



**Universidad**  
Zaragoza

## Trabajo Fin de Máster

Título del trabajo: "Diseño y propuesta de intervención para la promoción de la sexualidad en el postparto"

English title: "Design and intervention proposal for postpartum sexuality promotion"

Autor/es

Irene San Miguel Casado

Director/es

Jorge Javier Osma López

Master Universitario en Psicología General Sanitaria

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

2021-2022



Facultad de  
Ciencias Sociales  
y Humanas - Teruel  
Universidad Zaragoza

## Índice de contenidos

1. Resumen en castellano	3
2. Resumen en inglés	3
3. Introducción	4
4. Objetivos	9
5. Beneficiarias	9
6. Material y método	10
a. Participantes	10
b. Instrumentos	11
c. Procedimiento	12
d. Análisis estadísticos previstos	13
e. Diseño de las sesiones	14
f. Recursos	14
7. Resultados esperados	14
8. Conclusiones	15
9. Referencias bibliográficas	16
10. Anexos	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>

## Índice de tablas:

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión para el programa de promoción de la salud sexual.....	10
Tabla 2. Resumen de las sesiones del programa para promoción de la salud sexual en el postparto.....	36

## **1. Resumen en castellano**

Como se puede apreciar en la literatura, se ha dejado de lado el acompañamiento sexual en el postparto de las mujeres sin problemas clínicos, momento de gran vulnerabilidad para desarrollar disfunciones sexuales. El puerperio se caracteriza por cambios físicos, hormonales y emocionales que afectan directamente al deseo y la satisfacción sexual, siendo una etapa para la que se necesitan habilidades de autoconocimiento y de apoyo social. En este contexto resulta esencial una intervención con perspectiva de género que atienda a las diversidades culturales y afectivo-sexuales dedicada a la sexualidad de las mujeres que han dado a luz durante el último año. El siguiente trabajo presenta un diseño y propuesta de intervención para la promoción de la sexualidad dirigido a mujeres y sus parejas (si las hubiere) del centro de salud La Palomera (León). Se compone de 6 sesiones grupales de entre 90-120 minutos cada una distribuidas semanalmente durante un mes y medio. Esta propuesta se sustenta en el modelo transteórico del cambio, el cual ha recibido apoyo empírico, y cuenta con instrumentos cuantitativos estandarizados y de elaboración propia para evaluar su eficacia en las variables de satisfacción sexual, asertividad sexual, autoestima y ajuste diádico.

Palabras clave: postparto, disfunciones sexuales, puerperio, satisfacción sexual, modelo transteórico del cambio.

## **2. Resumen en inglés**

As it can be observed in the literature postpartum sexual support has been left aside for women with no medical issues, being the after birth, a sensitive time for developing sexual disfunctions. The puerperium involves physical, hormonal and emotional changes, which have a direct impact both on desire and sexual satisfaction, being a stage for which self-knowledge and social support skills are needed. It's been made clear that this context needs a gender-focused intervention, sensitive to both cultural a sexual diversity, dedicated to women that have given birth within the last year. The following report presents an intervention design, targeting women and their partners from de La Palomera medical center. It involves 6 weekly group sessions, lasting between 90 and 120 minutes, through the span of a month and a half. This contribution is based on the transtheoric model of change, supported by empiric evidence and has standardized quantitative and qualitative instruments to evaluate its effectiveness on the variables of sexual satisfaction, sexual assertiveness, self-esteem and dyadic adjustment.

Key Words: postpartum, sexual dysfunction, puerperium, sexual satisfaction, transteoric model of change

### **3. Introducción**

#### **3.1. Sexualidad en el postparto: dificultades y beneficios**

Durante el primer año de vida del bebé, la probabilidad de desarrollar un problema psicológico en la madre es la más alta con respecto al resto de etapas vitales (Wilkins, 2006). Además, el riesgo de experimentar problemas sexuales aumenta desde el momento del parto (Acele y Karaçam, 2012). En contraste, el deseo sexual se puede recuperar cuando avanza el puerperio (Abdool et al., 2009) y está mediado por la satisfacción con la relación y la percepción del deseo sexual de la pareja (Cappell et al., 2016). Ante esto, es recomendable que las mujeres participen en programas en los que la educación, el asesoramiento y los servicios de diagnóstico y tratamiento precoz contribuyan a la prevención y promoción de su salud sexual en el postparto (Acele y Karaçam, 2012).

Dentro de las variables que dificultan la vida sexual en el postparto se destacan algunas. Por un lado, los entuertos y loquios (sangrado) pueden suponer una barrera a la hora de involucrarse en actividades sexuales (North Shore, s.f.). Y, por otro, el agotamiento derivado de la atención que exige el recién nacido, el trabajo de parto y la logística del hogar con el cambio de rutinas (McBride et al., 2017; Salim et al., 2010) puede relegar la sexualidad al último lugar. El cansancio junto con el cambio hormonal afecta no sólo a nivel físico (DeMaria et al., 2019; Pissolato et al., 2016;), sino también anímico, y, en consecuencia, al interés por el sexo (p. ej. Unal et al., 2020).

Entre las preocupaciones más habituales manifestadas por las madres en el postparto, se encuentran los cuidados del bebé, la satisfacción de su pareja y que el bebé se encuentre en la habitación (Salim et al. 2010). A esto se añaden la recuperación física o la lactancia en interferencia con la actividad sexual (Schlagintweit et al., 2016). Sobre las inquietudes de las parejas, estas giran en torno al momento de retomar la actividad sexual, el dolor, discrepancias en el deseo sexual o la imagen corporal (Schlagintweit et al., 2016).

Respecto al canal de parto, hay menor deseo, excitación y lubricación en mujeres con episiotomía en comparación con las que han sufrido una cesárea, pero no hay diferencias entre ellas en la función sexual durante el primer año (Baksu et al., 2007). Los partos instrumentados tienen más riesgo de traumatismo perineal, deterioro de suelo

pélvico (Chang et al., 2011; Citak et al., 2010) y dispareunia (Abdool et al., 2009). La instrumentalización del parto no condiciona el deseo sexual de los padres (Van Anders et al., 2013), pero sí afecta a las madres (Hipp et al., 2012), en quienes influye la necesidad de satisfacción sexual de la pareja (Ollivier et al., 2019).

En contraposición, hay variables que favorecen la sexualidad en el postparto como son el cariz novedoso de las sensaciones físicas (Salim et al., 2010), una alta intimidad de pareja y su apoyo en la dimensión sexual (Hipp et al., 2012). Para contribuir al deseo sexual se debe cuidar la alimentación, evitar el consumo de tóxicos como el tabaco (Unal et al., 2020), seleccionar actividades prioritarias y si está indicado realizar deporte (de Béjar, 2011). Sobre la frecuencia de la actividad sexual, algunos estudios revelan que es mayor en mujeres con más de un hijo que en las primerizas. A pesar de esto, no hay diferencias entre ellas acerca del deseo sexual experimentado (Cappell et al., 2016).

## **2. Escasa oferta de programas de promoción a la sexualidad en el postparto**

Las investigaciones en la etapa perinatal se han centrado en los cambios biológicos, físicos y hormonales, ignorando el acompañamiento emocional y sexual a mujeres sin problemas clínicos (OMS, 2014), a excepción del asesoramiento de lactancia. La mayor parte de la atención se presta a los bebés y no a las madres (Salim et al., 2010; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad [MSPSI], 2011), tanto por parte de los familiares como del personal sanitario (Pissolato et al., 2016). Así pues, prima la salud reproductiva frente al enfoque de promoción y asistencia (MSPSI, 2011).

Sumado al enfoque biologicista, los estudios sobre sexualidad en el postparto se ciñen al modelo de riesgos, restringido a la visión anticonceptiva (Lee et al., 2011), prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y evitación de embarazos no deseados. O bien, sólo contemplan un modelo de pareja heterosexual con relaciones monógamas de exclusividad afectiva y sexual (Evcili et al., 2020; Puértolas Aguilar y Gasch, 2019; Zamani et al., 2019). En el presente trabajo se adoptará una actitud erotofílica basada en funciones procreativas, relacionales y recreativas, una visión que expresa y alienta la sexualidad en términos de salud en lugar de reprimirla y condenarla. En contraposición, las tradiciones más erotofóbicas, basadas en la abstinencia, lactancia y riesgos no satisfacen las necesidades de las mujeres (OMS, 2014; Zamani et al., 2019), ni garantizan la ausencia de dolor, el disfrute ni el deseo (Lee y Tsai, 2012).

Las actividades encaminadas a la promoción de la salud permiten conocer sus factores relacionados, controlarlos y mejorar el estado personal (MSPSI, 2011). Para ello, se debe examinar el contexto de las personas y considerarlas como agentes de sus cuerpos, conociéndolos y actuando acorde a sus intereses (Ollivier et al., 2019). En este punto, la salud de la madre además de un derecho fundamental (MSPSI, 2011), es imprescindible para la supervivencia del recién nacido (Bedoya-Ruiz y Agudelo-Suárez, 2020).

En cierta medida se ha normalizado el desarrollo de disfunciones sexuales en el puerperio dada la evidente carencia de programas dedicados a la prevención de estas o a la promoción sexual en este momento de especial vulnerabilidad. Tanto es así, que las escasas propuestas internacionales que implementan actuaciones relacionadas con la sexualidad y el postparto se basan en el modelo de riesgos y abstinencia mediante entregas de panfletos informativos (Lee y Yen, 2007) o contactos puntuales en la habitación del hospital y telefónica después de haber dado a luz (Evcili et al., 2020). La única excepción encontrada en Zamani et al. (2019) estudia la satisfacción sexual en relación con el estrés, la ansiedad y la depresión, desde el enfoque biologicista que antes se mencionaba.

### **3. Problemas o limitaciones de los programas que se ofrecen y soluciones a los mismos**

Una de las principales lagunas en la literatura respecto a la etapa perinatal es la atención a los estereotipos de género. Tradicionalmente la masculinidad se ha asociado al alto deseo sexual, impulsividad y dominancia (Cantarino et al., 2016) y en esta etapa, donde el cansancio puede disminuir la libido, esa creencia puede contradecir la exigencia social (Van Anders et al., 2013). Igualmente, las mujeres están sociabilizadas para cuidar, demostrar sumisión, disponibilidad y complacencia por lo que pueden acceder a mantener relaciones sexuales sin un gran deseo sexual propio de esta fase (Abdool et al., 2009).

Añadida a los estereotipos de género, otra asignatura pendiente en la investigación de la etapa perinatal es la consideración de la diversidad afectivo-sexual y cultural. Prevalece el enfoque heteronormativo monógamo centrado en el coito (Ollivier et al., 2019), siendo la invisibilidad más evidente la del colectivo transgénero. La diversidad cultural cobra especial relevancia en el momento presente debido a los movimientos migrantes que hacen más probable la presencia de distintas etnias en una misma región geográfica. En algunos casos su procedencia determinará no haber recibido educación sexual, ni conocer los principios del consentimiento (López et al., 2017).

Por último, algo que generalmente no se contempla es que las creencias religiosas, condicionan la forma de vivir la sexualidad. En nuestro país se ha educado para que la única finalidad de la sexualidad sea la reproductiva (Cantarino et al., 2016), suponiendo un conflicto el deseo de evitar otro embarazo, o el uso de métodos anticonceptivos.

En relación con lo anterior, la estrategia nacional (MSPSI, 2011) expone la urgencia de abordar el apoyo social y las relaciones de pareja igualitarias. Una promoción sexual integral debe tener presente el placer, la igualdad, la perspectiva de género, la diversidad familiar, la clase social y todas las identidades y orientaciones sexuales.

En virtud de esto, la perspectiva feminista que vertebra el programa que se presenta en este trabajo (Ollivier et al., 2019) no radica solo en la igualdad (en cuanto al género) sino también en la interseccionalidad (etnia, edad, clase social, orientación sexual, etc.) (Herrera y Rodríguez 2001). Se tratará de tener en cuenta que los procesos de salud y enfermedad tienen significados dependientes de la cultura (Bedoya-Ruiz y Agudelo-Suárez, 2020) y de ser respetuosos con las diferentes tradiciones e intereses.

Sobre la vivencia de esta transición en pareja, se requiere de la movilización de recursos para equilibrar nuevas responsabilidades (rol parental) y las anteriores (rol conyugal) (Linares, 2015) lo que ha demostrado una mejora en la calidad de la relación (Schlagintweit et al., 2016). El programa tratará de favorecer esta transición conjunta incluyendo a la pareja desde una actitud empática como agente implicado en la crianza y en los cambios de la relación (Moel et al., 2010).

Por otro lado, se persigue la inclusión de familias monomarentales sabiendo que las madres son desprovistas de su dimensión sexual cuando no tienen pareja. Algunas mujeres reportan gran nivel de satisfacción sexual con la intimidad del cuidado del bebé y su actividad sexual en solitario (Hipp et al., 2012). Además, el cambio en la imagen corporal sumado a la atención requerida por el bebé, promueve la autoestimulación sin depender de la disponibilidad de otra persona (Cappell et al., 2016). Por ello, se trata de generar una red de apoyo que asegure un ambiente de colaboración para que la madre no se vea sobrepasada por la maternidad pero que se asegure su acompañamiento sexual.

#### **4. Modelo transteórico del cambio y resultados nacionales prometedores**

El programa que planteamos se fundamenta en el modelo transteórico del cambio, evidenciado y replicado para favorecer la educación y las actitudes sexuales saludables en mujeres taiwanesas (Lee y Yen, 2007). Se basa en el planteamiento de Prochaska y

Velicer (1997), que persigue el cambio conductual recorriendo una serie de fases sucesivas, para cada una de las cuales hay una serie de técnicas de intervención. Distingue cinco etapas: precontemplación (no hay intención de cambio), contemplación (se decide el cambio), preparación (propósito de iniciar el cambio próximamente), acción (se realizan modificaciones en la conducta) y mantenimiento (sostenimiento de los cambios realizados en el tiempo). De aquí se extraen técnicas concretas para orientar la educación sexual mediante comunicación interpersonal en función de la etapa en la que se encuentren las asistentes del programa. Ajustar la intervención a la fase de cambio de las participantes ha demostrado una clara eficacia en la adquisición de educación sexual frente a la exposición de información generalizada para la etapa del postparto.

Por su parte, los contenidos y el orden de las sesiones se han guiado de acuerdo con el trabajo de Domínguez-Salolingos et al. (2018), un programa destinado a parejas en el postparto para su afrontamiento satisfactorio que sigue un diseño analítico y prospectivo. Está enfocado a la salud mental desde un modelo de sesiones psicoeducativo. Sin embargo, el programa aquí diseñado pretende incluir a la(s) pareja(s), pero centrándose en las mujeres, seleccionando variables propias de la sexualidad y no tanto del bienestar psicológico y utilizaremos un modelo más participativo y dinámico en las sesiones. Además, la educación sexual proporcionada se fundamenta en el modelo transteórico del cambio para adaptarse a los asistentes e incorpora el trabajo del suelo pélvico como uno de los cambios corporales más notorios derivados del parto. En el terreno de pareja, desde un enfoque de promoción el programa se apoya en que la ausencia de problemas en el terreno sexual no determina el bienestar de la pareja, pero, dificultades en esta área crean una gran interferencia y comprometen su satisfacción (de Béjar, 2011).

La elaboración del programa aquí presentado también se basa en que la conducta sexual se rige por los principios del aprendizaje: si los comportamientos sexuales reportan placer (reforzamiento) tenderán a repetirse en el futuro. De lo contrario, si la actividad sexual se asocia a emociones desagradables o dolorosas (castigo o asociación aversiva) o dejan de aportar placer (extinción) la conducta tenderá a desaparecer (Froxán, 2020). Así, la interacción en el transcurso de las sesiones del programa reforzará diferencialmente de forma social todas las aproximaciones hacia la sexualidad (con o sin éxito) inclusive las aproximaciones verbales, con el objetivo claro de aumentar la frecuencia en la comunicación y en la acción. De esta manera, cuantos más ensayos haya (como la práctica

de ejercicios entre sesiones) menor será la ansiedad (por la habituación a la exposición) y mayor la probabilidad de que la experiencia resulte placentera.

A la luz de lo expuesto, se estructura un programa grupal conformado por 6 sesiones que pretende la promoción de la salud sexual de mujeres en el periodo postparto.

#### **4. Objetivos**

El programa que aquí se presenta pretende tres objetivos generales. El primero, diseñar un programa para la promoción de la sexualidad en mujeres puérperas que incluya a su(s) pareja(s) (si las tienen) basado en la comunicación y la educación sexual. El segundo, plantear una intervención ajustada a las fases de cambio de los asistentes, en consonancia con el modelo transteórico del cambio (Lee y Tsai, 2012; Lee y Yen, 2007), asegurando la atención a la diversidad de culturas (Alnuaimi et al., 2020). En tercer lugar, se pretende mejorar la calidad de la vida sexual postparto mediante el acompañamiento perinatal (Baksu et al., 2007). Además, este programa indirectamente procura una labor de prevención primaria de dificultades sexuales y una mejora de las labores de crianza de las que puede beneficiarse el bebé (Puértolas Aguilar y Gasch, 2019).

Para la consecución de los objetivos generales se operativizan los siguientes 7 objetivos específicos: (1) proporcionar educación sexual referente al postparto, (2) fomentar la satisfacción en la dimensión sexual, (3) ofrecer técnicas de comunicación asertiva, (4) potenciar la autoestima a través del reconocimiento de cambios físicos, (5) conseguir un buen ajuste diádico de pareja (si la hubiese), (6) mantener los beneficios obtenidos a lo largo del tiempo (hasta 6 meses después) y (7) obtener una opinión favorable y satisfactoria del programa con una asistencia mínima al 50% de las sesiones.

Así, las hipótesis que se plantean son que las mujeres que asistan al programa para la promoción de la sexualidad en el postparto mejorarán: (1) su asertividad sexual; (2) su autoestima; (3) su ajuste diádico y; (4) su satisfacción sexual al finalizar la intervención y (5) mantendrán los beneficios a los 3 y 6 meses siguientes a la intervención.

#### **5. Beneficiarias**

Mujeres en el periodo de puerperio/postparto que hayan dado a luz en el último año y sus parejas (si las tienen). Asimismo, también serán beneficiarios los bebés u otros hijos de las participantes.

## 6. Material y método

### a. Participantes

Conforme a lo obtenido en el programa G Power (anexo 12), para encontrar resultados robustos en este diseño controlado aleatorizado, se predice una muestra mínima de 70 (al menos 35 participantes por grupo con pareja). De esta forma, se necesitarían 72 personas (incluyendo parejas) divididas en 9 grupos de 8 participantes (hombres, mujeres y personas no binarias) mayores de 18 años (podrán participar mujeres sin pareja). Este tamaño grupal posibilita cierta heterogeneidad, pero no tener una multitud que resulte intimidante para compartir aspectos de la vida sexual y cuenta con apoyo en estudios previos (Domínguez-Salolingos et al., 2018; McBride et al., 2017).

Para la incorporación de las parejas al programa se requiere que estas no se encuentren en tratamiento psicológico /psiquiátrico, que puedan acudir a las sesiones indicadas y que la relación no tenga una intencionalidad esporádica. No será necesario que las parejas tengan un acuerdo de exclusividad. Los criterios de inclusión y exclusión para la participación en el programa de las mujeres son:

*Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión para el programa de promoción de la salud sexual*

Inclusión	Exclusión
<ul style="list-style-type: none"><li>● Al menos 18 años</li><li>● Rellenar cuestionarios pre y post (al finalizar, a los 3 y 6 meses de haber acabado)</li><li>● Comprensión del castellano</li><li>● Mantenimiento de una relación afectiva heterosexual, homosexual o componer una unidad familiar monomarental.</li><li>● Haber dado a luz durante el último año.</li><li>● Ser madre de uno o más bebés.</li><li>● Haber tenido o no dificultades (disfunciones) sexuales previas.</li><li>● Bebé sano a término (entre 38-42 semanas de gestación).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Padecer disfunciones sexuales u otro trastorno mental.</li><li>● No poder acudir al 50% de las sesiones.</li><li>● Casos de duelo perinatal (situación prioritaria de duelo que necesita intervención) o bebé en cuidados intensivos neonatales.</li><li>● Tener problemas de salud (tanto la madre como el bebé).</li><li>● Consumo de sustancias durante el embarazo o en el momento actual.</li><li>● Consumo de fármacos que afecten a la libido o a la función sexual.</li></ul>

## **b. Instrumentos**

Los instrumentos cuantitativos que se van a utilizar son: Cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM; Sánchez et al., 2004; validado al castellano por los mismos autores), Índice de Satisfacción Sexual (ISS; Hudson et al., 1981; versionado al español por Crooks y Baur, 2010), Escala de Asertividad Sexual (SAS; Morokoff et al., 1997; validada al español por Sierra et al., 2011), Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965; traducida y validada al castellano por Tomás-Sábado y Limonero, 2008) e Inventario Breve de Síntomas (BSI-18; Derogatis, 2001; Derogatis, 2013). La descripción detallada de estos instrumentos se encuentra en el Anexo 14.

Para completar el cribado de factores de exclusión en el anexo 3 se recogen una serie de preguntas de elaboración propia que serán entregadas en el pretest.

Igualmente, siguiendo el ejemplo de Puértolas Aguilar y Gasch (2019) el psicólogo que dirija el programa rellenará una ficha tras cada sesión para monitorizar la intervención y poder adecuar los objetivos, las actividades y las mejoras en las sucesivas versiones del programa (Anexo 1). La ficha se compone de 5 preguntas abiertas que pretenden recoger información cualitativa y que necesitan de validación. Esta evaluación incluye un registro de asistencia para valorar el grado de aceptabilidad de la intervención.

También en la última sesión se administrará una evaluación del programa por parte de los participantes (Anexo 2). Sirve para conocer la opinión y hacer cambios de acuerdo a la percepción de los asistentes conforme a la utilidad, satisfacción, propuestas de mejora, pertinencia, etc. Su formato mixto combina preguntas abiertas de información cualitativa y formatos de respuesta tanto tipo Likert como dicotómico que precisan de un análisis cuantitativo. Como esta evaluación ha sido diseñada a la par que la intervención para ajustarse totalmente a ella, sería necesaria de su validación antes de emplearse.

Para incorporar resultados conductuales y superar la limitación de Lee y Yen (2007), se propone un registro que analice las prácticas sexuales (anexo 9). Al igual que en Puértolas Aguilar y Gasch (2019), se escribirá la práctica sexual y el método anticonceptivo. En cambio, no se registrará la frecuencia, sino el nivel de deseo sexual y la satisfacción. Retomar la actividad sexual o su frecuencia no es un criterio adecuado para interpretar la satisfacción ni aporta información de la experiencia individual (Ollivier et al., 2019). En definitiva, importa menos el número de prácticas sexuales y más que se viva de manera placentera (de Béjar, 2011). Por ende, aunque otros estudios (Lee y Tsai,

2012) utilicen retomar la actividad sexual como índice de éxito, aquí no se premia cuándo suceda, sino que sea desde el deseo y el consentimiento.

### **c. Procedimiento**

La intervención se publicitará mediante carteles en la sala de espera del centro de salud de La Palomera. Se difundirá desde la consulta de ginecología, pediatría, enfermería y medicina de atención primaria en las revisiones periódicas del postparto. Los profesionales de atención primaria tienen una relación más estrecha con las familias, razón por la que pueden ser los más indicados para ofrecer el programa (MSPSI, 2011).

La evaluación se distribuye en cuatro momentos en los que se pasarán los mismos cuestionarios, salvo el BSI-18 y el FSM, que se administran únicamente con fines de cribado en el pretest. La primera evaluación se realizará antes de iniciarse el programa (pretest), la segunda al concluir la sexta sesión (postest) y la tercera y cuarta al tercer y sexto mes tras la finalización del programa respectivamente.

Este programa se ofertará a las madres que hayan dado a luz en el último año. Mediante el cartel (anexo 10) se podrá contactar telefónicamente y apuntarse sin intermediarios. Si la interesada lo desea, se le facilitará un correo electrónico y un código QR con los contenidos principales (anexo 11). Después, se les enviará un consentimiento informado por correo electrónico para que lo firmen online. El consentimiento recoge las características de una intervención grupal y la participación voluntaria junto con la opción de abandonar el programa en cualquier momento sin consecuencias y estará aprobado por el Comité de Ética Asistencial del centro de salud La Palomera (León). Adicionalmente, en la primera sesión se recalcará el carácter confidencial de la información compartida.

Aceptado el consentimiento, se proporcionará un enlace de drive a un archivo Excel con las franjas horarias y se apuntarán donde más les convenga dentro de tres días laborables para rellenar los instrumentos de la evaluación pretest. Los cuestionarios se dejarán en la recepción del centro de salud para que al llegar digan el nombre y lo rellenen en la sala reservada para tal fin que posteriormente se usará para las sesiones. En dicha sala estará la persona encargada del programa para resolver las dudas que surjan durante la cumplimentación de los instrumentos. Se dejará una semana para corregir la evaluación y a raíz de los resultados la persona encargada de realizar las sesiones distribuirá los grupos. Se enviará un correo electrónico para la siguiente semana dar inicio al programa. A las mujeres excluidas se les notificará por correo electrónico y se agradecerá su interés.

La evaluación posttest se realiza en la última sesión del programa, pero los seguimientos a los 3 y a los 6 meses se realizarán como la evaluación pretest: se citará por correo electrónico a las participantes en el centro de salud en el momento que escojan dentro de una semana y allí encontrarán los mismos cuestionarios que deben rellenar.

Las participantes incluidas en el estudio serán aleatorizadas a dos grupos: grupo experimental (intervención) y grupo control (lista de espera), que recibirá la intervención seis meses después del inicio del programa en el grupo experimental. La aleatorización se realizará por orden de inscripción, es decir, aquellas inscritas en número impar formarán parte de un grupo, y las de número par estarán en el otro. Antes de la evaluación se reservará una sala del centro de salud en horario de tarde donde se realizarán las sesiones dirigidas por un profesional de la psicología.

#### **d. Análisis estadísticos previstos**

Inicialmente se necesitaría un análisis exploratorio de los datos en el que se utilicen estadísticos descriptivos que permitan conocer las características de la muestra y cerciorar que no existen diferencias significativas entre los grupos en las principales variables sociodemográficas (edad, estado civil y nivel sociocultural). Para analizar la muestra y si se cumplen los principios de normalidad y homogeneidad de varianzas se ejecutarán la prueba de Kolmogórov-Smirnov y la prueba de Levene respectivamente.

En caso de que se siga una distribución normal, con el fin de analizar la eficacia diferencial del programa se empleará la prueba  $t$  de Student y se considerarán las diferencias estadísticamente significativas para los valores  $p < 0.05$ . Asimismo, se calculará el tamaño del efecto de las diferencias mediante la  $d$  de Cohen (Ventura-León, 2018). De no ser de una distribución normal se utilizará la prueba  $U$  de Mann-Whitney.

Utilizaremos el estadístico ANOVA de medidas repetidas para analizar las diferencias considerando todos los momentos temporales. Para conocer exactamente entre qué momentos hay diferencias, se podría utilizar el análisis post hoc de Scheffé. Si la distribución fuera anormal se emplearía la prueba no paramétrica  $K$  de Kruskal-Wallis.

Todos los análisis cuantitativos se realizarán con el paquete estadístico SPSS en su versión 26.0. Por su parte, la información cualitativa se analizará mediante el programa Atlas.ti en su versión 9.

#### **e. Diseño de las sesiones**

La estructura de todas las sesiones será similar. Se comenzará repasando los ejercicios realizados fuera del programa. Luego se enunciará una pregunta abierta que permita averiguar la fase del modelo transteórico del cambio en la que se encuentran para adaptar las sesiones a él (Lee y Tsai, 2012). Posteriormente se desarrollarán los objetivos de la sesión con las actividades correspondientes y se resolverán las dudas, se resumirá lo tratado y se enviarán, si procede, nuevos ejercicios para completar fuera de la sesión.

El programa se compone de 6 sesiones, una por semana, con una duración de entre 90 -120 minutos dependiendo del grado de participación. Se instará a aprovechar las semanas de baja laboral por maternidad para participar por la mayor disponibilidad de tiempo. La duración total del programa, se estima en un mes y medio aproximadamente.

Las familias/madres que no dispongan de personas con las que dejar a su bebé podrán asistir con ellos y se habilitará una sala con un técnico en educación infantil.

En el Anexo 15 se expone una tabla resumen de las actividades, los objetivos y los materiales necesarios. La explicación detallada de cada sesión y la justificación de sus actividades se encuentra en el anexo 16.

#### **f. Recursos**

Los recursos humanos necesarios para la implementación de este programa serán un profesional de la psicología con habilitación sanitaria o especialidad clínica, un fisioterapeuta especializado en suelo pélvico, un técnico de educación infantil y la colaboración del personal sanitario del centro de salud y el hospital.

En lo que respecta a los recursos materiales, se precisarán los instrumentos de evaluación psicológica impresos (cuestionarios descritos en el apartado de instrumentos y en anexos), 9 sillas, acceso al programa de análisis estadísticos SPSS, folios DIN-A4, bolígrafos, una sala para impartir la sesión y una sala para que se queden los niños.

Con esta información se ha elaborado un presupuesto provisional para valorar los costes del programa que se puede consultar en el Anexo 13.

### **7. Resultados esperados**

Cuando finalice el programa se espera encontrar diferencias estadísticamente significativas en las variables de satisfacción sexual, autoestima, ajuste diádico y asertividad sexual a favor del grupo experimental con tamaños del efecto medios-altos. Asimismo, se pronostica que las mejoras del post-test se mantengan en los seguimientos

a los 3 y 6 meses, previéndose diferencias significativas intragrupo entre el post-test, en el primer y el segundo seguimiento.

Para terminar, en la revisión de los instrumentos de elaboración propia se esperan que los comentarios y opiniones en la valoración del programa por parte de los participantes sean satisfactorios.

## **8. Conclusiones**

Se describe un programa breve y verosímil, considerando el tiempo real del que disponen las madres en el puerperio para promocionar en las mujeres en el posparto su sexualidad, potenciar su autonomía como agentes de sus cuerpos, favorecer la(s) relación(es) de pareja(s) y superar la sexualidad centrada en el coito. Pretende ser inclusivo con la diversidad afectivo-sexual y las tradiciones culturales. Asimismo, intenta facilitar la asistencia de las parejas ofreciendo un servicio de cuidado para los bebés.

Los objetivos propuestos al inicio del trabajo se espera que sean alcanzados a través de un diseño de intervención ajustado a un periodo de gran vulnerabilidad para desarrollar una disfunción sexual. Esto resalta la importancia de su implementación para evaluar su eficacia mediante cuestionarios cuantitativos validados en muestra española que ofrecen datos estandarizados, así como a través de registros cualitativos que dan información individualizada de las necesidades y opiniones de los participantes.

No se deben olvidar algunas limitaciones de las que adolece este trabajo. Primero, si la cumplimentación de las evaluaciones se realiza con personal de la investigación, las respuestas pueden verse afectadas por la deseabilidad social. En segundo lugar, este programa, aun pretendiendo el respeto a la diversidad, no considera las particularidades específicas del colectivo transgénero. Tercero, no cuenta con entrevistas clínicas diagnósticas para descartar la presencia de psicopatología, tan solo un inventario breve de cribado (BSI-18). Por último, al ofertarse en los centros de salud probablemente sólo lleguen a apuntarse mujeres con cierta predisposición a trabajar su sexualidad, en caso contrario tenderán a ignorar el anuncio u oponerse a la propuesta.

Estos hallazgos sugieren que futuras investigaciones cuenten con personal ajeno a los análisis estadísticos para la realización de las evaluaciones, incluya entrevistas clínicas y ahonde sobre las especificidades perinatales de la población transgénero. Además, se puede ampliar la oferta del programa a centros culturales y asociaciones para

que llegue a más mujeres, comenzando por la concienciación sobre la importancia de la salud sexual en el postparto para aquellas que se encuentren en fase de precontemplación.

Del mismo modo, se recomienda que la investigación en esta línea contemple la aplicación de estos programas de forma prenatal para potenciar la sexualidad como factor protector. También se aconseja la formación del personal sanitario en habilidades de asesoramiento (de Pierrepont et al., 2021) debido a que algunos de ellos manifiestan no tener las aptitudes necesarias para tratar estos temas con las familias (p. ej. Alnuaimi et al., 2020; Evcili et al., 2020; Puértolas Aguilar y Gasch, 2019).

## 9. Referencias bibliográficas

- Abdool, Z., Thakar, R., y Sultan, A. H. (2009). Postpartum female sexual function. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 145(2), 133-137.
- Acele, E. Ö., y Karaçam, Z. (2012). Sexual problems in women during the first postpartum year and related conditions. *Journal of Clinical Nursing*, 21(7-8), 929-937.
- Alnuaimi, K., Almalik, M., Mrayan, L., Mohammad, K., Ali, R., y Alshraifeen, A. (2020). Resumption of Sexuality and Health Education in Postpartum Period: From Jordanian Health Care Professionals' Perspectives. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 46(7), 639-648.
- Baksu, B., Davas, I., Agar, E., Akyol, A., y Varolan, A. (2007). The effect of mode of delivery on postpartum sexual functioning in primiparous women. *International Urogynecology Journal*, 18(4), 401-406.
- Bedoya-Ruiz, L. A., y Agudelo-Suárez, A. A. A. (2019). Relación de las mujeres en embarazo, parto y postparto (EPP) con los servicios de salud según la clase social. *Gerencia y Políticas de Salud*, 18(36), 1-28.
- Bornstein, P.H. y Bornstein, M.T. (1988). *Terapia de pareja. Enfoque conductual-sistémico*. Madrid: Pirámide.
- Cantarino, S. G., Pinto, J. M. D. M., Fabião, J. A. D. S. A. D. O., García, A. M. C., Abellán, M. V., y Rodrigues, M. A. (2016). The importance of religiosity/spirituality in the sexuality of pregnant and postpartum women. *PloS One*, 11(6), e0156809.

- Cappell, J., MacDonald, T. K., y Pukall, C. F. (2016). For new mothers, the relationship matters: Relationship characteristics and postpartum sexuality. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 25(2), 126-137.
- Chang, S. R., Chen, K. H., Lin, H. H., Chao, Y. M. Y., y Lai, Y. H. (2011). Comparison of the effects of episiotomy and no episiotomy on pain, urinary incontinence, and sexual function 3 months postpartum: a prospective follow-up study. *International Journal of Nursing Studies*, 48(4), 409-418.
- Citak, N., Cam, C., Arslan, H., Karateke, A., Tug, N., Ayaz, R., y Celik, C. (2010). Postpartum sexual function of women and the effects of early pelvic floor muscle exercises. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 89(6), 817-822.
- Crooks, R., Baur, K., y Rojas, L. C. (2010). *Nuestra sexualidad*. Mexico: Cengage Learning.
- de Pierrepont, C., Brassard, A., Lessard, I., Gingras, A. S., y Péloquin, K. (2021). Testing an Online Training Session on Couples' Perinatal Sexual Changes Among Health Care Professionals and Paraprofessionals. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 66(2), 218-226.
- DeMaria, A. L., Delay, C., Sundstrom, B., Wakefield, A. L., Avina, A., y Meier, S. (2019). Understanding women's postpartum sexual experiences. *Culture, Health & Sexuality*, 21(10), 1162-1176.
- Derogatis, L.R. (2001). *Brief Symptom Inventory (BSI)-18. Administration, scoring and procedures manual*. Minneapolis: NCS Pearson, Inc.
- Derogatis, L. R. (2013). *BSI 18, Inventario breve de 18 síntomas: Manual*. Pearson Educación.
- Domínguez-Salolingos, O., López Escriche, M., y Knecht Armengod, C. (2018). Psicoterapia grupal: Un enfoque integrado para abordar la salud sexual y la relación de pareja tras el parto. *Información Psicológica*, XX, 138-153.
- Evcili, F., Demirel, G., Bekar, M., y Guler, H. (2020). Effectiveness of postpartum sexual health education programme structured according to Levine's conservation model: an interventional study. *International Journal of Nursing Practice*, 26(3), e12855.
- Froxán, M. X. (2020). *Análisis funcional de la conducta humana: Concepto, metodología y aplicaciones*. Ediciones Pirámide.

- Herrera, G., y Rodríguez, L. (2001). Masculinidad y equidad de género: desafíos para el campo del desarrollo y la salud sexual y reproductiva. *Masculinidades en Ecuador*, XX, 157-178.
- Hipp, L. E., Low, L. K., y van Anders, S. M. (2012). Exploring women's postpartum sexuality: social, psychological, relational, and birth-related contextual factors. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(9), 2330-2341 .
- Hudson, W. W., Harrison, D. F., y Crosscup, P. C. (1981). A short-form scale to measure sexual discord in dyadic relationships. *Journal of Sex Research*, 17(2), 157-174.
- Iglesias, P. S., Sierra, J. C., García, M., Martínez, A., Sánchez, A., y Tapia, M. I. (2009). Índice de Satisfacción Sexual (ISS): un estudio sobre la fiabilidad y validez. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9(2), 259-273.
- Lee, J. T., y Yen, H. W. (2007). Randomized controlled evaluation of a theory-based postpartum sexual health education programe. *Journal of Advanced Nursing*, 60(4), 389-401.
- Lee, J. T., y Tsai, J. L. (2012). Transtheoretical model-based postpartum sexual health education program improves women's sexual behaviors and sexual health. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(4), 986-996.
- Lee, J. T., Tsai, J. L., Tsou, T. S., y Chen, M. C. (2011). Effectiveness of a theory-based postpartum sexual health education program on women's contraceptive use: a randomized controlled trial. *Contraception*, 84(1), 48-56.
- Linares, J. (2015). La pareja, en la encrucijada de la conyugalidad y la parentalidad. *Perspectivas Sistémicas. La nueva Comunicación*. Recuperado 8 de enero de 2022 de <http://www.redsistemica.com.ar/ponline.htm>.
- López, F., N. Fernández, y R. J. Carcedo, (2017). *Educación sexual y ética de las relaciones sexuales y amorosas*. Madrid: Pirámide.
- Martínez-López, P., Conchado-Peiró, A., Andreu-Vaillo, Y., y Galdón-Garrido, M. J. (2019). Psychometric properties of the Brief Symptom Inventory-18 in a heterogeneous sample of adult cancer patients. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 51(1), 1-8.
- McBride, H. L., Olson, S., Kwee, J., Klein, C., y Smith, K. (2017). Women's postpartum sexual health program: A collaborative and integrated approach to restoring sexual health in the postpartum period. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 43(2), 147-158.

- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España (2011). *Estrategia nacional de salud sexual y reproductiva* (pp. 56, 62, 127, 132, 140). Madrid: Ministerio de sanidad, política social e igualdad.
- Moel, J. E., Buttner, M. M., O'Hara, M. W., Stuart, S., y Gorman, L. (2010). Sexual function in the postpartum period: effects of maternal depression and interpersonal psychotherapy treatment. *Archives of Women's Mental health*, 13(6), 495-504.
- North Shore University Health System (s.f.). *Guía de cuidados durante el embarazo y el postparto* (pp.41-46). Chicago: North Shore
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Estrategias para la Programación de la Planificación Familiar Postparto* (pp. 3,18, 22). Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Pissolato, L. K. B. P., Alves, C. N., Prates, L. A., Wilhelm, L. A., y Ressel, L. B. (2016). Breastfeeding and sexuality: an interface in the experience of puerperium. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 8(3), 4674-4680.
- Prochaska J.O. y Velicer W.F. (1997) The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion* 12, 38–48.
- Puértolas Aguilar, A., y Gasch, Á. (2019). *Educación afectivo-sexual en el postparto: Programa de salud desde enfermería en Atención Primaria*. [Trabajo de fin de Grado, Universidad de Zaragoza]. <https://zaguan.unizar.es/record/89025/files/TAZ-TFG-2019-589.pdf>
- Ollivier, R. A., Aston, M. L., y Price, S. L. (2020). Exploring postpartum sexual health: a feminist poststructural analysis. *Health Care for Women International*, 41(10), 1081-1100.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Salim, N. R., Araújo, N. M., y Gualda, D. M. R. (2010). Body and sexuality: puerperas' experiences. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 18, 732-739.
- Sánchez, F., Conchillo, M. P., Valls, J. B., Llorens, O. G., Vicente, J. A., y Martín de Las Mulas, A. C. M. (2004). Diseño y validación del cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM). *Atención Primaria*, 34(6), 286-294.
- Santos-Iglesias, P., Vallejo-Medina, P., y Sierra, J. C. (2009). Propiedades psicométricas de una versión breve de la Escala de Ajuste Diádico en muestras españolas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(3), 501-517.

- Schlagintweit, H. E., Bailey, K., y Rosen, N. O. (2016). A new baby in the bedroom: Frequency and severity of postpartum sexual concerns and their associations with relationship satisfaction in new parent couples. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(10), 1455-1465.
- Sierra, J. C., Vallejo-Medina, P. V., y Santos-Iglesias, P. S. (2011). Propiedades psicométricas de la versión española de la Sexual Assertiveness Scale (SAS). *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 27(1), 17-26.
- Sok, C., Sanders, J. N., Saltzman, H. M., y Turok, D. K. (2016). Sexual behavior, satisfaction, and contraceptive use among postpartum women. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 61(2), 158-165.
- Spanier, G.B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-38
- Tomás-Sábado, J., y Limonero, J. T. (2008). *Propiedades psicométricas de la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES) en una muestra Española*. Recuperado 20 de diciembre de 2021 de <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/volumen.php?wurl=propiedades-psicometricas-de-la-escala-de-autoestima-de-rosemberg-rses-en-una-muestra-espanola>
- Unal K. S., Cetinkaya, F., y Gozuyesil, E. (2020). Adolescent Mothers' Postpartum Sex Life Quality: A Cross-Sectional Study. *Konuralp Medical Journal/Konuralp Tip Dergisi*, 12(2), 282-289.
- Van Anders, S. M., Hipp, L. E., y Low, L. K. (2013). Exploring co-parent experiences of sexuality in the first 3 months after birth. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(8), 1988-1999.
- Ventura-León, J. (2018). Otras formas de entender la d de Cohen. *Revista Evaluar*, 18(3).
- Wilkins, C. (2006). A qualitative study exploring the support needs of first-time mothers on their journey towards intuitive parenting. *Midwifery*, 22(2), 169-180.
- Yee, L. M., Kaimal, A. J., Nakagawa, S., Houston, K., y Kuppermann, M. (2013). Predictors of postpartum sexual activity and function in a diverse population of women. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 58(6), 654-661.
- Zamani, M., Roudsari, R. L., Moradi, M., y Esmaily, H. (2019). The effect of sexual health counseling on women's sexual satisfaction in postpartum period: A randomized clinical trial. *International Journal of Reproductive BioMedicine*, 17(1), 41.