetración o ansiedad anticipada.

Los trastornos en los distintos dominios de la función sexual se relacionaron con factores sociodemográficos como la edad, las mujeres con 35 o más años presentaron mayor porcentaje de trastornos en la iniciativa sexual; o como el nivel de estudios, que se asoció con problemas en la comunicación sexual, ya que las mujeres sin estudios universitarios presentaron mayor grado de trastorno que mujeres con estudios universitarios. La paridad se relacionó con problemas de lubricación, las primíparas presentaron mayor trastorno que las multíparas; además, las mujeres con cesárea presentaron mayor grado de trastorno con la penetración, y las mujeres con parto vaginal con episiotomía tuvieron menores problemas con la penetración; también un mayor peso del recién nacido (RN) se relacionó con problemas en la penetración; los procesos patológicos en el RN se relacionaron con

mayor riesgo de comunicación y satisfacción sexual; las mujeres que dieron lactancia materna tuvieron mayor grado de trastorno en satisfacción con la actividad sexual; y las mujeres con un nivel medio bajo de autoestima tuvieron mayor grado de trastorno en comunicación y satisfacción. Estos factores no se asociaron a trastornos en el resto de dominios de la función sexual de la mujer. El análisis de correlación mostró que la dimensión de satisfacción se correlacionó con los aspectos ansiedad anticipada y satisfacción de la actividad sexual; así mismo, la expresión afectiva lo hizo con la penetración e iniciativa sexual.

En el análisis de RLM, los factores que aparecieron asociados al riesgo de trastorno de la función sexual fueron la profesión, concretamente profesiones relacionadas con títulos académicos secundarios; tener una episiotomía, que en este caso aparece como factor protector ante el riesgo de la disfunción sexual, y peso del RN.

Conclusión

La prevalencia de la disfunción sexual en este estudio fue del 79,6%. El 17% de las mujeres declararon no haber tenido actividad sexual durante las últimas 4 semanas.

Los factores que mostraron asociación con trastornos en alguno de los aspectos que conforman la función sexual fueron: la edad materna ≥ 35 años, la primiparidad, el parto por cesárea, procesos patológicos del hijo, el nivel de autoestima medio-bajo y la lactancia materna. Además, según el modelo de RLM, el peso del RN, tener un parto vaginal sin episiotomía, y profesiones relacionadas con estudios secundarios, fueron factores que se relacionaron con el riesgo de DSF. Las mujeres con autoestima alta presentaron menor porcentaje de trastornos de la función sexual, concretamente en los dominios de comunicación y satisfacción con la actividad sexual. Solo un 25% presentaron un ajuste diádico bajo. La satisfacción en la pareja se correlacionó con los aspectos de ansiedad anticipada y satisfacción de la actividad sexual.

Es necesario incidir en la investigación sobre los factores que afectan a la sexualidad de la mujer durante el periodo posparto dada la alta prevalencia de las disfunciones sexuales durante este periodo, y debido a que pueden constituir el origen de disfunciones sexuales que pueden permanecer en el tiempo y afectar a la salud física, sexual y psicológica de la mujer.

ABSTRACT

Introduction

The postpartum period is characterized by a series of physical and emotional changes in women, as well as changes in their relationships and social interactions with friends and family. Sexual life after childbirth can be negatively affected resulting in sexual dysfunction, which in turn can impact on the physical and psychological health of the woman and her/his partner. The prevalence of female sexual dysfunction (FSD) in general is high, ranging from 30-60%, although in the postpartum period it can rise to as high as 80%.

Regarding to the factors that might be associated with the risk of FSD during the postpartum period, there are many physiological, psychological and sociocultural factors that can negatively affect women's sexual function. Likewise, several factors which appear around childbirth such as the birth mode, episiotomy scarring and pelvic floor involvement, lochia, breastfeeding, newborn care, stress, fatigue, pain or even disorders, i.e., postpartum depression, can trigger sexual problems for the woman and her/his partner.

Objectives

To know and analyze the sexual health of puerperal women who are in the 4th month of the postpartum period, who have given birth in hospitals in a province in southern Spain.

Specific objectives:

1. To know the prevalence of sexual dysfunctions.
2. To describe the risk factors associated with sexual dysfunctions.
3. To determine the time that elapses since the birth and the first sexual practices.
4. To determine the relationship between the type of delivery and perineal trauma and sexual dysfunction of organic origin.
5. To know how motherhood influences the quality of the couple's relationship in terms of consensus, satisfaction, affective expression and cohesion.
6. To know the effect of the quality of the couple's relationship on sexual dysfunction.

7. To know the level of self-esteem of the puerperal woman to determine the relationship between it and sexual dysfunction.

Methodology

Cross-sectional descriptive observational study carried out in three Health Centers in the basic area of Cordoba (Spain), with postpartum women who are in the 4th month postpartum, and who have given birth in hospitals in the province of Cordoba.

The study was conducted between January 2018 to May 2020. The study population was constituted by postpartum women cited to a scheduled consultation in the 4th month after delivery performed in primary care. Inclusion criteria were postpartum women who had had a singleton pregnancy and birth, at term (37-42 weeks of gestation) and low risk, vaginally or by cesarean section. Multiple births and high-risk pregnancies were excluded.

For the study the women had to answer anonymously to four questionnaires: Female Sexual Function Questionnaire, to assess the risk of sexual dysfunction in women (Sanchez et al., 2004); Rosemberg Scale, to assess the level of self-esteem (Atienza et al., 2000); Edinburgh Scale, to assess the risk of postpartum depression (Cox et al., 1987); and Dyadic Adjustment Scale to assess the couple's situation in terms of couple adjustment (Spanier, 1976). Along with the questionnaires, timely information and the informed consent document were given.

A descriptive and inferential analysis of sociodemographic, obstetric, neonatal, psychological variables, and the result variables extracted from the questionnaires, was carried out with the PASW Statistic version 25 program. Qualitative variables were expressed in number (n) and percentages (%), and quantitative variables in mean and standard deviation (SD). Hypothesis testing was performed by applying the corresponding statistics according to the type of variable. Pearson's correlation analysis was used to test correlations between variables. The crude OR was calculated and subsequently adjusted by means of multiple logistic regression analysis (MLR) to determine the variables influencing the risk of suffering sexual dysfunction. An α error of 5% ($p \leq 0.05$) was assumed, with exact "p" values shown for each statistic.

Results

A total of 77 women (N = 77) participated. The mean age was 32.10 years (± 4.29). Seventy-four percent of the women had a vaginal delivery; of these 58.4% had a normal delivery while 15.6% required instrumentation of the delivery. Episiotomy was performed in 54.5%. Most of the women reported having a high level of self-esteem (77.6%) and normal or midlevel (19.7%). Only 2.6% reported having a low level of self-esteem.

16.9% (n=13) of the women reported no sexual activity during the last 4 weeks. The domains of sexual function most affected were anticipatory anxiety (65% of women), followed by problems related to penetration (53%), sexual initiative (53%), sexual desire (33%), lubrication (31%), arousal (26%), orgasm (25%), and to a lesser extent satisfaction (23%) and sexual communication (14%). 89.9% had impairment in only one aspect of sexual function, 85.9% had two aspects impaired, and 47% of the women reported having at least three aspects of sexual function impaired. A total of 79.6% of the women had impairments (score less than or equal to 50%, equivalent to severe and/or moderate impairment) in at least one of the domains considered as evaluators of sexual function: desire, arousal, lubrication, orgasm, penetration or anticipatory anxiety.

Disorders in the different domains of sexual function were related to sociodemographic factors such as age, with women aged 35 years or older presenting a higher percentage of disorders in sexual initiative; or the level of education, which was associated with problems in sexual communication, since women without university education presented a higher degree of disorder than women with university education. Parity was related to lubrication problems, with primiparous women presenting greater problems than multiparous women; in addition, women with cesarean section presented greater problems with penetration, and women with vaginal birth with episiotomy had fewer problems with penetration; also, greater newborn (NB) weight was related to problems with penetration; pathological processes in the NB were related to greater risk of sexual communication and satisfaction; women who breastfed had a greater degree of disorder in satisfaction with sexual activity; and women with a low average level of self-esteem had a greater degree of disorder in communication and satisfaction. These factors were not associated with disturbances in the other domains of women's sexual function.

Correlation analysis showed that the satisfaction dimension correlated with anticipatory anxiety and satisfaction with sexual activity; likewise, affective expression correlated with penetration and sexual initiative.

In the MLR analysis, the factors that appeared to be associated with the risk of sexual function disorder were profession, specifically professions related to secondary academic degrees; having an episiotomy, which in this case appears as a protective factor against the risk of sexual dysfunction, and weight of the newborn.

Conclusion

The prevalence of sexual dysfunction in this study was 79.6%. Seventeen percent of the women reported not having had sexual activity during the last 4 weeks.

The factors that showed association with disorders in any of the aspects that make up sexual function were: maternal age ≥ 35 years, primiparity, cesarean delivery, pathological processes of the child, medium-low level of self-esteem and breastfeeding. In addition, according to the RLM model, the weight of the NB, having a vaginal delivery without episiotomy, and professions related to secondary education, were factors that were related to the risk of DSF. Women with high self-esteem presented a lower percentage of sexual function disorders, specifically in the domains of communication and satisfaction with sexual activity. Only 25% presented low dyadic adjustment. Partner satisfaction was correlated with aspects of anticipatory anxiety and satisfaction with sexual activity.

It is necessary to investigate the factors that affect women's sexuality during the postpartum period given the high prevalence of sexual dysfunctions during this period, and because they can constitute the origin of sexual dysfunctions that can remain over time and affect the physical, sexual and psychological health of the woman.

I. INTRODUCCIÓN

1. MARCO TEÓRICO

1.1. CONCEPTOS DE SEXUALIDAD, SEXO, SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA.

1.1.1 Conceptos de sexualidad y sexo.

La *Organización Mundial de la Salud* (OMS) define la sexualidad como “aspecto central y fundamental del ser humano que está presente a lo largo de su vida y que abarca el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se siente y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales” (OMS, 2018).

Según Lagarde, la sexualidad se define como “conjunto de experiencias humanas atribuidas al sexo y definidas por éste, constituye a los particulares, y obliga su adscripción a grupos socioculturales genéricos y a condiciones de vida predeterminadas. La sexualidad es un complejo cultural históricamente determinado consistente en relaciones sociales, instituciones sociales y políticas, así como en concepciones del mundo, que define la identidad básica de los sujetos” (Lagarde, 2005).

Otros autores definen la sexualidad como “el conjunto de actitudes, prácticas, hábitos y discursos que cada sociedad, en un tiempo y espacio determinado, construye de manera colectiva en torno a la reproducción, los deseos, y las relaciones eróticas. En las sociedades actuales como en las pasadas, la sexualidad está presente en todas las esferas de la vida y es uno de los ejes de la configuración de la cultura. Este fenómeno influye desde el momento del nacimiento y sigue haciéndolo por el resto de la vida, pues determina la autoidentidad de los sujetos, sus posibilidades de experiencia y su lugar en el mundo” (Rodríguez-Shadowi, & López-Hernández, 2009); “la sexualidad agrupa, excluye e incluye, permite o prohíbe a los sujetos su acceso al poder y al placer, debido a que se encuentra interconectada con la economía, la subsistencia, la jerarquía y el género” (Rodríguez-Shadowi, & López-Hernández, 2009). En este sentido y siguiendo este

enfoque antropológico, Nieto (2003) estableció que “Las culturas dan forma y contenido a las conductas, a las experiencias y a los actos sexuales en sociedad. Las culturas articulan, vertebran, codifican y perfilan las prácticas sexuales de sus ciudadanos. Enmarcan, etiquetan y regulan la vida sexual” (Nieto, 2003).

La OMS en el año 2006 y posteriormente en el 2010 definió el sexo como: “Las características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer. Estos conjuntos de características biológicas tienden a diferenciar a los humanos como hombres o mujeres, pero no son mutuamente excluyentes, ya que hay individuos que poseen ambos. En el uso general de muchos idiomas, el término «sexo» se utiliza a menudo en el sentido de «actividad sexual», aunque para usos técnicos en el contexto de la sexualidad y los debates sobre salud sexual se prefiere la definición anterior (OMS, 2006-2010).

Desde el punto de vista de la biología evolutiva, el sexo surge en la naturaleza como medio para la supervivencia y adaptación de las especies. En el ser humano el sexo está programado genéticamente. Dependiendo si un individuo es XX o XY se producirán distintas hormonas que diferencian morfológicamente los genitales en femeninos o masculinos (Chozas, 2017). La definición de sexo, según las teorías genéticas o de la biología, está incompleta y es excluyente, ya que no tiene en cuenta a las personas intersexuales (Chozas, 2017; Tovar, 2013). Pero la diferenciación no concluye con el nacimiento, sino que va madurando durante la infancia hasta la adolescencia. Durante ese periodo, hay diversos procesos de aprendizaje y fisiológicos que se manifiestan en la interioridad en forma de sentimientos y sensaciones. Éstos se van ordenando en la conciencia formando un marco de referencia en el cual el sujeto construye su propia identidad. Este logro se alcanza a la edad en que un sujeto humano aprende a decir YO. Un niño/niña cuando “aprende a decir esta palabra, ya sabe bastantes cosas acerca de sí mismo, sabe que es niño o niña, sabe quién es su padre y su madre, quiénes son sus familiares, cómo puede relacionarse con cada uno de ellos, etc. Así constituye su identidad personal sexuada diferenciándose de y en la relación con otras dos identidades personales sexuadas: «tú» (madre) y «él» (padre)” (Chozas, 2017). En este proceso de aprendizaje influye la familia y el entorno. Es importante recordar los atributos sexuales que biológicamente la naturaleza ha proporcionado al ser humano a lo largo de la historia, proporcionando una serie de cualidades, comportamientos, actitudes, relaciones etc., que han sido las bases fundamentales de la diferenciación familiar, social y cultural entre el hombre y la mujer. Por lo tanto, la diferenciación sexual conlleva una estructura social

asimétrica y una relación de poder entre el hombre y la mujer. Surge el género por la atribución de cualidades distintas según el sexo, y por consiguiente aparecen los roles y estereotipos, es decir, los comportamientos, actitudes, expectativas que se esperan de una persona si es hombre o mujer (Chozas, 2017; Lagarde, 2005).

1.1.2. Conceptos de salud sexual y salud reproductiva.

En 1974 la OMS establece la primera definición sobre salud sexual: “la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor”. Además, indica que la atención al placer y al derecho a la información sexual son fundamentales (OMS, 1975).

Posteriormente, la salud sexual fue definida por la OMS como “un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, y no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. Para que todas las personas alcancen y mantengan una buena salud sexual, se deben respetar, proteger y satisfacer sus derechos sexuales” (OMS, 2006).

La OMS considera unos principios rectores y transversales en torno al concepto de salud sexual y reproductiva, que son: I) Un enfoque holístico de salud sexual por el que no solo debe abarcar la ausencia de enfermedad, sino además un estado de bienestar físico, mental y social así como la prevención; II) La relación intrínseca entre salud sexual y salud reproductiva ya que, aunque tienen aspectos diferentes, están íntimamente relacionadas; III) Respetar, proteger y cumplir los derechos humanos; intervenciones en salud sexual sobre el individuo, familia, comunidad, políticas, etc.; IV) Las necesidades diferentes durante la vida ya que la salud sexual es un proceso cambiante; V) Y un enfoque positivo, de respeto, basado en la evidencia científica (OMS, 2018).

En 1994, en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) celebrada en el Cairo, la salud sexual se incluyó en la salud reproductiva: “La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera

ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos”. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito “el derecho del hombre y de la mujer a obtener información y a planificar la familia de su elección, la introducción de métodos para la regulación de la fecundidad, el acceso a métodos seguros, eficaces y asequibles, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos” (Naciones Unidas, 1994).

De acuerdo con esta definición la CIPD define la atención de la salud reproductiva como el “conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual”. (Naciones Unidas, 1994).

La *World Association For Sexology* (WAS) define a su vez la Salud Sexual como “Estado de bienestar físico, psíquico, emocional y social en relación con la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un enfoque respetuoso y positivo hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como hacia la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para poder alcanzar y mantener la salud sexual, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y satisfechos” (WAS, 2008).

1.2. RESPUESTA SEXUAL HUMANA.

1.2.1. Modelos y teorías sobre la respuesta sexual humana (RSH).

La conducta sexual humana, además de tener un fin reproductivo, supone un elemento de placer, y de comunicación afectiva con la pareja (Mas García, 2005). Ésta responde a la interacción de factores psíquicos, emocionales, sociales, culturales y fisiológicos. Se denomina, respuesta sexual (RS) al “conjunto de los cambios físicos y neurofisiológicos, hemodinámicos y hormonales que suceden en el cuerpo durante la realización de actos sexuales. Estos cambios afectan a varios sistemas, no sólo a nivel genital, y su funcionamiento está influido por diversas hormonas, neurotransmisores, neuropéptidos y procesos cognitivos y emocionales” (Fora, 2018; Mas, 2005).

Diferentes modelos han tratado de explicar la respuesta sexual humana. En la década de los 50 del siglo XX, Masters y Johnson (1966) desarrollaron el modelo sexual lineal que consideraba los estadios de excitación, meseta, orgasmo y resolución. En la fase de excitación, de duración variable, aumenta la frecuencia cardíaca y la tensión muscular, originándose una vaso-congestión con aumento del tamaño de los órganos genitales, con erección del pene y del clítoris, labios menores y mayores y aumento de la lubricación vaginal. El útero y cuello uterino tienden a alinearse con la vagina. La fase de meseta llega hasta el orgasmo y en ella la vejiga se cierra y los músculos de la base del pene presentan contracciones rítmicas que expulsan el semen al final. Durante el orgasmo aparecen contracciones musculares involuntarias, aumenta la presión arterial y frecuencia cardíaca y respiratoria, y finalmente una liberación de la tensión nerviosa. En los hombres se suele alcanzar el orgasmo con la eyaculación, que se produce tras la acumulación de fluidos seminales en el bulbo uretral de la glándula prostática que acaban produciendo una sensación incontrolable de eyacular. En las mujeres se desencadenan contracciones uterinas. A diferencia del hombre, la mujer tiene la capacidad de experimentar más de un orgasmo durante la misma relación. Durante la fase de resolución la frecuencia cardíaca, tensión arterial, respiración y contracción muscular vuelven a la normalidad y se experimenta una sensación de bienestar. La erección en el hombre se va perdiendo, y en la mujer el clítoris y labios mayores y menores disminuyen su tamaño y el útero vuelve a su posición normal (Masters, & Johnson, 1966). Las figuras 1 y 2 representan el modelo de respuesta sexual humana de Master y Johnson.



Figura 1. Modelo lineal de la respuesta sexual humana (Master & Johnson, 1966).



Figura 2. Modelo de la RSH en hombres y mujeres (Master, & Johnson, 1966).

Por su parte, Kaplan (1974/1979) desarrolló su modelo trifásico. Kaplan incorporó el deseo al constatar a través de su experiencia clínica que había pacientes que no encajaban en los trastornos de excitación-orgasmo. Unificó en un solo ítem la excitación y meseta. Esta autora basa su modelo en la neurofisiología. La descripción de su modelo concluye en deseo, excitación y orgasmo.

Según Kaplan “El deseo refleja las motivaciones, los impulsos o la personalidad de la persona. El deseo de cualquier persona depende de factores como el impulso biológico, una adecuada autoestima, la capacidad para aceptarse a uno mismo como sujeto sexual,

las experiencias sexuales previas agradables, la accesibilidad a una pareja adecuada o una buena relación de pareja” (Kaplan, 1979). La figura 3 representa dicho modelo.

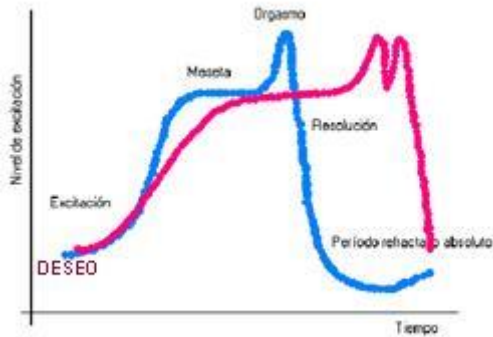


Figura 3. Modelo de la RSH (Kaplan, 1979).

Beverly Whipple y Karen Brash-McGreer desarrollaron el modelo circular en 1990. Como característica de este modelo, la mujer previamente ha tenido experiencias satisfactorias para que vuelva a desear y concluya en nuevas prácticas sexuales placenteras. Consta de tres fases: (i) Fase de Sensación (en ella están incluidos el deseo, seducción, excitación y meseta); (ii) Fase de Entrega, que equivale al orgasmo; y (iii) Fase de Reflexión, similar a resolución (Whipple, & Mcgreer, 1997).

Basson (2005) describió un modelo biopsicosocial de la respuesta sexual femenina basado en una relación entre factores físicos, emocionales y cognitivos. Según este modelo, las mujeres suelen pasar desde una postura neutra a estar predisuestas para realizar una actividad sexual mediante la excitación y el deseo en presencia de estímulos suficientes. La gratificación se consigue por la satisfacción y el placer además de otros aspectos no necesariamente sexuales, como la comunicación con la pareja, el afecto, complacer al compañero, la autoestima o el bienestar. Todo esto conlleva en que la mujer a una predisposición a nuevos encuentros sexuales (Basson, 2005). La figura 4 representa este modelo.

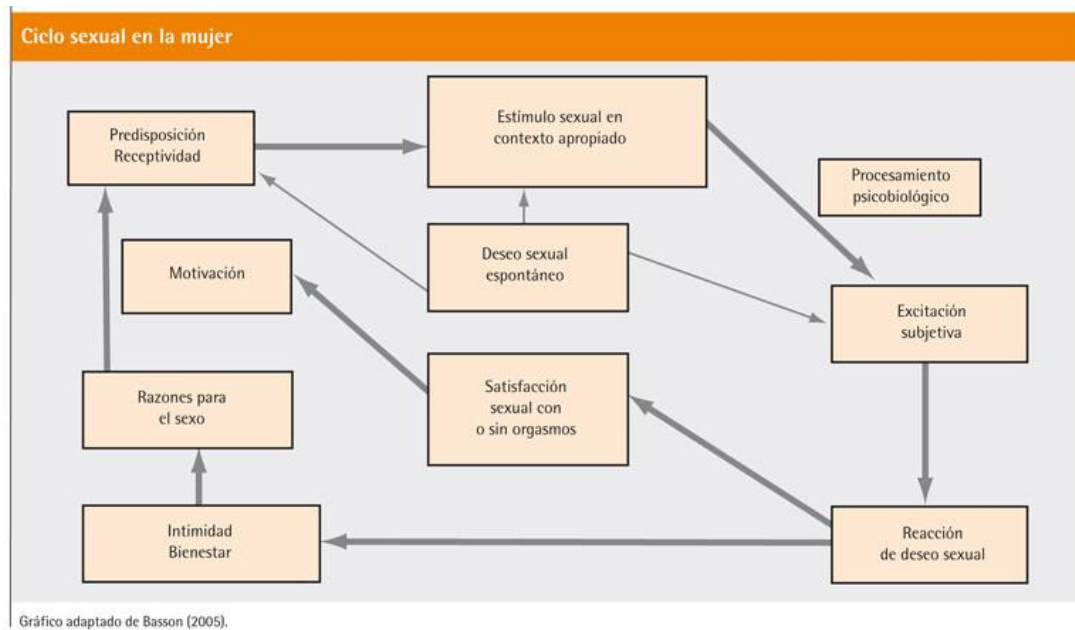


Figura 4. Ciclo sexual de la mujer (Basson, 2005).

Otros autores describieron un modelo tridimensional. Así, según Schnarch (1991) en la RSH intervienen 3 ejes: “intensidad del deseo, nivel de excitación y tiempo transcurrido”. Como característica de este modelo el deseo precede o puede suceder a la excitación y varía su intensidad. Walen, & Roth (1987), por su parte, desarrollaron un modelo cognitivo en el que se describe como la RSH se inicia tras un estímulo que es evaluado satisfactoriamente y conduce a la excitación y respuesta física del cuerpo.

Muchos estudios concluyeron en considerar que no existe un modelo universal y que existe diversidad en las motivaciones para el sexo; de esta forma, Carvalheira, Brotto, & Leal (2010) estudiaron a un grupo de mujeres con relaciones estables heterosexuales sin dificultad en la excitación, y comprobaron que una parte de ellas necesitaba excitarse para la relación, mientras un mayor porcentaje no necesitaba excitarse y lo hacían una vez iniciada la relación.

1.2.2. Cambios fisiológicos de la respuesta sexual humana.

Aunque los cambios fisiológicos más importantes se producen principalmente en los órganos genitales, en realidad todos los órganos y sistemas se ven afectados de alguna manera durante la respuesta sexual humana. Son bastante similares en ambos sexos y se agrupan en 3 fases:

- *Fase de excitación.*

Esta fase es muy similar en ambos sexos, la diferencia radica en el tiempo que necesitan ambos, que en el caso del hombre es menor que en la mujer. Se caracteriza por un mayor aumento en el aporte sanguíneo a los genitales como consecuencia de la dilatación arteriolar y de la estenosis de las vénulas subtunicales y comunicantes, generando un aumento de tamaño de éstos, denominándose este fenómeno tumescencia. Los músculos perineales bulbocavernosos e intercavernosos se contraen y comprimen la porción proximal de los órganos eréctiles llenos de sangre, aumentando la presión intracavernosa. En la mujer se produce un aumento de lubricación vaginal por la trasudación del plasma sanguíneo procedente del plexo vascular perivaginal, que se encuentra muy dilatado. Esta lubricación es importante para la penetración y para contrarrestar el pH vaginal, fundamental para que los espermatozoides puedan sobrevivir. Además, se produce un alargamiento de la vagina (Mas García, 2005).

- *Fase de orgasmo.*

En esta fase se aprecian diferencias entre ambos sexos; los hombres suelen alcanzar el orgasmo, sin embargo, muchas mujeres no lo alcanzan. Esta fase se caracteriza por la contracción de la musculatura pélvica y de los órganos genitales junto con otros grupos musculares del resto del cuerpo. Además, se produce un aumento de la frecuencia cardíaca, la presión arterial, y secreción de diversas hormonas como prolactina y oxitocina (Beyer & Komisaruk, 2009; Mas, 2005).

En el hombre, el orgasmo está generalmente asociado a la eyaculación. Esta consiste en “la expulsión del semen por el meato uretral gracias a las contracciones de la musculatura

pélvica y el peristaltismo uretral que se producen durante la fase orgásmica”. La eyaculación consta de dos fases: una fase de emisión caracterizada por la secreción de los fluidos seminales desde las glándulas accesorias como son la próstata y glándulas seminales hacia la uretra prostática; junto con el desplazamiento de los espermatozoides desde el epidídimo hasta dicha uretra prostática debido a la contracción de los conductos deferentes y las ampollas diferenciales (Cruz Navarro, & San Juan Salas, 2012).

En la fase de expulsión, el semen sale al exterior a través del meato uretral debido a las contracciones rítmicas tanto uretrales, como perineales, y la sincronización de los esfínteres interno y externo, que previamente han transformado la uretra prostática en una cámara de alta presión a la espera de la apertura de dichos esfínteres. El semen sale de manera discontinua, rítmica y espasmódica. La velocidad de salida puede llegar a superar los 50km/h, para poder llegar a zona más distal de la vagina (Cruz Navarro, & San Juan Salas, 2012).

El intervalo de duración de dichas contracciones es de 0,6 a 0,8 segundos. Un orgasmo suele tener 10-15 contracciones. Éstas disminuyen en frecuencia e intensidad durante la fase orgásmica. El volumen de semen eyaculado tiene relación con las contracciones de la uretra peneana. A mayor número de contracciones mayor placer y más volumen eyaculado (Cruz Navarro, & San Juan Salas, 2012; Beyer, & Komisaruk, 2009).

El orgasmo femenino es definido como la “culminación de una sensación variable y fugaz de placer intenso que genera un estado alterado de conciencia, normalmente con un inicio que va acompañado de unas contracciones rítmicas involuntarias de la musculatura estriada pélvica circunvaginal, a menudo con contracciones uterinas y anales concomitantes, y con una miotonía que resuelve la vaso-congestión inducida sexualmente, en general ocasionando bienestar y satisfacción”. Una diferencia con el hombre en la consecución del orgasmo es que la mujer necesita más tiempo de estimulación. Este aumento en el tiempo es uno de los motivos por el cual la mujer no alcanza el orgasmo, debido a una insuficiente estimulación física o psíquica (Mas García, 2005). Fisiológicamente el orgasmo en una mujer comienza cuando se produce la plataforma orgásmica descrita por Master, & Johnson (1978). Consiste en que las paredes del tercio externo de la vagina son empujadas hacia fuera por la congestión del plexo vascular y la contracción de los músculos perineales. Durante el orgasmo la musculatura

lisa genital y esquelética experimenta contracciones de forma intermitente. El número y la intensidad de las contracciones se puede relacionar con la experiencia del orgasmo, de forma que en un orgasmo femenino de duración e intensidad normal se presentan entre cinco a nueve contracciones de la vagina, mientras que en un orgasmo breve y débil se observan de tres a cinco contracciones. Algunas mujeres presentan orgasmos prolongados de un minuto de duración, durante los cuales pueden ocurrir 25 contracciones o más de los músculos perineales y el tracto genital (Beyer, & Komisaruk, 2009).

- *Fase de resolución.*

En esta fase se produce el retorno a los niveles funcionales iniciales con una disminución de la congestión pélvica y relajación de la musculatura. Se acompaña de un período refractario de varios minutos y en el que el hombre no suele poder conseguir un nuevo orgasmo; al contrario, las mujeres pueden experimentar orgasmos adicionales si se mantiene la estimulación. Además, se producen cambios en otros aparatos como aumento de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial durante la excitación; así como de la oxitocina durante el orgasmo y la prolactina tras el mismo (Federman, 2006; Mas, 2005). La figura 5 recoge las fases fisiológicas de la respuesta sexual humana según estos autores.

FASE	ÓRGANOS GENITALES	REACCIONES EXTRAGENITALES
EXCITACIÓN	Lubricación vaginal Tumescencia del clitoris, bulbos, labios menores y uretra Alargamiento y dilatación del fondo vaginal (tenting) y elevación del útero Estrechamiento del tercio externo de la vagina ("plataforma orgásmica") Elevación del cuerpo y el glande del clitoris ("retracción del clitoris") Congestión intensa de los labios menores	Erección de los pezones Aumento progresivo de la frecuencia cardíaca y la presión arterial Aumento de la ventilación pulmonar "rubor sexual": eritema en la cara y las nalgas (inconstante) Ingurgitación de la areolas mamarias Aumento de la tensión muscular
ORGASMO	Contracciones de la "plataforma orgásmica" vaginal (mm. Pubococcigeo y bulboesponjoso) Contracciones del ano Emisión de secreciones uretrales y parauretrales (gl. De skene) (inconstante) Contracciones uterinas (variables)	Espasmos musculares en el abdomen, el cuello y los miembros (variables) Pico de la frecuencia cardíaca y la presión arterial Jadeo, vocalizaciones (variable) Secreción de oxitocina Secreción de prolactina Alteración el estado de conciencia (distorsión de la percepción temporal, elevación del umbral de dolor)
RESOLUCIÓN	Disminución lenta de la congestión pélvica Posible retorno a la fase orgásmica o entrada en "periodo refractario", con pérdida de la tumescencia vulvar y reducción de la lubricación vaginal	Descongestión rápida de las aréolas mamarias Descenso rápido de la frecuencia cardíaca y la presión arterial a valores basales Sudoración Secreción elevada de prolactina sostenida (20-60 min)

Figura 5. Fases fisiológicas de la respuesta sexual humana (Federman, 2006; Mas, 2005).

1.2.3. Mecanismos fisiológicos de la respuesta sexual humana.

Para que la respuesta sexual sea satisfactoria se necesita que el sistema nervioso y endocrino se encuentren en perfecto estado (Chu, Cuenca, & López, 2015).

1.2.3.1. Mecanismos neuronales de la respuesta sexual humana.

El sistema nervioso necesita recibir estímulos de los distintos receptores que están distribuidos por todo el cuerpo y la información que captan es enviada a través de los nervios sensitivos (aférentes) al Sistema Nervioso Central (encéfalo y médula espinal). Ésta se procesa e integra generando una respuesta a través de los motores (eferentes) hacia los efectores (nervios, músculos, glándulas) para ejecutar una acción (Chu et al., 2015). Se inicia mediante estímulos eróticos que desarrollan una descarga a nivel cerebral, que actúa liberándose desde los circuitos inhibidores a los centros medulares responsables de la intumescencia genital: el dorsolumbar, a nivel de D11-L2, interviene por fibras simpáticas cuando hay un estímulo psíquico activando el plexo hipogástrico, los nervios

cavernosos y el tejido peneano; y el sacro a nivel S2-S4, responde a una estimulación genital directa. Los dos estímulos evolucionan de forma sinérgica para dar lugar a la intumescencia genital, que se consigue por inducción a nivel cerebral y se mantiene durante el acto sexual por el contacto y el arco reflejo sacro. Las órdenes nerviosas producen una vasodilatación cuya consecuencia es la erección del pene y la lubricación de la vagina (Bancroft, 2005).

Las regiones clave en el cerebro que regulan el deseo sexual incluyen la corteza prefrontal, el locus coeruleus, el área preóptica medial, el núcleo paraventricular y los centros de procesamiento de recompensa y atención del área tegmental ventral y el núcleo accumbens (Goldstein et al., 2017; Bancroft, Graham, Janssen, & Sanders 2009; Bancroft, 2005). El área encefálica que se encarga de recibir y procesar los estímulos sexuales es el “complejo reproductivo telediencefálico”. Este complejo está compuesto por el área preóptica medial del hipotálamo. Esta recibe las primeras sensaciones estimulantes relacionadas con la conducta sexual (caricias, recuerdos, imaginación). A ella también desemboca información recibida tanto del hipocampo, como el complejo amigdaliano. Por último, este complejo lo conforman los núcleos ventromedial y paraventricular del hipotálamo junto con los núcleos supraquiasmático, infundibular y premamilar ventral. Toda la información recabada por el área preóptica medial del hipotálamo se proyecta hacia la banda diagonal de Broca. El área prefrontal envía señales al núcleo accumbens, donde se genera la gratificación y la apetencia, produciendo mayor motivación y deseo para iniciar la conducta y conseguir la recompensa. Para esta respuesta se necesita la secreción de dopamina y glutamato (Fora, 2018).

La dopamina cerebral, melancortina, oxitocina, vasopresina y noradrenalina son necesarias para la excitación sexual. “Estos neurotransmisores coordinan vías en el hipotálamo, el sistema límbico y la corteza para procesar y responder a los estímulos sexuales. La inhibición sexual implica sistemas cerebrales de opioides, serotonina y endocannabinoides que se activan normalmente durante la refractariedad sexual o como una función de aversión primaria o evitación secundaria (recuerdos o experiencias negativas). Estos sistemas inhibidores reducen la capacidad de los sistemas excitadores para activarse” (Goldstein et al., 2017).

Inervación sensorial.

El nervio pudendo (raíces dorsales S2- S4) es el encargado tanto de la sensibilidad del pene como del clítoris y zona genital externa. También es el responsable de la contracción de la musculatura estriada perineal (músculo bulbocavernoso, isquiocavernoso, pubococcígeo) tan necesaria para la consecución del orgasmo femenino, y generando el fenómeno de rigidez de los genitales durante la fase de excitación (Mas, 2005). Por último, este nervio regula la fase de expulsión del proceso eyaculatorio (Cruz Navarro, & San Juan Salas, 2012; Martínez- Salamanca et al., 2010).

Inervación vegetativa o parasimpática.

El nervio pélvico (raíces S2-S4) (nervios erectores), responsable de la erección [tumefacción de la vulva y lubricación vaginal en la mujer y la secreción glandular en el hombre (próstata, vesículas seminales, glándulas parauretrales, cowper)]. Nervios que pueden lesionarse en, por ejemplo, la intervención de cirugía radical de próstata provocando disfunción eréctil (Mas, 2005).

Inervación simpática.

El nervio hipogástrico se encarga de la contracción del musculo liso que interviene durante el orgasmo, regulando la fase de emisión de la eyaculación, y posteriormente responsable de la detumescencia característica de la fase de resolución de la respuesta sexual (Cruz Navarro, & San Juan Salas, 2012; Mas, 2005).

Neurotransmisores.

La oleada de neurotransmisores comienza en el cerebro en la fase de deseo, y como consecuencia, en el sistema nervioso central, el sistema periférico y los genitales en la fase de excitación y orgasmo (García Hernández, 2019). El principal neurotransmisor es el óxido nítrico (NO), que interviene en el tono vaginal del músculo liso y en la vasocongestión de la vagina, junto con los estrógenos (Fora, 2018). Es liberado por los nervios erectores y el endotelio. El óxido nítrico aumenta la producción de guanosina y adenosina a nivel intracelular disminuyendo la concentración de Ca, necesario para la contracción

muscular, y relajando la musculatura lisa de los cuerpos cavernosos, produciendo la tumescencia (Mas García, 2005). Las prostaglandinas E (PGE) son producidas por el propio tejido eréctil y promueven la vasocongestión (Cruz Navarro, & San Juan Salas, 2012; Mas García, 2005). Otros neurotransmisores son la acetilcolina activa, que sostiene la producción de NO (Mas García, 2005). Por último, existen unas enzimas, las fosfodiesterasas, que son las encargadas de eliminar tanto la guanosina como la adenosina. Existen fármacos que producen la inhibición de éstas y prolongan la erección (Cruz Navarro, & San Juan Salas, 2012; Mas, 2005).

1.2.3.2. Mecanismos endocrinos de la respuesta sexual humana.

La actividad sexual es una consecuencia de los niveles en sangre de varias hormonas. Las encargadas de favorecer la respuesta sexual son: estrógenos, andrógenos, oxitocina y agonistas dopaminérgicos. Por el contrario, la progesterona o progestágenos, la prolactina (periodo de lactancia), y la serotonina tienen un papel inhibitorio (Velásquez, Delgado, & Briñez, 2015). Los estrógenos desempeñan en la mujer un importante papel en el mantenimiento del buen estado trófico de la vagina. Esta hormona interviene sobre el epitelio de la vagina contribuyendo a acidificar la vagina y facilitar la lubricación, además de preservar su elasticidad (Mas, 2007). El descenso de los estrógenos va paralelo a una disminución del grosor del epitelio vaginal y de la lubricación, apareciendo atrofia vaginal y genital, reducción del tamaño del clítoris y de la sensibilidad. Estos efectos pueden llegar a provocar disfunciones sexuales (Velasquez et al., 2015; Bancroft, 2005). Existen dudas en cuanto a si tienen un efecto directo en la excitación sexual, aunque en algunos estudios se ha observado que el etinil-estradiol tiene relación con el interés sexual y la consecución de orgasmos. En el hombre disminuyen el interés y la respuesta sexuales (Bancroft, 2005). Durante el periodo periovulatorio la motivación sexual y el deseo alcanzan su punto máximo en mujeres y hembras de mamíferos no humanos (Graham et al., 2015).

Los andrógenos desempeñan en ambos sexos una función fundamental en el mantenimiento y la función de la actividad sexual. En la pubertad hay una asociación entre la elevación de los niveles de testosterona y el interés y actividad sexuales. A partir de los 50 años, disminuyen los niveles circulantes de testosterona al aumentar la globulina fijadora de las hormonas sexuales (SHBG), hormona que aumenta tanto en el hombre

como en la mujer causando efectos similares en ambos sexos, paralelos al declinar de la función sexual. En la mujer también parecen desempeñar un papel en la motivación sexual (García Hernández, 2019; Bancroft, 2005). En la mujer, la producción de andrógenos ocurre en el ovario, en la glándula suprarrenal y en tejidos no endocrinos. La síntesis en la glándula suprarrenal conlleva un proceso de hidroxilación que da como resultado 17-Hidroxipregnenolona, posteriormente a deshidroepiandrosterona (DHEA), que a su vez se transforma en androstenodiona y finalmente en Testosterona. En el ovario bajo la influencia de LH se sintetiza androstenodiona y testosterona (Castelo- Branco, & Peralta, 2005).

Los niveles de testosterona aumentan en la fase folicular, cuando la mujer presenta un mayor interés sexual, y llegan a un pico máximo a mitad del ciclo, disminuyendo al final del mismo, cuando parece encontrarse menor interés sexual. También disminuye el interés sexual durante la lactancia materna, momento en el que los niveles de testosterona son menores (Bancroft 2005). La testosterona facilita la acción de la Dopamina e inhibe la Serotonina y la Prolactina. Por tanto, la Testosterona biodisponible, la Oxitocina y la Dopamina son sinérgicos en la RSH (García Hernández, 2019).

La oxitocina es necesaria para la estimulación sexual (Goldstein et al., 2017). Parece inducir la erección mediante un mecanismo dependiente de la testosterona. Sus niveles plasmáticos aumentan en hombres y mujeres durante la actividad sexual alcanzándose valores máximos en el orgasmo (Carmichael et al., 1987). Parece ser que la oxitocina favorece el transporte del espermatozoides al aumentar la contractilidad del músculo liso del tracto reproductivo (Bancroft, 2005).

La betaendorfina parece inhibir el comienzo del apetito sexual, aunque a dosis bajas tiene un efecto favorecedor, mientras que a dosis altas tiene un efecto inhibitorio. Por el contrario, los inhibidores de los opiáceos como la naloxona, incrementan el placer en dosis bajas y tienen un efecto opuesto a dosis altas (Bancroft, 2005).

La prolactina contribuye a la sequedad vaginal y dispareunia. Hay elevación de sus niveles tras el orgasmo tanto en hombres como en mujeres. En los hombres su exceso da lugar a una disminución del interés sexual y de la respuesta eréctil (Bancroft, 2005).

1.2.4. Cambios extragenitales durante la respuesta sexual humana.

En el sistema cardiovascular se produce un aumento en la frecuencia cardiaca, la presión arterial y el consumo de oxígeno durante la fase de excitación y orgásmica (Mas, 2005).

En el sistema endocrino se produce una elevación de vasopresina durante la excitación. Durante el orgasmo se eleva la oxitocina y en el periodo de resolución se produce más prolactina. Además, se han descrito aumentos en la adrenalina, gonadotrofinas y esteroides gonadales (Mas, 2005).

Cambios psíquicos. Si la experiencia sexual ha sido positiva y se ha conseguido alcanzar el orgasmo, esta situación placentera producirá motivación para repetir una nueva experiencia. En estos casos durante la fase de excitación se produce un aumento en el umbral del dolor (Mas, 2005).

1.3. DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.

Los derechos sexuales y reproductivos han sido reconocidos por la comunidad internacional como derechos humanos en declaraciones, convenciones y pactos de las Naciones Unidas. Han de ser reconocidos, promovidos, respetados y defendidos por todas las sociedades empleando los medios a su alcance. Los derechos reproductivos comprenden el derecho a decidir sobre la reproducción, además del compromiso a garantizar la atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada. Es aconsejable que las mujeres conozcan sus derechos laborales y que se les facilite tanto la posibilidad de conciliar la vida personal, familiar y laboral para la crianza y la corresponsabilidad de la pareja como la opción de mantener la lactancia mediante el permiso de maternidad, así como asegurarles una protección laboral y social durante el puerperio y lactancia (Ministerio de sanidad, política social e igualdad, 2011).

Entre los derechos básicos y principales de las mujeres en materia de salud reproductiva está el derecho a la información y a decidir libremente, que “implica ofrecer a las mujeres alternativas basadas en la evidencia científica para que puedan tomar decisiones informadas y de forma autónoma sobre el cuidado que desean recibir en el proceso de

embarazo, parto, puerperio y sobre los cuidados que deben proporcionarse al recién nacido/a” (Ministerio de sanidad, política social e igualdad, 2011).

El Parlamento Europeo aprobó la Resolución 2001/2128(INI) sobre salud sexual y reproductiva y los derechos, consensuando una serie de recomendaciones a los Gobiernos de los Estados miembros en materia de anticoncepción, embarazos no deseados y educación sexual. Pone de manifiesto también la desigualdad y dificultades que sufren las mujeres europeas en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva (Ministerio de sanidad, política social e igualdad, 2011).

“Los derechos fundamentales para la salud sexual son los siguientes (Ministerio de sanidad, política social e igualdad, 2011):

- Derecho a la vida, la libertad, la autonomía y seguridad de la persona.
- Derecho a la igualdad y la no discriminación.
- Derecho a no ser sometido a torturas o a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.
- Derecho a la privacidad.
- Derecho al grado máximo de salud (incluida la salud sexual) y al nivel máximo de seguridad social.
- Derecho al matrimonio y a formar una familia con el libre y completo consentimiento de ambos esposos, y a la igualdad dentro del matrimonio y en el momento de disolución de este.
- Derecho a decidir el número de hijos que se desea tener y el intervalo de tiempo entre los nacimientos.
- Derecho a la información y a la educación.
- Derecho a la libertad de opinión y de expresión.
- Derecho a la reparación efectiva en caso de violación de los derechos fundamentales”.

“Los derechos sexuales suponen la aplicación de los derechos humanos a la sexualidad y a la salud sexual. Protegen el derecho de todas las personas a satisfacer y expresar su sexualidad y a disfrutar de la salud sexual, con el debido respeto por los

derechos de los demás, dentro de un marco de protección frente a la discriminación” (WHO, 2010).

1.4. INTERVENCIONES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

La salud sexual y reproductiva están íntimamente relacionadas. Las principales intervenciones en salud sexual son:

- La educación y la información desde una perspectiva integral, que implican facilitar información pertinente, adecuada a la edad, y actual sobre aspectos físicos, psicológicos y sociales relacionados con la sexualidad y reproducción, con la salud sexual y reproductiva y con la pérdida de la salud. Las intervenciones tienen que orientarse para que los individuos adquieran información, aptitudes y conocimientos necesarios para tomar decisiones sobre su sexualidad y reproducción (UNESCO, 2017; WHO, 2015).
- Prevención de la violencia de género y apoyo a las víctimas. Las intervenciones en materia de salud incluyen la detección precoz mediante la entrevista clínica; el apoyo inmediato; el tratamiento y la atención a las víctimas de violencia de género, mediante la anticoncepción poscoital, el tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS), la profilaxis del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y la atención de salud mental (OMS, 2014).
- Prevención y control del VIH y otras ITS. Las ITS pueden tener efectos psicológicos, sociales y económicos, además de afectar a la salud en general, la fecundidad y la sexualidad. Las ITS pueden prevenirse mediante acciones como retrasar el inicio de las relaciones sexuales, las relaciones sexuales sin penetración, el uso de preservativos, la vacunación para prevenir el virus del papiloma humano y la hepatitis B, la circuncisión para prevenir el VIH y la profilaxis anterior y posterior a la exposición. Estas infecciones se pueden controlar mediante el diagnóstico y el tratamiento precoz, la mejora del acceso a la atención sanitaria, la notificación a las parejas sexuales y la prevención y el manejo de las complicaciones (OMS, 2016).

- Orientación psicosexual y función sexual. El funcionamiento sexual deficiente y las disfunciones sexuales son trastornos que suponen la presencia de dificultades para que la actividad sexual resulte satisfactoria. La detección y el tratamiento de las disfunciones sexuales son esenciales en la atención a la salud sexual. La orientación psicosexual proporciona apoyo y orientación a las personas afectadas (WHO, 2015/2017).

Las intervenciones en salud reproductiva son:

- Asistencia prenatal, durante el parto y el puerperio. La atención de calidad en estos periodos de la vida de la mujer es fundamental para reducir los resultados adversos y mejorar el bienestar de las mujeres y sus hijos. En este periodo se pueden llevar a cabo las siguientes intervenciones: la promoción de hábitos y nutrición saludables; la detección precoz de riesgos, así como la prevención y tratamiento de los trastornos; el manejo del parto; la prestación de atención digna facilitando la comunicación con los profesionales de salud; la atención y el apoyo a las víctimas de violencia de género; la anticoncepción posparto; el diagnóstico y el tratamiento de las ITS; y la atención sobre la salud mental (OMS, 2016; WHO, 2014).
- Orientación y suministro de métodos anticonceptivos. La anticoncepción es una intervención fundamental que evita los embarazos no deseados y abortos, reduciendo la mortalidad materna y neonatal y mejorando la salud de los recién nacidos (Festin et al., 2016).
- Tratamiento de la esterilidad. La esterilidad puede causar problemas en la pareja, que puede llegar al divorcio, además de poder ocasionar episodios de violencia de género. Las intervenciones van encaminadas a proporcionar mayor información sobre la esterilidad, así como el uso de tecnologías de reproducción asistida y la fecundación in vitro (FIV). Además, estos tratamientos brindan una oportunidad para implicar más a los hombres en la salud sexual y reproductiva (WHO, 2017).

- Servicios de aborto seguro. Son fundamentalmente los relacionados con el fomento de la información, el asesoramiento, el aborto farmacológico y quirúrgico, el reconocimiento y manejo de las complicaciones del aborto no seguro, facilitar anticonceptivos después del aborto y los sistemas de derivación a servicios sanitarios de más alto nivel (WHO, 2015).

1.5. DISFUNCIONES SEXUALES.

Como exponen los autores Campo & Herazo (2018), el comportamiento humano sexual ha tenido diferentes significados según el contexto histórico. Durante siglos el cristianismo consideró pecado o conductas inapropiadas aquellos actos sexuales sin fines reproductivos. Incluso algunos de éstos fueron considerados ilegales y penados por ley, por ejemplo, la homosexualidad. También algunas ciencias como la medicina y la psicología catalogaron algunos comportamientos sexuales indeseados como enfermedad o trastorno mental (Campo, & Herazo, 2018).

Según Kaplan (1996), el estudio de la sexualidad en las últimas décadas del siglo XX generó un aumento de cocimientos, que permitió a los profesionales brindar distintos tratamientos dependiendo del problema sexual que presentase la persona. Hasta mediados del siglo XX las disfunciones sexuales eran consideradas manifestaciones de problemas psicopatológicos graves. Para Kaplan (1996) es errónea la afirmación de que una disfunción sexual conlleva un trastorno mental. En algunos casos sí puede darse dicha asociación, pero existen distintas etiologías que las provocan.

La disfunción sexual (DS) se define como la alteración persistente o recurrente de cualquiera de las fases del ciclo de la RSH debido a factores orgánicos y/o psicológicos, incluyendo las causadas por dolor y por los efectos adversos de fármacos (DSM IV) (Shepardson, & Carey, 2016).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de la *American Psychiatric Association* sobre trastornos sexuales, más conocido como DSM, en concreto el volumen nº 4 (DSM IV), indica que se ha de tener en cuenta para el diagnóstico de una disfunción sexual: la coincidencia de dos características, la temporal, en el sentido de existir en el 75% el

trastorno en el tiempo, y la condicional, que provoca malestar en el individuo. Los profesionales de la sexualidad ante cualquier problema sexual deben de determinar si es de por vida o adquirido (por ejemplo, si el trastorno ha existido desde el comienzo de la actividad sexual o se ha desarrollado tras un periodo de actividad normal). Se debería valorar además si el trastorno es situacional o generalizado (por ejemplo, si se limita a determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas, o no) (DSM-V). Atendiendo a la clasificación contemplada DSM-V, las disfunciones pueden clasificarse según el área de la respuesta sexual que se vea afectada: trastornos del deseo, de la excitación, del orgasmo y por dolor, además de las causadas por enfermedad, por sustancias, la especificada y la no especificada (American Psychiatric Association, 2000).

1.5.1. Clasificación de las disfunciones sexuales.

1.5.1.1. Disfunciones sexuales según DSM- V (Shepardson, & Carey, 2016)

1.5.1.1.1. Disfunciones que afectan a la fase del deseo o excitación.

1. Trastorno eréctil. Fracaso para conseguir y mantener la erección durante la actividad sexual, de forma repetida.
2. Trastorno del interés/excitación sexual femenino. Ausencia o disminución del interés y/o la excitación en la relación sexual, o los pensamientos eróticos, o del placer sexual o de las sensaciones genitales o no genitales o en la receptividad sexual. Comprende los trastornos del deseo hipoactivo y el trastorno de excitación sexual femenino que se recogían en el DSM-IV.
3. Trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón. Deseo de actividad sexual escaso o ausente con unos pensamientos o fantasías sexuales deficientes o ausentes en el varón de manera continuada.

1.5.1.1.2. Disfunciones que afectan a la fase del orgasmo.

1. Eyaculación retardada. Retraso o incapacidad para alcanzar la eyaculación en presencia de estimulación sexual adecuada.

2. Eyaculación precoz. Eyaculación antes o justo después de la penetración vaginal, con tiempo inferior a los 60 segundos.

3. Trastorno orgásmico femenino. Dificultad para alcanzar el orgasmo o disminución de la intensidad de las sensaciones orgásmicas. Incluye la anorgasmia o inhibición orgásmica femenina y la aneyaculación.

1.5.1.1.3. Disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos.

Las disfunciones sexuales pueden ser consecuencia de intoxicación o abstinencia de ciertas sustancias como el alcohol, opiáceos, hipnóticos o ansiolíticos, estimulantes, etc, así como por medicamentos como antidepresivos, antipsicóticos, anticonceptivos hormonales, cardiovasculares, citotóxicos, gastrointestinales y hormonales.

1.5.1.1.4. Disfunciones que surgen por dolor (DSM-V)

Trastorno de dolor genito-pélvico/penetración. Dificultad para mantener relaciones sexuales por dolor genito-pélvico, temor al dolor o la penetración vaginal, o por tensión en los músculos del suelo pélvico. Incluye la dispareunia y el vaginismo, dolor sexual no coital y el dolor post- eyaculatorio.

1.5.1.1.5. Trastornos especificados y no especificados (DSM-V).

1. Disfunción sexual especificada. En este caso hay un predominio de síntomas relacionados con la disfunción, pero no se dan todos los criterios de una disfunción sexual determinada. Debe registrarse acompañada del motivo, como, por ejemplo, por aversión sexual.

2. Disfunción sexual no especificada. En este caso no se especifica el motivo específico de la disfunción porque no hay suficiente información.

1.5.1.2. Disfunciones sexuales según CIE-10.

El sistema de clasificación CIE-10 (Clasificación estadística internacional de las enfermedades y trastornos relacionados con la salud) propone las siguientes categorías clínicas (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018):

- Impulso sexual excesivo.
- Ausencia/ pérdida del deseo sexual.
- Fracaso de la respuesta genital.
- Disfunción orgásmica.
- Eyaculación precoz.
- Dispareunia no orgánica.
- Vaginismo no orgánico.
- Otras disfunciones sexuales.
- Disfunciones sexuales no orgánicas no especificadas.

1.5.2. Prevalencia de las disfunciones sexuales.

Existe una alta prevalencia de los trastornos sexuales. Se estima que alrededor del 30-50% en la población general presenta algún tipo de disfunción sexual (Verbeek, & Harward, 2019). En el mundo, alrededor del 15% de las parejas se ven afectadas por este motivo. Entre un 40% y el 50% se debe a factores masculinos (Chen et al., 2019).

Se estima que en los Estados Unidos el 40% de las mujeres tiene problemas sexuales. (Clayton, & Valladares Juárez, 2019). Tanto en el hombre como en la mujer afecta negativamente en la calidad de vida (Clayton, & Valladares, 2019; Chen et al., 2019; Faubion, & Rullo, 2015). Los datos indican que las disfunciones sexuales más frecuentes para las mujeres son las alteraciones en el deseo y la excitación. Además, hay una gran proporción de mujeres que experimentan múltiples disfunciones sexuales. En el caso de los hombres, la eyaculación precoz y la disfunción eréctil son las disfunciones sexuales más comunes, con menos comorbilidad entre las disfunciones sexuales en comparación con las mujeres (Chen et al., 2019).

1.5.3. Origen de las disfunciones sexuales.

El origen de las DS es a menudo multifactorial, requiriendo una atención multidisciplinar y realizando tratamientos que aborden tanto los factores biológicos, psicológicos, socioculturales, como de relación de pareja (Faubion, & Rullo, 2015).

Las causas orgánicas más frecuentes que pueden provocar disfunciones son:

- Padecer alguna enfermedad que las provoque: diabetes mellitus, hipertensión arterial (HTA), enfermedad del sistema central (Parkinson, esclerosis múltiple, epilepsia), hipotiroidismo, insuficiencia vascular. Muchas de estas enfermedades afectan a las vías neurológicas que controlan la respuesta sexual humana. Como resultado la persona que las sufre puede padecer disfunción eréctil y trastornos de la eyaculación, etc. (Fuentes 2016). Las mujeres que padecen endometriosis tienen el doble de riesgo de padecer disfunción sexual (Fairbanks, Abdo, Baracat, & Podgaec, 2017) En el caso de ciertas cirugías, como puede ser una mastectomía, colostomía, puede afectar a la propia percepción que tiene la persona sobre su imagen corporal y puede afectar al deseo (Faubion, & Rullo, 2015).
- Problemas en el suelo pélvico. En mujeres con este problema la incidencia de disfunción sexual aumenta del 50 al 83% (Verbeek, & Harward, 2016).
- Efectos colaterales del uso de fármacos utilizados en el tratamiento de distintas patologías (Fuentes, 2016).

Las causas no orgánicas:(Fuentes, 2016; Asociación Americana de Psiquiatría, 2013):

- Factores psicológicos: el estrés, cansancio, angustia, depresión, duelos, pérdidas afectivas, así como baja autoestima.
- Factores de pareja: mala comunicación, etc.
- Estilo de vida poco saludable.
- Abuso de drogas.
- Factores culturales y religiosos: tipo de educación sexual recibida, etc.
- Experiencias sexuales negativas: abusos, etc.

1.5.4. **Disfunciones sexuales en la mujer.**

Para comprender las disfunciones sexuales en la mujer se deben de analizar las creencias culturales y normas morales para así entender sus comportamientos y actitudes hacia la sexualidad. Durante siglos el único papel que la mujer ha desempeñado ha sido el de madre, hija, esposa o prostituta (Martínez López, 1991). En la esfera sexual, el objetivo principal de la mujer era la reproducción (Martínez López, 1991). Aspectos como la satisfacción o el placer sexual no eran tenidos en cuenta (Sánchez, Monje Hernández, & Gándara Martín, 2005). La virginidad femenina, representaba el honor de la familia. La prostitución surgió como el recurso económico de aquellas mujeres que perdían el honor y eran expulsadas del núcleo familiar. El matrimonio en muchas épocas fue más un contrato económico y una base para consolidar alianzas, firmar pactos, que una relación de cariño y atracción sexual. (Martínez López, 1991; Derasse Parra, 1988). Para multitud de mujeres las relaciones sexuales han sido un motivo de sufrimiento al vivir experiencias negativas como pueden ser el mantener relaciones para complacer a la pareja, situaciones de abuso, etc. El rol y estereotipos de madre, ama de casa, dependiente, sumisa, pasiva, frágil, que no tiene deseo, que no es agresiva, etc., que ha desempeñado la mujer a lo largo de los siglos, ha calado en la identidad de ésta a lo largo del tiempo. Muchas mujeres, para adaptarse a los comportamientos y actitudes establecidas, ignoraron sus necesidades generando problemas de salud (Darder, 2014).

A la mujer, durante mucho tiempo, no se le ha permitido desarrollar su deseo sexual. En el siglo XIX, existía la creencia de que la mujer buena no tenía deseo sexual. Esta creencia errónea ha ocasionado sentimientos negativos en las mujeres como vergüenza y llegar a considerarse una persona anormal por tener fantasías eróticas y desear sexualmente a otra persona (Darder, 2014). Tampoco se ha hablado con naturalidad de la masturbación femenina. Parece como si ésta no existiese y no pudiese producirse a lo largo de la vida de la mujer (Darder, 2014). Freud, en su teoría de los tres ensayos consideró que una relación sexual “normal” consistía en el coito y se tenía que desarrollar de una forma rápida. Contempló como perversión tanto al sexo oral como al anal, igual que los juegos eróticos. Con esta consideración deja al margen la satisfacción de la mujer (Freud, 1905).

1.5.4.1. *Clasificación de las disfunciones sexuales en la mujer.*

Los sistemas que clasifican las disfunciones sexuales siguen el esquema de las fases de la respuesta sexual humana. Uno de los sistemas que goza mayor difusión es el DSM-V (Asociación Psiquiátrica Americana, 2013).

1.5.4.1.1. *Trastorno del interés/excitación sexual femenino.*

Según el DSM-V, el trastorno del interés/excitación sexual femenino es la “ausencia o reducción significativa del interés/excitación en la actividad sexual, o los pensamientos eróticos, o del placer sexual o de las sensaciones genitales o no genitales, o en la receptividad sexual”. Uno de los trastornos que se ha incluido en la nueva clasificación DSM-V en relación con la anterior DSM-IV, es el trastorno de deseo sexual hipoactivo. Muchos expertos no están de acuerdo con que desaparezca la nomenclatura como disfunción del deseo sexual hipoactivo (McCabe et al., 2016).

El trastorno del deseo sexual hipoactivo se caracteriza por la deficiencia o ausencia persistente o recurrente de fantasías sexuales y el deseo de actividad sexual, con angustia marcada o dificultad interpersonal, que de otra manera no se explica por una condición médica o psiquiátrica general (Moreira, Glasser, & Gingell, 2005).

En mujeres epilépticas se producen alteraciones del ciclo menstrual, ciclos anovulatorios, alteraciones en el hipotálamo y/o en las hormonas pituitarias, junto a alteraciones en las hormonas esteroideas gonadales. Consecuencia de ello, diversas disfunciones sexuales se pueden presentar, pero la más común es una alteración del deseo sexual y una deficiente respuesta fisiológica inicial de excitación sexual (Morrell et al., 2000; Morrell, 1998). Entre los factores psicosociales que influyen en el deseo se encuentran estados emocionales negativos, que incluyen frustración, desesperanza, ira, falta de autoestima y pérdida de feminidad (Kingsberg, 2014).

En cuanto a los factores que se relacionan con las dificultades en la excitación se hallan “el excesivo control durante las relaciones sexuales, que impide una atención adecuada a la estimulación y a las sensaciones placenteras, una educación sexual restrictiva, la falta

de información sexual, experiencias sexuales iniciales traumáticas o escasamente satisfactorias, y un nulo conocimiento” (Sánchez et al., 2005).

1.5.4.1.2. *Trastorno de dolor genito-pélvico/penetración (GPPPD)*

Dentro de la nomenclatura se consideran el vaginismo, la dispareunia y vulvodinia. El diagnóstico de este trastorno requiere la presencia de al menos uno de los siguientes criterios: dificultades persistentes o recurrentes con la penetración vaginal durante el coito; dolor pélvico o vulvovaginal marcado durante el coito vaginal o los intentos de penetración; miedo o ansiedad marcados por el dolor pélvico o vulvovaginal en anticipación, durante o como resultado de la penetración vaginal; o tensión marcada de los músculos del suelo pélvico durante el intento de penetración vaginal. Las mujeres que padecen este trastorno sienten dolor ante cualquier forma de penetración vaginal, ya sea con tampones, dedos, dilatadores vaginales, exploraciones ginecológicas, y las relaciones sexuales son a menudo dolorosas o imposibles (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

En algunos casos existe un componente psicológico manifestado por el miedo y la ansiedad a la penetración, y produce a nivel físico un espasmo vaginal (Kadir et al., 2018). Las posibles causas son experiencias sexuales traumáticas, abuso sexual, una educación religiosa estricta, problemas de miedo o ansiedad, y haber tenido una experiencia a una edad temprana de cateterismo uretral o enema (Pacik, & Geletta, 2020). Como causas orgánicas se encuentra la disminución de los estrógenos, que sucede en la menopausia y perimenopausia, produciendo atrofia urogenital. “Esto conlleva cambio a nivel histológico como la fragmentación de la elastina, la hialización del colágeno, la disminución del flujo vascular y la proliferación de tejido conectivo, alterando los mecanismos de defensa de la vagina como la disminución del espesor del epitelio y la de la velocidad de maduración y de descamación, con descenso de la presencia de lactobacilos y modificaciones en el pH vaginal, que se vuelve más alcalino produciendo mayor riesgo de infecciones. La consecuencia es la pérdida del trofismo del epitelio, desapareciendo progresivamente los pliegues vaginales y disminuyendo la capacidad de secreción, por lo que resulta más vulnerable a las infecciones y a la aparición de lesiones (fisuras, equimosis, úlceras) ante pequeños traumas como los producidos durante el coito que generan síntomas como ardor, quemazón, sequedad y dolor” (Cancelo, & Castelo-

Branco, 2005). Existen también factores musculares que contribuyen al dolor durante el coito, como ocurre en el caso de la contracción persistente del elevador del ano, sensibilidad de la vejiga o síndrome de la vejiga dolorosa (Orr et al., 2018; Cancelo y Castelo-Branco, 2005). Cierta tipo de enfermedades también pueden ocasionar este trastorno, debido a una anormal vascularización que interfiere en los procesos fisiológicos de lubricación y turgencia del clítoris. Esto puede darse en presencia de enfermedades como la hipertensión arterial, diabetes con microangiopatía, lesiones vasculares traumáticas del lecho arterial ilio-hipogástrico-pudendo debido a fracturas de pelvis o lesiones perineales (Cancelo, & Castelo-Branco, 2005). Otras enfermedades como por ejemplo la endometriosis se han relacionado con la dispareunia profunda. La gravedad de ésta se asoció fuertemente con la sensibilidad de la vejiga y el síndrome de vejiga dolorosa, lo que puede traducirse en dolor miofascial en las mujeres (Orr et al., 2018). Algunas cirugías pélvicas pueden producir afectación neurológica por compresión del nervio pudendo, o provocar alteraciones en el introito vaginal o interior de la vagina dificultando las relaciones sexuales. Por último, la toma de ciertos medicamentos puede alterar las fases del deseo y la excitación provocando dolor durante el coito (Cancelo, & Castelo-Branco, 2005).

1.5.4.1.3. *Trastorno orgásmico femenino*

El trastorno orgásmico femenino se caracteriza por la ausencia o retraso para alcanzar el orgasmo tras una fase de excitación sexual normal (Vizcaíno Alonso, 2016; Sánchez et al., 2005). En “*The Second Internacional Consultation on Sexual Medicine*” se definió el trastorno del orgasmo cuando “a pesar de una adecuada excitación hay ausencia notable o disminución de la intensidad o retraso del orgasmo, con cualquier tipo de estimulación” (Basson et al., 2003). A su vez, la clasificación CIE-10 lo define como “el orgasmo no ocurre o está notablemente retrasado” (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018).

La clasificación del trastorno orgásmico femenino sigue los mismos criterios que el resto de trastornos sexuales (DSM V) (Sánchez et al., 2005):

- Según el inicio del trastorno. En este sentido hay mujeres que durante su vida sexual nunca han experimentado un orgasmo, o aquellas que tras una vida sexual sin problemas comienzan con el trastorno.
- Según el contexto en el que se desarrolla. Hay mujeres que no consiguen orgasmo a través de ningún procedimiento: masturbación, coito, estimulación, pareja, etc., en estos casos se trata de un trastorno generalizado; y aquellas que sólo no lo consiguen bajo determinadas circunstancias, por ejemplo, ciertos estímulos, situaciones, parejas, masturbación, coito, etc. En este caso se hablaría de un trastorno situacional.

Una de las causas de este trastorno es la inexperiencia y falta de aprendizaje. La mujer a través de la masturbación y las experiencias sexuales adquiere una serie de conocimientos sobre sí misma, que le hacen responder de manera más satisfactoria a los estímulos, y como resultado conseguir el orgasmo. Según el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología (IASP), casi el 98% de las mujeres que acuden a consulta quejándose de anorgasmia primaria, no se han masturbado con anterioridad (Cabello-Santamaría y Palacios, 2002). Según Elberdin (1999) la forma más fácil de experimentar el orgasmo es por medio de la masturbación. Un 95,2% de las mujeres que se masturban lo hacen por medio de la estimulación del clítoris. A nivel orgánico se hallan enfermedades crónicas, trastornos hormonales, infecciones y lesiones pélvicas, trastornos del suelo pélvico, depresión, uso de sustancias o medicamentos como alcohol, estupefacientes, antihipertensivos o tranquilizantes (Vizcaíno Alonso, 2016; Sánchez et al., 2005). Por último, en aquellos casos en los que el trastorno se considere ocasional, deberá valorarse la relación de pareja y estados estresantes que puedan ser los responsables de dicha disfunción (Sánchez et al., 2005).

1.5.5. Fármacos que alteran la respuesta sexual humana.

El uso terapéutico de ciertos fármacos tiene un efecto iatrogénico sobre la RSH ocasionando disfunciones sexuales. Los fármacos pueden alterar la función sexual por distintas vías. Los que alteran el deseo sexual generalmente actúan a nivel central y pueden reducir el deseo por sedación o alteración hormonal. Los medicamentos que interfieren con el sistema autónomo pueden provocar efectos negativos en la función

eréctil, la eyaculación y el orgasmo. Los fármacos que interfieren con las hormonas, como el tamoxifeno, pueden afectar a la respuesta vaginal (Smith, 2004).

Los fármacos betabloqueantes como el metoprolol, labetalol y carvedilol se relacionan con mayores tasas de disfunción eréctil. Los efectos negativos de este grupo de medicamentos sobre la capacidad eréctil en hombres son producidos por la disminución de la presión intracavernosa del pene, ya de por sí afectada en las personas que toman estos medicamentos al padecer una enfermedad cardiovascular, y al disminuir los niveles de testosterona plasmática (Hurtado-Murillo, & Domínguez-Salonginos, 2017).

Los antidepresivos causan DS tanto en hombres como en mujeres, sobre todo los que tienen fuertes propiedades serotoninérgicas (Hurtado-Murillo, & Domínguez-Salonginos, 2017). “La mayoría de los antipsicóticos producen DS por bloqueo de los receptores de dopamina. Esto produce hiperprolactinemia e hipogonadismo tanto en hombres como en mujeres, y además amenorrea y pérdida de función ovárica en mujeres y bajos niveles de testosterona en hombres” (Conaglen, & Conaglen, 2013).

En el Anexo 1, se presentan los medicamentos más importantes y la fase de la respuesta sexual a la que afectan.

1.6. PROCESO DE PARTO

1.6.1. Concepto de parto normal y distócico.

La OMS define el parto normal como aquel que “comienza de manera espontánea y es catalogado como de bajo riesgo al comienzo, manteniéndose de esta forma hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en presentación cefálica entre la 37 a 42 semanas de gestación (sg) completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones” (OMS, 1996).

Según la Sociedad Española de Ginecología y obstetricia (SEGO), parto normal es “todo trabajo de parto de una gestante que no presenta factores de riesgo durante la gestación, que se inicia de forma espontánea entre las 37 y 42 semanas y que, tras una evolución fisiológica del proceso, termina con el nacimiento de un RN normal que se adapta de

forma adecuada a la vida extrauterina. El alumbramiento y el puerperio inmediato deben, igualmente, evolucionar de forma fisiológica” (SEGO, 2008).

La FAME define el parto como aquel “proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo” (FAME, 2007).

Parto no intervenido es “el trabajo de parto que, por reunir las características descritas en la definición de parto normal, es asistido sin la utilización de procedimientos terapéuticos que alteren la fisiología del mismo. En la asistencia al parto no intervenido es igualmente fundamental la labor de vigilancia del estado materno-fetal, así como la asistencia psicológica a la parturienta y a su familia por parte del personal asistencial, matrona y auxiliar de enfermería. Entre un 70-80% de los partos son de bajo riesgo al comienzo del parto” (SEGO, 2008).

La atención a las mujeres durante el embarazo tiene que basarse en cuidados sobre su desarrollo normal, ya que se trata de un proceso normal y fisiológico. Por ello debe tenerse en cuenta un uso de tecnología apropiada, así como reconocer el papel activo que tiene la mujer sobre la toma de las decisiones en su propio proceso de parto. El respeto a la evolución normal del embarazo debe presidir toda la atención sanitaria y cualquier intervención debe ser valorada para ser aplicada sólo si ha demostrado beneficio y está de acuerdo con las necesidades y deseos de cada mujer. La atención de calidad a las mujeres embarazadas debe conllevar el seguimiento eficiente del proceso, la realización de las visitas, pruebas y procedimientos basados en la evidencia científica, la implicación de las usuarias y la adecuada coordinación de la atención primaria y hospitalaria. Durante el puerperio la asistencia sanitaria a la mujer y a su hijo debe tener continuidad y mantener el mismo nivel alto de atención, de forma que debe existir una buena coordinación entre atención hospitalaria y atención primaria (GPC embarazo y puerperio, 2014).

Parto distócico “es un parto complicado, bien por alteraciones que pueden surgir durante el embarazo o bien por complicaciones durante el proceso del parto tales como disfunciones dinámicas, alteraciones del ritmo del parto o del propio feto; estas

complicaciones impiden que el parto transcurra con normalidad y sea necesaria la ayuda de maniobras o intervenciones quirúrgicas para su resolución” (Donat Colomer, 2000). También pueden aparecer en el periodo expulsivo haciendo que este se prolongue, causado por problemas de rotación de la presentación o dificultades en la salida de los hombros y pérdida del bienestar fetal (Ortiz Quintana, 2017).

1.6.2. Clasificación del parto

El parto se puede clasificar atendiendo a varios criterios tales como su duración, modo de comienzo y finalización (SEGO, 2012).

Según su duración se habla de *parto a término* cuando ocurre entre las 37 y 42 sg; *parto pretérmino* cuando ocurre entre las 28 y 37 sg; y *parto postérmino* cuando el parto se desencadena y finaliza después de las 42 sg.

Según su comienzo se habla de *parto espontáneo* cuando el parto se inicia de forma espontánea sin necesidad de emplear ningún tipo de medicación y no es necesario realizar maniobras quirúrgicas para la expulsión fetal; *parto inducido y/o estimulado* cuando es necesario inducir y/o estimular las contracciones del trabajo del parto mediante medicación exógena.

Según su finalización el parto puede ser *eutócico o normal*, cuando comienza espontáneamente en una mujer con una gestación a término en presentación cefálica flexionada, posición de vértice y acaba también de forma espontánea, sin que haya complicaciones en su evolución; o bien *parto distócico* cuando es necesario la aplicación de intervenciones quirúrgicas para finalizar el parto (SEGO, 2012).

1.6.3. Fases del parto

Durante el proceso de parto se pueden distinguir las siguientes fases (SEGO, 2012):

Primera etapa del parto o fase de dilatación

Fase del parto que comprende el periodo entre el comienzo del mismo, es decir, desde que el cuello uterino tiene 2-3 cm de dilatación y una frecuencia de contracciones de 2-3

cada 10 minutos, hasta la dilatación completa. En esta etapa se distinguen dos fases: la *Fase latente*, que transcurre desde el inicio del parto hasta los 4 cm. de dilatación; y *Fase activa*, que transcurre desde los 4 a los 10 cm de dilatación, y en ella hay presencia de contracciones regulares (SEGO, 2012).

La OMS establece que la fase latente del período de dilatación se caracteriza por la presencia de contracciones uterinas dolorosas y cambios variables en el cuello uterino, con cierto grado de borramiento y progresión más lenta de la dilatación hasta 5 cm. El período de dilatación activa se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y regulares con un mayor grado de borramiento y dilatación más rápida del cuello uterino a partir de los 5 cm hasta la dilatación total (OMS, 2018).

En cuanto a la duración, es difícil establecer cuanto dura la fase latente. La duración de la fase activa, a partir de los 5 cm hasta la dilatación completa, no suele pasar de las 12 horas en primíparas y, normalmente, no pasa de las 10 horas en los siguientes partos (OMS, 2018).

Segunda etapa del parto o fase de expulsivo

La segunda etapa del parto o periodo expulsivo transcurre desde el momento en que se alcanza la dilatación completa hasta la expulsión fetal. “En ella se pueden distinguir dos fases: *expulsivo pasivo*, dilatación completa del cuello con presencia o no de contracciones involuntarias, y *expulsivo activo*, en la que la cabeza fetal puede visualizarse o hay contracciones en presencia de dilatación completa o pujos espontáneos con dilatación completa con ausencia de contracciones de expulsivo” (SEGO, 2012).

La OMS define al período expulsivo como el “período comprendido entre la dilatación total del cuello uterino y el nacimiento del bebé, durante el cual la mujer tiene un deseo involuntario de pujar como resultado de las contracciones uterinas expulsivas”. Recomienda informar a las mujeres que la duración de este periodo varía de una mujer a otra, de forma que, en los primeros partos, el nacimiento se completa normalmente en 3 horas, mientras que, en los partos sucesivos, el nacimiento se completa por lo general en 2 horas (OMS, 2018).

La OMS hace otras recomendaciones de interés para este periodo del parto. En cuanto a la posición en el expulsivo, se recomienda la adopción de una posición para dar a luz que sea de la elección de la mujer, incluidas las posiciones erguidas. En cuanto al método de pujo, se debe aconsejar a las mujeres para que sigan su propia necesidad de pujar. En mujeres con anestesia epidural en el período expulsivo, se recomienda retrasar la acción de pujar durante una a dos horas después de la dilatación total o hasta que la mujer recupere la necesidad sensorial de pujar en los contextos que cuenten con recursos disponibles para prolongar el período expulsivo y evaluar y controlar adecuadamente la hipoxia perinatal (OMS, 2018).

La OMS recomienda también una serie de técnicas para prevenir el traumatismo perineal. En el caso de mujeres en el período expulsivo, se recomiendan técnicas para reducir el traumatismo perineal y facilitar el nacimiento espontáneo (incluidos los masajes perineales, compresas tibias y conducta de protección activa del periné), en función de las preferencias de la mujer y las opciones disponibles. De la misma forma no se recomienda el uso de rutina de la episiotomía en mujeres que presentan un parto vaginal espontáneo, ni tampoco realizar la maniobra de presión del fondo uterino para facilitar el parto durante el período expulsivo (OMS, 2018).

La duración normal del expulsivo pasivo del parto en nulíparas es de hasta 2 horas, independientemente de si tienen o no analgesia epidural. En múltiparas la duración es de hasta 1 hora sin analgesia epidural, y de 2 horas con analgesia epidural. La duración normal de la fase activa en nulíparas es de hasta 1 hora sin anestesia epidural, y de hasta 2 horas si la tienen. La duración normal de la fase activa de la segunda fase del parto en múltiparas es de hasta 1 hora, tanto si hay o no analgesia epidural (SEGO, 2012).

Tercera etapa del parto o alumbramiento

La fase alumbramiento se define como “el tiempo transcurrido entre la expulsión completa del feto y la expulsión completa de la placenta junto con sus membranas”. El riesgo principal que puede aparecer en esta fase del parto es la hemorragia, que puede derivarse de la retención de restos placentarios, traumatismos o por atonía uterina. La hemorragia postparto (HPP) es la principal causa de muerte materna, que puede prevenirse mediante una correcta asistencia al período del alumbramiento (SEGO, 2012).

La duración del alumbramiento dependerá de si se desarrolla de forma espontánea, en cuyo caso debe completarse en los 60 minutos posteriores al nacimiento; o con manejo activo, en cuyo caso deberá completarse antes de los 30 minutos. Se recomienda realizar el alumbramiento activo (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

La OMS recomienda el uso de uterotónicos para la prevención de la HPP durante el alumbramiento. La oxitocina (10 UI, IM/IV) se recomienda para prevenir la HPP. Cuando la oxitocina no esté disponible, se recomienda el empleo de otros uterotónicos como la metilergometrina o misoprostol por vía oral (600 µg) (OMS, 2018).

1.6.4. Mecánica del parto

Se entiende por mecanismo del parto a los movimientos, adaptaciones y cambios de posición y actitud, que debe realizar el feto u objeto del parto para atravesar el canal del parto. Tal mecanismo y movimientos dependen de factores mecánicos, pero también de factores físicos como la elasticidad, la plasticidad y la contractilidad de los distintos tejidos, no solo del canal del parto, sino también los inherentes a la propia actividad del feto y, por tanto, a la musculatura y sistemas articulares fetales. Hay que distinguir entre mecanismo de dilatación y mecanismo de expulsión (SEGO, 2012).

El primer paso en la mecánica del parto lo constituyen las propias contracciones uterinas, que transforman al feto en un cilindro con tres segmentos y dos puntos de flexión: la cintura, con flexión lateral, y el cuello, con flexión anteroposterior. Las contracciones uterinas actúan sobre la presentación cuando ésta se encuentra en contacto con el canal del parto, lo que se denomina hermetización interna. Cuando está dilatado el canal blando, se produce la hermetización más completa, introduciéndose el feto en su primera porción. Para un adecuado progreso y para que las contracciones sean eficaces debe haber una buena hermetización (SEGO, 2012).

El progreso de la mecánica del parto o movimientos que realiza el feto para salir a través del canal del parto se resumen en 6 etapas (SEGO, 2012):

- 1) Flexión y acomodación de la cabeza al estrecho superior.

- 2) Descenso y encajamiento de la cabeza.
- 3) Rotación interna de la cabeza.
- 4) Desprendimiento de la cabeza.
- 5) Rotación externa de la cabeza e interna de los hombros.
- 6) Desprendimiento de los hombros.

1. Flexión y acomodación de la cabeza al estrecho superior

La cabeza fetal encuentra resistencia por parte del cuello uterino y las paredes de la pelvis, de forma que el mentón se presiona sobre el tórax haciendo que la cabeza se flexione. El diámetro de la cabeza pasa del occípito-frontal al suboccípito-bregmático, más corto, disminuyendo el diámetro anteroposterior de 12 a 9.5 cm. Para acomodarse al estrecho superior, la cabeza fetal orienta el diámetro suboccípito-bregmático al diámetro transversal o a uno de los oblicuos.

2. Descenso y encajamiento de la cabeza

Cuando la cabeza fetal se adapta al estrecho superior, las contracciones la empujan a través de la pelvis menor, encontrándose la sutura sagital ocupando el diámetro transversal del estrecho superior. La cabeza fetal realiza un movimiento en badajo de campana en su descenso a lo largo del canal del parto. Cuando la cabeza introduce su diámetro suboccípito-bregmático en el estrecho superior, se dice que está encajada. Se puede comprobar mediante tacto vaginal, y se dice que la cabeza está encajada cuando el punto guía ha llegado al III plano de Hodge (SEGO, 2012).

3. Rotación interna de la cabeza

Una vez encajada la cabeza fetal, se produce una rotación interna de la cabeza mediante la cual ésta se coloca de tal manera que la sutura sagital ocupa el diámetro anteroposterior del estrecho inferior, mientras que el biparietal se ofrece al transversal de dicho estrecho (SEGO, 2012).

4. Desprendimiento de la cabeza

El desprendimiento de la cabeza fetal en su salida al exterior se produce en el 98,5% de los casos en una posición occípito-anterior (OA) y en el 1,5% en occípito-sacra (OS); en general lo hace mediante un movimiento de deflexión. La cabeza recorre toda la parte distal del conducto del parto en flexión, y presenta continuamente el diámetro menor y más ventajoso, el suboccípito-bregmático. En los casos en que el occipucio gira hacia atrás, posición OS, el desprendimiento de la cabeza es más dificultoso ya que el diámetro que se presenta es mayor, el occípito-frontal, de unos 12 cm. El desprendimiento de la cabeza va paralelo al encajamiento o descenso de los hombros en el diámetro transversal o en el oblicuo del estrecho superior al que se encajó la cabeza (SEGO, 2012).

5. Rotación externa de la cabeza e interna de los hombros

Una vez la cabeza se desprende, la cara queda mirando hacia abajo y la sutura sagital en el diámetro anteroposterior. Los hombros están en el estrecho medio, en el diámetro transversal u oblicuo opuesto al que se encajó la cabeza. A partir de aquí y por efecto de las contracciones, los hombros sufren una rotación interna para adaptar su diámetro biacromial al diámetro anteroposterior del estrecho inferior. En este momento, la cabeza sufre una rotación externa de 90 grados y se coloca en el diámetro transversal, quedando la cara del feto mirando hacia uno de los muslos maternos (SEGO, 2012).

6. Desprendimiento de los hombros

Por efecto de las contracciones y al igual que ha sucedido con la cabeza fetal, los hombros van descendiendo para su salida al exterior. En primer lugar, es el hombro anterior el que aparece bajo la sínfisis púbica, y se desprende hasta el deltoides; después se produce una flexión hacia arriba, desprendiéndose el hombro posterior totalmente. La expulsión del resto del feto es rápida (SEGO, 2012).

1.6.5. Procedimientos obstétricos en el parto

1.6.5.1. Episiotomía

La episiotomía es uno de los procedimientos obstétricos más frecuentes durante el parto. Consiste en la sección mediante unas tijeras del cuerpo perineal que contiene al músculo externo del esfínter anal, músculo elevador del ano, músculos superficial y profundo trasversos del perineo y el músculo bulbocavernoso, con el objetivo de proteger al perineo, al esfínter y al recto de desgarros durante el parto, y para disminuir la duración del expulsivo. Existen dos tipos, media, que se practica sobre el rafe medio del perineo desde la horquilla vaginal hacia el esfínter rectal; y mediolateral que se desvía 45° hacia la derecha o izquierda. La episiotomía media tiene la ventaja de menor sangrado y mejor cicatrización de la herida y se practica cuando se prevé que no va a haber dificultad para el parto. La desventaja es un mayor riesgo de desgarro del esfínter y el recto. La mediolateral permite mayor amplitud y menor riesgo de desgarros importantes, pero conlleva mayor pérdida de sangre, más duración en la cicatrización y más molestias, que pueden durar varias semanas. Sin embargo, su práctica está disminuyendo ya que puede suponer un mayor riesgo de infección, hemorragia y dolor, además de que puede aumentar el riesgo de desgarros profundos (Olds, 1995).

La OMS instó a revisar el modelo biomédico de atención al embarazo y parto, que se caracterizaba por un intervencionismo y medicalización del parto en países desarrollados, hizo recomendaciones para que el proceso de parto transcurra de forma natural, limitando el número de intervenciones. En este sentido, una de sus recomendaciones era la de limitar el uso de la episiotomía a los casos en los que verdaderamente era necesaria, y que no se realizara de manera sistemática en todos los partos (OMS, 1985).

1.6.5.2. Instrumentación del parto

La instrumentación del parto consiste en la aplicación de distintos instrumentos (fórceps/espátulas/ventosa) sobre la cabeza fetal para ayudar a su extracción mediante la tracción de la misma y/o ampliando el canal del parto. La ventosa permite la flexión cefálica y la tracción; el fórceps permite la flexión cefálica, la tracción y la rotación; y las espátulas permiten principalmente la ampliación del canal del parto, aunque también permiten la tracción de la cabeza fetal. Los partos instrumentados representan en torno a 15-20 % del total de partos vaginales (Hospital Clínic, 2018).

La instrumentación del parto debe llevarse a cabo solo en los casos en los que está verdaderamente indicada; su práctica se relaciona con mayor riesgo de infección, traumatismos y desgarros en la madre, además del riesgo de traumatismo en el niño. En la atención al parto deben adoptarse medidas para evitar su instrumentación, como facilitar el acompañamiento durante el proceso, uso de oxitocina cuando el parto no progresa de forma adecuada, posponer los pujos en caso de analgesia epidural, y otras (Hospital Clínic, 2018).

Las indicaciones pueden ser maternas o fetales. Las maternas vienen dadas por situaciones que contraindican la maniobra de Valsalva como es el caso de cardiopatía severa, crisis hipertensiva, miastenia grave, retinopatía proliferativa, malformaciones vasculares cerebrales, etc. Las indicaciones fetales vienen determinadas por la sospecha de pérdida de bienestar fetal y condiciones para asistir al parto vía vaginal (Hospital Clínic, 2018).

La instrumentación del parto debe abandonarse si no es posible aplicar el instrumento, la cabeza fetal no desciende con la tracción, tras tres intentos en el caso del fórceps y tras tres pérdidas de vacío con la ventosa. Tras el fallo de instrumentación debe realizarse una revisión del canal del parto por posibles lesiones o desgarros (Hospital Clínic, 2018).

Por otra parte, es importante realizar una serie de cuidados posparto que incluyen la valoración de necesidad de administrar profilaxis antibiótica y tromboembólica, fisioterapia de suelo pélvico, analgesia para alivio del dolor y control de la diuresis (Hospital Clínic, 2018).

1.6.5.3. *Parto por cesárea*

La cesárea es una intervención quirúrgica mediante la cual se extrae al feto por vía abdominal. Se realiza cuando el parto no puede llevarse a cabo por vía vaginal por causas maternas o fetales. Algunas de estas causas pueden ser las mismas distocias que dificultan e impiden el progreso del parto, complicaciones como la placenta previa, el prolapso del cordón, desprendimiento de placenta, el sufrimiento fetal, y otras (Olds, 1995).

Como toda cirugía, se acompaña de riesgos que hay que tener en consideración, con un incremento de la mortalidad materna de 5,6/100.000 vs. 1,6/100.000 de un parto vaginal. La cesárea presenta complicaciones que se pueden clasificar en intraoperatorias, entre las que se encuentran un mayor riesgo de hemorragia y de atonía uterina, desgarros de la pared uterina, lesión de los vasos uterinos, mayor riesgo de patología placentaria, lesiones de vísceras vecinas, lesiones vesicales, lesiones ureterales, lesiones intestinales y complicaciones anestésicas. En segundo lugar, están las complicaciones posoperatorias tales como las infecciones abdominales y de la propia herida quirúrgica, endometritis, urinarias, enfermedad tromboembólica, trombosis venosa profunda, íleo y embolismo pulmonar. También puede aumentarse la morbilidad fetal por lesiones de las partes blandas o del esqueleto. Además, habría que añadir los problemas derivados de una histerotomía previa, entre las que figuran el aumento del riesgo de cesárea para una próxima gestación, anomalías de implantación placentaria como la placenta previa, el acretismo placentario, el desprendimiento de placenta, y otras como la rotura uterina, la histerectomía y una mayor mortalidad materno-fetal (Ortiz Quintana, 2017).

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) en su reunión anual en 2015 en Vancouver recomendó no sobrepasar la tasa del 15% de cesáreas (FIGO, 2015). En España, el porcentaje de cesáreas se ha incrementado de forma progresiva y lenta en los últimos años, desde 1997 a 2016, en más de 10 puntos, 28-38% en el sector privado, y 15-25% en el sector público (Ministerio de Sanidad, 2015).

En caso de antecedente de una cesárea anterior, dada la tasa de éxito del parto vaginal después de cesárea, se debe ofrecer éste como primera opción, siempre que no haya condiciones que lo contraindiquen, así como informar de forma adecuada a la paciente para que la elección se base en la evidencia científica, haciendo hincapié en los riesgos y beneficios tanto de la vía vaginal como los de una cesárea electiva repetida (Ortiz Quintana, 2017). Aunque uno de los riesgos más importantes en el intento de parto vaginal tras cesárea lo constituye la rotura uterina (0,5% de los casos), parece suponer mayores ventajas que realizar una cesárea programada, que conlleva mayor riesgo de adherencias pélvicas y de placenta previa y ácreta en embarazos futuros, además del riesgo de la propia cirugía (Hospital Clínic, 2018; Hidalgo-Lopezosa, & Hidalgo-Maestre, 2017).

1.6.6. Complicaciones en el embarazo y parto.

1.6.6.1. Amenaza de parto pretérmino y parto prematuro

La amenaza de parto prematuro (APP) es el proceso clínico que puede acabar en parto antes de la 37 sg. Consiste en la presencia de dinámica uterina regular (4/20 minutos ó 6-8/60 minutos) junto a modificaciones del cuello uterino progresivas (borramiento de $\geq 80\%$ y/o dilatación $> 2\text{cm}$) desde las 24 sg hasta las 36 sg + 6 días (HURS, 2018).

Según le edad gestacional se clasifica la prematuridad en:

- Prematuro extremo: 24-27+6 semanas de gestación
- Gran prematuro: 28-31+6 semanas de gestación
- Prematuro moderado: 32-33+6 semanas de gestación.
- Prematuro tardío: 34-36+6 semanas de gestación.

La morbimortalidad afecta sobre todo a los grandes prematuros ($< 32\text{sg}$), y especialmente a los prematuros extremos ($< 28\text{sg}$). El límite pronóstico en cuanto a la mortalidad perinatal lo marcan la semana 32 y los 1500 gramos de peso. El origen de la APP puede ser multifactorial; la gran mayoría de los casos se deben a una causa desconocida, aunque en otras ocasiones se asocia a factores que explican su aparición: gestación múltiple, polihidramnios, apendicitis, infección cervicovaginal..., por lo que en estas circunstancias la identificación de la etiología desencadenante del cuadro puede ser de gran relevancia de cara a mejorar el pronóstico global de la gestación. Finalmente cabe destacar que la gran mayoría de los ingresos por este motivo presentan un riesgo bajo de que se desencadene el parto, en torno a un 20-30% (HURS, 2018).

El parto prematuro o nacimiento antes de las 37 sg supone la catalogación del RN como de alto riesgo. La prematurez y el bajo peso al nacer (peso del RN $< 2500\text{g}$) suelen ir emparejados y ambos factores se asocian a un mayor índice de morbilidad y mortalidad neonatal. Las causas del parto prematuro pueden ser desconocidas en muchos casos; en general se relacionan con partos múltiples, enfermedades de la madre, alcoholismo, tabaquismo, drogas, problemas de la placenta, preeclampsia, etc. (Schulte, 2002).

1.6.6.2. *Muerte fetal anteparto*

La Organización Mundial de la Salud define la muerte fetal como “muerte acaecida a las 28 semanas de gestación o después, antes de la expulsión completa o extracción del cuerpo de la madre del producto de la concepción, cualquiera que haya sido la duración de la gestación...” (OMS, 2011). La mortalidad perinatal se estima mediante la suma de muertes fetales y la mortalidad neonatal temprana, que representa las muertes que ocurren en los primeros siete días después del parto (Mohangoo et al., 2013).

La paciente suele acudir a la consulta de urgencias ante la falta de movimientos fetales u otras causas; el diagnóstico se lleva a cabo cuando se comprueba la ausencia de latido fetal por ecografía o por registro cardiotocográfico (Obstetricia y Ginecología, 2017).

Las mujeres que han experimentado la muerte fetal enfrentan un riesgo significativamente mayor de ansiedad y depresión en el embarazo posterior en comparación con las mujeres con un parto vivo anterior y las mujeres nulíparas anteriores (Gravensteen et al., 2018).

1.6.6.3. *Complicaciones de la episiotomía*

Tal y como se ha indicado previamente, una episiotomía es una incisión quirúrgica que se realiza para proporcionar un espacio suficiente de forma que se facilite desprendimiento de la cabeza fetal. Es uno de los procedimientos médicos más comunes que se realizan en mujeres y tiene el objetivo de evitar laceraciones del perineo y el recto. Hay tres tipos de episiotomía: episiotomía media o incisión vertical, desde la horquilla vaginal mucosa vaginal y también fascia y músculo subyacente. La episiotomía medio-lateral, en la que la incisión se desvía aproximadamente 45° desde la línea media y su objetivo es evitar el recto; y la episiotomía lateral, prácticamente abandonada debido a la vascularidad excesiva de esta región y la posibilidad de lesionar el conducto de Bartholino y el músculo bulbocavernoso (Jevremovic, & Terzic, 2003).

Organizaciones como la OMS y la FIGO respaldan un uso restrictivo de la episiotomía, y no un uso rutinario. Consideran necesario actuar para disminuir la tasa de episiotomías innecesarias, que tienen el potencial de complicaciones a corto y largo plazo (Nassar et al., 2019).

1.6.6.4. *Desgarros o lesiones perineales de origen obstétrico*

Las estructuras del suelo pélvico pueden verse dañadas durante el parto por traumatismos, distensión de la musculatura o distensión de los nervios. La reparación del periné después de una episiotomía o desgarro es una de las prácticas quirúrgicas más frecuentes en obstetricia. Algunas de las secuelas que puede presentar la mujer, si no se aplica una técnica quirúrgica adecuada, son dolor perineal crónico, dispareunia e incontinencia urinaria y fecal (Hospital Clínic, 2018).

Las lesiones en los ligamentos y fascias pélvicas pueden dar origen a incontinencias y prolapsos. El mecanismo por el que se produce este trastorno consiste en la asociación de distintos factores como los traumatismos del parto junto con los cambios hormonales y hereditarios que modifican el sistema de suspensión y cohesión visceral. Durante el parto, el nervio pudendo y las ramas de la segunda a la cuarta raíz sacra pueden resultar dañados. La macrosomía fetal, el uso de episiotomía, de fórceps y los pujos de Valsalva constituyen el origen de estas lesiones (Espinosa, & Walker, 2008).

Los desgarros perineales pueden clasificarse en cuatro grados: 1º grado o lesión de piel del periné; 2º grado o lesión de músculos del periné, sin afectar esfínter anal; 3º grado o lesión del esfínter anal, que a su vez se divide en 3a o lesión del esfínter externo un 50% o menos de su grosor, 3b o lesión del esfínter externo >50% de su grosor, y 3c o lesión de esfínter externo e interno; y 4º grado o lesión del esfínter anal y la mucosa rectal (Hospital Clínic, 2018).

Los factores de riesgo de las lesiones de esfínter de origen obstétrico incluyen: nuliparidad, macrosomía (peso de RN > 4000g), inducción del parto, analgesia epidural, expulsivo prolongado, rotación occipito-posterior, parto instrumentado (fórceps, vaccum), distocia de hombros y episiotomía media (Hospital Clínic, 2018).

Las recomendaciones para la prevención de los desgarros perineales pasan por realizar episiotomía restrictiva medio-lateral, con un ángulo suficiente que permita el alejamiento del esfínter anal; realizar protección adecuada del periné, “*hands on*”, basada en el enlentecimiento de la fase final del periodo expulsivo del parto, y en lograr la expulsión de la cabeza en máxima flexión, entre dos contracciones; en caso de parto instrumentado

es preferible el uso de la ventosa en lugar del fórceps; el masaje perineal durante la gestación ha evidenciado un aumento del número de mujeres con periné intacto posparto (Hospital Clínic, 2018).

La reparación de los desgarros de primer y segundo grado no suelen conllevar secuelas a largo plazo, este hecho los distingue de los desgarros de tercer y cuarto grado. Tras la correcta reparación del esfínter externo, entre el 60 y el 80% de las mujeres permanecen asintomáticas al cabo del año. En las que presentan sintomatología, los síntomas más frecuentes son la incontinencia de gases y la urgencia fecal. Además, se encuentran lesiones ecográficas persistentes hasta en el 40% de mujeres asintomáticas. Por tanto, tras una lesión perineal de 3º o 4º grado es necesario llevar a cabo un seguimiento adecuado (Hospital Clínic, 2018).

Las repercusiones en la madre son variadas, en primer lugar, puede producirse un estado de hipovolemia derivado de una posible hemorragia producida por las lesiones, como efecto más inmediato. También pueden desarrollarse hematomas ocultos tras haber suturado la lesión. La infección de estas lesiones es otra de las complicaciones que puede necesitar abrir la herida y su cicatrización por segunda intención. La aparición de fístulas suele ser frecuente y genera problemas importantes a nivel de eliminación, función sexual y autoestima. Además, la propia cicatrización de estas heridas puede dejar importantes secuelas como la cervicitis crónica, cuando las lesiones afectan al cuello; la dispareunia es una secuela frecuente cuando estas lesiones han afectado a vulva, vagina y perineo; y cuando afectan al perineo pueden desencadenar una incontinencia urinaria (Donat Colomer, 2000).

El riesgo de recurrencia de un desgarro de 3º o 4º grado oscila entre un 3,6-7,2%, entre 4 y 5 veces superior al riesgo basal. La cesárea electiva evita la posibilidad de un nuevo desgarro. Para un siguiente embarazo se pueden establecer las siguientes consideraciones en cuanto a la vía del parto tras un desgarro de 3º y 4º grado: Debe recomendarse una cesárea electiva en aquellas mujeres que hayan requerido una cirugía ano-rectal de reparación en un segundo tiempo. En las mujeres que presenten síntomas de incontinencia anal, puede ofrecerse una cesárea electiva, o contemplar la posibilidad de un parto vaginal y plantear posteriormente el estudio y posible tratamiento. En mujeres asintomáticas con lesión ecográfica extensa del esfínter y/o alteración de la manometría, puede ofrecerse la

posibilidad de una cesárea electiva, aunque se puede contemplar la posibilidad de tener un parto vaginal. La decisión final debería tomarla la mujer. Si la mujer está asintomática puede recomendarse un parto vaginal (Hospital Clínic, 2018).

En el suelo pélvico de cualquier mujer tras el parto se producen una serie de cambios morfológicos como el “descenso de la presión y de la longitud uretral, aumento del ángulo uretrovesical, descenso del cuello vesical en reposo, hipermovilidad uretral durante un esfuerzo y descenso en la presión anal. Estas modificaciones por sí solas no ocasionan disfunciones del suelo pélvico, pero asociadas a otros factores como el deporte hiperpresivo, una mala higiene postural, alteraciones en la estabilidad lumbo-pélvica o el estreñimiento, sí pueden ocasionarlas” (Espinosa, & Walker, 2008).

1.7. PUERPERIO

1.7.1. Definición y clasificación

El puerperio es el periodo de tiempo que transcurre desde el parto hasta la aparición de la primera menstruación y en el que se produce la involución de las modificaciones acontecidas durante el embarazo. Estos cambios involutivos afectan a órganos genitales como el propio útero, así como al resto del organismo. Es una etapa de transición de duración variable, aproximadamente 6 a 8 semanas, en el que además de las modificaciones anatomo-fisiológicas, se lleva a cabo la instauración de la secreción láctea, el reajuste psicológico de la madre y el establecimiento de la relación padres-hijo (Seguranyes-Guillot, 2003).

Clínicamente se divide en tres periodos sucesivos (Seguranyes-Guillot, 2003):

- *Puerperio inmediato*: Comprende las primeras 24 horas tras el parto.
- *Puerperio clínico*: Es el período que va desde el final del puerperio inmediato hasta que la mujer es dada de alta del medio hospitalario. La duración aproximada es de 2 a 4 días.
- *Puerperio tardío*: desde el alta hospitalaria hasta la aparición de la primera menstruación y final de los cambios que se han producido durante el embarazo, retornando la mujer a su condición pregestacional.

Los cuidados en el puerperio deben de ir encaminados a prevenir la hemorragia, la infección y la enfermedad tromboembólica, así como asegurar el bienestar y comodidad de la madre proporcionando alivio a las molestias producidas por la episiotomía o desgarros, hemorroides, entuertos, ingurgitación mamaria y cansancio muscular, a la vez que se facilita información suficiente para su autocuidado y el del recién nacido (Seguranyes-Guillot, 2003).

1.7.2. Principales cambios durante el puerperio

Los cambios corresponden a la involución de las modificaciones acontecidas durante el embarazo y suelen llegar a la normalidad al final del periodo, aunque la mayoría de estas involuciones quedan reestablecidas tras dos semanas tras el parto (Seguranyes-Guillot, 2003).

1.7.2.1. Cambios anatómicos durante el puerperio

Útero

Se contrae inmediatamente tras el parto quedando a nivel del ombligo, su consistencia es dura. A partir de las 48h empieza a descender para situarse al 6º día en una posición equidistante entre ombligo y sínfisis del pubis, colocándose a nivel intrapélvico al final de la 2ª semana. Las contracciones no cesan tras el expulsivo, sino que continúan; suelen aparecer como dolores intensos que coinciden con la lactancia materna, reciben el nombre de entuertos. La capa superficial del endometrio se necrosa y se desprende formando parte de los loquios. La capa más profunda se mantiene intacta y a partir de ella se iniciará la regeneración del endometrio. Los loquios son exudados del endometrio constituidos por sangre, restos de la decidua, restos epiteliales y microorganismos; son más sanguinolentos al principio y van aclarándose conforme pasan los días al disminuir su contenido en sangre. El útero pasa de pesar 1000grs a 100grs al final de la 6ª semana (Seguranyes-Guillot, 2003). En la involución uterina además de las contracciones existen otros factores como la disminución del calibre de los vasos sanguíneos uterinos, la disminución del tamaño de las fibras musculares y la pérdida de líquido tras el parto (Usandizaga de la Fuente, 2011).

Vagina

La vagina tras el parto presenta sus superficies lisas, con sus paredes algo flácidas e hipotónicas. Vuelve a recuperar sus rugosidades típicas hacia las tres semanas. El epitelio permanece atrófico durante las primeras seis semanas, a partir de ese momento recupera su trofismo y su pH vuelve a ser ácido, lo que le confiere su capacidad antiinfecciosa. Los pequeños traumatismos y erosiones que sufre la mucosa pueden tardar dos semanas en cicatrizar. En primíparas pueden aparecer unos colgajos mucosos como consecuencia del desgarramiento de porciones del himen, son las carúnculas mirtiformes. En general la vagina vuelve a recuperar su estado inicial a las 6 semanas, aunque puede quedar cierto grado de relajación músculo aponeurótica (Donat Colomer, 2000).

Vulva, periné y suelo pélvico

La zona vulvoperineal tras el parto aparece flácida e hipotónica por haber estado sometida a una distensión forzada por el paso del feto durante el parto. Su recuperación está condicionada por la presencia o no de heridas perineales como episiorrafia, desgarramientos y suturas. La recuperación del tono muscular y de la competencia funcional del diafragma pélvico suele completarse a las dos semanas del parto, para lo que suele ser de gran ayuda la práctica de ejercicios musculares sencillos (Donat Colomer, 2000).

Tras el parto es común que exista una pérdida de tono y fuerza en los músculos perineales. Entre las 6-10 semanas postparto la fuerza tiende a recuperarse (Espinosa, & Walker, 2008). Los trastornos del suelo pélvico (PFD) son extremadamente comunes; 1 de cada 3 mujeres que han dado a luz, experimentará incontinencia urinaria, 1 de 2 desarrollará prolapso de órganos pélvicos, mientras que 1 de cada 10 experimentará incontinencia fecal. Las disfunciones del suelo pélvico a menudo se asocian con una reducción significativa en el bienestar psicológico, social y sexual de las mujeres (Verbeek, & Hayward, 2016).

Pared abdominal

La pared abdominal va recuperando su tono, aunque permanece flácida por algún tiempo. Puede observarse la separación o diástasis de los músculos rectos del abdomen en los casos en los que la distensión muscular ha sido importante (Seguranyes-Guillot, 2003).

Sistema cardiovascular y hemodinámico

Con relación al Sistema cardiovascular y hemodinámico, se observa una disminución progresiva del gasto cardiaco. El parto supone una pérdida de sangre de unos 400-500 ml de sangre, por lo que disminuye el hematocrito y se produce una anemia por dilución en los primeros días postparto, que se suele recuperar al final de la segunda semana. También hay leucocitosis y plaquetopenia con cierta alteración de la coagulación por activación de la fibrinolisis, pero suele recuperarse también al final de la segunda semana (Seguranyes-Guillot, 2003).

Sistema digestivo

Las funciones gastrointestinales se normalizan hacia las dos semanas del parto. El tono gastrointestinal está disminuido y hay tendencia al estreñimiento. La relajación muscular del recto, los fármacos empleados en el parto, las molestias y dolor de la posible episiotomía y la presencia de hemorroides contribuyen al estreñimiento. Es frecuente que las hemorroides formadas durante el embarazo aumenten y se hagan dolorosas (Donat Colomer, 2000).

Sistema urinario

El tono vesical se encuentra disminuido con tendencia a la formación de globo vesical y con predisposición a la infección urinaria (Seguranyes-Guillot, 2003).

Peso

La pérdida de peso es de unos 8 kg, de los cuales 5 se pierden en el parto y el resto durante el puerperio. Esta pérdida corresponde al peso del feto, placenta, líquido amniótico, sangre, involución uterina y loquios (Seguranyes-Guillot, 2003).

1.7.2.2. Alteraciones del patrón actividad y reposo

La sintomatología que acompaña a la mujer durante los primeros días del puerperio como consecuencia de los procesos involutivos, aunque se considera normal resulta molesta y

en algunos casos invalidante. El dolor perineal, entuertos, expulsión de loquios, mastalgia, estreñimiento, astenia, además de otros, alteran el patrón de actividad y reposo en la mujer durante la primera semana, y en algunos casos incluso durante la segunda semana o más (Donat Colomer, 2000).

1.7.2.3. Adaptaciones psicológicas y sociales

La aparición del nuevo hijo afecta sin duda a las relaciones de la familia en general y de la pareja en particular, tanto sociales como afectivas. La capacidad de adaptación de la mujer a la nueva situación dependerá de las características de su propia personalidad, así como de las redes de apoyo psicosocial con las que cuente. Tras el proceso que supone el establecimiento de las relaciones con el hijo, se emprenderá la reconstrucción de las relaciones de pareja. La mujer debe enfrentarse y asimilar todos estos cambios, incluidos los que afectan a su imagen corporal y autoestima (Seguranyes-Guillot, 2003).

1.7.2.4. Cambios en la imagen corporal

Entre los cambios que afectan a la imagen corporal se encuentran los hematomas conjuntivales, petequias y hemorragias capilares que pueden aparecer como consecuencia del aumento de la presión venosa a nivel de la cara y cuello por el excesivo esfuerzo que suponen los pujos. Estas pequeñas alteraciones suelen desaparecer en los primeros días tras el parto. Más lenta es la involución de las estrías abdominales, hiperpigmentaciones en la cara como el cloasma gravídico, la línea alba en el abdomen o a nivel de pezones. Las estrías en algunos casos pueden quedar como señales permanentes, aunque menos intensas que en el posparto (Donat Colomer, 2000).

1.7.2.5. Necesidades sexuales

Las relaciones sexuales se ven afectadas también por todos los cambios que ha supuesto el parto, tanto orgánicos como psicológicos. El deseo y la sensibilidad de las zonas erógenas se suelen ver alteradas, lo que condiciona cambios a nivel de la excitación. La recuperación de la normalidad del patrón sexual es un proceso multifactorial. Los factores limitantes en la recuperación de las relaciones sexuales pueden ser físicos (secreciones úterovaginales que suponen un problema de higiene, y posibles molestias o dolor

perineal) y psicológicos (temor a padecer dolor o desgarro con la relación, preocupación por el RN, atención constante a las demandas del RN, estado emocional, etc). El dolor, el cansancio, las molestias y resto de obstáculos tienen un efecto inhibitor sobre la lívido. El miedo a sufrir dolor o desgarros con la penetración produce contracción de los músculos isquiocavernosos y bulbocavernosos que puede traducirse en coitalgia, lo que puede generar un círculo vicioso de miedo, contracción y dolor (Donat Colomer, 2000).

1.7.3. Asistencia en el puerperio inmediato

La asistencia de la mujer y el RN tras el parto es fundamental para asegurar la salud y el bienestar de ambos. La OMS recomienda realizar una evaluación del tono muscular del útero a todas las mujeres con el fin de identificar precozmente la atonía uterina. En cuanto al uso de antibióticos, no debe realizarse profilaxis con antibióticos de manera rutinaria en mujeres con parto por vía vaginal sin complicaciones, ni la profilaxis antibiótica rutinaria en mujeres con episiotomía. Tampoco se recomienda realizar una evaluación materna de rutina después del parto (OMS, 2018).

Después del parto se debe controlar el sangrado vaginal, el grado de contracción uterina, altura uterina, temperatura, presión arterial y frecuencia cardíaca durante las primeras 24 horas. Tras un parto vaginal sin complicaciones en un centro sanitario, las madres y sus hijos deben recibir atención en el mismo centro durante al menos 24 horas tras el parto (OMS, 2018).

1.7.4. Principales riesgos durante el puerperio

Los principales riesgos durante el puerperio son la hemorragia posparto y la infección puerperal.

1.7.4.1. La hemorragia posparto (HPP)

La hemorragia posparto se define como la pérdida de más de 500 ml de sangre en el alumbramiento o en las 24 horas siguientes al parto (1.000 ml en caso de cesárea). Se produce en aproximadamente el 5 % de los partos y es una de las causas más importantes de morbi-mortalidad materna. Las causas principales que la provocan son la atonía

uterina, los desgarros del canal del parto, la retención de restos placentarios, trastornos de la coagulación, rotura y la inversión uterina.

La atonía uterina es la causa principal y más grave de la hemorragia del alumbramiento. Al no producirse la contracción uterina no se realiza la hemostasia por compresión mecánica de los vasos del lecho placentario por las fibras musculares uterinas. Los factores predisponentes de la atonía uterina incluyen: sobredistensión uterina (embarazo múltiple, polihidramnios, macrosomía fetal), gran multiparidad, parto prolongado, infección intraamniótica, miomatosis, uso de relajantes uterinos (sulfato de magnesio, agentes anestésicos halogenados, tocolíticos) y un exceso en la manipulación uterina (Ministerio Sanidad, 2017).

Es recomendable en todos los casos, y especialmente si existe antecedente de hemorragia en el alumbramiento o presencia de algún factor de riesgo, realizar el alumbramiento dirigido mediante la administración de oxitocina 10 UI vía IM o 5 UI vía IV tras la salida del hombro anterior del feto, administrando posteriormente 10-20 UI en 500 cc de suero terapia lenta. Se recomienda también realizar la tracción controlada del cordón y masaje uterino tras el alumbramiento, así como la revisión de la placenta y canal blando del parto en todos los partos (Ministerio Sanidad, 2017).

1.7.4.2. Hematomas

Otro tipo de problema hemorrágico que puede ocurrir tras el parto es el hematoma o extravasación de sangre localizado en las zonas de desgarro o de la episiotomía, que se manifiesta como una masa dolorosa. Puede haber hematomas por debajo de la mucosa debido a una rotura vascular. A veces puede ser disecante y puede afectar hasta el ligamento ancho. El tratamiento consistirá en el drenaje del hematoma y ligadura del vaso sangrante en el quirófano. Si el hematoma va hacia el ligamento ancho puede ser preciso practicar una laparotomía con ligadura de hipogástricas e histerectomía (Ministerio Sanidad, 2017).

1.7.4.3. La infección puerperal

La infección puerperal es una de las complicaciones más frecuentes e importantes durante el puerperio. Se trata de toda infección que afecta a los órganos reproductores de

la mujer. Se considera que existe infección puerperal cuando la mujer presenta una temperatura superior a 38°C durante dos días consecutivos en los primeros diez días posparto, exceptuando las primeras 24 horas tras el parto. Posterior al parto el tracto vaginal, que suele quedar afectado con pequeñas laceraciones o microheridas, y la cavidad uterina en la que pueden quedar restos placentarios además de los propios loquios, son muy susceptibles de ser colonizados por gérmenes patógenos, siendo los más comunes el estreptococo y estafilococo, aunque también pueden producir infección el *Escherichia coli* y otros. La gravedad de la infección va a depender en gran medida de su localización, siendo las formas localizadas, tales como la infección de la episiotomía o la mastitis, las más leves, y las formas generalizadas, como la tromboflebitis séptica pélvica o la septicemia, las más graves (Burroughs, 1994).

Especial mención merece la mastitis por su frecuencia. Se trata de una infección que afecta al tejido de las glándulas mamarias provocada principalmente por el *Stafilococo aureus*. El vehículo de infección suele ser la propia boca del lactante durante la lactancia. El microorganismo penetra por las fisuras del pezón. Esta infección suele presentarse tras el alta hospitalaria, entre la primera y segunda semana tras el parto. Cursa con fiebre, dolor, zona de enrojecimiento e induración, e ingurgitación mamaria. Se recomienda no interrumpir la lactancia salvo en casos graves, ya que la retención láctea puede agravar el problema (Burroughs, 1994).

1.7.4.4. Trastornos psiquiátricos

Tres tipos de trastornos psiquiátricos pueden producirse durante el puerperio: la tristeza posparto, la depresión posparto y la psicosis posparto.

La *tristeza posparto*, también conocida como trastornos afectivos del posparto o labilidad puerperal, son trastornos transitorios, muy frecuentes que aparecen los primeros días posparto, típicamente alrededor del tercer día, durando en torno a un día o dos. Este estado se caracteriza por ansiedad, labilidad emocional y, en ocasiones, ánimo depresivo. Los síntomas son pasajeros, y generalmente solo requieren información sobre su frecuencia y evolución, apoyo y seguimiento profesional y familiar. En torno al 60% de todas las púerperas experimentan algún grado de tristeza posparto (Servicio Cántabro de Salud, 2017).

La *depresión posparto (DPP)* es una entidad más grave que afecta a un 15% de las madres y que necesita la atención de un profesional. Se caracteriza por un estado de tristeza profundo, ansiedad y agitación con sentimientos de culpa e inutilidad, pérdida de apetito y de interés, cambios del peso y pensamientos suicidas y de dañar al RN. Aunque su causa es desconocida existen factores de riesgo tales como el antecedente de depresión o trastorno psíquico, adolescencia, problemas de pareja, embarazo múltiple, etc. (Butkus 2018).

Existen evidencias de que las alteraciones hormonales que suceden en el periodo perinatal pueden influir en el estado de ánimo y en la aparición de síntomas depresivos. Durante el postparto se produce una alteración en las hormonas esteroideas y peptídicas que alteran los ejes hipotalámico pituitario adrenal (HPA) e hipotalámico pituitario gonadal (HPG) de las madres. Los desequilibrios, en estos ejes endocrinos están relacionados con los trastornos del estado de ánimo (Brummelte, & Galea, 2016). Se ha demostrado que las caídas bruscas de progesterona y estrógenos en el momento del parto afectan negativamente al funcionamiento serotoninérgico y aumentan la vulnerabilidad a la ansiedad (Schiller, Meltzer-Brody, & Rubinow, 2015; Abramowitz, Schwartz, Moore, & Luenzmann, 2003).

Las hormonas que intervienen en la lactancia materna como la oxitocina y prolactina también influyen en el comportamiento, ya que ambas no solo regulan la síntesis y secreción de la leche materna, sino también el comportamiento y el estado de ánimo de la madre. Existen estudios que relacionan la lactancia materna fallida con la DPP. Niveles bajos de oxitocina se asocian a niveles más altos de ansiedad y depresión (Cardaillac, Rua, Simon, & El-Hage, 2016; Schiller, Meltzer-Brody, & Rubinow, 2015; Stuebe, Grewen, & Meltzer-Brody, 2013;). Otro factor a tener en cuenta es la mala calidad del sueño en el período posparto temprano, ya que predice el desarrollo posterior de síntomas depresivos posparto sobre todo en mujeres de alto riesgo (Bei, Milgrom, Ericksen, & Trinder, 2010; Okun et al., 2008).

Factores de riesgo para esta patología psiquiátrica, depresión o trastorno psíquico, se consideran antecedentes como madres adolescentes, problemas de pareja, embarazo múltiple, etc. (Butkus, 2018). La depresión posparto no sólo afecta a la salud mental de la madre, sino también a la unidad familiar y en especial a la interacción madre-bebe,

afectando al desarrollo de éste a nivel emocional, conductual y cognitivo (Feldman et al., 2009; Halligan, Murray, Martins, & Cooper, 2007).

La morbilidad de la depresión en el puerperio aumenta por retrasos en el diagnóstico, ya que las mujeres afectadas no suelen consultar por desconocimiento y por sentimientos de vergüenza y culpa, por lo que sigue estando infradiagnosticada a pesar de su gravedad. No identificar y tratar la depresión en el posparto tiene importantes consecuencias sobre el bienestar de la madre y su capacidad para cuidar del RN. La mujer debe acudir a un especialista lo antes posible cuando el estado de tristeza se agrava y se prolonga más allá de los 3-4 días, para diagnóstico y tratamiento, puesto que las consecuencias pueden llegar a ser fatales. El tratamiento de elección es la psicoterapia, aunque también puede ser necesaria la medicación antidepresiva (Servicio Cántabro de Salud, 2017).

La *psicosis posparto* supone una situación de emergencia que requiere asistencia inmediata a la mujer. Afecta a 1-2 mujeres por cada 1000 partos y suele aparecer durante las 2-3 primeras semanas posparto. No se conoce su causa, pero se relaciona con cambios hormonales, baja autoestima, problemas socioeconómicos y otros (Butkus, 2018). Los síntomas son la inquietud, irritabilidad y trastornos del sueño. La psicosis puerperal suele evolucionar de forma rápida, y los síntomas suelen ser el ánimo deprimido o exaltado, el desajuste conductual, la labilidad emocional, como también los delirios y las alucinaciones (Servicio Cántabro de Salud, 2017).

El profesional que atiende a la puérpera en las visitas domiciliarias, generalmente la matrona, debe tener muy en cuenta la observación del estado emocional de la madre y sus preocupaciones, potenciar la autoestima de la madre y la confianza en sus capacidades y en las del recién nacido, normalizar y legitimar emociones y sentimientos, así como ofrecer información sobre los trastornos afectivos del posparto, su frecuencia, benignidad y resolución espontánea. Se debe recomendar siempre acudir a la consulta si el estado de ánimo deprimido se alarga en el tiempo (Servicio Cántabro de Salud, 2017).

1.7.5. Recomendaciones en el puerperio

La OMS establece una serie de recomendaciones para la atención a la mujer tras el parto (OMS, 2018):

- Evaluación y control del tono muscular del útero para identificar precozmente la atonía uterina, el control de la hemorragia vaginal, contracción uterina, altura del fondo uterino, temperatura, frecuencia cardíaca y tensión arterial durante las primeras 24 horas a partir de la primera hora posterior al parto.
- Después de un parto vaginal sin complicaciones en un centro de atención de salud, las madres y los recién nacidos sanos deben recibir atención en el mismo centro durante al menos 24 horas después del nacimiento.
- No se recomienda la profilaxis antibiótica de rutina para mujeres con parto vaginal sin complicaciones ni para la episiotomía (OMS, 2018).

El Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad estableció una serie de recomendaciones durante el puerperio, entre las que figuran las siguientes (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014):

- Recomendaciones durante el embarazo (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014):
 - Preparación al parto: Ofrecer a todas las gestantes y sus parejas, la oportunidad de participar en un programa de preparación al nacimiento con el fin de adquirir conocimientos y habilidades relacionadas con el embarazo, el parto, los cuidados del puerperio, del RN y con la lactancia. Los ejercicios deben comenzarse durante la preparación al parto para disminuir el riesgo de incontinencia urinaria después el parto.
 - Estado psicosocial: Se debe llevar a cabo un cribado de la situación psicosocial de las mujeres cuando se sospeche la presencia de algún factor que pueda afectar al buen desarrollo del embarazo o del posparto.
 - Violencia contra las mujeres: Los profesionales deben detectar síntomas y signos de violencia contra la mujer en el embarazo, por lo que deben preguntar a la

gestante si padece algún tipo de maltrato, en la primera visita prenatal, cada tres meses y en la revisión posparto.

- Lactancia materna: Se recomienda ofrecer a todas las gestantes información y apoyo para la instauración de la lactancia materna.
 - Relaciones sexuales: Informar a las embarazadas y sus parejas que durante el embarazo pueden mantenerse relaciones sexuales ya que no se asocian a riesgo fetal (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014).
- Recomendaciones durante el puerperio hospitalario (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014):
- Los controles y cuidados prestados a la madre deben dirigirse a la identificación de signos que puedan alertar de complicaciones, prestar los cuidados que faciliten la recuperación tras el parto y a fomentar el autocuidado y cuidados del bebé, sobre todo en cuanto a alimentación e higiene, así como favorecer el vínculo entre la madre y el bebé.
 - Cuidados y signos de alarma: Tras el parto se deben aprovechar las visitas de las mujeres y parejas para proporcionarles información sobre cuidados del niño y signos de alarma en la madre y el bebé. Se debe animar a las madres y parejas a preguntar las dudas y expresar posibles temores relacionados con el cuidado del hijo.
 - Actividades educativas: Es importante que participen en actividades educativas tras el parto, dirigidas a la formación de los padres sobre aspectos relacionados con la salud, desarrollo y relación con sus hijos.
 - Información al alta: Antes del alta se debe entregar a los padres material informativo que permita resolver dudas sobre el cuidado del bebé.

- El contacto piel con piel (CPP) y lactancia materna: Se recomienda realizar el CPP de forma inmediata tras el parto por los beneficios que ofrece, entre otros sobre la lactancia materna. Las madres que mantuvieron un CPP con sus hijos mantuvieron con mayor frecuencia la lactancia materna hasta los 4 meses después del nacimiento.
 - Dolor en periné: Para tratar el dolor perineal tras el parto se recomienda paracetamol c/8-12 horas, y/o aplicación de frío local (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014).
- Recomendaciones durante el puerperio en el domicilio (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014):
- Continuidad de cuidados: Garantizar la continuidad de cuidados de las mujeres y sus hijos tras el alta hospitalaria, mediante un modelo asistencial en el que la matrona coordine la actuación de los diferentes profesionales que intervienen en la atención a las madres, recién nacidos y sus familias.
 - Programación de consultas: Ofrecer un mínimo de dos consultas en los primeros 40 días tras el alta hospitalaria, la primera entre las 24 -48h tras el alta, y una al final de la cuarentena.
 - Visitas domiciliarias: Es importante ofrecer visitas domiciliarias tras el alta de acuerdo con la evolución y características de su embarazo y parto. Para aquellas mujeres que no deseen recibir visitas, éstas se podrán programar en el mismo centro. Irán dirigidas a asesorar y proporcionar asistencia sobre los cuidados para la mujer y el RN, explorando el estado emocional de las mujeres, su apoyo familiar y social y las estrategias de afrontamiento.
 - Estreñimiento: en el posparto debe recomendarse la ingesta de fibras naturales y líquidos. Cuando esto no sea suficiente se podrá recomendar la administración de un laxante estimulante de la motilidad intestinal u osmótico.

- Rehabilitación de la musculatura del suelo pélvico: realizar entrenamiento de la musculatura pélvica en mujeres con incontinencia urinaria o fecal tras el parto.
- Anticoncepción: promover espacios para tratar con las mujeres y parejas aspectos sobre contracepción y sexualidad. Se sugiere consultar los “Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos” de la OMS para individualizar la elección del método anticonceptivo. Cuando desean planificar futuros embarazos y no mantienen lactancia materna exclusiva es recomendable informar sobre la necesidad de anticoncepción, a partir de los 21 días tras el parto. En mujeres sin riesgo de infección de transmisión sexual, se sugiere recomendar el método lactancia-amenorrea (MELA) hasta los 6 meses tras el parto, siempre que persista la amenorrea y se realice lactancia materna exclusiva.
- Detección de trastornos mentales: se recomienda realizar las siguientes preguntas durante las primeras visitas tras el parto para identificar la posibilidad de una depresión posparto: “Durante el último mes, ¿Se ha preocupado porque con frecuencia se sentía triste, deprimida o sin esperanza?”; “Durante el último mes, ¿Se ha preocupado porque con frecuencia sentía poco interés por realizar actividades y además no sentía que le proporcionaran placer?” Se recomienda utilizar la escala *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) (Cox et al., 1987) para confirmar el diagnóstico de la depresión posparto en las mujeres que hayan respondido afirmativamente a las preguntas. Se sugiere tomar como punto de referencia para el diagnóstico de depresión posparto una puntuación de más de 12 puntos en la EPDS. Se recomienda el uso de esta escala durante las primeras seis semanas tras el parto.
- Grupos de apoyo durante el puerperio: Se recomienda la formación de grupos posparto en Atención Primaria que ofrezcan apoyo psicológico durante el puerperio y refuercen la adquisición de los conocimientos y habilidades que ya se han trabajado en los grupos de preparación al parto durante el embarazo.

1.8. Lactancia materna

La lactancia materna es considerada como el tipo de alimentación más completo e ideal para el RN (Ip et al., 2007). Además, se ha demostrado que los niños amamantados tienen menos riesgo de contraer enfermedades, no sólo durante la lactancia, sino que esta protección permanece muchos años después. Así, por ejemplo, la lactancia materna de más de tres meses de duración puede disminuir hasta un 77% el riesgo de otitis media, un 75% el riesgo de infecciones respiratorias de vías bajas, un 40% el riesgo de asma y un 42% el riesgo de dermatitis atópica. Una lactancia materna de más de seis meses de duración puede disminuir también el riesgo de padecer leucemia en un 20% y en un 36% el riesgo de muerte súbita. Además, parece que la lactancia materna disminuye el riesgo de enfermedad celíaca, obesidad y diabetes de tipo 1 y tipo 2 en la edad adulta (Section of Breastfeeding, 2012).

Por otra parte, la lactancia materna tiene efectos beneficiosos para la madre ya que mejora su salud, reduciendo el riesgo de hemorragias postparto, proporcionando anticoncepción durante los seis primeros meses, disminuyendo el riesgo de cáncer de mama, ovario y de diabetes tipo 2, entre otros. La lactancia materna favorece el contacto físico con el hijo y la creación del vínculo afectivo, lo que resulta óptimo para su desarrollo y hace que aumente la autoestima de la madre. La OMS recomienda que todos los lactantes sean amamantados en exclusiva durante los primeros seis meses y junto con otros alimentos complementarios hasta los dos años de edad o más, mientras madre e hijo lo deseen (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017).

1.8.1. Factores que favorecen la lactancia materna

Entre los factores que favorecen la lactancia materna se encuentra el contacto piel con piel inmediato tras el parto, que además de los beneficios en la lactancia materna influye en la adaptación del RN al medio, en el establecimiento del vínculo entre la madre y su hijo, en la regulación de la temperatura corporal del recién nacido y en presentar menor tendencia al llanto (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014; Moore et al., 2012). Estos efectos positivos son extrapolables a los recién nacidos por cesárea. Por todo ello, se recomienda realizar el contacto piel con piel inmediato e ininterrumpido tras el parto, colocando al recién nacido en decúbito prono, desnudo, con la cabeza ladeada

sobre el abdomen y pecho desnudo de la madre durante los primeros 120 minutos tras el nacimiento. La lactancia materna también se ve favorecida por un inicio precoz, a ser posible durante la primera hora posparto; por una postura correcta de amamantamiento, que suele ser la de afianzamiento espontáneo o postura de crianza biológica (madre semi-reclinada y recién nacido colocado en prono sobre su cuerpo); no uso de chupete, favorecer la lactancia nocturna respetando el ritmo de descanso nocturno del RN; evitar los suplementos si no son necesarios, entre otras (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017).

Existen una serie de parámetros que indican que una lactancia está bien establecida; así, en el lactante se consideran: el hecho de que mame tranquilo y se muestre satisfecho y relajado tras la toma, se agarre al pecho fácilmente y en posición adecuada, que la frecuencia y la duración de las tomas disminuya progresivamente a medida que el recién nacido crece, presente un patrón de micciones y deposiciones adecuado a su edad, así como una adecuada ganancia de peso y de talla. En el caso de la madre los datos que indican una correcta lactancia son: el hecho de que se sienta segura y satisfecha, tener la sensación de suficiente producción de leche, que responda bien a las señales de hambre de su recién nacido y lo amamante a demanda, que no precise utilizar suplementos de leche de fórmula, y que no refiera dolor ni problemas en las mamas (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017).

1.8.2. Principales problemas derivados de la lactancia materna

Algunos de los problemas más frecuentes en la lactancia materna y las recomendaciones al respecto se relacionan a continuación.

1.8.2.1. Déficit en la demanda del RN o lactancia ineficaz

El RN está adormilado y presenta un déficit en la demanda de las tomas, o el RN no queda satisfecho. Los intervalos largos entre tomas normalmente no comportan riesgos y por lo tanto, no es necesario administrar suplementos de modo rutinario, sino evaluar al recién nacido y estimularle para que se agarre al pecho. Se recomienda que la madre comprima el pecho durante las succiones para ayudar a la salida de la leche, los masajes en el pecho antes o durante la lactancia, el uso de técnicas de relajación, así como la aplicación de

calor en el pecho, para conseguir aumentar el volumen de leche extraída (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017).

1.8.2.2. Ingurgitación mamaria.

Debido a un déficit en la demanda o a una lactancia ineficaz, el pecho llega a ingurgitarse, lo que supone un problema para la madre por las molestias y el riesgo de éxtasis de la leche y para el RN por la dificultad añadida que supone poder agarrarse bien al pecho. Para el tratamiento de la ingurgitación mamaria, la guía NICE recomienda realizar tomas frecuentes e ilimitadas, incluyendo tomas prologadas del pecho afectado, realizar masaje en el pecho y, si es necesario, realizar la extracción manual de la leche y tomar analgesia (NICE, 2006).

La GPC sobre embarazo y puerperio recomienda el inicio de la lactancia materna tan pronto como sea posible para prevenir complicaciones como la ingurgitación mamaria, el dolor y lesiones en el pezón. Se debe recomendar que las mujeres con ingurgitación mamaria amamenten a sus bebés frecuentemente, realizando masajes en el pecho para expulsar la leche manualmente (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014).

Según Lawrence (2007), en la congestión mamaria se incluyen 3 elementos: la congestión y aumento de la vascularización, que representa la respuesta fisiológica al alumbramiento placentario y que no depende de la succión; la acumulación de leche que también es respuesta fisiológica a dicho alumbramiento; y el edema secundario a la tumefacción y obstrucción del drenaje linfático por el incremento de la vascularización y por ocupación de los alveolos. La aparición del edema sí es patológica y requiere intervención terapéutica.

La congestión puede afectar a la zona areolar, periférica o ambas. En la congestión areolar al recién nacido le cuesta agarrarse al pezón. La madre sentirá dolor y el RN se frustrará ya que no consigue extraer leche. En este caso el tratamiento es la aplicación de toallas calientes antes de que la madre intente extraerse leche de manera manual. Tras esto, se intentará ofrecer la mama al bebé. La madre deberá colocar dos dedos en la areola (uno en la parte superior y otro en la inferior) para ayudar al agarre adecuado. La congestión

periférica se produce por un aumento de vascularización y se produce 24 horas después del parto. El tratamiento en estos casos es el uso de un sujetador de lactancia adecuado que deberá utilizar durante todo el día. Cuando la congestión mamaria es moderadamente grave las mamas se encuentran duras, tensas, calientes y dolorosas. El tratamiento en este caso es la ducha con agua caliente justo antes de iniciar la toma de alimentación. Tras ésta se aplicarán compresas frías ya que disminuye la tumefacción, el edema, el calor excesivo y el dolor. Puede combinarse con la toma de algún medicamento como el paracetamol e ibuprofeno. Para que no se produzca una disminución en la producción de leche ocasionada por la presión intraductal excesiva generada sobre las células secretoras y mioepiteliales, el mejor tratamiento es ofrecer al bebé tomas frecuentes. También está indicado el uso de un extractor eléctrico (Laurence, 2007).

1.8.2.3. Problemas derivados de alteraciones anatómicas del pezón

Hay mujeres que presentan pezones planos, grandes o invertidos, lo que puede dificultar el agarre del RN al pecho. Cuando el pezón es grande no suele presentar problemas para la lactancia, solo en casos de RN inmaduros o pequeños. En estos casos es necesario el apoyo de la matrona. En pezones invertidos y planos se recomienda prestar apoyo para favorecer el agarre y el contacto piel con piel. Además, se puede estimular el pezón rotándolo, humedeciéndolo con agua fría, o aplicando un extractor de leche. Si con estas medidas no se consigue un buen agarre, se pueden usar las pezoneras (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017).

1.8.2.4. Dolor y grietas en el pezón

La aparición de grietas en el pezón y dolor es relativamente frecuente en las mujeres que amamantan, resultando un problema importante durante la lactancia, que en muchos casos es causa de abandono. Se debe advertir a las mujeres que, si presentan dolor en el pezón y/o éstos están agrietados, es probable que se deba a un mal agarre del RN (NICE, 2006). Hay que observar también las zonas específicas del dolor porque existen causas específicas. Por ejemplo, la irritación de la parte superior o la punta puede deberse a golpes que aplica el RN con su lengua cuando se alterna mama y biberón; también se produce cuando el pezón roza el paladar duro en los casos en que la madre sujeta mal su

mama, o debido a lactantes que succionan de una manera muy vigorosa. Las grietas en la parte inferior se deben a una colocación inadecuada del labio inferior (Laurence, 2007).

En cuanto a los tratamientos tópicos como la propia leche materna o las cremas con lanolina, los escudos y las pezoneras, no se ha demostrado que sean eficaces (NICE, 2006). Se deben tener en cuenta las condiciones ambientales, ya que en zonas húmedas la aplicación de cremas grasas puede agravar el problema, mientras que si el clima es seco puede ser apropiado dicho tratamiento, aunque de manera sistemática no debe recomendarse el uso de cremas. Algunas pomadas pueden ocluir las glándulas sebáceas y de Montgomery de la areola y el pezón por elementos irritantes. Las cremas más recomendadas para acelerar el proceso de cicatrización son aquellas que contienen vitaminas A y D, y lanolina purificada. El abordaje terapéutico de los cuadros de dolor o grietas en el pezón es el siguiente: exploración física de la mama y el pezón, extracción manual antes de la alimentación, correcta posición del lactante al pecho, alimentación en primer lugar en la mama no afectada manteniendo al aire la afectada, dejar secar la leche sobre la piel de la mama entre cada dos tomas, recomendar una pomada apropiada si fuese necesario, paracetamol o ibuprofeno en casos de mucho dolor antes de la toma (Lawrence, 2007).

1.8.2.5. Mastitis

La mastitis es la inflamación del pecho producida o no por una infección bacteriana y cuya sintomatología puede ir desde la presencia de inflamación local con síntomas sistémicos mínimos al absceso y la sepsis. Resulta difícil distinguir clínicamente entre una mastitis no infecciosa y una mastitis infecciosa, por lo que para sospechar de infección se debe tener en cuenta que los síntomas no mejoran o empeoran tras estar 12-24 horas realizando un vaciamiento efectivo de las mamas afectadas, que la mujer presenta fisuras infectadas en el pezón o que el resultado del cultivo de la leche materna es positivo (Perinatal Services BC Health Promotion Guideline, 2015; NICE, 2006).

La GPC sobre embarazo y puerperio recomienda utilizar un tratamiento antibiótico en la mastitis infecciosa, además de mantener la lactancia materna, vaciando frecuentemente las mamas (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014).

1.9. Sexualidad al final del embarazo y tras el parto

El periodo posparto conlleva una serie de cambios no sólo físicos y emocionales en la mujer, sino también a nivel de relación de pareja e interacciones sociales con amigos y familiares. La necesidad de equilibrio es fundamental en el puerperio. Para ello se requiere flexibilidad de la pareja. La vida sexual después del parto puede mejorar o experimentar cambios que impactan negativamente en la salud física y psicológica de la pareja (Nóbrega et al., 2019). En mujeres que previamente al embarazo han presentado una disfunción sexual, existen estudios que afirman que dicho trastorno podría mantenerse durante la gestación, agravándose en el postparto (Yıldız, 2015). Durante el postparto parece existir una disminución de la capacidad de respuesta de la amígdala a los estímulos excitantes provocando disminución del deseo sexual (Heather et al., 2013). El deseo sexual de la mujer gestante disminuye progresivamente a lo largo del embarazo, en el tercer trimestre hasta el 40% de las mujeres presentan un bajo deseo sexual. Las causas parecen estar relacionadas con un decrecimiento de la testosterona en la gestación, cambios físicos como el aumento de volumen corporal, pérdida de flexibilidad y de atractivo físico, además del miedo a hacer daño al feto o a tener un aborto. En el último trimestre la frecuencia de orgasmo puede disminuir a la mitad y las causas se relacionan con la vasocongestión genital, cambios posturales adoptados como posturas laterales y posteriores, etc. El coito está contraindicado en el embarazo en las siguientes circunstancias: si hay rotura prematura de bolsa amniótica, ante síntomas de amenaza de aborto, o ante infección genital (Hospital Universitario Dexeus, 2016).

Tras el parto aparecen una serie de factores que afectan negativamente a la sexualidad: la cicatrización de la episiotomía y afectación del suelo pélvico, los loquios o pérdidas vaginales procedentes de la implantación de la placenta hasta la regeneración endometrial, que dura aproximadamente 4-6 semanas; además la lactancia materna conlleva el aumento de la prolactina, que puede provocar disminución del deseo sexual y sequedad vaginal. Otro factor relacionado negativamente con la sexualidad puede ser el miedo a un nuevo embarazo, que puede contribuir a evitar las relaciones sexuales (Hospital Universitario Dexeus, 2016). El deseo y la sensibilidad de las zonas erógenas se suelen ver alteradas, lo que condiciona cambios a nivel de la excitación. La recuperación de la normalidad del patrón sexual es un proceso multifactorial. Los factores limitantes en la recuperación de las relaciones sexuales pueden ser físicos: secreciones utero-vaginales que suponen un problema de higiene, y posibles molestias o dolor

perineal; y psicológicos: como el temor a padecer dolor o desgarro con la relación, preocupación por el RN, atención constante a las demandas del RN, estado emocional, etc. (Donat Colomer, 2000).

El problema sexual femenino más común después del parto es la dispareunia o dolor durante la penetración vaginal, especialmente después del primer embarazo y en los casos en que la mujer se ha sometido a una episiotomía (Barbara et al., 2016; Yee, Kaimal, & Nakagawa, 2013). Según varios estudios, la lactancia materna junto con la fatiga, estrés, y parto instrumental son factores de riesgo importantes para la dispareunia (Alligood-Percoco, Kjerulff, & Repke, 2016). Se estima que entre el 17% y el 36% de las mujeres informan dispareunia a los 6 meses posparto (Handa, 2006; Barrett et al., 2000).

Durante la lactancia materna se produce una serie de cambios a nivel endocrino que dan como resultado un estado generalmente hipoestrogénico, que puede provocar cambios en el epitelio vaginal, lubricación vaginal y retrasos en la cicatrización del parto. Debido a los cambios endocrinos puede existir una disminución de la lubricación vaginal causada por la alta concentración de progesterona, ocasionando molestias (Alligood-Percoco, Kjerulff, & Repke, 2016).

A partir de las 4-6 semanas y tras la valoración ginecológica se pueden reanudar las relaciones sexuales completas. Durante la visita ginecológica de la cuarentena el especialista le informará sobre cuál es el mejor método anticonceptivo en función de su situación ginecológica y hormonal. El retorno a la normalidad sexual requiere un cierto tiempo. Aunque un tercio de las mujeres reanuda sus relaciones sexuales completas al mes y medio del parto, y a los tres meses ya lo han hecho casi todas, es normal tardar hasta un año en volver a la misma frecuencia que se tenía antes del embarazo. Durante la cuarentena pueden buscarse otras formas de acercamiento sexual como caricias, masajes... (Hospital Universitario Dexeus, 2016).

Para la SEGO (2018), los hábitos sexuales pueden mantenerse si el embarazo cursa con normalidad y no causan molestia a la mujer. El coito puede resultar incómodo, por lo que se pueden adoptar diferentes posiciones que resulten más cómodas. No deben practicarse relaciones sexuales en caso de hemorragia genital, amenaza de parto prematuro o rotura de membranas. Es fundamental la información que las matronas imparten en los cursos de preparación al parto para disminuir el miedo al parto, explicar el desarrollo del embarazo, el parto, además de la atención al niño. En ellas, se enseñan también técnicas de relajación y respiración para ayudar en la evolución del parto y disminuir el dolor (SEGO, 2018).

Algunos consejos que pueden resultar útiles en el inicio de las relaciones pueden ser: (i) el ejercitar la musculatura vaginal, que facilita su control y favorece la recuperación de la elasticidad y tonificación; se hace contrayendo y relajando la zona en dos movimientos: movimiento de contracción, de la misma manera que cuando se está orinando y se quiere parar la salida de la orina, y movimiento de relajación, el opuesto al anterior, el de facilitar la expulsión de orina; (ii) realizar exploración digital introduciendo un dedo en la vagina, notando como, tras relajar esta musculatura, el dedo entra más fácilmente y sin dolor. Si se aprecia sequedad vaginal y la penetración es dolorosa, conviene usar un lubricante; e (iii) iniciar la penetración lentamente en posición superior femenina, se consigue así mayor control de la mujer de la inclinación, la profundidad y la velocidad que le sean confortables, sobre todo si siente temor las primeras veces. Deberán evitarse posiciones que impliquen penetración profunda (Hospital Universitario Dexeus, 2016).

2. MARCO CONTEXTUAL

2.1. Situación actual de la asistencia durante el embarazo y parto en España y Andalucía.

En España la natalidad es de las más bajas del mundo, continuando en descenso en los últimos años; así, en el año 2012 fue del 9,7 por mil y en 2018 fue del 7,86 por mil habitantes (INE, 2018). La asistencia al embarazo ha cambiado a lo largo de los últimos años, orientándose hacia la evolución natural del proceso de atención al parto. De este modo se ha de simplificar el conjunto de actuaciones sobre la gestante, adecuando éstas a la evidencia científica y a las necesidades y expectativas de cada mujer, individualizando en cada caso el riesgo materno y/o fetal (SEGO, 2018).

La OMS hizo en el año 1985 una declaración en la que ofrecía 16 recomendaciones basándose en el derecho de la mujer a tener un papel central en la atención al embarazo, parto y puerperio (OMS, 1985). Algunas de estas recomendaciones se centran en la importancia de la continuidad de la atención por parte de las matronas. Entre ellas se encuentra evitar intervenciones médicas para acelerar el trabajo de parto (como la estimulación con oxitocina o la cesárea) antes de los 5 cm de dilatación, siempre que haya

buenas condiciones del feto y de la madre; o evitar la amniotomía temprana para la prevención del retraso del trabajo de parto (OMS, 2018).

En España, la asistencia al parto normal experimentó un cambio importante a partir de los años sesenta, momento en que el sistema público de salud desarrolló una importante infraestructura hospitalaria. Hasta ese momento, la mayoría de los partos se realizaba a domicilio por matronas tituladas. El cambio de la atención al parto en los domicilios al medio hospitalario conllevó importantes cambios en la atención a la mujer, como el hecho de ser atendidas por médicos obstetras. Al mismo tiempo, el Sistema de Seguridad Social extendió su cobertura a todos los ciudadanos del país, y en la mayoría de las mujeres se llevó a cabo el control prenatal de forma regular. Durante las últimas décadas, esta atención hospitalaria ha hecho que el parto sea un proceso seguro y eficaz. Sin embargo, la tecnología puede conducir a una pérdida de intimidad durante el mismo (SEGO, 2008).

La Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN) en el Sistema Nacional de Salud ha propiciado una importante transformación en el modelo de atención al parto al considerarlo como un proceso fisiológico y ofrecer a la mujer una atención personalizada e integral que contemple aspectos biológicos, emocionales y familiares, basada en la evidencia científica y respetuosa con el protagonismo y el derecho a la información y a la toma de decisiones informadas que la legislación reconoce a las mujeres. El objetivo general de la EAPN es potenciar la atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud, mejorando la calidad asistencial con los mismos niveles de seguridad. Su objetivo principal es asegurar una atención al proceso de parto de calidad, que todas las mujeres reciban la mejor atención y participen activamente en el proceso. La EAPN se elaboró con el propósito de orientar sobre los mejores cuidados a proporcionar a las mujeres sanas y sus bebés durante el parto y nacimiento, estableciendo recomendaciones basadas en la evidencia y su evaluación razonada por profesionales (Ministerio de Sanidad, 2009).

La EAPN estableció una serie de recomendaciones en cada una de las fases del proceso de parto, algunas de estas recomendaciones son:

En la fase de dilatación: Ofrecer información suficiente a la embarazada sobre los signos de trabajo de parto, favorecer la deambulación y poder adoptar la posición que desee, permitir ingerir alimentos, evitar la amniotomía rutinaria, evitar la vía venosa periférica

de rutina, evitar el empleo de oxitocina de forma sistemática, limitar el número de tactos vaginales, y otras. En cuanto al manejo del dolor, se debe ofrecer información sobre los diferentes métodos existentes, así como sobre los riesgos de la analgesia epidural para la madre y el niño. Ofrecer a las mujeres la posibilidad de elegir uno o varios métodos (Ministerio de Sanidad, 2009).

Durante el periodo de expulsivo: Se debe facilitar que las mujeres adopten la postura que prefieran, ofrecer formación interna a los profesionales sobre las diferentes posiciones. Se recomienda promover la práctica de la episiotomía selectiva y no sistemática. No suturar los desgarros menores y promover la formación sobre la protección del periné. Evitar realizar partos instrumentales salvo indicación por patología y respetar los tiempos de duración del periodo expulsivo. En cuanto a la práctica de cesáreas se recomienda investigar las causas del incremento de las tasas de cesárea (Ministerio de Sanidad, 2009). En el periodo de alumbramiento: No pinzar el cordón mientras presente latido como práctica habitual (Ministerio de Sanidad, 2009).

A raíz de la aparición de la EAPN, en Andalucía se desarrolló el Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal de Andalucía, que además de los objetivos relacionados con la mejora de la atención al parto, planteó objetivos de mejora de la atención neonatal y de promoción de la lactancia materna, tales como impulsar la atención humanizada al parto normal como una de las prestaciones de los Servicios Sanitarios Públicos en la Comunidad Autónoma de Andalucía, mejorar la calidad de la atención al proceso de nacimiento, con una perspectiva de género, incrementando el protagonismo de la mujer durante su propio parto, implicando a la pareja de forma activa en todo el proceso de nacimiento y crianza, potenciando el vínculo entre la madre y su hijo/a recién nacido/a, fomentando el contacto permanente desde el mismo momento del nacimiento y la lactancia materna, garantizar la asistencia prestada en base a la evidencia científica, ofrecer a las gestantes sin factores de riesgo o con bajo riesgo, una asistencia al parto de forma natural, con la mínima intervención posible para evitar riesgos no deseados y respetando el derecho a la autonomía, información e intimidad de la mujer y su pareja (Ministerio de Sanidad, 2009). El manual de Buenas Prácticas en Atención Perinatal contiene los procedimientos más aconsejables basados en las recomendaciones de la EAPN (Consejería de Salud, 2008).

2.2. Situación actual de algunos factores perinatales relacionados con la DSF.

2.2.1. *Episiotomía.*

Como se ha mencionado, muchas organizaciones y protocolos recogen la necesidad de disminuir al máximo el intervencionismo durante el proceso de parto, haciendo que éste transcurra de una manera más fisiológica y normal. Este hecho conlleva minimizar el uso de la episiotomía evitando su realización de forma sistemática y procurando un uso restrictivo de la misma (Nassar et al 2019; Ministerio de Sanidad, 2009). La tendencia actual a nivel mundial es a la reducción de las tasas de episiotomía (Friedman, Ananth, Prendergast, D'Alton, & Wright, 2015). Una revisión Cochrane informa de una tasa del 28% de episiotomías (Carroli, & Mignini, 2009).

La episiotomía debe de emplearse de manera selectiva y valorando el beneficio tanto para la madre como para el bebé (Mejía, Quintero, y Tovar, 2004). Está indicada según algunos estudios en partos instrumentales para acelerar la expulsión fetal cuando el feto presente alteraciones de la frecuencia cardiaca (Gabbe, Niebyl, & Simpson, 2004). Otros autores la indican en macrosomía fetal (Hale, & Ling, 2008). Como beneficio principal este procedimiento intenta proteger al feto para que haya una expulsión rápida de éste y evitar la anoxia fetal (Moya, 2011). Aun así, su utilización es debatida, ya que existen estudios que no demostraron que la episiotomía facilitaba el parto ni mejoraba el resultado neonatal (Hale & Ling, 2008.). La FIGO considera que el uso de la episiotomía debería reducirse a casos estrictamente necesarios: inminente riesgo de desgarros o cuando haya riesgo para el feto (Nassar, Visser, Ayres-de-Campos, Rane, & Gupta, 2019).

La episiotomía media parece constituir un factor de riesgo importante para el desgarro perineal de grado 3-4 (Melamed et al., 2013). Aunque la episiotomía medio-lateral parece reducir el riesgo de desgarros de 3-4 grado, puede aumentar el riesgo de otro tipo de desgarros y la necesidad de suturarlos (Carroli et al., 2009). Un estudio de revisión reciente mostró que este tipo de episiotomía puede reducir el riesgo de desgarros del esfínter anal y que por tanto no debería reducirse su utilización en mujeres nulíparas (Verghese, Champaneria, Kapoor, & Latthe, 2016), sin embargo, hay otros estudios que consideran que este tipo de episiotomía no protege de desgarros del esfínter (Drusany Staric et al., 2017). Así mismo, otros estudios muestran que tanto la episiotomía como los

desgarros de 3-4 grado se asocian a problemas de incontinencia anal (LaCross, Groff, & Smaldone, 2015). En general se podría decir que la episiotomía selectiva podría reducir en un 30% el riesgo de desgarros vagino-perineales (Jiang, Qian, Carroli, & Garner, 2017). Aunque se describen algunos beneficios para la madre como la reducción de desgarros de 3-4 grado, prevención de disfunción sexual, prevención de incontinencia urinaria y fecal, el uso no restrictivo de la episiotomía también puede convertirse en causa de estos mismos problemas, además de un excesivo sangrado, hematomas e infección (Jovanovic, Kocijancic, & Terzic-Cent, 2011).

En un estudio sobre el uso de la episiotomía y sus repercusiones llevado a cabo en España, durante el periodo 2013-2016, la tasa anual de episiotomías varió desde el 44,4% en 2013 a 29,7% en 2016. Su práctica se relacionó con un mayor riesgo de incontinencia urinaria/anal, con un retardo en el inicio de las relaciones sexuales posparto, y con trastornos en diferentes dominios de la función sexual (Obiol-Sainz, 2019).

2.2.2. Mortalidad fetal tardía.

Según el *European Perinatal Health Report* (Euro-Peristat, 2018), las tasas de mortalidad fetal a partir de 28 semanas de gestación oscilaron entre mínimos inferiores a 2 por 1000 nacimientos de la República Checa e Islandia, hasta 4 por 1000 o superiores en Francia, Letonia, Bélgica y Rumania. En España la tasa de mortalidad fetal en 2010 fue del 2,6 por mil (Euro-Peristat, 2013), y en 2015 fue del 2,7 por mil, por lo que se incrementa dicha tasa, como sucede en otros países del entorno como Alemania, Francia, Italia, Luxemburgo, Hungría o Suecia (Euro-Peristat, 2018).

En otros estudios realizados en España, se ha detectado que entre los factores asociados al riesgo de mortalidad fetal tardía figuran factores sociodemográficos como la edad materna avanzada, ser madre soltera y de origen africano, además de factores obstétricos: peso del recién nacido, prematuridad y primiparidad (Hidalgo-Lopezosa et al., 2018).

2.2.3. Prematuridad y bajo peso al nacer.

De igual manera que ocurre con el parto prematuro, los RN con bajo peso al nacimiento presentan un mayor riesgo de muerte perinatal que los RN cuyo peso se considera dentro de los rangos de normalidad (Vidal e Silva et al., 2018; Kramer, 1987).

Las ratios de partos prematuros permanecieron estables en gran parte de países de la UE entre 2004 y 2010, en el rango entre 5-10%, y entre el 5,4 y el 12% en 2015. En España, en 2015, la tasa de prematuridad fue del 7,6% (Euro-Peristat, 2018; Euro-Peristat, 2013). La ratio de RN con bajo peso al nacer se situó en Europa entre el 4 y 9% en 2010, y entre 4,2% a 10,6% en 2015. España se sitúa entre los países europeos con mayor tasa, 8,7% en 2010 y 8,3 en 2015 (Euro-Peristat, 2018; Euro-Peristat, 2013).

2.3. Estado del arte sobre el trastorno de DSF.

El déficit en la investigación de la sexualidad femenina ha generado el desconocimiento del propio cuerpo de la mujer a la hora de conseguir placer (Darder, 2014; Sánchez et al., 2005). Los primeros estudios sobre la sexualidad de la mujer fueron el informe Kinsey (Sánchez et al., 2005), sobre hábitos sexuales de los americanos en 1948; posteriores fueron las investigaciones de Masters y Johnson (1966) sobre la respuesta sexual humana. Un estudio de gran transcendencia, en aquella época, fue el informe Hite de la sexualidad femenina (1976) que supuso una revolución en la sociedad estadounidense, ya que el 70% de las mujeres afirmó que no alcanzaban el orgasmo con la penetración, pero sí podían llegar al clímax con la estimulación del clítoris. Estos resultados liberaron a muchas mujeres que se sentían minusvaloradas ante la sexualidad de modelo patriarcal (Darder, 2014). Tras estos estudios, la sexualidad femenina no ha recibido el mismo interés de investigación que la masculina. No fue hasta 1999 cuando se celebró el primer encuentro internacional para el estudio de la disfunción sexual femenina en la ciudad de Boston (Sánchez et al., 2005).

El trastorno del deseo sexual hipoactivo es la disfunción más común dentro de las disfunciones sexuales en la mujer (Cabello-Santamaría, & Palacios, 2012). Puede afectar hasta el 20% de las mujeres. En España, en una encuesta que realizaron a 750 personas, la falta de interés sexual alcanzó el primer lugar con un 36% de mujeres afectadas (Moreira, Glasser, & Gingell, 2005). Dentro de los factores que afectan al deseo sexual se encuentran los problemas de pareja y la dinámica de la relación (Graziottin, & Leiblum,

2005). En Andalucía, en un estudio realizado por el Instituto Andaluz de Sexología ésta fue la primera causa (Cabello-Santamaría, & Palacios, 2012). Otros factores son la edad y la menopausia (Shifren, Monz, Russo, Segreti, & Johannes, 2008). Además, se incluyen enfermedades o medicamentos que disminuyen los niveles de dopamina, melanocortina, oxitocina y noradrenalina en el cerebro y aumentan los niveles de serotonina, endocannabinoides, prolactina y opioides en el cerebro (Goldstein et al., 2017).

En 2004 tras una revisión de distintos estudios se estimó que las cifras de anorgasmia oscilaban entre el 20 y el 50% (West, Vinikoor, & Zolnoun, 2004). En mujeres españolas diversos estudios estimaron una incidencia de entre un 5 y un 40% (Vázquez, Graña, & Ochoa, 1991). Es la segunda causa de consulta tras el deseo sexual hipoactivo según el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología (IASP) (Cabello-Santamaría, 2008). Algunos autores que estudiaron la anorgasmia coital como Reinisch (1991), manifestaron que entre el 50 y el 75% de las mujeres no tienen orgasmo durante el coito, pero sí en otras circunstancias. Vizcaíno Alonso (2016) recoge en su protocolo asistencial de 2016 la prevalencia de este trastorno según distintos estudios y en distintos países como Estados Unidos, Canadá o Austria, y considera aproximadamente un 16-25 % de mujeres con este trastorno de edades entre 18-74 años.

La prevalencia de la disfunción sexual femenina (DSF) en general es elevada, y oscila entre 30 y el 60% según algunos autores (Tosun Guleroglu & Gordeles Beser, 2014). Saydam, Akyuz, Sogukpinar, & Turfan (2019) la establecieron en un 68%, e incluso otros en el 86% (Banaei, Moridi, & Dashti, 2018). Khajehei, Doherty, Tilley, & Sauer (2016) concluyeron en su estudio, llevado a cabo con mujeres australianas, que el dominio más alterado fue el deseo con el 81% seguido de la excitación con un 53%. Quoc Huy, Phuc An, Phuong, & Tam (2019) también encontraron que el dominio más afectado en la DSF fue el deseo. En EE. UU. la prevalencia de DSF se estima en torno al 44%; además, la *National Health and Social Life Survey* asegura que el trastorno es más frecuente en mujeres (43%) que en hombres (31%), y considera que el trastorno del deseo es el más frecuente (64%) (Buster, 2013). En España, un estudio centrado en el tratamiento habla solo del 12% de DSF, si bien, sus autores hablan de trastornos diagnosticables y susceptibles de tratamiento (Alcántara Monteroa, & Sánchez Carnerero, 2016).

Entre los factores que se han mencionado en apartados previos que pueden asociarse al riesgo de DSF durante el período posparto, se hallan muchos factores fisiológicos, psicológicos y socioculturales que pueden afectar negativamente la función sexual de las mujeres. Durante ese período, se ha citado la existencia de factores como las dificultades para adaptarse a la función materna, el estrés y la presión del lactante, el sueño irregular, el cansancio, la lactancia materna, los cambios en la imagen corporal, el número y la forma de los partos, el dolor y la depresión posparto, como efectos adversos en las funciones sexuales (Andreucci et al., 2015).

Otros autores también establecieron que durante y después del embarazo hay muchos factores que se asocian con una disminución de la actividad sexual, como los conflictos matrimoniales, factores socioculturales, la edad, la paridad, cansancio, antecedentes de depresión, el estrés y problemas económicos (Christensen et al., 2011). Sobre factores sociodemográficos se ha mencionado, la edad avanzada, concretamente se habla de que mujeres con más de 35 años presentan un riesgo mayor (Dağlı, Uçtu, & Özerdoğan, 2020). Así mismo, se destaca que uno de los principales problemas que conlleva la DSF es la dispareunia, así las mujeres con morbilidad en el posparto presentan mayor tendencia a padecer dispareunia y la actividad sexual se reanuda de forma más tardía (Andreucci et al., 2015).

Todo lo previamente expuesto pone en evidencia los numerosos condicionantes físicos, psicológicos y sociales con los que se encuentra la mujer en sus diferentes procesos vitales relacionados con la maternidad: embarazo, parto y puerperio, para disfrutar de salud sexual.

Es por lo que en el entorno profesional que le es propio, la doctoranda se planteó la pregunta ¿Qué características identifican a las mujeres puérperas durante el 4º mes posparto en lo que a su salud sexual se refiere? Con un fin a medio plazo, elaborar una guía de práctica clínica que con su aplicación redunde en fortalecer la área del cuidado del profesional de obstetricia.

II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

1. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

1.1. Objetivo general

Conocer y analizar la salud sexual de las mujeres puérperas que se encuentran en el 4º mes del periodo posparto, que han dado a luz en los hospitales de una provincia de sur de España.

1.2. Objetivos específicos

1. Conocer la prevalencia de las disfunciones sexuales.
2. Describir los factores de riesgo asociados a las disfunciones sexuales.
3. Determinar el tiempo que transcurre desde el parto y las primeras prácticas sexuales.
4. Determinar la relación entre el tipo de parto y traumas perineales y disfunciones sexuales de origen orgánico.
5. Conocer cómo influye la maternidad en la calidad de la relación de la pareja en términos de consenso, satisfacción, expresión afectiva y cohesión.
6. Conocer el efecto de la calidad de la relación de la pareja en la disfunción sexual.
7. Conocer el nivel de autoestima de la puérpera para determinar la relación entre ésta y la disfunción sexual.

III. MATERIAL Y MÉTODOS

1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Estudio observacional descriptivo transversal.

2. SUJETOS DE ESTUDIO

Mujeres puérperas que se encuentran en el 4º mes del periodo posparto, que han dado a luz en hospitales de la provincia de Córdoba.

3. POBLACIÓN Y ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio ha sido llevado a cabo en 3 Centros de Salud de la zona básica de Córdoba. La selección de estos centros se hizo por conveniencia, eligiéndose aquellos con mayor número de procesos de embarazo, parto y puerperio y la colaboración de las matronas.

4. PERIODO DEL ESTUDIO

El estudio se llevó a cabo entre enero 2018 a marzo de 2021.

5. MUESTRA

El estudio se planteó para abarcar la totalidad de puérperas del ámbito seleccionado, por lo que se incluyeron a todas las puérperas citadas a una consulta programada en el 4º mes tras el parto realizada en atención primaria, durante el periodo de estudio. La muestra quedó constituida, por tanto, por todas aquellas mujeres que reunieron los criterios de inclusión, pertenecientes a los 3 centros de salud del distrito Córdoba seleccionados y que acudieron a la consulta programada para la vacunación de su hijo.

Criterios de inclusión y exclusión

Mujeres en periodo posparto que habían tenido un embarazo y parto únicos, a término (37-42 sg) y de bajo riesgo, por vía vaginal o cesárea. Se excluyeron partos múltiples y embarazos de alto riesgo.

6. VARIABLES DEL ESTUDIO

6.1. Variables sociodemográficas

- Edad de la mujer: años.
- Nivel de formación académica: estudios primarios/estudios secundarios/estudios universitarios.
- Actividad laboral: profesión que desempeña.

6.2. Variables obstétricas

- Educación maternidad-paternidad (si acudió a dichos programas): si/ no.
- Paridad: primípara (primer hijo) / multípara (2 o más).
- Edad gestacional: semanas de gestación (sg).
- Inicio del parto: espontáneo / inducido.
- Analgesia epidural: si /no.
- Finalización del parto-tipo o modo del parto: natural /instrumentado/cesárea.
- Episiotomía: si/no
- Desgarro vagino-perineal: si/no.
- Sutura del periné tras el parto: si/no.
- Enfermedad durante el embarazo: si/ no. Indicación de enfermedad en caso afirmativo.

6.3. Variables neonatales

- Peso del RN: gramos (g).
- Ingreso hospitalario del RN: si / no.
- Alimentación del RN: lactancia materna/ lactancia artificial/ lactancia mixta.
- Enfermedad del RN: especificar enfermedad.

6.4. Variables psicológicas

- Nivel de autoestima mediante escala Rosemberg (Atienza et al, 2000)
(Anexo 2): bajo/medio/alto.
- Riesgo de depresión posparto, mediante escala de Edimburgo (Cox et al., 1987)
(Anexo 3): si/no.

6.5. Variables de la función sexual de la mujer, mediante el Cuestionario de la Función Sexual de la mujer (Sánchez et al., 2004) (Anexo 4):

- Actividad sexual en las últimas 4 semanas: si/no.
- Trastorno en los distintos dominios de la función sexual: si/no.
 - Deseo
 - Excitación
 - Orgasmo
 - Lubricación
 - Problemas de penetración
 - Ansiedad anticipatoria
 - Iniciativa sexual
 - Comunicación sexual
 - Satisfacción sexual
- Riesgo de disfunción sexual: si/no.

6.6. Variables del ajuste de la pareja, mediante la escala de Ajuste diádico (Cáceres et al., 2013; Spanier, 1976) (Anexo 5):

- Ajuste diádico: bajo/medio/alto.
- Trastorno de las dimensiones del ajuste diádico: si/no.
 - Consenso.
 - Satisfacción.
 - Cohesión.
 - Expresión afectiva.

7. PERIODO DE RECOGIDA DE DATOS

Los datos fueron recogidos entre enero de 2019 y marzo de 2020.

8. INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE DATOS

Se han empleado los siguientes instrumentos:

8.1. Escala de autoestima de Rosemberg (Atienza et al., 2000; Rosemberg, 1965)

Con esta escala se evaluó el nivel de autoestima de la mujer, satisfacción de la persona sobre ella misma. En el presente trabajo se ha utilizado la escala del estudio de validación de la traducción castellana realizado por Atienza et al. (2000) (Anexo 2).

Este cuestionario consta de 10 ítems, de los cuales 5 están redactados de forma positiva y 5 de forma negativa. Tiene 4 opciones de respuesta de tipo Likert (1= muy de acuerdo, 2= de acuerdo, 3= en desacuerdo, 4= totalmente en desacuerdo). Todos los contenidos de los ítems se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo/a. Para su corrección deben invertirse las puntuaciones de los ítems enunciados negativamente y, posteriormente, sumarse todos los ítems. La puntuación total oscila entre 10 y 40.

Interpretación de la escala:

- De 30 a 40 puntos: autoestima elevada (considerada autoestima normal).
- De 26 a 29 puntos: autoestima media. No presenta problemas de autoestima grave, pero es conveniente mejorarla.
- Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

8.2. Escala de Edimburgo (Cox et al., 1987)

La Escala de depresión postparto de Edimburgo se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión postparto, un trastorno más prolongado y serio que la tristeza posparto. Consiste en diez declaraciones de las que la mujer escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. No obstante, es necesario realizar una valoración clínica para confirmar el diagnóstico.

Instrucciones de uso:

Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores. Tienen que responder las diez preguntas. La madre debe responder la escala ella misma. La clínica de pediatría, la cita de control posparto o una visita domiciliaria pueden ser oportunidades convenientes para realizarla.

Pautas para la valoración:

A las categorías de las respuestas se les dan puntos 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0). Se suman todos los puntos para dar la puntuación total.

Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el “0” para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente.

Esta escala es uno de los instrumentos más utilizados para evaluar y detectar madres que presentan sintomatología de depresión y ansiedad postparto. Fue desarrollado por los autores Cox, Holden y Sagovsky en 1987 (Anexo 3).

8.3. Cuestionario de la Función Sexual de la Mujer (FSM) (Sánchez et al. 2004).

El FSM es una escala auto- administrada que consta de 14 ítems, tras una pregunta llave. Cada ítem del cuestionario puntúa entre 1 y 5 (Anexo 4).

Las 6 primeras preguntas se refieren a trastornos de las distintas fases de la respuesta sexual. Las preguntas 7 y 8 evalúan aspectos relacionales de la actividad sexual. Las 9 y 10 evalúan satisfacción sexual. Las restantes solo describen aspectos de interés sobre la actividad sexual.

Su interpretación:

- Dependiendo de la puntuación obtenida la persona presentará trastorno o no.
 - El Deseo es evaluado en las preguntas 1, 2, 4:
 - 1-3 puntos, presenta trastorno severo
 - 4-7 puntos, presenta trastorno moderado
 - 8-15 puntos, sin trastorno.
 - La excitación es evaluada en las preguntas 3, 4, 5:
 - 1-3 puntos, presenta trastorno severo
 - 4-7 puntos, presenta trastorno moderado
 - 8-15 puntos, sin trastorno
 - La Lubricación es evaluada en la pregunta 5:
 - Un punto, presenta trastorno severo
 - Dos puntos, presentan trastorno moderado
 - 3-5 puntos, presenta sin trastorno
 - Orgasmo evaluado en la pregunta 9:
 - 1 punto, presenta trastorno severo
 - 2 puntos, presenta trastorno moderado
 - 3-5 puntos, sin trastorno

- Problemas con la penetración, evaluado con las preguntas 6, 7a, 8:
 - 1-3 puntos, presenta trastorno severo
 - 4-7 puntos, presenta trastorno moderado
 - 8-15 puntos, sin trastorno
- Ansiedad anticipatoria, evaluada con la pregunta 8:
 - 1 punto, presenta trastorno severo
 - 2 puntos, presenta trastorno moderado
 - 3-5 puntos, sin trastorno
- Iniciativa sexual, evaluada con la pregunta 10:
 - 1 punto, presenta ausencia de iniciativa
 - 2 puntos, presenta iniciativa moderada
 - 3-5 puntos, sin problemas de iniciativa
- Grado de comunicación sexual, pregunta 11:
 - 1 punto, existe ausencia de comunicación sexual
 - 2 puntos, comunicación sexual moderada
 - 3-5 puntos, sin problemas de comunicación sexual
- Satisfacción de la actividad sexual, preguntas 9, 13:
 - 1-2 puntos, presenta insatisfacción sexual
 - 3-5 puntos, presenta satisfacción moderada
 - 6-10 puntos, actividad sexual satisfactoria
- Satisfacción sexual general, pregunta 14:
 - 1 punto, insatisfacción sexual general
 - 2 puntos, satisfacción sexual general moderada
 - 3-5 puntos, satisfacción sexual general

Para diagnosticar disfunción sexual solo contabilizan las 6 primeras preguntas: Deseo, Excitación, Lubricación, Orgasmo, Problemas con la penetración vaginal, Ansiedad anticipatoria.

8.4. Escala de ajuste diádico (EAD) (Cáceres et al., 2013; Spanier, 1976)

El tipo de relación de pareja va a depender de varios factores como consenso en aspectos importantes, la satisfacción, la cohesión entre ambos miembros, las diferencias y tensiones interpersonales. Debido a la importancia de las relaciones conyugales, utilizando la EAD, se pretende evaluar el tipo de relación conyugal (funcional o conflictiva) y conocer cómo influye en la salud sexual de la mujer (Spanier, 1976) (Anexo 5).

La Escala de ajuste diádico está formada por 32 ítems que se agrupan en cuatro subescalas: Consenso (13 ítems), Satisfacción (10 ítems), Cohesión (5 ítems) y expresión afectiva (4 ítems). Los ítems se presentan en su mayoría en escalas sumativas tipo Likert de valoración de intensidad o frecuencia. Los ítems 1 a 15 se presentan en una escala de seis puntos (de 0= “siempre en desacuerdo” hasta 5= “siempre de acuerdo”) de valoración del desacuerdo-acuerdo con el enunciado; los ítems 16 a 20 en una escala de frecuencia (de 0= “siempre” a 5= “nunca”); la valoración de los ítems 18 y 19 se invierte. Los ítems 21 a 32, excepto el 27, 28 y 31, también en una escala de frecuencia (de 0= “nunca” a 5= “todos los días”). El ítem 31 valora el grado de satisfacción con la relación (de 0= “muy insatisfecho” a 6= “perfecto”) y los ítems 27 y 28 son de tipo dicotómico (Sí= 0 / No= 1). Todos los ítems son recodificados de modo que una mayor puntuación sea expresión de un mayor ajuste en la pareja. La puntuación mínima es 0 y la máxima 151.

Para facilitar la comprensión del cuestionario se indica que, el consenso está relacionado con el grado de acuerdo en la pareja respecto a temas importantes, como pueden ser los valores, educación, tareas domésticas, esparcimiento, etc. La satisfacción marital se refiere a la satisfacción de la pareja con la relación, entendida como frecuencia y grado de las discusiones, satisfacción con la relación actual y al compromiso de continuar con la relación. La cohesión marital indica el grado en que la pareja se involucra en actividades en común relativas a proyectos de vida o de intercambio positivo. La expresión de afecto se relaciona con la satisfacción de la pareja con las expresiones de afecto dentro de la relación, así como si están satisfechos con las relaciones sexuales (Cáceres et al., 2013).

9. PROCEDIMIENTO EN LA RECOGIDA DE DATOS.

Coincidiendo con la consulta del niño sano, concretamente para la vacunación, se citó a las madres a revisión en el 4º mes postparto. En esta visita se les facilitó los cuestionarios

y se les explicó el procedimiento a seguir, información necesaria, y consentimiento informado (Anexo 6). Los documentos se entregaron en un sobre en blanco para que la mujer contestara a los cuestionarios y los devolviera en el mismo sobre de forma totalmente anónima. Previamente se habían solicitado los permisos pertinentes a Distrito y Centros de Salud, y contactado con el personal sanitario que colaboró en la recogida de los datos y sirvió de enlace con las mujeres sujetos de estudio. Los datos fueron extraídos de los cuestionarios y se incorporaron a una base de datos creada al efecto en el programa PASW-Statistic versión 25.

10. ANÁLISIS DE LOS DATOS.

Los datos fueron extraídos de los cuestionarios y se incorporaron a una base de datos autoelaborada para su análisis. Se realizó un análisis descriptivo e inferencial de las variables con el programa PASW Statistic versión 25. Las variables cualitativas se expresaron en número (n) y porcentajes (%), y las cuantitativas en media y desviación estándar (DE). Para ordenar los datos recogidos de la muestra se utilizaron tablas. Se realizaron pruebas de contraste de hipótesis aplicando los estadísticos correspondientes según el tipo de variable. Se llevó a cabo el análisis de correlación de Pearson entre algunas variables para comprobar el grado de relación entre ellas. Se calculó la OR cruda y posteriormente de forma ajustada mediante un análisis de regresión logística múltiple (RLM) para determinar las variables influyentes en el riesgo de padecer disfunción sexual. Se asumió un error α del 5% ($p \leq 0,05$), mostrándose los valores exactos de “p” para cada estadístico.

Para el RLM se realizó en primer lugar un análisis univariante con cada una de las variables recogidas. Por medio del estadístico de Wald, las variables con una $P > \alpha = 0,15$ fueron una a una eliminadas del modelo. La comparación del modelo reducido con el que incluye las variables eliminadas se realizó mediante el test de la razón de verosimilitud. La escala de las variables continuas fue valorada mediante la prueba de Box Tidwell. Se estudiaron las posibles interacciones entre las variables. Las variables con una significación superior a 0,05 fueron estudiadas como posibles factores de confusión, considerándolas como tales si el porcentaje de cambio de los coeficientes era mayor al 15%. Como prueba diagnóstica de casos extremos se utilizó la distancia de Cook. El estadístico de Hosmer-Lemeshow se empleó para valorar la bondad de ajuste. Como variable dependiente se ha considerado el trastorno de la función sexual en al menos tres

dominios de la función sexual, por lo que al menos uno de los dominios afectados ha sido uno de los considerados como evaluadores de actividad sexual (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, penetración y ansiedad anticipatoria), lo que equivale a la consideración de riesgo de disfunción sexual.

11. CRONOGRAMA.

- Planificación: enero-febrero de 2018.
- Revisión bibliográfica: enero 2018 a diciembre 2020.
- Elección de instrumentos: enero-marzo de 2018.
- Diseño del proyecto investigación: enero-marzo 2018
- Logística obtención de permisos: marzo-septiembre 2018.
- Redacción marco teórico: julio 2018 a diciembre 2019.
- Diseño base de datos: enero-febrero de 2020.
- Recogida de datos: enero 2019 a marzo 2020.
- Análisis de datos y obtención de resultados: junio-septiembre 2020.
- Redacción de la discusión y conclusiones: octubre-diciembre 2020.
- Preparación del informe final: enero-marzo 2021.
- Depósito de la tesis: abril 2020

12. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

La investigación ha respetado los principales fundamentos de la Declaración de Helsinki (octubre, 2013), del Consejo de Europa relativo a los derechos humanos y la Biomedicina, de la Declaración Universal de la Unesco, sobre genoma humano y derechos humanos, y el Consejo de Oviedo relativo a los derechos humanos y la Biomedicina. Todos los datos de las participantes han sido tratados confidencialmente de acuerdo a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de datos personales, y garantía de los derechos digitales, guardando su estricta confidencialidad y su no acceso a terceros no autorizados del Estado Español, el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016.

El proyecto recibió autorización de Distrito y Centros de Salud ámbito del estudio, así como informe favorable del Comité de Ética de la investigación de referencia (Acta nº 280; referencia nº 414, 10 de octubre de 2018).

Las mujeres participantes en el estudio recibieron el documento de información y consentimiento informado.

IV. RESULTADOS

1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

Se consideró un número total de 150 mujeres, de las que finalmente solo contestaron a los cuestionarios 77. La muestra final quedó constituida por 77 mujeres (N = 77).

1.1. EDAD.

La edad media de las mujeres fue de 32,10 años ($\pm 4,29$). La edad mínima registrada correspondió a 19 años y la máxima fue de 45 años. El 27,3% de las mujeres tenían 35 o más años y solo el 3,9% tenían 40 o más años de edad. La tabla 1 refleja los datos para ambos grupos de edad.

Tabla 1. Grupos de edad.

Grupos	Frecuencia	Porcentaje
< 35 años	56	72,7
\geq 35 años	21	27,3
Total	77	100

1.2. NIVEL DE FORMACIÓN.

Para medir el nivel de formación se ha tenido en cuenta el nivel de estudios académicos de las mujeres: estudios primarios, secundarios y universitarios. Solo, aproximadamente, el 25% de las mujeres tenían un título universitario, mientras que algo más del 41% solo tenían estudios primarios. Los resultados se muestran en la tabla 2.

Tabla 2. Nivel de formación en la población de estudio.

Estudios	Frecuencia	Porcentaje
Primarios	32	41,5
Secundarios	26	33,8
Universitarios	19	24,7
Total	77	100

1.3. PROFESIÓN.

La profesión que desempeñan las mujeres de la muestra queda reflejada en la tabla 3. En esta tabla se relaciona la profesión con la formación académica.

Tabla 3. Profesión relacionada con la formación académica.

Profesión	Frecuencia	Porcentaje
Relacionada con título universitario	12	15,5
Relacionada con título secundario	28	36,4
Sin titulación	37	48,01
Total	77	100

En la tabla 4 se relacionan los diferentes grupos laborales pertenecientes a diferentes sectores económicos desarrollados por las mujeres del estudio.

Tabla 4. Profesión agrupada por sectores económicos.

Sectores económicos	Frecuencia	Porcentaje
Administración y servicios	9	11,7
Ama de casa	11	14,3
Autónomos	3	3,9
Comercio	35	45,5
Educación	8	10,3
Sanidad	11	14,3
Total	77	100

2. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE VARIABLES OBSTÉTRICAS.

2.1. PARIDAD Y EDAD GESTACIONAL.

El 69% de las mujeres que contestaron los cuestionarios solo tenían un hijo, el 31% restante tenían 2 o más hijos. Los datos se representan en la tabla 5.

Tabla 5. Paridad.

Paridad	Frecuencia	Porcentaje
Primípara	53	68,8
Múltipara	24	31,2
Total	77	100

La media en la edad gestacional de las mujeres en el momento del parto fue de 39,4 ($\pm 1,37$) sg. La mujer con menor edad gestacional tenía 37 sg y la de mayor edad gestacional tenía 41 sg + 4 días.

2.2. PATOLOGÍA EN EL EMBARAZO.

El 72,4 % de las mujeres declararon no haber tenido ninguna enfermedad o trastorno durante el embarazo, mientras que el 27,6% restante declaró haber padecido alguna alteración. Entre estas patologías cabe destacar el hipotiroidismo (6,5%), diabetes gestacional (5,2%), hipertensión arterial (3,9%), vómitos persistentes (1,3%), cólico nefrítico (1,3%), anemia (1,3%), y otras en menor medida. En la tabla 6 se muestran los datos generales.

Tabla 6. Patología durante el embarazo.

Patología embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Si	21	27,6
No	55	72,4
Total	76	100

Datos perdidos: 1

2.3. EDUCACIÓN MATERNAL Y PREPARACIÓN AL PARTO.

Casi el 86% de las mujeres recibieron educación maternal en Atención Primaria. Entre los cuidados que contempla el programa de atención preparto figura la educación maternal, que se lleva a cabo durante todas las visitas; además de la preparación al parto, que consta de sesiones informativas sobre embarazo, parto y puerperio, de ejercicios físicos y de respiración, y técnicas de relajación. En la tabla 7 se muestran los datos correspondientes a este aspecto.

Tabla 7. Mujeres que recibieron educación maternal y preparación al parto en Atención Primaria.

E. maternal/ Preparación al parto	Frecuencia	Porcentaje
Si	66	85,7
No	11	14,3
Total	77	100

E: educación

2.4. INICIO DEL PARTO.

El 65% de las mujeres iniciaron su parto de forma espontánea, mientras que en el 35% restante el parto tuvo que inducirse mediante prostaglandinas y/o oxitocina. La tabla 8 muestra los datos sobre la forma de iniciar el parto de las mujeres del estudio.

Tabla 8. Inicio del parto.

Inicio del parto	Frecuencia	Porcentaje
Espontáneo	50	64,9
Inducido	27	35,1
Total	77	100

2.5. ANALGESIA EPIDURAL.

Cerca del 90% de las mujeres hicieron uso de la analgesia epidural. De ellas, el 10% declararon que no fue efectiva de forma total o solo lo fue parcialmente, es decir, el dolor no desapareció o solo lo hizo en parte. En el 90% restante sí fue efectiva. Los datos se reflejan en la tabla 9.

Tabla 9. Uso de analgesia epidural durante el parto.

Analgesia epidural	Frecuencia	Porcentaje
Si	69	89,6
No	8	10,4
Total	77	100

2.6. TIPO DE PARTO.

En cuanto al tipo de parto, es decir, cómo fue la finalización del parto, el 74% de las mujeres tuvieron un parto vaginal; entre ellas un 58,4% tuvo un parto eutócico o normal mientras que un 15,6% necesitó instrumentación del parto mediante fórceps, vacuo o espátulas. El 26% de las mujeres acabó en un parto por cesárea. En este caso la cesárea puede realizarse de forma urgente, durante el transcurso del parto por motivos diferentes que generalmente puedan comprometer el bienestar del niño y/o de la madre; por falta de progresión del parto, cuando se detiene su evolución normal; o bien de forma electiva o programada, cuando por diferentes causas no se aconseja someter a la mujer a trabajo de parto y se programa una cesárea. La tabla 10 recoge dichos datos.

Tabla 10. Tipo de parto

Tipo de parto	Frecuencia	Porcentaje
Normal	45	58,4
Instrumentado	12	15,6
Cesárea	20	26,0
Total	77	100

2.7. EPISIOTOMÍA.

Los datos sobre episiotomías practicadas se muestran en la tabla 11. La episiotomía se practicó en el 54,5% de las mujeres. En el caso de las primíparas, en un 64% de ellas se practicó una episiotomía, mientras que entre secundíparas este porcentaje fue del 33,3%, lo que arrojó diferencias estadísticamente significativas ($p= 0,012$).

Tabla 11. Episiotomías practicadas.

Episiotomía	Frecuencia	Porcentaje
Si	42	54,5
No	35	45,5
Total	77	100

2.8. DESGARROS VAGINO-PERINEALES.

El 28,6% de las mujeres sufrió algún tipo de desgarro, la gran mayoría fueron desgarros tipo I y II. Estos afectaron en mayor medida a mujeres primíparas (34%), frente a múltiparas (16%), aunque no se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($p= 0,120$). Los datos generales se muestran en la tabla 12.

Tabla 12. Desgarros vagino-perineales

Desgarros	Frecuencia	Porcentaje
Si	22	28,6
No	55	71,4
Total	77	100

2.9. SUTURA.

El 72,7% de las mujeres necesitaron algún tipo de sutura, bien por episiotomía, bien por desgarro o por ambas causas. Las mujeres primíparas necesitaron más suturas que las múltiparas, 83% frente a 50% respectivamente ($p = 0,003$). Los datos aparecen en la tabla 13.

Tabla 13. Suturas por episiotomía y/o desgarros

Sutura	Frecuencia	Porcentaje
Si	56	72,7
No	21	27,3
Total	77	100

3. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE VARIABLES NEONATALES

3.1. PESO DEL RECIÉN NACIDO (RN).

El peso medio de los recién nacidos fue de 3305 (\pm 503) g. El RN de menor peso fue de 2200 g y el de mayor peso fue de 4690 g.

3.2. ALIMENTACIÓN DEL RN.

La lactancia materna exclusiva se llevó a cabo en el 57,1% de los casos; el 23,4% de los RN recibieron lactancia mixta, y el 19,5% fueron amamantados con leche artificial. Los datos se muestran en la tabla 14.

Tabla 14. Alimentación del RN.

Alimentación RN (Tipo de lactancia)	Frecuencia	Porcentaje
Materna	44	57,1
Artificial	15	19,5
Mixta	18	23,4
Total	77	100

3.3. INGRESO DEL RN.

El 18% de los RN necesitaron ingreso en neonatología por distintas causas. Solo 3 de las madres (4%) declararon algún tipo de enfermedad en sus hijos. La tabla 15 representa los datos sobre ingresos de RN.

Tabla 15. Ingreso del RN.

Ingreso del RN	Frecuencia	Porcentaje
Si	14	18,2
No	63	81,8
Total	77	100

4. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE VARIABLES DEPENDIENTES.

4.1. AUTOESTIMA (Escala Rosemberg) (Atienza et al., 2000; Rosemberg, 1965).

La mayoría de las mujeres declararon tener un nivel de autoestima alto (77,6%) y normal o medio (19,7%); en total el 97,4% presentaron un nivel de autoestima alto o medio. Solo el 2,6% presentó un nivel bajo de autoestima. La media de las puntuaciones fue de 34,5 ($\pm 5,21$) puntos, con una puntuación mínima de 14 y máxima de 40. Los datos generales se muestran en la tabla 16.

Tabla 16. Nivel de autoestima (escala Rosemberg) (Atienza et al., 2000).

Autoestima	Frecuencia	Porcentaje
Alta	59	77,6
Media	15	19,7
Baja	2	2,6
Media (DE)	34,5 ($\pm 5,21$)	
Total	76	100

Datos perdidos: 1

En la siguiente tabla (tabla 17) se muestran los diferentes ítems que componen la escala Rosemberg con los porcentajes de mujeres que valoraron cada uno de ellos de forma negativa, es decir, para las preguntas positivas se contemplaban las respuestas “En desacuerdo y muy en desacuerdo”, y para las negativas las respuestas “De acuerdo y muy de acuerdo”.

Tabla 17. Puntuaciones negativas en la Escala Rosemberg (Atienza et al., 2000).

Ítems	Respuestas negativas	
	n	%
Estoy satisfecha de mí misma.	5	6,6
Siento que no tengo mucho de lo que estar orgullosa.	8	10,5
Pienso que soy una fracasada.	3	3,9
Me gustaría poder sentir más respeto por mí misma.	14	18,4
Hay veces que pienso que soy una inútil.	12	16
Siento que soy una persona digna de aprecio.	4	5,3
Estoy convencida que tengo cualidades buenas.	3	3,9
Soy capaz de hacer las cosas también como la mayoría gente.	2	2,6
Tengo una actitud positiva hacia mí misma.	11	14,5
A veces creo que no soy buena persona.	8	10,5

Datos perdidos: 1

En la siguiente figura (figura 6) se muestran las frecuencias de las puntuaciones obtenidas en la escala Rosenberg (Atienza et al., 2000). Puntuaciones de 30 o más indican un nivel alto de autoestima; entre 26 a 29 indican autoestima media; y 25 o menos indica un nivel bajo de autoestima.

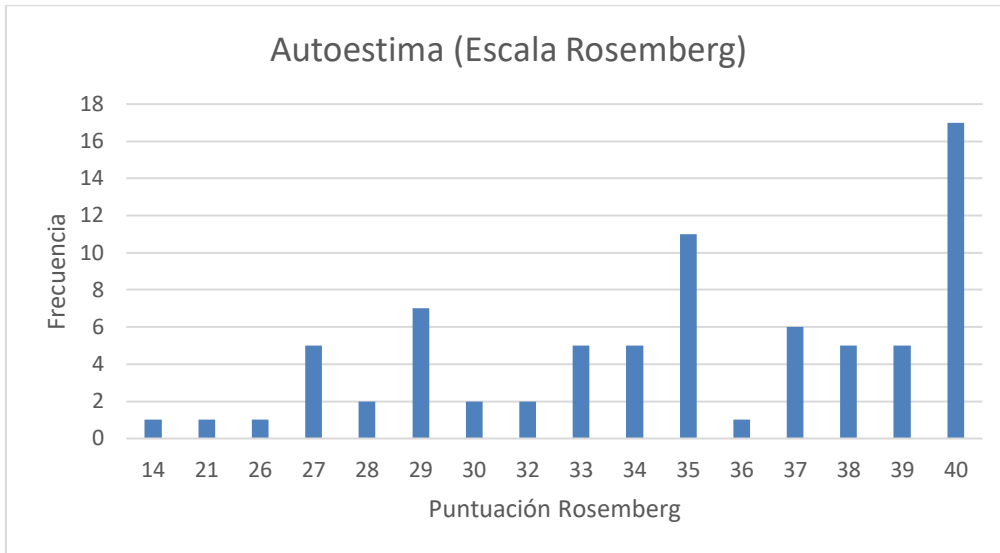


Figura 6. Frecuencias de puntuaciones obtenidas en la escala Rosenberg (Nivel de autoestima) (Atienza et al., 2000).

4.2. ESCALA DE EDIMBURGO (Cox et al., 1987).

La media de las puntuaciones obtenidas en la muestra fue de 8,87 ($\pm 3,85$) puntos, con una puntuación mínima de 1 y máxima de 21. El 57,1 % de las mujeres obtuvieron puntuaciones de hasta 9 puntos (normalidad); el resto, un 42,9% (33 mujeres) obtuvieron puntuaciones de 10 o más puntos, y por tanto se consideran en riesgo de depresión posparto. La figura 7 representa las puntuaciones obtenidas.

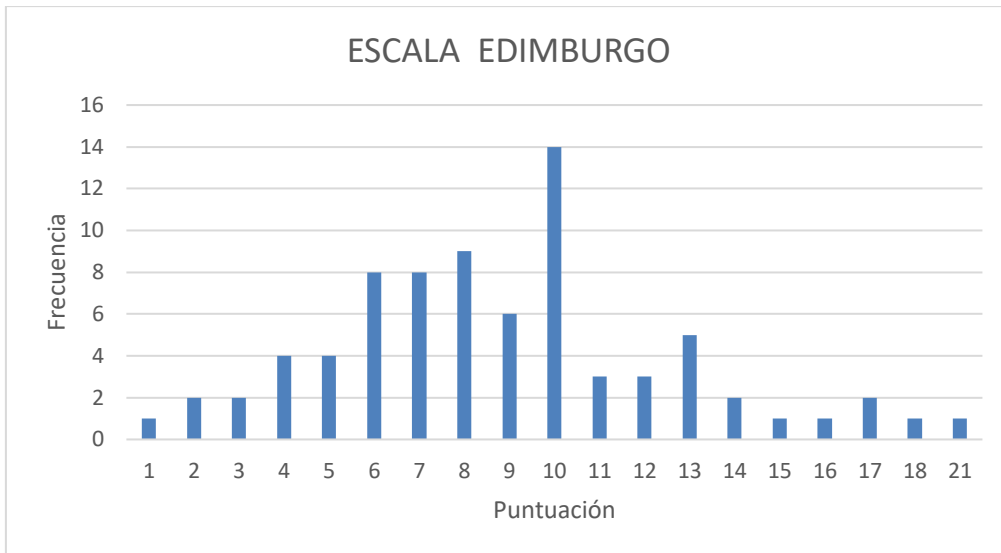


Figura 7. Frecuencias en puntuaciones obtenidas en la escala de Edimburgo (Riesgo de depresión posparto) (Cox et al., 1987).

Hay 3 mujeres (3,9%) que a la pregunta 10 de esta escala: “he tenido pensamientos de hacerme daño” contestaron “A veces”. En este caso debe realizarse un seguimiento de la mujer.

4.3. CUESTIONARIO FUNCIÓN SEXUAL (Sánchez et al., 2004)

El 16,9% (n=13) de las mujeres declararon no haber tenido actividad sexual durante las últimas 4 semanas.

En las Figuras 8 a 21 se representan los porcentajes de las respuestas a cada uno de los ítems que componen el cuestionario de la función sexual. En este caso los datos totales fueron N = 64, que corresponde al número de mujeres que declararon que sí mantuvieron relaciones sexuales durante las últimas 4 semanas.

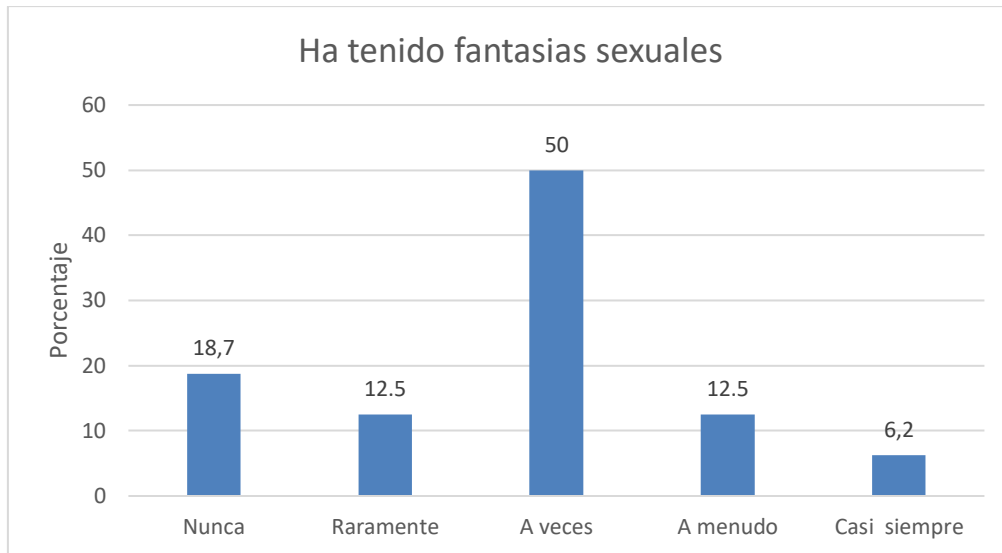


Figura 8. Función sexual. Fantasías sexuales.

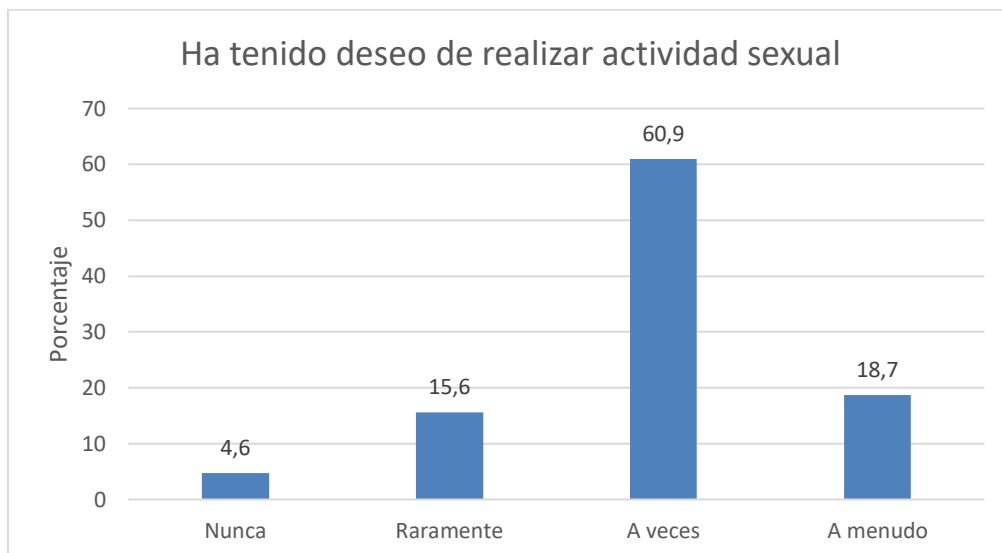


Figura 9. Función sexual. Deseo de actividad sexual.

El 20,2% de las mujeres declararon que raramente o nunca sintieron deseo de realizar actividad sexual con la pareja durante las últimas 4 semanas.

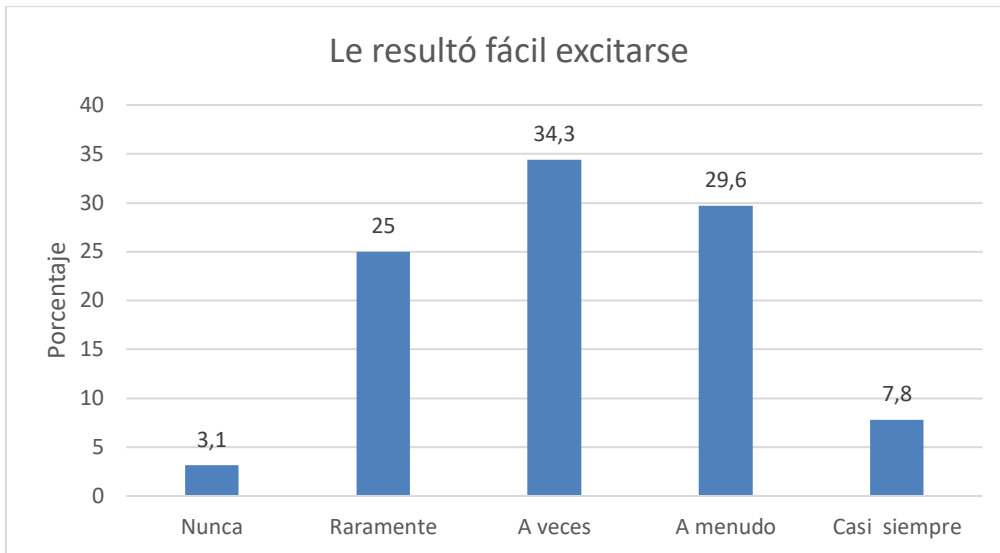


Figura 10. Función sexual. Fácil excitación.

El 28,1% de las mujeres declararon que raramente o nunca se excitaron con facilidad durante las últimas 4 semanas, y el 20,2% no llegó a excitarse cuando le tocaron durante la relación.

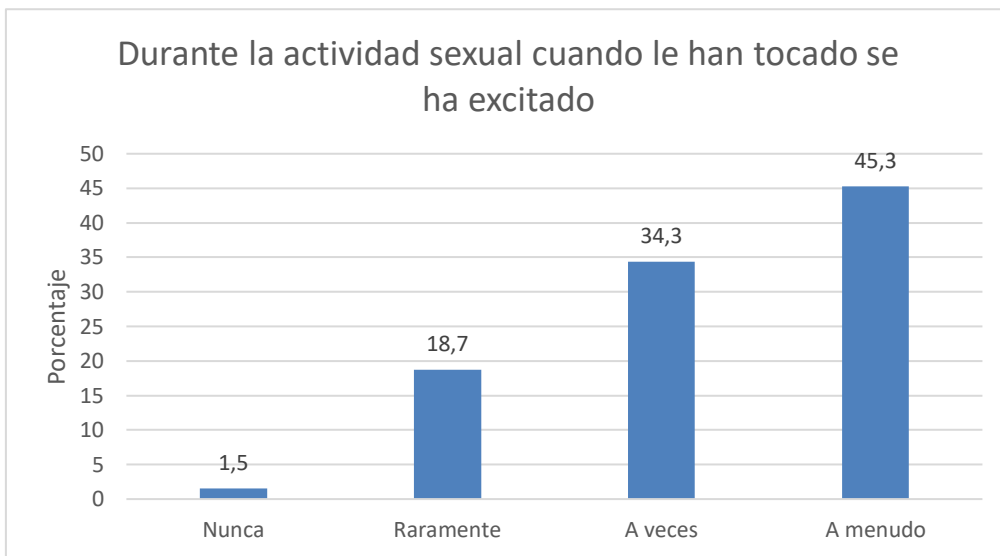


Figura 11. Función sexual. Excitación ante tocamientos.

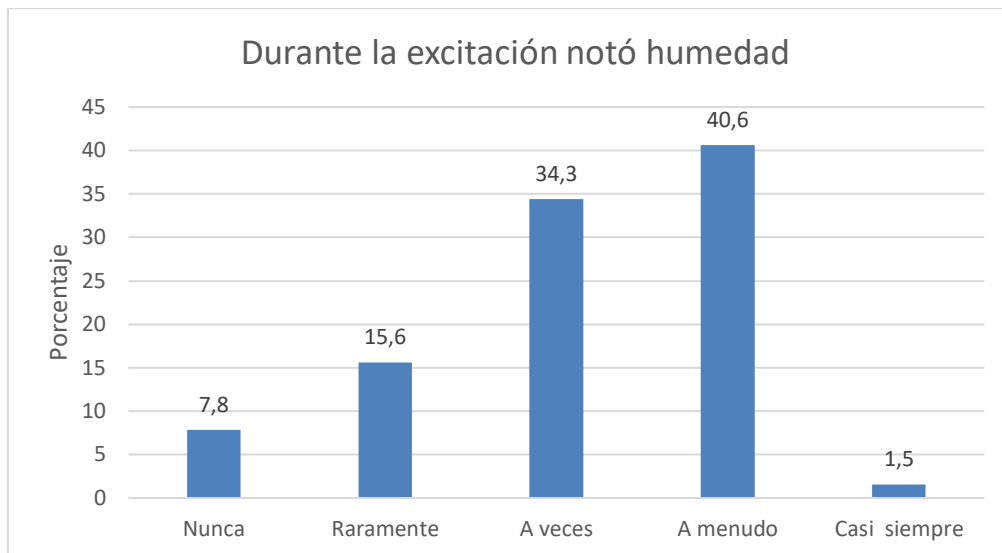


Figura 12. Función sexual. Sentirse húmeda ante la excitación.

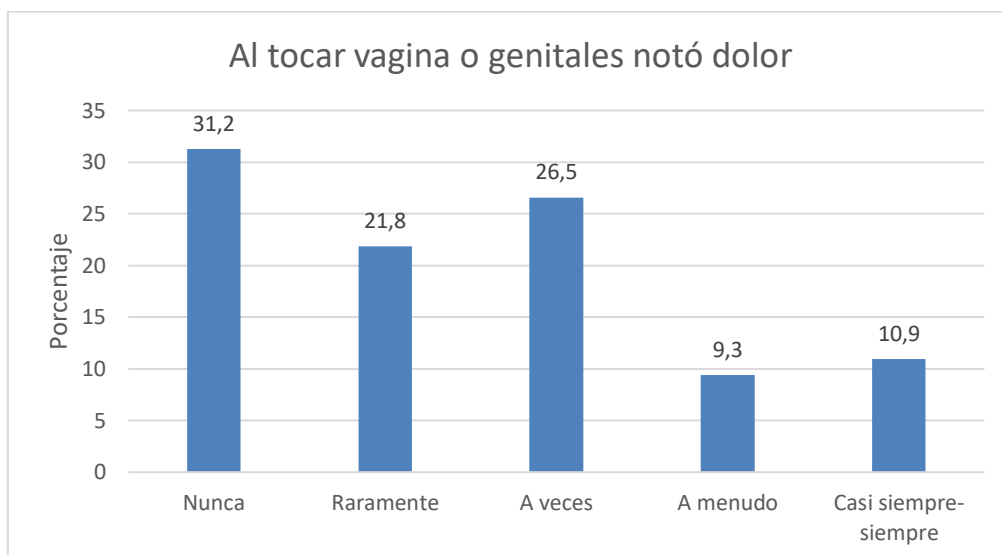


Figura 13. Función sexual. Dolor ante tocamientos.

El 20,2% de las mujeres declararon que a menudo, casi siempre o siempre sintió dolor cuando le tocaron la vagina durante las últimas 4 semanas.

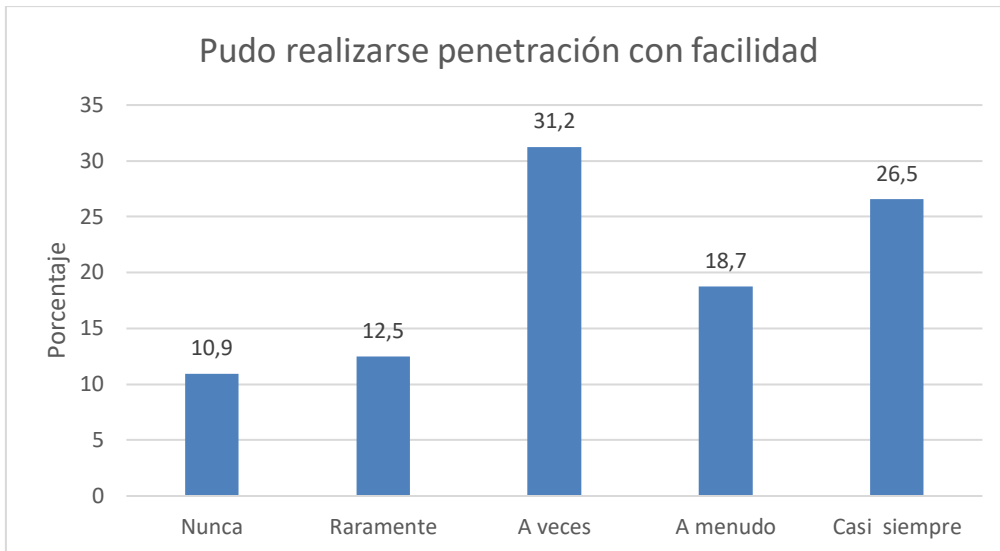


Figura 14. Función sexual. Penetración.

El 23,4% de las mujeres declararon que raramente o nunca pudo llevarse a cabo la penetración con facilidad durante las últimas 4 semanas.

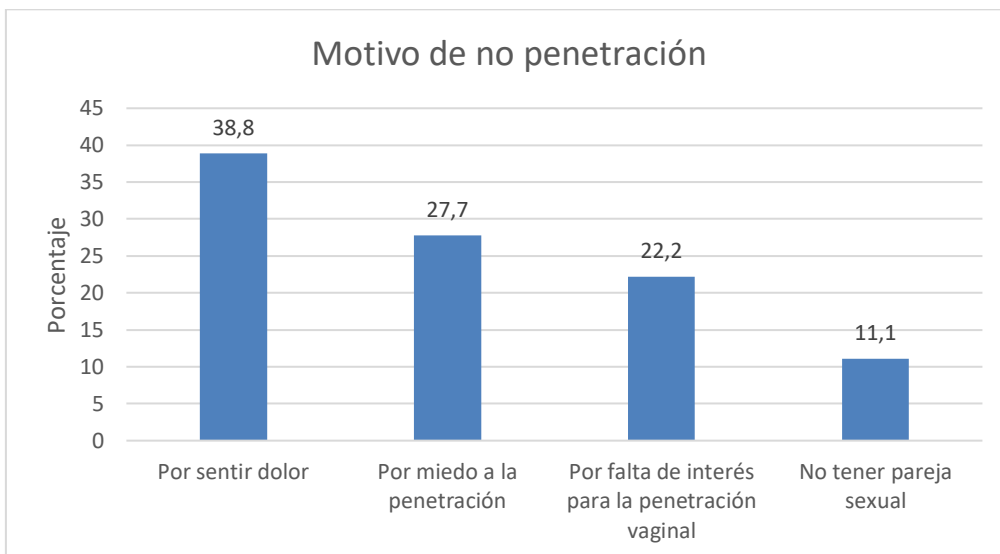


Figura 15. Función sexual. Motivo de no penetración.

El mayor porcentaje de las mujeres (66,5%) expresó que el motivo para la no penetración fue el dolor o el miedo por la penetración.

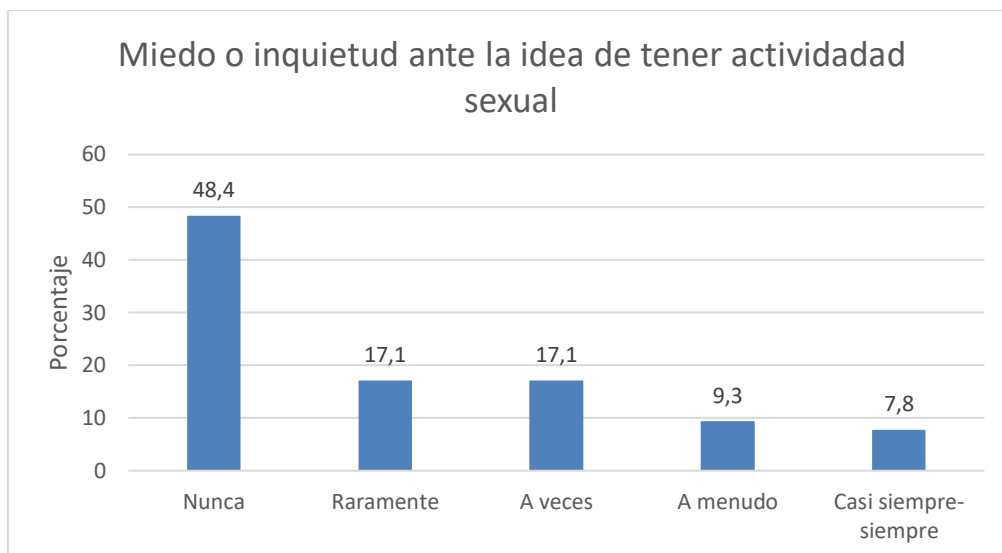


Figura 16. Función sexual. Miedo ante actividad sexual.

El 17,1% de las mujeres declararon que a menudo, casi siempre o siempre sintió miedo ante la idea de tener actividad sexual durante las últimas 4 semanas.

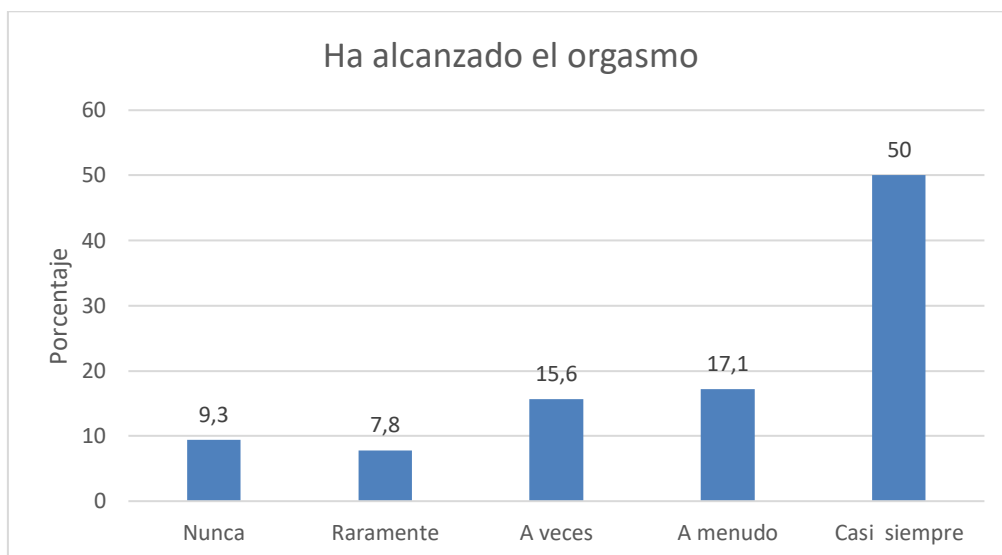


Figura 17. Función sexual. Se ha alcanzado orgasmo.

El 17,1% de las mujeres declararon que raramente o nunca pudieron llegar al orgasmo durante la relación sexual en las últimas 4 semanas. Solo la mitad de las mujeres declararon no tener problemas para conseguir el orgasmo.

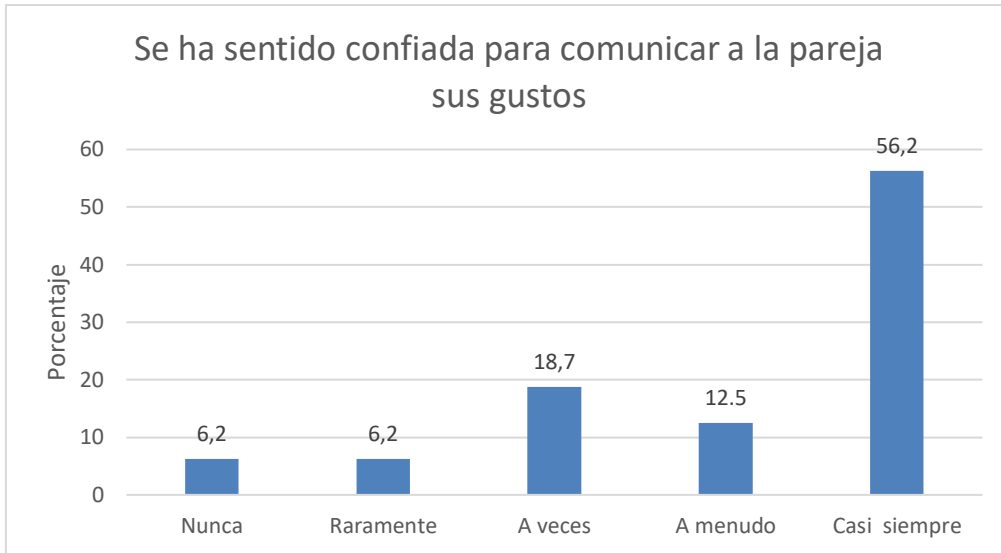


Figura 18. Función sexual. Confianza para comunicar gustos a la pareja.

El 43% de las mujeres expresaron algún tipo de problema de confianza a la hora de comunicar a la pareja sus gustos.

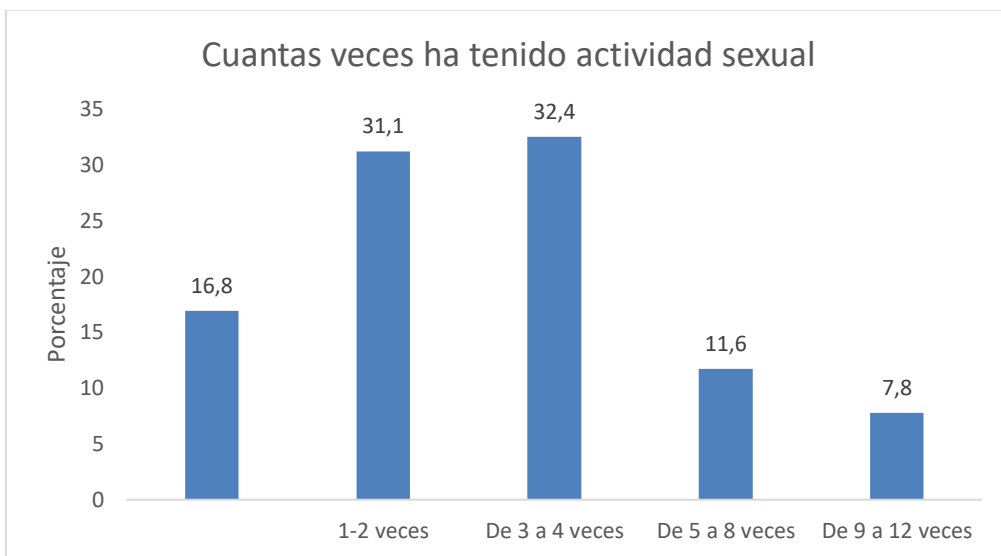


Figura 19. Función sexual. Frecuencia relaciones.

El 63,5% expresó tener una frecuencia de relaciones sexuales entre 1 y 4 veces durante las últimas cuatro semanas.

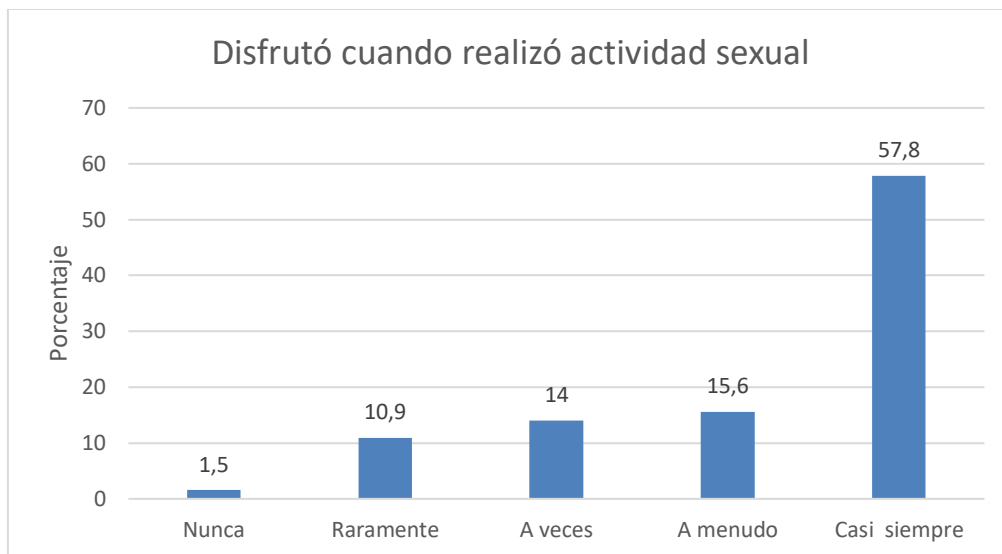


Figura 20. Función sexual. Disfrutó de la actividad sexual.

El 26,4% de las mujeres expresaron que nunca, raramente o solo a veces disfrutó con la actividad sexual durante las últimas 4 semanas.

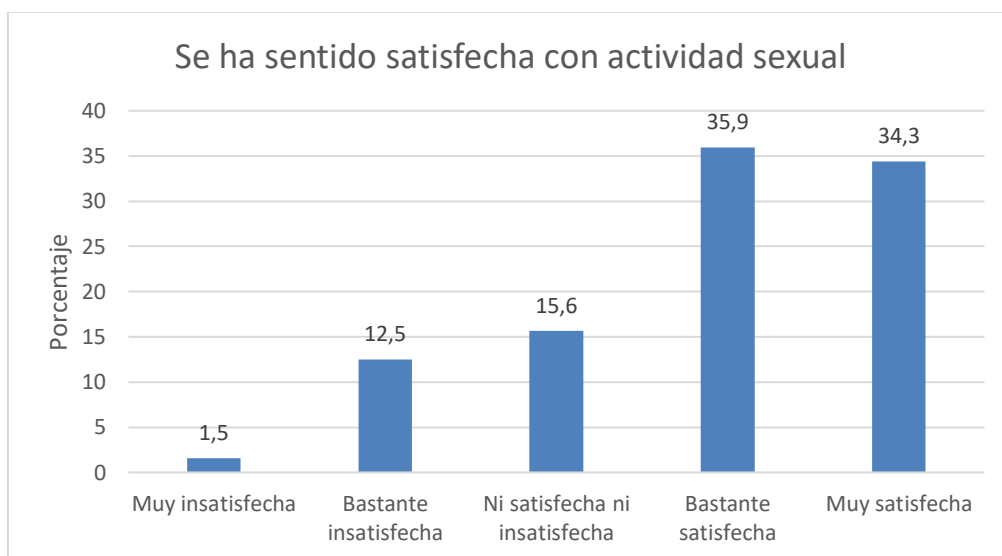


Figura 21. Función sexual. Satisfacción con la actividad sexual.

El 29,6% de las mujeres mostraron sentirse bastante o muy insatisfechas, o indiferentes con las relaciones sexuales en las últimas 4 semanas.

4.3.1. Aspectos de la función sexual.

Los aspectos a valorar en la función sexual son: deseo sexual, excitación, lubricación, orgasmo, penetración, ansiedad anticipada, iniciativa sexual, comunicación sexual, satisfacción con la actividad sexual y satisfacción sexual general. La siguiente tabla (tabla 18) recoge los datos para cada uno de los aspectos.

Tabla 18. Aspectos de la función sexual.

Aspectos de la función sexual	Normal	Trastorno moderado o severo
	n (%)	n (%)
Deseo sexual	43 (67,2)	21 (32,8)
Excitación	47 (73,4)	17 (26,6)
Lubricación	44 (68,8)	20 (31,3)
Orgasmo	48 (75,0)	16 (25,0)
Problemas de penetración	30 (46,9)	34 (53,1)
Ansiedad anticipada	22 (34,4)	42 (65,6)
Iniciativa sexual	30 (46,9)	34 (53,1)
Comunicación sexual	55 (85,9)	9 (14,1)
Satisfacción actividad sexual	49 (76,6)	15 (23,4)
Satisfacción sexual general	49 (76,6)	15 (23,4)

N = 64; datos perdidos 13

Los aspectos de la función sexual que presentaron un mayor grado de trastorno fueron la ansiedad anticipada (65% de mujeres), seguido de problemas relacionados con la penetración (53%), la iniciativa sexual (53%), deseo sexual (33%), lubricación (31%), excitación (26%), orgasmo (25%), y en menor medida la satisfacción (23%) y comunicación sexual (14%). El 88,9% presentaron alteración en un solo aspecto de la función sexual, el 85,9% tuvieron dos aspectos alterados, y el 47% de las mujeres

declararon tener alteradas al menos tres aspectos de la función sexual. Estos datos se representan gráficamente en las figuras 22 a 31.

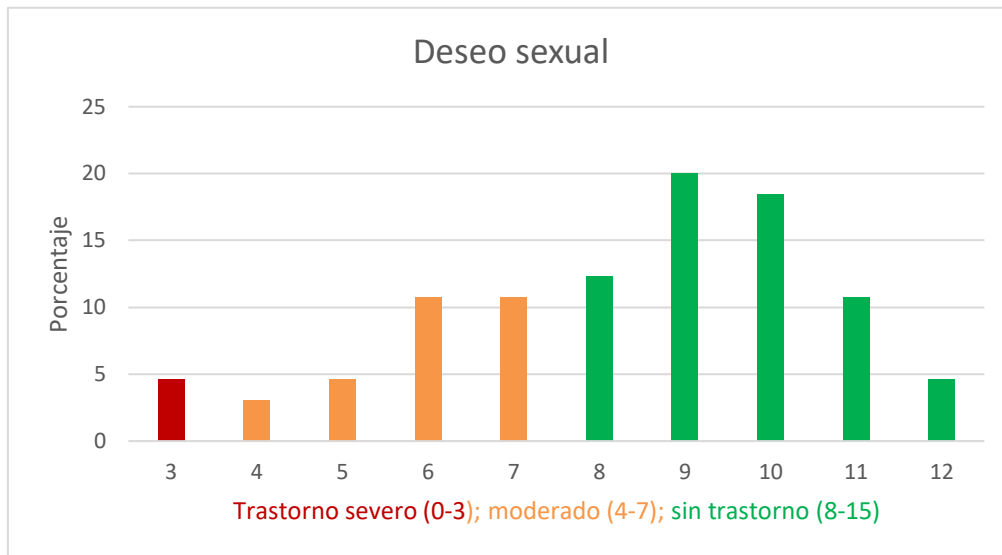


Figura 22. Trastornos del deseo sexual.

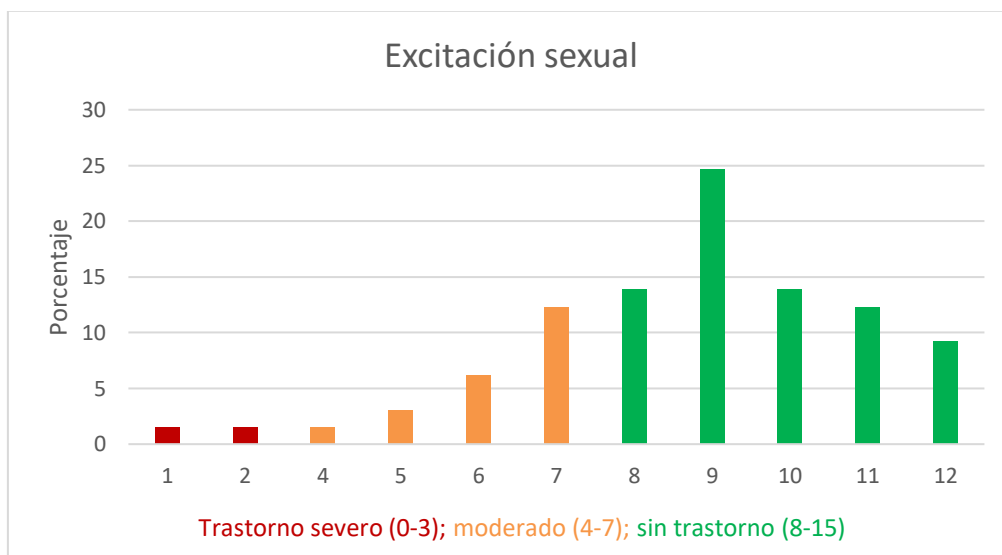


Figura 23. Trastornos de excitación sexual.

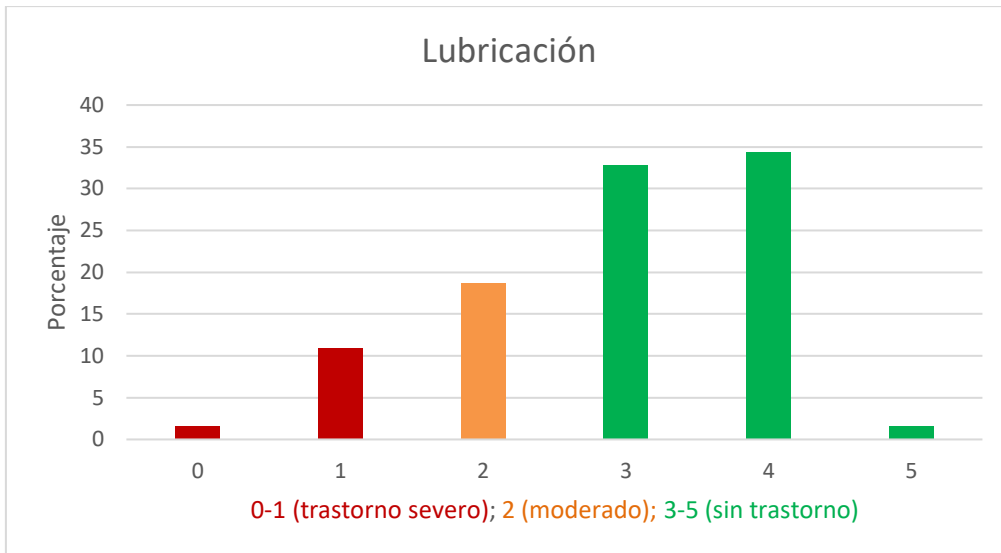


Figura 24. Trastornos de la lubricación

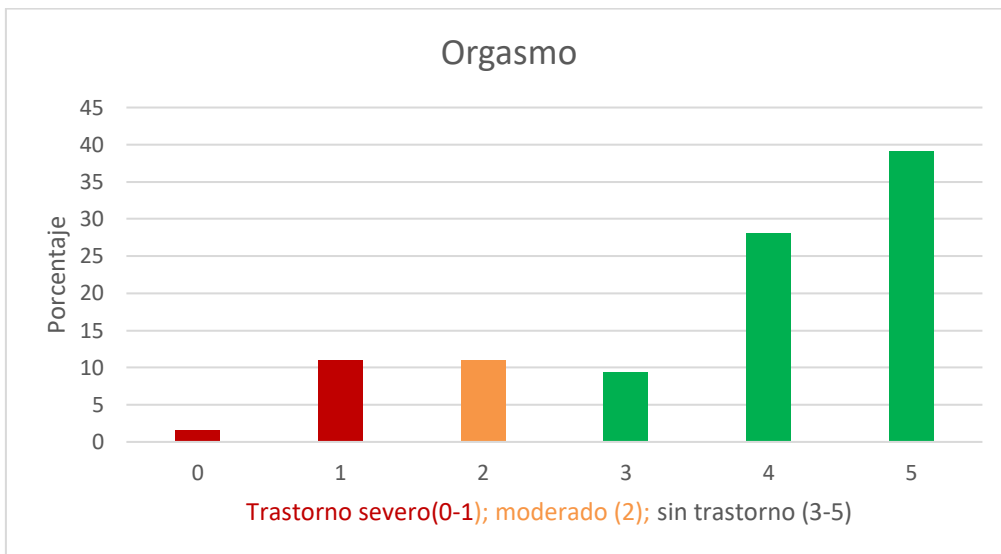


Figura 25. Trastornos del orgasmo.

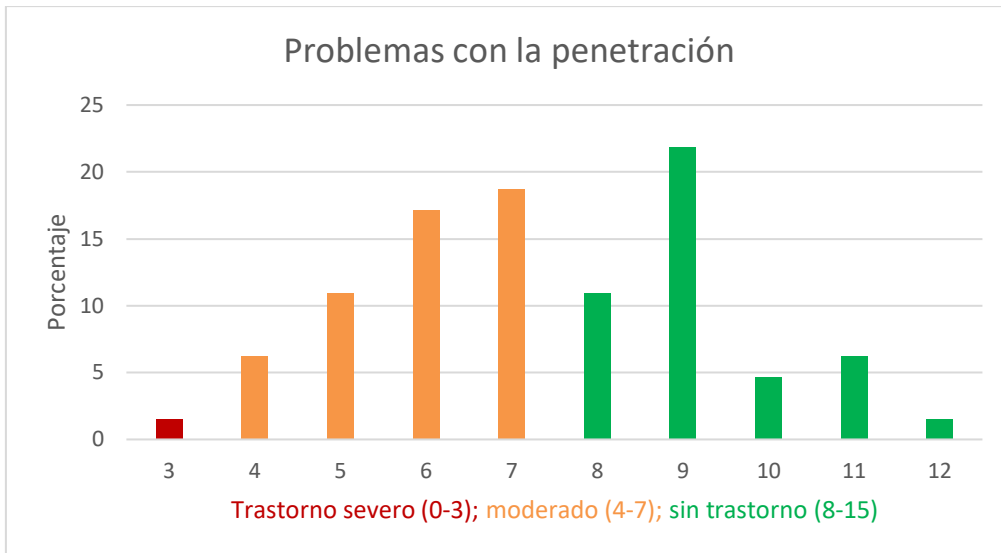


Figura 26. Trastorno de la penetración.

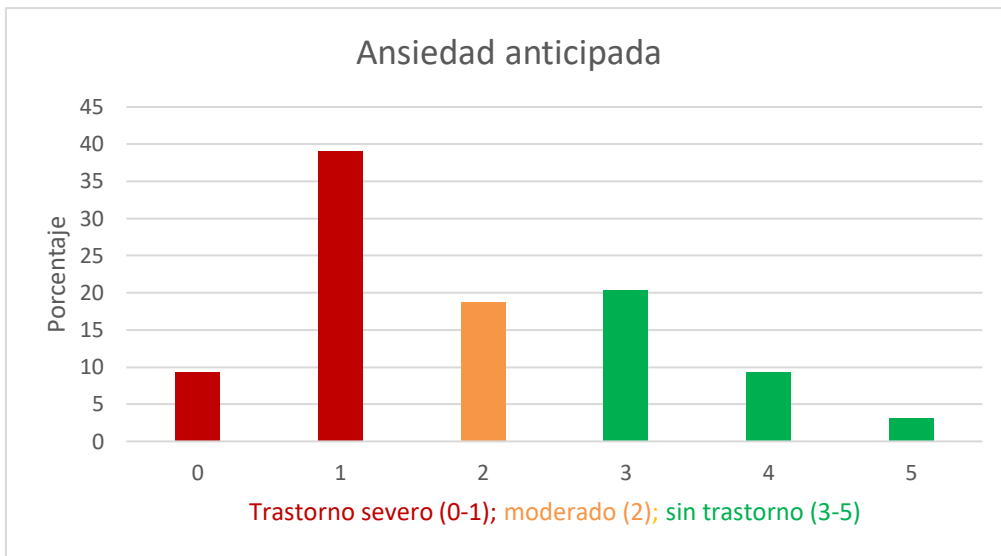


Figura 27. Trastorno de ansiedad anticipada.

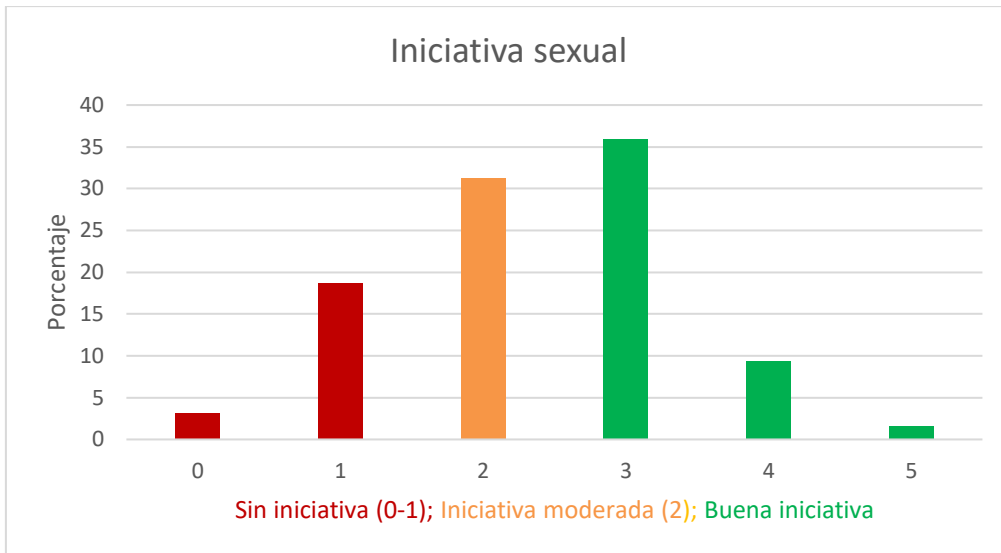


Figura 28. Trastorno de iniciativa sexual.

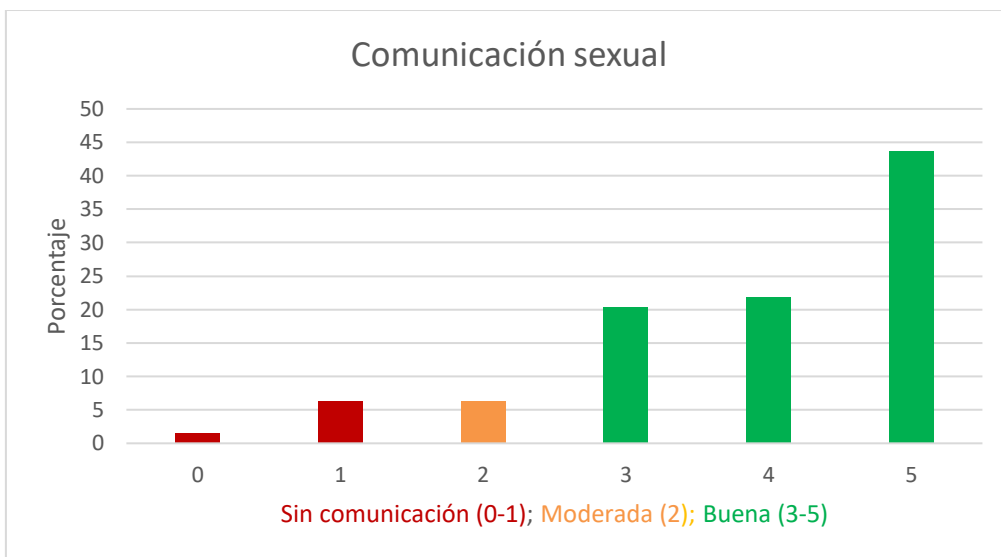


Figura 29. Trastorno de comunicación sexual.

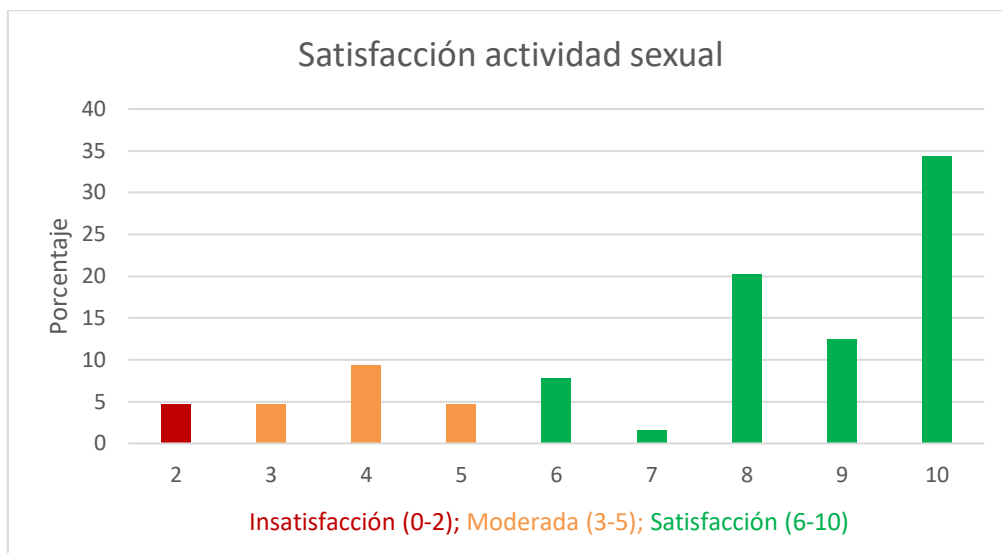


Figura 30. Satisfacción con la actividad sexual.

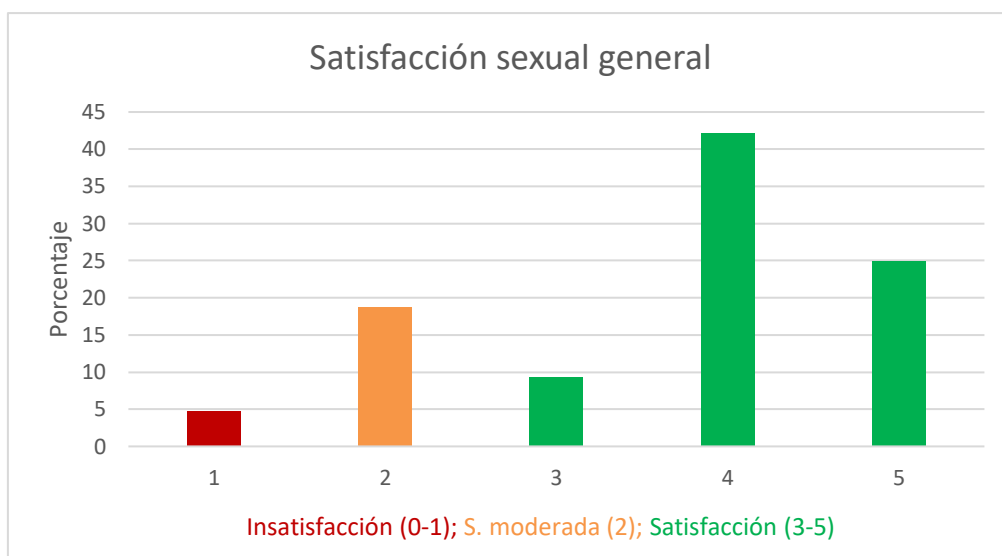


Figura 31. Satisfacción sexual general.

El 79,6% de las mujeres presentaron alteraciones (puntuación menor o igual a 50% equivalente a trastorno grave y/o moderado) en al menos uno de los aspectos considerados evaluadores de la función sexual: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, penetración o

ansiedad anticipada. Este hecho supone la consideración de riesgo de disfunción sexual. La figura 32 representa el porcentaje de mujeres con riesgo de disfunción sexual.

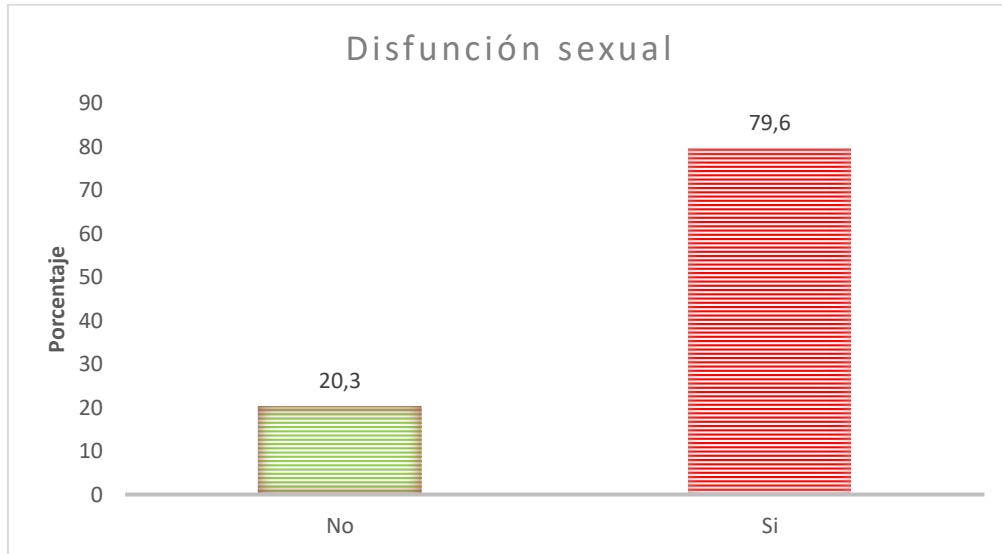


Figura 32. Riesgo de disfunción sexual.

4.4. ESCALA DE AJUSTE DIÁDICO (Cáceres et al., 2013; Spanier, 1976).

Los datos sobre ajuste diádico muestran que la media de las puntuaciones totales es de 117 ($\pm 17,5$). El 40% de las mujeres del estudio presentaron un nivel alto según las puntuaciones totales en la escala. Dentro de sus dimensiones, la que obtuvo un mejor resultado fue la cohesión, con un 60% de mujeres con nivel alto, mientras que en satisfacción fue donde se hallaron peores resultados, con solo un 22,7% de mujeres con un nivel alto. Los datos se muestran en la tabla 19 y se representan gráficamente en las figuras 33 a 37.

Tabla 19. Nivel alcanzado en ajuste diádico y en cada una de sus dimensiones.

Nivel	Consenso	Satisfacción	Cohesión	Expresión afectiva	TOTAL
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Alto	34 (45,3)	17 (22,7)	45 (60)	31 (41,3)	30 (40)
Medio	30 (40)	30 (40)	18 (24)	29 (38,7)	26 (34,7)
Bajo	11 (14,7)	28 (37,3)	12 (16)	15 (20)	19 (25,3)
Media (Dt)	54,7 (7,4)	37,7 (8,3)	16,1 (4,7)	9,4 (2,5)	117(17,5)

Datos perdidos: 2

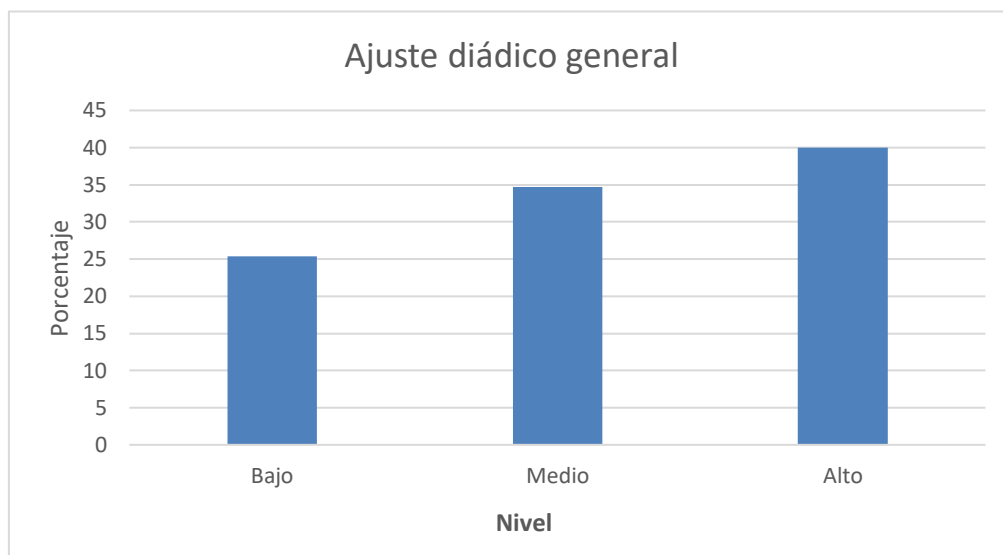


Figura 33. Ajuste diádico según puntuaciones totales.

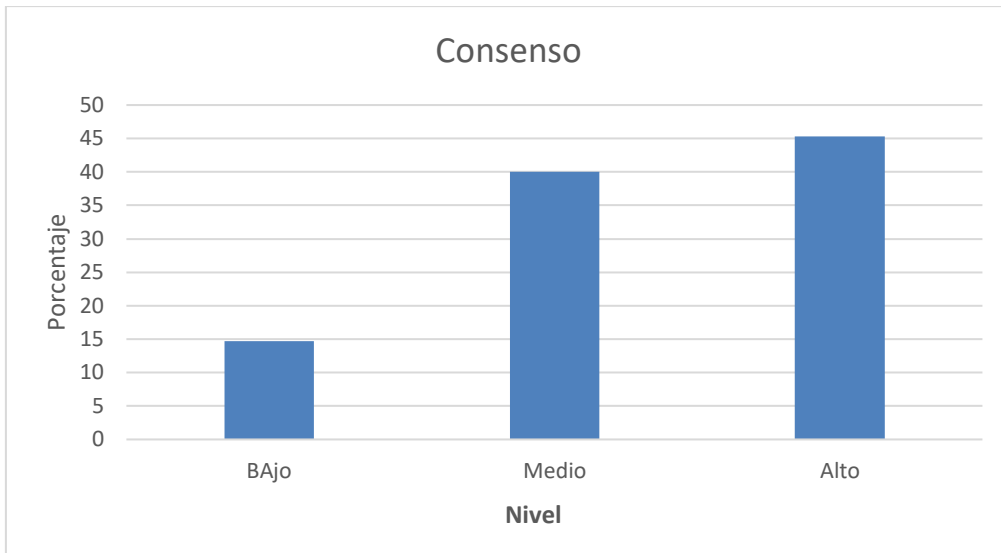


Figura 34. Nivel de consenso.

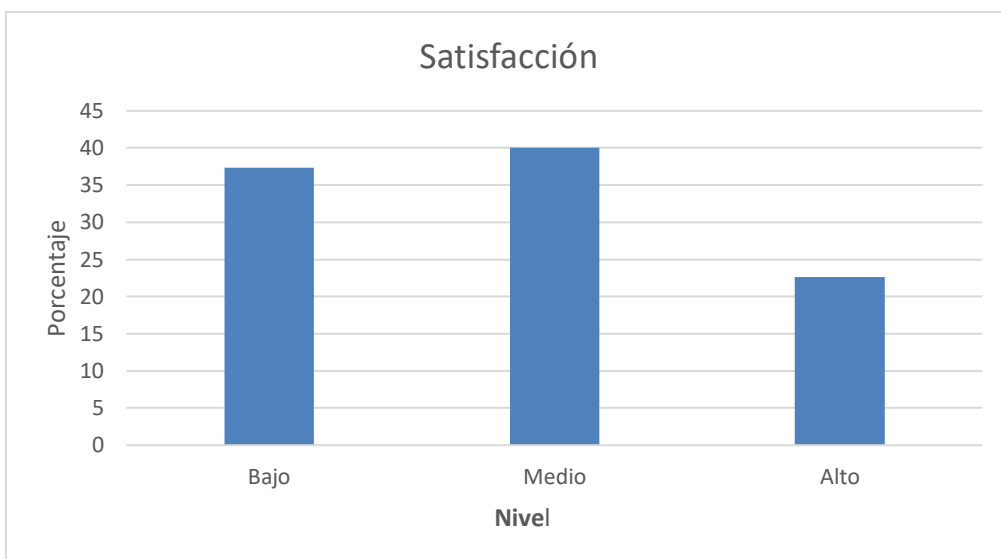


Figura 35. Nivel de satisfacción.

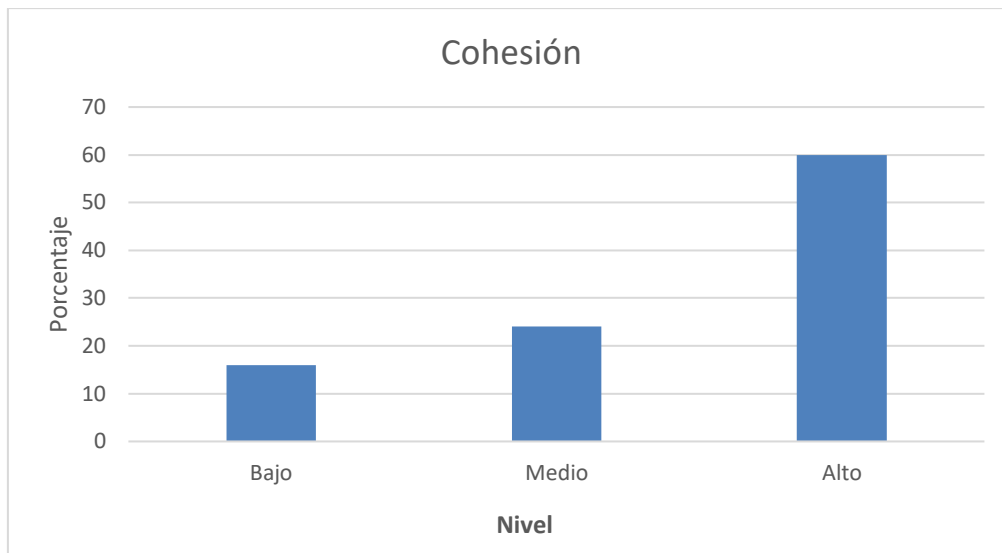


Figura 36. Nivel de cohesión.

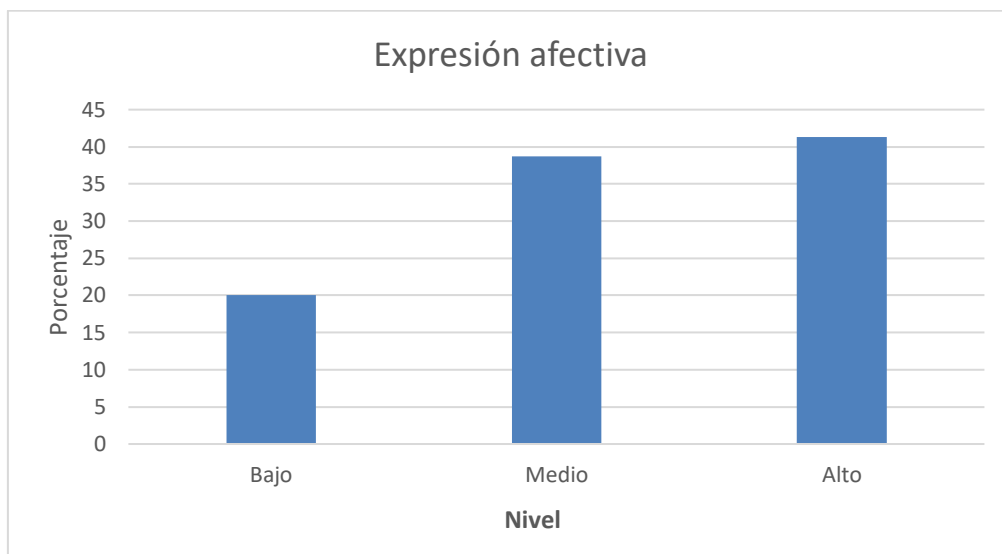


Figura 37. Nivel de expresión afectiva.

5. ANALISIS INFERENCIAL DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, OBSTÉTRICAS Y NEONATALES.

5.1. RELACIÓN DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y PERINATALES CON EL NIVEL DE AUTOESTIMA.

En la siguiente tabla (tabla 20) se muestran los resultados correspondientes a la relación de variables sociodemográficas y perinatales con el nivel alto o medio-bajo de autoestima que presenta la mujer en el momento de contestar la encuesta, en el cuarto mes posparto. Las variables relacionadas con el nivel de autoestima fueron la edad (las mujeres de 35 o más años presentaron niveles de autoestima mayores), nivel de estudios (mujeres con estudios secundarios resultaron con mejores niveles de autoestima), hijo con alguna patología (presentaron peores niveles de autoestima), y tener una episiotomía y/o sutura en el parto (paradójicamente las mujeres con episiotomía/sutura presentaron mejores resultados).

Tabla 20. Relación de variables sociodemográficas y perinatales con nivel de autoestima.

Variable	Nivel de autoestima		P	OR	IC (95%)
	Alto Medio/bajo n(%)	n(%)			
Edad					
< 35	39 (70,9)	16 (29,1)	0,023	8,2	(1,01-66,4)
≥ 35	20 (95,2)	1 (4,8)			
Estudios					
Hasta primarios	20 (33,9)	11 (64,7)	0,023	0,28	(0,10-0,89)
Secundarios	25 (42,4)	1 (5,9)	0,005	11,7	(1,46-94,6)
Universitarios	14 (23,7)	5 (29,4)	0,752	0,74	(0,22-2,48)
Paridad					
Primípara	43 (81,1)	10 (18,9)	0,266	0,53	(0 17-1,63)
Múltipara	16 (69,6)	7 (30,4)			
Edad gestacional (sg)					
≥ 37	56 (76,7)	17 (23,3)	1,00	1,05	(0,99-1,11)
<37	3 (100)	0 (0)			
Enfermedad gestación	17 (29,3)	4 (23,5)	0,765	1,34	(0,35-4,72)
Educación maternal	49 (83,1)	16 (94,1)	0,438	0,30	(0,36-2,58)
Epidural	54 (91,5)	14 (82,4)	0,367	2,30	(0,49-10,8)
Episiotomía	37 (62,7)	5(29,4)	0,015	4,03	(1,25-12,9)

Tipo de parto					
Vaginal	46 (80,7)	11 (19,3)	0,266	1,93	(0,68-6,21)
Cesárea	13 (68,4)	6 (31,6)			
Desgarro	17 (28,8)	5 (29,4)	1,000	0,97	(0,29-3,17)
Sutura	47 (79,7)	9 (52,9)	0,027	3,48	(1,10-10,9)
Enfermedad RN	0 (0)	3 (17,6)	0,010	0,19	(0,12-0,30)
Ingreso RN					
Si	9 (15,3)	5 (29,4)	0,284	0,43	(0,12-1,52)
No	50 (84,7)	12 (70,6)			
Lactancia materna exclusiva					
Si	38 (55,9)	10 (58,8)	0,832	1,12	(0,37-3,36)
No	26 (44,1)	7 (41,2)			

5.2. RELACIÓN DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y PERINATALES CON RIESGO DE DEPRESIÓN POSPARTO.

Tal como se puede apreciar en la tabla 21, las variables que aparecen relacionadas con el riesgo de depresión posparto son la propia complicación o enfermedad en el embarazo, donde el 42% de las mujeres que declararon tener una patología durante el embarazo presentaron riesgo de depresión posparto ($p= 0,012$; OR 3,7 IC95% 1,30-10,9). En la variable enfermedad del RN, el 100% de las mujeres ($n=3$) presentaron este riesgo, aunque el resultado no es estadísticamente significativo, seguramente por escasez de datos ($p= 0,075$; OR 1,10, IC95% 0,98-1,22).

El nivel de autoestima alto actuó como factor protector ante el riesgo de depresión posparto ($p= 0,010$; OR 0,23; IC95% 0,07-0,74). El análisis de correlación entre estas variables mostró que existe correlación significativa entre ambas: Correlación de Pearson: -0,386, $p= 0,001$.

Tabla 21. Relación de variables sociodemográficas y perinatales con riesgo de depresión posparto.

Variable	Depresión posparto		P	OR	IC(95%)
	Si n (%)	No n (%)			
Edad					
< 35	27 (81,8)	29 (65,1)	0,121	0,43	(0,14-1,26)
≥ 35	6 (18,2)	15 (34,1)			
Estudios					
Hasta primarios	14 (42,4)	18 (40,9)	0,894	1,06	(0,42-2,65)
Secundarios	10 (30,3)	16 (36,4)	0,578	0,76	(0,29-1,99)
Universitarios	9 (27,3)	10 (22,7)	0,647	1,27	(0,45-3,61)
Paridad					
Primípara	23 (69,7)	30 (68,2)	0,887	0,93	(0,35-2,47)
Múltipara	10 (30,3)	14 (31,8)			
Edad gestacional					
≥ 37	32 (97)	42 (95,5)	1,00	0,65	(0,05-7,76)
<37	1 (3)	2 (4,5)			
Enfermedad gestación	14 (42,4)	7 (16,3)	0,012	3,79	(1,30-10,9)
Educación maternal	31 (93,3)	35 (79,5)	0,103	3,95	(0,79-19,8)
Epidural	29 (87,9)	40 (90,9)	0,666	0,72	(0,16-3,14)
Episiotomía	19 (57,6)	23(52,3)	0,644	1,23	(0,49-3,07)
Tipo de parto					
Vaginal	26 (45,6)	31 (54,4)	0,409	0,64	(0,22-1,84)
Cesárea	7 (35)	13 (65)			
Sutura	25 (75,8)	31 (70,5)	0,605	1,31	(0,47-3,65)
Enfermedad RN	3 (100)	0 (0)	0,075	1,10	(0,98-1,22)
Ingreso RN	7 (21,2)	7 (15,9)	0,550	1,42	(0,44-4,54)
L. materna exclusiva	14 (42,4)	19 (43,2)	0,947	0,97	(0,38-2,41)
Autoestima alta	21 (63,6)	38 (88,4)	0,010	0,23	(0,07-0,74)

L. materna: Lactancia materna; RN: Recién nacido

5.3. RELACIÓN DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y PERINATALES CON LA FUNCIÓN SEXUAL.

5.3.1. Edad materna y función sexual.

La edad materna se asocia con problemas en la iniciativa sexual, de forma que el 82% de las mujeres de 35 o más años presentaron algún tipo de trastorno en este aspecto frente al

42,6% en mujeres menores de 35 años. En el resto de aspectos no se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos de edad. Los datos se recogen en la tabla 22.

Tabla 22. Relación de la edad materna con trastornos en los aspectos de la función sexual.

Aspectos de la función sexual	Edad materna		P	OR(IC95%)
	< 35 n (%)	≥ 35 n (%)		
Trastorno moderado y/o severo				
Deseo sexual	14 (29,8)	7 (38,9)	0,483	1,50 (0,48-4,66)
Excitación	13 (27,7)	4 (22,2)	0,650	0,74 (0,20-2,69)
Lubricación	15 (31,9)	5 (29,4)	0,849	0,88 (0,26-2,98)
Orgasmo	13 (27,7)	3 (17,6)	0,525	0,56 (0,13-2,27)
Problemas penetración	26 (55,3)	8 (47,1)	0,559	0,71 (0,23-2,18)
Ansiedad anticipada	29 (63)	12(70,6)	0,577	1,40 (0,42-4,65)
Iniciativa sexual	20 (42,6)	14 (82,4)	0,005	6,30 (1,59-24,9)
Comunicación sexual	6 (12,8)	3 (17,6)	0,620	1,46 (0,32-6,64)
Satisfacción actividad sexual	12 (26,1)	2 (11,8)	0,316	0,37 (0,07-1,90)
Satisfacción sexual general	10 (21,7)	4 (23,5)	0,879	1,10 (0,29-4,15)

5.3.2. Nivel de formación y función sexual.

El nivel de preparación de la madre se asoció con problemas en la comunicación sexual; así el 21% de las mujeres sin estudios universitarios presentaron algún tipo de trastorno en este aspecto, frente al grupo de mujeres con estudios universitarios, donde no hubo ninguna mujer con trastorno en la comunicación sexual. En el resto de aspectos no se hallaron diferencias significativas. Los datos se recogen en la tabla 23.

Tabla 23. Relación del nivel de formación materna con trastornos en los aspectos de la función sexual.

Aspectos de la función sexual	Nivel de formación		P	OR(IC95%)
	Estudios universitarios	No estudios universitarios		
	n (%)	n (%)		
Trastorno moderado y/o severo				
Deseo sexual	7(41,2)	14 (29,2)	0,363	1,70 (0,53-5,36)
Excitación	5 (29,4)	12 (25)	0,722	1,25 (0,36-4,28)
Lubricación	7(41,2)	13 (27,7)	0,303	1,83 (0,57-5,82)
Orgasmo	4 (23,5)	12 (25,5)	0,870	0,89 (0,24-3,28)
Problemas penetración	10 (58,8)	24 (51,1)	0,583	1,36 (0,44-4,20)
Ansiedad anticipada	12 (70,6)	29(63)	0,577	1,40 (0,42-4,68)
Iniciativa sexual	8 (47,1)	26 (55,3)	0,559	0,71 (0,23-2,18)
Comunicación sexual	0 (0)	10 (21,3)	0,039	0,68 (0,37-0,82)
Satisfacción actividad sexual	3 (17,6)	11 (23,9)	0,595	0,68 (0,16-2,81)
Satisfacción sexual general	3 (17,6)	11 (23,9)	0,595	0,68 (0,16-2,81)

5.3.3. Paridad y función sexual.

La variable número de hijo o paridad se relacionó con problemas de lubricación; el 41% de las mujeres primíparas presentaron algún tipo de trastorno en este aspecto, frente a solo el 10% de casos entre multíparas. En el resto de aspectos de la función sexual no se hallaron diferencias significativas. Los datos se recogen en la tabla 24.

Tabla 24. Relación de la edad materna con trastornos en los aspectos de la función sexual.

Aspectos de la función sexual	Paridad		P	OR(IC95%)
	Primípara n (%)	Multípara n (%)		
Trastorno moderado y/o severo				
Deseo sexual	16 (36,4)	5 (23,8)	0,311	1,54 (0,17-1,77)
Excitación	12 (27,3)	5 (23,8)	0,766	0,83 (0,25-2,77)
Lubricación	18 (40,9)	2 (10)	0,013	0,16 (0,03-0,77)
Orgasmo	13 (29,5)	3 (15)	0,213	0,42 (0,10-1,68)
Problemas de penetración	22 (50)	12 (60)	0,457	1,50 (0,51-4,38)
Ansiedad anticipada	29 (67,4)	12(60)	0,564	0,72 (0,24-2,17)
Iniciativa sexual	29 (54,5)	10 (50)	0,736	0,83 (0,28-2,40)
Comunicación sexual	5 (11,4)	4 (20)	0,357	1,90 (0,46-8,21)
Satisfacción actividad sexual	9 (20,9)	5 (25)	0,718	1,25 (0,36-4,39)
Satisfacción sexual general	11 (25,6)	3 (15)	0,347	0,51 (0,12-2,09)

5.3.4. Tipo de parto y función sexual.

El tipo de parto se asoció con problemas en la penetración; un 75% de las mujeres cuyo parto acabó en una cesárea presentaron algún tipo de trastorno en este aspecto frente al grupo de mujeres que tuvieron un parto por vía vaginal, donde hubo un 45% de mujeres con este trastorno. En el resto de aspectos no se hallaron diferencias significativas, aunque cabe destacar que el 44% de mujeres con cesárea presentaron trastorno en deseo frente al 28% de las que tuvieron un parto vaginal, aunque tampoco estas diferencias resultaron significativas. Los datos se recogen en la tabla 25.

Tabla 25. Relación del tipo de parto con trastornos en los aspectos de la función sexual.

Aspectos de la función sexual Trastorno moderado y/o severo	Tipo de parto		P	OR(IC95%)
	Cesárea	Vaginal		
	n (%)	n (%)		
Deseo sexual	7(43,8)	14 (28,6)	0,260	1,94 (0,60-6,24)
Excitación	4 (25)	13 (26,5)	0,904	0,925 (0,25-3,37)
Lubricación	4 (25)	16 (33)	0,533	0,66 (0,18-2,40)
Orgasmo	3 (18,8)	13 (27,1)	0,505	0,62 (0,15-2,53)
Problemas penetración	12 (75)	22 (45)	0,041	3,54 (0,1-12,5)
Ansiedad anticipada	8 (53,3)	33(68,8)	0,274	0,51 (0,15-1,69)
Iniciativa sexual	7 (43,8)	27 (56,3)	0,386	0,60 (0,19-1,89)
Comunicación sexual	3 (18,8)	7 (14,63)	0,691	1,35 (0,30-5,99)
Satisfacción actividad sexual	3 (20)	11 (22,9)	0,813	0,84 (0,20-3,52)
Satisfacción sexual general	3 (20)	11 (22,9)	0,813	0,84 (0,20-3,52)

5.3.5. Episiotomía y función sexual.

La variable episiotomía se relacionó con problemas de penetración. En este caso se halló que las mujeres con episiotomía presentaron menos problemas de penetración que las que no tenían episiotomía (40% versus 69%). En el resto de los aspectos no se hallaron diferencias significativas. Los datos se recogen en la tabla 26.

Tabla 26. Relación de la episiotomía con trastornos en los aspectos de la función sexual.

Aspectos de la función sexual Trastorno moderado y/o severo	Episiotomía		P	OR(IC95%)
	Si n (%)	No n (%)		
Deseo sexual	13 (36,1)	8 (27,6)	0,465	1,04 (0,51-4,28)
Excitación	10 (27,8)	7 (24,1)	0,740	1,20 (0,39-3,70)
Lubricación	11(31,4)	9 (31)	0,934	1,02 (0,35-3,38)
Orgasmo	10 (28,6)	6 (20,7)	0,469	1,53 (0,58-4,89)
Problemas penetración	14 (40)	20 (69)	0,021	0,30 (0,10-0,84)
Ansiedad anticipada	21 (60)	20(71,4)	0,344	0,60 (0,20-1,73)
Iniciativa sexual	20 (57,1)	14 (48,3)	0,479	1,42 (0,53-3,46)
Comunicación sexual	4 (11,4)	6 (20,7)	0,491	0,49 (0,12-1,95)
Satisfacción actividad sexual	6 (17,6)	8 (28,6)	0,278	0,51 (0,15-1,72)
Satisfacción sexual general	8 (22,9)	6 (21,4)	0,892	1,08 (0,32-3,60)

5.3.6. *Peso del RN y función sexual.*

La variable peso del RN se relacionó con problemas de penetración. Se halló que las mujeres con hijos de 4000g o más fueron las que presentaron problemas de penetración (90% versus 47%). En el resto de los aspectos no se hallaron diferencias significativas. Los datos se recogen en la tabla 27.

Tabla 27. Relación del peso del RN con trastornos en los aspectos de la función sexual.

Aspectos de la función sexual Trastorno moderado y/o severo	Peso del RN \geq 4000 g		P	OR(IC95%)
	Si	No		
	n (%)	n (%)		
Deseo sexual	1 (12,5)	20 (31,5)	0,201	0,26 (0,03-2,30)
Excitación	2 (25)	15(26,3)	0,937	0,93 (0,17-5,13)
Lubricación	1(12,5)	19 (33,9)	0,221	0,27 (0,03-2,42)
Orgasmo	0 (0)	16 (28,6)	0,081	0,83 (0,73-0,94)
Problemas penetración	8 (88,9)	26 (47,3)	0,029	8,92 (1,04-76,2)
Ansiedad anticipada	7 (87,5)	34(61,8)	0,155	4,32 (0,49-37,6)
Iniciativa sexual	3 (37,5)	31 (55,4)	0,334	0,48 (0,10-2,22)
Comunicación sexual	1 (12,5)	9 (16,1)	1,000	0,74 (0,08-6,82)
Satisfacción actividad sexual	1 (12,5)	13 (23,6)	0,671	0,46 (0,05-4,10)
Satisfacción sexual general	0 (0)	14 (25,5)	0,182	0,83 (0,73-0,94)

Se llevó a cabo también un análisis de correlación entre la variable peso del RN y los distintos aspectos de la función sexual. El aspecto que arrojó una correlación significativa con peso del RN fue la iniciativa sexual. Se detalla en la tabla 28.

Tabla 28. Estudio de correlación entre función sexual y peso del RN.

Aspectos de la función sexual/Peso RN	Media (±DE) función sexual	Correlación de Pearson	P
Deseo sexual/Peso RN	8,26 (2,29)	-0,218	0,081
Excitación/Peso RN	8,66 (2,28)	-0,238	0,056
Lubricación/Peso RN	2,92 (1,08)	0,160	0,207
Orgasmo/Peso RN	3,69 (1,44)	0,001	0,954
Penetración/Peso RN	7,38 (2,03)	0,081	0,525
Ansiedad anticipada/Peso RN	2,06 (1,72)	-0,097	0,451
Iniciativa sexual/Peso RN	2,34 (1,04)	-0,289	0,021
Comunicación sexual/Peso RN	3,81 (1,34)	-0,115	0,346
Satisfacción actividad sexual/Peso RN	7,61 (2,56)	-0,059	0,646
Satisfacción sexual general/Peso RN	3,67 (1,17)	0,096	0,456

Media (±DE) peso RN = 3306; Peso RN: N=77; Función sexual: N=64.

5.3.7. Enfermedad del RN y función sexual.

La variable enfermedad del RN se relacionó con problemas de lubricación, comunicación y satisfacción sexual. Las mujeres cuyos hijos tenían algún tipo de patología presentaron mayor porcentaje de problemas de comunicación sexual (100% versus 13%), de satisfacción en la actividad sexual (100% versus 18%), de satisfacción sexual general (100% versus 18%), y de lubricación (100% versus 18%) que las madres cuyos hijos no tuvieron patologías. En el resto de aspectos no se hallaron diferencias significativas. Los datos se recogen en la tabla 29.

Tabla 29. Relación de enfermedad del RN con trastornos en los aspectos de la función sexual.

Aspectos de la función sexual Trastorno moderado y/o severo	Enfermedad del RN		P	OR(IC95%)
	Si	NO		
	n (%)	n (%)		
Deseo sexual	2 (66,7)	19 (30,6)	0,242	4,52 (0,38-53)
Excitación	2 (66,7)	15(24,2)	0,156	6,26 (053-74)
Lubricación	3 (100)	17 (27,9)	0,027	1,17 (0,98-1,41)
Orgasmo	2 (66,7)	14 (23)	0,152	6,71 (0,56-79)
Problemas penetración	1 (33,3)	33 (54,1)	0,596	0,42 (0,03-4,93)
Ansiedad anticipada	1 (33,3)	40(66,7)	0,277	0,25 (0,02-2,96)
Iniciativa sexual	3 (100)	31 (50,8)	0,241	1,09 (0,98-1,21)
Comunicación sexual	3 (100)	8 (13,1)	0,004	1,37(0,96-1,97)
Satisfacción actividad sexual	3 (100)	11 (18,3)	0,009	1,27 (0,97-1,67)
Satisfacción sexual general	3 (100)	11 (18,3)	0,009	1,27 (0,97-1,67)

5.3.8. Lactancia materna y función sexual.

La variable lactancia materna se relacionó con problemas de satisfacción de la actividad sexual. Las mujeres que ofrecieron lactancia materna a sus hijos presentaron mayor porcentaje de problemas de satisfacción de la actividad sexual que las que no la ofrecieron (28% versus 0%). En el resto de los aspectos no se hallaron diferencias significativas. Los datos se recogen en la tabla 30.

Tabla 30. Relación de la lactancia materna con trastornos en los aspectos de la función sexual.

Aspectos de la función sexual Trastorno moderado y/o severo	Lactancia materna		P	OR(IC95%)
	Si	NO		
	n (%)	n (%)		
Deseo sexual	19 (36,5)	2 (15,4)	0,194	3,16 (0,63-5,80)
Excitación	15 (28,8)	2(15,4)	0,486	2,22 (0,44-11,1)
Lubricación	16(31,4)	4 (30,8)	0,967	1,02 (0,27-3,84)
Orgasmo	15(29,4)	1 (7,7)	0,157	5,00 (0,59-41,9)
Problemas penetración	26 (51)	8 (61,5)	0,496	0,65 (0,18-2,25)
Ansiedad anticipada	32 (64)	9(69,3)	1,000	0,79 (0,21-2,95)
Iniciativa sexual	28 (59,4)	6 (46,2)	0,573	1,42 (0,41-4,82)
Comunicación sexual	9 (17,6)	2 (15,4)	1,000	1,17 (0,22-6,82)
Satisfacción actividad sexual	14 (28)	0 (0)	0,033	0,73 (0,62-0,86)
Satisfacción sexual general	12 (24)	2 (15,4)	0,506	1,73 (0,33-8,94)

5.3.9. Autoestima y función sexual.

El nivel de autoestima se relacionó con problemas de comunicación sexual y satisfacción de la actividad sexual. Las mujeres con autoestima medio-baja presentaron mayor porcentaje de problemas de comunicación sexual (35,7% versus 6%), y de satisfacción de la actividad sexual (43% versus 16%) que las mujeres con autoestima alta. En el resto de aspectos no se hallaron diferencias significativas. Los datos se recogen en la tabla 31.

Tabla 31. Relación del nivel de autoestima con trastornos en los aspectos de la función sexual.

Aspectos de la función sexual Trastorno moderado y/o severo	Autoestima medio-baja		P	OR(IC95%)
	Si n (%)	NO n (%)		
Deseo sexual	5 (35,7)	16 (31,4)	0,758	1,12 (0,35-4,21)
Excitación	3 (21,4)	14(27,5)	0,745	0,72 (0,17-2,97)
Lubricación	4 (28,6)	16 (32)	0,967	0,85 (0,23-3,12)
Orgasmo	4(28,6)	12 (24)	0,736	1,26 (0,33-4,78)
Problemas penetración	7 (50)	27 (54)	0,791	0,85 (0,26-2,78)
Ansiedad anticipada	6 (46,2)	35 (70)	0,190	0,36 (0,10-1,27)
Iniciativa sexual	8 (57,1)	26 (52)	0,733	1,23 (0,37-4,06)
Comunicación sexual	5 (35,7)	6 (12)	0,038	4,07 (1,02-16,3)
Satisfacción actividad sexual	6 (42,9)	8 (16,3)	0,035	3,84 (1,05-14,1)
Satisfacción sexual general	5 (35,7)	19 (18,4)	0,272	2,42 (0,66-9,15)

5.3.10. Riesgo de depresión y función sexual.

El riesgo de depresión se relacionó con problemas de satisfacción de la actividad sexual, lubricación y orgasmo. Las mujeres que presentaron riesgo de depresión presentaron mayor porcentaje de problemas de satisfacción con la actividad sexual (35,7% versus 11,4%), de lubricación (45% versus 20%), y de orgasmo (38% versus 14%) que las mujeres que no presentaron este riesgo. En el resto de los aspectos no se hallaron diferencias significativas. Los datos se recogen en la tabla 32.

Tabla 32. Relación del riesgo de depresión con trastornos en los aspectos de la función sexual.

Aspectos de la función sexual	Riesgo de depresión posparto		P	OR(IC95%)
	Si n (%)	No n (%)		
Trastorno moderado y/o severo				
Deseo sexual	7 (24,1)	14 (38,9)	0,206	0,50 (0,16-1,47)
Excitación	10 (34,5)	7(19,4)	0,170	0,18 (0,70-6,74)
Lubricación	13 (44,8)	7 (20)	0,033	3,25 (1,07-9,81)
Orgasmo	11 (37,9)	5 (14,3)	0,030	3,66 (1,10-12,27)
Problemas penetración	14 (48,3)	20 (57,1)	0,479	0,70 (0,26-1,78)
Ansiedad anticipada	15 (53,6)	26 (74,3)	0,087	0,39 (0,13-1,15)
Iniciativa sexual	17 (58,6)	17 (48,6)	0,423	1,50 (0,55-4,06)
Comunicación sexual	6 (20,7)	5 (14,3)	0,526	1,56 (0,42-5,77)
Satisfacción actividad sexual	10 (35,7)	4 (11,4)	0,021	4,30 (1,18-15,7)
Satisfacción sexual general	8 (28,6)	6 (17,1)	0,278	1,93 (0,58-6,43)

5.4. RELACIÓN DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y PERINATALES CON AJUSTE DIÁDICO.

Las variables asociadas con trastornos en ajuste diádico fueron las siguientes: presentar una sutura por desgarro o por episiotomía y tener un parto por cesárea se asociaron con mayor riesgo de trastorno en la dimensión de consenso; las patologías en el RN se asociaron con trastorno en las dimensiones de cohesión y expresión afectiva; y la lactancia materna con el trastorno general en ajuste diádico. En el caso de RN con patologías, se halló mayor porcentaje de trastorno, tanto en cohesión como en expresión afectiva, en el grupo de madres cuyos hijos estaban sanos que en el grupo de madres cuyos hijos tenían alguna patología. La tabla 33 muestra dicha relación.

Tabla 33. Relación entre dimensiones de la EAD con variables sociodemográficas y perinatales.

Variable	Trastorno Consenso % (P)	Trastorno Satisfacción % (P)	Trastorno Cohesión % (P)	Trastorno E. afectiva % (P)	Trastorno AD general % (P)
Edad					
< 35	16,4	36,4	18,2	23,6	27,3
≥ 35	10 (0,717)	40 (0,773)	10 (0,497)	10 (0,327)	20 (0,522)
Estudios					
Primarios/ Secundarios	19,7	37,5	14,3	19,6	26,8
Universitarios	5,3 (0,271)	38,8 (0,959)	21,1 (0,486)	21,1 (0,856)	21,1 (0,765)
Paridad					
Primípara	11,8	35,3	17,6	21,6	23,5
Múltipara	20,8 (0,300)	41,7 (0,595)	12,5 (0,741)	16,7 (0,762)	29,2 (0,601)
Peso RN (g)					
< 3000	12,2	30,6	12,2	16,3	22,4
≥ 3000	19,2 (0,416)	50 (0,099)	23,1 (0,223)	26,9 (0,275)	30,8 (0,430)
Educación maternal					
Si	0	36,4	18,2	9,1	18,2
No	17,2 (0,137)	37,5 (0,943)	15,6 (0,831)	21,9 (0,327)	26,6 (0,555)
Sutura					
Si	28,6	38,1	14,3	33	23,3
No	9,3 (0,034)	37 (0,932)	16,7 (0,801)	14,8 (0,072)	25,9 (0,850)
Tipo de parto					
Vaginal	8,9	33,9	16,1	19,6	23,2
Cesárea	31,6 (0,025)	47,4 (0,295)	15,8 (1,000)	21,1 (1,000)	31,6 (0,545)
Enfermedad RN					
Si	13,9	30,1	13,9	18,1	23,6
No	33,3 (0,351)	66,7 (0,356)	66,7 (0,015)	66,7 (0,039)	60,7 (0,093)
Ingreso RN					
Si	13,1	34,4	13,1	18	24,6
No	21,4 (0,426)	50 (0,277)	28,6 (0,155)	28,6 (0,374)	28,6 (0,757)
L. materna					
Si	28,4	50	2,4	21,4	50
No	11,5 (0,103)	34,4 (0,277)	14,8 (0,539)	19,7 (0,882)	19,7 (0,036)

E. afectiva: expresión afectiva; AD: ajuste diádico; L. materna: lactancia materna.

5.5. RELACIÓN Y CORRELACIONES DE LA ESCALA DE AJUSTE DIÁDICO CON ESCALA ROSEMBERG, EDIMBURGO Y FUNCIÓN SEXUAL.

5.5.1. Relación y correlación de la EAD con nivel de autoestima.

El 100% de mujeres que presentaron un nivel bajo de autoestima tuvieron un grado bajo en ajuste diádico, frente al 23,6% el grupo de mujeres con un nivel alto de autoestima ($p = 0,063$). También se realizó este análisis considerando un nivel de autoestima medio-bajo, de forma que al agrupar los valores se aumentó el número de casos y los resultados arrojaron mayor grado de significación. Niveles de autoestima alta se correspondieron con menor riesgo de trastorno en satisfacción, cohesión y expresión afectiva, y viceversa. Los datos se muestran en la tabla 34.

Tabla 34. Relación entre dimensiones de la EAD con nivel de autoestima.

Dimensiones de la EAD Trastorno moderado y/o severo	Nivel autoestima		P	OR(IC95%)
	Medio- bajo	Alto		
	n (%)	n (%)		
Consenso	5 (29,4)	6 (10,5)	0,055	3,54 (0,92-13,5)
Satisfacción	10 (58,8)	18 (31,6)	0,042	3,09 (1,10-9,44)
Cohesión	6 (35,3)	6 (10,5)	0,025	4,63 (1,25-17,1)
Expresión afectiva	7 (41,2)	8 (14)	0,015	4,28 (1,26-14,5)
Total	7 (41,2)	12 (21,1)	0,096	2,62 (0,82-8,34)

Se llevó a cabo un estudio de correlación entre ajuste de la pareja según la EAD, tanto considerando su puntuación total como por dimensiones, y puntuaciones obtenidas en autoestima. El análisis mostró un grado de correlación alto en ajuste diádico total, así como en sus dimensiones de consenso, satisfacción y expresión afectiva. De manera que, a mayor puntuación en autoestima, mayor fue el ajuste de la pareja. Los datos se muestran en la tabla 35.

Tabla 35. Estudio de correlación entre dimensiones de EAD y escala Rosemberg.

Dimensiones de la EAD	Media (±DE)	Correlación de Pearson	P
Consenso	54,7 (7,4)	0,357	0,002
Satisfacción	37,7 (8,3)	0,279	0,016
Cohesión	16,1 (4,7)	0,177	0,132
Expresión afectiva	34,5 (5,2)	0,346	0,003
EAD total	117 (17,5)	0,347	0,002

Media (±DE) Escala Rosemberg: 34.5 (±5.2); Rosemberg (N= 76); EAD (N=75).

5.5.2. Relación y correlación de la EAD con riesgo de depresión posparto.

El riesgo de depresión posparto se relacionó con un nivel bajo en expresión afectiva. Las mujeres que presentaron riesgo de depresión presentaron mayor déficit de expresión de cariño hacia la pareja que las mujeres que no presentaron riesgo de depresión (34,4% versus 9,3%). En el resto de las dimensiones no se hallaron diferencias significativas. Los datos se recogen en la tabla 36.

Tabla 36. Relación entre dimensiones de la EAD con riesgo de depresión posparto.

Dimensiones de la EAD	Riesgo de depresión posparto		P	OR(IC95%)
	Si	No		
Trastorno moderado y/o severo	n (%)	n (%)		
Consenso	4 (12,5)	7 (16,3)	0,749	0,73 (0,19-2,76)
Satisfacción	9 (28,1)	19(44,2)	0,155	0,49 (0,18-1,31)
Cohesión	6 (18,8)	6 (14)	0,575	1,40 (0,41-4,90)
Expresión afectiva	11 (34,4)	4 (9,3)	0,007	5,10 (1,44-18,0)
Total	9 (28,1)	10 (23,3)	0.632	1,29 (0,45-3,67)

El análisis de correlación entre el ajuste de la pareja (EAD) y el riesgo de depresión posparto (Escala de Edimburgo) arrojó el siguiente resultado: Índice de correlación de Pearson = - 0,142, p = 0,223.

5.5.3. Estudio de correlación entre EAD con función sexual.

En la tabla 37 se muestran las correlaciones con mayor significación tras el análisis. Como se observa, las correlaciones con diferencias significativas aparecieron en las dimensiones de satisfacción y expresión afectiva. Así, la satisfacción se correlacionó con los aspectos ansiedad anticipada y satisfacción de la actividad sexual, de forma que a menor satisfacción (en ajuste de la pareja) mayores fueron los trastornos en ansiedad anticipada y satisfacción con la actividad sexual; mientras que la expresión afectiva lo hizo con la penetración e iniciativa sexual, de forma que una menor expresión de afecto de la pareja se relacionó con más problemas de penetración; mientras que una mayor expresión afectiva se asoció con mejor iniciativa sexual. La dimensión que apareció menos correlacionada con la función sexual fue la de consenso.

Tabla 37. Estudio de correlaciones entre dimensiones de EAD y aspectos de la función sexual.

Dimensiones de la EAD/aspectos de la función sexual	Correlación de Pearson	P
Satisfacción/ansiedad anticipada	-0,308	0,015
Satisfacción/orgasmo	0,210	0,098
Satisfacción/satisfacción actividad sexual	-0,272	0,031
Cohesión/comunicación sexual	0,232	0,068
Cohesión/lubricación	0,226	0,075
Cohesión/excitación	0,209	0,096
Expresión afectiva/penetración	-0,249	0,048
Expresión afectiva/iniciativa sexual	0,289	0,022
Expresión afectiva/comunicación sexual	0,235	0,064

6. ANÁLISIS MULTIVARIANTE.

6.1. FACTORES ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DE LA FUNCIÓN SEXUAL.

La tabla 38 muestra el modelo de regresión logística múltiple con las variables que quedan en el modelo ajustado tras haber realizado un análisis univariante previo. Las variables sin resultados en el modelo ajustado fueron eliminadas del modelo ya que no aportaron información significativa al mismo. Como variable dependiente se ha considerado el trastorno de la función sexual en al menos tres dominios de la función sexual, por lo que al menos uno de los dominios afectados ha sido uno de los considerados como evaluadores de actividad sexual (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, penetración y ansiedad anticipatoria), lo que equivale a la consideración de riesgo de disfunción sexual. Los factores que aparecen finalmente asociados al riesgo de trastorno de la función sexual fueron la profesión, concretamente profesiones relacionadas con títulos académicos secundarios; tener una episiotomía, que en este caso aparece como factor protector ante el riesgo de la disfunción sexual; y peso del RN.

Tabla 38. Factores asociados al riesgo de disfunción sexual. Análisis de Regresión logística múltiple.

Variable	Disfunción sexual n (%)	Análisis			
		Univariante		Multivariante	
		P	OR cruda IC(95%)	P	OR ajustada IC(95%)
Edad materna (años)*	32,1 (±4,29)	0,899	1,01 (0,89-1,13)		
Nivel de formación*					
≤ estudios primarios	32 (41,6)	0,771	1,18 (0,37-3,71)		
Estudios secundarios	26 (33,8)	0,938	0,95 (0,27-3,30)		
Estudios universitarios	19 (24,7)	Referencia			
Tipo de parto					
Normal	45 (58,4)	0,312	0,53 (0,15-1,81)		
Instrumentado	12 (15,6)	0,150	0,30 (0,58-1,57)		
Cesárea	20 (26)	Referencia			
Episiotomía	42 (54,5)	0,059	0,35 (0,12-1,04)	0,026	0,23 (0,06-0,83)
Hijos previos					
Primípara	53 (68,8)				
Múltipara	24 (31,2)	0,386	0,62 (0,22-1,79)		
Enfermedad embarazo	21 (27,6)	0,529	0,70 (0,23-2,10)		
Peso del RN (g)*	3306 (±504)	0,014	1,01(1,00-1,01)	0,006	1,01 (1,01-1,02)
Ingreso del RN	14 (18,2)	0,388	1,78 (0,47-6,65)		
Lactancia materna	62 (80,5)	0,901	1,08 (0,31-3,66)		
Edad gestacional (semanas)*	39,4 (±1,37)	0,838	1,04 (0,72-1,50)		
E. Rosemberg (Autoestima)*	34,5 (±5,21)	0,148	0,92 (0,83-1,02)		
E. Edimburgo (Riesgo depresión)*	8,8 (±3,8)	0,304	1,07 (0,94-1,22)		
E. Ajuste diádico*	117(±17,5)	0,477	1,01 (0,98-1,04)		
Profesión					
Título universitario	13 (16,9)	0,407	2,40 (0,30-19,0)		
Título secundario	28 (36,4)	0,148	4,00 (0,61-26,1)	0,028	15,7 (1,34-18,4)
Autónomos/servicios	26 (33,4)	0,538	1,81 (0,27-12,1)		
Ama de casa	10 (13)	Referencia			

Hosmer Lemeshow: 0,592; R² Nagelkerke: 0,330

*Datos expresados en media(±DE)

6.2. FACTORES ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DEL AJUSTE DIÁDICO DE LA PAREJA.

Se llevó a cabo un análisis de regresión logística múltiple para conocer las variables asociadas a dicho trastorno, considerando como variable dependiente tener un ajuste diádico bajo. Las variables que se relacionaron con un ajuste diádico bajo fueron la lactancia materna y un nivel bajo de autoestima. Los datos aparecen en la tabla 39.

Tabla 39. Factores asociados con la alteración en ajuste diádico de la pareja. Análisis de regresión logística múltiple.

Variable	Trastorno ajuste diádico n (%)	Análisis			
		Univariante		Multivariante	
		P	OR cruda IC(95%)	P	OR ajustada IC(95%)
Edad materna (años)*	32,1 (±4,29)	0,852	1,98 (0,87-1,11)		
Nivel de formación					
≤ estudios primarios	32 (41,6)	0,357	1,87 (0,49-7,15)		
Estudios secundarios	26 (33,8)	0,880	0,89 (0,20-3,89)		
Estudios universitarios	19 (24,7)	Referencia			
Tipo de parto					
Normal	45 (58,4)	Referencia			
Instrumentado	12 (15,6)	0,354	1,94 (0,47-7,93)		
Cesárea	20 (26)	0,345	1,78 (0,53-6,04)		
Sutura	56 (72,7)	0,850	1,12 (0,34-3,62)		
Hijos previos					
Primípara	53 (68,8)				
Múltipara	24 (31,2)	0,601	1,33 (0,44-3,98)		
Enfermedad del RN		0,137	6,47 (0,55-75,8)		
Peso del RN (g)*	3306 (±504)	0,445	1,01(0,99-1,01)		
Ingreso del RN	14 (18,2)	0,758	1,22 (0,33-4,49)		
Lactancia materna	62 (80,5)	0,024	0,24 (0,07-0,83)	0,012	0,18 (0,04-0,68)
Edad gestacional (semanas)*	39,4 (±1,37)	0,414	1,18 (0,79-1,77)		
E. Rosemberg (Autoestima)*	34,5 (±5,21)	0,062	0,90 (0,82-1,01)	0,040	0,89 (0,30-0,99)
E. Edimburgo (Riesgo depresión)	33 (42,9)	0,632	1,29 (0,45-3,67)		
Trastorno función sexual	36 (46,8)	0,904	0,93 (0,29-2,97)		
Trabaja ama de casa	10 (13)	0,181	2,66 (0,63-11,24)		

Hosmer Lemeshow: 0,792; R2 Nagelkerke: 0,242

*Datos expresados en media(±DE)

V. DISCUSIÓN

1. PREVALENCIA DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA.

En el presente estudio el 17% de las mujeres declararon no haber tenido actividad sexual durante las últimas 4 semanas en el momento de realizar el cuestionario, circunstancia que coincide con 4º mes tras el parto. En relación con este hecho, la ausencia de relaciones sexuales durante el periodo posparto, Wallwiener et al. (2017) encontraron en su estudio que un 20% de las mujeres no había mantenido relaciones sexuales en los primeros tres meses posparto. Otros estudios recientes hablan de disminución de las relaciones entre los 3 y 6 meses posparto, estableciendo que las relaciones sexuales van volviendo a la normalidad a los 12 meses tras el parto (Spaich et al., 2020).

En cuanto a los problemas de disfunción sexual, en este estudio se halló una prevalencia del 79,6% de las mujeres. Otros estudios establecen la prevalencia de la disfunción sexual en mujeres en el periodo postparto en un 64% (Khajehei et al., 2016), otros entre 30-60% (Tosun Guleroglu & Gordeles Beser, 2014), en el 40% (Quoc Huy et al., 2019), en el 68% (Saydam, Akyuz, Sogukpinar, & Turfan, 2019), en el 74% (Alp-Yilmaz, Avci, Aba, Ozdilek, & Dutucu, 2018) o incluso hay autores que lo establecen en el 86% (Banaei, Moridi, & Dashti, 2018).

Los aspectos o dominios de la función sexual más afectados en este trabajo fueron la ansiedad anticipada (65%), seguido de los problemas con la penetración (53%), iniciativa sexual (53%), deseo sexual (33%), etc., así hasta el aspecto que presentó un menor porcentaje de trastornos, los problemas de comunicación sexual con un 14%. En definitiva, estos resultados establecieron que el 79,6% de las mujeres presentaron alteración en un solo aspecto de la función sexual, el 75,4% tuvieron dos aspectos alterados, y el 55,4% de las mujeres declararon tener alteradas al menos tres aspectos de la función sexual.

La consideración de DSF en este trabajo viene dada por el hecho de padecer trastorno o disfunción al menos en uno de los aspectos considerados como evaluadores de actividad sexual (DEAS), es decir, deseo, excitación, lubricación, orgasmo, penetración y ansiedad anticipatoria, de la función sexual, por lo que se puede considerar que el porcentaje de prevalencia de disfunción sexual en la población de estudio fue del 79,6%. En este sentido, Khajehei et al. (2016) concluyeron en su estudio sobre prevalencia y factores de riesgo de la DSF, que el dominio de la función sexual más alterado fue el deseo, con el 81% de trastornos, seguido de la excitación con un 53% de trastorno. Quoc Huy et al. (2019) encontraron que el dominio más afectado en la DSF fue el deseo (69%), y el

problema más presente y frecuente fue el dolor con las relaciones sexuales (58,5%). Por su parte, Tosun Güleroglu & Gördeles Beser (2014) establecieron que ya durante el embarazo la función sexual se afectaba considerablemente y que era el deseo el dominio más afectado, seguido de la excitación, orgasmo y lubricación. Barbara, Pifarotti, & Facchin (2016) informaron de que las tasas de disfunción sexual al sexto mes del parto, establecidas con el índice de la función sexual femenina (FSFI), fueron de 37,9%, 42,2% y 41,3%, respectivamente, para el parto vaginal espontáneo, el parto vaginal operatorio y el parto por cesárea.

El presente estudio se llevó a cabo al 4º mes posparto por considerarse que es un momento en el que ya ha pasado la etapa de puerperio (6-8 semanas posparto) y en el que las relaciones sexuales se van normalizando entre la pareja, por lo que es un momento en el que pueden florecer los problemas de disfunción sexual, como así lo constatan numerosos estudios sobre el tema. En este sentido, Kahramanoglu et al. (2017) hallaron que la función sexual disminuyó considerablemente entre los 3 a 6 meses posparto, recuperándose a partir de los 6 meses; Spaich et al. (2020) también hallaron mayor riesgo de DSF en su estudio, así como Saydan et al. (2019) quienes consideraron los primeros 6 meses posparto como los de mayor riesgo de disfunción sexual, coincidiendo también con los resultados del estudio de Khajehei et al. (2015). De igual forma Saleh et al. (2019) establecieron los 6 meses posparto como el límite a partir del cual disminuía considerablemente el riesgo de DSF, mientras Amiri et al. (2017) establecieron que era a los 9 meses cuando las relaciones sexuales se reanudaban con mayor normalidad.

2. FACTORES ASOCIADOS AL RIESGO DE DISFUNCIÓN SEXUAL.

Existen varios tipos de factores que pueden asociarse al riesgo de DSF. En el presente trabajo de investigación se han estudiado factores sociodemográficos, obstétricos y neonatales.

2.1. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS.

2.1.1. Edad.

En este estudio, en algunas variables perinatales y sociodemográficas se hallaron diferencias estadísticamente significativas cuando se compararon en relación a alguno de los dominios de la función sexual. Tal es el caso de la edad materna, que aunque en el análisis de RLM no apareció como factor influyente en el riesgo de DSF, sí se hallaron diferencias estadísticamente significativas con mayor porcentaje de mujeres de 35 o más años que presentaron trastorno en iniciativa sexual. Parecidos resultados se hallaron en el estudio de Quoc Huy et al. (2019), en el que las mujeres mayores de 30 años presentaron mayor riesgo de DSF, atribuible al cambio hormonal paulatino que acompaña a la edad en la mujer, con caída progresiva de los estrógenos. Por su parte, otros autores determinaron el límite de edad por encima de los 35 años para ser considerado como factor de riesgo (Tosun Guleroglu & Gordeles Beser, 2014; Dağlı et al., 2020). De la misma forma, otros autores encontraron también que la edad avanzada supone un factor de riesgo importante para la aparición de problemas en la función sexual de la mujer (Amiri et al., 2015; Jaafarpour et al., 2013).

2.1.2. Nivel de preparación de la madre.

Otra de las variables sociodemográficas a considerar es el nivel de formación de la madre. Las mujeres con profesiones relacionadas con tener un nivel de formación de estudios secundarios presentaron en este trabajo mayor riesgo de DSF; este dato concuerda en cierta medida con el estudio de Alp Yilmaz et al. (2018), quienes hallaron mayor riesgo de disfunción sexual en mujeres de clase media con estudios secundarios, si bien otros autores hallaron mayor riesgo de DSF en mujeres con baja preparación (Tosun Guleroglu & Gordeles Beser, 2014). Sin embargo, hay autores como Wallwiener et al. (2017) que hallaron que las mujeres con una alta preparación, en presencia de síntomas depresivos, tenían mayor riesgo de DSF. Por su parte, el estudio de Sheikhi, Navidian, & Rigi (2020) mostró cómo una intervención a mujeres primíparas consistente en tres sesiones durante los primeros 45 días posparto sobre salud sexual, mejoró significativamente los resultados de la función sexual en las mujeres, por lo que concluyeron que la educación sexual tras

el parto puede mejorar considerablemente la sexualidad y disminuir el riesgo de DSF en el periodo posparto.

Muy relacionado con el nivel de preparación de la madre se halla siempre el nivel económico o de ingresos, por lo que algunos estudios lo han considerado como un factor influyente en la función sexual de la pareja. En este sentido ciertos autores encontraron un mayor riesgo de DSF en mujeres de clase media (Alp Yilmaz et al., 2018), mientras que otros consideraron un nivel de ingresos alto como factor protector, como en el estudio de Chang et al. (2018), donde la DSF se consideró un factor de riesgo para la aparición de síntomas depresivos en el posparto. Hay estudios que consideran que las dificultades económicas constituyen también un factor que favorece los problemas de disfunción sexual (Christensen et al., 2011; Lewis et al., 2010). Por su parte, Dağlı et al. (2020), consideraron que las mujeres desempleadas tenían mayor riesgo de DSF que las mujeres que trabajaban fuera de casa; en este mismo sentido concluyeron también Jaafarpour et al. (2013).

2.2. FACTORES OBSTÉTRICOS Y NEONATALES.

2.2.1. Episiotomía y desgarros severos.

En el presente estudio se halló que la episiotomía, en contra de lo que podía esperarse, actuó como factor protector ante el riesgo de disfunción sexual durante el periodo posparto. En este sentido, las mujeres a quienes se practicó una episiotomía obtuvieron, paradójicamente, mejores resultados en la función sexual que aquellas a las que no se les practicó una episiotomía en el parto. Las mujeres con episiotomía tuvieron menor porcentaje de problemas con la penetración que las mujeres sin episiotomía. Además, en el modelo ajustado, la variable episiotomía apareció como factor influyente en el mismo sentido.

Existen algunos trabajos cuyos resultados vienen a coincidir con los de este estudio, como el de Laganà et al. (2015), que hallaron que las mujeres con parto vaginal a quienes se les había practicado una episiotomía presentaron menos problemas en la función sexual que las mujeres a las que no se les había practicado, hecho que podría deberse a que la episiotomía podría actuar como un factor preventivo para el riesgo de desgarros de 3-4 grado, según argumentaron los autores; se ha de tener en cuenta que este tipo de desgarros son reconocidos como una causa importante de disfunción sexual (García-Mejido et al.,

2020; Chang et al., 2018; Simic, Cnattingius, & Petersson, 2017; Andreucci et al., 2015). De la misma opinión son Jiang et al. (2017) quienes concluyeron en su estudio que la episiotomía disminuía el riesgo de desgarros severos. Por su parte, autores como Banaei, Moridi, & Dashti (2018) encontraron que las mujeres con episiotomía no tuvieron mayor riesgo de DSF que aquellas a las que no se practicó una episiotomía.

Sin embargo, son mayoría los autores que establecen la existencia de una relación directa entre la realización de episiotomía y la DSF (Quoc Huy et al., 2019; O'Malley et al., 2018; Safarinejad, Kolahi, & Hosseini, 2009; Abdool, Thakar, & Sultan, 2009), si bien, es cierto que esta asociación se basa en la aparición de disfunción sexual como consecuencia del dolor ocasionado en las relaciones sexuales a consecuencia de la episiotomía. Tal es el caso del estudio de Kahramanoglu et al. (2017), en el que sus autores encontraron que las mujeres que tuvieron un parto por vía vaginal con episiotomía tuvieron más dolor con las relaciones sexuales y menor satisfacción a los 3 meses postparto. El problema de la DSF a consecuencia de episiotomía es muy frecuente en estudios que relacionan la práctica de episiotomía con la DSF (Manresa et al., 2019; O'Malley et al., 2018; Chayachinda, Titapant, & Ungkanungdech, 2015). Manresa et al. (2019) hallaron que las mujeres con episiotomía tuvieron una mayor incidencia de dolor. Obiol-Sainz (2019) encontró que la práctica de la episiotomía se relacionó con un mayor riesgo de incontinencia urinaria y anal; además las mujeres con episiotomía presentaron puntuaciones más desfavorables en diferentes dominios de la sexualidad (lubricación, orgasmo, problemas con la penetración vaginal y la iniciativa sexual); estas mujeres también experimentaron una incorporación mucho más lenta con respecto al inicio de las relaciones sexuales en el periodo postparto.

Por otra parte, los desgarros severos, 3-4° grado, sí que se relacionan con mayor fuerza con el riesgo de DSF, aunque en este trabajo no se halló relación entre ambas variables ni con ninguno de los dominios de la función sexual. Así lo establecen estudios como el de Gutzeit et al. (2020) quienes concluyeron que los desgarros de 3-4ª grado estaban fuertemente asociados con problemas de DSF; o como el estudio de García-Mejido et al. (2020) quienes asociaron las lesiones del músculo elevador del ano con problemas de disfunción sexual, principalmente en partos instrumentados. Otros estudios establecen también esta asociación (Chang et al., 2018; Andreucci et al., 2015; De Souza et al., 2015).

2.2.2. Paridad.

La paridad es otra variable analizada en el presente trabajo, y aunque no apareció como factor asociado al riesgo de DSF en el modelo de RLM, sí se hallaron diferencias significativas en cuanto a mayores trastornos de lubricación en mujeres primíparas. No aparecieron diferencias en otros dominios de la función sexual. El estudio de Khajehei et al. (2016) no encontró diferencias entre mujeres primíparas y multíparas en cuanto al riesgo de DSF. Sin embargo, son más los autores que encontraron que la multiparidad actúa como un factor de riesgo para la aparición de problemas de DSF (Quoc Huy et al., 2019; Banaei et al., 2018). Dagli et al. (2015) a su vez, explicaron como a mayor número de hijos las mujeres suelen tener una edad más avanzada y necesitan mayor tiempo para dedicar a los hijos, por lo que este hecho podría influir negativamente en las relaciones sexuales de la pareja. Igualmente se refleja en el estudio de Jaafarpour et al. (2013), quienes hallaron mayores problemas de disfunción sexual en mujeres que habían tenido 3 o más hijos.

2.2.3. Modo de parto.

En este trabajo se halló que las mujeres con cesárea tenían más riesgo de tener problemas relacionados con la penetración, sin que se hallaran alteraciones en otros dominios de la función sexual; sin embargo, en el modelo ajustado de RLM esta variable no apareció como factor asociado al riesgo de DSF de forma general. Existen algunos estudios que relacionan el parto vaginal con mayor riesgo de DSF, de forma que mujeres que tuvieron un parto por cesárea presentaron mejor puntuación en el Índice de la Función Sexual Femenina (IFSF) que las mujeres que tuvieron un parto por vía vaginal; esto mismo ocurrió por ejemplo en el estudio de Saleh, Hosam, & Mohamed (2019), quienes encontraron puntuaciones más altas en el IFSF en mujeres con cesárea, aunque estas diferencias disminuyeron tras los 6 meses posparto. En este mismo sentido concluyeron otros estudios como el de Kahramanoglu et al. (2017), aunque este estudio tuvo en cuenta la presencia de episiotomía en el parto vaginal. Dagli et al. (2020) hallaron mayor riesgo de DSF en mujeres con parto vaginal instrumentado debido al mayor riesgo de lesiones que pueden producirse con este tipo de intervención durante el parto. Lo mismo ocurre en el estudio de García-Mejido et al. (2020), quienes encontraron menores puntuaciones en los dominios de deseo, excitación, lubricación, orgasmo y satisfacción en mujeres con

partos instrumentados que habían sufrido lesiones perineales. De la misma forma sucede con el estudio de Safarinejad et al. (2009), quienes también asociaron el parto vaginal a un mayor riesgo de DSF, debido en parte también a que la episiotomía favorecía este riesgo.

De forma contraria a los anteriores estudios concluyeron otros autores como Lagana et al. (2016), quienes consideraron que el parto vaginal con episiotomía favorecía la función sexual puesto que con ello se prevenía el riesgo de desgarros severos de 3-4 grado. Lo mismo sucede con el estudio de Wallwiener et al. (2017), donde las mujeres con cesárea tuvieron peores resultados en muchos de los dominios de la función sexual con relación a las mujeres con parto vaginal.

Sin embargo, la gran mayoría de trabajos que relacionan la forma del parto con el riesgo de DSF, concluyen en que el modo de parto, vaginal o cesárea, no afecta a la función sexual femenina tras el parto (Gutzeit et al., 2020; Saydam et al., 2019; Saotome et al., 2018; Amiri et al., 2017; Fan et al., 2017, Kasap et al., 2016; Eid et al., 2015; Chang et al., 2015; Faisal-Cury et al., 2015).

2.2.4. Lactancia materna.

Las madres que dieron lactancia materna a sus hijos tuvieron mayores problemas de satisfacción con la actividad sexual que las que no dieron lactancia a sus hijos, según los resultados de este trabajo; en otros estudios también se relacionó la lactancia materna con mayor grado de insatisfacción sexual, como sucede en el estudio de Spaich et al. (2020), cuyos autores analizaron las expectativas de las mujeres que lactaban a sus hijos con la actividad sexual, de forma que las mujeres que habían anticipado esta relación obtuvieron puntajes significativamente más bajos en IFSF y en el cuestionario de la actividad sexual al año del nacimiento. Otros estudios han demostrado que la lactancia materna está asociada con cierto grado de deterioro de la función sexual de la mujer (Lagaert, Weyers, & Van Kerrebroeck, 2017; Barbara et al., 2016). De igual manera otros muchos autores también asociaron la lactancia materna con un mayor déficit de la función sexual femenina (Saleh et al., 2019; O'Malley et al., 2018; Wallwiener et al., 2017; Rowlands, & Redshaw, 2015; Christensen et al., 2011; Lewis et al., 2010; Avery, Duckett, & Frantzich, 2000).

La explicación de la relación entre la lactancia materna y la DSF parece venir dada por los cambios hormonales que desencadena, con el aumento de los niveles de prolactina y

como consecuencia de la reducción de andrógenos y estrógenos por el ovario (Matthies et al., 2019; Leeman & Rogers, 2012). La caída de estrógenos parece asociada con un déficit en la lubricación vaginal, y los bajos niveles de andrógenos producen una disminución del deseo sexual (Avery et al., 2000). Sin embargo, algunos autores como Saotome et al. (2018) no encontraron dicha asociación entre la lactancia materna y la DSF.

2.2.5. *Peso del RN.*

El peso del RN es un factor que aparece en el presente trabajo asociado al riesgo de disfunción sexual en el modelo de RLM, concretamente a mayor peso mayor riesgo. Se desconoce si el bajo peso al nacer podría ser un factor influyente en la DSF porque solo hubo dos casos de mujeres cuyos hijos pesaron menos de 2500 g. En el primer análisis donde esta variable se comparó con cada una de los dominios de la función sexual, solo se asoció a problemas de penetración, concretamente las mujeres con hijos con un peso mayor o igual a 4000 g presentaron mayor porcentaje de problemas de penetración que el resto de madres. Es conocido que la macrosomía se relaciona con un mayor riesgo de desgarros y que un desgarro, mayormente si es severo, puede dar lugar a problemas de disfunción sexual. Así ha sido establecido por muchos autores como Quoc Huy et al. (2019) quienes hallaron que las mujeres que dieron a luz a recién nacidos de más de 3500 g presentaron mayor riesgo de lesiones y trastornos del suelo pélvico, hecho que se relaciona con riesgo de disfunción sexual. Gutzeit et al. (2020) concluyeron que los desgarros de 3-4 grado estaban fuertemente asociados con problemas de DSF; García-Mejido et al. (2020) asociaron las lesiones del músculo elevador del ano con DSF; y otros estudios establecen también esta asociación (Chang et al., 2018; Andreucci et al., 2015; De Souza et al., 2015).

2.3. RIESGO DE DEPRESIÓN POSPARTO Y DISFUNCIÓN SEXUAL.

Los estados depresivos o próximos a la depresión posparto pueden jugar un papel importante como factor conducente a trastornos relacionados con la disfunción sexual. De esta forma, en este trabajo se ha querido contar con los datos obtenidos con la escala de Edimburgo (Cox et al., 1987). Los resultados derivados de la misma, aportan que las mujeres que presentaron riesgo de depresión en el periodo posparto presentaron mayor porcentaje de problemas de satisfacción con la actividad sexual (35.7% versus 11.4%),

de lubricación (50% versus 20%), y problemas de orgasmo (38% versus 14%), con respecto a las mujeres que no presentaron este riesgo. Además, las mujeres que presentaron riesgo de depresión posparto presentaron un mayor porcentaje en trastorno de expresión afectiva, una de las dimensiones de la escala de ajuste diádico que mide el ajuste en la pareja. Por lo tanto, según se refleja en otros estudios sobre el tema, estos trastornos parecen tener una relación estrecha con la aparición de problemas de la función sexual y/o viceversa.

Chang et al. (2018) analizaron si la aparición de síntomas depresivos se relacionó con problemas en la función sexual de las mujeres durante los dos primeros años tras el parto; concluyendo que las mujeres con disfunción sexual tenían un 60% más de riesgo de padecer síntomas depresivos; además encontraron que las mujeres que tenían una baja puntuación en deseo, excitación, lubricación u orgasmo, tenían mayor riesgo de padecer síntomas de depresión. También hallaron que la satisfacción sexual junto a un nivel de ingresos alto eran factores protectores para la aparición de síntomas depresivos. Por su parte, Asselmann et al. (2016) hallaron que las mujeres que padecían problemas depresivos y ansiedad durante el embarazo presentaron mayor riesgo de disfunción sexual durante el periodo posparto. También hallaron una correlación entre DSF y problemas de depresión posparto Alp Yilmaz et al. (2018) y Khajehei et al. (2015); estos últimos analizaron la función sexual en mujeres australianas durante el primer año posparto y hallaron también que las mujeres con problemas depresivos padecían en mayor medida problemas en la función sexual. En otro estudio posterior de este mismo autor, también se encontró que tener el diagnóstico de depresión o presentar síntomas depresivos se asoció a mayor riesgo de DSF (Khajehei, 2016). Por su parte, en otros trabajos como en el de Christensen et al. (2011) y Lewis et al. (2010), hallaron que las mujeres que tenían antecedentes de depresión experimentaron una disminución importante en la actividad sexual tras el parto.

2.4. AUTOESTIMA Y DISFUNCIÓN SEXUAL.

En consonancia con el riesgo de depresión se halla el nivel de autoestima de la mujer, de esta forma las mujeres con un nivel de autoestima alto tuvieron menor predisposición al riesgo de depresión, es decir, presentaron mejores puntuaciones en la escala de Edimburgo (Cox et al., 1987), por lo que la autoestima alta funcionó como un factor protector en el análisis bivariante. Por otra parte, las mujeres con autoestima alta

presentaron menor porcentaje de trastornos de la función sexual, concretamente en los dominios de comunicación y satisfacción con la actividad sexual. No se han hallado estudios que relacionen el nivel de autoestima con la DSF en el posparto, aunque sí algún estudio que relacione la DSF con la autoestima. En este sentido, Sierra, López Herrera, Álvarez Muelas, Arcos-Romero, & Calvillo (2018), hallaron asociación entre el nivel de autoestima, en este caso autoestima sexual, y la excitación sexual en mujeres jóvenes, sin embargo en el estudio de Ceballos Ospino, Barliza de la Rosa, y León Botero (2008), que estudiaron dicha relación en mujeres estudiantes, concluyeron que no había una relación directa entre el nivel de autoestima y DSF. Al contrario sucedió en el estudio de Calado, Lameiras & Rodríguez (2004), realizado en estudiantes universitarios para determinar la relación entre imagen corporal y autoestima con las relaciones sexuales; en este estudio sí se halló relación entre nivel de autoestima con la actividad sexual, de forma que las chicas con un nivel bajo de autoestima percibieron menor satisfacción en sus relaciones sexuales coitales.

2.5. FUNCIÓN SEXUAL Y AJUSTE DIÁDICO.

El análisis de correlación entre los distintos aspectos de la función sexual y las dimensiones del ajuste diádico de la pareja, mostró que la dimensión de satisfacción se correlacionó con los aspectos ansiedad anticipada y satisfacción de la actividad sexual; asimismo, la expresión afectiva lo hizo con la penetración e iniciativa sexual. La dimensión que apareció menos correlacionada con los aspectos de la función sexual fue la de consenso. Sin embargo, en el análisis de RLM para determinar factores asociados a un ajuste bajo de la pareja, no apareció la disfunción sexual considerada como variable general, de forma que los factores que sí aparecieron como influyentes a un ajuste deficiente de la pareja fueron la lactancia materna, como factor protector, y tener un nivel bajo de autoestima.

Algunos trabajos han estudiado también la relación entre la función sexual y el ajuste de la pareja, como sucede con el estudio de Şafak Öztürk, Arkar, & Gökdağ (2020) quienes encontraron un menor ajuste de la pareja en aquellas parejas que declararon tener una menor satisfacción sexual, y que la satisfacción sexual ejercía un papel mediador importante en la mejora del ajuste entre la pareja. En el mismo sentido concluyeron Yilmaz, Sonmez, & Sezik, (2020) en su estudio, donde comprobaron que un bajo ajuste

entre la pareja actuó como un factor de riesgo para desencadenar problemas de disfunción sexual.

Los hallazgos del presente estudio ponen de manifiesto la necesidad de promover una mayor atención a las mujeres en cuanto a la prevención de trastornos relacionados con la DSF, atención que debería iniciarse desde el mismo embarazo y continuar en el periodo posparto. Estas actividades de promoción han de ser potenciadas tanto por los profesionales sanitarios, entre los que juegan un papel fundamental la enfermera/matrona como profesional presente durante todo el proceso de embarazo, parto y puerperio, como por las propias instituciones sanitarias. Asimismo, se considera necesario potenciar la investigación en DSF para determinar los factores que la provocan.

3. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

En este estudio se han de tener en consideración algunas limitaciones. En primer lugar, la muestra para el estudio ha sido limitada debido a que muchas mujeres rehusaron realizar los cuestionarios, de forma que, aunque se entregaron 120 cuestionarios, solo 77 mujeres fueron las que cumplimentaron y entregaron finalmente dichos cuestionarios. Otra limitación viene dada por los datos faltantes, ya que algunos datos de los cuestionarios quedaron sin respuesta, especialmente algunas mujeres no contestaron a algunas de las preguntas del cuestionario de la función sexual. Por último, hay que señalar también que el estudio se realizó en tres centros de salud de la ciudad seleccionados por conveniencia (eligiendo aquellos con mayor número de procesos de embarazo, parto y puerperio y colaboración de las matronas). Circunstancia que ha podido incidir en términos de colaboración de las participantes

VI. CONCLUSIONES

La prevalencia sobre el riesgo disfunción sexual fue elevada, cercana al 80% de las mujeres.

Los aspectos de la función sexual más afectados fueron la ansiedad anticipada, problemas de penetración, iniciativa sexual, deseo sexual, lubricación y excitación. El aspecto con menor porcentaje de trastornos fue el de problemas de comunicación sexual.

El 75% de las mujeres presentaron dos aspectos alterados, y el 55% declararon tener alteradas al menos tres aspectos de la función sexual.

El 17% de las mujeres declararon no haber tenido actividad sexual durante las últimas 4 semanas en el momento de realizar el cuestionario, es decir, que en el 4º mes posparto aún no habían iniciado las relaciones sexuales coitales.

Los factores que mostraron asociación con trastornos en alguno de los aspectos que conforman la función sexual fueron: la edad materna ≥ 35 , la primiparidad, el parto por cesárea, procesos patológicos del hijo, el nivel de autoestima medio-bajo y la lactancia materna. Además, según el modelo de RLM, el peso del RN, tener un parto vaginal sin episiotomía, y profesiones relacionadas con estudios secundarios fueron factores que se relacionaron con el riesgo de DSF.

Las mujeres con parto por cesárea presentaron mayor riesgo de presentar problemas con la penetración. Sin embargo, cabe destacar que en el grupo de mujeres con parto vaginal, las mujeres a las que se realizó una episiotomía presentaron menor porcentaje de trastorno de penetración que las mujeres sin episiotomía.

Las mujeres con autoestima alta presentaron menor riesgo de trastornos de la función sexual, concretamente en los dominios de comunicación y satisfacción con la actividad sexual.

Las mujeres con un nivel de autoestima alto tuvieron menor predisposición al riesgo de depresión. El riesgo de depresión se relacionó con trastornos de satisfacción de la actividad sexual, lubricación y orgasmo.

El 75% de las mujeres presentaron un ajuste diádico medio-alto con la pareja, mientras que solo un 25% presentaron un ajuste diádico bajo. Los mejores resultados aparecieron en la dimensión de consenso, con un 85% en nivel alto-medio, seguidos de la cohesión con un 84%, expresión afectiva un 80% y satisfacción con un 63%.

La satisfacción en el ajuste de la pareja se relacionó con los aspectos de ansiedad anticipada y satisfacción de la actividad sexual, de forma que a menor satisfacción mayores fueron los trastornos en ansiedad anticipada y satisfacción con la actividad sexual; mientras que la expresión afectiva lo hizo con la penetración e iniciativa sexual, de forma que una menor expresión de afecto de la pareja se relacionó con más problemas de penetración; mientras que una mayor expresión afectiva se asoció con mejor iniciativa sexual.

Es necesario incidir en la investigación sobre los factores que afectan a la sexualidad de la mujer durante el periodo posparto dada la alta prevalencia de las disfunciones sexuales durante este periodo y debido a que pueden constituir el origen de disfunciones sexuales que pueden permanecer en el tiempo y afectar a la salud física, sexual y psicológica de la mujer.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA.

Este estudio puede resultar de utilidad para la práctica clínica porque pone de manifiesto, por una parte, la alta prevalencia de la DSF en el periodo posparto, dato que los profesionales sanitarios deben tener en cuenta cuando atienden a mujeres durante este periodo; y por otra parte, pone de manifiesto cuales son los factores perinatales que pueden afectar a la función sexual de la mujer, factores que son también de interés para estos profesionales en la atención a estas mujeres a la hora de emprender acciones preventivas. La atención sanitaria durante el periodo posparto debe tener en cuenta el riesgo de DSF y actuar en consecuencia, anticipándose a la aparición de este problema, promoviendo acciones preventivas ya desde la atención preparto a la embarazada, así como acciones encaminadas a la detección precoz y tratamiento adecuado del problema. Es también fundamental ofrecer educación sanitaria acorde a la dimensión del problema de la DSF para concienciar a las mujeres sobre este riesgo y sobre la necesidad de comunicar a los profesionales de la salud de forma precoz la aparición de signos que puedan estar relacionados con el riesgo de DSF.

VII. BIBLIOGRAFÍA

- Abdool, Z., Thakar, R., & Sultan, A. H. (2009). Postpartum female sexual function. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 145(2), 133–137. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2009.04.014>
- Abramowitz, J.S., Schwartz, S.A., Moore, K.M., & Luenzmann, K.R. (2003). Obsessive-compulsive symptoms in pregnancy and the puerperium: A review of the literature. *Journal of Anxiety Disorders*, 17 (4), 461–478.
- Alcántara Monteroa, A. y Sánchez Carnerero, C.I. (2016). Disfunción sexual femenina: opciones de tratamiento farmacológico. *Semergen*, 42(5), 33-37. <https://dx.doi.org/10.1016/j.semerng.2016.02.008>
- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, textrevision: DSM-IV-TR.4thed. Arlington (VA): American Psychiatric Association.
- Amiri, F.N., Omidvar, S., Bakhtiari, A., & Hajiahmadi, M. (2017). Female sexual outcomes in primiparous women after vaginal delivery and cesarean section. *African Health Sciences*, 17(3), 623-631. <https://dx.doi.org/10.4314/ahs.v17i3.4>
- Amiri, F., Omidvar, S., Bakhtiari, A., Yazdani, S., & Hajiahmadi, M. (2015) Comparison of Sexual Function in Primiparous Women Pre-Pregnancy and Postpartum: Difference of the Sexual Function after the Normal Vaginal Delivery and the Cesarean Section. *Health*, 7, 1379-1386. <https://dx.doi.org/10.4236/health.2015.710152>.
- Andreucci, C. B., Bussadori, J. C., Pacagnella, R. C., Chou, D., Filippi, V., Say, L., Cecatti, J. G., Brazilian COMMAG Study Group, & WHO Maternal Morbidity Working Group (2015). Sexual life and dysfunction after maternal morbidity: a systematic review. *BMC pregnancy and childbirth*, 15, 307. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0742-6>
- Ale sheikh A., Jaafarnejad F., Esmaily H., Asgharipour N. (2016). The relationship between mode of delivery and sexual function in nulliparous women. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 4(3), 635-43. <https://dx.doi.org/10.22038/jmrh.2016.7094.2>.
- Allgood-Percoco, N. R., Kjerulff, K. H., & Repke, J. T. (2016). Risk Factors for Dyspareunia After First Childbirth. *Obstetrics and gynecology*, 128(3), 512–518. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001590>
- Alp Yilmaz, F., Avci, D., Arzu Aba, Y., Ozdilek, R., & Dutucu, N. (2018). Sexual Dysfunction in Postpartum Turkish Women: It's Relationship with Depression and

- Some Risk Factors. *African journal of reproductive health*, 22(4), 54–63. <https://doi.org/10.29063/ajrh2018/v22i4.6>
- American Psychiatric Association. DSM-5. (2013). Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.
- Asselmann, E., Hoyer, J., Wittchen, H.U., & Martini, J. (2016). Sexual Problems During Pregnancy and After Delivery Among Women with and Without Anxiety and Depressive Disorders Prior to Pregnancy: A Prospective-Longitudinal Study. *The journal of sexual medicine*, 13(1), 95–104. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2015.12.005>
- Atienza, F.L., Moreno, Y., Balaguer, I. (2000). Análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología Universitas Tarraconensis*, vol XXII (1S2), 29S42
- Avery, M. D., Duckett, L., & Frantzich, C. R. (2000). The experience of sexuality during breastfeeding among primiparous women. *Journal of midwifery & women's health*, 45(3), 227–237. [https://doi.org/10.1016/s1526-9523\(00\)00020-9](https://doi.org/10.1016/s1526-9523(00)00020-9)
- Banaei, M., Moridi, A., & Dashti, S. (2018). Sexual Dysfunction and its Associated Factors After Delivery: Longitudinal Study in Iranian Women. *Materia socio-medica*, 30(3), 198–203. <https://doi.org/10.5455/msm.2018.30.198-203>
- Bancroft, J. (2005). The endocrinology of sexual arousal. *The Journal of endocrinology*, 186(3), 411–427. <https://doi.org/10.1677/joe.1.06233>
- Bancroft, J., Graham, C. A., Janssen, E., & Sanders, S. A. (2009). The dual control model: current status and future directions. *Journal of sexual research*, 46(2-3), 121–142. <https://doi.org/10.1080/00224490902747222>
- Barbara, G., Pifarotti, P., Facchin, F., Cortinovis, I., Dridi, D., Ronchetti, C., Calzolari, L., & Vercellini, P. (2016). Impact of Mode of Delivery on Female Postpartum Sexual Functioning: Spontaneous Vaginal Delivery and Operative Vaginal Delivery vs. Cesarean Section. *The journal of sexual medicine*, 13(3), 393–401. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.01.004>
- Barrett, G., Pendry, E., Peacock, J., Victor, C., Thakar, R., & Manyonda, I. (2000). Women's sexual health after childbirth. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 107(2), 186–195. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2000.tb11689.x>
- Basson, R., Leiblum, S., Brotto, L., Derogatis, L., Fourcroy, J., Fugl-Meyer, K., Graziottin, A., Heiman, J. R., Laan, E., Meston, C., Schover, L., van Lankveld, J., &

- Schultz, W. W. (2003). Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 24(4), 221–229. <https://doi.org/10.3109/01674820309074686>
- Basson, R. (2000). The female sexual response: a different model. *Journal of sexual & marital therapy*, 26(1), 51–65. <https://doi.org/10.1080/009262300278641>
- Beyer C., & Komisaruk B.R. (2009). El orgasmo y su fisiología. *Revista Ciencia*. Abril-junio. 60(2), 8-22.
- Brummelte, S., & Galea, L. A. (2016). Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Hormones and behavior*, 77, 153–166. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2015.08.008>
- Burroughs, A. (1994). Enfermería maternoinfantil. Complicaciones posparto y cirugía. 6ª edición. Interamericana. México; P 451-4.
- Buster, J. E. (2013). Managing female sexual dysfunction. *Fertility and sterility*, 100(4), 905–915. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2013.08.026>
- Butkus, S.C. (2018). Enfermería materno-neonatal. 3ª edición. Editorial Wolters kluwer. Barcelona.
- Cabello-Santamaría, F., & Palacios, S. (2012). Actualización sobre el trastorno del deseo sexual hipoactivo femenino. *Revista progresos de obstetricia y ginecología*, 55(6), 289-295.
- Cabello-Santamaría, F. (2002). Disfunciones sexuales femeninas. En Cabello F., Lucas M., editores. Manual médico de terapia sexual. Madrid. Psimática.
- Cáceres, J., Herrero-Fernandez, D., & Iraurgi, I. (2013). Características Psicométricas Y Aplicabilidad Clínica de la “Escala de Ajuste Diádico” en una muestra de Parejas Españolas. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 21(3), 547-563.
- Calado Otero, M., Lameiras Fernández, M., & Rodríguez Castro, Y. (2004). Influencia de la imagen corporal y la autoestima en la experiencia sexual de estudiantes universitarias sin trastornos alimentarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4 (2).
- Campo-Arias, A., & Herazo, E. (2018). Novedades, críticas y propuestas al DSM-5: El caso de las disfunciones sexuales, la disforia de género y los trastornos parafílicos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47(1), 56–64. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.08.008>
- Cardaillac, C., Rua, C., Simon, E. G., & El-Hage, W. (2016). L’ocytocine et la dépression du post-partum [Oxytocin and postpartum depression]. *Journal de gynecologie*,

- obstetrique et biologie de la reproduction*, 45(8), 786–795.
<https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2016.05.002>
- Carmichael, M. S., Humbert, R., Dixen, J., Palmisano, G., Greenleaf, W., & Davidson, J. M. (1987). Plasma oxytocin increases in the human sexual response. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 64(1), 27–31. <https://doi.org/10.1210/jcem-64-1-27>
- Carroli, G., & Mignini, L. (2009). Episiotomy for vaginal birth. *The Cochrane database of systematic reviews*, (1), CD000081. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000081.pub2>
- Carvalho, A.A., Brotto, L.A., & Leal, I. (2010). Women's motivations for sex: exploring the diagnostic and statistical manual, fourth edition, text revision criteria for hypoactive sexual desire and female sexual arousal disorders. *The journal of sexual medicine*, 7(4 Pt 1), 1454–1463. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01693.x>
- Castelo-Branco, C., & Peralta, S. (2005). Hiperandrogenismo ovárico. Valoración clínica y terapéutica. *Revista clínica e investigación en obstetricia y ginecología*, 32(6), 244–256. [https://doi.org/10.1016/S0210-573X\(05\)73503-6](https://doi.org/10.1016/S0210-573X(05)73503-6)
- Ceballos Ospino, G.A., Barliza De la Rosa, L., & León Botero, E. (2008). Autoestima y disfunción sexual en estudiantes universitarias de Programas de Salud de Santa Marta (Colombia). *Psicología desde el Caribe*, (22), 50-62.
- Chang, S. R., Chen, K. H., Ho, H. N., Lai, Y. H., Lin, M. I., Lee, C. N., & Lin, W. A. (2015). Depressive symptoms, pain, and sexual dysfunction over the first year following vaginal or cesarean delivery: A prospective longitudinal study. *International journal of nursing studies*, 52(9), 1433–1444. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.04.019>
- Chang, S. R., Lin, W. A., Lin, H. H., Shyu, M. K., & Lin, M. I. (2018). Sexual dysfunction predicts depressive symptoms during the first 2 years postpartum. *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*, 31(6), e403–e411. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.01.003>
- Chayachinda, C., Titapant, V., & Ungkanungdech, A. (2015). Dyspareunia and sexual dysfunction after vaginal delivery in Thai primiparous women with episiotomy. *The journal of sexual medicine*, 12(5), 1275–1282. <https://doi.org/10.1111/jsm.12860>
- Chen, L., Shi, G. R., Huang, D. D., Li, Y., Ma, C. C., Shi, M., Su, B. X., & Shi, G. J. (2019). Male sexual dysfunction: A review of literature on its pathological mechanisms, potential risk factors, and herbal drug intervention. *Biomedicine &*

- pharmacotherapy=Biomedecine & pharmacotherapie*, 112, 108585.
<https://doi.org/10.1016/j.biopha.2019.01.046>
- Christensen, B. S., Grønbaek, M., Osler, M., Pedersen, B. V., Graugaard, C., & Frisch, M. (2011). Sexual dysfunctions and difficulties in denmark: prevalence and associated sociodemographic factors. *Archives of sexual behavior*, 40(1), 121–132.
<https://doi.org/10.1007/s10508-010-9599-y>
- Chu Lee, A. J., Cuenca Buele, S., & López Bravo, M. (2015). Anatomía y fisiología del sistema nervioso. Ecuador. Ediciones UTMACH.
- Clayton, A. H., & Valladares Juárez, E. M. (2019). Female Sexual Dysfunction. *The Medical clinics of North America*, 103(4), 681–698.
<https://doi.org/10.1016/j.mcna.2019.02.008>
- Conaglen, H.M., & Conaglen, J.V. (2013) Drug-induced sexual dysfunction in men and women. *Australian Prescriber*, 36:42-5.<https://doi.org/10.18773/austprescr.2013.02>
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 150, 782–786.
<https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
- Cruz-Navarro, N. & San Juan-Salas, A. (ed.) (2012). Tratado de Andrología y Medicina Sexual. Madrid. España. Editorial Panamericana.
- Dağlı, E., Kul Uçtu, A., & Özerdoğan, N. (2020). Sexual dysfunction in the postpartum period: Its relationship with postpartum depression and certain other factors. *Perspectives in psychiatric care*, 10.1111/ppc.12583. Advance online publication.
<https://doi.org/10.1111/ppc.12583>
- Darder, M. (2014). Nacidas para el placer. España. Editorial: Rigden Institut Gestalt.
- Derasse Parra, P. (1988). Mujer y matrimonio: Málaga en el tránsito a la modernidad. Diputación Provincial de Málaga. Centro de Ediciones de la Diputación de Málaga.
- De Souza, A., Dwyer, P. L., Charity, M., Thomas, E., Ferreira, C. H., & Schierlitz, L. (2015). The effects of mode delivery on postpartum sexual function: a prospective study. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 122(10), 1410–1418. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13331>
- Donat- Colomer, F. (2000). Enfermería maternal y ginecológica. Barcelona. Ed. Masson.
- Drusany Staric, K., Lukanovic, A., Petrocnik, P., Zacesta, V., Cescon, C., & Lucovnik, M. (2017). Impact of mediolateral episiotomy on incidence of obstetrical anal

- sphincter injury diagnosed by endoanal ultrasound. *Midwifery*, 51, 40–43. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.05.008>
- Eid, M., Sayed, A., Abdel-Rehim, R., & Mostafa, T. (2015). Impact of the mode of delivery on female sexual function after childbirth. *International Journal of Impotence Research*, 27, 118–120 <https://doi.org/10.1038/ijir.2015.2>
- Elberdin, L. (1999). La polémica clítoris-vagina. Orereta. Editorial Xenpelar.
- Espinosa, J.A. & Walker, C. (2008). Ed. Fisioterapia en Obstetricia y uroginecología. Barcelona. España. Elsevier Masson
- Euro-Peristat Project with SCPE and EUROCAT. European Perinatal Health Report. (2013). The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. Disponible en: www.europeristat.com.
- Euro-Peristat Project. European Perinatal Health Report. (2018). Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015. Disponible en: www.europeristat.com.
- Fairbanks, F., Abdo, C. H., Baracat, E. C., & Podgaec, S. (2017). Endometriosis doubles the risk of sexual dysfunction: a cross-sectional study in a large amount of patients. *Gynecological endocrinology: the official journal of the International Society of Gynecological Endocrinology*, 33(7), 544–547. <https://doi.org/10.1080/09513590.2017.1302421>
- Faisal-Cury, A., Menezes, P. R., Quayle, J., Matijasevich, A., & Diniz, S. G. (2015). The relationship between mode of delivery and sexual health outcomes after childbirth. *The journal of sexual medicine*, 12(5), 1212–1220. <https://doi.org/10.1111/jsm.12883>
- Fan, D., Li, S., Wang, W., Tian, G., Liu, L., Wu, S., Guo, X., & Liu, Z. (2017). Sexual dysfunction and mode of delivery in Chinese primiparous women: a systematic review and meta-analysis. *BMC pregnancy and childbirth*, 17(1), 408. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1583-2>
- Faubion, S. S., & Rullo, J. E. (2015). Sexual Dysfunction in Women: A Practical Approach. *American family physician*, 92(4), 281–288.
- Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). (2007). Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso. Barcelona: Federación de Asociaciones de Matronas de España.
- Federman, D. D. (2006). The biology of human sex differences. *The New England journal of medicine*, 354(14), 1507–1514. <https://doi.org/10.1056/NEJMra052529>

- Feldman, R., Granat, A., Pariente, C., Kanety, H., Kuint, J., & Gilboa-Schechtman, E. (2009). Maternal depression and anxiety across the postpartum year and infant social engagement, fear regulation, and stress reactivity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(9), 919–927. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181b21651>
- Festin, M. P., Kiarie, J., Solo, J., Spieler, J., Malarcher, S., Van Look, P. F., & Temmerman, M. (2016). Moving towards the goals of FP2020 - classifying contraceptives. *Contraception*, 94(4), 289–294. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2016.05.015>
- Fora Eroles, F. (2018). *Fármacos y función sexual*. Madrid Editorial Síntesis.
- Freud, S. *Obras completas de Sigmund Freud. Volumen VII - Tres ensayos de teoría sexual, y otras obras (1901-1905), «Fragmento de análisis de un caso de histeria» (Caso «Dora»)*. Traducción José Luis Etcheverry. Buenos Aires & Madrid: Amorrortu editores
- Friedman, A. M., Ananth, C. V., Prendergast, E., D'Alton, M. E., & Wright, J. D. (2015). Variation in and factors associated with use of episiotomy. *JAMA*, 313(2), 197–199. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.14774>
- FIGO. (2015). FIGO Vancouver World Congress Recommendations, 2015 5-7 October. 4. FIGO: Vancouver.
- Fuentealba-Torres, M., Cartagena-Ramos, D., Fronteira, I., Lara, L. A., Arroyo, L. H., Arcoverde, M., Yamamura, M., Nascimento, L. C., & Arcêncio, R. A. (2019). What are the prevalence and factors associated with sexual dysfunction in breastfeeding women? A Brazilian cross-sectional analytical study. *BMJ open*, 9(4), e025833. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025833>
- Fuentes, X. (2016) *Human Sexuality and Sexual Dysfunctions*. *Revista chilena de urología* 81(2), 39-41.
- Gabbe, S., Niebyl, J., & Simpson, J. (2004). *Obstetricia. Tomo I*. Editorial Marban. Madrid
- García Hernández, P.M. (2019). *Disfunciones sexuales y cardiopatía*. Ushuaia Ediciones, S.C.P. España.
- García-Mejido, J. A., Idoia-Valero, I., Aguilar-Gálvez, I. M., Borrero González, C., Fernández-Palacín, A., & Sainz, J. A. (2020). Association between sexual dysfunction and avulsion of the levator ani muscle after instrumental vaginal delivery. *Acta*

- obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 99(9), 1246–1252.
<https://doi.org/10.1111/aogs.13852>
- Goldstein, I., Kim, N. N., Clayton, A. H., DeRogatis, L. R., Giraldi, A., Parish, S. J., Pfaus, J., Simon, J. A., Kingsberg, S. A., Meston, C., Stahl, S. M., Wallen, K., & Worsley, R. (2017). Hypoactive Sexual Desire Disorder: International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) Expert Consensus Panel Review. *Mayo Clinic proceedings*, 92(1), 114–128. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.09.018>
- Graham, M.D., Gardner Gregory, J., Hussain, D., Brake, W.G., & Pfaus, J.G. (2015). Ovarian steroids alter dopamine receptor populations in the medial preoptic area of female rats: implications for sexual motivation, desire, and behaviour. *European journal of Neuroscience*, 42 (12), 3138-3148. <https://doi.org/10.1111/ejn.13121>
- Gravensteen, I. K., Jacobsen, E. M., Sandset, P. M., Helgadottir, L. B., Rådestad, I., Sandvik, L., & Ekeberg, Ø. (2018). Anxiety, depression and relationship satisfaction in the pregnancy following stillbirth and after the birth of a live-born baby: a prospective study. *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), 41. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1666-8>
- Graziottin, A., & Leiblum, S. R. (2005). Biological and psychosocial pathophysiology of female sexual dysfunction during the menopausal transition. *The journal of sexual medicine*, 2 (Suppl 3), 133–145. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2005.00129.x>
- Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. (2014). Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. (2017). Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA. Guías de Práctica Clínica en el SNS.
- Guías de Práctica Asistencial APP. (2018). Unidad de Gestión Clínica de la Mujer. Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. Disponible en: https://play.google.com/store/apps/details?id=com.itiox.agnodice&hl=en_US
- Gutzeit, O., Levy, G., & Lowenstein, L. (2020). Postpartum Female Sexual Function: Risk Factors for Postpartum Sexual Dysfunction. *Sexual medicine*, 8(1), 8–13. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2019.10.005>

- Hale, R. & Ling, F. (2007). *Episiotomy: Procedure and repair techniques*. Washington D.C. The American College of Obstetricians and Gynecologists.
- Halligan, S. L., Murray, L., Martins, C., & Cooper, P. J. (2007). Maternal depression and psychiatric outcomes in adolescent off spring: a 13-year longitudinal study. *Journal of affective disorders*, 97(1-3), 145–154. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.06.010>
- Handa V. L. (2006). Sexual function and childbirth. *Seminars in perinatology*, 30(5), 253–256. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2006.07.004>
- Hidalgo-Lopezosa, P., Cobo-Cuenca, A. I., Carmona-Torres, J. M., Luque-Carrillo, P., Rodríguez-Muñoz, P. M., & Rodríguez-Borrego, M. A. (2018). Factors associated with late fetal mortality. *Archives of gynecology and obstetrics*, 297(6), 1415–1420. <https://doi.org/10.1007/s00404-018-4726-4>
- Hidalgo-Lopezosa, P., & Hidalgo-Maestre, M. (2017). Riesgo de rotura uterina en el parto vaginal tras cesárea: revisión sistemática [Risk of uterine rupture in vaginal birth after cesarean: Systematic review]. *Enfermería clínica*, 27(1), 28–39. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2016.08.006>
- Hidalgo-Lopezosa, P., Jiménez-Ruz, A., Carmona-Torres, J. M., Hidalgo-Maestre, M., Rodríguez-Borrego, M. A., & López-Soto, P. J. (2019). Sociodemographic factors associated with preterm birth and low birth weight: A cross-sectional study. *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*, 32(6), e538–e543. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.03.014>
- Hospital Universitario Dexeus. Servicio Psiquiatría y Psicología. (2016). Sexualidad tras el parto. Consultado 08/03/2020. Disponible en: <https://www.psiquiatriapsicologia-dexeus.com/es/unidades.cfm/ID/1013/ESP/-sexualidad-despues-parto.htm>
- Hurtado- Murillo, F., & Domínguez- Salonginos, O. (2017). Vademécum sexual: fármacos y disfunción sexual actualización. *Revista Psicosomática y psiquiatría*.;1(1):27-59). ISSN 2565-0564
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2018). Indicadores demográficos básicos. <http://www.ine.es>
- Ip, S., Chung, M., Raman, G., Chew, P., Magula, N., DeVine, D., Trikalinos, T., & Lau, J. (2007). Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evidence report/technology assessment*, (153), 1–186.
- Jaafarpour, M., Khani, A., Khajavikhan, J., & Suhrabi, Z. (2013). Female sexual dysfunction: prevalence and risk factors. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, 7(12), 2877–2880. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2013/6813.3822>

- Jevremovic, M., & Terzic, M. (2003). Contemporary management of delivery. In: Bojovic S. (Editor): Human reproduction. Scientific book. Belgrade, pp. 912-927
- Jiang, H., Qian, X., Carroli, G., & Garner, P. (2017). Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2(2), CD000081. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000081.pub3>
- Kadir, Z. S., Sidi, H., Kumar, J., Das, S., Midin, M., & Baharuddin, N. (2018). The Neurobiology and Psychiatric Perspective of Vaginismus: Linking the Pharmacological and Psycho-Social Interventions. *Current drug targets*, 19(8), 916–926. <https://doi.org/10.2174/1389450118666170222153908>
- Kahramanoglu, I., Baktiroglu, M., Hamzaoglu, K., Kahramanoglu, O., Verit, F. F., & Yucel, O. (2017). The impact of mode of delivery on the sexual function of primiparous women: a prospective study. *Archives of gynecology and obstetrics*, 295(4), 907–916. <https://doi.org/10.1007/s00404-017-4299-7>
- Kaplan, H. (1996). La nueva terapia sexual. Tratamiento activo de las disfunciones sexuales. Buenos Aires. Editorial Alianza.
- Kaplan, H. (1974). La nueva terapia sexual. Madrid. Ed. Alianza
- Kaplan, H. (1979). Trastornos del deseo sexual. Barcelona. Ed. Grijalbo
- Kasap, E., Aksu, E.E., Şahin, N., Güçlü, S., Gür, E.B. (2016) Does Delivery Method Have Any Effect On Sexual Function? *The Journal of Tepecik Education and Research Hospital*. <https://doi.org/10.5222/terh.2016.201>
- Khajehei M. (2016). Prevalence and Risk Factors of Relationship Dissatisfaction in Women During the First Year After Childbirth: Implications for Family and Relationship Counseling. *Journal of sex & marital therapy*, 42(6), 484–493. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2015.1069433>
- Khajehei, M., Doherty, M., Tilley, P. J., & Sauer, K. (2015). Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in postpartum Australian women. *The journal of sexual medicine*, 12(6), 1415–1426. <https://doi.org/10.1111/jsm.12901>
- Kingsberg, S. A. (2014). Attitudinal survey of women living with low sexual desire. *Journal of women's health* (2002), 23(10), 817–823. <https://doi.org/10.1089/jwh.2014.4743>
- Kramer M. S. (1987). Determinants of low birth weight: methodological assessment and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 65(5), 663–737.

- Jovanovic, N.S., Kocijancic, D.M. & Terzic, M.M. (2011). Current approach to episiotomy: ¿Inevitable or unnecessary? *Central European Journal of Medicine*, 6, 685. <https://doi.org/10.2478/s11536-011-0088-z>
- Laganà, A. S., Burgio, M. A., Ciancimino, L., Sicilia, A., Pizzo, A., Magno, C., Butticè, S., & Triolo, O. (2015). Evaluation of recovery and quality of sexual activity in women during postpartum in relation to the different mode of delivery: a retrospective analysis. *Minerva ginecologica*, 67(4), 315–320.
- Lagarde, M. (2005), Los cautiverios de las mujeres: madres, esposas, monjas, putas, presas y locas, México, UNAM-Posgrado de la Facultad de Filosofía y Letras.
- LaCross, A., Groff, M., & Smaldone, A. (2015). Obstetric anal sphincter injury and anal incontinence following vaginal birth: a systematic review and meta-analysis. *Journal of midwifery & women's health*, 60(1), 37–47. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12283>
- Leeman, L. M., & Rogers, R. G. (2012). Sex after childbirth: postpartum sexual function. *Obstetrics and gynecology*, 119(3), 647–655. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3182479611>
- Leader-Cramer, A., Kenton, K., Davé, B., Gossett, D. R., Mueller, M., & Lewicky-Gaup, C. (2016). Factors Associated with Timing of Return to Intercourse After Obstetric Anal Sphincter Injuries. *The journal of sexual medicine*, 13(10), 1523–1529. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.07.010>
- Leal, L., Lourenço, S., Oliveira, R.V., Carvalheira, A., Maroco, J. (2012). The impact of childbirth on female sexuality. *Psychology, Community & Health*; 1(1):127-39. Doi:10.5964/pch.v1i1.137.
- Lewis, R. W., Fugl-Meyer, K. S., Corona, G., Hayes, R. D., Laumann, E. O., Moreira, E. D., Jr, Rellini, A. H., & Seagraves, T. (2010). Definitions/epidemiology/risk factors for sexual dysfunction. *The journal of sexual medicine*, 7(4 Pt 2), 1598–1607. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01778.x>
- Lagaert, L., Weyers, S., Van Kerrebroeck, H., & Elaut, E. (2017). Postpartum dyspareunia and sexual functioning: a prospective cohort study. *The European journal of contraception & reproductive health care: the official journal of the European Society of Contraception*, 22(3), 200–206. <https://doi.org/10.1080/13625187.2017.1315938>
- Manresa, M., Pereda, A., Bataller, E., Terre-Rull, C., Ismail, K. M., & Webb, S. S. (2019). Incidence of perineal pain and dyspareunia following spontaneous vaginal birth: a

- systematic review and meta-analysis. *International urogynecology journal*, 30(6), 853–868. <https://doi.org/10.1007/s00192-019-03894-0>
- Martínez López C. 1991. Las mujeres en la historia de Andalucía. Actas del II congreso de historia de Andalucía. Córdoba. Publicaciones Cajasur.
- Martínez-Salamanca J.I., Martínez-Ballesteros C., Portillo L., Gabancho, S., Moncada, I. y Carballido, J. (2010). Fisiología de la erección. Monográficos: disfunción eréctil. *Archivos Españoles de Urología*, 63(8), 581-588
- Matthies, L. M., Wallwiener, M., Sohn, C., Reck, C., Müller, M., & Wallwiener, S. (2019). The influence of partnership quality and breastfeeding on postpartum female sexual function. *Archives of gynecology and obstetrics*, 299(1), 69–77. <https://doi.org/10.1007/s00404-018-4925-z>
- Mas-García, M. (2005). Fisiología de la Respuesta Sexual. En: Tresguerres JAF, Editor. Fisiología Humana. 3.^a ed. Madrid: McGraw Hill-Interamericana; p.1134-46.
- Mas-García, M. (2005). Sexualidad humana. Una aproximación integral. Madrid. España. Editorial Médica panamericana.
- Mas-García, M. (2007). Fisiología de la respuesta sexual femenina. *Revista internacional de Andrología: salud sexual y reproductiva*, 5(1), 11-21
- Masters, W., & Johnson, V. (1966). Human sexual response. Boston: Little, Brown.
- Master, W., Johnson, V., & Kolodny, R.C. (1987). La sexualidad humana. (3.º vol.). Barcelona. Grijalbo; ISBN 84-253-1911-0
- McCabe, M. P., Sharlip, I. D., Lewis, R., Atalla, E., Balon, R., Fisher, A. D., Laumann, E., Lee, S. W., & Segraves, R. T. (2016). Incidence and Prevalence of Sexual Dysfunction in Women and Men: A Consensus Statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *The journal of sexual medicine*, 13(2), 144–152. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2015.12.034>
- Mejía, M., Quintero, V., y Tovar, M. (2004). ¿La episiotomía debe ser un procedimiento de rutina? *Colombia Médica, North America*, 35 (2=, 75-81
- Melamed, N., Gavish, O., Eisner, M., Wiznitzer, A., Wasserberg, N., & Yogev, Y. (2013). Third- and fourth-degree perineal tears--incidence and risk factors. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine: the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 26(7), 660–664. <https://doi.org/10.3109/14767058.2012.746308>

- Ministerio de Sanidad. (2015). Tasa de cesáreas en España. Estadísticas de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado: Madrid – Ministerio de sanidad: Madrid. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Ev_de_Tasa_Cesareas.pdf
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). Estándares y Recomendaciones para Maternidades Hospitalarias. Informes, estudios e investigaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Ministerio de la Presidencia y para las Administraciones Territoriales - Boletín Oficial del Estado. (2018). Información y Estadísticas Sanitarias. Clasificación Internacional de Enfermedades. Diagnósticos - 10.ª Revisión Modificación Clínica (CIE-10-ES).
- Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad. (2011). Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de sanidad, política social e igualdad: Madrid. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Manual básico de Obstetricia y Ginecología Instituto Nacional de Gestión Sanitaria2ª edición, 2017 Madrid.http://www.ingesa.mscbs.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Manual_obstetricia_ginecologia.pdf
- Mohangoo, A. D., Blondel, B., Gissler, M., Velebil, P., Macfarlane, A., Zeitlin, J., & Euro-Peristat Scientific Committee. (2013). International comparisons of fetal and neonatal mortality rates in high-income countries: ¿should exclusion thresholds be based on birth weight or gestational age? *PloS one*, 8(5), e64869. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0064869>
- Moore, E. R., Anderson, G. C., Bergman, N., & Dowswell, T. (2012). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *The Cochrane database of systematic reviews*, 5(5), CD003519. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub3>
- Moreira E.D., Glasser D. B., Gingell C. Sexual activity, sexual dysfunction and associated help-seeking behaviours in middle-aged and older adults in Spain: a population survey. *World Journal of Urology*, 23 (2005), pp. 422-429

- Morrell M. J. (1998). Effects of epilepsy on women's reproductive health. *Epilepsia*, 39 Suppl 8, S32–S37. <https://doi.org/10.1111/j.1528-1157.1998.tb02605.x>
- Morrell, M. J., Sarto, G. E., Shafer, P. O., Borda, E. A., Herzog, A., & Callanan, M. (2000). Health issues for women with epilepsy: a descriptive survey to assess knowledge and awareness among healthcare providers. *Journal of women's health & gender-based medicine*, 9(9), 959–965. <https://doi.org/10.1089/15246090050199982>
- Moya, L. (2011). Indicaciones de la episiotomía. Natalben: Italfármaco. Disponible en: <https://www.natalben.com/parto/episiotomia/indicaciones-episiotomia>.
- Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. Naciones Unidas – Nueva York, 1995 Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf
- Nassar, A.H., Visser, G., Ayres-de-Campos, D., Rane, A., & Gupta, S. (2019). International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). Statement: Restrictive use rather than routine use of episiotomy. *International Journal Gynecology & Obstetrics*, 146: 17–19. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12843>
- NICE. Postnatal care up to 8 weeks after birth. Julio 2006 (actualizado en febrero de 2015). <http://guidance.nice.org.uk/CG37>.
- Nieto, J.A. (2003). “Reflexiones en torno al resurgir de la antropología de la sexualidad”, en Antonio Nieto (ed.), *Antropología de la sexualidad y diversidad cultural*, Madrid, José Talasa Ediciones, pp. 15-51.
- Monteiro, M. N., Medeiros, K. S., Vidal, I., Matias, I., Cobucci, R. N., & Gonçalves, A. K. (2019). Non-pharmacological interventions for treating sexual dysfunction in postpartum women: a systematic review protocol. *BMJ open*, 9(9), e028660. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028660>
- Obiol Saiz, M.A. (2019). Impacto del trauma perineal postparto en la salud física y sexual en mujeres primíparas al año del Nacimiento. Universidad de Valencia. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=255892>
- Okun, M. L., Luther, J., Prather, A. A., Perel, J. M., Wisniewski, S., & Wisner, K. L. (2011). Changes in sleep quality, but not hormones predict time to postpartum depression recurrence. *Journal of affective disorders*, 130(3), 378–384. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.07.015>
- Olds, S.B., London, M.L., & Ladewig, P.W. (1996) *Enfermería materno-infantil 4º edición*. Procedimientos obstétricos. México. Interamericana-Mc Graw Hill. P 775-804.

- O'Malley, D., Higgins, A., Begley, C., Daly, D., & Smith, V. (2018). Prevalence of and risk factors associated with sexual health issues in primiparous women at 6 and 12 months postpartum; a longitudinal prospective cohort study (the MAMMI study). *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), 196. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1838-6>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2006) Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Ginebra: OMS. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/
- Organización Mundial de la Salud. (2010) Developing sexual health programmes: a framework for action. Ginebra: OMS. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/rhr_hrp_10_22/en/
- Organización Mundial de la Salud. (1996). Care in normal birth: a practical guide Technical Working Group, World Health Organization. *Birth*, 24(2):121-123.
- Organización Mundial de la Salud (2016). Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Ginebra: OMS; http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/es/
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1985). Appropriate technology for Birth. *Lancet*, 2, 436-437. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(85\)92750-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(85)92750-3)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011). Estadísticas Sanitarias Mundiales. Ginebra: OMS. Disponible en: http://www.who.int/whosis/whostat/ES_whs2011_full.pdf. [Acceso: abril de 2018].
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual: Manual clínico. Ginebra: OMS. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/violence/vaw-clinical-handbook/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016). Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra las Infecciones de Transmisión Sexual, 2016-2021. Ginebra: OMS. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/ghss-stis/es/>

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. Ginebra: OMS. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). (2017). Recursos sobre la Educación para la salud y el bienestar. Disponible en: <https://en.unesco.org>.
- Orr, N. L., Noga, H., Williams, C., Allaire, C., Bedaiwy, M. A., Lisonkova, S., Smith, K. B., & Yong, P. J. (2018). Deep Dyspareunia in Endometriosis: Role of the Bladder and Pelvic Floor. *The journal of sexual medicine*, 15(8), 1158–1166. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.06.007>
- Ortiz –Quintana, L. (2017). Cesárea y tocurgia en la obstetricia actual. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. 60(5):411-413. Disponible en: https://sego.es/documentos/progresos/v60-2017/n5/00_editorial_05.pdf
- Oztor, S., Nayir, N., Caylan, A., Dagdeviren, H.N. (2016) Knowledge on sexuality and prevalence of female sexual dysfunction: A population study. *Journal of Eurasian Society of Family Medicine*;5(2):75-80. 3. ISSN: 2147-3404
- Pacik, P.T., & Geletta, S. (2017). Vaginismus Treatment: Clinical Trials Follow Up 241 Patients. *Sexual Medicine* 5(2). doi: 10.1016/j.esxm.2017.02.002
- Perinatal Services BC Health Promotion Guideline. Breastfeeding Healthy Term Infants. (2015). Disponible en: <http://www.perinatalervicesbc.ca/Documents/GuidelinesStandards/HealthPromotion/BreastfeedingHealthyTermInfantGuideline.pdf>.
- Protocolos medicina materno-fetal Hospital Clínic- Hospital Sant Joan de Déu- Universitat de Barcelona. (2018). Parto instrumentado. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/parto%20instrumentado.pdf>
- Protocolos medicina materno-fetal Hospital Clínic- Hospital Sant Joan de Déu- Universitat de Barcelona. (2018). Protocolo: lesiones perineales de origen obstétrico. <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/lesiones%20perineales%20de%20origen%20obst%C3%A9tricnew.pdf>
- Quoc Huy, N. V., Phuc An, L. S., Phuong, L. S., & Tam, L. M. (2019). Pelvic Floor and Sexual Dysfunction After Vaginal Birth with Episiotomy in Vietnamese Women. *Sexual medicine*, 7(4), 514–521. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2019.09.002>

- Reinisch, J. M., Beasley, R., & Kent, D. (1990). *The Kinsey Institute new report on sex: what you must know to be sexually literate*. New York: St. Martin's Press.
- Reyhan, F., Özerdoğan, N., & Arik, E. (2018). A neglected subject: Sexuality in elderly. *Journal of Health Sciences*, 27(1):76-79.
- Rogers, R. G., Borders, N., Leeman, L. M., & Albers, L. L. (2009). Does spontaneous genital tract trauma impact postpartum sexual function? *Journal of midwifery & women's health*, 54(2), 98–103. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2008.09.001>
- Rowland, M., Foxcroft, L., Hopman, W. M., & Patel, R. (2005). Breastfeeding and sexuality immediately post partum. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 51(10), 1366–1367.
- Rowlands, I. J., & Redshaw, M. (2012). Mode of birth and women's psychological and physical wellbeing in the postnatal period. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(1), 138. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-138>
- Rodríguez-Shadow, M.J. & López-Hernández, M. (2009). Antropología y arqueología de la sexualidad: premisas teóricas y conceptuales. *Contribuciones desde Coatepec*, (16),77-89.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent selfimage*. Princeton, NJ: Princeton University Press
- Rupp, H. A., James, T. W., Ketterson, E. D., Sengelaub, D. R., Ditzen, B., & Heiman, J. R. (2013). Lower sexual interest in postpartum women: relationship to amygdala activation and intranasal oxytocin. *Hormones and behavior*, 63(1), 114–121. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2012.10.007>
- Şafak Öztürk, C., Arkar, H., & Gökdağ, C. (2020). Cinsel İşlev Bozukluğu Olan Çiftlerde Evlilik Uyumunda Kişilik Özellikleri Etkili mi? Cinsel Doyumun Aracı Etkisi [Are Personality Traits Effective in Marital Adjustment in Couples with Sexual Dysfunction? The Mediating Effect of Sexual Satisfaction]. *Türk psikiyatri dergisi = Turkish journal of psychiatry*, 31(4), 259–268.
- Safarinejad, M. R., Kolahi, A. A., & Hosseini, L. (2009). RETRACTED: The effect of the mode of delivery on the quality of life, sexual function, and sexual satisfaction in primiparous women and their husbands. *The journal of sexual medicine*, 6(6), 1645–1667. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01232.x>
- Saleh, D. M., Hosam, F., & Mohamed, T. M. (2019). Effect of mode of delivery on female sexual function: A cross-sectional study. *The journal of obstetrics and gynaecology research*, 45(6), 1143–1147. <https://doi.org/10.1111/jog.13962>

- Sánchez, F., Pérez- Conchillo, M., Borrás- Valls, J.J., Gómez- Llorens, O., Aznar- Vicente J., & Caballero- Martín de las Mulas, A. (2004). Diseño y validación del cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM). *Atención Primaria* ;34(6):286-94.
- Sánchez –Hernández, J., Monje- Hernández, E. & Gándara- Martín, J. (ed.) 2005. Sexualidad humana. Una aproximación integral. Madrid. España. Editorial panamericana.
- Saotome, T. T., Yonezawa, K., & Suganuma, N. (2018). Sexual Dysfunction and Satisfaction in Japanese Couples During Pregnancy and Postpartum. *Sexual medicine*, 6(4), 348–355. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2018.08.003>
- Saydam, B. K., Demireloz Akyuz, M., Sogukpinar, N., & Ceber Turfan, E. (2019). Effect of delivery method on sexual dysfunction. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine: the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 32(4), 568–572. <https://doi.org/10.1080/14767058.2017.1387243>
- Schnarch, D.M. (1991). Constructing the sexual crucible. An integration of sexual and marital therapy. New York: NW Norton & Company.
- Schulte, E.B., & Price, D.L. (2002). El neonato de alto riesgo. *Enfermería pediátrica de Thompson*. (8ª ed.). Mexico DF McGraw-Hill. P 71-74
- Section of breastfeeding. Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics* 2012;129; e827. <https://pediatrics.aappublications.org/content/129/3/e827>. Doi: 10.1542/peds.2011-3552
- Seguranyes-Guillot, G. (2002). *Enfermería maternal*. Barcelona. Ed. Masson.
- Servicio Cántabro de Salud. Protocolo de Atención al Embarazo y Puerperio. (2007). Atención puerperal tras el alta hospitalaria, (p 81-83). Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria 1.ª Edición 2007. Actualización: 2017. <https://saludcantabria.es/uploads/PROTOCOLO%20ATENCION%20EMBARAZO%20Y%20PUERPERIO%202017.Final%2029.1.18.pdf>
- Servicios Sanitarios Públicos de Andalucía. (2009). Plan de parto y nacimiento. Sevilla: Consejería de Salud. <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/salud-vida/embarazo/paginas/plan-parto.html>.
- Seven, M., Akyüz, A., & Güngör, S. (2015). Predictors of sexual function during pregnancy. *Journal of obstetrics and gynaecology: the journal of the Institute of*

- Obstetrics and Gynaecology*, 35(7), 691–695.
<https://doi.org/10.3109/01443615.2015.1006596>
- Sheikhi, Z. P., Navidian, A., & Rigi, M. (2020). Effect of sexual health education on sexual function and resumption of sexual intercourse after childbirth in primiparous women. *Journal of education and health promotion*, 9, 87.
https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_591_19
- Shepardson, R. L. & Carey, M.P. (2016) Sexual dysfunctions. *Encyclopedia of Mental Health (Second Edition)*. Elsevier. pp 140- 143. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-397045-9.00014-8>
- Shifren, J. L., Monz, B. U., Russo, P. A., Segreti, A., & Johannes, C. B. (2008). Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstetrics and gynecology*, 112(5), 970–978. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181898cdb>
- Sierra, J.C., López- Herrera, F., Álvarez -Muelas, A., Arcos-Romero, A.I. & Calvillo, C. (2018). La autoestima sexual: su relación con la excitación sexual. *Revista Suma Psicológica*, 25(2): 146-152. Doi: <http://dx.doi.org/10.14349/sumapsi.2018.v25.n2.6>
- Signorello, L. B., Harlow, B. L., Chekos, A. K., & Repke, J. T. (2001). Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women. *American journal of obstetrics and gynecology*, 184(5), 881–890. <https://doi.org/10.1067/mob.2001.113855>
- Simic, M., Cnattingius, S., Petersson, G., Sandström, A., & Stephansson, O. (2017). Duration of second stage of labor and instrumental delivery as risk factors for severe perineal lacerations: population-based study. *BMC pregnancy and childbirth*, 17(1), 72. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1251-6>
- Smith, S. (2004). Drugs that cause sexual dysfunction. *Psychiatry*, 3(2), 20-22. <https://doi.org/10.1383/psyt.3.2.20.30309>
- Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología. (2008). Protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. SEGO. www.prosego.es
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). (2018). Control prenatal del embarazo normal. *Progresos en Obstetricia y Ginecología*, 61(05):510-527. Doi: [10.20960/j.pog.00141](https://doi.org/10.20960/j.pog.00141)
- Schiller, C.E., Meltzer-Brody, S. & Rubinow D.R. (2015). The role of reproductive hormones in postpartum depression. *CNS Spectrums*, Volume 20, Issue 1, February 2015, pp. 48 – 59. Doi: <https://doi.org/10.1017/S1092852914000480>

- Spaich, S., Link, G., Alvarez, S.O., Weiss, C., Sütterlin, M., Tuschy, B., & Berlit, S. (2020). Influence of Peripartum Expectations, Mode of Delivery, and Perineal Injury on Women's Postpartum Sexuality. *The Journal Sexual Medicine*; 17:1312–1325. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.04.383>
- Spanier, G.B. (1976) Measuring Dyadic Adjustment: New Scales for Assessing the Quality of Marriage and Similar Dyads. *Journal of Marriage and Family*. 38(1), 15-28
- Stuebe, A. M., Grewen, K., & Meltzer-Brody, S. (2013). Association between maternal mood and oxytocin response to breastfeeding. *Journal of women's health (2002)*, 22(4), 352–361. <https://doi.org/10.1089/jwh.2012.3768>
- Tosun -Güleroğlu, F., & Gördeles- Beşer, N. (2014). Evaluation of Sexual Functions of the Pregnant Women. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(1), 146–153. doi:10.1111/jsm.12347
- Tovar, D.P. (2013). Desarrollo jurisprudencial de la intersexualidad: consentimiento informado, infancia y derechos. *Elsevier* Vol. 47. pp. 76-92. ISSN 0188-9478.
- Usandizaga, J.A., & De la Fuente, P. (2011). *Obstetricia*. Marban. ISBN: 9788471017383.
- Vázquez, C., Graña, J.L., & Ochoa, E.F.L. (1991). *Trastornos sexuales. Psicología médica, psicopatología y psiquiatría*. Madrid: McGraw-Hill.
- Velásquez, N., Delgado, R., & Briñez, N. (2015). Clitoris aspectos anatomofisiológicos y patológicos. *Revista Obstetrica Ginecologica Venezuela*, 75(2):105-121. ISSN 0048-7732
- Verbeek, M., & Hayward, L. (2019). Pelvic Floor Dysfunction and Its Effect on Quality of Sexual Life. *Sexual medicine reviews*, 7(4), 559–564. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2019.05.007>
- Vergheze, T. S., Champaneria, R., Kapoor, D. S., & Latthe, P. M. (2016). Obstetric anal sphincter injuries after episiotomy: systematic review and meta-analysis. *International urogynecology journal*, 27(10), 1459–1467. <https://doi.org/10.1007/s00192-016-2956-1>
- Vidal E Silva, S., Tuon, R. A., Probst, L. F., Gondinho, B., Pereira, A. C., Meneghim, M. C., Cortellazzi, K. L., & Ambrosano, G. (2018). Factors associated with preventable infant death: a multiple logistic regression. *Revista de saude publica*, 52, 32. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000252>

- Vizcaíno–Alonso, M.C. (2016). Female orgasmic disorder. Assistance protocol. *Revista Sexología y Sociedad*. 22(2) 216- 247. ISSN 1682-0045. Versión electrónica.
- Walen, S. R., & Roth, D. (1987). A cognitive approach. In J. H. Geer & W. T. O'Donohue (Eds.), *Theories of Human Sexuality* (pp.335-362). New York: Plenum Press.
- Wallwiener, S., Müller, M., Doster, A., Kuon, R. J., Plewniok, K., Feller, S., Wallwiener, M., Reck, C., Matthies, L. M., & Wallwiener, C. (2017). Sexual activity and sexual dysfunction of women in the perinatal period: a longitudinal study. *Archives of gynecology and obstetrics*, 295(4), 873–883. <https://doi.org/10.1007/s00404-017-4305-0>
- West, S. L., Vinikoor, L. C., & Zolnoun, D. (2004). A systematic review of the literature on female sexual dysfunction prevalence and predictors. *Annual review of sexual research*, 15, 40–172.
- Whipple, B. & Brash-McGreer, K. (1997) Management of female sexual dysfunction. In: Sipski ML, Alexander CJ, editors. *Sexual function in people with disability and chronic illness: a health professional's guide*. Gaithersburg: Aspen Publishers; pp. 509-34
- World Association for Sexual Health (WAS). (2008). *Salud Sexual para el Milenio: Declaración y Documento Técnico*. Minneapolis, MN, USA, World Association for Sexual Health. Disponible en: <https://worldsexualhealth.net/wp-content/uploads/2013/08/salud-sexual-para-el-milenio.pdf>
- World Health Organization (WHO) (2017). Infertility definitions and terminology. In: WHO Sexual and reproductive health [website]. Geneva: WHO. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/> [consultado el 14 de junio de 2017].
- World Health Organization (WHO) (2015). *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems: legal and policy considerations*. Geneva: WHO. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/173586/1/WHO_RHR_15.04_eng.pdf, consultado el 14 de junio de 2017).
- Yee, L. M., Kaimal, A. J., Nakagawa, S., Houston, K., & Kuppermann, M. (2013). Predictors of postpartum sexual activity and function in a diverse population of women. *Journal of midwifery & women's health*, 58(6), 654–661. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12068>

- Yıldız H. (2015). The relation between prepregnancy sexuality and sexual function during pregnancy and the postpartum period: a prospective study. *Journal of sex & marital therapy*, 41(1), 49–59. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2013.811452>
- Yilmaz, B. A., Sonmez, Y., & Sezik, M. (2020). Prevalence and risk factors for sexual dysfunction in reproductive-aged married women: A cross-sectional epidemiological study. *The journal of obstetrics and gynaecology research*, 46(3), 507–516. <https://doi.org/10.1111/jog.14185>

VIII. ANEXOS

ANEXO 1. Fármacos que pueden alterar la respuesta sexual humana.

Resumen de Fármacos que afectan alguna a fase de la Respuesta Sexual Humana (Hurtado- Murillo & Domínguez-Salonginos, 2017)

Sistema sobre el que actúan	Grupo Medicamentos	Principio activo.	Deseo	Excitación	Orgasmo
Sistema Digestivo	Antagonista receptor H2 histamina	Ranitidina, Esomeprazol	X	X	
	Inhibidor bomba protones	Omeprazol		X	
	Fármacos Espasmolíticos	Escapolamina		X	
	Fármacos Estimulante del apetito		X	X	
	Fármacos Hipolipemiantes			X	
Sistema Cardiovascular	Digitálicos	Digoxina	X	X	
	Antiarrítmicos	Amiodarona	X		X
	Antagonistas del calcio			X	
	Antihipertensivos que actúan SNC		X	X	
	Bloqueantes alfa -1 adrenérgicos		X	X	
	Bloqueantes canales Ca	Manidón	X	X	X
	Inhibidor ECA	Captoprilo		X	
	Betabloqueantes	Labetalol	X	X	X
	Diuréticos de asa	Furosemida		X	
	Ahorradores de potasio		X	X	
	Diuréticos de bajo techo		X	X	
Antiinfecciosos	Antiinfecciosos.	Metronidazol	X		
		Ketoconazol		X	
Sistema hormonal	Anticonceptivos con minidosis de estrógenos		X		X
	Progestina	Progesterona	X	X	
Analgésicos	Analgésicos AINE	AINE Naproxeno		X	X
		AINE Indometacina	X	X	
Sistema nervioso central	Analgésicos opioides		X	X	X
Antiasmáticos	Antiasmáticos	Bromuro de ipratropio		X	

ANEXO 2. Escala de Autoestima de Rosemberg (Atienza et al., 2000)

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

A. Muy de acuerdo.

B. De acuerdo

C. En desacuerdo

D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
1. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
2. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
3. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
4. En general estoy satisfecha de mí mismo/a.				
5. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
6. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
7. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.				
8. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
9. A veces creo que no soy buena persona				

ANEXO 3. Escala de Edimburgo (Cox et al., 1987)

ESCALA DE EDIMBURGO

Como usted hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor SUBRAYE la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días.

En los últimos 7 días:

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas

- Tanto como siempre
- No tanto ahora
- Mucho menos
- No, no he podido

2. He mirado el futuro con placer

- Tanto como siempre
- Algo menos de lo que solía hacer
- Definitivamente menos
- No, nada

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien

- Sí, la mayoría de las veces
- Sí, algunas veces
- No muy a menudo
- No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo

- No, para nada
- Casi nada
- Sí, a veces
- Sí, a menudo

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno

- Sí, bastante
- Sí, a veces
- No, no mucho
- No, nada

6. Las cosas me oprimen o agobian

- Sí, la mayor parte de las veces
- Sí, a veces
- No, casi nunca
- No, nada

7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir

- Sí, la mayoría de las veces
- Sí, a veces
- No muy a menudo
- No, nada

8. Me he sentido triste y desgraciada

- Sí, casi siempre
- Sí, bastante a menudo
- No muy a menudo
- No, nada

9. He sido tan infeliz que he estado llorando

- Sí, casi siempre
- Sí, bastante a menudo
- Sólo en ocasiones
- No, nunca

10. He pensado en hacerme daño a mí misma

- Sí, bastante a menudo
- A veces
- Casi nunca
- No, nunca

ANEXO 4. Cuestionario de la Función Sexual de la Mujer (Sánchez et al., 2004)

CUESTIONARIO DE LA FUNCION SEXUAL DE LA MUJER.

Cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM). Validado en España en una muestra de mujeres con edad media de $40,98 \pm 10,93$ años (Sánchez et al., 2004).

Se trata de una escala autoadministrada que consta de 15 Ítems.

Pregunta llave: ¿HA TENIDO USTED ACTIVIDAD SEXUAL DURANTE LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS?

Nota informativa: La actividad sexual puede ser en pareja o mediante estimulación sexual propia, incluyendo caricias, juegos, penetración, masturbación.

- SI
- NO

Si la respuesta es “Sí” cumplimente el cuestionario de función sexual marcando, en cada pregunta, solo una casilla.

1. Durante las últimas 4 semanas ¿Ha tenido fantasías (pensamientos, imágenes) relacionadas con actividades sexuales?

- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Casi siempre – siempre

2. Durante las últimas 4 semanas ¿Ha tenido pensamientos o deseos de realizar algún tipo de actividad sexual?

- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Casi siempre – siempre

3. Durante las últimas 4 semanas ¿Le ha resultado fácil excitarse sexualmente?

- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Casi siempre – siempre

4. En las últimas 4 semanas, durante la actividad sexual, cuando le han (o se ha) tocado o acariciado ¿ha sentido excitación sexual?, por ejemplo, sensación de “ponerse en marcha”, deseo de “avanzar más” en la actividad sexual.

- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Casi siempre – siempre

5. Durante las últimas 4 semanas, cuando se sintió excitada sexualmente ¿notó humedad y/o lubricación vaginal?

- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Casi siempre – siempre

6. En las últimas 4 semanas, durante su actividad sexual, cuando le han (o se ha) tocado o acariciado en vagina y/o zona genital ¿ha sentido dolor?

- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Casi siempre – siempre

7. En las últimas 4 semanas, durante su actividad sexual, la penetración vaginal (del pene, dedo, objeto...) ¿podía realizarse con facilidad? Instrucciones: no debe de contestar a esta pregunta si no ha habido penetración vaginal en las últimas 4 semanas. En su lugar responda la pregunta 7b

- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Casi siempre - siempre

7b ¿Indique por qué motivo no ha habido penetración vaginal durante las últimas 4 semanas? Instrucciones: cumplimente esta pregunta solo si no contestó a la anterior (pregunta 7).

- Por sentir dolor
- Por miedo a la penetración
- Por falta de Interés para la penetración vaginal
- No tener pareja sexual
- Incapacidad para la penetración por parte de su pareja

8. Durante las últimas 4 semanas, ante la idea o posibilidad de tener actividad sexual ¿ha sentido miedo, inquietud, ansiedad.....?

- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Casi siempre – siempre

9. Durante las últimas 4 semanas, ¿ha alcanzado el orgasmo cuando ha mantenido actividad sexual, con o sin penetración?

- Nunca

- Raramente
 - A veces
 - A menudo
 - Casi siempre – siempre
- 10. En las últimas 4 semanas ¿cuántas veces ha sido usted quien ha dado los pasos iniciales para provocar un encuentro sexual con otra persona? Nota informativa: el término “con otra persona” se refiere a su pareja si la tiene, otra u otras personas, independientemente de su sexo.**
- Nunca
 - Raramente
 - A veces
 - A menudo
 - Casi siempre – siempre
- 11. Durante las últimas 4 semanas, ¿se ha sentido confiada para comunicar a su pareja lo que le gusta o desagrada en sus encuentros sexuales?**
- Nunca
 - Raramente
 - A veces
 - A menudo
 - Casi siempre – siempre
- 12. Durante las últimas 4 semanas ¿cuántas veces ha tenido actividad sexual?**
- 1-2 veces
 - De 3 a 4 veces
 - De 5 a 8 veces
 - De 9 a 12 veces
 - Más de 12 veces
- 13. Durante las últimas 4 semanas, ¿disfrutó cuando realizó actividad sexual?**
- Nunca
 - Raramente
 - A veces
 - A menudo
 - Casi siempre – siempre
- 14. En general, en relación a su vida sexual durante las últimas 4 semanas, ¿se ha sentido satisfecha?**
- Muy insatisfecha
 - Bastante insatisfecha
 - Ni satisfecha ni insatisfecha
 - Bastante satisfecha
 - Muy satisfecha

ANEXO 5. Escala de Ajuste Diádico (Spanier, 1976)

ESCALA DE AJUSTE DE LA RELACION DE PAREJA

(Spanier, 1976)

Esta escala explora diferentes interacciones que se dan en una relación de pareja puede servir de ayuda para detectar puntos fuertes y puntos más débiles.

	siempre de acuerdo	casi siempre de acuerdo	desacuerdo ocasional	desacuerdo frecuente	casi siempre desacuerdo	siempre desacuerdo
1 Manejo de finanzas familiares						
2 Diversiones						
3 Cuestiones religiosas						
4 Demostración de afecto						
5 Amistades						
6 Relaciones sexuales						
7 Convencionalismos (¿Qué es lo correcto o lo incorrecto?)						
8 Filosofía de la vida						
9 Relaciones con suegros						
10 Objetivos, fines, valores						
11 Cantidad de tiempo a pasar juntos						
12 Toma de decisiones importantes						
13 Tareas domésticas						
14 Intereses y actividades a realizar durante el ocio						
15 Decisiones en relación con el trabajo						

	siempre	casi siempre	A menudo	ocasionalmente	raramente	nunca
16. ¿Con que frecuencia habeis pensado en el divorcio o en la separación?						
17. ¿Con que frecuencia te vas de casa tras una pelea?						
18. ¿Con que frecuencia piensas que las cosas os van bien como pareja?						
19. ¿Confías en tu pareja?						
20. ¿Lamentas el haberte casado?						
21. ¿Con que frecuencia reñís?						
22. ¿Con que frecuencia haceis que el otro pierda los estribos?						

23. ¿Besas a tu pareja? :

Todos los días Casi todos los días Ocasionalmente Raramente Nunca

24. ¿Participáis juntos en actividades fuera de la pareja?

En todas casi todas Algunas Pocas Ninguna

¿ Con que frecuencia ocurre lo siguiente entre vosotros?

	nunca	menos de una vez al mes	una o dos veces al mes	una o dos veces por semana	una vez al día	Más a menudo
25 Intercambiáis ideas y proyectos estimulantes						
26. Os reis juntos						
27. Discutís algo con calma						
28. Trabajáis juntos en un proyecto						

En lo que sigue las parejas a veces están de acuerdo y otras en desacuerdo. Indica si en las últimas semanas el desacuerdo en alguno de los puntos siguientes os ha causado problemas: (Contesta Si o No).

29. Estar demasiado cansado/a para hacer el amor si no

30 Ausencia de demostraciones afectivas si no

31. Los puntos de la línea de abajo representan grados diferentes de satisfacción con su relación. Suponiendo que el punto marcado con la palabra "Satisfecho" refleja el grado de satisfacción obtenido por la mayoría de las parejas, rodea con un círculo el punto que mejor refleje tu propio grado de satisfacción

Muy insatisfecho/a Bastante insatisfecho/a Un poco insatisfecho/a satisfecho/a

Muy satisfecho/a Extremadamente satisfecho/a Perfecto

32. De las formas que siguen ¿cuál refleja mejor tu forma de ver el futuro de tu relación?

- Deseo mucho que nuestra relación tenga éxito y haré mi parte para que así sea.
- Sería bueno que nuestra relación tuviera éxito, pero no puedo hacer mucho más de lo que ya hago para que así sea.
- Sería bueno que nuestra relación tuviera éxito, pero me niego a hacer más de lo que hago para preservarla.
- Nuestra relación nunca podrá ser un éxito. No hay nada más que yo pueda hacer para preservarla.

ANEXO 6. Hoja de Información y Consentimiento Informado

Título del estudio: Repercusión del proceso del parto en la salud sexual de la mujer.

Investigador Principal: Andrea Jiménez Ruz.

Se le **solicita** participar en un estudio de investigación con el que se pretende determinar la repercusión del proceso del parto en la salud sexual de la mujer.

La recogida de la información se hará de manera que se mantenga su TOTAL ANONIMATO, para que usted no pueda ser identificada nunca.

El investigador principal le pasará el documento de recogida de datos.

De las preguntas realizadas se pretende conocer la prevalencia de las disfunciones sexuales y describir los factores de riesgo asociados, prestando especial mención a variable neonatales, trastornos psicológicos, variables de disfunción sexual, calidad de la pareja y autoestima.

Se trata de un cuestionario, sin ningún procedimiento técnico, por lo que no le producirá ningún efecto ni daño, sólo la disponibilidad del tiempo requerido.

Pretendemos que las conclusiones a las que se llegue con el estudio puedan beneficiar a la población femenina, y como consecuencia, generar una mejora de la atención sanitaria en materia de salud sexual, elaborar recomendaciones, así como Guías de Práctica Clínica para los profesionales que atienden a este colectivo. Por este motivo es importante para nosotros contar con su participación.

Confidencialidad

Todos los datos de los participantes serán tratados confidencialmente de acuerdo a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y el Real Decreto 994/99 del Estado Español; la Ley N° 67/98 de 26 de Octubre y de acuerdo al reglamento (UE) 2016/679 del parlamento europeo y del Consejo de 27 de Abril de 2016 de protección de datos (RGDP).

Información adicional:

Investigador principal: Andrea Jiménez Ruz; email: ajimenezruz@hotmail.es

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: Repercusión del proceso del parto en la salud sexual de la mujer.

Yo, _____ (nombre y apellidos)

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio

He recibido suficiente información sobre el estudio

He hablado del estudio

con _____

(Nombre del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1° Cuando quiera

2° Sin tener que dar explicaciones

3° Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

PRESTO LIBREMENTE MI CONFORMIDAD PAR PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

Nombre y firma del participante

Fecha

Confirмо que he explicado el estudio a la enfermera participante y que le he proporcionado una copia de la hoja de información / consentimiento informado:

Nombre y firma del Investigador

Fecha