



UNIVERSIDAD DE MURCIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

**Estudio de la Satisfacción Sexual de la Mujer en el
Puerperio**

D^a. Alicia Martínez Martínez

2017

**UNIVERSIDAD DE
MURCIA**



**UNIVERSIDAD DE MURCIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
TESIS DOCTORAL**

**ESTUDIO DE LA SATISFACCIÓN SEXUAL DE LA MUJER EN
EL PUERPERIO**

Alicia Martínez Martínez

Dirigida por:

Dra. María Emilia Martínez Roche

Dr. Antonio Pablo Velandrino Nicolás

Dr. José Arnau Sánchez

Murcia, 2017

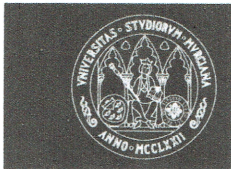


UNIVERSIDAD DE
MURCIA

D^a. María Emilia Martínez Roche, Profesor Titular de Universidad del Área de Enfermería en el Departamento de Enfermería, AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada "Estudio de la satisfacción sexual de la mujer en el puerperio", realizada por D^a. Alicia Martínez Martínez, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a 9 de Enero de 2016



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

D. Antonio Velandrino Nicolás, Profesor Titular de Universidad del Área de Metodología de las Ciencias del Comportamiento en el Departamento de Psicología Básica y Metodología, AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada "Estudio de la satisfacción sexual de la mujer en el puerperio", realizada por D. Alicia Martínez Martínez, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

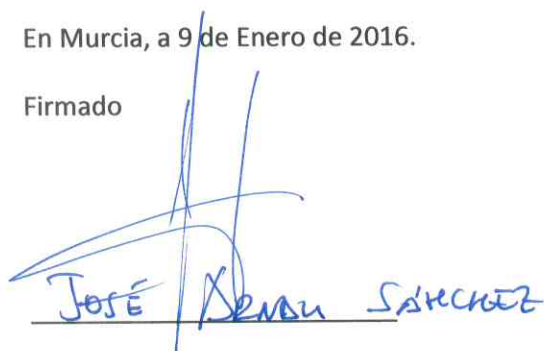
En Murcia, a diez y nueve de diciembre de dos mil diez y seis

D. José Arnau Sánchez, Doctor en Enfermería por la Universidad de Murcia perteneciente al Servicio Murciano de Salud, AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada "Estudio de la satisfacción sexual de la mujer en el puerperio", realizada por D^a. Alicia Martínez Martínez, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a 9 de Enero de 2016.

Firmado



JOSÉ ARNAU SÁNCHEZ

*A Juan Antonio,
mi amado compañero de viaje, en lo bueno y en lo malo,*

*A Marta,
el mejor regalo que nos ha dado la vida,*

*A mi familia,
que quiero tanto,*

Pedro Salvador, Josefa,

Pedro Domingo, Elena,

Antonio y Alicia,

siempre presentes, siempre incondicionales

A la vida.

AGRADECIMIENTOS

En el largo camino recorrido para la realización de este trabajo, me costaba imaginar su fin y sin embargo, ahora siento que ha pasado muy rápido. Todo pasa y todo llega.

Gracias, Juan Antonio Salmerón Aroca, por creer en mí animándome a embarcarme en este proyecto, por tu apoyo incondicional, empatía y bondad. Tú y yo sabemos que sin ti, nunca hubiese sido posible.

A mis padres, Pedro Salvador y Josefa, por ser un ejemplo de trabajo y constancia para mí.

A mis hermanos y sobrinos, por su cariño, comprensión y apoyo.

A mi hija Marta, por acompañarme en el desenlace de este trabajo y por permitirme finalizarlo y vivir en primera persona mi propio puerperio.

A mis directores de tesis, Maria Emilia Martínez Roche, Antonio Pablo Velandrino Nicolás y José Arnau Sánchez, por acompañarme en este proyecto compartiendo generosamente su experiencia, conocimientos y su tiempo, lo cual ha enriquecido este trabajo y a mi persona.

A mis compañeras matronas del Hospital de Santa Lucia de Cartagena y de los Centros de Salud del Área II, por su colaboración desinteresada y altruista en este proyecto. Siempre estaré agradecida por sus ánimos, buena disposición y aportaciones.

Al comité ético del Hospital de Santa Lucia Cartagena, por permitirme llevar a cabo las investigaciones que les propuse.

A María Rendo, por facilitarme el acceso a los grupos de lactancia materna del área de Cartagena.

A todas las madres puérperas, protagonistas reales de este trabajo, que han colaborado en este proyecto y lo han hecho posible.

Gracias a todos por vuestra generosidad.

*Embarcarme en este doctorado ha supuesto para mí un gran viaje hacia
“lo desconocido”, del que nunca imaginé que podría aprender tanto.*

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	8
BLOQUE I. MARCO TEÓRICO	12
CAPÍTULO 1. Aproximación al Concepto de Puerperio	12
CAPÍTULO 2. La Sexualidad	16
CAPÍTULO 3. La Satisfacción Sexual	20
CAPÍTULO 4. Función Sexual y Respuesta Sexual Humana	25
CAPÍTULO 5. Disfunción Sexual Femenina en el Puerperio	29
CAPÍTULO 6. Relevancia de la Sexualidad en la Salud	33
6.1. Marco Histórico Institucional de la Salud Sexual	34
6.2. La Formación de la Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología (Matrona) en Materia de Salud Sexual	39
BLOQUE II. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	44
CAPÍTULO 1. Planteamiento del Problema	44
CAPÍTULO 2. Justificación del Estudio	47
CAPÍTULO 3. Objetivos de la Investigación	51
3.1. Objetivos Generales	51
3.2. Objetivos Específicos	51

BLOQUE III. MARCO METODOLÓGICO	52
CAPÍTULO 1. Metodología Estudio Cualitativo	54
1.1. Búsqueda Bibliográfica	58
1.2. Trabajo de Campo	60
1.2.1. Planteamiento de Objetivos y Elaboración del Guión	62
1.2.2. Selección de los Participantes	62
1.2.2.1. Muestreo	64
1.2.2.2. Criterios de Inclusión/Exclusión	65
1.2.3. Determinación del Lugar, Espacio y Fecha de realización	67
1.2.4. Técnica de Recogida de Datos	68
1.2.5. Transcripción y Análisis de Datos	70
1.3. Descripción de la Muestra	72
1.4. Consideraciones Éticas	75
1.5. Limitaciones del Estudio	76
CAPÍTULO 2. Metodología Revisión Sistemática	78
2.1. Estrategia de Búsqueda	78
2.2. Límites de Búsqueda	79
2.2.1. Criterios de Inclusión	79
2.2.2. Criterios de Exclusión	79
2.3. Selección de Estudios	80
2.3.1. Resultados de la Búsqueda y Selección de Artículos	80

2.3.2. Descripción de las Escalas	82
2.4. Procedimiento	93
2.4.1. Valoración	93
2.4.2. Instrumento de Evaluación de las Propiedades Psicométricas	93
2.5. Consideraciones Éticas	98
2.6. Limitaciones del Estudio	99
CAPÍTULO 3. Metodología Estudio Cuantitativo	99
3.1. Población de Estudio	99
3.2. Criterios de Inclusión/Exclusión	100
3.3. Procedimiento	101
3.4. El Instrumento	103
3.5. Análisis Psicométrico	105
3.5.1. Análisis de Ítems	105
3.5.2. Validez de Contenido	105
3.5.3. Consistencia Interna	106
3.5.4. Validez de Constructo	106
3.5.5. Reproductibilidad	107
3.5.6. Validez Factorial	108
3.5.7. Baremación	109
3.6. Consideraciones Éticas	110
3.7. Limitaciones del Estudio	111

BLOQUE IV. RESULTADOS	112
CAPÍTULO 1. Análisis de los Resultados: Estudio Cualitativo	112
1.1. Analizando el Deseo Sexual después del Parto	113
1.2. Afrontando los Cambios que Interfieren en la Excitación	116
1.3. Explorando los Cambios en la Sensación Orgásmica	119
1.4. La Percepción de la Vida Sexual después del Parto	121
CAPÍTULO 2. Análisis de los Resultados: Revisión Sistemática	122
2.1. Análisis de los Instrumentos de Medida	122
2.2. Análisis Psicométrico	126
2.2.1. Validez de Contenido	126
2.2.2. Consistencia Interna	126
2.2.3. Validez de Criterio	128
2.2.4. Validez de Constructo	129
2.2.5. Reproductibilidad	130
2.2.6. Responsabilidad	131
2.2.7. Efecto Techo/Suelo	132
2.2.8. Interpretabilidad	132
2.2.9. Fiabilidad Test-retest	133
CAPÍTULO 3. Análisis de los Resultados: Estudio Cuantitativo	135
3.1. Descripción de la Muestra	135
3.2. Análisis de Ítems	136
3.3. Validez de Contenido	139
3.4. Consistencia Interna	139

3.5. Validez de Constructo	139
3.6. Reproductibilidad	140
3.7. Validez Factorial	141
3.8. Baremación	142
BLOQUE V. DISCUSIÓN	145
CAPÍTULO 1. Discusión Estudio Cualitativo	145
CAPÍTULO 2. Discusión Revisión Sistemática	155
CAPÍTULO 3. Discusión Estudio Cuantitativo	159
BLOQUE VI. CONCLUSIONES Y FUTURAS	
LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	164
CAPÍTULO 1. Conclusiones	164
CAPÍTULO 2. Futuras Líneas de Investigación	167
ÍNDICE DE TABLAS	
Tabla 1. Secuencia del Proceso Metodológico	61
Tabla 2. Guión Temático Entrevista Semiestructurada	63
Tabla 3. Características Socio-Demográficas de la Muestra	73
Tabla 4. Características Gineco-Obstétricas de la Muestra y sus Relaciones Sexuales	74
Tabla 5. Estrategia PICOS	89
Tabla 6. Criterios Psicométricos y Valoración de su Calidad	94

Tabla 7. Valoración de los Criterios Psicométricos y su Calidad en las Escalas del Estudio	123
Tabla 8. Distribución de las Frecuencias del Tipo de Parto	135
Tabla 9. Estadísticos Descriptivos de los Ítems	137
Tabla 10. Estadísticos Descriptivos de los Ítems de la Puntuación Total en la Escala	137
Tabla 11. Estadísticos Descriptivos de la Puntuación Total en la Escala	138
Tabla 12. Estadísticos Total-Elemento	138
Tabla 13. Estadísticos Descriptivos en ISS de Mujeres Púerperas que Inician y no Inician Relaciones Sexuales	140
Tabla 14. Matriz Factorial no Rotada con I Factor y las Comunalidades	142
Tabla 15. Centiles en la Escala ISS	143

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Diagrama de Flujo de la Búsqueda y Estudios Seleccionados de Escalas de Satisfacción Sexual	81
Gráfico 2. Categorías Emergentes del Estudio Cualitativo	112
Gráfico 3. Distribución de las Frecuencias del Tipo de Parto	136
Gráfico 4. Centiles de la Escala ISS	144

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I. Consentimiento Informado	169
Anexo II. Entrevista Semiestructurada	171
Anexo III. Aprobación del Comité Ético de Investigación del Área II de Cartagena	172
Anexo IV. Carteles Anunciadores Charlas de Sexualidad en el Puerperio	173
Anexo V. Índice de Satisfacción Sexual	174
Anexo VI. Aprobación del Comité Ético de Investigación del Área II de Cartagena	178

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	179
-----------------------------------	-----

INTRODUCCIÓN

El contenido de esta tesis está relacionado con cuestiones relativas a la vida sexual de las mujeres en el puerperio, y en particular, a su función sexual y satisfacción sexual experimentada en su relación de pareja.

El propósito inicial fue explorar la realidad de las mujeres puérperas del Área II de Salud de Cartagena (Murcia), recogiendo la voz de las protagonistas, opiniones, actitudes y valoraciones sobre su vida sexual. Mi motivación como Matrona y sexóloga, fue la de acceder a un campo relativamente complicado, por lo privado y excepcional de la situación vital que vivencian las mujeres tras el parto, y de esta forma dar inicio a esta investigación.

El atractivo de este trabajo estriba en su contenido referido a la sexualidad en las mujeres puérperas, pero también está en su metodología mixta, apostando por una estrategia cualitativa (entrevistas semiestructuradas), y cuantitativa (revisión sistemática de escalas de satisfacción sexual en la mujer, así como la aplicación y validación de una escala de satisfacción sexual al periodo puerperal). Asimismo, el interés de esta tesis radica en su utilidad práctica, al incluir en sus conclusiones consideraciones que entendemos, pueden ser útiles para la mejora de la atención sexual y afectiva de la mujer puérpera por los profesionales de la salud, y en concreto, por las Enfermeras Especialistas en Obstetricia y Ginecología (Matronas), contribuyendo al conocimiento acerca de la sexualidad en el puerperio.

De igual modo, es interesante resaltar la atención prestada a determinados aspectos sexológicos, que promueven una sexualidad coherente, saludable y satisfactoria a las mujeres.

La estructura metodológica de esta investigación trata de dar respuesta a los objetivos planteados, y para ello se llevan a cabo tres estudios; un *primer estudio* que explora la realidad de la función sexual de la mujer y de su vida sexual en pareja, basado en la literatura existente. Un estudio exploratorio, que llevado a cabo dentro de los parámetros cualitativos fenomenológicos, permite aproximarnos a la realidad escuchando las voces de las participantes. Dicho estudio ha sido abordado desde un enfoque fenomenológico, permitiéndonos realizar un análisis en el que el investigador interpreta los datos usando su perspectiva subjetiva, mientras intenta contextualizar las realidades a las que se enfrentan las participantes de la investigación (Husserl, 1998). Esta metodología se basa en un proceso inductivo que asume una concepción polifacética de la realidad, donde los investigadores y los sujetos del estudio interactúan, influyendo mutuamente en situaciones naturales y dentro de su propio marco de referencia personal, ya que es la principal y mayor fuente directa de datos (Rodríguez, Gil y García, 1996).

Tras analizar los resultados aportados por la investigación cualitativa acerca de la vida sexual de la mujer puérpera, se plantea la necesidad de medir la satisfacción sexual de la mujer en esta etapa. Por consiguiente, este trabajo continúa con un *segundo estudio* que revisa

de forma sistemática las escalas de satisfacción sexual de la mujer en el puerperio. Éste mide y selecciona la que mejores propiedades psicométricas presenta. Finalmente se realiza un *tercer estudio* que explora la aplicación y validación de una de las escalas de satisfacción sexual seleccionadas en una muestra de mujeres puérperas del Área II de Salud de Cartagena (Murcia).

Esta tesis pretende contribuir a la tarea de conseguir un conocimiento más amplio sobre los procesos reales de la vida sexual de la mujer en el puerperio y aportar herramientas útiles que contribuyan a mejorar la calidad asistencial de éstas.

La presente tesis se estructura en seis bloques:

El BLOQUE I describe el marco teórico revisando los conceptos de puerperio, sexualidad, satisfacción sexual, respuesta y función sexual humana, y las disfunciones sexuales de las mujeres en el puerperio. De igual modo, expone la importancia de la sexualidad en la salud, describiendo tanto el marco institucional de la salud sexual como el educativo desarrollado en los planes de estudio de las Enfermeras Obstétrico-Ginecológicas (Matrona).

El BLOQUE II plantea el problema de investigación, la justificación y los objetivos de este estudio.

El BLOQUE III describe la metodología de cada uno de los estudios realizados en este trabajo: a) un primer estudio cualitativo, b) seguido de una revisión bibliográfica de las escalas existentes de

satisfacción sexual general y específicamente en el puerperio, para su posterior análisis y valoración, y c) la escala que mejores propiedades psicométricas presenta en el estudio anterior, es aplicada y validada en una muestra de mujeres puérperas españolas.

El BLOQUE IV expone los resultados obtenidos en cada una de las investigaciones. Tras valorar las categorías obtenidas en la investigación cualitativa relacionadas con la función sexual de la mujer, surge la necesidad de profundizar en su satisfacción sexual, así pues, los resultados de las siguientes investigaciones (la revisión sistemática y el estudio cuantitativo) conducen a aportar una herramienta de medición de la satisfacción sexual de la mujer en el puerperio.

En el BLOQUE V se presentan las discusiones de cada una de las investigaciones realizadas. Y por último, el BLOQUE VI dedicado a las conclusiones que dan respuesta a cada uno de los objetivos planteados al inicio del trabajo. Asimismo, se exponen las posibles futuras líneas de investigación que permitan profundizar en el conocimiento de la satisfacción sexual de la mujer en esta etapa de su vida y su repercusión en la calidad asistencial de las mismas.

BLOQUE I. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1. Aproximación al Concepto de Puerperio

El puerperio es un periodo en el que la mujer va a sufrir una serie de cambios y transformaciones a nivel físico, psíquico y social. Esta etapa queda definida como un periodo con una duración de entre 6 y 8 semanas (Cunningham et al., 2005), no obstante cada mujer lo vive de una forma diferente, y necesitará en ocasiones mucho más tiempo para recuperarse y volver a encontrar su equilibrio. Según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) define el puerperio como:

El periodo que comprende desde el final del parto hasta la aparición de la primera menstruación. Su duración aproximada es de 6-8 semanas. Cronológicamente se divide en: puerperio inmediato: primeras 24 horas postparto; puerperio clínico: desde el final del puerperio inmediato hasta el alta hospitalaria y puerperio tardío: desde el final del puerperio clínico hasta la primera menstruación (Bajo, Melchor y Mercé, 2007, p. 377).

A su vez, Molero (2012) aporta una definición fisiológica de este periodo:

En la fisiología humana, el puerperio es el período que inmediatamente sigue al parto y que se extiende el tiempo necesario (usualmente 6-8 semanas, o 40 días), para que el cuerpo materno incluyendo las hormonas y el aparato reproductor femenino vuelvan a las condiciones pregestacionales, aminorando las características adquiridas durante el embarazo. En el puerperio también se incluye el período de las primeras 2 horas después del parto, que recibe el nombre de posparto inmediato (p.40).

En esta línea, el puerperio constituye una etapa de cambios, donde tendrán lugar modificaciones fisiológicas relacionadas con la involución uterina tras el parto, los entuertos o contracciones uterinas posparto, que ayudan a la hemostasia y a expulsar una secreción uterovaginal constituida por hematíes, células deciduales necróticas y restos de tejido de granulación, llamados loquios. En este periodo, la vagina queda edematosa y laxa debido al aumento de vascularización que sufrió durante el embarazo, pudiendo presentar pequeños sangrados o hematomas además de los ocasionados por las heridas que pueda presentar tras el parto. Por otro lado, las mamas experimentarán cambios en su tamaño, ingurgitación y mayor sensibilidad al tacto. La primera secreción en aparecer será el calostro, muy rico en minerales, proteínas e inmunoglobulinas tipo Ig A, que confieren protección al recién nacido (Cunningham et al., 2005; Endrino, 2007; Usandizaga, 2004).

Otros autores subrayan la importancia de la parte cultural y antropológica del puerperio en el autocuidado de la mujer y su recién nacido además del cuidado que les brinda su grupo familiar. Respecto a ello, consideran que “la etapa del puerperio es una de las más importantes para la dicotomía madre-hijo, que se ha visto influenciada desde siempre por múltiples prácticas y creencias culturales transmitidas de generación en generación” (Castro, Muñoz, Plaza, Rodríguez y Sepúlveda, 2006, p.142).

Gutman pone de manifiesto el importante componente emocional que envuelve esta etapa. Desde esta perspectiva es definida como:

Tránsito de al menos dos años de duración, mientras el campo emocional de la madre está compartido fusionalmente con el campo emocional del bebé. Es el tiempo durante el cual la diada mamá-bebé navega el mar con sus propias leyes: lentas, apaciguadas, silenciosas, redondas, resonantes y misteriosas (2010, p.43).

En esta fase la mujer no sólo tiene que adaptarse a los cambios físicos, sino también a un importante proceso de cuestionamiento y reestructuración de su identidad. Proceso que va a implicar ajustes y reajustes de sus expectativas, roles y funciones. Estos cambios repercutirán en la mujer, pareja y familia, de modo que la calidad de vida de la nueva familia dependerá de la capacidad de adaptación de la puérpera en este periodo (Simkin, 1996).

Sin duda, el postparto va a ser una experiencia difícil y compleja, que la mujer va a percibir con inseguridad y sentimientos ambivalentes, dado que tiene que dar respuesta a múltiples demandas: por un lado, las del recién nacido, el deseo de cumplir con las funciones maternas, compatibilizándolas con otras dentro y fuera del ámbito familiar, como señalan Oviedo y Mondragón (2006). Pese a que el puerperio es un proceso natural, fisiológico y primordial para la supervivencia de la especie, la cultura y los roles sociales maternos influyen en las expectativas e ideas que tiene cada mujer acerca de cómo debe ser su comportamiento, pensamiento y sentimientos en

general. Por consiguiente, la transición a “ser madre” puede ir acompañada de temor a no estar a la altura y fallar, repercutiendo en su autoestima e identidad como madre (Pérez, 2011). Se puede decir que la mujer puérpera estructura su propia realidad a partir de las creencias y expectativas en cuanto a su vida, que le proyecta la sociedad y la cultura que la rodea (Hung, Yu, Chang & Stocker, 2011; Montes, 2007; Stern, 1999).

De esta forma, el encuentro con un nuevo ser y una nueva familia va a conllevar una serie de cambios a nivel físico, psíquico y social que pueden alterar la esfera bio-psico-social y sexual de la mujer, convirtiéndose en una etapa “caracterizada por un particular sentido de fragilidad, vulnerabilidad, estrés psíquico y cambios emocionales que marcan la vivencia de la mujer” (Arnau, Martínez-Ros, Castaño-Molina, Nicolás-Vigueras, y Martínez-Roche, 2016).

Se desencadenarán una serie de cambios de los cuáles, la sociedad, instituciones, familia y redes sociales ni alertan ni preparan, tan solo se espera que esta etapa discurra de forma feliz, sin más trascendencia, sin hacer ruido y sin que altere la vida (Sebastiani, Raffo y Magnasco de Testa, 2004).

El puerperio va a alterar no sólo la sexualidad de la mujer como función orgánica, sino también como expresión de nosotros mismos, a nivel social y en pareja. Como afirman Marín et al. (2008), el periodo puerperal requiere especial atención, ya que la adaptación de la mujer

a éste puede verse modificada o alterada por diferentes variables. Por consiguiente, es necesaria la información a las mujeres puérperas así como la comprensión y el apoyo por parte de sus parejas, entorno familiar, personal sanitario en general, y de la Enfermera Obstétrico-Ginecológica en particular, al estar especialmente involucrada en el cuidado de la mujer en este periodo (Consejería de Sanidad y Política Social Región de Murcia, 2012; MSSSI, 2011; Ciurana, 1996). El conocimiento de estos cambios permitirá a la mujer saber porqué se producen y entender que el puerperio no es un periodo breve y estático, transformándose en un proceso enriquecedor para ella.

CAPÍTULO 2. La Sexualidad

El término sexualidad refiere un fenómeno complejo, histórico y cultural que ha ido variando según la época, región, cultura y clase política, y que estructura la vida cotidiana, las creencias, los significados y sentidos de la vida de los sujetos individuales y de los actores sociales. No es solamente una respuesta biológica a un impulso de la libido, como se ha planteado históricamente desde la ciencias de la salud, sino que es un término más complejo que incluye todo un mundo de posibilidades para obtener placer, sentir deseos, emociones y afectos por lo que implica aspectos no solo biológicos, sino psíquicos sociales (López, 2009). Pese a que cultural y socialmente este concepto

está bastante empobrecido, y generalmente se va a relacionar con los genitales

Nuestra cultura relaciona la sexualidad con los genitales, aún cuando la expresión de la sexualidad supone mucho más que eso. Los seres humanos somos los únicos primates cuyo deseo y funcionamiento sexuales no están necesariamente relacionados con el ciclo reproductor (...) (Northrup, 2007. p. 285).

Somos seres sexuados y sexuales desde que nacemos hasta que morimos, y nuestra sexualidad va a impregnar todos y cada uno de los actos de la vida cotidiana siendo una continua fuente de placer o frustración. Sin embargo, la complejidad y amplitud de la condición sexuada del hombre es un fenómeno más profundo en cuanto que afecta al modo de ser persona y de entenderse a sí mismo, independientemente de la forma cultural. Esta concepción moderna de la sexualidad todavía lucha contra la resistencia cultural comentada de la idea antigua que gira en torno y exclusivamente a los genitales (Hernández, 2005). Una idea que se resiste a desaparecer, sin alternativa de elección, pues tal como menciona Amenzúa:

Quienes hoy se empeñan en pensar el sexo desde los genitales se parecen a quienes se empeñan en seguir pensando en la antigua moneda: las disonancias cognitivas se multiplican. Este retraso en la modernización de los sexos arrastra una serie de problemas cada vez más insostenibles. Pero es evidente que una sociedad del conocimiento no puede seguir confundiendo los asuntos del conocimiento con los problemas de la conciencia (Amenzúa, 2003. p.7).

Sin embargo, es fácil comprender que nos resulte complicado tener una perspectiva abierta en torno a la sexualidad y lo sexual debido a que históricamente desde la más tierna infancia y mediante el proceso de socialización se ha pretendido reglamentar la actividad sexual en beneficio del poder patriarcal (Arnaiz, 2010).

Con el patriarcado se dan una serie de dificultades para el desarrollo de la vida sexual de la mujer; en el plano social es restringida a la vida privada quedando a su cargo la reproducción y la educación, exigiéndole virginidad y fidelidad al marido sin importar su propio placer, quedando a cargo de los varones la permisividad de la vida pública. Según Vera- Gamboa (1998), la sexualidad tendrá un significado reproductivo como una forma lícita y socialmente aceptada, vinculada al matrimonio y la familia, de modo que el placer será la forma válida para el hombre, pero no para la mujer. Actualmente, estas representaciones acerca de la sexualidad se hallan ancladas de forma sólida en el imaginario colectivo, repercutiendo en la vivencia de nuestra sexualidad.

Desde finales de los siglos XVII y XVIII, los discursos sobre sexualidad, lejos de ser represivos, han estado sometidos a un mecanismo de creciente incitación, fomentado por el poder político y económico. En este sentido, Foucault sostiene que el discurso del sexo deja de ser moral sino también racional, surgiendo así la necesidad de reglamentarlo mediante discursos útiles y públicos donde la conducta sexual de la población es objeto de políticas demográficas, sin dejar

por ello de perder el carácter negativo e inquisitorio que siempre ha arrastrado la sexualidad (Foucault, 1987. p.45).

En el siglo XIX, otras disciplinas centran su interés en la sexualidad, principalmente la medicina, la psicología y la psiquiatría resaltando las patologías derivadas de la misma, sus excesos, insatisfacciones y las enfermedades mentales que provocaran las perversiones sexuales. Investigadores de la sexualidad, tales como Richard Kraft-Ebing (1886), Ellis Havellock (1897) y Sigmund Freud (1905) no sólo aportaron conocimiento al hecho sexual humano sino también fomentaron y perpetuaron la idea de peligrosidad del sexo. Respecto a ello, Caruso (1993) afirma que en este tiempo, cualquier acto sexual que no tuviera como fin la reproducción se consideraba como sexualidad anormal, ligando la sexualidad no reproductiva con el concepto de enfermedad sexual.

En el siglo XX, se inicia un importante movimiento a favor de las libertades sexuales de la mujer, entre las que se exigía el reconocimiento de la satisfacción sexual femenina, y derecho de acceso a una mayor cantidad de información y educación sexo-reproductiva (Villela y Barahona, 2008). En esta época, las luchas y decisiones personales de la mujer actual se van a desarrollar entre el ser y el deber en cuanto a la maternidad, el dominio patriarcal, la monogamia y la promiscuidad, el satisfacer las necesidades sexuales ajenas y la búsqueda de la satisfacción sexual propia, la dedicación y disponibilidad, la independencia y autoafirmación. Hechos que

conforman de forma inequívoca la sexualidad femenina actual, la cual debe dar respuesta a múltiples roles en su ardua tarea de cumplir con el rol sexual femenino esperado y deseado socialmente. En consecuencia, “se impone la doble tarea, el doble trabajo, la doble jornada, el doble papel y la doble carrera: es, en su caricatura periodística, el mito de la figura de superwoman” (Gil-Calvo, 1991. p.80)

Así pues, se observa cómo el patrón cultural en cada momento histórico ha sido repetido de diferentes formas dependiendo de los intereses social-políticos y religiosos, y siempre bajo el mensaje subliminal de lo que se debe ser y hacer, respecto a la forma de vivir y disfrutar la sexualidad dependiendo del género (Pérez-Díaz, 2013).

En este contexto, es importante destacar cómo la satisfacción sexual femenina ha sido ignorada social y culturalmente hasta el siglo XX, independientemente de tratarse de un indicador de la salud sexual de la mujer, aspecto que denota la falta de reconocimiento de la sexualidad femenina hasta el momento, al menos a nivel sociocultural.

CAPÍTULO 3. La Satisfacción Sexual

Históricamente en casi todas las culturas la satisfacción sexual masculina ha sido más valorada que la femenina, aunque actualmente continúa rodeada de ciertos tabúes. La satisfacción sexual femenina es considerada diferente a la del hombre porque para ella la sexualidad

va más allá del placer físico, constituyendo un elemento que forma parte de los afectos y la reproducción, lejos de ser entendida como una actividad de placer y salud por sí misma. A diferencia del hombre, que distingue perfectamente el mundo de los afectos de sus necesidades sexuales debido a que ha sido educado de forma más libre que la mujer, en cuanto a la vivencia y expresión de su sexualidad (Gil-Calvo, 1991).

En esta línea, las construcciones culturales que perpetúan la represión sexual femenina subyacente y las inequidades de poder en las relaciones hombre-mujer, impiden alcanzar niveles satisfactorios de salud sexual en las mujeres (En el trabajo de Jiménez, 1999. Citado por Bahamonde, Carmona y González. 2011). Sin embargo, la corriente actual sobre salud sexual en el mundo occidental es la búsqueda de la satisfacción sexual para hombres y mujeres, siendo reconocido y representado por el imaginario social (Schwartz & Young, 2009).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (2006), y otros autores, se refieren a la satisfacción sexual como a la evaluación subjetiva que hace una persona de su salud y bienestar sexual (Laumann et al., 2006 y OMS, 2006). Siguiendo con su definición, Lawrence & Byers (1995) la entienden como “una respuesta afectiva que surge de una evaluación subjetiva de las dimensiones positivas y negativas asociadas a la propia relación sexual” (p.267). Por su parte, Castaneda (2013) relaciona factores como la calidad de las relaciones

íntimas, la confianza mutua en la pareja, estar casada, tener una autoestima positiva y una buena imagen corporal con una mayor satisfacción sexual. Así pues, se constata el vínculo entre calidad de la relación y el nivel de satisfacción sexual, siendo esta última una consecuencia de nuestra necesidad de contacto íntimo y de relacionarnos (Sánchez, Santos & Sierra, 2014). No obstante, la satisfacción sexual va a estar condicionada en su vivencia y comprensión por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (Delamater, Hyde & Fong, 2008).

De esta forma, han sido múltiples las propuestas que tratan de acercarse a su concepción teórica con la finalidad de estudiar sus consecuencias para evaluarla adecuadamente, realizando una definición que permita comprenderla con más exactitud (Schwartz & Young, 2009). Pese a ello, la definición de la satisfacción sexual variará dependiendo de las dimensiones seleccionadas. Uno de los primeros intentos por focalizar su estudio se hace desde una perspectiva de género y correlacionan la satisfacción sexual de la mujer con la asertividad, concluyendo que existe una correlación positiva entre ésta y la satisfacción sexual (Whitley & Poulsen, 1975). A su vez, Pinney, Gerrard & Denney (1987) estudian la satisfacción sexual femenina y la relacionan con dos dimensiones: la satisfacción sexual en general y la satisfacción sexual con la pareja, definiéndola como “la evaluación subjetiva del grado en el que una mujer está satisfecha con su vida

sexual” (p.234), concluyendo que los factores psicológicos serán determinantes en la satisfacción sexual de la mujer. Hudson, Harrison & Crosscup (1981) la definen en cuanto a su relación con la función o disfunción de la actividad sexual, matizando la relación del concepto con la patología y la clínica, y haciendo énfasis en “el grado o magnitud de discordancia o insatisfacción sexual dentro de una relación en pareja” (p.157). Por su parte, Hurlbert & Apt (1994) destacan su dimensión psicoafectiva afirmando que “la satisfacción sexual es la respuesta afectiva que surge de las evaluaciones que las personas hacen de su relación sexual, a partir de la percepción del cumplimiento de las necesidades y expectativas sexuales, tanto propias como de la pareja” (p.494).

En base a ello, y centrándose en la interacción física en pareja, diferentes investigaciones han confirmado que la satisfacción sexual es evaluada generalmente en términos del grado de bienestar y plenitud experimentada por una persona en relación con su actividad sexual, por lo que su ausencia puede estar relacionada con problemas sexuales en la relación de pareja (Carrobles, Gámez y Almendros, 2011; LoPiccolo & Steger, 1974; Renaud, Byers & Pan, 1997). Sin embargo, numerosas investigaciones consideran necesario tener en cuenta los aspectos psico-emocionales de la relación de pareja en la evaluación de la satisfacción sexual, por su alta correlación con el nivel de compromiso, confianza, intimidad y bienestar marital en general (Butzer & Campbell, 2008; Christopher & Sprecher, 2000;

Lawrence & Byers, 1995; Scott & Sprecher, 2000; Young, Denny, Luquis, & Young, 1998).

En cuanto a los aspectos a tener en cuenta en la evaluación de la satisfacción sexual una revisión sistemática, llevada a cabo por Sánchez et al. (2014), llevaron a cabo una revisión sistemática en la que la relacionaban con factores individuales, socio-demográficos, psicológicos, relaciones de pareja, respuesta sexual, apoyo emocional, relaciones familiares, creencias y valores culturales.

Ante las diferentes perspectivas encaminadas a definir la satisfacción sexual, algunos autores afirman que su estudio se ha visto obstaculizado por la falta de una conceptualización unificada del constructo, la carencia de modelos teóricos para su comprensión, y por asumir que se encuentra implícitamente incluida en las escalas de medida de la función sexual (Lawrence & Byers, 1995; Pascoal, De Santa Bárbara & Pereira, 2014). En este sentido, Álvarez-Gayou, Holnold y Millán (2005), y McClelland (2010) sostienen que se trata de un concepto psicológico fácil de comprender de forma intuitiva pero difícil de definir y medir con precisión, lo cual unido a la escasez de investigaciones de carácter fenomenológico en la literatura que permitan acercarnos a la realidad de los protagonistas y ayuden a entender su significado, va a limitar su conocimiento. Circunstancias que pueden atribuirse a que históricamente la investigación sobre diferentes aspectos de la sexualidad se ha centrado principalmente en evaluar a través de numerosos instrumentos de medida de la actividad

y satisfacción sexual, comportamientos sexuales específicos como la actividad coital o los cambios fisiológicos que tienen lugar durante la respuesta sexual (Basson, 2000; Hoon, Hoon & Wincze, 1976; LoPiccolo & Steger, 1974; Master & Johnson, 1987; Thorne, 1966).

No obstante, existe acuerdo en la comunidad científica en cuanto a los beneficios de la satisfacción sexual en la calidad de vida de las personas en las diferentes etapas de sus vidas, donde tendrá una expresión propia e individualizada (OMS, 2000). Esta investigación plantea explorar la etapa del puerperio en concreto, al ser reconocido como un periodo de la vida sexual donde cobra importancia el estudio de la satisfacción sexual dado los cambios que conlleva a nivel psicofísico que afectan la función sexual de la mujer (Cunningham et al., 2005).

CAPÍTULO 4. Función Sexual y Respuesta Sexual Humana

La función sexual es una respuesta fisiológica del organismo que permite expresar la sexualidad humana, disfrutar del placer, reproducirnos y mantener una íntima comunicación en pareja. La función sexual comprende:

a) el deseo sexual que comienza con la atracción física entre dos personas y se manifiesta a través del acercamiento, la comunicación interpersonal, miradas y caricias; b) el erotismo refiriéndose al atractivo sexual que tienen las personas, situaciones o cosas. Cada sujeto nace con su carga de erotismo y la desarrolla y enriquece a través de actitudes, vestimentas y comportamientos; y c) el autocontrol

que permite al individuo canalizar los impulsos sexuales y reflexionar sobre su comportamiento sexual (Rodríguez y De Rodríguez, 1999, p.1).

La función sexual expresa las actividades propias o características del sexo como estructura orgánica que se desarrolla mediante tres mecanismos fundamentales (Bianco y Aragón, 1996):

1. El estímulo relacionado con la acción mediante la cual ocurre un cambio en el ambiente externo o interno del organismo, que induce o provoca una respuesta sexual. En ella, se reconocen el administrador del estímulo, el método de aplicación del estímulo y la frecuencia de administración.

2. La respuesta que se produce por la aparición de cambios anatómicos, hormonales, vasculares, musculares y neuronales que abarcan prácticamente todo el organismo, y que son provocados por una serie de estímulos físicos y psicológicos. Estos cambios provocan una serie de reacciones descritas por los trabajos de Masters & Johnson (1966), y desarrolladas más adelante en este capítulo.

3. Tiempo de funcionamiento que transcurre desde que se inicia la función sexual hasta que termina la respuesta.

El ciclo de la respuesta sexual se desencadenará en base al desarrollo de la función sexual de cada persona, influyendo considerablemente en la respuesta sexual y en la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria.

Desde la perspectiva biológica, la respuesta sexual humana es el conjunto de cambios físicos y hormonales que experimentan los seres humanos como respuesta ante el estímulo sexual. Esta reacción puede ser emocional o sociocultural ante estímulos afectivos que permitan la comunicación sexual entre las personas.

Su estudio ha estado basado fundamentalmente en aspectos biologicistas, como son el modelo de respuesta sexual propuesto por Masters & Johnson (1966), los cuales defienden que para conocer la sexualidad debería primero conocerse la anatomía y fisiología, y que tanto hombres como mujeres tienen la misma capacidad de respuesta sexual, tal y como defienden autores como Vera-Gamboa (1998). Por su parte, el modelo trifásico de Kaplan incluye el deseo como elemento de gran importancia en la respuesta sexual humana y reflexiona acerca de la subjetividad en la vivencia del placer sexual, aportando las bases psicodinámicas a la terapia sexual (Kaplan, 1996). De esta forma, se abre un importante espacio a la comprensión de los aspectos psicológicos de la respuesta sexual al poner de manifiesto la importancia del deseo erótico no sólo como una fase del ciclo psicofisiológico de la respuesta sexual sino también como una entidad neurofisiológica independiente.

Las fases de la respuesta sexual descritas por Masters & Johnson y Kaplan son las siguientes: a) respecto a la fase del deseo sexual, tanto en el hombre como en la mujer, se trata de una respuesta que se distingue por el impulso sexual mediado por hormonas donde el

individuo siente deseos de estar con su pareja, no obstante la percepción del deseo dependerá de factores psicoafectivos, culturales y estímulos externos (Kaplan, 1996); b) en la mujer, durante la fase de excitación se produce vasodilatación del introito vaginal, erección del clítoris, engrosamiento de los labios mayores y menores, y una importante lubricación vaginal. En el hombre, la vasocongestión conlleva la erección y endurecimiento del pene, y un aumento de tamaño del glande; c) en la fase de meseta se mantiene el tono parasimpático con una vasocongestión máxima y aumento del tono muscular. En las mujeres produce cambio de color de los labios y el máximo crecimiento del tamaño del útero y clítoris. En el hombre, los cuerpos esponjosos producen el máximo aumento de volumen y rigidez del pene. Se produce lubricación por la secreción de las glándulas de Cowper, y elevación y crecimiento testicular; d) en la fase orgásmica de la mujer, el tono sexual parasimpático cambia a tono simpático apareciendo contracciones rítmicas placenteras centradas en la pelvis que se irradian al resto del cuerpo dejando una sensación de gran relajación. En el hombre se produce la eyaculación por la contracción del conducto deferente, de la próstata y del conducto eyaculador; e) por último, en la fase de resolución todos los cambios ocurridos en los genitales femeninos vuelven a su condición inicial. En el hombre se produce la detumescencia de los cuerpos cavernosos, con pérdida de la erección del pene, hay un regreso de todas las estructuras genitales a su condición inicial (Masters y Johnson, 1987; Montiel, 2004).

Otras aportaciones al concepto de respuesta sexual humana son las de Reich (1974), que contempla aspectos psicológicos proponiendo una representación de la respuesta sexual de carácter psicosomático, donde la experiencia del placer y la liberación de la energía sexual se relacionarían con el equilibrio psicológico y la salud mental. Otros autores destacan la influencia de los factores psicológicos propuestos en el Modelo del Quantum (Schnarch, 2000). En él se considera que la experiencia erótica no depende sólo de la estimulación física sino también de los procesos psicológicos como son las emociones positivas asociadas al deseo erótico y la intimidad. Respecto a ello, Levine (1987) estudia el deseo sexual concluyendo que es una energía que genera un comportamiento sexual que precede y acompaña a la excitación, originando una respuesta psico-biológica que favorece la satisfacción sexual. El deseo sexual está integrado por el impulso, el anhelo y la motivación, los cuales deben actuar en armonía, aunque podrían aparecer disonancias entre ellos existen interferencias en el deseo sexual.

CAPÍTULO 5. Disfunción Sexual Femenina en el Puerperio

Aunque la vivencia de comenzar una familia y de sustentar a un recién nacido puede enriquecer la experiencia sexual, la función sexual postparto se ve influenciada por cambios significativos a nivel anatómico, hormonal, en la estructura familiar y en la relación de

pareja, desencadenando disfunciones sexuales en la pareja (Leeman & Rogers, 2012). Estas son consideradas como “alteraciones persistentes de una o varias fases de la respuesta sexual que provocan problemas o molestias al individuo o pareja” (Álvarez-Gayou, 2011. p.63). Respecto a ellas, el V Manual diagnóstico de trastornos mentales (DSM V) desarrolla una clasificación para la valoración y tratamiento de las mismas:

La función sexual supone una interacción entre factores biológicos, socioculturales y psicológicos. Por lo que el diagnóstico de disfunción requiere descartar problemas que se expliquen mejor por un trastorno mental no sexual, por los efectos de una sustancia o por un conflicto importante en la relación, la violencia de pareja u otros factores de estrés (DSMV, 2014, p.423).

Así pues, las disfunciones sexuales femeninas más frecuentes en el postparto figuran en las diferentes clasificaciones internacionales y manuales de práctica clínica de la siguiente forma (Alcoba, San Martín y García, 2004; DSMV, 2014; OMS, 1992):

-Deseo sexual hipoactivo referido a:

La disminución (o ausencia de fantasías y deseos de actividad sexual) de forma persistente o recurrente, que provoca malestar acusado y dificultades en la relación interpersonal. El diagnóstico debe tomar en cuenta factores que afectan el funcionamiento sexual, tales como edad, sexo y el contexto de la vida de la persona (DSM V, 2014, p.441).

Los trastornos del deseo posiblemente sean la disfunción sexual más compleja de tratar, por las diferentes manifestaciones que

presenta y ser causa de muy diversas alteraciones, disfunciones y conflictos (Alcoba et al., 2004).

-Trastorno del interés/excitación sexual femenino al existir una “incapacidad persistente o recurrente para obtener o mantener la respuesta de lubricación propia de la fase de excitación hasta la terminación de la actividad sexual, causando un malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales” (DSM V, 2014, p.433). A pesar de que en un plano teórico las fases de deseo y excitación están claramente diferenciadas y definidas, a nivel práctico es difícil establecer los límites, teniendo en común una baja frecuencia de actividad sexual (Alcoba et al., 2004).

-Trastorno orgásmico femenino entendido como:

Ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo tras una fase de excitación sexual normal. Esta dificultad puede darse en todas las situaciones o sólo en algunas específicas, y provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales. Este diagnóstico no se considera apropiado si la dificultad para conseguir el orgasmo se debe a que la estimulación sexual no es la adecuada en cuanto a objeto, intensidad y duración (DSM V, 2014, p.429).

Las mujeres presentan una amplia variedad en el tipo o intensidad de la estimulación necesaria para producir el orgasmo, pudiendo encontrar mujeres que consultan porque nunca han conseguido un orgasmo coital en pareja o solo lo logran mediante estimulaciones distintas al coito (Alcoba et al., 2004).

-Trastorno por penetración/dolor genito-pélvico cuando existe “dolor genital recurrente o persistente asociado a la relación sexual, tanto en hombres como en mujeres, antes, durante o después del coito, causando malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales” (DSM V, 2014, p.437).

Este trastorno presenta una combinación de las categorías vaginismo y dispaurenia del anterior DSM IV (2001), teniendo una alta comorbilidad y siendo difíciles de distinguir. Este dolor puede presentarse en el momento de la introducción, durante la fricción o en algunos movimientos y posiciones específicas. Aunque sea definido como dolor, son igualmente válidos síntomas tales como escozor, desgarró, ardor, picor o desagrado. Un 2% de las mujeres la pueden padecer de forma regular y un porcentaje mayor de forma ocasional (Alcoba et al., 2004).

A lo largo del ciclo vital y, especialmente en el puerperio, es común que las mujeres presenten algún tipo de disfunción sexual que incida en su calidad de vida. Estos problemas sexuales no sólo van a repercutir en la mujer, sino también en su relación de pareja, en el entorno familiar y social. Por consiguiente el tratamiento de las disfunciones sexuales va a mejorar la calidad de vida sexual de la mujer, convirtiéndose en un marcador eficaz del estado de salud.

CAPÍTULO 6. Relevancia de la Sexualidad en la Salud

Como se ha mencionado en apartados anteriores, entender el concepto de sexología nos va a ayudar a entender e integrar la definición de salud sexual. Ésta surge en los años setenta como consecuencia de una serie de acontecimientos históricos, que van a permitir desvincular socialmente la reproducción y el placer sexual. Entre estos destacar el descubrimiento de los anticonceptivos orales, el surgimiento de la educación sexual como práctica pedagógica institucionalizada y las investigaciones e informes acerca de la respuesta sexual humana, como los trabajos de Masters & Johnson, que van a contribuir al surgimiento de las terapias sexuales ante las disfunciones sexuales diagnosticadas (Beltrán, 2009). Asimismo, el Estado ha contribuido de manera importante en el estudio y difusión de la salud sexual mediante el documento de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, el cual incide en el hecho de que:

La salud sexual es un concepto que ha estado en constante revisión como consecuencia de las reivindicaciones de los movimientos sociales (...) De la misma manera, diferentes organizaciones tales como la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) y la Asociación Mundial de Sexología (WAS) han reconocido y formulado declaraciones explícitas sobre los derechos sexuales (MSSSI, 2011, p.15).

Dada la importancia que cobra en este estudio el conocimiento de la salud sexual por su estrecha relación con las ciencias socio-sanitarias,

a continuación, realizamos un recorrido histórico en la evolución del concepto de salud sexual a nivel internacional, europeo y nacional.

6.1. Marco Histórico Institucional de la Salud Sexual

Salud sexual tiene su primera definición sistemática en el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1975, y se hace referencia a ella como: “la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales de ser sexual, de tal forma que enriquezca positivamente y mejoren la personalidad, la comunicación, y el amor”. Las aportaciones más relevantes del concepto se centran en el derecho a la información sexual y el derecho al placer, relación que implica que la salud sexual supone un componente importante de la sexualidad humana. El propósito del cuidado de la salud sexual debe ser el mejoramiento de la vida y las relaciones personales, y no meramente la consejería y el cuidado relacionado con la reproducción o las enfermedades sexualmente transmitidas, según indica la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1975).

Posteriormente, esta definición sufrirá modificaciones acordes a los cambios que se van a producir en cuanto a la salud sexual. La pandemia del Sida en 1981 constituirá un punto de inflexión en la importancia del cuidado de las relaciones sexuales para la salud de las personas, e influirá en la definición de salud sexual por parte de la OMS. Será en la conferencia organizada por la OMS “Iniciativa para una Maternidad sin riesgos” en Nairobi 1987, donde se comienza a

hablar salud reproductiva y a vincular ésta con los derechos humanos y reproductivos (Starrs, 2006). Y es a partir de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) coordinada por la Organización de Naciones Unidas (ONU) y realizada en El Cairo en 1994, cuando se pone el acento definitivo en el concepto de salud sexual y reproductiva, y su importancia en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

Por primera vez se hace visible la presencia masculina en los procesos reproductivos, exigiendo a los hombres que compartan por igual las responsabilidades de la planificación de la familia y las labores domésticas, la crianza de los hijos y la responsabilidad de prevenir las enfermedades de transmisión sexual. Lo novedoso es que se deja de centrar toda la responsabilidad de la reproducción en las mujeres, situación que perpetuaba las condiciones de inequidad, vulnerabilidad y dependencia de las mujeres y la autoridad masculina (ONU, 1994). De este modo, se asume la sexualidad de las personas de manera más integral, más allá de la planificación familiar y como una dimensión fundamental del ser humano.

Un año después en 1995, se celebra la IV Conferencia Mundial sobre la mujer de Naciones Unidas en Beijing, donde se reconoce que: “la capacidad de las mujeres para controlar su fecundidad constituye una base fundamental para el disfrute de otros derechos”. Este aspecto es importante para el desarrollo de la salud sexual al

desvincular la reproducción del placer sexual, y subraya el valor de respetar los derechos reproductivos (ONU, 1995, p.2).

En el año 2000, se celebra la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, donde se consolida el compromiso de promover políticas y acciones que disminuyan la mortalidad materna, erradiquen o reduzcan todas aquellas enfermedades graves que afligen a la sociedad, promuevan la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer. Estos acuerdos constituirán un importante impulso para la promoción de la salud sexual (ONU, 2002).

Por su parte, la OMS (2000) ante los cambios históricos que van desencadenándose redefine su definición de salud sexual como:

Estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coacción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y satisfechos (OMS, 2000, p.6).

Con esta nueva definición se aprecia una evolución del concepto de salud sexual respecto a la propuesta de 1974. Por un lado, habla de la salud y seguridad de las experiencias sexuales desde la perspectiva de género, subrayando que deben ser libres de discriminación, coerción y violencia tal como defienden los derechos sexuales; y, por

otro, se omite el término de reproducción, enfatizando en el placer como una fuente positiva de salud sexual (Beltrán, 2009).

La dimensión del concepto requiere que estrategias y medidas sean destinadas para conseguir una mejora de la salud sexo-reproductiva de los individuos en particular y de la sociedad en general (OMS, 2000). Así la promoción de la salud sexual exige que diferentes organismos, instituciones y asociaciones se impliquen para garantizar la educación y cuidados de salud en materia de sexualidad.

A nivel europeo en 2005, dentro del marco de la Enfermería, la Asociación Europea de Matronas subraya la necesidad de una educación sexual para poder aportar cuidados integrales y respetuosos a la mujer al ser una parte de la salud reproductiva, e inciden en que para conseguir una educación sexual adecuada se exige respeto y compromiso (Asociación Europea de Matronas, 2005).

En España, ha habido un creciente interés por desarrollar con calidad los objetivos en cuanto a la mejora de la salud sexual. Para ello, diferentes instituciones han promovido estrategias como es la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSSSI, 2011), cuyo objetivo es:

Promover una atención de calidad con servicios accesibles a la salud sexual, contribuyendo a mejorar la vivencia de la sexualidad de manera integral, autónoma, diversa, igualitaria, placentera, responsable, saludable y respetuosa a lo largo de la vida, en donde los derechos sexuales y reproductivos de

mujeres y hombres con independencia de sus opciones, orientaciones sexuales e identidades de género, queden garantizados (MSSSI, 2011, p.5).

Y entre sus objetivos específicos, centrados en la atención al puerperio, destaca el de “promover la salud de las mujeres puérperas, atendiendo a los cambios físicos, emocionales y psicológicos que se producen durante este periodo y facilitar el asesoramiento y los cuidados necesarios para su bienestar” (MSSSI, 2011, p.5).

En la Región de Murcia se presenta el Programa Integral de Atención a la Mujer (PIAM) de la Consejería de Sanidad y Política Social para dar respuesta a estas necesidades educativas y asistenciales en materia de salud sexual, el cual incluye el control del embarazo, parto y puerperio haciendo hincapié en los cambios físicos y psicológicos a nivel sexual. Entre sus objetivos específicos, dentro del subprograma de atención al embarazo, parto y puerperio, cobra importancia:

Predecir los posibles cambios y adaptaciones que la faceta sexual de la pareja puede sufrir en esta etapa (...). Decidir sobre los métodos anticonceptivos que mejor se adapten a sus circunstancias y necesidades familiares en esta etapa de la vida y explicar cómo acceder a ellos (Consejería de Sanidad y Política Social Región de Murcia, 2012, p.138).

Así pues, se confirma la puesta en valor de los profesionales sanitarios y en especial de las Matronas, por su estrecho contacto con la mujer en todas las etapas de su vida, serán las profesionales idóneas para llevar a cabo los objetivos que se pretenden conseguir en

materia de salud sexual especificados en los programas establecidos a nivel institucional.

De igual forma, Arnau, Martínez, Nicolás, Bas, Morales, y Álvarez, (2012) afirman que:

En su formación académica es importante destacar los valores adquiridos por la Matrona tales como el altruismo, la igualdad, la dignidad humana. Todos ellos de suma importancia para atender las necesidades y expectativas de la mujer, impregnando de humanización sus prácticas profesionales en la atención del proceso reproductivo (p.244).

La Matrona es considerada una figura esencial en el ámbito de la maternidad y de las mujeres, que presta una atención integral y sexual durante todo su ciclo vital. Además es reconocida tanto por la Organización Mundial de la Salud como por la Unión Europea, constituyendo una profesión regulada, con un perfil competencial específico y con una formación mínima armonizada en todos los Estados miembros (B.O.E. nº 129, de 28 de mayo de 2009. pp.44730 – 44766; Arnau, 2012, p. 99).

6.2. La Formación de la Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología (Matrona) en Materia de Salud Sexual.

Tras analizar el Marco Histórico Institucional se constata la importancia del desarrollo y fomento de la salud sexual de la mujer en las diferentes etapas de su vida, resultando la Enfermera Especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) la profesional ideal

para desarrollar estos Cuidados; ya desde su formación entre las actividades mínimas a desarrollar en su aprendizaje clínico deben entre otras:

Asesorar en materia de anticoncepción y sexualidad a 60 mujeres incluida la contracepción de emergencia e interrupción voluntaria del embarazo. Atender y asesorar de manera individual a 25 jóvenes en materia de sexualidad y contracepción. Participar responsabilizándose en dos intervenciones grupales de educación sexual y reproductiva dirigidas a mujeres y jóvenes en la comunidad (Unidad Docente de Matronas de la Universidad de Murcia y del Servicio Murciano de Salud, 2011. pp.59-60).

Es en el Real Decreto 992/1987 de 3 de Julio (B.O.E. nº 132 de 2 de junio de 1992, pp.18569-18572) donde dictan las directrices para la elaboración de los planes de estudio de las Enfermeras Especialistas en Obstetricia y Ginecología (Matronas). En concreto, en la materia de “Enfermería de la Mujer y Familia II” de su plan formativo se especifica como propósito general que las futuras especialistas “Comprendan las diferentes formas de vivir y expresar la sexualidad y adquieran los conocimientos que les capaciten para atender a la mujer con problemas ginecológicos a lo largo del ciclo vital” (Unidad Docente de Matronas de la Universidad de Murcia y del Servicio Murciano de Salud, 2003. p.37); donde constan entre sus contenidos la Unidad I de Sexualidad, con 48 horas lectivas. En la misma se desarrollan los siguientes temas:

- 1) Sexualidad y Evolución Histórica
- 2) Consideraciones Socioantropológicas de la Sexualidad
- 3) Patrones de Respuesta Sexual

4) Estilos de Vida Sexual

5) Relación Sexual

6) Sexualidad en las Etapas del Ciclo Vital, que se subdivide en:

Desarrollo Sexual Prenatal

Sexualidad en la Infancia y la Niñez

Sexualidad en la Pubertad y Adolescencia

Sexualidad en la Etapa Adulta

Sexualidad en la Menopausia y la Vejez

7) Dificultades en la Vivencia de la Sexualidad que desarrolla los subtemas de:

Sexualidad y Enfermedad

Disfunciones Sexuales

Sexo y Poder,

8) Contracepción

9) Educación Sexual que incluye el dos subtemas:

Metodología de la Educación Sexual

Educación Sexual en las Diferentes Etapas del Ciclo Vital.

Actualmente está en vigor el plan de estudios aprobado por el Ministerio de Sanidad y Política Social que publica la Orden SAS/1349/2009 de 6 de mayo, de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) donde se contempla en la materia de “Enfermería de la Mujer y la Familia” de su plan formativo, el siguiente objetivo general: “Adquirir conocimientos sobre los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser humano para el

desarrollo de actitudes responsables hacia la conducta sexual” (Unidad Docente de Matronas de la Universidad de Murcia y del Servicio Murciano de Salud, 2013. p.24). Entre sus contenidos consta la Unidad 14 de Sexualidad, que además de desarrollar la sexualidad en el embarazo y puerperio, profundiza en los siguientes temas:

- Conceptos generales. Concepto de sexo y sexualidad. Sexología: evolución histórica Salud Sexual.
- Socioantropología de la sexualidad.
- Componentes de la sexualidad. Componentes biológicos. Componentes psicosociales.
- Psicofisiología sexual. Estímulos psicológicos y estímulos biológicos de la respuesta sexual. Fisiología de la respuesta sexual.
- La sexualidad en la pubertad y en la adolescencia. Información y educación sanitaria.
- La sexualidad en la etapa adulta. Actitudes sexuales y ajuste en las relaciones.
- La sexualidad en el embarazo y en el puerperio. Factores que influyen en la respuesta sexual.
- La sexualidad en el climaterio. Factores que influyen en la respuesta sexual. Conducta sexual.
- Disfunciones sexuales. Clasificaciones. Principales causas de disfunción sexual.
- Fármacos, drogas y conducta sexual.
- Educación sexual. Programas de educación sexual.

-Sexo y poder. Los roles de género en los medios de comunicación. Publicidad. Pornografía.

-Abordaje de la sexualidad en la práctica clínica.

Es significativo el papel de la Matrona en la salud sexual de la mujer por ser la profesional que cumple las competencias para: a) liderar y dinamizar programas de salud materno-infantil, atención a la mujer y de la salud sexual y reproductiva; b) realizar una adecuada educación para la salud a la mujer, familia y comunidad, identificando las necesidades de aprendizaje en relación con la salud materno-infantil, la salud sexual, reproductiva y en el climaterio; c) realizar consejo afectivo sexual y consejo reproductivo a la mujer, jóvenes y familia; d) promover una vivencia positiva y una actitud responsable de la sexualidad en la población y asesorar en materia de anticoncepción; e) realizar actividades de promoción, prevención y colaborar en las actividades de asistencia y recuperación de la salud sexual, reproductiva y del climaterio en la mujer y gestionar las actividades y recursos existentes en el ámbito de la atención a la salud sexual y reproductiva (B.O.E. nº129 de 28 de mayo de 2009, pp. 44697-44729).

Quedando constancia la importancia que representa la sexualidad de las mujeres en la formación de las Matronas.

BLOQUE II. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO 1. Planteamiento del Problema

En el puerperio, las mujeres se enfrentan a una profunda transformación de sus vidas y sus relaciones, a través de cambios físicos, psicológicos y sociales que afectan a sus vidas sexuales. Los profesionales de la salud están preparados para actuar y dar soluciones a las complicaciones que puedan surgir, dando consejos frente a estos cambios de forma natural. Asimismo, la información impartida por los agentes de salud sobre la sexualidad durante el puerperio con frecuencia es imprecisa evitando ahondar en la misma, lo cual contribuye a la creación de mitos y un estrés emocional, que pueden causar conflictos a largo plazo en la relación de pareja (Byrd, Hyde, Delamater & Plant, 1998; Polomeno, 1996). En referencia a ello, Barrett et al. (1999) constatan que solo un 18% de las mujeres reciben información acerca de los cambios en su función sexual durante el puerperio.

Como se ha mencionado en apartados precedentes, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad promueve la mejora de la salud sexual a través de la "Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva" (MSSSI, 2011). Después de examinar las realidades de la salud sexual en España, consideró necesario mejorar los servicios relacionados con ésta desde una perspectiva integral y holística, evitando reducirlo a una cuestión meramente fisiológica. El objetivo

general de dicha Estrategia es ofrecer información y atención de calidad para la salud sexual y reproductiva de las mujeres en todas las etapas de sus vidas. Esto incluye el puerperio, donde la mujer y su relación de pareja podrían llegar a deteriorarse debido a factores biológicos, psicológicos y socioculturales, alterando su vida sexual (Wood, Mansfield, & Kock, 2007). Respecto a ello, según Barrett et al. (1999) la disfunción sexual postparto se identifica en un 41-83% de las mujeres a los 2-3 meses postparto; datos que son corroborados por el estudio realizado por Acele & KaraÇam (2011) al afirmar que el 91% de las mujeres sufren disfunciones sexuales en este periodo.

Numerosas investigaciones han concluido sobre la necesidad de que los profesionales adopten un enfoque sexual y psico-emocional en la atención a las mujeres durante este periodo, además del enfoque fisiológico actual (De Judicibus & McCabe, 2002; Hipp; Low & Van Anders, 2012; Nezhad. & Goodarzi, 2011; Polomeno, 1996). Esto incluye elementos que afectan a la función sexual, destacando aquellos que conducen a niveles significativos de morbilidad durante el puerperio y disminuyen la satisfacción sexual, tales como una disminución en la frecuencia de la actividad sexual y la libido debido a la dispareunia (el 55% de las mujeres experimenta dolor durante la penetración en el postparto y un 45% continua padeciéndolo a los 2 meses postparto), el agotamiento, la insatisfacción con su autoimagen, y la disminución del deseo sexual (Barrett et al., 1999; Dixon, Booth, & Powell, 2000). Del mismo modo, la depresión, la insatisfacción en pareja

y las experiencias negativas de la maternidad son considerados factores que pueden afectar la sexualidad de las puérperas (De Judicibus, & McCabe, 2002). Respecto a ello, las principales preocupaciones de las mujeres en este periodo son la elección del momento adecuado en el que reiniciar la actividad coital, el temor de un nuevo embarazo y su recuperación física después del parto (Enderle et al., 2013; Pastore, Owens, & Raymond, 2007).

Por otro lado, las alteraciones del suelo pélvico como la incontinencia urinaria, consecuencia del traumatismo del parto, también pueden causar un retraso en la reanudación de la actividad sexual coital (Dixon et al., 2000; Leeman, & Rogers, 2012). En este sentido, un estudio realizado con mujeres durante el embarazo y postparto asocia la incontinencia urinaria en el sexto mes postparto con una baja función sexual (Pauls, Occhino, & Dryfhout, 2008). Otros factores como la falta de lubricación vaginal y la dispareunia persisten en el 95 % de las madres lactantes a los 6 meses postparto, influyendo de forma negativa en la actividad sexual de la mujer (Signorello, Harlow, Chekos, & Repke, 2001). Factores psicológicos relacionados con la falta de comunicación y pérdida de la intimidad en la pareja también están vinculadas a la disminución del deseo sexual femenino durante el puerperio (Ahlborg & Strandmark, 2001). El puerperio es un periodo íntimo en la vida de la mujer, que va a favorecer una serie de sentimientos, acciones y vivencias que van a alterar su función sexual e

impactar en la relación de pareja (Martínez-Martínez, Arnau, Salmerón, Velandrino & Martínez, 2016).

La sexualidad es un tema difícil de abordar por las mujeres e incluso por los propios profesionales de la salud debido a las connotaciones biológicas, sociales, morales, culturales y personales que implica, por lo que cobra importancia su estudio ante el riesgo de disfunciones en el postparto. En base a ello, surgieron las siguientes cuestiones al inicio de este trabajo: ¿cómo perciben las mujeres su función sexual en el puerperio? ¿viven el puerperio de una forma sexualmente satisfactoria? ¿es representado como una etapa pasajera o el inicio del declive de sus vidas sexuales?; pese a los nuevos cambios en su vida sexual, ¿se sienten compensadas por la experiencia de la maternidad?. De esta forma, se plantea la necesidad de aproximarse a las madres para investigar su dimensión sexual. Mediante el análisis de sus narraciones acerca de sus vivencias particulares, y la adaptación y aplicación de un cuestionario de satisfacción sexual en esta población, permitirán hallar respuestas a estas preguntas.

CAPÍTULO 2. Justificación del Estudio

La sexualidad es un concepto plural compuesto por aspectos físicos, psíquicos y sociales, una forma de comunicación humana, salud, placer, afectividad y de reproducción; pese a que los constructos que definían la sexualidad hasta aproximadamente finales del siglo XIX,

quedaban determinados por un código moral que no permitía su expresión de forma equitativa entre los géneros. Esta rigidez imponía y marcaba la forma de comportarse y vivir, tanto a mujeres como a hombres, definiendo la sociedad patriarcal. En este contexto, la mujer quedaba relegada al ámbito privado de la casa y a la responsabilidad de la educación de los hijos, mientras que el hombre se dedicaba a la vida pública y al trabajo fuera de casa, estableciendo una relación vertical con el resto de los miembros de la familia, por lo que era difícil el establecimiento de relaciones sexuales de igualdad (Esteban, 2000; Narotzky, 1994; Téllez y Heras, 2005). Aspecto que se ha ido reproduciendo a lo largo de la historia hasta la actualidad, ya que de algún modo los roles de género asignados culturalmente a la mujer han ido modulando las relaciones entre los sexos. “Esta ideología, perteneciente a una civilización androcéntrica, construye las representaciones sobre la mujer desde una lógica patriarcal, y desde un discurso basado en la dominación masculina” (Arnau, 2012, p.77).

Actualmente, la sociedad practica una opresión femenina sometiendo a la mujer en base a la sexualidad y la reproducción (Ramos, 1992). Así pues, el género ha sido determinante en la naturaleza de las relaciones sociales y sexuales, en tanto que las representaciones ideológicas de género del imaginario colectivo integraban de una manera naturalizada y asumida unas relaciones asimétricas de poder entre hombres y mujeres, desarrollando roles socialmente adquiridos (Esteban, 2000; Narotzky, 1994).

A finales del siglo XIX, como revulsivo a esta ideología de género, emergen los movimientos feministas para defender e igualar los derechos y deberes de la mujer con respecto al hombre. Aspecto que recoge la Constitución de 1978, en su artículo 14, y posteriormente la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, aprobada por las Cortes Generales de España (B.O.E. nº 71, de 23 de marzo, de 2007, pp.12611 a 12645) que proclama el derecho a la igualdad y a la no discriminación por razón de sexo. Asimismo, el artículo 9.2 de la Constitución española consagra la obligación de los poderes públicos de promover las condiciones para que la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sea real y efectiva (Constitución Española, 1978). Respecto a los derechos sexuales, éstos fueron aprobados en la Declaración Universal de Derechos Sexuales del XIII Congreso Mundial de Sexología de 1997 en Valencia (España), revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología (WAS) el 26 de agosto de 1.999 en el XIV Congreso Mundial de Sexología (Hong Kong). Según esta declaración, los derechos sexuales son derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad para todos los seres humanos y deben ser reconocidos, promovidos, respetados y defendidos por todas las sociedades (WAS, 1999).

Por lo tanto, la salud sexual será el resultado del reconocimiento y respeto de los derechos sexuales relacionados con la libertad, autonomía e integridad sexual; la privacidad y equidad; el placer y la expresión sexual y emocional; la libre asociación y toma de decisiones

reproductivas responsables. Además del acceso a la información, educación sexual y atención clínica de la salud sexual (Asociación Mundial de Sexología, 1999).

En la actualidad, el rol sexual que juegan hombres y mujeres ha evolucionado al igual que la nueva concepción de la crianza. De esta forma, la vivencia del puerperio se ha visto modificada por el estilo familiar y las nuevas posibilidades de relación de pareja. La mujer ha conseguido en los últimos años independencia económica, laboral y de libertad para la elección de métodos anticonceptivos, lo que le ha permitido ser madre sin las restricciones sociales que existían antaño, además de conseguir un mayor reconocimiento por parte de la sociedad. Por tanto, la sexualidad deja de entenderse como una función meramente reproductora, pasando a ser defendida, principalmente por unos derechos que subrayan la salud y el placer. Los profesionales sanitarios y en especial la Matrona se señala como la profesional de confianza que ha recibido una formación reglada, y que entre sus competencias figura conocer los aspectos más íntimos de la mujer, atendiendo sus necesidades tanto físicas como emocionales durante los diferentes periodos de su vida, encontrándose en un escenario privilegiado para prestar atención a la sexualidad de la mujer en un momento de su biografía altamente significativo, como es el puerperio.

Por todo lo anteriormente expuesto, surgió la necesidad de investigar la vivencia de la sexualidad de las mujeres en el puerperio,

profundizando en la función y satisfacción sexual. Y es por lo que nos planteamos los objetivos que se citan a continuación.

CAPÍTULO 3. Objetivos de la Investigación

Los objetivos propuestos para esta investigación son los siguientes:

3.1. Objetivo General

Evaluar la satisfacción sexual de la mujer durante la etapa del puerperio en el Área de Salud II de Cartagena, Región de Murcia.

3.2. Objetivos Específicos

1. Valorar cómo percibe la mujer puérpera su función y vida sexual en pareja.
2. Revisar la calidad psicométrica de las escalas de medida existentes de la satisfacción sexual en la mujer puérpera.
3. Validar una escala en una muestra española de mujeres para medir la satisfacción sexual en el puerperio.

BLOQUE III. MARCO METODOLÓGICO

Para la elaboración de este trabajo se optó por desarrollar una metodología mixta, dado que constituye una estrategia de investigación en la que el investigador recolecta, analiza y mezcla datos cuantitativos y cualitativos en un único estudio.

Su objetivo es utilizar las fortalezas de ambas metodologías combinándolas y tratando de minimizar sus debilidades, obteniendo una visión más completa del fenómeno al utilizar múltiples enfoques para responder a las preguntas del investigador, de esta forma se evita restringir o limitar las opciones a estudiar (Creswell, 2003).

Según Johnson & Onwuegbuzie (2004), entre las fortalezas de esta metodología destacan:

- a) Las palabras, imágenes y narrativa se pueden utilizar para entender los números y estos, a su vez, pueden agregar precisión para entender las imágenes y la narrativa.
- b) Permite responder a una gama más amplia de preguntas.
- c) Utiliza las fortalezas de un método para superar las debilidades del otro método.
- d) La convergencia de conclusiones puede ayudar a corroborar los resultados y la conjunción de técnicas cualitativas y cuantitativas producen un conocimiento más completo.

Por el contrario, entre las debilidades de este tipo de metodología destacan: de un lado, lo complicado de mezclar adecuadamente ambos métodos y analizar los datos cuantitativos y cualitativos interpretando resultados que resultan aparentemente contradictorios, y de otro, esta metodología requiere mayor tiempo de realización.

No obstante, es sabido que, todo tema de investigación y recolección de datos cuantitativos o cualitativos opera dentro de un contexto cultural, y es afectado por las tendencias y creencias de los investigadores, por lo que cada aproximación puede satisfacer o no los requisitos del rigor sistemático (Pole, 2009). No obstante, la finalidad de la metodología mixta será utilizar múltiples enfoques para responder a las preguntas de investigación, en lugar de restringir o limitar las opciones de los investigadores (Johnson & Onwuegbuzie, 2004; Teddlie & Tashakkori, 2006).

De esta forma, la investigación mediante el uso de una metodología mixta precisa tener en cuenta una serie de estándares más rigurosos que otras metodologías, llegando a ser versátiles e innovadores con un repertorio de habilidades de investigación que exceden de los necesarios para la investigación de modo único. Asimismo, establece explícitamente sus bases filosóficas y postura paradigmática antes de defender con rigor sus opciones metodológicas, demostrando una sólida base de conocimientos de los métodos mixtos de diseños de investigación y consideraciones metodológicas (Cameron, 2011).

Indudablemente, existe consenso para afirmar que la investigación mixta aumenta la posibilidad de ampliar las dimensiones del proyecto de investigación, siendo más profunda la comprensión del fenómeno de estudio (Creswell, 2003; Hernández-Sampieri y Mendoza, 2008; Morse & Niehaus, 2011). En esta línea, Baran & Jones (2016) afirman que:

El método mixto en la investigación proporciona una base metodológica precisa que conduce a resolver los problemas con un enfoque más sistemático para la evaluación del problema, el desarrollo, la evaluación y el seguimiento del proceso natural con el fin de obtener conocimientos y un cambio significativo. (...) el análisis e integración de los datos de los métodos cualitativos y cuantitativos genera conclusiones consistentes y fiables acerca del estudio (p.54).

A continuación, se desarrolla la metodología que fue empleada en cada fase de este trabajo de investigación. En la primera fase se desarrolla el estudio cualitativo, seguido de una segunda donde se hace una revisión sistemática, y una tercera que elabora un estudio cuantitativo consistente.

CAPÍTULO 1. Metodología Estudio Cualitativo

Dados los objetivos propuestos, esta primera parte de la investigación se centró en el estudio de la función y vida sexual de la mujer durante el puerperio. Se llevó a cabo un estudio cualitativo de carácter exploratorio basado en la teoría fenomenológica, con la finalidad de conseguir una aproximación a la realidad a través del relato

de las propias participantes. Para ello, se siguieron algunos de los modelos que aparecen en investigaciones de corte cualitativo, donde se construye el conocimiento partiendo de las interpretaciones y actividades de sus protagonistas, cediéndoles el protagonismo y el peso de los datos en la investigación (Arnau, 2012; De la Cuesta, 2006; Rodríguez et al., 1996).

La metodología cualitativa sigue un proceso de investigación inductivo e ideográfico que asume la concepción múltiple de la realidad, donde investigador y sujetos investigados están interrelacionados, interaccionando e influyendo mutuamente. Se trata de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas, por tanto las situaciones naturales son la fuente principal y directa de los datos (Colás, 1992; De la Cuesta, 2006; Guba & Lincoln, 1982; Guerrero, 1991; Mayan, 2001; Mayorga y Tojar, 2004; Rodríguez et al., 1996). Según Arnal, Del Rincón y Latorre (1992, p. 195), la metodología cualitativa se caracteriza por:

- a) Concepción múltiple de la realidad. Es decir, no existe una única verdad, las realidades se estudian de forma holística y no se pueden predecir ni controlar los hechos.
- b) La comprensión de los fenómenos es el propósito de esta metodología. Ello se consigue a través del análisis de las percepciones e interpretaciones de los protagonistas de la intervención.
- c) Tanto el investigador como los sujetos de investigación están interrelacionados. Es decir, existe una influencia e interacción mutua. El desarrollo de un cuerpo de conocimientos ideográficos que describa los casos individuales se perfila como objetivo de la investigación.
- d) Al ser simultáneos los fenómenos e interacciones mutuas, es imposible distinguir las causas de los efectos.
- e) Las situaciones naturales son la fuente principal y directa de los datos.
- f) El investigador es el principal instrumento de recogida de datos.

De esta forma se procedió a un análisis cualitativo de la realidad que obedeció a las siguientes razones; de un lado, las mujeres ofrecen poca información acerca de la vivencia de su sexualidad en el puerperio ya que pertenece a su esfera más íntima, y de otro, se considera la más apropiada para estudiar las percepciones, vivencias y sentimientos de las protagonistas. Esta metodología ayuda a conseguir los objetivos propuestos mediante una aproximación inductiva, donde las ideas o categorías van emergiendo preferentemente desde los datos obtenidos siguiendo el enfoque fenomenológico.

La fenomenología implica un análisis en el que el investigador interpreta los datos usando su perspectiva subjetiva, mientras intenta contextualizarlos en las realidades a las que se enfrentan los participantes en la investigación. Este enfoque incluye el concepto de conciencia definiéndolo como un conjunto de actos que serán las vivencias de los sujetos. La conciencia, siempre presente en toda experiencia que realice el sujeto, aprehende los objetos que se denominarán fenómenos. De esta forma, pertenecientes a la conexión de la conciencia, los fenómenos no aparecen, son vividos (Husserl, 1985).

Heidegger (2006), por su parte, precisa que la fenomenología consiste en un fenómeno objetivo que interpreta y aclara el sentido del ser, donde la dimensión fundamental de toda conciencia humana es histórica y sociocultural, y se expresa por medio del lenguaje. Todas las personas son un ser en el mundo que incluye sus relaciones con las

demás personas, además éste se construye y modifica, y su estudio sugiere la forma de interpretarlo y vivirlo. La fenomenología, en este sentido no busca establecer relaciones de causalidad entre variables en término de causa y efecto unidireccionales. Este paradigma no permite estudiar los hechos de manera totalmente objetiva (en el sentido de las ciencias naturales), puesto que el investigador interactúa y modifica en mayor o menor medida con el objeto estudiado, a la vez que el fenómeno investigado es interpretado por los propios sujetos analizados (Salamanca, 2013).

Bajo este marco, el análisis de los fenómenos está estrechamente ligado a los significados de los sujetos a estudio. El investigador interpreta bajo su prisma de subjetividad las realidades construidas por el sujeto de investigación (Guba & Lincoln, 1982).

Mèlich (1994) describe los rasgos principales de la fenomenología expuestos por uno de sus ideólogos más influyente, el fenomenólogo holandés Van Manen (1990, p. 50):

1. Se encarga de la experiencia que todavía no se ha conceptualizado
2. Explica los fenómenos dados a la conciencia.
3. Se plantea la esencia de los hechos, en un intento de desvelar las estructuras significativas internas del mundo.
4. Procura explicar los significados en los que estamos inmersos como seres vivos.
5. Es sistemático, explícito, autocrítico e intersubjetivo.
6. Es la práctica atenta de las meditaciones.
7. Explora el significado de ser humano
8. Es el pensar sobre la experiencia originaria.

Por consiguiente, el enfoque cualitativo fenomenológico estaría referido, en su sentido más amplio, a la investigación que produce datos descriptivos por medio de las interpretaciones de la realidad que los propios actores sociales realizan. Con ello, esta metodología permite abordar el fenómeno de estudio, así como conocer la realidad que están viviendo las protagonistas.

1.1. Búsqueda Bibliográfica

En primer lugar se realizó una revisión bibliográfica previa, que aportó información actual acerca del objeto de investigación. Esto permitió obtener una perspectiva sobre lo estudiado e investigado acerca del tema, ayudando no sólo a contextualizar los resultados sino también a tener en cuenta qué se sabe y qué aspectos quedan por estudiar (Arnau, 2012).

En esta revisión previa, se procedió a la realizar búsquedas bibliográficas en las bases de datos documentales Pubmed y CINAHL. La estrategia de búsqueda se desarrolló utilizando los siguientes términos Mesh (Medical Subject Heading), que permitieron una búsqueda avanzada: “Postpartum Period”, “Sexuality”, “Sexual function”, “Puerperium” y “Sexuality after childbirth”. Estos términos se buscaron en el título, en el abstract y en todos los campos, usando el operador lógico booleano -AND-. Además de búsquedas manuales usando en lenguaje libre los siguientes términos: “Sexualidad en el puerperio”; “Sexualidad en el postparto”; “Función sexual postparto”;

“Sexualidad y maternidad”; “Sexuality in the postpartum period”; “Sexual function in the postpartum period”; “Sexuality and puerperium”.

Los límites de la búsqueda bibliográfica establecieron los siguientes criterios de exclusión:

- a) Artículos que no fuesen escritos en idioma inglés o español.
- b) Mujeres menores de 18 años. Se consideró que es a partir de la mayoría de edad cuando generalmente la mujer que ha sido madre se independiza de casa, en el caso de que tenga pareja, repercutiendo positivamente en su vida sexual al favorecer la intimidad.
- c) Mujeres que parieron hace más de un año. Este aspecto contribuye a que el recuerdo y percepción de su puerperio sea lejana, lo que puede empobrecerla información obtenida.
- d) Mujeres diagnosticadas de alguna patología médica. La sintomatología derivada de la misma podría interferir en su vivencia de la sexualidad (Alonso, 2007; Ambler, Eric & Diamond, 2012; Pauls et al., 2008).
- e) Estudios que aborden la sexualidad masculina en el puerperio. Al tratarse el presente estudio cualitativo de la función sexual de la mujer en el puerperio, se procedió a obtener los datos de las propias protagonistas, descartándose la información aportada por sus parejas (hombres), por no ser el objeto de estudio.

f) Artículos a los que no se pudo acceder ni mediante búsquedas manuales, ni solicitudes bibliotecarias o personales.

La revisión bibliográfica ofreció un total 54 artículos: 16 quedaron excluidos por los criterios mencionados, 4 estaban repetidos y 34 estudios fueron válidos abordando la sexualidad y función sexual en el puerperio, según lo establecido en la búsqueda.

1.2. Trabajo de Campo

Este concepto cuya procedencia inicial se remonta a los inicios de las investigaciones antropológicas en sociedades “primitivas” (Monistrol, 2007), se puede definir como el tiempo y modo de la investigación que se dedica a la generación y registro de datos, y de información acerca del objeto de estudio.

Entendiendo el trabajo de campo como proceso, se pueden distinguir diferentes etapas que conllevan una serie de toma de decisiones o tareas por parte del investigador. Así diversos autores distinguen diferentes secuencias:

- a) Fase inicial. En ésta el investigador formula el problema de investigación, selecciona la estrategia metodológica y la población diana.
- b) Fase de desarrollo. Realiza la entrada en el campo, se gestionan los permisos y se llevan a cabo las técnicas de recogida de datos, archivando y analizando la información recabada.

- c) Fase final. Se analizan en profundidad los datos obtenidos y se redacta la información (Monistrol, 2007; Rodríguez et al., 1996; Vallés, 1999).

En este estudio, se realizaron 30 entrevistas semiestructuradas con mujeres puérperas. Para el trabajo de campo se tomaron como punto de partida, las diferentes propuestas que recogen Taylor y Bogdan (1992), Rodríguez et al. (1996), y Mayorga y Tójar (2004). La secuencia del proceso metodológico queda reflejada en la siguiente Tabla 1.

Tabla 1

Secuencia del proceso metodológico

METODOLOGÍA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA UTILIZADA	
1º	Planteamiento de objetivos y elaboración del guión
2º	Selección de los participantes
3º	Determinación del lugar, espacio y fecha
4º	Desarrollo de las técnicas de recogida de datos
5º	Transcripción y análisis de datos

Fuente: Versión adaptada de Taylor y Bogdan (1992); Rodríguez Gil y García (1996); Mayorga y Tojar (2004).

1.2.1. Planteamiento de Objetivos y Elaboración del Guión

El guión de la entrevista fue realizado siguiendo los objetivos específicos propuestos. El formato para tal fin fue una guía temática, que tuvo en cuenta los principales temas de interés para facilitar el desarrollo posterior de la entrevista y focalización de las cuestiones de discusión.

Para la exploración de las dimensiones físicas, psíquicas, sociales y de pareja, además de su vida sexual, se llevó a cabo un guión de preguntas de elaboración propia que permitió la recogida de información. Este sirvió como base para formular la entrevista semiestructurada (Tabla 2).

1.2.2. Selección de los Participantes

Para la selección de los participantes se siguió el criterio intencional hasta la saturación de los datos, por lo que la representatividad de la muestra no estuvo basada en el número de participantes sino en la información aportada por los mismos (Gurdián-Fernández, 2007; Mayan, 2001; Salamanca, 2013; Vallés, 1999).

Respecto a la saturación de la información, ésta se consiguió cuando después de la aplicación del instrumento elegido para obtener la información, el material cualitativo obtenido dejó de aportar datos nuevos (López y Deslauriers, 2011; Taylor y Bogdan, 1992).

Tabla 2

Guión temático entrevista semiestructurada

GUIÓN TEMÁTICO ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

NÚCLEOS DE INTERÉS	PREGUNTAS
ESTADO FÍSICO	¿Cómo sientes o ves tu cuerpo ahora tras el parto?
ESTADO PSÍQUICO	¿Cómo te sientes en este momento de tu vida?; ¿Has notado cambios de humor?
MATERNIDAD	¿Cómo valoras la experiencia de ser madre?; ¿Cómo ha influido en tu vida? ; En el caso de que des lactancia materna, ¿Qué sentimientos te produce dar lactancia materna?
APOYOS/ AYUDAS	¿Cómo te organizas en casa con el niño?; ¿Tenéis ayuda?; ¿Qué tipo de ayuda y cómo la recibes?
RELACIÓN DE PAREJA	¿Cómo piensas que la maternidad ha influido en vuestra relación de pareja?; ¿Encontráis momentos de intimidad?; ¿Habéis reanudado las relaciones sexuales coitales tras el parto?; ¿Cómo te sentiste?; ¿has notado algún cambio en las mismas?; Además de las relaciones sexuales coitales ¿Cuidáis otro tipo de relaciones sexuales?; ¿Cómo es vuestra comunicación en pareja?; ¿Tienes deseos sexuales?; ¿Crees que los expresas a tu pareja?
VIDA SEXUAL	Define con una palabra el estado de tu vida sexual ahora. Del 1 al 10, valora como era tu vida sexual antes del embarazo, durante el embarazo y tras el parto. Y para finalizar, dime las 3 cosas, en orden de importancia, a las que desearías dar solución o que cambiaran, en tu vida en estos momentos.

1.2.2.1. Muestreo

Se seleccionó una muestra de 35 mujeres siguiendo un criterio intencional no probabilístico, hasta la saturación de los datos. La muestra fue recogida en la Unidad Obstétrica del paritorio del Hospital de Santa Lucía, Área II de Salud de la Región de Murcia (Cartagena), en el periodo comprendido entre abril y junio de 2014. De las 35 mujeres que se captaron inicialmente, hubo una pérdida experimental de 5 informantes de la muestra inicial que cancelaron la cita aduciendo motivos personales.

Se procedió a invitarlas verbalmente a participar en este estudio tras el parto, al inicio del puerperio inmediato. Se les solicitó un número de contacto para ultimar una cita entre las seis a ocho semanas postparto, respetando así el tiempo de puerperio que establece la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (Bajo, Melchor, y Mercé, 2007). Al ser captadas durante este tiempo, se pretendía que tuviesen próxima la experiencia vivida y así sus relatos fuesen más precisos y ricos en matices (Arnau, 2012). Una vez concretada la cita se llevó a cabo una entrevista semiestructurada, previa firma de un consentimiento informado (Anexo I), asegurando su confidencialidad y anonimato. Las mujeres participaron libremente en la investigación mediante la cumplimentación del consentimiento informado.

La muestra quedó configurada del siguiente modo: de una población de 736 partos que tuvieron lugar en el hospital referenciado

durante el período de recolección de datos establecido (abril-junio 2014), 54 mujeres fueron seleccionadas intencionalmente.

Del total de 54 mujeres, 35 cumplieron los criterios de inclusión. La muestra final quedó compuesta por 30 mujeres, cinco de las cuáles se negaron a participar en el estudio por motivos personales.

Las entrevistas fueron realizadas a propósito para esta investigación por la Matrona investigadora, y se llevaron a cabo en los hogares de las participantes. La duración de cada entrevista fue de 60-90 minutos de duración (López y Deslauriers, 2011), siendo bien aceptadas y con una alta tasa de participación. Se cree que este hecho se debió al vínculo de confianza que se estableció entre las mujeres y la investigadora-Matrona en la sala de partos, lo que proporcionó una ventaja para solicitar posteriormente la participación en una entrevista acerca de la sexualidad.

1.2.2.2. Criterios de Inclusión/Exclusión

La selección de la muestra estuvo basada en los siguientes criterios de inclusión:

a) Mayoría de edad. Se contempla dicho factor porque a partir de los 18 años, la mujer logra la independencia del hogar familiar favoreciendo su intimidad en pareja.

b) Nacionalidad española. Esta circunstancia permite que la interpretación de las preguntas formuladas no se viese afectada por el idioma o la cultura de procedencia.

c) Parejas heterosexuales. Al contemplar dicha variable se pretende acotar y homogeneizar la muestra.

d) Embarazo de bajo riesgo obstétrico y sin complicaciones, asegurando el estado de salud de la mujer durante la gestación, de forma que no repercutiesen en su vivencia del puerperio.

e) Parto vaginal o cesárea sin complicaciones que tenga lugar en el hospital de estudio. Esta relación es importante dado que una complicación postparto que, requiriese tratamiento y hospitalización tanto de la madre como del recién nacido, podría alterar la vida sexual de la pareja, y por ende la función sexual de la mujer en este periodo (Manning, 2012).

Entre los criterios de exclusión figuran:

a) Aquellas que no convivan en pareja, como ocurre en el caso de las mujeres que deciden afrontar la maternidad en solitario o aquellas separadas, debido a que entre los objetivos de este trabajo se pretende valorar la vida sexual en pareja.

b) Estar diagnosticada de patología física, metabólica, psicosomática, genitourinaria o gineco-obstétrica. La sintomatología derivada de este tipo de patologías podría afectar la esfera sexual de la mujer (Alonso, 2007; Ambler, Eric & Diamond, 2012; Pauls et al., 2008).

c) Recibir tratamiento farmacológico (contraceptivos, litio, antihipertensivos, antiepilépticos, antipsicóticos, ansiolíticos, y agonistas

de la hormona gonadotropina), al presentar efectos sobre la función sexual (Carey, 2006).

Todos estos datos fueron obtenidos de la anamnesis patológica procedente de la historia clínica electrónica de cada una de las mujeres, a través de la estación clínica del Sistema de Información Hospitalario Corporativo del Servicio Murciano de Salud, llamada SELENE.

1.2.3. Determinación del Lugar, Espacio y Fecha de Realización

En cuanto al lugar, se decidió que fuese el investigador el que se desplazase a los diferentes domicilios de las mujeres para asegurar su comodidad. Las entrevistas se realizaron de manera directa y sin acompañantes, previa cita con las participantes para asegurar la confidencialidad de la entrevista, y que sus relatos no se viesan distorsionados o inducidos a decir lo políticamente correcto ante la presencia de un familiar o amigo. A este respecto, señalar que en la mayoría de los casos las acompañaba su bebé.

El tiempo estimado fue de una hora por cada mujer para la entrevista, si bien en ocasiones, la duración se modificaba por las siguientes razones: demandas de sus bebés, interrupciones por alguna visita inesperada, y llamadas telefónicas. En todo momento se desarrolló un clima agradable y de confianza que favorecía el desarrollo de un discurso productivo.

1.2.4. Técnica de Recogida de los Datos

La metodología cualitativa “implica la utilización y recogida de una gran variedad de materiales entrevista, experiencia personal, historias de vida, observaciones, textos históricos, imágenes, sonidos que describen la rutina y las situaciones problemáticas y los significados en la vida de las personas” (Rodríguez et al., 1996, p. 92). En investigación social y sanitaria, se hace uso de las entrevistas como herramientas para la recolección de datos. Son comunes tres tipos de entrevistas: estandarizadas, semiestructuradas, y las no estructuradas. Estas dos últimas, si bien mantienen un diseño de procedimiento, elaboración y realización, permiten mayor flexibilidad al entrevistador (Salamanca, 2013).

En este estudio se recurrió a la entrevista semiestructurada (Anexo II). Ésta se presenta como una herramienta fundamental para ahondar en la vida personal de las mujeres puérperas. Por medio de la misma es posible recoger datos que ofrezcan un conocimiento acerca de acontecimientos, fenómenos, percepciones, valoraciones, sentimientos y razones de las entrevistadas. Es particularmente relevante que cuando se quiere analizar el significado que los actores dan a sus prácticas, entonces los acontecimientos se convierten en testimonios activos (Colás, 1992, pp.521-540; López y Deslauriers, 2011, pp.1-19).

En estudios cualitativos se utilizan las entrevistas semiestructuradas y no estructuradas porque los protagonistas tienen la posibilidad de expresar sus propias perspectivas personales, siendo

su propósito fundamental la comprensión de las percepciones y experiencias de los entrevistados. Mientras que la entrevista estandarizada, utilizada en estudios de corte cuantitativo, recoge la información mediante cuestiones cerradas que se plantean al sujeto de forma idéntica y homogénea, lo que permite su cuantificación y tratamiento estadístico.

La diferencia entre las entrevistas semiestructuradas y no estructuradas se encuentra en el nivel de estructuración y el objetivo. Así, en la entrevista no estructurada, el investigador plantea una pregunta abierta para animar a los participantes y se limita a escuchar, pretendiendo realizar una primera indagación sobre el tema. A diferencia de la semiestructurada, en el que las preguntas son formuladas siguiendo un orden específico y dirigidas a cada uno de los participantes, buscando ilustrar, profundizar y contrastar la información obtenida previamente (Mayan, 2001, López y Deslauriers, 2011).

Para la elaboración de la entrevista se tuvieron en cuenta las siguientes consideraciones (Rodríguez et al., 1996, pp.167-182; Taylor y Bogdan, 1992, pp.100-132):

- a) Se elaboró una guía de tópicos de los temas relacionados con los objetivos de la investigación (Tabla 2).
- b) Se estructuraron las preguntas básicas alrededor de éstos, sin predeterminedar el orden ni la redacción de las preguntas.

- c) Se desglosaron los temas en subtemas, y se indagó en cuestiones más específicas.
- d) Se incluyeron aspectos no previstos en el guión, siendo incorporados posteriormente.
- e) Las entrevistas se registraron en grabaciones.

Las limitaciones encontradas en el desarrollo de la técnica fueron:

- a) Supresión del sentido crítico del investigador al aceptar como verdad las descripciones de los informantes.
- b) Las personas tienden a decir lo políticamente correcto dependiendo del contexto.
- c) La especificidad de las observaciones analíticas, en tanto que no se observa directamente a la persona en su vida cotidiana.
- d) La falta de la disponibilidad y de tiempo de la entrevistada (Rodríguez et al., 1996, p. 197).

1.2.5. Transcripción y Análisis de Datos

Para el procedimiento de transcripción y análisis de los datos cualitativos se tomaron como referencia algunas de las propuestas clásicas que se recogen en la literatura científica.

La bibliografía consultada señala que el proceso de análisis de datos cualitativo es emergente y continuo, constituido por varias etapas que varían en lo que se refiere a la denominación dependiendo de la actitud del investigador y su interacción con los datos, si bien en su fondo estas etapas tienen un patrón similar (Gurdián-Fernández, 2007;

Martínez-Miguélez, 2011; Vallés 1999). Inicialmente, se contempla la reducción de datos, refiriéndose a la simplificación, resumen y selección de la información para poder abordarla con más facilidad mediante procesos de categorización y codificación.

En esta etapa se produce la separación de las unidades de significado, su síntesis y agrupamiento así como la identificación y clasificación de la información. Seguidamente, se produce la disposición y transformación de datos, es decir, la presentación de estos de una manera ordenada, transformándolos para hacerlos más comprensibles. Y finalmente, se obtienen los resultados y se verifican las conclusiones. En ésta fase tiene lugar la contextualización de los datos contrastándolos con otros estudios, verificando las conclusiones del estudio a través de juicios sobre la correspondencia entre los hallazgos. Para ello, se hicieron uso de estrategias relacionadas con la triangulación de datos y la presencia prolongada en el campo de investigación (Rodríguez et al., 1996).

El tratamiento analítico de este estudio siguió el siguiente procedimiento:

- a) Las entrevistas fueron grabadas con el consentimiento de las interlocutoras, posteriormente fueron transcritas de forma literal en formato texto para el tratamiento de la información.
- b) Se realizó una lectura en profundidad de las transcripciones, subrayando los fragmentos textuales que hacían referencia a

determinadas unidades de significado para establecer los códigos. Estos permitieron identificar los aspectos fundamentales en los que se centró el análisis.

- c) Una vez finalizada la codificación, se procedió a la reducción de datos, siendo agrupados todos los fragmentos de una misma sección. Posteriormente, se separaron de sus entrevistas originales y se volvieron a reagrupar dándoles un sentido coherente, de acuerdo con la emergencia de los datos obtenidos. Estos temas fueron utilizados posteriormente como unidades de codificación (Bardin, 2002, p.27).
- d) Las unidades de codificación posibilitaron el esquema general de códigos, que fue la guía para la elaboración de un índice temático a modo de categorías (Rodríguez et al., 1996, p.232)

Aunque existen programas informáticos para el análisis cualitativo de los datos, los investigadores optaron por no utilizarlo con el fin de permitir su participación activa en todas las fases del proceso analítico (Arnau, 2012; Rodríguez et al., 1996).

1.3. Descripción de la Muestra

Las características socio-demográficas de la muestra figuran en la siguiente Tabla 3. En ella se han recogido los datos referidos a la edad de las participantes, número de hijos y nivel de estudios alcanzados.

De los datos obtenidos en la muestra seleccionada, se aprecia de manera destacada, que un 43.33% de la muestra tenía entre 31 y 35

años, el 60.0% eran primíparas, y el 53.33% había cursado estudios secundarios, y un tercio de ellas había cursado estudios universitarios.

Tabla 3

Características socio-demográficas de las mujeres postparto

	N	%
Edad		
Entre 21-25 años	1	3.33%
Entre 26-30 años	5	16.66%
Entre 31-35 años	13	43.33%
Entre 36-39 años	11	36.66%
Paridad		
Primíparas	18	60.0%
Secundíparas	8	26.6%
Tercíparas	4	13.4%
Nivel de estudios		
Nivel básico educativo	4	13.33%
Educación secundaria	16	53.33%
Educación superior	10	33.33%

De la mis manera, todas aquellas circunstancias que acontecieron en el parto, así como las principales características gineco-obstétricas, y aquellas relacionadas con el reinicio de las relaciones sexuales se presentan a continuación, en la Tabla 4.

Tabla 4

Características obstétricas y ginecológicas de las mujeres en el postparto y sus relaciones sexuales.

	N	%
Tipo de parto		
Parto vaginal sin lesiones	9	30.0%
Parto vaginal con episiotomía y/o desgarros suturados	14	46.7%
Parto vaginal instrumentado con episiotomía y/o desgarros suturados	6	20%
Parto por cesárea	1	3.30%
Menstruación tras el parto		
Irregular	6	20.0%
Amenorrea lactacional	24	80.0%
Método anticonceptivo usado		
Anticoncepción hormonal con progestágenos	9	30.0%
Preservativo	21	70.0%
Reanudación de las relaciones sexuales		
No	6	20.0%
Si	24	80.0%
Tiempo para reanudar las relaciones sexuales		
6 Semanas	21	70.0%
3-5 Semanas	3	10.0%
Molestias durante el coito		
No	2	6.60%
Si	22	73.40%
Dolor por las suturas y falta de deseo	14	63.64%
Miedo al dolor	4	18.18%
No sentirse todavía preparada	4	18.18%

Se observa en la muestra, que respecto al tipo de parto, el 47.0% tuvo un parto vaginal con episiotomía y/o desgarro suturado. Asimismo, un 80.0% presentó amenorrea lactacional, el 30.0% había iniciado tratamiento anticonceptivo con progestágenos, un 80.0% afirmó haber reiniciado las relaciones sexuales con penetración, siendo la frecuencia de actividad coital con penetración en el momento de la entrevista de entre 1-2 veces a la semana. De todas las que participaron en el estudio, el 90.0% todavía refería molestias durante la penetración, aunque el 100% confesaban mantener otro tipo de actividades no coitales en pareja.

1.4. Consideraciones Éticas

Para el desarrollo del trabajo se tuvieron en cuenta las consideraciones éticas y legales según la legislación vigente (WMA, 1964), que pudieran ser de aplicación a la investigación. Aunque en esta investigación no se produjo una intervención experimental, en el contexto de la investigación cualitativa, indagar en preguntas o plantear cuestiones, genera a los sujetos de estudio dilemas y reflexiones que no se había planteado hasta ese momento, conllevando la modificación tanto de la visión y percepción del fenómeno de estudio como de su comportamiento por parte de los sujetos estudiados (Salamanca, 2013).

Siguiendo el Código Deontológico de Enfermería en un ejercicio de conciencia ética y responsabilidad profesional, se decidió plantear el estudio al Comité de Ética Asistencial (CEA) del Hospital Santa Lucía de Cartagena, para someter el planteamiento general de éste a la reflexión

y la deliberación prudente (Gracia, 2001). Finalmente se obtuvo la aprobación del Comité Ético de dicho hospital (Anexo III), que nos asegura tener en cuenta los principios éticos que garantizan la no explotación, asegurando que la información obtenida no fuese usada en contra de las mujeres (Salamanca, 2013).

El consentimiento informado (Anexo I) entregado previamente a la entrevista, aclaraba que ésta no comportaba ningún perjuicio, sería anónima, confidencial, de carácter voluntario, y que en cualquier momento de la misma la participante podría abandonarla sin consecuencias adversas; dando así cabida al derecho de autodeterminación y conocimiento irrestricto de información a los participantes (Principio de respeto a la dignidad humana o autonomía). Respecto al derecho de la privacidad, se aseguró el anonimato así como un trato respetuoso y amable, teniendo acceso a la investigadora en cualquier momento para aclarar información (Principio de Justicia) (WMA, 1964).

1.5. Limitaciones del Estudio

Las limitaciones del estudio encontradas fueron las siguientes:

Aunque las entrevistas se llevaron a cabo por una profesional Matrona mujer, lo que favoreció un clima de confianza e intimidad para preguntar y expresar su vida sexual, no obstante, los testimonios acerca de sus actividades sexuales, así como el discurso relacionado con la sexualidad pudo estar condicionado por factores culturales y la edad. Asimismo, resulta dificultoso acceder a la mujer en estos

momentos, que se siente cansada y desbordada por los recientes acontecimientos que están transformando su vida, de modo que, permitir que expresen su malestar o preocupaciones es muy importante, y para ello es necesario ofrecer un espacio que las permita desangustarse sin perder el objetivo de la entrevista. La tendencia observada durante las mismas fue que, las mujeres con bastante frecuencia se recreaban en expresar el problema que estaban sufriendo o les preocupaba, independientemente del tema sobre el que eran preguntadas, aprovechando que se encontraban frente a un profesional que la escuchaba. Esta circunstancia dio lugar a entrevistas prolongadas.

Este estudio se desarrolló mediante una investigación cualitativa, que trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su sistema de relaciones y su estructura dinámica, a diferencia de la investigación cuantitativa que trata de determinar la fuerza de asociación o correlación entre variables, la generalización y objetivación de los resultados a través de una muestra para hacer inferencia a la población de la cual procede. Por ello se entiende que los métodos cualitativos suponen dificultad para generalizar, por consiguiente, los resultados de este estudio no representan plenamente la sexualidad después del parto para todas las mujeres, lo que hace que sea difícil sacar conclusiones acerca de la generalización de los hallazgos.

CAPÍTULO 2. Metodología Revisión Sistemática

La metodología del segundo estudio consistió en una revisión de la bibliográfica a través de fuentes primarias acerca de los instrumentos de medida de la satisfacción sexual en general, y en el puerperio en particular. Tras la revisión, se realizó una valoración de las propiedades psicométricas de los instrumentos seleccionados, de acuerdo con los criterios propuestos por Terwee et al. (2007).

2.1. Estrategia de Búsqueda

Se realizaron búsquedas electrónicas en las siguientes bases de datos: Pubmed, CINHALL, Scielo, Psycinfo y CUIDEN Plus. De las cuales se obtuvieron ocho escalas validadas.

De los resultados de la búsqueda manual realizada en otras fuentes documentales, sólo se encontró una escala validada.

La estrategia de búsqueda se realizó con las siguientes palabras clave: Scale, Validation, Questionnaire, Psychometric properties, Sexual Satisfaction, Puerperium. Todas ellas fueron extraídas del tesoro (MESH), en el Título/Abstract y en todos los campos (ALL) con los operadores booleanos “AND”, “OR” en sus combinaciones.

1. Sexual Satisfaction “AND” Scale “OR” Validation “OR” Questionnaire “OR” Psychometrics properties “AND” Puerperium
2. Scale “OR” Validation “OR” Questionnaire “OR” Psychometrics properties “AND” Sexual satisfaction
3. Scale “OR” Validation “OR” Questionnaire “OR” Psychometrics properties “AND” Sexual Satisfaction “AND” Puerperium
4. Sexual

satisfaction “AND” Scale “OR” Questionnaire “AND” Validation
“AND” Psychometrics properties “AND” Puerperium

2.2. Límites de Búsqueda

Los límites se refirieron a artículos que incluyeran las palabras clave en el título o el resumen, y textos escritos sólo en español o inglés. Respecto al rango de tiempo, no hubo limitación de fecha inicial.

2.2.1. Criterios de Inclusión

Fueron incluidos los estudios centrados en la construcción y validación de instrumentos de medida de la satisfacción sexual, que aportasen propiedades psicométricas según el modelo clásico de test de escalas relativas al constructo/función/síntoma evaluado.

2.2.2. Criterios de Exclusión

Se establecieron de acuerdo a los objetivos del estudio de manera que se excluyeron:

- a) Aquellos a los que no se pudo acceder al texto completo, ni mediante búsquedas manuales, ni préstamos bibliotecarios o personales.
- b) Los artículos en los que la satisfacción sexual figuraba como un ítem más en la medición de la función sexual.
- c) Los elaborados solamente para medir la satisfacción sexual en hombres. Las escalas de satisfacción sexual no originales, validadas en otros países.

2.3. Selección de estudios

Para presentar todo el proceso de selección de los estudios se utilizó el flujo de información propuesto por PRISMA (siglas en inglés de Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses, Elementos preferenciales para informar sobre revisiones sistemáticas y metanálisis): es una guía para la escritura y publicación de trabajos científicos, diseñada para fomentar la exhaustividad y transparencia en los informes de los métodos y resultados de las revisiones sistemáticas (Urrútia y Bonfill, 2010).

2.3.1. Resultados de la Búsqueda y Selección de Artículos

Siguiendo los objetivos planteados la revisión reveló los siguientes resultados:

La búsqueda no encontró ninguna escala específica de satisfacción sexual en el puerperio, dando resultados positivos en cuanto a las escalas de satisfacción sexual para mujeres y hombres.

Las cinco bases de datos dentro del campo de salud consultadas: Pubmed, CUIDEN Plus, Cinhal, Scielo y Psycinfo, mostraron un total de 4524 artículos.

Tras la lectura del título, del resumen y de su lectura en detalle, aplicando los criterios de inclusión y exclusión explicados anteriormente, se procedió a extraer los duplicados e incluir los encontrados en búsquedas manuales.

De esta manera, quedaron 9 artículos, donde se validaban instrumentos de medida de la satisfacción sexual que databan desde 1975 hasta 2010 (Grafico 1).

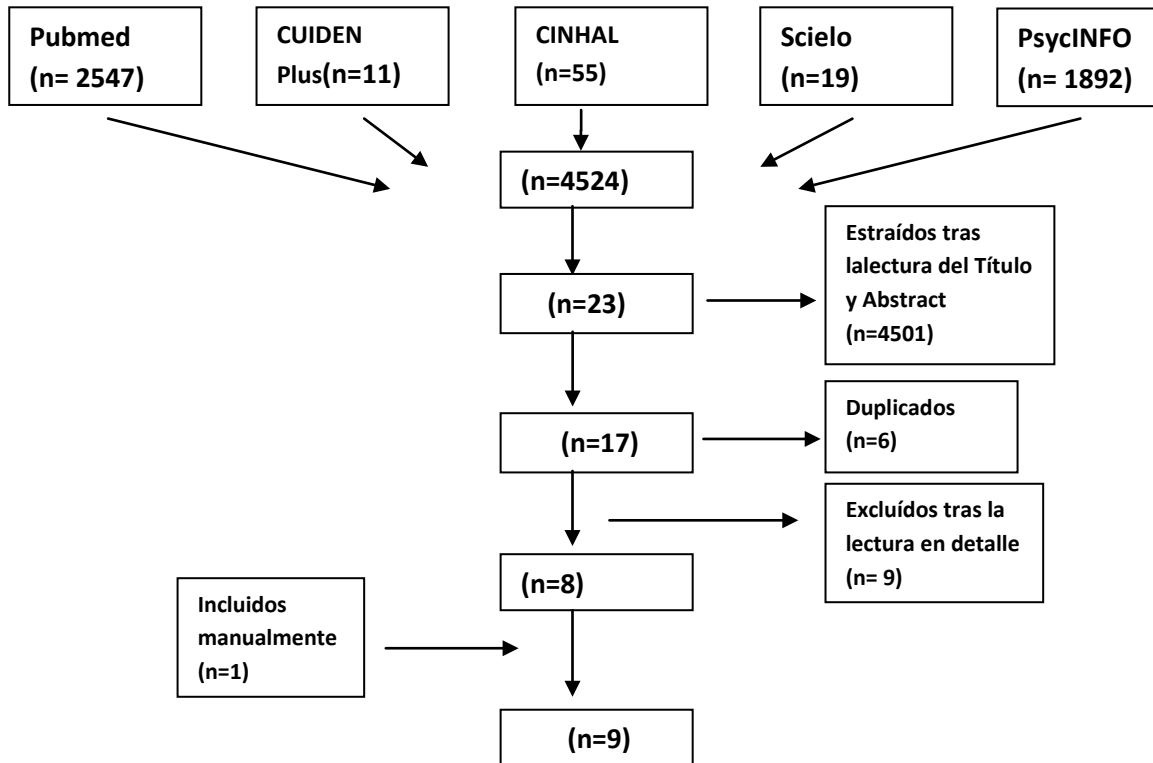


Gráfico 1. Diagrama de flujo de la búsqueda y estudios seleccionados de escalas de satisfacción sexual.

Los nueve instrumentos de medida de la satisfacción sexual incluidos en la revisión de propiedades psicométricas, ordenados en función del año de su publicación, fueron los siguientes:

- ✓ The Sexual Satisfaction Scale (SSS) de Whitley & Poulsen (1975). Sexual Satisfaction Subtest of the DSFI (SSS-D) de Derogatis & Melisaratos (1979).
- ✓ Index of Sexual Satisfaction (ISS) de Hudson et al. (1981).

- ✓ The Golombock Rust Inventory of Sexual Satisfacion (GRISS) de Rust & Golombock (1986).
- ✓ The Pinney Sexual Satisfaction Inventory (PSSI) de Pinney et al. (1987).
- ✓ The Global Measure of Sexual Satisfaction (GMSEX) de Lawrence & Byers (1995).
- ✓ Escala Autoaplicable de Satisfacción Sexual (EASS) de Álvarez-Gayou, Honold, Millán y Ortega (2004).
- ✓ The Sexual Satisfaction Scale for Women (SSS-W) de Meston & Trapnell (2005).
- ✓ The New Sexual Satisfaction Scale (NSSS) de Stulhofer, Busko & Brouillard (2010).

2.3.2. Descripción de las Escalas

The Sexual Satisfaction Scale (SSS)

Whitley & Poulsen (1975) miden la relación entre los rasgos de personalidad asertiva, y la satisfacción sexual en mujeres empleadas profesionales. Tomando un tamaño muestral de 45 mujeres, los autores desarrollan una escala para evaluar los niveles de satisfacción sexual obtenida con diversas actividades sexuales, compuesta por 23 ítems que, tras su análisis factorial quedan dispuestos en una escala Likert con cinco opciones de respuesta desde 1 (no satisfacción), hasta 5

(máximo de satisfacción). El rango de puntuación oscila desde 23 hasta 115 puntos. La puntuación media es de 78. Presenta una correlación de .225 entre estas variables con $p < .015$. Mostrando que, al aumentar la asertividad, la satisfacción sexual también lo hace en las 45 mujeres encuestadas en su estudio.

Sexual Satisfaction Subtest of the DSFI (SSSD)

Derogatis & Melisaratos elaboran el Inventario de Funcionamiento Sexual de Derogatis (DSFI) en su versión original de 1975, como una medida multidimensional de la función sexual humana. El presente estudio analiza las propiedades psicométricas de uno de los Subtest que componen el DSFI: el Sexual Satisfaction Subtest (SSSD) que los autores aplicaron a dos muestras de hombres y mujeres, con y sin disfunción sexual. Este Subtest (SSSD) fue añadido al DSFI en 1978 y publicado en 1979. Está compuesto por diferentes dimensiones de la satisfacción sexual en 10 ítems con cinco opciones de respuesta, desde 1 (muy de acuerdo), hasta 5 (muy en desacuerdo). Mediante el cual se proporciona una visión del grado de satisfacción del individuo, y los aspectos de la sexualidad que dan lugar a la misma, particularmente en aspectos que conciernen a una relación coital: frecuencia, variedad de actividades sexuales, comunicación con la pareja acerca de cuestiones relacionadas con el coito, juegos preliminares, orgasmo y resolución. Muestra una consistencia interna de .71, y proporciona un análisis factorial de la varianza para 7 factores generados a partir de un análisis

de los componentes principales de las 21 medidas de la DSFI, entre los que figura la satisfacción sexual.

Index of Sexual Satisfaction (ISS)

Hudson et al. (1981) desarrollan el Index of Sexual Satisfaction (ISS) para medir, supervisar y asesorar, el grado de insatisfacción dentro de una relación en la clínica, y el progreso del tratamiento en cuanto a la satisfacción sexual. Está formado por 25 ítems resultantes de quejas comunes proporcionadas por clientes que expresan insatisfacción sexual. Posee una escala de medida Likert de 5 opciones de respuesta, desde 1 (rara vez o en ningún momento) hasta 5 (la mayoría o todo el tiempo). Doce de los ítems están redactados de forma positiva y trece de forma negativa. Los ítems fueron creados de tal manera que 19 reflejan directamente algún aspecto de la calidad de la relación sexual, y los otros 6 ítems reflejan consecuencias positivas, negativas o influyentes de la calidad en la relación sexual.

Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS)

Rust & Golombok desarrollan en 1986 este cuestionario para la evaluación de la existencia y el grado de severidad de disfunciones sexuales. Discriminando entre aquellos pacientes con y sin problemas sexuales, y siendo una buena medida del resultado del cambio durante la terapia. Compuesto por 12 subescalas: impotencia, eyaculación precoz, no sensualidad masculina y femenina, evitación masculina y femenina, insatisfacción masculina y femenina, infrecuencia, no

comunicación, vaginismo y anorgasmia. Tras el análisis factorial de los ítems de cada subescala, el cuestionario queda constituido por 56 ítems (28 para hombres y 28 para mujeres). Estas escalas son validadas en 30 parejas con clínica, antes y después de la terapia. El GRISS introduce una escala de puntuación usada por los terapeutas para evaluar la mejoría durante la terapia compuesta por 5 puntos, desde 0 (mucho mejora), hasta 4 (empeora).

The Pinney Sexual Satisfaction Inventory (PSSI)

Pinney et al. (1987) elaboran un cuestionario para evaluar la satisfacción sexual de las mujeres y los factores relacionados con la misma. Abordando una amplia gama de preocupaciones sexuales que se creen relevantes para las mujeres, entre las que figuran: 1) la cantidad y calidad antes, durante y después de hacer el amor, 2) la frecuencia y satisfacción de comportamientos sexuales específicos como los juegos previos, cunnilingus, felación y orgasmo, 3) la receptividad y sensibilidad por parte del compañero, y 4) la comunicación. Otros ítems abordan: las inhibiciones sexuales, las demandas sexuales del compañero, si hay una atmosfera romántica durante la relación, quien inicia el sexo, la privacidad, espontaneidad, el afecto y juegos durante la relación. Compuesto por 24 ítems valorados en una escala Likert (1= muy de acuerdo y 7 = muy en desacuerdo), de los cuales 14 son puntuados en dirección inversa. Quedando divididos en dos dimensiones: satisfacción sexual general, compuesta por 14 ítems, y Satisfacción con el compañero con 10 ítems.

The Global Measure of Sexual Satisfaction (GMSEX)

Lawrence & Byers (1995) desarrollan el Global Measure of sexual Satisfaction (GMSEX), como un instrumento de medida dentro del Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction (IEMSS), que mide la satisfacción sexual general. Pese a que dicho instrumento es citado por los autores en un congreso en 1992, aportando evidencia y validez del GMSEX, no fue posible conseguir la descripción de las propiedades psicométricas del mismo para su análisis, pese a solicitarlas a sus autores. De esta forma, son analizadas las detalladas en la publicación de 1995. El IEMSS afirma que, la satisfacción sexual está influenciada por la respuesta afectiva que surge de la evaluación subjetiva de las dimensiones positivas y negativas, asociadas con las relaciones sexuales que la persona mantiene con su pareja en términos de equidad, entre los costes y beneficios de la relación a nivel físico y psicoafectivo. El cuestionario GMSEX está compuesto por cuatro dimensiones de 7 puntos: Bien-Mal, Agradable-Desagradable, Satisfactorio-Insatisfactorio y Valioso-Inútil, con la cuestión de base: "En general, ¿cómo describiría su relación sexual con su pareja?". La escala se puntúa de 5 a 35, y las puntuaciones más altas, indican una mayor satisfacción sexual. Este cuestionario fue validado en una muestra de 90 jóvenes, que estaban viviendo en pareja más de un año.

Escala autoaplicable para la evaluación de la satisfacción sexual (EAESS)

Alvarez-Gayou et al. (2004), tras realizar un trabajo etnopsicológico del análisis acerca de, qué entienden los hombres y mujeres mexicanos por “*Una buena relación sexual*”, se obtienen los descriptores para el diseño de esta escala de satisfacción sexual constituida por 29 ítems, con cinco opciones de respuesta: desde siempre hasta nunca. Los factores que la componen son: afectivo, bienestar, erotismo, respeto y responsabilidad, estímulos sensoriales y comunicación.

The sexual satisfaction scale for women (SSS-W).

Meston & Trapnell (2005), desarrollan un autoinforme para la medida integral, válida y fiable de la satisfacción, y la disfunción sexual en las mujeres. Compuesto por 30 ítems divididos en cinco dominios, apoyados por un análisis factorial: satisfacción, comunicación, compatibilidad, preocupaciones en la relación y preocupaciones personales. Puntuados en una escala likert de 5 puntos, desde 1 (muy en desacuerdo), y 5 (muy de acuerdo). Demostrando una capacidad para discriminar entre muestras clínicas y comunitarias.

New Sexual Satisfaction Scale (NSSS)

Stulhofer et al. (2010) desarrollan y validan una escala multidimensional de medida de la satisfacción sexual en una muestra bicultural (población Croata y Estadounidense), formada por 20 ítems.

Compuesta por cinco dimensiones de conducta sexual: sensaciones sexuales, conciencia sexual, intercambio sexual y emocional, cercanía emocional y actividad sexual.

Además de estas cinco dimensiones, surgen dos subescalas: una centrada en la persona, y otra en el compañero y la actividad sexual en pareja. Las respuestas se puntúan desde 1 a 5, siendo 1 (nada satisfecho) y 5 (extremadamente satisfecho).

New Sexual Satisfaction Scale tiene una estabilidad aceptable, y puede ser una herramienta útil para evaluarla satisfacción sexual sin importar el género de la persona, la orientación sexual, y estado civil.

En la Tabla 5 se presenta la estrategia PICOS (acrónimo formado por: Participants, Interventions, Comparisons, Outcomes, Study design), donde se exponen las escalas recuperadas en las bases de datos, lo que ayuda a enfocar el propósito de la investigación, y evita realizar búsquedas innecesarias (Mamédio, Andrucoli y Cuce, 2007).

Estudio de la Satisfacción Sexual de la Mujer en el Puerperio

Tabla 5
Estrategia PICOS

AUTOR	PACIENTES	INTERVENCIÓN	VARIABLES	RESULTADOS	DISEÑO
Whitley, M. & Poulsen S., 1975	Una muestra comunitaria de 45 mujeres entre 23 y 54 años.	Investiga la relación entre las mujeres con rasgos de personalidad asertiva y la satisfacción sexual, mediante el desarrollo y validación de The Sexual Satisfaction Scale (Whitley & Poulsen) . Utilizando para medir la asertividad Allport A-S Reaction Scale and Maslow's Social Personality Inventory .	Evalúa mediante una escala Likert el grado de satisfacción sexual propiciado por diferentes actividades sexuales.	La escala muestra una correlación positiva de .225 entre la asertividad y la satisfacción sexual con $p < .015$; correlaciones entre edad, años de matrimonio y la satisfacción sexual, son positivas.	Estudio de Validación
Derogatis, L. & Melisaratos, N., 1979	Utiliza una muestra de 380 sujetos, hombres y mujeres. Que divide en sujetos con disfunción sexual y sujetos normales	Investiga la fiabilidad y validez del DSFI: Derogatis Sexual Functioning Inventory , compuesto por diez subescalas, entre ellas el: Sexual Satisfaction Subtest of the DSFI .	Frecuencia, variedad de actividades sexuales, comunicación, juegos previos, orgasmo y resolución.	La escala muestra una consistencia interna de .71 y aporta un análisis factorial de la varianza de 7 factores generados por el DSFI. Se observa una correlación positiva entre el factor satisfacción general y la función sexual.	Estudio Empírico de Validación
Hudson, W., Harrison, D. & Crosscup, P., 1981	Cuatro muestras de población multiétnica, en población comunitaria, joven, comunitaria con parejas y clínica (n total= 1246)	Investigar la fiabilidad y validez del Índice de Satisfacción Sexual: ISS (Hudson W, 1980) para evaluar en la clínica la respuesta de los clientes a la terapia. La escala mide el grado o magnitud de un problema sexual dentro de una relación de pareja.	Trastornos afectivos e interpersonales en pareja. Diferentes tipos de actividades sexuales, preferencias y problemas personales, sociales y de pareja.	La media del coeficiente correlación del Alpha de Cronbach para las tres muestras fue de .916. Presenta alta consistencia interna y validez discriminativa, asimismo bajo sesgo en relación con la deseabilidad social. Útil en la clínica, para valorar la evolución de la terapia.	Estudio Empírico de Validación

Tabla 5 (Continuación)

Estrategia PICOS

AUTOR	PACIENTES	INTERVENCIÓN	VARIABLES	RESULTADOS	DISEÑO
Rust, J. & Golombok, S., 1986	Tres muestras de parejas en clínica (n=206) antes y después de la terapia. Validez discriminatoria entre los grupos clínicos y no clínicos	Descripción del diseño, construcción y análisis de ítems de The Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS) .	Evitación fem. y masc., no sensualidad fem. y masc., insatisfacción masc. y fem., Anorgasmia, infrecuencia, no comunicación, vaginismo, eyaculación precoz, impotencia.	La fiabilidad media es alta 0,94 y 0,87 para las escalas masculina y femenina, respectivamente. Es una herramienta útil para evaluar el funcionamiento sexual de la pareja e instaurar una terapia adecuada.	Estudio Empírico de validación
Pinney, E., Gerrard, M. & Denney, N., 1987	Muestra de mujeres estudiantes, solteras entre 17 y 24 años que habían mantenido relaciones sexuales como mínimo una vez. (n=275)	Desarrollar un cuestionario seguro que evalúe la satisfacción sexual femenina. Las participantes completaron el Pinney Sexual Satisfaction Inventory (PSSI) , además de ser evaluadas en una variedad de comportamientos sexuales, experiencias y actitudes.	El análisis factorial revela dos dimensiones principales: Satisfacción sexual general y Satisfacción con el compañero. Las variables correlacionadas con el PSSI fueron: compromiso, orgasmo, frecuencia de coito y efectividad del método anticonceptivo elegido.	El coeficiente de Cronbach del PSSI fue de .92 y el de cada ítem analizado de forma individual fue de .92. Las variables que mostraron mayor correlación con el PSSI fueron compromiso, consistencia del orgasmo, frecuencia de coito y efectividad del método anticonceptivo.	Estudio Empírico de validación

Estudio de la Satisfacción Sexual de la Mujer en el Puerperio

Tabla 5(Continuación)
Estrategia PICOS

AUTOR	PACIENTES	INTERVENCIÓN	VARIABLES	RESULTADOS	DISEÑO
Lawrence, K. & Byers, E., 1995	Parejas heterosexuales en relaciones de larga duración (n=244)	Validar el Modelo de intercambio Interpersonal de Satisfacción Sexual (IEMSS) . Compuesto por varias subescalas, entre las que se encuentra The Global Measure of Sexual Satisfaction (GMEX) .	Beneficios y costes de la relación, la percepción personal de equidad en la pareja.	La escala muestra una validez interna de .90 El análisis de regresión jerárquica reveló que cada componente del modelo añade a la predicción de la satisfacción sexual una representación del 75% de la varianza.	Estudio Empírico de validación
Álvarez-Gayou, J., Honold, J., Millán, P., Ortega, S., 2004	Hombres y mujeres mexicanos (n=760) entre 18-65 años	Diseño y validación de una escala válida y confiable para evaluar la satisfacción sexual en personas mexicanas .	Afectividad, Bienestar, Erotismo, Respeto y Responsabilidad, Estímulos sensoriales, Comunicación.	El valor de confiabilidad de la escala fue de .9231. Es notoria la significación de “Una buen relación sexual” para ambos géneros, relacionarla con aspectos emocionales vinculados con el afecto, ternura y cariño, mientras que fueron de menos peso los aspectos físicos del placer erótico y orgasmo.	Estudio de validación
Meston, C. & Trapnell, P., 2005	Un muestra multiétnica de 800 mujeres en pareja, mayores de 18 años. Entre ellas hay una muestra clínica de 102 mujeres	Desarrollo y validación The sexual Satisfaction Scale for women: SSS-W para medir la satisfacción sexual de la mujer y la detectar la disfunción sexual.	Satisfacción, comunicación, compatibilidad, preocupaciones en pareja, preocupaciones personales	El coeficiente de alpha Cronbach para el SSS-W fue de 0.80. Sus propiedades psicométricas permiten discriminar entre población clínica y no clínica.	Estudio Empírico de Validación

**Tabla 5(Continuación)
Estrategia PICOS**

AUTOR	PACIENTES	INTERVENCIÓN	VARIABLES	RESULTADOS	DISEÑO
Stulhofer A, Busko V, Brouillard P; 2010	Muestra de hombres y mujeres (n=2000) dividida en siete muestras independientes (estudiantes, habitantes en la comunidad, individuos en terapia sexual, no heterosexuales), entre 18-55 años. Compara la población bicultural: croata y estadounidense.	Cumplimentan cuestionarios online y de forma escrita con papel y lápiz, para desarrollar y validar The New Sexual Satisfaction Scale: NSSS.	Sensaciones sexuales, Conciencia sexual, Cercanía emocional y Actividad sexual.	Cronbach para la muestra de mujeres croatas y estadounidenses fue 0.94-0.95. El NSSS es una herramienta útil para asesorar respecto a la satisfacción sexual independientemente del género, orientación sexual y estado sentimental.	Estudio Empírico de validación

2.4. Procedimiento

2.4.1. Valoración

Una vez seleccionados los trabajos objeto de análisis, se procedió a una lectura independiente por dos investigadores (la doctoranda y uno de los directores de esta tesis), que valoraron las propiedades psicométricas consideradas. Se calculó el acuerdo inicial entre jueces siendo del 89%.

Los trabajos en los que hubo discrepancia, volvieron a ser analizados de forma conjunta por ambos investigadores hasta alcanzar un consenso en su valoración.

2.4.2. Instrumento de Evaluación de las Propiedades Psicométricas

Los criterios evaluativos empleados en este trabajo, utilizaron la propuesta de Terwee et al. (2007), donde se definen las propiedades psicométricas valoradas, así como los criterios para hacerlo: validez de contenido (content validity); consistencia interna (internal consistency); validez de criterio (criterion validity); validez de constructo (construct validity); reproductibilidad (reproductibility); acuerdo (agreement); fiabilidad (reliability); responsividad (responsiveness); efectos suelo o techo (floor or ceiling effects); interpretabilidad (interpretability). Cada propiedad de medición es valorada con un grado positivo, negativo, cero o indeterminado, dependiendo del diseño, métodos y resultados de la validación del estudio.

Estos criterios de calidad se recogen a continuación, y se detallan en la Tabla 6.

Tabla 6
Criterios psicométricos y valoración de su calidad

PROPIEDAD	DEFINICIÓN	CALIDAD
Validez de contenido	La medida en que el dominio de interés está demostrado exhaustivamente por los ítems en el cuestionario.	(+) Descripción clara del objetivo de medición, la población diana, los conceptos que están siendo medidos, la selección de ítems y que la población diana, e investigadores o expertos estén involucrados en el proceso de selección de los ítems. (?) Los aspectos del criterio mencionado arriba son débiles o solo está involucrada la población diana o dudas en el diseño o método. (-) La población diana no está involucrada. (0) No hay información disponible para esta propiedad.
Consistencia interna	La medida en que los ítems de una subescala están interrelacionados (homogeneidad).	(+)Análisis factorial realizado y alfa C $\geq 0,70$ (?) Dudas en el diseño o método. (-)alfa C $<0,70$ (0) No hay información disponible para esta característica psicométrica.
Validez de criterio	Medida en que las puntuaciones de un cuestionario están relacionadas con un <i>gold standard</i> .	(+) Argumentos convincentes de que un <i>gold standard</i> es realmente <i>gold</i> y correlación $\geq 0,70$. (?)Los argumentos no son convincentes o dudas en el diseño o el método. (-) Correlación $<0,70$, a pesar de un diseño adecuado. (0) No hay información disponible acerca de esta propiedad.
Validez de constructo	Medida en que las puntuaciones de un cuestionario en particular están relacionadas con hipótesis teóricas relativas a los conceptos que se miden.	(+)Formulación de hipótesis específicas y al menos un 75% de los resultados finales deben ser acordes con la hipótesis planteadas. (?) Dudas diseño/método (no planteamiento hipótesis). (-) Los resultados muestran una concordancia menos del 75% con las hipótesis planteadas. (0)No hay información disponible para esta propiedad.
Acuerdo	Medida en que las puntuaciones de medidas repetidas se parecen (medida de error absoluto).	(+)SDC<MIC, o MIC está fuera de los LA, o hay argumentos convincentes de que el acuerdo es aceptable. (?)Dudas diseño/método, o MIC no definido y no hay argumentos convincentes de que el acuerdo sea aceptable. (-) SDC \geq MIC, o MIC dentro de los LA a pesar del adecuado método/diseño. (0) No hay información disponible para ésta.

Tabla 6. (Continuación) Criterios Psicométricos

PROPIEDAD	DEFINICIÓN	CALIDAD
Fiabilidad	Medida en que los pacientes pueden ser distinguidos de otros a pesar del error (fiabilidad interobservador)	(+)CCI o Kappa \geq 0,70. (?)Dudas diseño/método. (-) CCI o Kappa <0,70 a pesar de contar con un buen diseño/método. (0) No hay información disponible para esta característica.
Responsibilidad	Habilidad de un cuestionario para detectar cambios clínicamente importantes a lo largo del tiempo,	(+) SDC<MIC, o MIC fuera de los LA, o RR>1,96, o AUC \geq 0,70. (?)Dudas diseño/método. (-) SDC \geq MIC, o MIC dentro de los LA, o RR \leq 1,96, o AUC<0,70, a pesar del adecuado diseño/método. (0)No hay información disponible para esta característica.
Efecto suelo/techo	El número de sujetos que han logrado las puntuaciones más altas o más bajas posibles.	(+)≤15% (?)Dudas diseño/método. (-)>15% (0)No hay información disponible para esta característica.
Interpretabilidad	Habilidad de la escala de asignar un significado cualitativo a marcadores cuantitativos.	(+)Presenta media y SD de al menos 4 subgrupos de pacientes y MIC definidos. (?)Dudas diseño/método o menos de 4 subgrupos o MIC no definidos. (-)No presenta media ni SD (0)No hay información disponible para esta característica.
Test-Retest	Grado de correlación entre los resultados de las pruebas en dos puntos diferentes en el tiempo.	(+) Presenta test-retest con fiabilidad >0,70. (?)Dudas diseño/método. (-) Test-retest muestra fiabilidad<0,70 o es realizado en muestra diferente a que se le aplica el tratamiento. (0) No hay información disponible para este característica.

CCI: coeficientes de correlación intraclass; LA: límites de acuerdo; MIC: mínimo cambio importante; SDC: menor cambio detectable; SD: desviación típica.

Fuente: Versión adaptada de Sánchez-Muñoz y López-Pina (2014).

Validez de contenido

Se refiere a la representación comprensiva del constructo objeto de medida, por los ítems incluidos en el cuestionario de la población a estudio, y de los conceptos que están siendo objeto de medición.

Consistencia interna

Analiza en qué medida los ítems de cada subescala están correlacionados entre ellos, y miden el mismo constructo. Se expresa mediante el alfa de Cronbach, un positivo es un valor entre 0.70 y 0.90, lo cual refleja una buena consistencia interna.

Validez de criterio

Valora el grado de relación con un criterio externo previamente validado, y considerado como “estándar de oro” (*gold standard*). Si no existe, se sustituirá por algún otro criterio adecuado. Se puntuará con + si la correlación es > 0.70 .

Validez de constructo

Se refiere a, cómo las puntuaciones en un cuestionario particular, se relacionan de forma consistente con las medidas derivadas de las hipótesis teóricas planteadas acerca de los conceptos, que se están midiendo. Se valora de forma positiva, si las hipótesis están redactadas, y cuando al menos el 75% de los resultados se ajustan a esas hipótesis.

Reproductibilidad

Según Terwee et al. (2007), es la característica de la escala mediante la que se valora su capacidad para detectar que, en personas estables, tras sucesivas administraciones de la escala se reflejan resultados iguales. Los autores incluyen dos aspectos distintos: el nivel de acuerdo y la fiabilidad.

a) Acuerdo

Hace referencia al error absoluto de medida. Analiza cambios clínicamente significativos. Para darle un valor positivo en la tabla, se requiere que los mínimos cambios detectables (SDC), sean menores que los cambios mínimos importantes (MIC).

b) Fiabilidad

Hace referencia al error relativo de medida, es decir, el grado hasta el cual los sujetos pueden ser diferenciados unos de otros, a pesar de los errores de medición. Para ello, se requiere el índice de correlación interclase (ICC) o un ponderado Kappa ≥ 0.70 .

Sensibilidad

Es la capacidad del cuestionario para detectar cambios clínicamente importantes en el tiempo. Para ello tiene que cumplir alguno de los siguientes criterios: calcular los cambios mínimos detectables (SDC), o que los cambios mínimos importantes (MIC) sean mayores que los cambios mínimos detectables (SDC), o que los MIC estén fuera de los límites de acuerdo (LOA), o que el Riesgo Relativo (RR) calculado sea > 1.96 , o que el área bajo la curva de características operativas (AUC) sea ≥ 0.70 .

Efecto suelo y techo

Con esta propiedad se estudia la distribución de las puntuaciones de los sujetos en la escala. Si más del 15% obtienen las puntuaciones

más bajas o más altas posibles, se produce el llamado efecto suelo o efecto techo, respectivamente. Si aparece cualquiera de estos efectos, se produce una disminución en la fiabilidad, una limitación en validez de contenido y una merma de la sensibilidad al cambio.

Interpretabilidad

Capacidad de la escala de asignar un significado cualitativo a puntuaciones cuantitativas. Será valorada de forma positiva, cuando presente medias y desviaciones típicas de al menos cuatro subgrupos importantes de sujetos, y defina los cambios mínimos importantes (MIC).

Test -Retest propio

Los autores de este estudio estimaron conveniente incluir entre los criterios a analizar, la fiabilidad test-retest. Éste refleja la precisión de la medida en términos de estabilidad. La fiabilidad test-retest se centra en el grado de correlación entre los resultados de las pruebas en dos momentos diferentes en el tiempo. Es esencial que, un instrumento tenga una alta fiabilidad test-retest para determinar la cantidad de error relativo de medida presente.

2.5. Consideraciones Éticas

El presente estudio, al ser una revisión sistemática no presentó riesgo para las personas, y contó con la autorización para el uso de las diferentes bases de datos y buscadores, a través del servicio de

biblioteca virtual de “Murciasalud”, perteneciente al Servicio Murciano de Salud.

Asimismo, se respetó el derecho de autor de los artículos utilizados en este trabajo mediante la adecuada reseña bibliográfica.

2.6. Limitaciones del Estudio

Como limitación destacar que en la amplia revisión bibliográfica realizada no se encontró ninguna escala destinada a medir la satisfacción sexual en la mujer puérpera, lo cual obligó a realizar la presente revisión con escalas de satisfacción sexual validadas en población general. De esta forma no fue posible analizar en profundidad una escala que mida la satisfacción sexual en este periodo.

CAPÍTULO 3. Metodología Estudio Cuantitativo

Dada la ausencia, tras su búsqueda sistemática, de escalas de medida de la satisfacción sexual en el puerperio y de estudios psicométricos del Índice de Satisfacción Sexual (ISS) (Hudson et al., 1981) en población de mujeres puérperas, se planteó llevar a cabo, en este tercer estudio la validación del ISS en una población española de mujeres en el postparto, examinando su fiabilidad y validez, mediante la realización de un estudio transversal descriptivo.

3.1. Población de Estudio

Se seleccionó una muestra piloto de 274 mujeres puérperas, usuarias de los centros de salud, parturientas del Hospital Santa Lucía,

e integrantes de los grupos de apoyo a la lactancia materna del Área II de Salud de Cartagena, de la Región de Murcia.

3.2. Criterios de Inclusión/Exclusión

a) Mujeres puérperas entre las 8 y 12 semanas postparto, periodo en el cual se concluye la etapa puerperal según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (Bajo, Melchor y Mercé, 2007, p. 377), y permite que el recuerdo de su vivencia sea lo más reciente posible.

b) Nacionalidad española, con la finalidad de asegurar la comprensión del cuestionario en cuanto al idioma y cuestiones socioculturales.

c) Mayoría de edad para cumplimentar el cuestionario.

d) Convivencia en pareja heterosexual, asegurando de esta forma que la experiencia del puerperio por parte de las mujeres es compartida con el género masculino.

e) No presentar patología diagnosticada, ni tratamiento médico (excepto tratamiento anticonceptivo), que pudiesen estar interfiriendo en su vida sexual (Alonso, 2007; Ambler, Eric & Diamond, 2012; Carey, 2006; Pauls et al., 2008).

f) Dar a luz un recién nacido a término, sano y vivo, sin complicaciones maternas o neonatales postparto que puedan interferir en su vida sexual (Manning, 2012).

g) Aceptar la participación en este estudio mediante la cumplimentación del cuestionario.

3.3. Procedimiento

Las mujeres fueron invitadas a formar parte del estudio entre octubre de 2015 y febrero de 2016, de las siguientes formas:

a) En colaboración con las Matronas de los centros de salud del Área II de Cartagena, que tras citar a las mujeres para su revisión puerperal, eran invitadas a una charla sobre sexualidad en el puerperio tras la cual se les solicitaba la cumplimentación del cuestionario a aquellas que cumplieran los criterios de inclusión (dicha sesión fue impartida por la Matrona investigadora del estudio) (Anexo IV).

Las mujeres que no podían asistir cumplimentaban el cuestionario que se les entregaba en la consulta, previa explicación del mismo. Este mismo procedimiento fue el que se empleó para los grupos de lactancia del Área de Salud II, con los que se contactó previamente para organizar las charlas de sexualidad.

Con el objetivo de asegurar el anonimato y la confidencialidad de sus respuestas, los cuestionarios rellenados eran introducidos en un sobre cerrado. Todas las participantes recibieron las mismas instrucciones.

Las sesiones impartidas entre noviembre 2015 y enero 2016, fueron las siguientes:

- Grupo de lactancia del Municipio de La Unión.
- Grupo de lactancia del Municipio de la Puebla.
- Centro de salud del Barrio de San Antón.
- Centro de Salud de Barrio Peral.
- Centro de Salud del Municipio de Fuente Álamo.
- Grupo de lactancia del Barrio de Ciudad Jardín.
- Grupo de lactancia del Municipio de San Javier.
- Centro de Salud del Municipio de El Algar.
- Centro de Salud del Barrio de Cartagena Este.
- Centro de Salud del Barrio de Cartagena Oeste.

b) Aquellas mujeres que habían dado a luz mes y medio antes de la fecha en que se inició la captación fueron contactadas vía telefónica desde el hospital para participar en el estudio. Tras confirmar su aceptación, se les explicó el cuestionario que les fue remitido por correo postal a sus domicilios. La devolución del mismo se realizó mediante un sobre franqueado que se incluía dentro, con la dirección del Hospital Santa Lucia.

Para facilitar su participación, además del correo se les ofrecía la posibilidad de cumplimentarlo online poniendo a su disposición el siguiente enlace URL: <http://goo.gl/forms/ZYH8LH36Kk>

El cuestionario fue cumplimentado de forma totalmente voluntaria, informada y anónima, garantizando que sus repuestas serían utilizadas únicamente para los fines de la investigación.

De los 284 cuestionarios recogidos, 10 fueron excluidos por estar incompletos, quedando una muestra de 274 que fueron incluidos en el estudio.

3.4. El instrumento

El instrumento que se seleccionó para la realización de esta investigación fue el Índice de Satisfacción Sexual de Hudson et al. (1981) (Anexo V).

Es uno de los cuestionarios más utilizados para medir la Satisfacción Sexual. Tras la evaluación realizada por los autores de las propiedades psicométricas en las diferentes escalas de satisfacción sexual, durante la segunda investigación de este estudio, se concluyó que la escala que incluía más propiedades psicométricas en su validación era el ISS (validez de contenido, consistencia interna, validez de criterio, validez de constructo y *test-retest*). Presenta un coeficiente de fiabilidad de alpha de Cronbach de .916, alta consistencia interna y validez discriminativa, además de un bajo sesgo en relación con la deseabilidad social. Por lo cual, resulta ser un instrumento útil en la clínica para valorar la evolución de la terapia.

El ISS está formado por 25 ítems, que reflejan directamente aspectos predictores o consecuentes de la calidad sexual de la relación.

Éstos representan las quejas más frecuentes de los pacientes que muestran insatisfacción sexual en la clínica. Doce de sus ítems están redactados de forma positiva, y trece de forma negativa, con puntuación inversa. De forma que puntuaciones altas indican insatisfacción sexual.

Para este estudio se utilizó su versión española publicada por Crooks & Baur (2000), que ofrece una escala likert para la valoración de 1 (nunca), a 5 (la mayor parte del tiempo o todo el tiempo). Siendo un instrumento idóneo para la medición de la satisfacción sexual en general (Anexo V).

No encontrando en la búsqueda realizada instrumentos de medida específicos de la satisfacción sexual durante el puerperio, el objetivo de este estudio fue aplicar este instrumento en una población de mujeres en el postparto.

El cuestionario consta de una primera página (Anexo V), en la cual se solicitan los datos socio-demográficos de la mujer con el fin de describir la muestra de las participantes. Las características socio-demográficas son: edad, número de hijos, nivel de estudios y tipo de parto.

A partir de la información obtenida en esta primera parte, se inicia el cuestionario, conformado por una serie de ítems redactados en forma positiva o negativa, que ponen de manifiesto actitudes, emociones y expectativas de las mujeres acerca de la satisfacción de su vida sexual en pareja. Para finalizar, los autores incluyen un ítem que interroga

acerca de la percepción de la satisfacción sexual antes y después del parto. Por tanto, este estudio pretende ofrecer un instrumento de medida de la satisfacción sexual de la mujer en el puerperio.

3.5. Análisis psicométrico

Para el estudio de las propiedades métricas de la escala ISS se utilizó el esquema organizativo propuesto por Terwee et al. (2007) en el segundo estudio de este trabajo. Se analizaron las siguientes propiedades: la calidad de los ítems, la validez de contenido, la consistencia interna, la validez de constructo, el grado de acuerdo como un tipo específico de reproductibilidad y la validez factorial. Asimismo, siguiendo a Abad, Olea, Ponsoda y García (2011) y Velandrino (1998), se realizó un estudio de la interpretación de las puntuaciones basado en el proceso de baremación centílico.

3.5.1. Análisis de Ítems

Inicialmente, se obtuvieron los estadísticos descriptivos básicos para cada ítem: media y desviación típica insesgada, así como para el promedio de cada ítem, y para la puntuación en la escala total. A continuación, se analizó la capacidad discriminativa de los ítems para diferenciar entre los distintos niveles del atributo en los evaluados. Se calculó a través de la correlación ítem-test corregida, r_{jX}^c , es decir la correlación del ítem j con el resto del test X (suprimido el propio ítem).

3.5.2. Validez de Contenido

La validez de contenido se refiere al grado en que el atributo(s) o rasgo(s) de interés, está adecuadamente representado, por el conjunto de ítems que lo componen. Se llevó a cabo un análisis por dos jueces, en la adecuación de los ítems, como indicadores del atributo estudiado: la satisfacción sexual, tal como aquí fue considerada. Se utilizó la versión inicial española de Crooks & Baur (2000), también utilizada por Santos et al. (2009). El grado de acuerdo fue valorado con el Coeficiente de Correlación Intraclase considerado como consistencia, $CCI_{consistencia}$

3.5.3. Consistencia Interna

Se refiere al grado en que, los ítems del cuestionario están correlacionados entre sí, para comprobar si miden el mismo rasgo. Se trata por tanto, de evaluar el grado de homogeneidad entre los ítems. Se utilizó el coeficiente alpha de Cronbach, para esta valoración.

3.5.4. Validez de Constructo

Evalúa el grado en que, la escala o instrumento se relaciona con otras escalas o instrumentos, tal como es establecido por hipótesis previas sustentadas lógicamente y/o teóricamente. Se trata de someter a prueba, hipótesis para determinar si, grupos que difieren (previamente) en el constructo o rasgo que mide la escala, son discriminados por la escala. En este trabajo la satisfacción sexual fue estudiada en dos grupos, que debían diferir claramente en este constructo: aquellas mujeres que habían reiniciado las relaciones sexuales durante el

puerperio de manera habitual, y aquellas otras que no las habían reiniciado.

3.5.5. Reproducibilidad

De forma general, la *reproducibilidad* alude al grado de mediciones sucesivas en personas estables (test-retest), que producen resultados similares. Siguiendo a Terwee et al. (2007), es posible distinguir entre la reproducibilidad como *acuerdo* (*agreement*) y la reproducibilidad como *fiabilidad* (*reliability*). El acuerdo se refiere al grado de similitud entre medidas sucesivas. Se basa en el error absoluto de medida, y pretende establecer, cuándo los cambios o diferencias en las puntuaciones repetidas, reflejan cambios o diferencias en el rasgo medido. Por su parte, la fiabilidad tiene propósitos discriminativos, y busca establecer cuándo un cambio es clínicamente significativo.

Para calcular el grado de acuerdo se define primeramente el denominado Cambio Mínimo Detectable (CMD), que expresa el cambio más pequeño entre las puntuaciones sucesivas de la persona que, con una probabilidad $p < .05$, puede ser considerado un cambio real, más allá del error de medición. Se calcula según la siguiente fórmula:

$$CMD = 1.96 \cdot \sqrt{2} \cdot ETM$$

donde

$$ETM = \sqrt{MCError} =$$

$$= S_X \cdot \sqrt{1 - r_{XX}}$$

es el error típico de medida, que es una buena estimación del error absoluto de medida.

3.5.6. Validez Factorial

Es un tipo específico de validez, que se basa en la estructura interna de la escala. Pretende evaluar el grado en que los ítems evidencian, que el rasgo o constructo, tiene una sola dimensión o está formado por varios sub-rasgos. Este es uno de los grandes objetivos de cualquier proceso de medida: determinar hasta qué punto se ha construido una medida unitaria (unidimensional), o bien compuesta por varios rasgos o constructos (multidimensional). Una estrategia de análisis psicométrico habitual (la otra estrategia es el Análisis Factorial Confirmatorio) (AFC)¹. En realidad, el Análisis Factorial Exploratorio (AFE) para este estudio (es un caso particular del AFC), se trata de una técnica de análisis multivariante, que permite estudiar las dimensiones que están latentes en las relaciones entre las variables; en este caso las variables son los ítems. Por eso a este tipo de validez se le denomina validez factorial.

En otros contextos y momentos, también se ha incluido como parte explícita del estudio de la validez de constructo.

¹ La otra estrategia es el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC). En realidad el AFE es un caso particular del AFC.

El AFE se basa en las relaciones existentes entre los ítems, y proporciona un análisis de la estructura interna de la escala para determinar el número de dimensiones o factores (de ahí el nombre de la técnica), presentes en ella.

Para el estudio de la validez factorial se utilizó el programa FACTOR (Lorenzo-Seva & Ferrando, 2006), que incorpora algunos de los métodos de extracción y rotación más aceptados en la literatura actual (Abad et al., 2011).

El programa emplea correlaciones policóricas entre los ítems, las cuales son más adecuadas a la naturaleza no métrica de las categorías de respuesta en los cuestionarios tipo Likert como es la escala ISS. Como método de extracción de factores se utilizó el Unweighted Least Squares (ULS), como criterio para la selección del número de factores, se utilizó el procedimiento de Parallel Analysis (PA), y como método para rotar los factores seleccionados el Método Oblimin.

3.5.7. Baremación

Una forma de interpretar las puntuaciones de una escala de medida, es a través de su baremación, utilizando puntuaciones centílicas.

Un centil o percentil, P_k , es aquella puntuación de la variable, en este caso de la puntuación en la escala ISS, que deja por debajo de ella un $k\%$ de todos los casos. Así el P_{60} es aquella puntuación bajo la cual hay un 60% de casos. Es habitual, que en test y escalas, se incluya un

gráfico basado en centiles con finalidad de valorar el resultado individual de cada persona. Este gráfico utiliza los resultados de la muestra utilizada para la validación de la prueba, que fue de 274 mujeres. La muestra empleada en el proceso de baremación se conoce con el nombre de *grupo normativo* o grupo de baremación.

3.6. Consideraciones Éticas

Se respetaron las consideraciones éticas planteadas en el estudio cualitativo de este trabajo (Bloque III, Capítulo 1, Punto 1.4.).

Para la realización del mismo se contó con la aprobación del Comité de Ética e Investigación del Área II Cartagena de la Región de Murcia (Anexo VI).

El cuestionario fue explicado previamente a su cumplimentación, incidiendo en los siguientes puntos (Díaz de Rada, 2005):

- a) Se respeta la decisión de la participante a no cumplimentarlo.
- b) Su cumplimentación es totalmente voluntaria y anónima.
- c) Sus repuestas serán utilizadas de forma confidencial y únicamente para los fines estadísticos de la investigación.
- d) La devolución del mismo cumplimentado implica su consentimiento para el análisis y publicación de la información aportada.

- e) Asimismo, la participante queda informada del instrumento de medida utilizado: el ISS de Hudson et al. (1981), en su versión Española editada por Crooks & Baur (2000).

Una vez llevada a cabo la recogida de los datos, el investigador se compromete a la conservación y aprovechamiento de la información recogida. Se garantiza que el tiempo y esfuerzo de las participantes contribuye al desarrollo de nuevo conocimiento al alcance de la sociedad, avalando la adecuada difusión de los resultados de la investigación, a través de los cauces científicos pertinentes (Meneses y Rodríguez, 2014).

3.7. Limitaciones del Estudio

Este estudio presentó limitaciones en relación a la selección de la muestra, que condicionan su generalización.

Al tratarse de una muestra aleatoria de mujeres sanas en la etapa del puerperio, no incluyó mujeres con alguna patología diagnosticada, por lo que los resultados no pueden ser aplicados a este tipo de población. De igual forma, todas las participantes convivían en pareja heterosexual, excluyendo a las parejas homosexuales o aquellas que no convivían en pareja. Por consiguiente, los resultados no pueden ser generalizados a toda la muestra de mujeres puérperas españolas.

BLOQUE IV. RESULTADOS

CAPÍTULO 1. Análisis de los Resultados: Estudio Cualitativo

Los resultados se agruparon en cuatro categorías que describen el patrón de la función sexual de la mujer y su vida sexual en pareja: (1) El deseo sexual después del parto; (2) Afrontando los cambios que interfieren en la excitación; (3) Los cambios en la sensación orgásmica; y (4) La percepción de la vida sexual después del parto (Gráfico 2).

CATEGORÍAS DEL ESTUDIO

- | | |
|---|---|
| 1. Analizando el deseo sexual después del parto. | Se describen los cambios en el deseo sexual de la mujer tras el parto y los factores que interfieren en el mismo. |
| 2. Afrontando los cambios que interfieren en la excitación. | Se ofrece información acerca de las alteraciones en la respuesta de excitación de la mujer puérpera. |
| 3. Explorando los cambios en la sensación orgásmica. | Se explican los cambios que afectan a la respuesta orgásmica de las mujeres tras el parto. |
| 4. La percepción de la vida sexual después del parto. | Las mujeres puérperas valoran su vida sexual en pareja. Reflejando los factores que repercuten en la misma. |

Gráfico 2. Categorías emergentes del estudio cualitativo.

1.1. Analizando el Deseo Sexual después del Parto

Como se ha comentado en apartados precedentes, en el postparto la libido disminuye en la mayoría de mujeres, siendo la causa más importante la privación de los estrógenos y progesterona tras el alumbramiento de la placenta y el aumento de la secreción de prolactina.

Este descenso del interés sexual es interpretado por la mujer como natural y necesario, dado que las primeras semanas después del parto son agotadoras por la excesiva atención que requiere el bebé tanto de día como de noche. Todo ello repercute no sólo en la condición física de la madre, sino también en su estado de ánimo e interés en el sexo:

“Mi deseo es más bajo ahora, creo que es porque estoy cansada (...), no duermo profundamente porque siempre estoy mirándola” (M10);“(...) fue a demanda de él el reiniciarlas, yo por mi no quería, no me apetecía, estaba cansada, agotada y no tenía ganas, mi cabeza estaba con el niño (...) él se lo trabajaba mucho y eso está bien, pero yo necesitaba descansar” (M11).

Por otra parte, se observó la influencia de las identidades y los roles de género en la configuración de la sexualidad de las madres, es decir, en la forma en que estas interactúan y se comportan en sus prácticas sexuales.

En algunos casos, los dilemas morales y éticos se producen debido a las percepciones que tienen las mujeres sobre la sexualidad. Estas situaciones provocaron sentimientos negativos y confusión en algunas madres:

“No tengo ganas, estoy cansada (...) Tengo que esforzarme y hacer un teatro, tengo que crearme mi papel y me siento mal porque no lo siento. Me acuesto con él aunque no tengo ganas (...) Si fuera por mí, no lo haríamos en mucho tiempo, pero me obligo y por nuestro matrimonio, para fortalecerlo (...)” (M6); “Ahora no tengo nada de ganas y lo hago por él más que por mí (...) él es hombre y tiene unas necesidades, sino se lo das en casa lo buscará fuera” (M12).

Las mujeres que confesaron haber experimentado un parto traumático, también refirieron tener sentimientos encontrados sobre el sexo, expresando una disminución en el interés sexual. La vivencia de un parto traumático constituye una experiencia que les preocupa, y necesitan tiempo para superarlo emocionalmente:

“Mi deseo es bajo, estoy menos dispuesta a hacerlo, puede ser debido al trauma del parto, creo que aún está en mi subconsciente (...)” (M13); “Es complicado para mí que tenga ganas de sexo, pues todavía estoy recuperándome de todo lo vivido (...) lo pasé muy mal” (M16); “Ahora no me apetece nada, no estoy preparada, pues todavía no se me ha olvidado lo duro que fue parirla, me he quedado como vacía” (M20).

Algunas participantes señalaron un cambio en el orden de prioridades e intereses durante este período, pues en estos momentos toda su atención se centraba en el recién nacido. Desde este nuevo orden, emergen nuevos sentimientos de apego que crean un gratificante vínculo emocional con el bebé, pese a que interfiere en su deseo sexual:

“Ahora mismo siento que él (pareja) exige mucho mi atención, más que antes, y me pide que pasar más tiempo con él, pero mis prioridades han cambiado. Antes

él era mi principal prioridad pero ahora mi prioridad es el bebé” (M18); “Siento que mis hormonas del deseo están durmiendo (...) creo que en este momento todo lo sexual queda en un segundo plano (...) se lo digo a mi marido que ahora mismo soy como la leona que cuida de su cachorro y no puedo prestar atención a otras cosas” (M28).

Uno de los aspectos más relevantes del puerperio es la pérdida del esquema corporal y las consecuencias derivadas de la falta de autoestima. Es frecuente para la mujer sentir preocupación por su aspecto físico, siendo fuente de inseguridad, vergüenza e insatisfacción, que van a interferir en el deseo sexual y en la capacidad para disfrutar de su sexualidad, lo que las lleva a evitar la intimidad sexual con sus parejas:

“Mi autoestima está más baja, mi cuerpo ha cambiado, es peor que antes, mientras que el suyo sigue siendo el mismo, yo peso más, mi vientre está flojo y, a veces siento que puedo evitar tener relaciones sexuales porque creo que cuando me vea desnuda va a ver que no estoy bien. Me siento insegura con mi cuerpo de ahora. Me veo en el espejo y me digo a mí misma que cuerpo más horrible que tengo y creo que por eso le gusto menos que antes” (M2); “Estoy gorda, tremenda y no me siento para nada sexy en estos momentos, es que me miro y se me quitan las ganas” (M6); “Tengo complejos, no me siento nada atractiva y eso hace que no me apetezca nada de sexo” (M13).

En consecuencia, el puerperio va a ser una etapa que tendrá un impacto psicológico importante. Las mujeres no se sentían ni física ni psicológicamente preparadas para afrontar un nuevo embarazo, y el

temor a quedar embarazadas de nuevo influía negativamente tanto en su respuesta sexual como en la satisfacción de la relación sexual:

“Sólo usamos condones y cuando pienso que yo podría quedar embarazada de nuevo me siento asustada y no puedo disfrutar, no me siento relajada cuando lo hacemos (...)” (M5); “No usamos método anticonceptivo, nunca lo hemos hecho y eso me hace que no me relaje (...) antes me daba igual quedarme embarazada pero ahora no, no creo que pudiese criar a dos (...) no sé como lo hacen otras madres” (M10).

La práctica de una actividad sexual de forma abierta, frecuente, y satisfactoria, antes de quedar embarazadas y durante el embarazo, ayuda a minimizar los cambios que se puedan producir tras el parto en la respuesta sexual de la mujer. Respecto a ello, se encontraron mujeres que no percibían cambios en su libido o incluso experimentan un deseo sexual más alto, que antes de quedar embarazadas:

“Las ganas siguen siendo las mismas de siempre, la verdad es que el parto no me ha afectado en el sexo, en ese sentido no tengo queja” (M1); “Ahora tengo más sexual deseo. Nunca he sido muy apasionada, más bien era bastante frígida, pero desde la segunda (bebe) me han dado más ganas que nunca (...)” (M15).

1.2. Afrontando los Cambios que Interfieren en la Excitación

Tras el parto, las mujeres están sujetas a síntomas relacionados con la sequedad vaginal y el dolor en las relaciones sexuales, producido por el déficit hormonal, los puntos de sutura, y la falta de tiempo para

tener una relación sexual satisfactoria. Todo ello interfiere en la capacidad de las nuevas madres para conseguir excitarse, solicitando otro tipo de relaciones sexuales no coitales para evitar el dolor:

“Ahora habría que cuidar otros detalles para que lubrique, pero no lo hacemos, no hay tiempo” (M3); “Me siento más seca que antes, creo que es porque no tenemos tiempo para juegos previos, ni para estimularnos (...) siempre estamos con prisas y prestando toda la atención al bebé, así que no tenemos tiempo, pero es que todavía nos estamos adaptando a ella (bebé) (...)” (M18); “Yo algo rápido no puedo, me duele. Necesito que vaya más despacio, que hagamos otras cosas (...)” (M21).

La incontinencia urinaria en el puerperio se presenta como un problema que interfiere en la vida social y sexual de las mujeres, generando sentimientos de vergüenza, inseguridad, incomodidad y baja autoestima por la falta de control de esfínteres, circunstancias que reducen la respuesta sexual de las mujeres. Algunas participantes consideraban que la incontinencia urinaria disminuía su sensibilidad vaginal y vulvar, la respuesta a la excitación y su autoestima, provocándoles insatisfacción sexual:

“Las sensaciones no son las mismas ahora y siento como si me estuviera tocando mi vejiga, me dan ganas de orinar y gases durante las relaciones sexuales, ya me había sucedido lo mismo después de mi primer hijo (...) no puedo disfrutar porque estoy pensando que me voy a hacer pis, y no me puedo relajar cuando lo hacemos” (M3); “Me avergüenza el tener pérdidas, es que no me puedo dejar llevar, es muy incómodo (...) todo está tan blando que no me entero de nada” (M27).

En la fase puerperal, las madres lactantes encuentran la lactancia como una actividad exclusiva y agotadora, dado que exige todo su tiempo. Pese a ello, asumían perder su autonomía, libertad y su tiempo, proporcionándoles una sensación de bienestar; aspecto que repercutía positivamente, tanto a nivel personal como de pareja. Sin embargo, respecto a la función sexual postparto las mujeres que amamantaban refirieron diferentes sensaciones y actitudes: de una parte, trataban de evitar los pechos en los juegos sexuales previos, dado que eran representados como la fuente de alimento para su hijo recién nacido. En este caso, la sensibilidad erótica de los mismos estaba disminuida, debido a la sobrestimulación recibida en las mamas; y de otra, algunas mujeres manifestaban mayor excitación, resultado de las transformaciones anatómicas relacionadas con el aumento de volumen, turgencia y vascularización las mamas, convirtiéndose en objeto de placer:

“Siento que mis pechos son ahora menos sensibles (...) Ahora no tengo las mismas sensaciones cuando mi pareja toca mis pechos, tal vez debido a que ya están saturados” (M11); “A mi pareja no le gusta tocar mis pechos ahora. Tampoco me gusta a mí, porque sentimos que esto es el alimento del bebé y con la comida no se juega” (M16); “A veces me siento excitada cuando mi bebé succiona (...) pienso que es normal, no me ha hecho sentir mal” (M30).

Otro aspecto relevante, que emana de sus discursos, fue la falta de intimidad de la pareja, que se presentaba cuando el bebé dormía en la misma habitación que los padres. Los testimonios ponían de

manifiesto que, las relaciones sexuales en esta situación eran inadecuadas, considerándolas una falta de respeto hacia el recién nacido. Todo ello, unido a la pérdida de privacidad, inhibía su respuesta de excitación y el disfrute de la actividad sexual:

“Incluso cuando el bebé duerme, no me siento cómoda porque creo que él nos oye y yo lo puedo ver que está ahí al lado de nosotros. Lo veo moverse y no me centro pues estoy pendiente de él (...)” (M5); “Él (bebé) se despierta y me corta el rollo (...) sé que está ahí y yo estoy frente a él (...) Tal vez está simplemente dormido pero me mata las ganas (...)” (M14).

En esta etapa las mujeres se mostraban más sensibles a los comentarios del entorno familiar más cercano, los cuales influían negativamente en su autoestima y vida privada de pareja. Sentimientos agravados por el cansancio y la falta de sueño que arrastran, por lo que recibir una ayuda útil por parte de su entorno podría evitar esta situación:

“Ya he criado a dos y todavía me hacen dudar de si sabré hacerlo (...) aquí todos opinan, hasta mi suegro que nunca crió los suyos (...) te afecta y al final terminamos discutiendo nosotros y eso te lo llevas a la cama (...) (M6); “Es imposible tener un momento de intimidad entre los dos, porque mi suegra no nos deja solos (...) es imposible, y si ella no está, entonces hay otra persona que nos visita y nunca podemos estar nosotros dos solos mientras el niño está durmiendo” (M13)

1.3. Explorando los Cambios en la Sensación Orgásmica

La capacidad de disfrutar un orgasmo requiere un equilibrio físico y emocional para las mujeres. Las participantes mostraron, que durante

el período después del parto les era más difícil de alcanzar el orgasmo, ya que lo percibían de manera diferente en cuanto a la intensidad y duración.

Factores relacionados con la disminución de la sensibilidad vaginal, el agotamiento físico, la falta de tiempo y los problemas con la relajación o excitación, dificultaban la respuesta orgásmica significativamente. Así lo expresaban las informantes:

“Ahora siento que mis orgasmos son más cortos y no son duraderos. Creo que esto es por el agotamiento, ya que me siento con sueño más que cualquier otra cosa (...)” (M2); *“Siento mis orgasmos menos, no sé por qué (...) tal vez necesite más tiempo. El niño está colgado de mi pecho todo el día, así que es muy difícil para mí dedicar tiempo a la relajación y esas cosas (...)”* (M5).

En relación a la respuesta orgásmica, algunos testimonios manifestaban tener problemas para conseguir el orgasmo, por ello les era necesario recurrir a estímulos eróticos y técnicas de estimulación.

Por tanto, además de precisarse un estado psicofísico adecuado por parte de la madre para conseguir un orgasmo, también es necesario que sepa cómo desencadenarlo además de tener una actitud positiva de su sexualidad. Todo ello requiere un factor educacional que en ocasiones, las mujeres y sus parejas carecen:

“(...) me cuesta dejarme llevar como para tener un orgasmo y encima él no sabe donde me tiene que tocar” (M6); *“Lo que pasa es que yo nunca he tenido orgasmos con mi pareja, por lo que ahora menos”* (M13); *“(...) él (pareja) siempre me lo dice, que tengo que ser más egoísta y pensar más en el sexo, sino no voy a llegar nunca y yo es que estoy pendiente de él”* (M29).

1.4. La Percepción de la Vida Sexual después del Parto

El concepto de vida sexual en el imaginario colectivo sigue representándose como aquella relación sexual con penetración, que aún no siendo la única, es generalmente la que más importancia cobra en la vida sexual de las personas.

Tras el parto se van a desencadenar una serie de cambios en la vida sexual de la pareja influidos por factores emocionales, físicos, laborales y de pareja. En esta etapa, la prioridad para la pareja en el reinicio de su actividad sexual es conseguir tiempo para estar juntos, además de la comunicación, ternura y muestras de cariño que lograrán transmitir afecto, placer y emoción, facilitando la cercanía e intimidad a la pareja en su vida sexual.

En los hallazgos obtenidos, la conciliación de la vida laboral de la madre y su papel en la crianza de los hijos adquiere relevancia. Las informantes manifestaron sentimientos de tristeza y ansiedad al pensar en la separación de sus hijos, repercutiendo seriamente en la vida sexual y emocional en pareja:

“El tema laboral me preocupa, es un problema en nuestra vida. Me encantaría poder tomarme más tiempo para estar con mi hijo, pero no me puedo arriesgar, veremos a ver si aún así, me vuelven a dar mi puesto (...)” (M9); “(...) cuando pienso que tengo que volver al trabajo, me pongo triste, no puedo evitarlo. No me siento comprendida y eso afecta mi estado de ánimo y a nuestra relación” (M26).

Las participantes mostraron una gran heterogeneidad y subjetividad en el modo de percibir la vida sexual en el puerperio. Aunque la mayoría de las mujeres eran conscientes de la disminución de su función sexual en este momento de su vida, sintiéndose incapaces de reencontrarse con su propia sexualidad y la compartida con sus parejas; otras percibían su vida sexual más satisfactoria que antes de ser madres.

Los sentimientos de protección, el apoyo emocional y la responsabilidad compartida de la crianza fueron muy gratificantes y valorados por las madres:

“Yo preferiría que nuestra vida sexual fuese más activa (...) admito que la hemos ido descuidando” (M23); “Ahora nos sentimos más cerca, siento que él está más presente, más atento conmigo, porque ve que estoy desbordada y yo ahora le valoro más a él y a nuestra vida sexual (...)” (M21).

CAPÍTULO 2. Análisis de los Resultados: Revisión Sistemática

2.1. Análisis de los Instrumentos de Medida

Tras el análisis de los instrumentos de medida, que fueron seleccionados siguiendo los criterios expuestos por Terwee et al. (2007), se detallan los resultados de cada escala (Tabla 7).

Estudio de la Satisfacción Sexual de la Mujer en el Puerperio

Tabla 7

Valoración de los criterios psicométricos y su calidad en las escalas de este estudio

ESCALA	AUTOR	AÑO	ESTU / MUES	POB	PAÍS	LEN	N		VAL. CONT.	CONS INT.	VAL CRIT	VAL. CONST.	REPRODUC. ACUER. FIAB.		RESPON.	EFECTO SUE / TECH	INTERP	TEST-RET FIAB.
							M	H										
1-SSS	Whitley & Poulsen	1975	1	M	Eu	I	45		+	?	0	0	0	0	0	0	0	0
2-SSSD (subescala)	Derogatis & Melisaratos	1979	1	m	Eu	I	154	76	+	+	0	0	0	0	0	0	?	0
							59	91	+	+	0	0	0	0	0	0	?	0
3-ISS	Hudson et al.	1981	1	mp	Eu	I	189	189	+	+	0	+	0	0	0	0	?	0
							465	224	+	+	0	+	0	0	0	0	?	0
							33	16	+	+	+	+	0	0	?	0	?	0
							34	17	+	+	+	+	0	0	?	0	?	0
			4	mj			79		+	0	0	0	0	0	0	?	+	

POBLACIÓN:m= comunitaria; **ma**= comunitaria adultos; **mj**= comunitaria jóvenes; **c**= clínica; **mp**= comunitaria parejas; **cp**= clínica parejas; *= estudio piloto;**PAÍS:**Eu= Estados Unidos;**Gb**= Gran Bretaña; **Ca**= Canadá;**LENGUA DE VALIDACIÓN:**i= inglés; **e**= español.

Fuente: Versión adaptada siguiendo los criterios de Terwee et al. (2007)

Estudio de la Satisfacción Sexual de la Mujer en el Puerperio

Tabla 7 (Cont.)

Valoración de los criterios psicométricos y su calidad en las escalas de este estudio

ESCALA	AUTOR	AÑO	ESTU / MUES	POB	PAÍS	LEN	N		VAL.	CONS.	VAL	VAL.	REPRODUC.		RESPO	EFECTO	INTERP	TEST-RET	
							M	H	CONT.	INT.	CRIT	CONST.	ACU.	FIAB	N.	SUE / TECH		FIAB.	
4-GRISS	Rust & Golombok	1986	1	cp*	Gb	I	51	51	+	?	0	0	0	0	0	0	0	0	
			2	mp*				36	36	+	?	0	0	0	0	0	0	0	0
			3	cp				62	62	+	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			4	m				30	29	+	0	0	0	0	?	0	0	0	0
			5	cp				41	41	+	0	0	0	0	0	0	0	0	-
5-PSSI	Pinney et al.	1987	1	Mj	Eu	I	275		+	+	?	?	0	0	0	0	0	0	
6-GMSEX (subescala)	Lawrence & Byers	1992	1	Mj	Ca	I	90		+	?	+	+	0	0	0	0	?	+	

POBLACIÓN: m= comunitaria; ma= comunitaria adultos; mj= comunitaria jóvenes; c= clínica; mp= comunitaria parejas; cp= clínica parejas; *= estudio piloto; **PAÍS:** Eu= Estados Unidos; Gb= Gran Bretaña; Ca= Canadá; **LENGUA DE VALIDACIÓN:** i= inglés; e= español.

Fuente: Versión adaptada siguiendo los criterios de Terwee et al. (2007)

Estudio de la Satisfacción Sexual de la Mujer en el Puerperio

Tabla 7 (Cont.)

Valoración de los criterios psicométricos y su calidad en las escalas de este estudio

ESCALA	AUTOR	AÑO	ESTU / MUES	POB	PAÍS	LEN	N		VAL.	CONS.	VAL	VAL.	REPRODUC.	RESPON.	EFECTO	INTERP	TEST-RET	
							M	H	CONT.	INT.	CRIT	CONST.	ACUER. FIAB	SUE / TECH	FIAB.			
7-EAESS	Álvarez-Gayou et al.	2005	1	m	Mx	e	441	318	+	+	0	?	0	0	0	0	?	0
8-SSS-W	Meston & Trapnell	2005	1	mj*	Ca	i	538	119	+	?	0	0	0	0	0	0	0	0
			2	mj	Ca	i	79	102	+	?	0	0	0	0	0	0	0	0
			3	m	Ca	i			+	?	0	0	0	0	0	0	0	+
				c					+	?	+	?	0	0	0	0	0	0
9-NSSS	Stulhofer et al.	2010	1	mj+m	Cro	i	1273		+	+	+	?	0	0	0	0	+	-

POBLACIÓN:m= comunitaria; **ma**= comunitaria adultos; **mj**= comunitaria jóvenes; **c**= clínica; **mp**= comunitaria parejas; **cp**= clínica parejas; *= estudio piloto;**PAÍS:****Eu**= Estados Unidos;**Gb**= Gran Bretaña; **Ca**= Canadá; **Mx**=México; **Cro**=Croacia; **LENGUA DE VALIDACIÓN:****i**= inglés; **e**= español.

Fuente: Versión adaptada siguiendo los criterios de Terwee et al. (2007)

2.2. Análisis Psicométrico

2.2.1. Validez de Contenido

Las nueve escalas revisadas fueron puntuadas otorgándoseles un valor positivo (+) para la *validez de contenido*, al representar de forma comprensiva mediante los ítems del cuestionario el tema de estudio, describiendo claramente los objetivos, la población y los conceptos a medir.

Respecto al SSS se desarrolla con un tamaño muestral de 45 mujeres, lo cual es considerado por Terwee et al. (2007) de dudoso diseño o método, al considerar que el tamaño de la muestra para ser analizada, debe ser al menos de 50 sujetos en cada subgrupo de análisis, lo que afecta al criterio de calidad del estudio.

De igual forma, la calidad de criterio del NSSS resulta dudosa (?) en su diseño, al dividir la muestra total en diferentes muestras para el análisis por separado de sus propiedades psicométricas, lo que no permite valorar de forma unificada la calidad métrica de la escala.

2.2.2. Consistencia Interna

La *consistencia interna* obtuvo valores positivos (+) al calcular α de Cronbach y análisis factorial en las respectivas muestras de las siguientes escalas: SSD presenta un alfa de Cronbach de .71; ISS calcula α en tres de las cuatro muestras, siendo la 4^a muestra para realizar el test- retest. Presenta ($\alpha = .93$) en relaciones pareja estables,

($\alpha = .91$) en relaciones de poco tiempo y ($\alpha = .92$) en parejas en terapia por razones que no implican problemas de relación sexual.

PSSI muestra un alfa de: .92, y lleva a cabo un análisis factorial de los 24 ítems que componen su cuestionario, obteniendo una puntuación media entre .36 y .80.

EAESS expone un α de: .9231, y NSSS presenta un α que oscila entre: .91-.96 para cada una de sus subescalas en todas las muestras.

La consistencia interna del SSS fue dudosa (?) pues pese a realizar análisis factorial de los ítems seleccionados, no aporta alfa de Cronbach.

GMSEX, obtuvo un valor dudoso (?). Pese a presentar un alfa de Cronbach de .90 en una muestra joven, no realiza análisis factorial. Al igual que SSS-W, éste realiza análisis factorial pero no calcula α en dos de sus muestras (una muestra piloto y otra comunitaria joven), mientras que para la tercera muestra de su estudio (clínica y no clínica) sí calcula alfa, siendo: $>.80$ para todas las dimensiones excepto para las de satisfacción (.75) y comunicación (.72), asimismo no realiza análisis factorial.

GRISS, obtuvo un valor dudoso (?) para las muestras 1 y 2 (muestra piloto), calcula α para los hombres (0.76) y para la escala de las mujeres (0.65) además, realiza un análisis factorial ortogonal de la misma, no obstante se le otorgó un valor cero (0) a las muestras 3, 4 y 5 al no presentar información acerca de la consistencia interna en éstas.

2.2.3. Validez de Criterio

Respecto a la *validez de criterio*, se encontraron cuatro escalas donde se obtuvieron valores positivos (+) al concretar que hablaban de la validez concurrente en sus trabajos. Fueron las siguientes:

1) ISS que obtiene un valor positivo (+) en la validez de criterio en su tercera muestra clínica, al establecer validez discriminativa con Index of Marital Satisfaction (IMS) (Cheung & Hudson, 1982; Hudson & Glisson, 1976), y Sexual Attitude Scale (SAS) (Hudson, Murphy & Nurius, 1983), obteniendo una correlación 0.76 con “*gold standard*” (SAS y IMS).

2) GMSEX es positiva (+), ya que su modelo reúne los puntos fuertes de distintos modelos de intercambio de la satisfacción sexual en la relación (Nye, 1982; Thibaut & Kelley, 1959; Walster, Walster & Berscheid, 1978).

3) SSS-W es valorada con una puntuación de cero (0) en todas sus muestras, excepto para la muestra clínica del tercer subgrupo, donde se le otorgó un positivo (+), al calcular la validez convergente entre las puntuaciones totales de las dimensiones del SSS-W respecto a las puntuaciones de otras dimensiones del Female Sexual Function Index (FSFI) (Rosen et al., 2000) y del Locke Wallace Marital Adjustment Test (MAT) (Locke & Wallace, 1959).

4) NSSS obtiene un valor positivo (+). Desarrolla su marco conceptual en base al asesoramiento de expertos y a la literatura

terapéutica de la salud sexual (Bancroft, 1983; Ellison, 2001; Heiman & LoPiccolo, 1988; Schnarch, 1991).

PSSI fue valorada dudosa (?), pues pese a realizar tres análisis de regresión múltiple para determinar sus dimensiones y el grado en el que sus 11 variables predicen la puntuación total de la satisfacción sexual, presenta unos argumentos poco elaborados acerca del “*gold estándar*” utilizado.

Obtuvieron validez de criterio cero (0) las siguientes escalas: SSS; SSSD; GRISS y EAESS al no constatar “*gold estándar*” con los que argumentar que sus escalas están hablando de una validez concurrente; del mismo modo ocurre en el GRISS, donde se basan en deliberaciones de terapeutas sexuales para exponer sus argumentos.

2.2.4. Validez de Constructo

La *Validez de constructo* se valoró con un valor positivo (+) para el ISS que formula cuatro hipótesis confirmadas mediante correlaciones en muestras combinadas, y el GMSEX que también fue valorada positivamente al plantear una hipótesis de su modelo que es representada algebraicamente y confirmada con los resultados obtenidos.

Recibieron un valor dudoso (?) para la validez de constructo: PSSI, de las dos hipótesis que expone, la primera se cumple y la segunda hipótesis plantea varias sub-hipótesis de regresión que se cumplen en mayor medida.

En la EAESS a pesar de que las medidas se relacionan con los conceptos que se están midiendo, no plantea una hipótesis claramente definida por lo que se le otorgó un valor dudoso (?).

La SSS-W fue puntuada con cero (0) para todas sus muestras, excepto para la muestra clínica, a la que se le otorga un valor dudoso (?) pues relaciona las puntuaciones obtenidas en cada una de sus dimensiones, con otras medidas definidas en su marco teórico (FSFI, MAT) respecto a los conceptos que se están midiendo.

NSSS fue valorada dudosa (?) al no plantear una hipótesis claramente definida, y el análisis factorial no confirmar la teoría inicial que apoya las cinco dimensiones de su estructura.

Finalmente, SSS fue evaluada con cero (0) ya que pese a plantear una hipótesis relativa a los conceptos que mide, posteriormente las puntuaciones de la escala no se correlacionan con otras medidas derivadas de la formulación de la hipótesis relativa al concepto que se mide, como pueden ser: t-student, ANOVA y el análisis de regresión múltiple.

SSSD y GRISS no plantean hipótesis específicas, ni información acerca de la validez de constructo obteniendo una puntuación de (0).

2.2.5. Reproducibilidad

En cuanto a la *Reproducibilidad* de las escalas, esta queda definida con dos propiedades: *Acuerdo* y *Fiabilidad*, que junto a la

Responsibilidad, *Efecto Suelo/Techo* e *Interpretabilidad*, fueron los peor informados en las escalas.

Respecto al *Acuerdo*, de las 9 escalas analizadas, ninguna aporta medidas acerca del error absoluto ni relativo de medición, que permitan detectar cambios clínicamente importantes en el tiempo.

De igual modo ocurre con la *Fiabilidad*, característica que fue puntuada con (0) en 8 de las escalas: SSS, SSSD, ISS, PSSI, GMSEX, EAESS, SSS-W, NSSS.

En concreto, en el SSSD los autores definen la fiabilidad de su estudio mediante las medidas de consistencia interna, y test- retest de cada uno de los subtest que conforman el DSFI, lo cual fue valorado cero (0), al no coincidir con las propiedades planteadas en la valoración propuesta por Terwee et al. (2007), en la cual se le otorga un valor (+) cuando se presenta: Índice de Correlación Interclase (ICC), y Juicio Interjueces (Kappa) mayor o igual 0.70.

GRISS es puntuada (0) en todas las muestras, excepto para la muestra 4 (grupo control) que obtuvo un valor dudoso (?), ya que presenta fiabilidad interjueces para el error relativo de medida.

2.2.6. Responsibilidad

Respecto a la propiedad *Responsibilidad*, las escalas: SSS, SSSD, GRISS, PSSI, GMSEX, EAESS, SSS-W y NSSS obtuvieron un valor (0), al no aportar medidas acerca de la sensibilidad del estudio que detecten

cambios clínicamente importantes en el tiempo (MIC), ni presentan medidas de ICC, Kappa, LOA o SDC.

Únicamente el ISS obtuvo un valor dudoso (?) al calcular para la tercera muestra (clínica y comunitaria) un punto clínico de corte y determinar la validez discriminativa del ISS, obteniendo un valor de .92 para el grupo sin problemas, .80 en el grupo clínico y un coeficiente de Phi .724 significativo.

2.2.7. Efecto Techo/Suelo

Acerca del *efecto techo/suelo*, ninguna de las escalas seleccionadas presentó información al respecto según los criterios establecidos por Terwee et al. (2007). Siendo valoradas con (0) todas ellas.

2.2.8. Interpretabilidad

La *interpretabilidad* solo fue valorada positiva (+) para el NSSS que calcula la media y SD en todos los subgrupos.

Se les otorga un valor dudoso (?) a las siguientes:

1) SSSD al presentar media y desviación típica (SD) de cuatro subgrupos de pacientes (clínicos, no clínicos, mujeres y hombres), una *t* Student 3.63 y $p = .001$, no obstante no presenta los cambios mínimos importantes (MIC) definidos.

2) ISS obtuvo un valor dudoso (?) al sumar todas sus muestras en una única muestra. Presenta la desviación típica, pero de igual forma al SSSD, no define MIC.

3) GMSEX presenta descripción de los elementos primarios y componentes del modelo (media y SD) de sólo un grupo de pacientes (según los criterios expuestos por Terwee et al. (2007), deben ser más de cuatro grupos), y no define MIC.

4) EAESS es calificada como dudosa (?) porque pese a presentar media y SD de 10 grupos divididos por duración de la relación de pareja, no presenta MIC.

Finalmente, fueron valoradas con cero (0) al no aportar información acerca de su interpretabilidad las siguientes escalas: SSS, GRISS, PSSI y SSS-W.

Concretando en el SSS-W se calcula media y SD en cada uno de los ítems de la escala, pero no de las muestras. Por lo que también recibe una puntuación de (0).

2.2.9. Fiabilidad Test- retest

El cálculo de la fiabilidad *Test- retest*, fue incluido en el presente estudio pese a que Terwee et al. (2007) no lo consideran entre sus criterios.

Se otorgó una valoración de cero (0) para las escalas: SSS, PSSI, EAESS y SSSD. En el SSSD pese a presentar el test- retest de 8 de sus

subescalas, en las de Imagen Corporal y Satisfacción Sexual, no lo realiza.

SSS-W fue valorado cero (0) para dos de sus subgrupos y positivo (+) para la muestra combinada del tercer subgrupo, donde realiza test-retest a las 4-5 semanas con una fiabilidad significativa y moderadamente alta en todos los dominios de mujeres con clínica ($r=0.62-0.79$), y sin clínica ($r=0.58-0,79$).

Fue positivo (+) para el ISS, que lo realiza en su cuarta muestra de población joven, ofreciendo una consistencia interna de 0.93, y para el GMSEX, que también lo incluye, y presenta una fiabilidad de .84 a las dos semanas de seguimiento, y .61 a los 18 meses.

Obtuvieron un valor negativo (-): GRISS que no realiza test-retest en las muestras 1, 2, 3, 4, y lo hace en la muestra 5, siendo una muestra diferente de sujetos a la que se le administró el tratamiento.

De igual forma, el NSSS realiza test- retest pero no en la muestra inicial, sino que seleccionan una nueva muestra para llevarlo a cabo, no considerándose válido.

CAPÍTULO 3. Análisis de los Resultados: Estudio Cuantitativo

3.1. Descripción de la Muestra

El tamaño final de la muestra fue de 274 mujeres puérperas con edades comprendidas entre 23 y 40 años, con una edad promedio de 32.08 (DT = 4.83). El número de hijos se situó entre 1 y 4 con un promedio de 2.50 (DT = 0,68). En cuanto al tipo de parto queda representado en la Tabla 8, al igual que la distribución de frecuencias de éstos (Gráfico 3).

Tabla 8

Distribución de frecuencias del tipo de parto

Tipo de parto				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Parto Espontaneo Vaginal sin lesiones	72	26,3	26,3	26,3
Parto por Cesárea Programada	14	5,1	5,1	31,4
Parto por Cesárea Urgente	51	18,6	18,6	50,0
Parto vaginal con episiotomía y/o laceración perineal	86	31,4	31,4	81,4
Parto Vaginal Instrumentado (Ventosa, Fórceps, Espátulas)	51	18,6	18,6	100,0
Total	274	100,0	100,0	

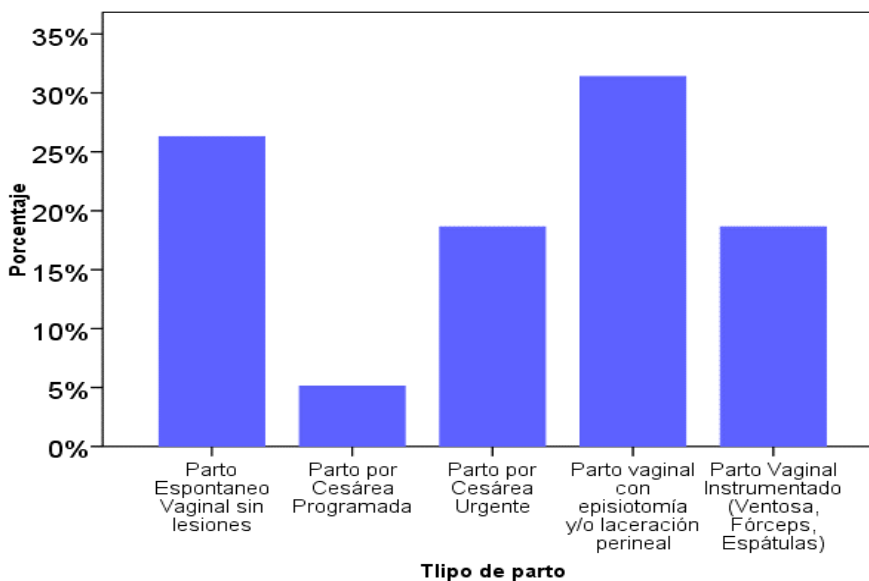


Gráfico 3. Distribución de frecuencias del tipo de parto.

Se observa en la Tabla 8 que el tipo más frecuente fue el parto vaginal con episiotomía y/o laceración perineal (31,4%), seguido del parto espontáneo vaginal sin complicaciones con un 26% de mujeres. El menos frecuente fue el parto con cesárea programada (5,1%).

3.2. Análisis de Ítems

Los estadísticos descriptivos básicos de cada uno de los ítems del promedio del conjunto de los 25 ítems, y de la puntuación total en la escala se presentan en las Tablas 9, 10 y 11, respectivamente.

Tabla 9

Estadísticos descriptivos de los ítems.

Estadísticos de los elementos			
	Media	Desviación típica	N
ISS1	3,84	1,112	274
ISS2	3,07	1,070	274
ISS3	3,72	1,071	274
ISS4	4,13	1,179	274
ISS5	4,84	,632	274
ISS6	3,33	1,184	274
ISS7	3,43	1,215	274
ISS8	3,43	1,350	274
ISS9	3,90	,997	274
ISS10	3,95	,954	274
ISS11	3,97	1,156	274
ISS12	4,17	,924	274
ISS13	3,20	1,304	274
ISS14	4,00	1,166	274
ISS15	4,40	,941	274
ISS16	4,00	,943	274
ISS17	4,01	1,060	274
ISS18	4,31	,996	274
ISS19	3,50	1,077	274
ISS20	4,63	,820	274
ISS21	3,73	1,085	274
ISS22	3,91	,981	274
ISS23	3,57	1,242	274
ISS24	4,06	1,185	274
ISS25	3,87	1,185	274

Tabla 10

Estadísticos descriptivos promedio de los ítems de la puntuación total en la escala.

Estadísticos de resumen de los elementos							
	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo/mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de los elementos	3,879	3,066	4,839	1,774	1,579	,179	25
Varianzas de los elementos	1,175	,399	1,821	1,422	4,564	,104	25

Tabla 11

Estadísticos descriptivos de la puntuación total en la escala

Estadísticos de la escala			
Media	Varianza	Desviación típica	N de elementos
96,97	241,391	15,537	25

En la Tabla 12 se presentan los resultados de los índices de discriminación de los ítems, r_{jX}^c (4ª columna), precedida de sus medias y varianzas corregidas.

Tabla 12

Estadísticos total-elemento

Estadísticos total-elemento					
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
ISS 1	93,14	220,344	,600	,571	,910
ISS 2	93,91	219,207	,664	,645	,909
ISS 3	93,25	218,270	,694	,643	,908
ISS 4	92,84	224,304	,445	,389	,913
ISS 5	92,13	235,865	,264	,207	,915
ISS 6	93,64	219,776	,576	,486	,911
ISS 7	93,54	222,425	,482	,440	,913
ISS 8	93,54	213,736	,655	,592	,909
ISS 9	93,07	223,123	,580	,501	,911
ISS 10	93,02	222,201	,643	,576	,910
ISS 11	93,00	225,396	,422	,562	,914
ISS 12	92,80	225,465	,543	,430	,911
ISS 13	93,77	229,249	,264	,421	,917
ISS 14	92,97	219,541	,593	,467	,910
ISS 15	92,57	226,253	,504	,365	,912
ISS 16	92,97	220,589	,711	,614	,909
ISS 17	92,96	223,350	,534	,455	,911
ISS 18	92,66	234,064	,208	,485	,917
ISS 19	93,47	223,378	,524	,407	,912
ISS 20	92,34	232,701	,320	,456	,915
ISS 21	93,24	221,537	,578	,498	,911
ISS 22	93,06	221,494	,648	,556	,910
ISS 23	93,40	224,739	,406	,250	,914
ISS 24	92,91	219,201	,593	,465	,910
ISS 25	93,10	215,169	,714	,611	,908

Donde se describen los Estadísticos Descriptivos Corregidos, el Índice de Discriminación y Coeficiente alpha Corregido para cada Ítem.

3.3. Validez de Contenido

A partir de la versión inicial, todos los ítems fueron aceptados como inicialmente válidos por los jueces, ya que alcanzaron un grado de consenso del $r = .95$ utilizando escalas de valoración de adecuación de cada ítem de 1 a 7.

3.4. Consistencia Interna

La consistencia interna calculada a través del coeficiente alpha obtuvo un valor de: $\alpha_C = 0.915$.

Indicando que el grado de cohesión entre los ítems es muy elevado y que, por tanto, todos están contribuyendo a reflejar el mismo rasgo: la satisfacción sexual. Se define también como el límite inferior de la fiabilidad, es decir $\alpha_C \leq r_{XX} = 0.915$.

3.5. Validez de Constructo

Para comprobar la existencia discriminativa del constructo en una variable ajena a él, se puso a prueba la hipótesis de validación (Terwee et al., 2007), que plantea un mayor grado de satisfacción sexual en las mujeres que iniciaron relaciones sexuales que las que no las habían iniciado durante el puerperio.

En la Tabla 13, se recogen los estadísticos básicos de esta prueba de hipótesis.

Tabla 13

Estadísticos descriptivos en ISS de mujeres puérperas que inician y no inician relaciones sexuales

Estadísticos de grupo					
	RR.SS. en el puerperio	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
ISS	Si	186	99,89	14,395	1,056
	No	88	90,80	16,125	1,719

La correspondiente prueba de significación ofreció el valor de $t(272) = 4.69$, $p < .000$, lo cual apoyó la hipótesis de validación: las relaciones sexuales fueron más satisfactorias en aquellas mujeres puérperas que las habían reiniciado ($\bar{X} = 99.89$; $s = 14.394$) que en las que no ($\bar{X} = 90.80$; $s = 16.125$), como se aprecia en la Tabla 13. Lo cual, a su vez, pone de manifiesto que la escala ISS discrimina entre ambos grupos y supone una evidencia de validez de constructo.

3.6. Reproducibilidad

Para determinar el cambio mínimo detectable (CMD) se ha utilizado la expresión anteriormente presentada, de modo que alcanzando el error típico de medida (ETM) el valor

$$ETM = S_X \cdot \sqrt{1 - r_{XX}} = 15.53 \cdot \sqrt{1 - 0.915} = 4,53$$

el cambio más pequeño detectable fue

$$CMD = 1.96 \cdot \sqrt{2} \cdot ETM = 1.96 \cdot \sqrt{2} \cdot 0.915 = 12.55$$

Este valor permitió afirmar, con una confianza del 95%, que se produce un cambio real en el nivel de satisfacción sexual, entre mediciones repetidas, cuando la diferencia entre ellas sea al menos de 12.55 puntos en la puntuación total de la escala ISS.

3.7. Validez Factorial

Para la realización del análisis factorial exploratorio (AFE) se comenzó comprobando la adecuación muestral mediante la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO = 0.905), y la relación suficiente entre los ítems para su factorización mediante la prueba de esfericidad de Barlett ($\chi^2 = 3094.1; p < .001$).

Empleando las condiciones de extracción (Unweighted Least Squares, ULS), selección (Parallel Analysis, PA), y rotación de factores (Promin) definidas en el programa FACTOR, tal como se detalla anteriormente, se obtuvo la matriz factorial no rotada (Tabla 14), que verificó que el ISS sólo presenta un factor o dimensión.

La fiabilidad, según el procedimiento de Mislevy & Bock (1990), de este factor alcanzó un valor de 0.948. Y como índice de bondad de ajuste, el programa FACTOR ofreció el Goodness of Fit Index con un valor de GFI = 0.95, el cual alcanzó el valor mínimo aconsejado para indicar un ajuste adecuado del modelo factorial, precisamente 0,95.

Tabla 14

**Matriz factorial no rotada
con 1 factor y las
comunalidades**

UNROTATED MATRIX		LOADING
Variable	F1	Communality
V1	0.673	0.452
V2	0.694	0.482
V3	0.747	0.557
V4	-0.543	0.294
V5	-0.522	0.273
V6	-0.617	0.380
V7	-0.510	0.260
V8	-0.713	0.508
V9	0.661	0.437
V10	0.718	0.515
V11	-0.459	0.211
V12	0.645	0.416
V13	-0.279	0.078
V14	-0.677	0.459
V15	-0.655	0.429
V16	0.790	0.624
V17	0.624	0.389
V18	-0.295	0.087
V19	0.599	0.358
V20	-0.464	0.216
V21	0.643	0.414
V22	0.718	0.516
V23	0.494	0.244
V24	-0.692	0.479
V25	-0.784	0.614

3.8. Baremación

A partir del grupo normativo de $n = 274$ mujeres, el gráfico de centiles (Gráfico 4) permite valorar la puntuación en el ISS de cada mujer que responda el cuestionario construido con los valores centílicos recogidos en la Tabla 15.

Tabla 15

Centiles en la escala ISS.

PORCENTAJE	Puntuación en ISS
5	69
10	77
15	80
20	84
25	88
30	90
35	92
40	94
45	95
50	97
55	101
60	102
65	105
70	108
75	110
80	111
85	113
90	116
95	119

BAREMACIÓN CENTÍLICA DE LA ESCALA ISS

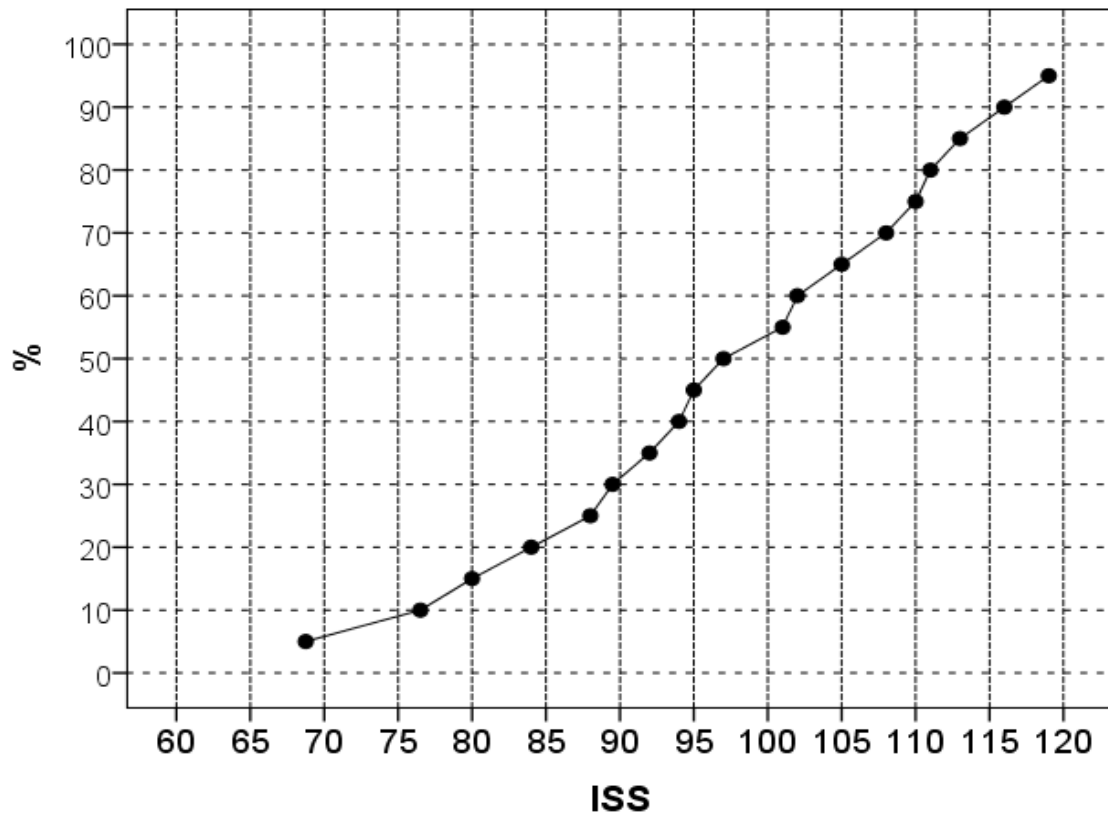


Gráfico 4. Gráfico de centiles de la escala ISS.

Este gráfico (Gráfico 4) de centiles permite valorar de forma rápida el nivel de satisfacción sexual de una mujer que responda al ISS. De este modo, según el gráfico, para una mujer cuya puntuación sea de 90 se aprecia inmediatamente que se corresponde, aproximadamente con un porcentaje de 30%. Lo que indica que esta mujer manifiesta una satisfacción menor a la media del grupo normativo.

BLOQUE V: DISCUSIÓN

CAPÍTULO 1. Discusión Estudio Cualitativo

Este estudio revela que, el puerperio es un periodo que implica grandes cambios que alteran la función sexual de las mujeres después del parto. Los resultados presentados en las diferentes categorías emergentes, revelan información significativa acerca de los problemas de la función sexual de las participantes en el estudio. Estos van a ser discutidos en el desarrollo del presente capítulo.

Respecto a las principales causas de disminución tanto del deseo sexual, factores como la respuesta de excitación y orgasmo, van a estar relacionados con factores como el cansancio, la fatiga, la falta de sueño y el estrés, llegando a ser determinantes en el presente estudio. Estos resultados coinciden con investigaciones que afirman que el deseo sexual y los problemas relacionados con la transición a la paternidad están influenciados por factores psicofísicos como el agotamiento y la fatiga (Brtnická, Weiss & Zverina, 2009; Hipp et al., 2012). En esta línea, Ahlborg, Dahlöf, & Hallberg revelaron que un 62,0% de las mujeres refiere que la fatiga a los 4 meses después del parto interfiere con la actividad sexual y la inhibición del deseo sexual (Ahlborg, Dahlöf, & Hallberg, 2005). En contraste, los resultados obtenidos por el presente estudio muestran que un reducido número de mujeres no observaron cambios en su respuesta sexual a pesar del cansancio, afirmando que su función sexual era más fuerte que antes del

embarazo; aspecto que refleja la variedad de respuestas sexuales de la mujer en esta etapa.

Otro elemento que interfiere en el deseo sexual es el relacionado con los sentimientos provocados por: a) experiencias previas traumáticas del parto asociado a un traumatismo perineal severo, y b) el tipo de parto o las expectativas no cumplidas con el parto. Las mujeres describen estas experiencias como una ruptura con la armonía sexual de sus cuerpos, alterando su función sexual y haciéndolas más propensas a rechazar las relaciones sexuales con sus parejas. Resultados similares han sido mostrados en otros estudios que sugieren que los niveles de ansiedad y miedo, provocados por este tipo de trauma, impactan no sólo en las relaciones sexuales de la pareja tras el parto, sino también en toda la esfera sexual de la mujer (Grabowska, 2009). En esta línea, Priddis, Schmied, & Dahlen (2014) afirman que las expectativas y la realidad de la experiencia del parto, y el período inmediatamente posterior al mismo influyen en su capacidad como madre y en su deseo de mantener relaciones sexuales con su pareja.

De forma diferente otros autores sostienen que la experiencia del parto no afecta al deseo sexual de la mujer en el período postparto (Acele & Karaçam, 2011), aunque no aclararan si la experiencia de sus participantes ha sido traumática, o en qué medida puede estar afectando a otras fases de su respuesta sexual.

El puerperio es un período en el que las mujeres se encuentran en una situación de vulnerabilidad en sus relaciones sexuales. Se hallaron factores psicosociales vinculados a la disminución de la autoestima y conflictos internos en la mujer, relacionados con la inseguridad al percibirse menos atractivas, y con la pérdida de intimidad en pareja. A pesar de sentirse incómodas y avergonzadas con su cuerpo, las mujeres se esfuerzan por satisfacer las demandas sexuales de sus parejas con el fin de mantener la relación y evitar su deterioro. En línea con Hipp et al. (2012), las mujeres puérperas, con independencia de los efectos físicos y psicológicos del proceso del parto, son conscientes de las necesidades de sus parejas, reanudando las actividades sexuales para satisfacer las expectativas de sus compañeros. En el marco de la autoestima y sexualidad, estos tipos de relaciones asimétricas de poder arrojan luz sobre una falta de confianza y comunicación dentro de la relación de pareja, reproduciendo relaciones de subordinación y de jerarquía (Alder, 1989; Polomeno, 1996; Von Sydow, 2002). De este modo, la forma en que las mujeres constituyen su pareja, y su obstinada acción para mantenerlas, estará vinculada con los diferentes tipos de relaciones de poder establecidas entre los géneros, bien sean jerárquicas o igualitarias, éstas diferirán en la base afectiva que las sustenta (Valdés, Gysling y Benavente, 1999).

Acorde a los resultados del presente estudio, Enderle et al. (2013) afirman que los cambios corporales que se producen durante el embarazo se asocian a sentimientos de pérdida de la autoestima debido

a la percepción subjetiva de la mujer de no sentirse físicamente atractiva e incapaz de seducir. En este contexto, Jawed Wessel, Herbenick, & Schick (2016) sostienen que la autoimagen corporal y genital están significativamente relacionadas con la función sexual en mujeres que han dado a luz por primera vez durante el primer año.

Aunque la imagen corporal tiende a regularse dentro de las primeras seis a ocho semanas, el retorno a la imagen de antes del embarazo rara vez ocurre durante ese período, por lo que se mantiene en las mujeres una imagen corporal negativa que termina afectando al deseo sexual y a la relación marital (Pauleta, Pereira & Graça, 2010).

Otro aspecto que va a interferir en la vida sexual de la mujer y su pareja en el postparto es la falta de intimidad. La presencia del recién nacido en el dormitorio de la pareja, tener más hijos y las visitas frecuentes de familiares y/o amigos, serán las quejas más frecuentes de las mujeres. Respecto a ello, Salim, Araújo y Gualda (2010) destacan la importancia de considerar la influencia del ambiente social y familiar en la vida sexual de la mujer puérpera, subrayando la preocupación de las mujeres con los cuidados del bebé y con el miedo mientras mantienen una relación sexual a que despierte cuando duerme en la misma habitación de la pareja. En la misma línea, MacAdam, Huuva & Berterö, (2011) explican cómo las parejas expresan dificultades para encontrar privacidad en casa con las constantes interrupciones, lo cual hace difícil mantener cualquier tipo de actividad en pareja además de mantener relaciones sexuales, resultando frustrante para ambos.

En cuanto a la respuesta de excitación, los hallazgos encontrados en esta investigación coincidieron con los expuestos por diferentes estudios (Acele & Karaçam, 2011; Barrett et al, 1999; Rogers, Borders, Leeman, & Albers, 2009), los cuales observaron que la mayoría de las mujeres (64,0%; 83,0%; 91,3%, respectivamente), presentaron alteraciones en la función sexual tras el parto y principalmente en la excitación. Todas ellas relacionadas con la episiotomía, sangrado vaginal, dispareunia y sequedad vaginal provocada por su estado hormonal (Barrett et al., 1999). En este contexto, Yeniel & Petri (2014) constatan que la disminución del deseo, la excitación y el orgasmo, además del aumento del dolor y otros problemas relacionados con la disfunción sexual, son frecuentes en los primeros 3 meses después del parto. Sin embargo, Acele & Karaçam (2011) concluyen que las lesiones y heridas en la zona perineal no afectan tanto la función sexual de la mujer en el postparto, así como la influencia de problemas psicosociales y matrimoniales. Estos autores ponen de manifiesto que las alteraciones de la función sexual de la mujer en el puerperio tienden a minimizarse cuando las mujeres sienten cubiertas sus necesidades afectivas, de comunicación y escucha con su pareja; hallazgos en consonancia con nuestros resultados. Otras investigaciones indagan en estos aspectos, como los desarrollados por Rosen, Mooney & Muise (2016), destacan la empatía en la relación como factor que favorece el mantenimiento del bienestar sexual y de la relación de la pareja que transita la paternidad; y los realizados por Chivers (2010), que al igual

que los resultados que presentamos, relaciona el importante vínculo existente entre el estado emocional, los factores contextuales y sociales, y su influencia en el funcionamiento sexual de las mujeres.

Continuando con los cambios que se producen en la repuesta de excitación, la investigación muestra que las mujeres admiten que la incontinencia urinaria y raramente fecal, las perturban y avergüenzan, retrasando el reinicio de las relaciones sexuales y dejando secuelas que pueden requerir tratamiento psicológico y de rehabilitación del suelo pélvico. Dichos hallazgos están en concordancia con la investigación desarrollada por Pauls et al. (2008), que indica cómo la disminución de la actividad sexual podría verse afectada por la aparición de síntomas urinarios que interfieren en la excitación sexual, deteriorando la calidad de vida sexual de la pareja, sobre todo cuando estos se producen durante el coito (Mous, Muller, & Leeuw, 2008).

Aunque este estudio no trata de establecer la relación entre el tipo de parto y la incontinencia, las informantes la relacionan con el parto y el traumatismo perineal. Esta relación ha sido estudiada por Rincón (2015), que encontró una correlación significativa entre la incontinencia y la historia de episiotomía, de forma que las mujeres que habían recibido episiotomía presentaban en un mayor porcentaje incontinencia urinaria y molestias en el suelo pélvico. Sin embargo, a diferencia de los resultados extraídos en el presente estudio, la investigación de Meriwether et al. (2016), realizada con mujeres primíparas que tuvieron un parto vaginal, concluyen que el estiramiento del periné durante el

parto no está relacionado con desgarros perineales, incontinencia después del parto y, la función sexual. En esta línea Johannessen, Wibe, Stordahl, Sandvik & Mørkved (2015) concluyen que la incontinencia no se debe tanto al parto vaginal, sino a los cambios hormonales, mecánicos o neuromusculares que tienen lugar en el embarazo repercutiendo en la calidad de vida de las mujeres y en su relación de pareja. Por esta razón, es importante tener en cuenta los factores desencadenantes de la misma.

Los problemas sexuales tras el parto, relacionados con la sequedad y el dolor a la penetración genito-pélvica, son claramente asociados por la mayoría de las mujeres a las suturas recibidas en el periné. Investigaciones internacionales (Acele & Karaçam, 2011; Brtnická, et al., 2009; De Judicibus & McCabe, 2002, Leeman & Rogers, 2012) ponen de relieve la dispareunia provocada por las lesiones sufridas durante el parto como la causante de disfunciones sexuales en el puerperio. Asimismo, O'Malley, Higgins & Smith (2015) asocian la salud sexual después del parto con el parto instrumentado, las lesiones en el periné y la episiotomía, como promotores de insatisfacción sexual en la pareja tras el parto. Se constata, de este modo, la importante relación de la disfunción sexual y las lesiones perineales con la insatisfacción sexual.

Sin embargo, a diferencia de la presente investigación, Hipp et al. (2012) no encuentran diferencias significativas respecto al grado de afectación de la función sexual entre las mujeres que recibieron

suturas, episiotomía o tuvieron un parto instrumentado, de aquellas que no fueron sometidas a intervenciones.

Otro aspecto relevante del análisis del estudio es el hecho de que los senos de las madres que amamantan ya no son considerados como un elemento erótico. Similares resultados encuentran numerosos estudios al respecto que confirman como el aumento de la sensibilidad en los senos podría hacer que su estimulación durante las relaciones sexuales incomode a la mujer, llegando a rechazar la actividad sexual al no resultarles placentera (Ahlborg et al., 2005; Leeman & Rogers, 2012; Von Sydow, Ullmeyer & Happ, 2001).

Diversos estudios ponen de manifiesto la bajada hormonal causada por la lactancia materna como causante de la pérdida del deseo y la pobre lubricación vaginal, lo que provoca dispareunia y disminución de la actividad sexual en el período de postparto (Abdool, Thakar, & Sultan, 2009; Andrews, Thakar, Sultan, & Jones, 2008; Brtnická et al, 2009). A pesar de que esta situación disminuye la disposición sexual y la excitación erótica, las mujeres que participaron en el estudio, no expresaron malestar por ello. De esta forma, no asocian la lactancia a los cambios en su función sexual y los experimentan como resultado de un proceso natural y reversible. Asimismo, y en línea con esta investigación, Anbaran et al. (2015) encuentran diferencias significativas entre el tipo de alimentación infantil y la función sexual de las mujeres, concluyendo que las mujeres que amamantan tienen puntuaciones más altas de la función sexual en

comparación con las que utilizan métodos de alimentación infantil. No encontrando cambios en la función sexual relacionados directamente con la lactancia.

Respecto a los cambios producidos en la respuesta orgásmica, Khajehei, Doherty, Tilley & Sauer (2015) concluyen que entre las disfunciones postparto más frecuentes figuran en un 53,5% los problemas orgásmicos, del tipo de anorgasmia o disminución de la sensación orgásmica, como es el caso de las mujeres estudiadas. De igual forma coincidiendo con nuestros hallazgos, Signorello et al. (2001) refieren que las mujeres postparto presentan menor capacidad para alcanzar el orgasmo en comparación con la que tenían antes de dar a luz.

Finalmente, el deterioro de la vida sexual en pareja tras el parto queda reflejado en el estudio de Khajehei (2015) el cual constata que los bajos ingresos económicos, la disfunción sexual, y un diagnóstico clínico de depresión constituyen factores de riesgo importantes para la insatisfacción en la relación durante el primer año después del parto.

Otro factor a tener en consideración es la conciliación de la vida laboral con la crianza, aspecto que también preocupa a las madres, repercutiendo en su vida personal, relación de pareja y por consiguiente a la vida sexual. Sin embargo, los estudios de Saravia & Saravia (2015) constatan que cuando el esfuerzo por compatibilizar el cuidado de los hijos y la vida laboral es compartido por ambos miembros de la pareja,

tiene una influencia significativa en el bienestar y la satisfacción en la relación.

A pesar de todos los cambios y problemas de la función sexual experimentados por las mujeres que participaron en este estudio, al preguntarles acerca de su vida sexual en pareja ésta fue percibida como satisfactoria al sentirse recompensadas por el grado de intimidad emocional alcanzado con su pareja y la nueva responsabilidad de la crianza. Por consiguiente, la satisfacción de las necesidades humanas tales como el deseo de contacto, la intimidad emocional, el afecto y la comunicación permitirán el pleno desarrollo de la sexualidad (Arrington, Cofrancesco, & Wu, 2004). La mayoría de los problemas que afrontan las parejas en su vida sexual durante esta etapa están vinculados a la intimidad emocional respecto al grado de confianza, comunicación, aceptación y complicidad entre ellos. En este sentido, Fuertes (2000) afirma que las relaciones sexuales para las mujeres no tienen sentido o son poco satisfactorias si no se desarrollan en un contexto de afecto, siendo recíproca la influencia entre la interacción sexual y las relaciones afectivas. Además destaca, la importancia de la comunicación como factor determinante de la satisfacción sexual de la pareja. En este contexto, Rosen et al. (2016) afirman que cuando los nuevos padres se muestran preocupados por sus parejas y tratan de ver las cosas desde su punto de vista, se favorece una comunicación abierta en la pareja sobre su vida sexual, lo cual aumenta la satisfacción sexual para ambos.

En cuanto a la influencia de la crianza en la vida sexual de la pareja, este estudio encuentra que cuando las madres se sienten apoyadas por sus parejas en el cuidado de los hijos y ellos se comprometen en esta tarea, su satisfacción sexual es mayor. Estudios previos han relacionado el reparto equitativo de las tareas del hogar a una mayor satisfacción de la relación (Barstad, 2014). En concreto, cuando las madres perciben que los padres se involucran más en la crianza del niño, aumenta la satisfacción marital (Galovan, Holmes, Schramm, & Lee, 2014).

Por tanto, se afirma la influencia de sentimientos tales como la intimidad, confianza, comunicación y afectividad en la satisfacción con la vida sexual en pareja. Estudios como el llevado a cabo por Young et al. (1998), convergen con estos hallazgos al afirmar, que aspectos no sexuales de la relación de pareja tienen una relación significativa con la satisfacción sexual.

CAPÍTULO 2. Discusión Revisión Sistemática

Es destacable la importancia que toman los instrumentos de medida en la evaluación y diagnóstico de posibles alteraciones y disfunciones sexuales relacionadas con la satisfacción sexual, a nivel individual y de pareja, sin embargo, tal y como afirman Mark, Herbenick, Fortenberry, Sanders & Reece (2014), no se encuentran instrumentos de medida disponibles que sigan una metodología métrica unificada respecto a este aspecto, siendo difíciles de comparar unas escalas de evaluación con otras.

Respecto a las características psicométricas de los instrumentos de medida analizados en este estudio, cabe decir que, la mayoría de los instrumentos de medida de la satisfacción sexual evaluados, mostraron mayoritariamente valoraciones positivas para la validez de contenido, consistencia interna, validez de criterio y test-retest, siendo las propiedades menos estudiadas, y que arrojaron valores dudosos o calificados como cero: la validez de constructo, reproductibilidad, responsabilidad, efecto suelo/techo y la interpretabilidad. Lo cual no quiere decir que, la escala con mayor número de propiedades positivas sea necesariamente la mejor (Sánchez-Muñoz y López-Pina, 2014), ya que un cuestionario puede haberse desarrollado hace años, y no se empleasen las medidas establecidas por Terwee et al. (2007), o bien, sea una investigación reciente pero requiera ser más analizada, siendo igualmente correctos su método/diseño.

En la revisión sistemática que hemos presentado en este trabajo, se seleccionaron y evaluaron 9 escalas de satisfacción sexual y entre las propiedades psicométricas valoradas por sus autores, la validez de contenido fue incluida en todas ellas. Este hallazgo coincide con la tendencia actual según Pedrosa, Suárez-Álvarez y García-Cueto (2014), referida a la validez de contenido como condición necesaria para realizar interpretaciones de las puntuaciones en los tests. Asimismo, la validez de contenido, fue analizada ampliamente debido a que todas las escalas seleccionadas, eran originales y no trabajos posteriores de las mismas. En este sentido, pese a que las posturas en torno al concepto de validez

de contenido han sido diversas a lo largo del tiempo, hay unanimidad acerca de su importancia a la hora de crear y validar cualquier instrumento de medida (Abad, et al. 2011).

Al aplicar los criterios de calidad establecidos en las tablas de referencia, respetando su formato original, se observó que algunas propiedades psicométricas no habían sido claramente estudiadas, como es el caso de la responsabilidad (sensibilidad), no encontrando cálculos que permitiesen detectar cambios clínicamente importantes a lo largo del tiempo, ni correlaciones entre SDC y el MIC, o del área bajo la curva (AUC), atendiendo a los criterios de calidad establecidos por Terwee et al. (2007).

Asimismo, no se encontró en ninguno de los estudios revisados información acerca del efecto suelo/techo. Este hecho, desde nuestro punto de vista, disminuye la calidad de las escalas en cuanto a la validez de contenido (limitada), y su sensibilidad al cambio. Esta observación está en consonancia con lo ya expuesto por Madrigal de Torres, Velandrino y Ruzafa (2007), quienes afirman, que este cálculo debería ser incluido en los cuestionarios de las ciencias de la salud para establecer el nivel de medida de la escala, y la adecuación de la distribución de las puntuaciones obtenidas, a la población para la que ha sido diseñado.

La consistencia interna, pese a que fue calculada en 5 de las escalas, en otras 4 reflejó valores dudosos por ausencia de análisis factorial o del cálculo del alfa de Cronbach en cada dimensión. Del

mismo modo, alcanzó valores dudosos la interpretabilidad, ya que pese a mostrar media y SD, generalmente va a ser en menos de cuatro subgrupos, además de no encontrarse definidos los MIC, según los criterios establecidos por Terwee et al. (2007).

De igual forma, fueron muy variables los resultados acerca de la validez de constructo, lo que refleja una falta de claridad por parte de los investigadores al plantear y evaluar hipótesis específicas, tal como aseveran Mark et al. (2014), ya sea mediante el análisis de contenido de los ítems, el análisis factorial exploratorio y confirmatorio, y otros procedimientos estadísticos (t-Student, ANOVA, análisis de regresión simple y múltiple, análisis discriminante, entre otros).

Algo similar sucede con la validez de criterio, la cual ha sido estudiada utilizando una referencia o gold standard. No todos los autores consideran este tipo de validez, y los que lo hacen no justifican el criterio empleado para comprobar la adecuación del constructo, por lo cual disminuye la calidad del análisis de esta propiedad. Nuestros resultados están en línea con la investigación de Mark et al., (2014), donde se afirma que, quizás no se encuentran instrumentos o criterios *gold standard* que permitan evaluar la satisfacción sexual, debido a la gran cantidad de criterios predictores existentes que se superponen en la misma.

Las escalas seleccionadas se presentan como herramientas válidas y fiables para abordar la evaluación de la satisfacción sexual tanto en hombres como en mujeres, excepto SSS, PSSI y SSS-W que

solamente están dirigidas a mujeres. No obstante, los resultados de la SSS no pueden generalizarse debido al bajo tamaño de la muestra ($n < 50$), estando por debajo de los tamaños exigibles según Terwee et al. (2007). Asimismo, otros investigadores plantean un tamaño de la muestra preferiblemente grande. Desde cinco sujetos por ítems en la versión inicial del cuestionario, entre 150 y 200 sujetos si se va a hacer un análisis factorial, o una muestra de 100 sujetos como mínimo aceptable, siempre que el número de sujetos duplique el número de variables (Madrigal de Torres, Velandrino y Ruzafa, 2007).

En la revisión realizada, no se encontraron instrumentos de medida de la satisfacción sexual específicamente para el puerperio. De hecho, en el estudio realizado por Mark et al. (2014), se establecieron entre los criterios de exclusión de la muestra para la validación de tres escalas de satisfacción sexual, a las mujeres con hijos menores de un año, excluyendo directamente a las mujeres puérperas. De igual forma, Purnine & Carey (1997), estudian el ajuste sexual en la convivencia de la pareja, y excluyen a las mujeres embarazadas o que hubiesen dado a luz en un periodo menor de seis meses.

CAPÍTULO 3. Discusión Estudio Cuantitativo

La satisfacción sexual supone una parte integral de la salud sexual (Pascoal et al. 2014), por lo que cobra relevancia disponer de instrumentos adecuados de evaluación que permitan identificar fácilmente problemas sexuales que estén mermando la salud sexual de la mujer y su pareja, y conocer la relación entre satisfacción sexual y

los múltiples dominios de la conducta sexual en las relaciones humanas (Álvarez-Gayou, Honold, Millán y Ortega, 2004). Siendo estos instrumentos de gran utilidad tanto en la práctica clínica como en la educación sexual, al promover actividades, actitudes y emociones positivas y constructivas, que potencien la satisfacción sexual en las relaciones.

Respecto al instrumento de medida de la satisfacción sexual validado en este estudio, el análisis de los ítems presenta homogeneidad en las respuestas, aunque las desviaciones típicas de los ítems 5, 8, 13 y 20, muestran mayor dispersión de la media, hallazgo que coincide con el estudio de Santos et al. (2009), en el que examinan la fiabilidad y validez del ISS en una muestra de hombres y mujeres que mantienen una relación de pareja estable, y determinan que los ítems 8 y 13 del mismo presentan desviaciones típicas que superan la unidad.

Los índices de discriminación y coeficiente de alpha corregidos muestran en este caso, que los ítems 5, 13, 18 y 20 presentan correlaciones elemento-total corregidas (esto es, los coeficientes de homogeneidad corregidos) más bajas, y establece que en el caso de que los ítems 13 y 18 fuesen eliminados, el alfa mejoraría pasando de .915 a .917. Datos que convergen con los estudios de validación del ISS de Vieira, Pechorro & Diniz (2008), y Santos et al. (2009), en los que el ítem 13 muestra una correlación ítem-total corregida baja.

En este sentido, Mark et al. (2014), utilizan el cuestionario original en lengua inglesa para comparar sus propiedades psicométricas

con las de otros instrumentos de medida de la satisfacción sexual, en una muestra de hombres y mujeres y revela qué, los ítems que obtienen puntuaciones más bajas son el 5 y 7. Al igual que en los resultados de este estudio, donde el ítem 5 (*“Creo que el sexo es algo sucio y repugnante”*) induce a una respuesta negativa mayoritariamente. Lo cual puede ser reflejo de los avances sociales en la educación sexual actual.

La consistencia interna establecida en este estudio es de 0.915, similar a los resultados de la escala original de Hudson et al. (1981) (.916), y mayor a la obtenida en el estudio de Santos et al. (2009), que fue de .89. Sin embargo, es menor a la consistencia interna que presentan los estudios de Moral (2009) y Mark et al., (2014) que es de .92 y .93, respectivamente. No obstante, un mayor coeficiente alfa no es necesariamente mejor, por lo que el cálculo de fiabilidad alfa de Cronbach debe de ser una medida de evaluación más, dentro del contexto de otras evaluaciones psicométricas (Streiner, 2003).

La validez discriminante del constructo se examinó mediante la hipótesis que puso a prueba una relación positiva entre la satisfacción sexual y las mujeres que reinician la actividad sexual en el puerperio y una relación negativa entre la satisfacción sexual y aquellas que todavía no las han reiniciado. Los resultados apoyan la hipótesis de validez planteada, no obstante se aprecia que la diferencia entre las que han reiniciado las relaciones sexuales y aquellas que no lo han hecho aún, en relación con su satisfacción sexual no es tan dispar.

Revelando ($\bar{X} = 99.89$; $s = 14.394$) entre aquellas que sí las han reiniciado, frente a ($\bar{X} = 90.80$; $s = 16.125$) entre las que no las han reiniciado, lo cual muestra una alta satisfacción en ambos grupos. Estos resultados están en línea con las conclusiones de otros autores, que ponen de manifiesto la importancia de los aspectos emocionales de la relación de pareja en la satisfacción sexual, y por ende el bienestar de la pareja y la calidad de vida en general. De hecho, factores como la satisfacción marital y la comunicación, se relacionan con una mayor satisfacción sexual que con la frecuencia de orgasmos y de relaciones sexuales (Lawrence & Byers, 1995; Young et al. 1998). Por su parte, el estudio de validación del ISS en parejas casadas realizado por Moral (2009), concluye que la satisfacción sexual está asociada con relaciones sexuales de calidad independiente de la frecuencia del acto sexual. Constatándose la variedad de factores a considerar que influyen en la satisfacción sexual, además de las relaciones sexuales.

La reproductibilidad de la escala está presente en este estudio mediante el cálculo del cambio mínimo detectable con un valor de 12.55, a diferencia de Hudson et al. (1981) que establecen esta puntuación de corte en 28.0, para confirmar la presencia o ausencia de clínica significativa por problemas en la relación sexual. Esta diferencia puede ser debida a la aplicación del ISS en muestras diferentes. La muestra utilizada en este estudio es de mujeres puérperas, pertenecientes al mismo grupo étnico y presentan disfunción sexual diagnosticada, mientras que el estudio realizado por Hudson et al.

(1981) aplica el ISS en muestras de diferente origen étnico, con y sin clínica y tanto de hombres como de mujeres.

De igual forma se explica la diferencia en el punto de corte. La baremación del presente estudio se establece en 97.0, siendo de 28.0 el valor aportado por Hudson et al. (1981). No obstante, la aplicación del ISS en población de mujeres puérperas, no presenta un punto de corte único que diagnostique un problema sexual, por lo que se considera una herramienta más en la clínica.

En cuanto a la validez factorial del ISS en mujeres puérperas, presenta una estructura unidimensional, convergiendo con los resultados de Santos et al. (2009) donde es aplicado en población general. Sin embargo, este hallazgo difiere con los resultados presentados por Mark et al. (2014) que no encuentran evidencia de unidimensionalidad del ISS en una muestra de parejas estables de más de tres años de relación, revelando tras su análisis cinco factores de convergencia.

BLOQUE VI. CONCLUSIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO 1. Conclusiones

Las conclusiones de este estudio dan respuesta a cada uno de los objetivos planteados en la investigación.

En relación al *objetivo general* de la investigación: *Evaluar la satisfacción sexual de la mujer durante la etapa del puerperio en el Área de Salud II de Cartagena*, el presente trabajo responde a este objetivo, mediante la aplicación de una metodología mixta, que se inicia con la realización de una investigación cualitativa, continúa con una revisión sistemática, y finaliza con la validación de una escala de satisfacción sexual en mujeres puérperas.

Todo ello, nos lleva a afirmar que, el grado de satisfacción sexual es significativamente mayor en mujeres que han reiniciado las relaciones sexuales, frente a las que no lo han hecho. Aún así, el estudio determina que la satisfacción sexual es alta en ambos grupos. Entre los factores que determinan la satisfacción sexual destacan: los factores físicos (dispareunia, incontinencia, falta de sueño...); los de índole emocional (tristeza, irritabilidad, falta de autoestima...); de la relación de pareja (intimidad, comunicación, empatía, afectividad...); y los relacionados con la crianza (inseguridad, cansancio, soledad...).

*Respecto al *primer objetivo* específico planteado: *Valorar cómo percibe la mujer puérpera su función y vida sexual en pareja*, este

trabajo concluye, que las mujeres generalmente, no valoran los cambios de sus cuerpos después del parto, como una evolución natural y fisiológica de los procesos de embarazo y parto, sino que realizan una valoración negativa e insatisfactoria de su imagen corporal.

La investigación determina que, las mujeres en este periodo sufren disfunciones sexuales relacionadas con la disminución en el deseo y la excitación sexual, trastornos orgásmicos y dolor genitopélvico, y durante la penetración. Se puede concluir por lo tanto que, todos ellos merman su autoestima e interfieren en su vida sexual de pareja. No obstante, pese a los cambios vividos de manera negativa por parte de las mujeres, y que repercuten en su función sexual y aspecto físico, esta investigación también constata los aspectos positivos que las mujeres tienden a destacar basados en la colaboración y ayuda por parte de la pareja en la crianza, la actitud empática y una buena comunicación. Factores que las participantes en la investigación refieren como adaptativos, positivos y que enriquecen en este momento su vida sexual.

La investigación asevera que el grado de intimidad emocional alcanzado por la pareja fruto de la crianza compartida, está relacionado con los valores encontrados en este trabajo respecto a la satisfacción sexual expresada. De esta forma, se entiende que la intimidad en la pareja desencadenará respuestas afectivas en la mujer que promoverán, después del nacimiento del niño, una evaluación positiva tanto de su vida sexual como de su relación de pareja en general.

*Respondiendo al *segundo objetivo* específico planteado: *Revisar la calidad psicométrica de las escalas de medida existentes de la satisfacción sexual en la mujer puérpera*, cabe decir en primer lugar que, este estudio confirma la importancia de medir la satisfacción sexual con instrumentos de calidad, debido a que en el campo de las ciencias de la salud los instrumentos de evaluación de la satisfacción sexual se utilizan como uno de los indicadores estándar que determinan la salud sexual. En este sentido, esta investigación constata la falta de homogeneidad y consenso en los criterios de evaluación para validar escalas de medición de satisfacción sexual dentro del campo de las ciencias de la salud.

En segundo lugar, destacar que la revisión realizada no encuentra instrumentos de medida de la satisfacción sexual propios durante el puerperio.

Finalmente, se puede concluir tras el estudio realizado, que el Índice de Satisfacción Sexual (ISS), es la escala de medida más completa para evaluar la satisfacción sexual, presentando el mayor número de propiedades psicométricas positivas.

*En cuanto al *tercer objetivo* específico planteado: *Validar una escala en una muestra española de mujeres para medir la satisfacción sexual en el puerperio*, los resultados presentados en este trabajo proporcionan una buena evidencia en apoyo del ISS, como un instrumento de medida fiable y válido de la satisfacción sexual en las mujeres puérperas.

Resulta adecuado por lo tanto, recomendar su uso por parte de los profesionales de la salud y en concreto por las Enfermeras Especialistas Matronas dada su participación activa en el desarrollo de los programas de atención sexual y reproductiva de la mujer a lo largo de ciclo vital, en la clínica y para la investigación en esta población, con el fin de mejorar la salud sexual de las mujeres durante el puerperio, aportando una nueva herramienta para mejorar sus intervenciones, ya sea desde la consulta de atención primaria, la atención hospitalaria o las intervenciones con la comunidad.

CAPÍTULO 2. Futuras Líneas de Investigación

Como prospectiva de este estudio creemos necesario abrir nuevas vías de investigación con el objetivo de orientar a las madres acerca de los problemas, que impiden la intimidad y el fortalecimiento de sus relaciones durante el puerperio.

De esta forma, sería interesante además de investigar los factores psicofísicos que influyen en la función sexual de la mujer, explorar la vivencia por parte de sus parejas a nivel sexual en esta etapa. Lo cual permitiría identificar los factores relacionales que influyen en la vida sexual de ambos.

Asimismo, consideramos importante continuar dando voz a las mujeres una vez finalizado el puerperio mediante la realización, al año

de vida del recién nacido, de entrevistas de seguimiento para investigar la evolución de la vida sexual en pareja durante la crianza.

Estas nuevas investigaciones cualitativas permitirán realizar valoraciones más objetivas y realistas en este periodo del ciclo vital de la mujer.

Resulta importante continuar con los procesos de adaptación, y/o creación, de instrumentos de medida, que evalúen la satisfacción sexual específicos para la mujer en el puerperio. De la misma manera, sería interesante ampliar y profundizar en poblaciones de mujeres puérperas, acerca de la satisfacción sexual, teniendo en cuenta diferencias tanto socioculturales, como clínicas.

También se hace necesario continuar indagando en la dimensionalidad de la escala ISS (Hudson et al., 1981), mediante modelos de RASCH, que permiten la medición conjunta de personas e ítems en una misma dimensión o constructo.

Por último, se hace necesaria una actualización periódica sobre la revisión sistemática de las escalas de satisfacción sexual, con el fin de estudiar nuevos instrumentos de medida de la misma, que permitan mejorar el actual ISS adaptado al puerperio.

ANEXO I. Consentimiento Informado

HOJA DE INFORMACIÓN DEL ESTUDIO

Título del estudio

La sexualidad en el puerperio

Investigador principal

Alicia Martínez Martínez

Introducción

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena.

Nuestra intención es que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello, puede usted leer esta hoja informativa, y en caso de que, tras la explicación, le surjan dudas o preguntas, nosotros podremos aclarárselas. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

Participación voluntaria

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que eso suponga ninguna consecuencia para usted.

Descripción general del estudio

El estudio en el que va a participar pretende analizar e interpretar las percepciones y vivencias acerca la sexualidad en el puerperio.

El abordaje del estudio se realizará mediante una metodología cualitativa, realizándose entrevistas semiestructuradas, tanto a mujeres puérperas, como a sus maridos y a profesionales Matronas que trabajan en contacto directo con la mujer en este periodo. Y que tras su grabación y transcripción, serán analizadas e interpretadas. Por dicho motivo solicitamos su colaboración en la realización de las entrevistas, con el fin de podernos aproximar a la vivencia de la sexualidad de la mujer en el puerperio.

Procedimiento de estudio

Se llevará a cabo una entrevista en su propio domicilio o donde el informante estime conveniente y le sea más cómodo, a nivel individual y previa cita concertada por teléfono.

Dichas entrevista se llevarán a cabo una vez que acepten participar en el estudio tras la firma su consentimiento informado. Para poder analizar las aportaciones se grabarán las entrevistas, tras su transcripción serán borradas. Se mantendrá rigurosamente el anonimato en la elaboración de los informes.

Beneficios y riesgos derivados de su participación en el estudio

Es posible que no obtenga ningún beneficio directo en este estudio, excepto el poder consultar a la investigadora y Matrona, cualquier duda a nivel profesional que pudiese tener, una vez finalizada la entrevista. Al igual que no se deriva ningún riesgo de su participación. El interés de esta entrevista reside en conocer los posibles los posibles factores que pueden estar alterando en algún sentido la sexualidad de la mujer durante el puerperio.

Confidencialidad

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse al investigador principal del estudio. Alicia Martínez Martínez. Investigador Principal.

Firmado,

ANEXO II. Entrevista Semiestructurada

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

1. ¿Cómo es tu estado de salud en estos momentos?
2. ¿Cómo viviste la experiencia de tu parto?
3. Actualmente ¿Qué valoración haces de vuestra vida íntima en pareja?
4. ¿Cómo son vuestras relaciones sexuales tras el parto?
5. ¿Has notado cambios en estas?
6. Si es así, ¿cuáles son y por qué crees que se producen?
7. ¿Cómo percibes tu deseo sexual tras el parto?
8. ¿Cómo experimentas tu capacidad para excitarte?
9. ¿Cómo definirías tus orgasmos?
10. En estos momentos, ¿cómo valoras tu vida sexual con tu pareja?
11. ¿Deseas añadir alguna cuestión de la que no hayamos hablado hasta ahora?

ANEXO III. Aprobación del Comité Ético de Investigación del Área II de Cartagena

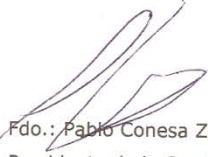


Cartagena, 15 de abril de 2014

La **Comisión de Investigación del Área 2 de Salud y la Jefatura de Estudios del Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena** han revisado la documentación correspondiente al Trabajo Fin de Grado, titulado: **“La Sexualidad en el Puerperio”** presentado por el/la investigador/a: Alicia Martínez Martínez.

Tras su revisión atenta se ha acordado la siguiente valoración del proyecto:

- a) No existe ninguna objeción para la realización del citado Trabajo de Tesis Doctoral.


Fdo.: Pablo Conesa Zamora
Presidente de la Comisión de Investigación




Fdo.: Trinitario Sánchez Montón
Jefe de Estudios

Sexualidad en el Puerperio

Alicia Martínez
Matrona y Master Sexualidad



" Durante el puerperio se dan cambios en las relaciones afectivas y sexuales, conocer estos cambios es clave para afrontar esta nueva etapa de forma satisfactoria."

Reunión de Madres
MARTES 3 NOV. 18:00H
La Unión
AaVv EL GARBANZAL

ENTRADA LIBRE



ANEXO IV. Carteles Anunciadores

Charlas de Sexualidad en el Puerperio

Sexualidad

ALICIA MARTINEZ
MATRONA Y MASTER SEXUALIDAD

en el Puerperio



Durante el puerperio se dan cambios en las relaciones afectivas y sexuales, conocer estos cambios es clave para afrontar esta nueva etapa de forma satisfactoria

Entrada libre

Lunes 16 Nov
17:30
LA PUEBLA

Organiza:
Lactancia y madre
grupo de apoyo de la
Comarca de Cartagena



Sexualidad

ALICIA MARTINEZ
MATRONA Y MASTER SEXUALIDAD

en el Puerperio



Durante el puerperio se dan cambios en las relaciones afectivas y sexuales, conocer estos cambios es clave para afrontar esta nueva etapa de forma satisfactoria".

JUEVES 3 DICIEMBRE
11 DE LA MAÑANA
CENTRO DE SALUD
PUENTE ALAMO

Organiza:
Lactancia y madre
grupo de apoyo de la
Comarca de Cartagena



ANEXO V. Índice de Satisfacción Sexual



Estimada Señora,

En primer lugar quería felicitarle por su reciente maternidad. Soy matrona del Hospital Santa Lucía (Cartagena) y estoy realizando una investigación que forma parte de un Proyecto de Tesis Doctoral de la Universidad de Murcia. El propósito de este estudio es conocer el grado de satisfacción sexual de la mujer en el puerperio y cuáles son los factores que pueden favorecer o dificultar el mismo.

Mantener una vida sexual plena y satisfactoria es fundamental para tener una salud adecuada. De esta forma, una adecuada satisfacción sexual en el puerperio denota una buena salud sexual, genera mayor bienestar y sobre todo una mejor adaptación a este periodo de cambios en tus relaciones afectivas y sexuales que origina esta etapa de transición.

Con la finalidad de conocer su percepción sobre la satisfacción sexual en esta etapa, se ha elaborado este cuestionario donde aparecen una serie de afirmaciones para las que solicito su valoración.

Agradezco su valiosa colaboración en el desarrollo de esta investigación, cumplimentando este cuestionario de forma sincera. Los datos serán gestionados de una manera anónima y confidencial para uso académico.

Recibe un cordial saludo,
Alicia Martínez.
Matrona y Máster en Sexualidad.

INDICE DE SATISFACCIÓN SEXUAL (ISS) Hudson et al. (1981).

(Versión española publicada por Crooks y Baur, 2000).

● **Edad:** _____ años cumplidos

● **Nivel de Estudios:**

- Primarios (Graduado Escolar, Bachiller elemental, Formación Profesional de 1er Grado).
- Secundarios (ESO, Bachiller Superior, FP de 2º grado).
- Terciarios (Graduado universitario, titulado Conservatorio y similares).

● **Número de hijos:** _____

● **Tipo de parto en esta última gestación:**

- Parto Espontaneo Vaginal sin lesiones
- Parto vaginal con episiotomía y/o laceración perineal
- Parto Vaginal Instrumentado (Ventosa, Fórceps, Espátulas)
- Parto por Cesárea Programada
- Parto por Cesárea Urgente

Responda, por favor, con una de las siguientes opciones:

- 1** -Nunca
- 2** - Pocas veces
- 3** - Algunas veces
- 4** - Buena parte del tiempo
- 5** - La mayor parte o todo el tiempo

	1	2	3	4	5
1.Creo que mi pareja disfruta de nuestra vida sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mi vida sexual es muy excitante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. El sexo es divertido para mi pareja y para mi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Creo que mi pareja se fija poco en mi salvo por el sexo que le puedo dar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Creo que el sexo es algo sucio y repugnante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mi vida sexual es monótona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.Cuando tenemos sexo, es demasiado apresurado y termina muy rápido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.Creo que a mi vida sexual le falta calidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.Mi pareja es sexualmente muy excitante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.Disfruto de las técnicas sexuales que le gustan o utiliza mi pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.Creo que mi pareja exige demasiado sexo de mi parte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Creo que el sexo es maravilloso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Mi pareja piensa demasiado en el sexo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Trato de evitar el contacto sexual con mi pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Mi pareja es muy brusca o torpe cuando tenemos sexo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Mi pareja es maravillosa sexualmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Creo que el sexo es una función normal de nuestra relación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Mi pareja no quiere sexo cuando yo lo deseo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Creo que nuestra vida sexual realmente agrega mucho a nuestra relación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Mi pareja parece evitar el contacto sexual conmigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Para mi es sencillo excitarme sexualmente con mi pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Creo que a mi pareja la complazco sexualmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Mi pareja es muy sensible a mis necesidades y deseos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Mi pareja no me satisface sexualmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Creo que mi vida sexual es aburrida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Por último, en general, su vida sexual actual en comparación con la anterior al parto es: <input type="checkbox"/> Peor <input type="checkbox"/> Igual <input type="checkbox"/> Mejor					

• **¿Ha encontrado alguna de estas 26 preguntas difícil de entender?:**

Si No

• **En caso afirmativo, ¿puede indicarnos?:**

La devolución de este cuestionario cumplimentado implica que se consiente en el análisis y publicación de la información que nos aporta anónimamente, que será tratada de forma absolutamente confidencial y estadística.

POR FAVOR, COMPRUEBE QUE NO HA DEJADO PREGUNTAS EN BLANCO.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO VI. Aprobación del Comité Ético de Investigación del Área II de Cartagena



Cartagena, 18 de mayo de 2015

La **Comisión de Investigación del Área 2 de Salud** ha revisado la documentación correspondiente al Trabajo investigación para Tesis Doctoral, presentado por D^a Alicia Martínez Martínez, titulado:

"VALIDACIÓN ESCALA SATISFACCIÓN SEXUAL EN EL PUERPERIO"

Tras su revisión atenta se ha acordado la siguiente valoración del proyecto:

- a) No existe ninguna objeción para la realización del citado Trabajo.

P.A. Laly Gómez Sannicolás
(Secretaria de la CIA)



Fdo.: Pablo Conesa Zamora
Presidente de la Comisión de Investigación



Hospital General Universitario
Santa Lucía
C/ Mezquita s/n, Paraje los Arcos
Barrio de Santa Lucía, 30202 - Cartagena - Murcia

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Abad, F. J., Olea, J., Ponsoda, V. y García, C. (2011). *Medición en ciencias sociales y de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Abdool, Z., Thakar, R. & Sultan, A. H. (2009). Postpartum female sexual function. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 145(2), 133-137.
- Acele, E. Ö & Karaçam, Z. (2011). Sexual problems in women during first postpartum year and related conditions. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 929-937.
- Ahlborg, T., Dahlöf, L. G. & Hallberg L. R. (2005). Quality of the Intimate and sexual relationship in first-time parents six months after delivery. *The Journal of Sex Research*, 42(2), 167-174.
- Ahlborg, T. & Strandmark, M. (2001). The baby was the focus of attention- first-time parent's experiences of their intimate relationship. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15, 318-325.

- Alcoba, S. L., San Martín, C. y García, L. (2004). *Guía de buena práctica clínica en disfunciones sexuales. Atención primaria de calidad*. Madrid: International Marketing & Communications.
- Alder, E. (1989). Sexual behaviour in pregnancy, after childbirth and during breast-feeding. *Baillière's Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 4(3), 805-821.
- Alonso, A. (2007). Sexualidad y enfermedades crónicas. *Revista Internacional de Andrología*, 5(1), 22-28.
- Álvarez-Gayou, J. L. (2011). *Sexoterapia integral* (2ª Ed.). México: Manual Moderno.
- Álvarez-Gayou J. L., Honold, E. J., Millán, A. P. y Ortega, S. (2004). Escala de actitudes ante la propia sexualidad. Un estudio de validación. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, 10(2), 151-165.
- Álvarez-Gayou, J. L., Honold, E. J., y Millán, A. P. (2005). ¿Qué hace buena una relación sexual?. Percepción de un grupo de mujeres y hombres mexicanos y diseño de una escala auto aplicable para la evaluación de la satisfacción sexual. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, 11(1), 91-110.

Ambler, D. R., Eric, J. & Diamond, M. (2012). Sexual function in elderly women. A review of current literature. *Revista Obstetricia y Ginecología*, 5(1), 16-27.

American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5* (5ª Ed.). Madrid: Panamericana.

Amezúa, E. (2003). El sexo. Historia de una idea. *Revista Española de Sexología*, 7, 115-116.

Anbaran, Z., Baghdar, N., Pourshirazi, M., Karimi, F., Rezvanifard, M. & Mazlom, S. (2015). Postpartum sexual function in women and infant feeding methods. *Journal of Pakistan Medical Association*, 65(3), 248-52.

Andrews, V., Thakar, R., Sultan, A. H. & Jones, P. W. (2008). Evaluation of postpartum perineal pain and dyspareunia. A prospective study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 137, 152-156.

Arnal, J., Del Rincón, D. y Latorre, A. (1992). *Investigación educativa. Fundamentos y metodología*. Barcelona: Labor.

Arnaiz, A. (2010). *El ser humano sexual* (Vol. I). Madrid: Biblioteca Nueva.

Arnau, J. (2012). *Estudio exploratorio de la humanización en la atención perinatal de la mujer del Área I de Salud de la Región de Murcia* (Tesis doctoral). Departamento de Enfermería. Universidad de Murcia.

Arnau, J., Martínez, M. E., Nicolás, M. D., Bas, E., Morales, R. y Álvarez, L. (2012). The description of normal, natural and humanized child birth. The case of the Region of Murcia (Spain). *Revista de Antropología Iberoamericana*, 2(7), 225-247.

Arnau, J., Martínez-Ros, M. T., Castaño-Molina, M. A., Nicolás-Vigueras, M. D. y Martínez-Roche, M. E. (2016). Exploring women's emotions in perinatal care. A qualitative study. *Aquichán*, 3(16), 370-381.

Arrington, R., Cofrancesco, J. & Wu, A. W. (2004). Questionnaires to measure sexual quality of life. *Quality of Life Research*, 13(10), 1643-1658.

Asociación Europea de Matronas (2005). *Declaración sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres*. Recuperado de <http://www.europeanmidwives.org/uk/>

Asociación Mundial de Sexología (WAS) (1999). *Declaración de los derechos sexuales*. Recuperado de

http://www1.paho.org/Spanish/HCP/HCA/salud_sexual.pdf

Bahamonde, C., Carmona, O. y González, J. (2011). *Satisfacción sexual. La percepción de las mujeres adultas jóvenes (20-40 años) que pertenecen al CECOSF Bellavista, de la comuna de Ancud, durante el segundo semestre del 2011*. (Tesis doctoral). Facultad de Medicina. Escuela de Obstetricia y Puericultura. Universidad Austral de Chile.

Bajo, J. L., Melchor, J. C. y Mercé, L. T. (2007). *Fundamentos de obstetricia*. Madrid: Sociedad española de Ginecología y Obstetricia.

Bancroft, J. (1983). El deseo sexual. *Mundo Científico*, 96, 1100- 1106.

Baran, M. L. & Jones, J. E. (2016). *Mixed methods research for improved scientific study*. USA: Advisory Board.

Bardin, L. (2002). *El análisis del contenido*. Madrid: Akal.

Barrett, G., Pendry, E., Peacock, J., Victor, C., Thakar, R. & Manyonda, N. V. (1999). Women's sexuality after childbirth. A pilot study. *Archives of Sexual Behavior*, 28(2), 179-191.

Barstad, A. (2014). Equality is bliss? Relationship quality and the gender division of household labor. *Journal of Family Issues*, 35, 972-992. doi: 10.1177/019251314522246

Basson, R. (2000). The female sexual response. A different model. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26(1), 51-65.

Beltran, A. (2009). *Salud sexual, construcción de identidades de género y violencia simbólica en adolescentes*. (Tesis doctoral). Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.

Bianco, F. J. y Aragón, J. (1996). La sexología. Una ciencia independiente. *Revista Sexológica*, 1(1), 1-89.

Boletín Oficial del Estado (1984). *Decreto 137/1984 de 11 de enero sobre estructuras básicas de salud* (11.02.1984). Madrid: Ministerio de la Presidencia.

Boletín Oficial del Estado (1987). *Decreto 992/1987 de 3 de julio por el que se regula la obtención del título de Enfermero Especialista* (01.08.1987). Madrid: Ministerio de la Presidencia.

Boletín Oficial del Estado (2009). *Orden SAS/1349/2009 por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de*

Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) (28.05.2009). Madrid: Ministerio de la Presidencia.

Brtnická, H., Weiss, P. & Zverina, J. (2009). Human sexuality pregnancy and the postpartum period. *Bratislava Medical Journal*, 110(7), 427-31.

Butzer, B. & Campbell, L. (2008). Adult attachment, sexual satisfaction, and relationship satisfaction. A study of married couples. *Personal Relationships*, 15, 141-154.

Byrd, J. E., Hyde, J. S., Delamater, J. D. & Plant, E. A. (1998). Sexuality during pregnancy and the year postpartum. *The Journal of Family Practice*, 47(4), 305-8.

Cameron, R. (2011). Mixed Methods Research. The five ps framework. *The Electronic Journal of Business Research Methods*, 2(9), 96-108.

Carey, J. (2006). Efectos farmacológicos sobre la función sexual. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 33, 599-620.

Carrobbles, J. A., Gámez, M. y Almendros, C. (2011). Funcionamiento sexual, satisfacción sexual y bienestar psicológico y subjetivo de una muestra de mujeres españolas. *Anales de psicología*, 1(27), 27-34.

- Caruso, K. (1993). Female sexuality and sexual counseling. *Current Problems in Obstetrics Gynecology and Fertility*, 16, 107-34.
- Castaneda, D. (2013). *The essential handbook of women's sexuality*. Santa Barbara, California: Praeger.
- Castro, E., Muñoz, S. F., Plaza, G. P., Rodríguez, M. y Sepúlveda, L. J. (2006). Prácticas y creencias tradicionales en torno al puerperio. *Revista Infancia, Adolescencia y Familia*, 1(1), 141-152.
- Cheung, P. P. & Hudson, W. W. (1982). Assessment of marital discord in social work practice. A revalidation of the index of marital satisfaction. *Journal of Social Service Research*, 5, 101-118.
- Chivers, M. L. (2010). A brief update on the specificity of sexual arousal. *Sexual and Relationship Therapy*, 4(25), 407-414.
- Christopher, F. S., & Sprecher, S. (2000). Sexuality in marriage, dating, and other relationships. A decade review. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 999-1017.

- Ciurana, R. (1996). Atención de la mujer y el niño durante el embarazo y el puerperio. En PAPPS-semFYC (Eds.) *Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud*. Recuperado de <http://www.aepap.org/previnfad/Embpuer.htm>
- Colás, P. (1992). El análisis de datos en la metodología educativa. *Revista de Ciencias de la Educación*, 152, 521-540.
- Collière, M. F. (1993). *Promover la vida*. Madrid: Interamericana. McGraw-Hill.
- Consejería de Sanidad y Política Social Región de Murcia (2012). *Programa de atención integral a la mujer (PIAM)*. Murcia: Servicio Murciano de Salud.
- Creswell, J. W. (2003). *Research design. Qualitative, quantitative and mixed methods approaches* (2nd Ed.). California: Sage, Thousand Oaks.
- Crooks, R. & Baur, K. (2000). *Nuestra sexualidad*. México DF: International Thompson.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Rouse, D. & Spong, C. (2005). *Williams obstetricia* (23^a Ed.). Madrid: Mc Graw Hill.

- De Judicibus, M. A. & McCabe, M. P. (2002). Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. *The Journal of Sex Research*, 39(2), 94-103.
- De la Cuesta, C. (2006). Estrategias cualitativas más usadas en el campo de la salud. *Nure Investigación*, 25. Recuperado de http://www.fuden.es/ficheros_administrador/f_metodologica/fmetod_25.pdf
- Delamater, J., Hyde, J. S. & Fong, M. C. (2008). Sexual satisfaction in the seventh decade of life. *Journal of sex and marital therapy*, 34, 439-454.
- Derogatis, L. R. & Melisaratos, N. (1979). The DSFI. A multidimensional measure of sexual functioning. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 3(5), 244-281.
- Díaz de Rada, V. (2005). *Manual de trabajo de campo en la encuesta*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Dixon, M., Booth, N. & Powell, R. (2000). Sex and relationships following childbirth. A first report from general practice of 131 couples. *British Journal of General Practice*, 50, 223-224.

- DSM-V. (2014). American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª Ed.). Madrid: Panamericana.
- Ellison, C. (2001). Intimacy-based sex therapy. Sexual choreography. In P.J. Kleinplatz (Ed.), *New directions in sex therapy. Innovations and alternatives* (pp.163-184). Philadelphia: Brunner-Routledge.
- Enderle, C. F., Keber, N. P. C., Lunardi, V. L., Nobre, C. M. G., Mattos, L. y Rodrigues, E. F. (2013). Condicionantes y/o determinantes del retorno a la actividad sexual en el puerperio. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 21(3), 1-7.
- Endrino, V. (2007). *Embarazo, parto y puerperio* (5ª Ed.).Madrid: Logos.
- Esteban, M. L. (2000). La maternidad como cultura. Algunas cuestiones sobre lactancia materna y cuidado infantil. En E. Perdiguero y J. Comelles (Eds.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina* (pp.207-226). Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Fajardo, C. (2013). *Historia de las Matronas desde sus orígenes hasta nuestros días*. Recuperado de <http://enfeps.blogspot.com.es/2013/04/historia-de-las-matronas-desde-sus.html>

- Foucault, M. (1987). *Historia de la sexualidad*. Madrid: Siglo XXI.
- Freud, S. (2002). *Tres ensayos sobre teoría sexual*. Madrid: El País.
- Fuertes, J. A. (2000). Relaciones afectivas y satisfacción sexual en pareja. *Revista de Psicología Social*, 3(15), 343-356.
- Galovan, A. M., Holmes, E. K., Schramm, D. G. & Lee, T. R. (2014). Father involvement, father-child relationship quality, and satisfaction with family work. Actor and partner influences on marital quality. *Journal of Family Issues*, 35, 1846-1867. doi:10.1177/019251313479948
- Gil-Calvo, E. (1991). *La mujer cuarteada*. Barcelona: Anagrama.
- Grabowska, M. (2009). Gender and sex stereotypes as determinants of sexual behaviors in late adulthood. *Developmental Psychology*, 14(4), 45-57.
- Gracia, D. (2001). La deliberación moral. El método de la ética clínica. *Medicina Clínica*, 9, 117(1), 18-23.
- Guba, E. G. & Lincoln, Y. S. (1982). Epistemological and methodological bases of naturalistic inquiry. *Educational Technology Research and Development*, 30(4) 233-252.

Guerrero, J. F. (1991). *Introducción a la investigación etnográfica en educación especial*. Salamanca: Amarú.

Gurdián-Fernández, A. (2007). *El paradigma cualitativo en la investigación socio-educativa*. San José, Costa Rica: Agencia Española de Cooperación Internacional. Recuperado de http://ceccsica.org/programasaccion/educa/publicaciones_pdf/El_Paradigma_Cualitativo.pdf

Gutman, L. (2010). *Mujeres visibles, madres invisibles*. Barcelona: Integral.

Havelock, E. y Symonds, J. A. (2008). *Sexual inversion*. United Kingdom: Palgrave Macmillan.

Heidegger, M. (2006). *Introducción a la fenomenología de la religión*. México: Fondo de Cultura Económica.

Heiman, J. & LoPiccolo, J. (1988). *Becoming orgasmic. A sexual and personal growth program for women*. New York: Prentice Hall.

Hernández, C. P. (2005). *Educación en sexología y sexualidad humana*. Jaén: Formación Alcalá.

- Hernández-Sampieri, R. y Mendoza, C. P. (2008). El matrimonio cuantitativo cualitativo. El paradigma mixto. En J. L. Alvarez- Gayou (Presidente), *6º. Congreso de Investigación en Sexología* (Libro de actas del Congreso). Villahermosa, Tabasco, México: Instituto Mexicano de Sexología
- Hipp, L. E., Low, L. & Van Anders, S. M. (2012). Exploring women's postpartum sexuality. Social, psychological, relational and birth-related contextual factors. *The Journal of Sexual Medicine*, 9, 2330-2341.
- Hoon, E. F., Hoon, P. W. & Wincze, J. P. (1976). An inventory for the measurement of female sexual arousability. The SAI. *Archives of Sexual Behaviour*, 5, 291-300.
- Hudson, W. W. & Glisson, D. (1976). Assessment of marital discord in social work practice. *Social Service Review*, 50, 293-311.
- Hudson, W. W., Harrison, D. F. & Crosscup, P. C. (1981). A short-form scale to measure sexual discord in dyadic relationships. *Journal of Sex Research*, 17, 157-174.
- Hudson, W. W., Murphy, G. & Nurius, P. (1983). A short-form scale to measure liberal vs. conservative orientations towards human sexual expression. *Journal of Sex Research*, 19, 258-272.

Hung, C. H., Yu, C. Y., Chang, S. J. & Stocker, J (2011). Postpartum psychosocial changes among experienced and inexperienced mothers in Taiwan. *Journal of Transcultural Nursing*, 22(3), 217-24.

Hurlbert, D. F. & Apt, C. (1994). Female sexual desire, response and behavior. *Behavior Modification*, 18(4), 488-504.

Husserl, E. (1985). *Investigaciones lógicas*. Madrid: Alianza.

Jawed-Wessel, S., Herbenick, D. & Schick, V. (2016). The relationship between body image, female genital self-Image and sexual function among first time mothers. *Journal of Sex & Marital Therapy*. doi: 10.1080/0092623X.2016.1212443.

Johannessen, H. H., Wibe, A., Stordahl, A., Sandvik, L. & Mørkved, S. (2015). Anal incontinence among first time mothers. What happens in pregnancy and the first year after delivery?. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 94(9), 1005-1013. doi: 10.1111/aogs.12689

Johnson, R. B. & Onwuegbuzie, A. J. (2004). Mixed methods research. A research paradigm whose time has come. *Educational Researcher*, 33(7), 14-26.

Kaplan, H. S. (1996, 1ª Ed. 1974). *La nueva terapia sexual*. Madrid: Alianza editorial.

Khajehei, M. (2015). Prevalence and risk factors of relationship dissatisfaction in women during the first year after childbirth. Implications for family and relationship counseling. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 13, 1-10.

Khajehei, M., Doherty, M., Tilley, P. J. & Sauer, K. (2015). Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in postpartum Australian women. *Journal of Sex Medicine*, 12(6), 1415-26. doi: 10.1111/jsm.12901.

Kraft-Ebing, R. (2012, 1ª Ed. 1894). *Psychopathia sexualis*. England: Forgotten books. Recuperado de https://archive.org/stream/PsychopathiaSexualis1000006945/Psychopathia_Sexualis_1000006945#page/n5/mode/2up

Laumann, E., Paik, A., Glasser, D., Kang, J. I., Wang, T., Levinson, B. & Gingell, C. (2006). A cross-national study of subjective sexual well-being

among older women and men. Findings from the global study of sexual attitudes and behaviors. *Archives of Sexual Behavior*, 35, 145-161.

Lawrence, K. & Byers, E. S. (1995). Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships. The interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Personal Relationships*, 4(2), 267-285.

Leeman, L. M., & Rogers, R. G. (2012). Sex after childbirth. Postpartum sexual function. *Obstetrics and Gynecology*, 119(3), 647-655.

Levine, S. B. (1987). More on the nature of sexual desire. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 13(1), 35-44.

Locke, H. & Wallace, K. (1959). Short marital adjustment and prediction test. Their reability and validity. *Marriage Family Living*, 2, 251-255.

López, F. (2009). *Amores y desamores. Procesos de vinculación y desvinculación sexuales y afectivos*. Madrid: Biblioteca Nueva.

López, R. E. y Deslauriers, J. P. (2011). La entrevista cualitativa como técnica para la investigación en trabajo social. *Margen*, 61, 1-18.

- Lopiccolo, J. & Steger, J. C. (1974). The sexual interaction inventory. A new instrument for assessment of sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 6(3), 585-595.
- Lorenzo-Seva, U. & Ferrando, P. J. (2006). Factor A computer program to fit the exploratory factor analysis model. *Behavioral Research Methods, Instruments and Computers*, 38(1), 88-91.
- MacAdam, R., Huuva, E. & Berterö, C. (2011). Father's experiences after having a child. Sexuality becomes tailored according to circumstances. *Midwifery*, 27, e149-e155. doi: 10.1016/j.midw.2009.12.007
- MacClelland, S. I. (2010). Intimate justice. A critical analysis of sexual satisfaction. *Social and Personality Compass*, 4(9), 663-680.
- Madrigal de Torres, M., Velandrino, A. P. y Ruzafa, M. (2007). Evaluación de Estudios de Calidad de Vida Relacionada con la Salud. En CARM (Eds.), *Atención sanitaria basada en la evidencia. Su aplicación a la práctica* (pp. 467-578). Murcia: Consejería de Sanidad. Recuperado de

http://www.murciasalud.es/publicaciones.php?op=mostrar_publicacion&id=103&idsec=88

Mamédio, C., Andrucio, C. y Cuce, M. R. (2007). A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(3), 1-4. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a23.pdf

Manning, A. N. (2012). The NICU experience. How does it affect the parents' relationship?. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 26(4), 353-357.

Marín, D., Bullones, M. A., Carmona, F. J., Carretero, M. I., Moreno, M. A. y Peñacoba, C. (2008). Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal. *Nure Investigación*. Recuperado de www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/download/.../413

Mark, K. P., Herbenick, D., Fortenberry, J. D., Sanders, S. & Reece, M. (2014). A psychometric comparison of three scales and a single-item

measure to assess sexual satisfaction. *Journal of Sex Research*, 51(2), 159-169.

Martínez-Martínez, A., Arnau, J., Salmerón, J.A, Velandrino, A. P. & Martínez, M. E. (2016). The sexual function of women during puerperium. A qualitative study. *Journal of Sexual and Relationship Therapy*, 1-14. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1080/14681994.2016.1263389>.

Martínez-Miguélez, M. (2011).El paradigma sistémico, la complejidad y la transdisciplinariedad como bases epistémicas de la investigación cualitativa. *Revista electrónica de Humanidades, Educación y Comunicación Social*, 11(6), 6-27.

Martínez-Roche, M.E. (2003). *Memoria académica*. Murcia: Universidad de Murcia. Recuperado de <https://www.um.es/documents/479763/699457/Memoria+Unidad+de+Matronas+julio+2013.pdf/a7dd74e0-2f5e-424d-9c6e-9cbe5ee5b082>

Martínez-Roche, M.E. (2013). *Memoria académica*. Murcia: Universidad de Murcia. Recuperado de <https://www.um.es/documents/479763/699457/Memoria+Unidad+de+Matronas+julio+2013.pdf/a7dd74e0-2f5e-424d-9c6e-9cbe5ee5b082>

Masters, W. y Johnson, V. (1987). *La sexualidad humana*. Barcelona: Grijalbo.

Mayan, M. J. (2001). *Una introducción a los métodos cualitativos*. Módulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales. Alberta: International Institute for Qualitative Methodology.

Mayorga, M. J. y Tojar, J. C. (2004). El grupo de discusión como técnica de recogida de información en la evaluación de la docencia universitaria. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Educación*, 5(2), 47-74.

Mèlich, J. C. (1994). *Del extraño al cómplice. La educación de la vida cotidiana*. Barcelona: Anthropos.

Meneses, J. y Rodríguez, D. (2014). *El Cuestionario y la entrevista*. Barcelona: Universidad Oberta de Catalunya. Recuperado de http://femrecerca.cat/meneses/files/pid_00174026.pdf

Meriwether, K. V., Rogers, R. G., Dunivan, G. C., Alldredge, J. K., Qualls, C., Migliaccio, L. & Leeman, L. (2016). Perineal body stretch during labor does not predict perineal laceration, postpartum incontinence, or

postpartum sexual function. A cohort study. *International Urogynecology Journal*. doi: 10.1007/s00192-016-2959-y. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26874524>

Meston, C. & Trapnell, P. (2005). Development and validation of a five-factor sexual satisfaction and distress scale for women. The sexual satisfaction scale for women (SSS-W). *Journal of Sexual Medicine*, 2, 66-81.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). *Estrategia nacional de salud sexual y reproductiva*. Recuperado de www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/.../ENSSR.pdf

Mislevy, R. J. & Bock, R. D. (1990). *Bilog 3 Item analysis and test scoring with binary logistic models*. Mooresville: Scientific software.

Molero, F. (2012). *La sexualidad en el embarazo y el puerperio*. España: AEEM. Recuperado de <http://aeem.es/noticias/103.pdf>

Monistrol, O. (2007). El trabajo de campo en la investigación cualitativa. *Nure Investigación*, 28. Recuperado de

<http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/39/329>

Montes, M. J. (2007). *Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos*. (Tesis Doctoral). Universitat Rovira i Virgili. Tarragona.

Montiel, F. (2004). *Respuesta sexual humana*. Universidad Pontificia Católica de Chile. Recuperado de http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/meb173/meb173_08.html

Moral, J. (2009). Medida de la Satisfacción Sexual en Parejas Casadas. Un Estudio de Validación. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, 1(15), 51-65.

Morse, J. M. & Niehaus, L. (2011). Mixed methods design. Principles and procedures. *Qualitative social research*, 1(12). Recuperado de www.qualitative-research_net/index.php/fqs/article/view/1523/3090

Mous, M., Muller, S. A. & De Leeuw, J. W. (2008). Long-term effects of anal sphincter rupture during vaginal delivery. Faecal incontinence and sexual complaints. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1(15), 234-238.

Narotzky, S. (1995). *Mujer, mujeres y género. Una aproximación al estudio de las mujeres en las ciencias sociales*. Madrid: CSIC.

Nezhad, M. Z. & Goodarzi, A. M. (2011). Sexuality, intimacy and marital satisfaction in Iranian first-time parents. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 37, 77-88.

Northrup, C. (2007). *Cuerpo de mujer, sabiduría de mujer*. Barcelona: Urano.

Nye, F. I. (1982). Family mini theories as special instances of choice and exchange theories. In F. I. Nye (Ed.), *Family relationships. Rewards and costs* (pp.171-183). Beberly Hills: Sage.

O'Malley, D., Higgins, A. & Smith, V. (2015). Postpartum sexual health. A principle-based concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 71(10), 2247-57. doi: 10.1111/jan.12692.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1975). *Instrucción y asistencia en cuestiones de sexualidad humana. Formación de profesionales de la salud*. Ginebra: OMS. Recuperado de whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_572_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1992). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. CIE-10*. Madrid: Meditor.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2000). *Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción*. Guatemala: Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS) y Asociación Mundial de Sexología (WAS). Recuperado de http://www.paho.org/spanish/hcp/hca/salud_sexual.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2006). *Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health*. Geneva: OMS.

Organización Naciones Unidas (ONU). (1994). *Conferencia internacional sobre la población y el desarrollo*. El Cairo: ONU. Recuperado de <http://www.un.org/es/development/devagenda/population.shtml>

Organización Naciones Unidas (ONU). (1995). *Resoluciones aprobadas en la IV Conferencia mundial de la mujer*. Beijing: ONU. Recuperado de www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20S.pdf

Organización Naciones Unidas (ONU). (2002). *Informe de la declaración del milenio*. Nueva York: Naciones Unidas. Recuperado de

<http://www.un.org/es/development/devagenda/millennium.shtml>

Oviedo, G. F. y Mondragón, V. J. (2006). *Trastornos afectivos postparto*.

Universitas médica, 2(47), 131-140.

Pascoal, P. M., Santa Bárbara, I. & Monteiro, N. (2014). What is sexual

satisfaction? Thematic analysis of lay people's definitions. *Journal of*

Sex Research, 5(1), 22-30.

Pastore, L., Owens, A. & Raymond, C. (2007). Postpartum sexuality concerns

among first-time parents from one U.S Academic Hospital. *The Journal*

of Sexual Medicine, 4(1) 115-123.

Pauleta, J. R., Pereira, N. M. & Graça, L. M. (2010). Sexuality during

pregnancy. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(1), 136-42.

Pauls, R. N., Occhino, J. A. & Dryfhout, V. L. (2008). Effects of pregnancy on

female sexual function and body image. A prospective study. *Journal of*

Sexual Medicine, 5, 1915-22.

Pedrosa, I., Suárez-Álvarez, J. y García-Cueto, E. (2014). Evidencias sobre la validez de contenido. Avances teóricos y métodos para su estimación. *Acción Psicológica*, 2(10), 3-20.

Pérez-Díaz, J. (2013). *El pato Donald vende anticonceptivos*. *Apuntes de demografía*. Recuperado de <http://apuntesdedemografia.wordpress.com/2013/01/14/el-pato-donald-vende-anticonceptivos/#more-5755>

Pérez, F. (2011). *Las mujeres inmigrantes y su respuesta psicológica en el puerperio inmediato* (Tesis Doctoral). Departamento de Enfermería. Universidad de Granada.

Pinney, E. M., Gerrard, M. & Denney, N. W. (1987). The Pinney Sexual Satisfaction Inventory. *The Journal of Sex Research*, 2(23), 233-251.

Pole, K. (2009). Diseño de metodologías mixtas. Una revisión de las estrategias para combinar metodologías cuantitativas y cualitativas. *Renglones. Revista arbitrada en ciencias sociales y humanidades*, 60, 37-42.

Polomeno, V. (1996). Sexual intercourse after the birth of a baby. *International Journal of Childbirth Education*, 11(4), 12-15.

Priddis, H., Schimied, V. & Dahlen, H. (2014). Women's experiences following severe perineal trauma. A qualitative study. *Biomedicine Central Women's Health*, 14(1), 32.

Purnine, D. M. & Carey, M. P. (1997). Interpersonal communication and sexual adjustment. The role of understanding and agreement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(6), 1017-1025.

Ramos, C. (1992). La nueva historia, el feminismo y la mujer. En C. Ramos (Ed.), *Género e Historia. La historiografía sobre la mujer*. (pp. 7-37). México: Instituto Mora.

Renaud, C., Byers, E. & Pan, S. (1997). Sexual and relationship satisfaction in mainland China. *Journal of Sex Research*, 34, 399-410.

Reich, W. (1974). *La función del orgasmo* (4ª Ed.). Buenos Aires: Paidós.

Rincón, O. (2015). Prevalence and risk factors for urinary incontinence among women consulting in primary care. *Revista Médica de Chile*. 143(2), 203-12. doi: 10.4067/S0034-98872015000200008.

Rodríguez, G., Gil, J. y García, E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Aljibe.

Rodríguez, M. A. y De Rodríguez, C. R. (1999). *Educación para la salud*. Venezuela: Romor.

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, 98-103.

Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R.,... D'Agostino, R. (2000). The female sexual function index (FSFI). A multidimensional self-reported instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26, 191-208.

Rosen, N. O., Mooney, K., & Muise, A. (2016). Dyadic Empathy Predicts Sexual and Relationship Well-Being in Couples Transitioning to Parenthood. *Journal of Sex & Marital Therapy*.

doi:10.1080/0092623X.2016.1208698. Recuperado de

[http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/0092623X.2016.12086](http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/0092623X.2016.1208698)

98

Rust, J. & Golombock, S. (1986). The Griss. A psychometric instrument for the assessment of sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behaviour*, 2(15), 157-165.

Salamanca, A. B. (2013). *El aeiou de la investigación en Enfermería*. Madrid: Fuden.

Salim, N. R., Araújo, N. M. y Gualda, D. M. R. (2010). *Cuerpo y sexualidad. Experiencias de puérperas*. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 8(4), 1-8. Recuperado de

http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/es_11.pdf

Sánchez-Muñoz, P. y López-Pina, J. A. (2014). Revisión sistemática de las propiedades psicométricas de las escalas de valoración de la enfermedad de Parkinson. Riesgo de caídas, congelaciones y otras

alteraciones en la marcha y el control postural. *Fisioterapia*, 36(6), 288-297.

Sánchez, M. M., Santos, P. & Sierra, J. C. (2014). A systematic review of sexual satisfaction. *International Journal of clinical and health*, 14, 67-75.

Santos, P., Sierra, J. C., García, M., Martínez, A., Sánchez, A. y Tapia, M. I. (2009). Índice de satisfacción sexual (ISS). Un estudio sobre su fiabilidad y validez. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9(2), 259-273.

Saravia, T. & Saravia, J. (2015). Work-life balance and early stage careers. Dual perspectives from one household. *Frontiers in Perdiatrics*, 3, 114. doi: 10.3389/fped.2015.00114.

Schnarch, D. M. (1991). *Constructing the sexual crucible. An integration of sexual and marital therapy*. New York: W.W. Norton.

Schnarch D. (2000). *Desire problems. A systemic perspective. Principles and practice of sex therapy*. New York: Guilford Press.

Schwartz, P. & Young, L. (2009). Sexual Satisfaction in committed relationships. *Sexuality Research and Social Policy*, 6(1) 1-17.

Scott, F. C. & Sprecher, S. (2000). Sexuality in marriage, dating and other relationships. A decade review. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 999-1017.

Sebastiani, M., Raffo, M. y Magnasco de Testa. (2004). *Claroscuros del embarazo, el parto y el puerperio*. Buenos Aires: Paidós.

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, 881-888.

Simkin, P.(1996). The experience of maternity in woman's life. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 25, 247-252.

Starrs, A. (2006). Iniciativa para una maternidad sin riesgo. 20 años y más. *Lancet*, 368, 1130-1132. Recuperado de www.familycareintl.org/UserFiles/File/Lancet2009_LAC.pdf

- Stern, D. N. (1999). *El nacimiento de una madre*. Barcelona: Paidós.
- Streiner, D. L. (2003). Starting at the beginning. An introduction to coefficient alpha and internal consistency. *Journal of Personality Assessment*, 80, 99–103. doi:10.1207=S15327752JPA8001_18
- Stulhofer, A., Busko, V. & Brouillard, P. (2010). Development and cultural validation of the new sexual satisfaction scale. *Journal of Sex Research*, 47(4), 257-268.
- Taylor, S. J. y Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Teddlie, C. & Tashakkori, A. (2006). A general typology of research designs featuring mixed methods. *Research in Schools*, 13(1), 12-28.
- Téllez, A. y Heras, P. (2005). Representaciones de género y maternidad. Una aproximación desde la antropología sociocultural. En S. Caporale (Coord.), *Discursos teóricos en torno a la(s) maternidad(es)* (pp.63-100). Madrid: Entinema.
- Terwee, C., Bot, S., Boer, M., Van der Windt, D., Knol, D., Dekker, J.,...De Vet, H. (2007). Quality criteria were proposed for measurement

properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60, 34-42.

Thibaut, J. W. & Kelley, H. H. (1959). *The social psychology of groups*. New York: Wiley.

Thorne, F. C. (1966). The sex inventory. *Journal of Clinical Psychology*, 22, 367-374.

Urrútia, G. y Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA. Una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina Clínica*, 135(11), 507-511.

Usandizaga, J. A. (2004). *Tratado de obstetricia y ginecología*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.

Valdés, T., Gysling, J. y Benavente, M. C. (1999). *El poder en la pareja, la sexualidad y la reproducción. Mujeres de Santiago*. Santiago de Chile: FLACSO-Chile. Recuperado de <http://docplayer.es/2482693-El-poder-en-la-pareja-la-sexualidad-y-la-reproduccion-mujeres-de-santiago.html>

Vallés, M. S. (1999). Técnicas cualitativas de investigación social. *Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Editorial Síntesis.

Velandrino, A. P. (1998). *Análisis de datos en ciencias sociales. Guía-formulario*. Murcia: Diego Marín Librero Editor.

Vera-Gamboa, L. (1998) Historia de la sexualidad. *Revista Biomédica*, 9, 116-121.

Vieira, R. X., Pechorro, P. & Diniz, A. (2008). Validation of index of sexual satisfaccion (ISS) for use with portuguese women. *Sexologies*, 17 (1), 115-124.

Villela, A y Barahona, A. (2008). Margaret Sanger. Luces y sombras del movimiento a favor del control natal. *Ciencias*, 89(1), 46-53.

Von Sydow, K. (2002). Sexual enjoyment and the orgasm postpartum. Sex differences and perceptual accuracy concerning partners sexual experience. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 23(3), 147-55.

Von Sydow K., Ullmeyer, M. & Happ, N. (2001). Sexual activity during pregnancy and after childbirth. Results from the sexual preferences

questionnaire. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 22, 29-40.

Walster, E., Walster, G.& Berscheid, E. (1978). *Equity theory and research*. Boston: Allyn and Bacon.

Whitley, M. P. & Poulsen, S. B. (1975). Assertiveness and sexual satisfaction in employed professional women. *Journal of Marriage and Family*, 3(37), 573-581.

WMA (1964). *Declaration of Helsinki-ethical principles for medical research involving human subjects*. Helsinki: WMA. Recuperado de <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>

Wood, J. M., Mansfield, P. K. & Kock, P. B. (2007). Negotiating sexual agency. postmenopausal women's meaning and experience of sexual desire. *Qualitative Health Research*, 17(2), 189-200.

Yeniél, A. O. & Petri, E. (2014). Pregnancy, childbirth, and sexual function. Perceptions and facts. *International Urogynecology Journal*, 25(1). doi: 10.1007/s00192-013-2118-7.

Young, M., Denny, G., Luquis, R. R. & Young, T. (1998). Correlates of sexual satisfaction in marriage. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 2(7), 115-127.