



**Universidad**  
Zaragoza

## Anexos 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

## Índice

### Índice

<b>Anexo 1.</b> Evaluación sesión a sesión.....	3
<b>Anexo 2.</b> Evaluación del programa por parte de los participantes .....	4
<b>Anexo 3.</b> Cuestionario de elaboración propia para sondear a las mujeres susceptibles de beneficiarse del programa para pasar los criterios de exclusión: .....	6
<b>Anexo 4.</b> Hoja de registro para la actividad entre sesiones después de la segunda sesión del programa.....	7
<b>Anexo 5.</b> Hoja de registro para completar tras la tercera sesión. ....	8
<b>Anexo 6.</b> Hoja de respuesta para los ejercicios entre la sesión cuarta y quinta del programa.....	9
<b>Anexo 7.</b> Hoja de registro para una actividad recomendada durante la quinta sesión dedicada al trabajo de la relación de pareja. ....	10
<b>Anexo 8.</b> Hoja de registro para la actividad entre sesiones tras la quinta sesión .....	11
<b>Anexo 9.</b> Registro de prácticas sexuales durante el programa y el seguimiento.....	12
<b>Anexo 10.</b> Prototipo de cartel para anunciar el programa en los centros de salud de atención primaria .....	13
<b>Anexo 11.</b> Página informativa sobre contenidos del programa a la que se accede con el código QR.....	14
<b>Anexo 12.</b> Imágenes extraídas del programa G Power .....	15
<b>Anexo 13.</b> Presupuesto provisional para la elaboración del programa.....	16
<b>Anexo 14.</b> Descripción detallada de los instrumentos cuantitativos.....	17
<b>Anexo 15.</b> Tabla resumen de las sesiones del programa para la promoción de la sexualidad en el postparto.....	18
<b>Anexo 16.</b> Explicación detallada de las sesiones del programa.....	20

## 10. Anexos

### Anexo 1. Evaluación sesión a sesión

A rellenar por parte de la persona encargada de dirigir la sesión

Nº Sesión

Registro de Participantes	
Adecuación de contenidos	
En qué grado se han conseguido los objetivos	
Problemas encontrados durante la sesión	
Sugerencias de mejora a tener en cuenta	



4. ¿Qué dificultades ha encontrado para acudir a las sesiones?

5. Por favor responda rodeando con un círculo la respuesta elegida:

- ¿Recomendaría este programa a otras mujeres en una situación similar? SI | NO
- ¿Volvería a realizar el programa en el futuro si lo necesitara? SI | NO

6. Por favor, valore en la escala numérica de cada una de las respuestas la opción que más se ajuste a su opinión:

- ¿En qué grado considera el programa pertinente para el momento que está viviendo?

Nada pertinente	Poco pertinente	Algunas cosas si otras cosas no	Muy pertinente	Totalmente pertinente
-----------------	-----------------	---------------------------------	----------------	-----------------------

- Evalúe a la persona que ha impartido el programa en una escala de 1 a 5, siendo uno la peor puntuación y 5 la mejor:
- Valore su grado de satisfacción con el programa:

Nada satisfecha	Poco satisfecha	Indiferente	Muy satisfecha	Totalmente satisfecha
-----------------	-----------------	-------------	----------------	-----------------------

**Muchas gracias por su participación**

**Anexo 3.** Cuestionario de elaboración propia para sondear a las mujeres susceptibles de beneficiarse del programa para pasar los criterios de exclusión:

**Por favor lea con atención y conteste con sinceridad, si tiene alguna duda o no comprende bien lo aquí escrito pregunte a la persona encargada que le entregó este papel.**

- ¿Ha sufrido usted una pérdida o aborto?
  
- ¿Se ha encontrado o se encuentra ahora su hijo/a en cuidados intensivos neonatales?
  
- Por favor indique la semana de gestación en la que se produjo el parto y el peso de su hijo/a al nacer:
  
- ¿Tiene o ha tenido algún problema de salud?
  
- ¿Tiene o ha tenido su bebé algún problema de salud?
  
- ¿Ha consumido durante el embarazo o consume en la actualidad alguna sustancia (alcohol, tabaco, otras drogas)?
  
- ¿Ha tenido durante el embarazo o tiene en la actualidad alguna prescripción farmacológica?
  
- ¿Recibe en este momento atención psicológica?









**Anexo 7.** Hoja de registro para una actividad recomendada durante la quinta sesión dedicada al trabajo de la relación de pareja.

Dedica un momento a pensar en aquellas cosas que te reportan felicidad de tu relación de pareja. ¿Qué cosas me gusta que haga mi pareja? ¿Y que hiciera antes? Si te cuesta pensar en cosas tanto actuales como del pasado puedes plantearte qué cosas no te gustaría que cambiaran.

Aquí tienes un espacio para plasmarlo, trata de detallar al máximo posible y de ser descriptivo/a.

**Anexo 8.** Hoja de registro para la actividad entre sesiones tras la quinta sesión  
Cumplimente esta hoja cuando se disponga a realizar los ejercicios de focalización.

Ejercicio de focalización 1 (sensorial).

Sensaciones/emociones antes de comenzar el ejercicio	Sensaciones/emociones que recuerdo haber experimentado durante el ejercicio	Sensaciones/emociones después de haber realizado el ejercicio

Ejercicio de focalización 2 (sexual).

Sensaciones/emociones antes de comenzar el ejercicio	Sensaciones/emociones que recuerdo haber experimentado durante el ejercicio	Sensaciones/emociones después de haber realizado el ejercicio

**Anexo 9.** Registro de prácticas sexuales durante el programa y el seguimiento

Nivel de deseo sexual (0 nada -10 muy elevado)	Práctica sexual realizada	Método anticonceptivo empleado	Grado de satisfacción (0 nulo-10 muy intenso)

**Anexo 10.** Prototipo de cartel para anunciar el programa en los centros de salud de atención primaria

**PROGRAMA  
PROMOCIÓN  
SALUD  
SEXUAL**

Para mujeres que han dado a luz en el último año

**17:30 | 15 DE MARZO DE 2022**

Si está interesada póngase en contacto con alguno de sus sanitarios de referencia o si lo prefiere contacte directamente con el/la responsable del programa en el teléfono XXX  
XXX XXX

**Anexo 11.** Página informativa sobre contenidos del programa a la que se accede con el código QR.

## **PROGRAMA SALUD SEXUAL POSTPARTO**

<b>1</b>	Educación sexual
<b>2</b>	Comunicación asertiva
<b>3</b>	Autoestima y cambios corporales
<b>4</b>	Suelo pélvico, lubricación y lactancia
<b>5</b>	La ma/paternidad en pareja
<b>6</b>	Resolución dudas y dificultades

**AVISO:** Este programa ha sido diseñado para madres sin pareja, con una o con varias parejas. Si tiene cualquier duda o necesita más información puede consultarlo o inscribirse en el teléfono XXX XXX XXX o en el correo electrónico [programasaludsex@sacyl.com](mailto:programasaludsex@sacyl.com)

### Anexo 12. Imágenes extraídas del programa G Power

En la siguiente imagen se pone de manifiesto cómo para conseguir una diferencia significativa entre grupos control y experimental mediante una prueba t de Student para muestras independientes y un tamaño del efecto grande (d de Cohen de 0,80) se precisa de una muestra al menos de 70, es decir, 35 miembros que compongan el grupo control y otros 35 para el grupo experimental.

Input Parameters		Output Parameters	
Determine =>	Tail(s) One	Noncentrality parameter $\delta$	3.3466401
	Effect size d 0.80	Critical t	1.6675723
	$\alpha$ err prob 0.05	Df	68
	Power (1- $\beta$ err prob) 0.95	Sample size group 1	35
	Allocation ratio N2/N1 1	Sample size group 2	35
		Total sample size	70
		Actual power	0.9523628

Siguiendo con la prueba para obtener diferencias significativas dentro del mismo grupo en diferentes momentos de evaluación, un ANOVA de un factor de medidas repetidas y un tamaño del efecto grande (un valor de f igual a 0,40), se necesita al menos un tamaño muestral de 54, es decir 27 miembros en cada grupo.

Input Parameters		Output Parameters	
Determine =>	Effect size f 0.40	Noncentrality parameter $\lambda$	13.8240000
	$\alpha$ err prob 0.05	Critical F	4.0266314
	Power (1- $\beta$ err prob) 0.95	Numerator df	1.0000000
	Number of groups 2	Denominator df	52.0000000
	Number of measurements 4	Total sample size	54
	Corr among rep measures 0.5	Actual power	0.9543514

Por tanto, viendo que en una de las pruebas el tamaño debería ser al menos de 70 y una muestra menor sería insuficiente para conseguir unos buenos resultados en la otra prueba, se estima un tamaño muestral de 70.

### ANEXO 13. Presupuesto provisional para la elaboración del programa



Centro de Salud La Palomera

Avda. San Juan de Sahagún, s/n, 24007, León

987 235 140

Expedición del presupuesto a fecha de: 10/01/2022

<b>Profesional</b>	<b>Horas de formación</b>	<b>Precio por hora de formación</b>	<b>Importe de la formación</b>	<b>Horas de sesión</b>	<b>Precio por hora de sesión</b>	<b>Importe de las sesiones</b>
Psicólogo (MPGS/PEPC)	6	10,00€	60,00€	12	70,00€	840,00€
Técnico en educación infantil <sup>i</sup>				12	10,00€	120,00€
Fisioterapeuta de suelo pélvico	2	10,00€	20,00€	2	40,00€	80,00€
		<b>Importe total formación</b>	<b>80€</b>		<b>Importe total de las sesiones:</b>	<b>1040,00€<sup>ii</sup></b>

**TOTAL IMPORTE DEL PROGRAMA PARA UN GRUPO DE 8 PERSONAS:  
1.120,00€**

**TOTAL IMPORTE DEL PROGRAMA PARA TODO EL TAMAÑO  
MUESTRAL: 10.080€**

---

<sup>i</sup> Si se sobrepasan los cinco niños por sesión habría que valorar contratar un segundo técnico de educación infantil, en cuyo caso supondría el doble del valor económico correspondiente a esa parte.

<sup>ii</sup> Los tres servicios aquí prestados en calidad de psicólogo, fisioterapeuta y técnico de educación infantil están exentos de IVA de acuerdo con el artículo de la Ley 37/1992.



---

**Anexo 14.** Descripción detallada de los instrumentos cuantitativos

Cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM; Sánchez et al., 2004; validado al castellano por los mismos autores). Se trata de un cuestionario autoadministrado para todas las orientaciones sexuales que consta de 14 preguntas cerradas con escala de respuesta tipo Likert de cinco valores (1=nunca a 5=casi siempre-siempre), a excepción de las respuestas de dominios descriptivos que no tienen valores cuantitativos. El FSM está bien estructurado y es estable, mide las fases de la respuesta sexual y los aspectos relacionales (iniciativa y grado de comunicación sexual). La fiabilidad muestra un índice kappa entre 0,59 y 0,74 y un alfa de Cronbach de 0,89 (test) y 0,89 (retest) y, respecto a la validez de contenidos, la correlación interobservadores demostró un acuerdo muy alto.

Índice de Satisfacción Sexual (ISS; Hudson et al., 1981; versionado al español por Crooks y Baur, 2010). Se compone por 25 ítems en formato de respuesta tipo Likert de 1 (nunca) a 5 (siempre), siendo una puntuación alta indicativa de una buena satisfacción sexual. Su consistencia interna tiene un alfa de Cronbach es de 0,89 y se compone de tres factores que explican el 45,56% de la varianza.

Escala de Asertividad Sexual (SAS; Morokoff et al., 1997; validada al español por Sierra et al., 2011). Evalúa la habilidad de defender los intereses propios sin socavar los de los demás en la dimensión de la sexualidad. Está compuesta por 18 ítems y 3 subescalas: frecuencia de inicio de una relación sexual deseada, capacidad de rechazar una relación sexual no deseada y frecuencia de insistencia de métodos anticonceptivos. Tiene un formato de respuesta tipo Likert con puntuaciones de 0 (nunca) a 4 (siempre). Puntuaciones altas informan de una alta asertividad sexual y cuenta con una fiabilidad adecuada.

Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965; traducida y validada al castellano por Tomás-Sábado y Limonero, 2008). Examina los sentimientos de valía personal y respeto hacia uno mismo mediante 10 ítems en formato de respuesta tipo Likert de 1 (muy en desacuerdo) a 4 (muy de acuerdo). Resultados inferiores a 25 indican una baja autoestima. Cuenta con una buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,85 y coeficiente de correlación test-retest de 0,91). Se estructura en dos factores que explican el 61,31% de la varianza.

Inventario Breve de Síntomas (BSI-18; Derogatis, 2001; Derogatis, 2013). Se aplica para excluir aquellas personas que presenten psicopatología, se puede administrar

en cinco minutos y mide el malestar psicológico. Es un instrumento autoaplicado compuesto por 18 ítems con formato de respuesta tipo Likert de 0 (nada) a 4 (mucho) con tres escalas: depresión, ansiedad y somatización. Su consistencia interna tiene un alfa de Cronbach de 0,72 a 0,91 y una fiabilidad compuesta de 0,69 a 0,90 además de una validez convergente apropiada (Martínez-López et al., 2019).

Escala de Ajuste Diádico (Spanier, 1976; traducida al español por Bornstein y Bornstein, 1988). Valora la satisfacción de pareja en términos de conflicto, problemas interpersonales y consenso de valores fundamentales. Cuenta con 13 ítems, una consistencia interna de 0,83 y una validez convergente apoyada tanto en la escala general como en las tres subescalas (Santos-Iglesias et al., 2009). Su análisis factorial confirmatorio y exploratorio muestra una estructura interna de tres factores: satisfacción, consenso y cohesión y sitúa su punto de corte en 44. Esta escala sólo se administrará a aquellas mujeres que tengan relaciones sentimentales en el momento de la evaluación.

**Anexo 15.** Tabla resumen de las sesiones del programa para la promoción de la sexualidad en el postparto

*Tabla 2. Resumen de las sesiones del programa para promoción de la sexualidad en el postparto.*

Nº de sesión	Objetivos	Actividades a realizar (tiempo empleado)	Materiales necesarios para cada sesión
1	Recibir educación sexual referente al postparto  Fomentar la autoeficacia en la dimensión sexual	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Formulación de preguntas y debate (30 min)</li> <li>● Potenciación de la autoeficacia y anticipación del éxito (15 min)</li> <li>● Anticipación de obstáculos (15 min)</li> <li>● Psicoeducación (20 min)</li> </ul>	Folio A4 con las preguntas del debate escritas
2	Aprender técnicas de comunicación asertiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Psicoeducación estilos comunicativos (20 min)</li> <li>● Role-playing (30 min)</li> <li>● Emitir y recibir críticas y ejercicio por parejas (25 min)</li> <li>● Reparto actividades domésticas (10 min)</li> </ul>	Folio A4 con situaciones preparadas con 2 interlocutores para el role-playing

		<ul style="list-style-type: none"> <li>● Negociación con familia/pareja (s) (fuera de sesión)</li> </ul>	
3	<p>Aceptar y reconocer los cambios físicos</p> <p>Potenciar la autoestima</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Lluvia de ideas sobre cambios corporales (15 min)</li> <li>● Principales logros de la trayectoria vital (20/30 min)</li> <li>● Prevención de riesgos: ITS y embarazos no deseados (10/15 min)</li> <li>● Reforzadores diarios (fuera de sesión)</li> </ul>	<p>Folio A4 en blanco para cada participante y bolígrafos</p> <p>Imágenes de los métodos anticonceptivos</p>
4	<p>Aceptar y reconocer los cambios físicos</p> <p>Potenciar la autoestima</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ejercicios de suelo pélvico (30/45 min)</li> <li>● Cómo mejorar la lubricación (10/15 min)</li> <li>● Lactancia materna y relaciones sexuales (10 min)</li> <li>● Colecho (10 min)</li> <li>● Focalización sensorial y sexual (fuera de sesión)</li> </ul>	<p>Materiales a solicitud de lo que precise el fisioterapeuta de suelo pélvico</p>
5	<p>Conocer y promocionar la relación de pareja</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Placer y bienestar compartidos (el fin no es el orgasmo) (15 min)</li> <li>● La ma/paternidad tiene las mismas metas (15 min)</li> <li>● Cómo hacer más cómodos los encuentros sexuales (15 min)</li> <li>● Nuevas prácticas sexuales (15/20 min)</li> <li>● Momentos juntos de calidad (20 min)</li> <li>● Las cosas buenas que me aporta mi relación de pareja (20 min)</li> <li>● Actividades en pareja: detectar dificultades, álbum de fotos, focalización sensorial y sexual (fuera de sesión)</li> </ul>	<p>Folios A4 en blanco y bolígrafos para todos los participantes</p>
6	<p>Resolver dudas, mantener los cambios y evaluarlos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Resolución de dudas (20/30 min)</li> <li>● Recomendaciones y temas de interés de los participantes (15/20 min)</li> <li>● Evaluación cualitativa (5 min)</li> <li>● Evaluación post-test (máximo 40 min)</li> </ul>	<p>Cuestionarios de evaluación y hoja de evaluación cualitativa</p>

---

## **Anexo 16.** Explicación detallada de las sesiones del programa

### **Sesión 1:**

Es la sesión que da comienzo al programa y por ello está destinada a la psicoeducación, consistente en exposición de la información más relevante sobre el programa, su estructura y los principales aspectos de la etapa del puerperio y postparto. Resulta esencial que se conozcan los cambios propios de la etapa del puerperio y se integren con la posibilidad de que las dificultades sexuales ligadas a esta etapa se pueden trabajar (Puértolas Aguilar y Gasch, 2019). Igualmente, la psicoeducación cumple la función de desmitificar creencias muy extendidas acerca de esta etapa que pueden causar un impacto negativo en la salud (DeMaria et al., 2019; MSPSI, 2011). Esta sesión va enfocada a aquellas personas que, desde el modelo transteórico se encuentran en fase contemplativa o precontemplativa y que, sin ejercicios propios para avanzar en el cambio, no podrían exprimir la utilidad del programa en su totalidad (Lee y Yen, 2007; Lee y Tsai, 2012). Para estas fases se propone exponer información para concienciar sobre la importancia de la educación para la sexualidad, animar a la formulación de preguntas y debate, utilizar estrategias de autoeficacia, anticipar obstáculos, proporcionar historias de éxito y favorecer la autoevaluación (Lee y Yen, 2007).

Considerando las recomendaciones del modelo transteórico aplicadas a la promoción de la sexualidad (Lee y Yen, 2007) se propone una actividad donde se cuestionan los principales mitos de la maternidad del estilo “Ser madre es lo mejor que te puede pasar en la vida” y se plantean preguntas para incitar el debate como las que se enumeran a continuación:

- ¿Es fácil ser madre? ¿y padre?
- ¿Qué significa ser la madre perfecta?
- ¿La maternidad es el mejor momento de la vida de la mujer?
- ¿Hay que respetar la cuarentena para retomar las relaciones sexuales?
- ¿Es normal sentir dolor ante la penetración?
- ¿Es normal no tener ganas de mantener relaciones sexuales?
- ¿Es necesario el uso de preservativo si se está dando lactancia materna exclusiva?

Como se aprecia, se trata de iniciar el debate con preguntas más genéricas donde se cree un clima grupal cómodo para después entrar en temas que pueden generar mayor incomodidad. Es probable que no se comparta información personal porque no hay

---

confianza, sin embargo, no es esa la finalidad que aquí se persigue, sino que reciban de forma activa la información necesaria a las circunstancias que viven. Así, también la persona que dirige la sesión se va representado como una fuente fiable de conocimientos y una figura a la que poder acudir con total confianza para facilitar su función y respuesta sexual (Evcili et al., 2020).

Tras esta actividad inicial, será importante durante esta primera sesión aclarar que todos los contenidos compartidos durante el programa son de índole privada, y, por tanto, no pueden hablarse fuera de la intervención con personas externas al grupo. Además de esto, al ser el primer contacto del grupo, sería conveniente favorecer la creación de un buen ambiente comunicativo donde no se permita enjuiciar lo descrito por otras familias (si esto sucede, primero aclarar cómo hacer un comentario de otra forma y luego extinguirlo), pero si se refuerce la participación.

Respecto a la potenciación de la autoeficacia y la anticipación del éxito, es fundamental el abordaje del *coitocentrismo*. Tradicionalmente se considera actividad sexual siempre que haya penetración vaginal, y para aumentar la probabilidad de una práctica sexual placentera tras el impacto del parto, es necesario que se integren otras prácticas sexuales que no incluyan la penetración tal y como son las caricias, las conductas autoeróticas, el sexo oral, etc. Evitar la penetración no sólo minimiza el contacto con posibles puntos de la episiotomía u otras lesiones derivadas de un parto instrumentado, sino que amplía la visión de prácticas sexuales que pueden proporcionar mayor placer y aportar nuevas ideas que implementar (Cappell et al., 2016; de Béjar, 2011; Hipp et al., 2012). De hecho, se pueden aportar datos de cómo las actividades sexuales más satisfactorias reportadas son la masturbación mutua, el sexo oral y las caricias en el cuerpo sin tener en cuenta la zona genital (Lee y Tsai, 2012; Van Anders et al., 2013).

Como se ha de mantener una actitud respetuosa con todos los tipos de dinámicas de pareja, se contempla la posibilidad de no tener actividad sexual, basarse en la abstinencia no es dañino, es una elección, lo que único que se debe tener en cuenta es que no se obtienen los beneficios derivados de la actividad sexual (placer, conexión con la corporalidad, segregación de endorfinas, vinculación con la pareja sexual, etc.) (de Béjar, 2011). Si la abstinencia está siendo mantenida por el miedo al fracaso de la relación sexual o el miedo a mostrarse sin ropa, se debe aclarar que la evitación de las relaciones sexuales no es una solución permanente al problema. El sentimiento de malestar que perdura a

---

pesar de evitar retomar la actividad sexual es la prueba de que no se sienten mejor (McBride et al., 2017).

En lo que concierne a la anticipación de obstáculos, es necesario hacer un ajuste de expectativas sobre los primeros encuentros sexuales. No todos los encuentros sexuales pueden tener un placer culminante, que haya encuentros poco satisfactorios e incluso disfuncionales no significa que haya un problema clínico, entra dentro de la normalidad (de Béjar, 2011). Es habitual la aparición de la vergüenza derivada de presentarse desnuda hacia una misma o hacia la pareja sexual: cambios corporales, secreciones de leche, sangrado, tirantez en la zona donde hay puntos, fatiga (Acele y Karaçam, 2012), etc. Por ello se dedicará una sesión del presente programa (número 3) a tratar esta temática en mayor profundidad. Cuando se inicien (si aún no lo han hecho) los encuentros sexuales de los participantes son muy importante el reforzamiento de su comunicación para que se entienda que el haber invertido tiempo y esfuerzo, incluso cuando no haya sido todo lo placentero que se esperaba, va encaminado hacia el mayor autoconocimiento, y se haga más probable que vuelvan a dedicar tiempo a ello.

Para seguir con la psicoeducación, se explicará que a los tres meses tras el parto la mayoría de las mujeres han iniciado la actividad sexual y las fases de la respuesta sexual (deseo, excitación, meseta y orgasmo) se han recobrado (Domínguez-Salolingos et al., 2018). Aunque sea algo frecuente y generalizado, no significa que sea lo más adaptativo. El criterio temporal no puede ser suficiente, las circunstancias físicas, familiares, psicológicas, etc. de cada mujer y familia son variables, y por tanto que sea lo más habitual no significa que sea mejor. Por añadidura, en ocasiones hay cierta presión por la expectativa de placer creada alrededor de la actividad sexual, más si durante el embarazo hubo muchos efectos indeseados (náuseas, dolor) y ya se redujeron los encuentros sexuales. Es también el caso de algunas parejas en las que se programan los encuentros sexuales debido a su participación en tratamientos de fertilidad, en las que predomina la monotonía o se ven obligados a realizar prácticas sexuales sin deseo para ello. Ahora pueden tener la idea de querer superar ese momento y restaurar el placer de una manera idealizada y por ello es importante dar un enfoque más realista.

En referencia a la conocida cuarentena, esto es, los cuarenta días tras el parto en los que los profesionales sanitarios suelen prohibir la actividad sexual, se afirmará que no es un mito, el cuerpo de la mujer necesita recuperarse tras el trabajo de parto, bien haya sido este por canal vaginal o por cesárea (en cuyo caso habrá un menor impacto sobre la

---

musculatura de la vagina, pero mayor afectación de la zona abdominal). Esto también se debe aprovechar para informar de que el modo de parto (vaginal o por cesárea) no influye de manera determinante en la función sexual a los 12 meses de haber dado a luz. Esto quiere decir que en base al modo de parto las dificultades pueden ser diferentes, pero lograr una sexualidad satisfactoria es posible e independiente de ello. No obstante, la restricción durante los primeros cuarenta días normalmente se refiere a las prácticas sexuales que incluyen la penetración. Activar la sexualidad y alcanzar el orgasmo ayuda a la recuperación física, la recolocación de los músculos pélvicos, conectar con una misma o con la pareja y tener un mejor estado de ánimo. En cualquier caso, por prudencia se puede preguntar al profesional de obstetricia encargado del caso de forma directa para que aclare las dudas pertinentes sobre la posibilidad de reanudar la actividad sexual excluyendo la práctica del coito.

Siguiendo con las explicaciones que se deben abordar en este periodo, nos referimos ahora a la siguiente pregunta: ¿Es normal tener un bajo deseo sexual? Tras el parto se produce una caída de estrógenos, lo que entre otras cosas puede ocasionar una menor lubricación genital y la reducción de testosterona, que está relacionado con un menor deseo sexual. El deseo sexual fluctúa a lo largo de la vida, y no necesariamente de forma diferente en la etapa perinatal. Se trata de reconocerlo y aprovecharlo o cultivarlo cuando se considere por cada cual (de Béjar, 2011; DeMaria et al., 2019). Estos cambios en la dimensión hormonal implican cambios emocionales (Puértolas Aguilar y Gasch, 2019; Domínguez-Salolingos et al., 2018). En algunos casos, hay una discrepancia dentro de la pareja sobre el deseo sexual, uno de los miembros tiene más deseo que otro, es habitual, no existe una frecuencia ideal, cada persona tiene unos deseos diferentes (de Béjar, 2011). Esto puede ser atajado mediante una buena comunicación (que se trabajará en la segunda sesión) entre los miembros teniendo en cuenta los acuerdos sobre exclusividad de la pareja y la posibilidad de realizar prácticas autoeróticas.

Al finalizar esta primera sesión, tal y como se describe en Puértolas Aguilar y Gasch (2019) se repartirá una hoja a cada familia donde puedan escribir aquellas temáticas que les gustaría abordar en el programa (lo que permite individualizar la intervención) para adaptar los contenidos de las sesiones a las preocupaciones que comenten. Si alguna de las propuestas no se incluye ni son susceptibles de ser abordadas durante el programa se puede reservar espacio de tiempo de la sesión 6 para tratarlo. Es indispensable que el programa tome en consideración los intereses de los participantes y

---

se dirija hacia ellos en lugar de impartir los conocimientos de forma indiscriminada (Lee y Yen, 2007).

Una vez incluidas las estrategias para fases de contemplación y precontemplación en esta primera sesión, la programación de las siguientes sesiones se tiene en cuenta hacia las fases de preparación y acción de acuerdo con el modelo transteórico del cambio (Lee y Yen, 2007; Lee y Tsai, 2012). En estas se trata de ofrecer la oportunidad para practicar y responder proporcionando feedback que suponga un reforzamiento de las decisiones saludables de las parejas (como serían ejemplos en este caso el masaje perineal, el uso de lubricantes o el haber invertido tiempo en el autocuidado y la relación con una misma o con la pareja).

### **Sesión 2:**

La segunda sesión se dedica a la comunicación y técnicas de asertividad, imprescindible para la satisfacción sexual y las labores de crianza (McBride et al., 2017), además de que mejorar la comunicación sobre las preocupaciones sexuales del postparto puede ayudar a mitigar las consecuencias de las dificultades experimentadas en esta etapa (Schlagintweit et al., 2016). A partir del nacimiento del bebé, la comunicación asertiva será clave no sólo para las interacciones sexuales, sino también para consensuar en la crianza (con la pareja, otros familiares u otros agentes educativos), así que tenerlo entrenado responde en esencia a una cuestión pragmática.

El llevar a cabo comportamientos sexuales depende, entre otras cosas, de las habilidades de comunicación sexual que posea una persona (Lee y Tsai, 2012). Si una persona cuenta con las habilidades comunicativas necesarias para verbalizar aquello que le gusta, es más probable que vuelva a intentar tener una relación sexual. Además, las mujeres valoran como importante el diálogo con su pareja para poder resolver los conflictos en torno a su relación sexual (Salim et al., 2010) y conocer el deseo sexual de su pareja en el postparto (Hipp et al., 2012).

Además de transmitir los estilos de mensaje verbal se enfatiza, que no hay necesidad de evitar el conflicto, lo importante es que haya respeto por la otra persona y se controlen los elementos de la comunicación no verbal.

Para iniciar la sesión de forma participativa, se les pregunta a los asistentes si creen que tienen un adecuado estilo comunicativo y cómo consideran que pondrían



---

mejorar sus habilidades sociales (para adaptar la sesión a sus inquietudes y nivel). A continuación, se exponen los diferentes estilos comunicativos (pasivo, agresivo, pasivo-agresivo y asertivo) y se hace un role-playing con los participantes organizados por parejas (aleatoriamente) con situaciones preparadas sobre interacciones en las que existe un desacuerdo sobre la crianza donde se puede dar feedback y analizar mejoras. Se escoge de ejemplo una interacción no relacionada directamente con la sexualidad para centrar el foco en el estilo comunicativo y facilitar la participación en grupo. Tras dejar tiempo para que practiquen al menos dos situaciones por pareja se comenta en grupo grande de nuevo qué dificultades han encontrado y cómo las han solucionado.

De igual forma se explicará cómo ante una comunicación honesta y agradable pueden reforzarse entre los interlocutores, y apreciar en voz alta que le ha gustado la forma de recibir el mensaje. En esta línea, se trabajará también mediante role-playing la emisión y aceptación de críticas, hablar desde “yo desearía, me gustaría” y no desde el “tú me haces sentir...”. Se plantean técnicas de comunicación y se pide que distribuidos por parejas comenten algunas de las críticas que más les interfieren y cómo podrían expresarlas de una manera asertiva.

A la hora de explicar el reparto de las tareas domésticas, se puede incidir en la importancia de que es complicado tener todo el peso dividido al 50%, especialmente en los casos donde hay lactancia materna, en la que sólo una mujer puede amamantar, pero si se puede ayudar en el resto de cosas. Esto también puede servir para reflexionar en el caso de que haya parejas de mujeres homosexuales de cómo se organizan, teniendo en cuenta el rol de género y en cómo usualmente las tareas relacionadas con limpieza y cuidados se asignan a la mujer. Repartir las tareas domésticas será beneficioso no solo para poder disponer de tiempo juntos, sino también para dar una educación implícita desde el principio de un modelo de familia equitativo (Herrera y Rodríguez, 2001).

La maternidad y la paternidad requieren de ajustes, pero la reorganización de los roles en la mujer no es igual (Salim et al., 2010). Además, esto se relaciona con que, en algunas ocasiones, debido a la cantidad de horas dedicadas a la lactancia, la mujer dedica toda su atención y tiempo al bebé y algunos hombres se sienten desplazados e ignorados (Pissolato et al., 2016). En algunas parejas, la administración de los cuidados para el bebé y la crianza son elementos que fortalecen el vínculo de pareja y facilitan la sexualidad (Hipp et al., 2012).

---

De lo que se trata es de promover un entorno familiar que favorezca la lactancia materna y que el compañero/a sentimental o los convivientes (si los hay) se responsabilice de determinadas tareas del hogar para facilitar las horas de descanso. En definitiva, que se simplifique la compatibilización de los cuidados del hogar, del bebé y el autocuidado (MSPSI, 2011).

Para las parejas se manda para casa la negociación del reparto equitativo de tareas domésticas y hablar de las prácticas sexuales que les reportan mayor placer, los miedos o lo que no quieren. Para las mujeres que no tienen pareja se pide que contacten con alguien a quien pedir ayuda para las tareas de crianza o las labores domésticas (familiares, amigos, allegados, etc.) y así poder tener tiempo de calidad, y en caso de que tengan pareja sexual estable se sugiere una conversación del estilo de la propuesta para las parejas.

Como registro de las actividades planteadas para realizar fuera de sesión, se pide que plasmen en un folio o bien cómo ha ido la negociación o bien el resultado de la misma, es decir, las tareas de las que se puede encargar cada persona y el compromiso que se asume al hacerse cargo de la actividad en concreto. Esto se apoya en que las parejas donde el reparto de tareas domésticas es más igualitario (y el cuidado de los hijos) hay más relaciones sexuales. El registro se aporta en el anexo 4.

### **Sesión 3: (Sólo asistencia de mujeres no de parejas)**

La tercera sesión trata la aceptación y el reconocimiento de los cambios físicos y potenciar la autoestima. Como los cambios acontecidos en la etapa perinatal incluyen multitud de dimensiones y no se limitan al plano físico. Esta temática se divide en dos sesiones por la cantidad de actividades que se pretenden realizar, la primera de ellas más enfocada al trabajo de la autoestima desde el plano de la psicología y la segunda más dedicada a desarrollar herramientas que permitan afrontar los cambios físicos con la ayuda de un fisioterapeuta de suelo pélvico (Zamani et al., 2019).

El puerperio se contextualiza como una etapa que se inicia en el parto y dura hasta el restablecimiento del cuerpo de la mujer a la situación previa al embarazo (Salim et al., 2010; Domínguez-Salolingos et al., 2018). Esta es una concepción que no concuerda con lo promulgado desde el presente programa. Los cambios corporales acontecidos son consecuencia del crecimiento de un bebé en el cuerpo de la mujer, no deben ser motivo de vergüenza o malestar, aunque socialmente se espera que las mujeres recuperen el físico convencional incluso cumpliendo una serie de plazos como algo deseable: se vuela una

---

obligación recuperar los cánones establecidos (Ollivier et al., 2020). La vida de la mujer ha cambiado y por tanto su cuerpo y su ejecución también (al igual que la vida en pareja). Los problemas de autoestima pueden mediar directamente con la falta de relaciones sexuales. Si una persona se avergüenza de su imagen física es difícil que quiera mostrarlo y sienta libertad para tocarlo y disfrutarlo (de Béjar, 2011).

El cambio corporal en el postparto y el cambio del uso del cuerpo para la crianza puede ser una fuente de conflicto para muchas mujeres. Pueden dejar de considerar su cuerpo como objeto de deseo, pueden sentirse más poderosas que nunca tras ver el trabajo de parto que han realizado o incluso pueden no dar ninguna importancia al aspecto corporal por priorizar el cuidado del recién nacido y atender al cambio de vida que están experimentando (Ollivier et al., 2020). Independientemente de esto, lo que sí debe garantizarse es que cada mujer se haga responsable de su sexualidad, conocer las prácticas que le gusta realizar, los límites que desea poner y si desea mantener algún tipo de relación cómo quiere que sea (de Béjar, 2011).

Al inicio de la sesión se sugiere formular una pregunta abierta sobre cuáles son los principales cambios que han notado desde el momento del embarazo para que se produzca una lluvia de ideas. Así, en colaboración de unas con otras se identificarán los principales cambios experimentados en el propio cuerpo (físicos, psicológicos, hormonales, de deseo sexual...) y da pie a enfatizar los más relacionados con la dimensión de la sexualidad y a citar aquellos que no se hayan mencionado.

Los cambios corporales en el cuerpo de la mujer como consecuencia del embarazo y el parto, la alejan del canon de belleza imperante en la cultura occidental también pueden afectar a la disminución de la autoestima, y, por consiguiente, esta, a la disminución del deseo sexual (Puértolas Aguilar y Gasch, 2019; Abdool et al., 2009; Salim et al., 2010; Cappell et al., 2016). La baja autoestima no sólo se refleja en la comparación con el estándar de belleza, sino también con algunas creencias disfuncionales por no alcanzar un nivel de ejecución como madre, pareja, cuidados de la casa y del bebé y amante que se espera, dolor (recuperación del parto), interferencias en la recuperación física (Salim et al., 2010; DeMaria et al., 2019), miedo ante la posibilidad de un nuevo embarazo (Domínguez-Salolinos et al., 2018; DeMaria et al., 2019). De la misma forma, aquellas mujeres que se perciben como atractivas informan de un mayor disfrute sexual y menor dolor sexual (Hipp et al., 2012).

---

Para poder potenciar la autoestima de las mujeres, se les pide que en un papel escriban algunos de los principales logros de su trayectoria vital. Esto por una parte les da la idea de que no sólo se pueden medir por su cuerpo, sino que hay otras dimensiones, y por otra, recuerdan actividades placenteras que han abandonado y pueden plantearse retomar en el futuro (deportes, amigas, lectura).

No se debe olvidar la parte de los riesgos derivados de las prácticas sexuales, como son las infecciones de transmisión sexual (ITS) y los embarazos no deseados (END) y cómo el uso de algunos anticonceptivos orales puede afectar el alcance del orgasmo (Puértolas Aguilar y Gasch, 2019). Aunque como se mencionó con anterioridad, el programa no busca dar una imagen de represión y miedo ante la sexualidad, si es importante que las mujeres se planteen las opciones que tienen o si quieren cambiar de método anticonceptivo y negociarlo con su pareja sexual (en caso de que tengan), pues solo el 20% de las mujeres que retoman la actividad sexual con penetración en las 6 primeras semanas postparto hacen uso de un método anticonceptivo (Sok et al., 2016). Una charla educativa de entre 10 y 15 minutos es suficiente para tratar este tema con claridad y que resulte efectivo (Lee y Yen, 2007). En ella se presentarán los principales métodos anticonceptivos con su eficacia y efectos indeseados que pudieran tener.

Como tarea para casa se pide que piensen en momentos de autocuidado (Evcili et al., 2020) para identificar reforzadores de su día a día (como el momento de darse crema, el momento de tomarse un café después de comer, o el desayuno, etc.) y sobre la importancia de mantener esos momentos para dar un poco de continuidad ante la ruptura tan grande entre su vida antes y después de la llegada del bebé. Se pide que rellenen el registro aportado en el anexo 5. Del mismo modo, se debe insistir en la importancia de tener una buena red de apoyo, una adecuada cohesión social (Evcili et al., 2020) que ayude con el cuidado del menor, y construya un espacio en el que la mujer no sea todo el tiempo la responsable de los cuidados de alguien, sino que tenga una oferta de ocio acorde a sus preferencias.

Es conveniente anticipar que puede que con este tipo de actividades en las que piensen dedicarse un tiempo a sí mismas, es probable la aparición de la culpa (la cual a su vez puede estar mediada por los niveles de oxitocina) (Puértolas Aguilar y Gasch, 2019), más si se tiene en cuenta el mensaje social sobre la maternidad en la que si la mujer no dedica todo su tiempo al bebé lo está desatendiendo. Ante la aparición de esta emoción, la instrucción será exponerse a la culpa y seguir realizando la actividad con culpa. No

---

evitarla, no ignorarla: sabemos que está ahí con una función: reparar algo de lo que se tiene responsabilidad. Sin embargo, en este caso no tiene el mismo sentido: culturalmente se pretende que una mujer se dedique a la crianza, pero también es importante dedicar el tiempo a otras cosas (la mujer no es solo madre).

#### **Sesión 4 (sólo asistencia de mujeres no de parejas):**

Para continuar con el objetivo de aceptación y reconocimiento de los cambios físicos y potenciar la autoestima, además de la parte propiamente psicológica abordada en la sesión 3, esta sesión se enfoca a los cambios de tipo físico acontecidos desde la gestación hasta el momento actual. En la Estrategia Nacional del Ministerio de Sanidad de España de 2011 se incluye la aportación de información para el cuidado de la zona perineal y el asesoramiento sobre la actividad física más conveniente ligado a mantener un estado de salud satisfactorio. Dado que este tipo de información no se facilita habitualmente en los servicios sanitarios, esta intervención pretende proporcionar herramientas que cubran estas necesidades.

Se ha puesto de manifiesto que entre los problemas en el postparto más comunes se incluyen falta de lubricación, daños en la musculatura pélvica, incontinencia y dispareunia (Puértolas Aguilar y Gasch, 2019; North Shore, s.f.; Yee et al., 2013). Por esta razón, la fisioterapeuta de suelo pélvico puede ofrecer algunos ejercicios de suelo pélvico (Kegel), recomendaciones de ejercicios hipopresivos, pilates o juguetes eróticos que sirvan para ejercitar la musculatura del suelo pélvico, altamente recomendables en el periodo postparto (Chang et al., 2011). Estos ejercicios de suelo pélvico no sólo son beneficiosos para el control de esfínteres, sino también para mujeres que no sienten nada durante la penetración o le es dolorosa. Aun así, se debe informar de que uno de los posibles obstáculos en las primeras relaciones sexuales puede ser orinarse de forma involuntaria durante la relación sexual o el orgasmo por la debilidad del suelo pélvico hasta que se va recobrando. Eso también puede ser un incentivo para comenzar a trabajarlo de manera regular.

Este tipo de ejercicios para el suelo pélvico se puede iniciar a partir del cuarto mes postparto para evitar dolor debido a un traumatismo perineal, calambres derivados de la involución uterina, sangrado uterino o problemas de lactancia (Citak et al., 2010). Es un entrenamiento que reporta beneficios para el control de esfínteres y para la satisfacción sexual, la lubricación, el orgasmo y el dolor. Como disminuye el dolor ante la penetración

---

porque los músculos están más recuperados se predice un aumento de la frecuencia y un mantenimiento de los beneficios tras un año de seguimiento.

Se puede aportar una breve explicación de cómo existe una práctica muy común, la episiotomía, que se realiza para evitar desgarros perineales y lesiones en el esfínter anal. Aunque su realización ya no es rutinaria, es relativamente habitual y sus principales efectos es una exacerbación del dolor y de su duración además de tener más probabilidad de incontinencia urinaria. Aun así, entre las mujeres que han tenido episiotomía y las que no, no hay diferencias significativas respecto de la función sexual (Chang et al., 2011).

De igual forma, se administrarán algunas pautas para minimizar el disconfort, como el uso de compresas de gel frías o poner frío local en la zona genital. También se explicará la forma de realizar el masaje perineal y cómo masajear la zona de la cicatriz de la episiotomía (si procede) con aceite de Pompeia o argán, aptos para la zona genital o tomar baños de asiento para aliviar la presión de las suturas (North Shore, s.f.). Para aquellas mujeres que vivan con su pareja y deseen compartir este momento, integrar a la pareja en la recuperación del suelo pélvico puede resultar muy beneficioso (Puértolas Aguilar y Gasch, 2019).

Con el cambio hormonal, otra de las cosas que se ve alterada en función del nivel de estrógenos es la lubricación. Respecto a estos problemas de lubricación, se recomienda el descanso y una buena alimentación (destacando el consumo de frutas y verduras por su contenido en antioxidantes). Por otra parte, se presentan dos opciones para la lubricación. La primera de ellas, para uso diario, un lubricante de agua vaginal natural orgánico (con los menores químicos posibles) con ácido hialurónico que ayuda a mantener la hidratación. Se aplica después de la ducha todos los días. La segunda opción, es específica para los momentos en que se va a producir la actividad sexual, y consiste en los lubricantes de silicona, que tienen un efecto por el que el contacto hace que se deslicen las partes que interaccionan. Esos lubricantes de silicona también sirven para la penetración anal y el sexo en el agua. Ahora bien, se deben usar únicamente para estos momentos de actividad sexual y nunca de forma diaria. Se recalca la relevancia de la lubricación porque cuando esta es mayor la intensidad de los orgasmos se incrementa (Citak et al., 2010).

Otro de los cambios más evidentes en el postparto con la lactancia es una mayor sensibilidad en la zona de los pechos. Aquí se trata de que cada mujer se conozca y pueda

---

comunicar (o hacerlo ella misma) la estimulación de otra manera o si le gusta esta sensibilidad aprovecharla mientras dure, o retrasar el inicio de las relaciones sexuales si no tiene deseo sexual (Abdool et al., 2009; Pissolato et al., 2016). La leche segregada no debe ser motivo de pudor, hay que tomarla con naturalidad, es el alimento de un bebé e incluso a algunas personas le dan un significado erótico. Aun así, hay hombres y mujeres que tienen la percepción de que es una parte del cuerpo ahora dedicada a la alimentación y sin connotación erótica (DeMaria et al., 2019; Van Anders et al., 2013).

El colecho es otro de los miedos a llevar a cabo relaciones sexuales por el pensamiento de que puede afectar en el desarrollo del bebé (Domínguez-Salolingos et al., 2018) o una falta de respeto (Pissolato et al., 2016; Salim et al., 2010). En caso de que el bebé pudiera interpretar lo que sucede o descubre a su/s padres madre/s (o en solitario) manteniendo relaciones sexuales lo importante es explicar lo que está ocurriendo y aprovechar para hacer educación sexual. Cabe indicarse que, aunque hagan colecho durante las noches, el resto del tiempo el bebé puede dormir o no en esa habitación, es importante buscar el espacio sabiendo que hay una diferencia estadísticamente significativa en la calidad de la vida sexual entre las madres que tienen un dormitorio para ellas y su pareja y entre las que no (Unal et al., 2020). Con el recién nacido en casa hay dificultad para encontrar momentos de privacidad y para compatibilizar horarios (cuando uno no está cuidado al bebé lo está haciendo el otro) (McBride et al., 2017), pero se insta a que lo busquen.

Como una tarea para realizar en casa se propone una focalización sensorial. Esto consiste en (primero si así lo prefiere sin espejo y luego con él) explorar su cuerpo desnudo ella sola. Si lo desea puede acariciarse o masajearlo. Se dan instrucciones para que la primera vez no tenga contacto genital, pero el resto de veces, si le nace puede darse placer desde la zona genital, lo que sería un ejercicio de focalización sexual. Es importante que se tenga en cuenta que no sólo puede centrarse en esa zona, sino que debe ser un contacto de todo el cuerpo. Este ejercicio ayuda a conocerse a uno mismo y encontrar las zonas erógenas para estimularlas en actividades autoeróticas o comunicarlas en prácticas sexuales con otra/s persona/s.

Para aprovechar la utilidad del ejercicio para la toma de conciencia (McBride et al., 2017) de los puntos erógenos y de mantenerse en el momento presente, se anima a que registre por escrito (anexo 6) una vez de por concluido el ejercicio aquellos aspectos

---

que más ha disfrutado, si volvería a repetir el ejercicio en el futuro y qué emociones ha experimentado.

### **Sesión 5:**

La cuarta sesión se dedica de forma más específica al conocimiento en pareja. A esta sesión se deja a elección de las mujeres sin pareja la asistencia, si están abiertas a una relación sentimental o tienen interés por los contenidos o si por el contrario prefieren centrarse en otros aspectos y no acudir este día. La sexualidad en una relación de pareja está totalmente ligada a la calidad y estabilidad de la relación (de Pierrepont et al., 2021). Mayor satisfacción en la relación de pareja hace que no haya una disminución tan apreciable en la frecuencia y el deseo sexual (Moel et al., 2010).

Con la llegada de un hijo o hija hay un cambio en la estructura de la unidad familiar y un conflicto de roles sobre las funciones a desempeñar (Domínguez-Salolingos et al., 2018; Ollivier et al., 2020). Desde una visión más sistémica, los cambios en el subsistema conyugal y parental afectan a todo el sistema familiar. En otras palabras, la llegada de un nuevo miembro a la familia supone un cambio que moviliza la morfogénesis para lograr una homeostasis. En muchos casos la prioridad de cuidar al nuevo miembro de la familia hace que se descuide el rol conyugal, la relación de pareja. Es por ello necesaria una intervención para reconciliar el rol conyugal y parental (Linares, 2015): compartir actividades domésticas y de cuidado del bebé de forma equitativa para tener tiempo de calidad a solas.

Al comienzo, como viene siendo habitual, se lanza una pregunta al grupo sobre cómo ha impactado la llegada de un bebé en su relación de pareja, para poder amoldar los contenidos de la sesión a sus respuestas.

La participación de las parejas en esta sesión permite validar las emociones experimentadas por los padres o madres no gestantes entorno a los cambios experimentados desde la llegada del recién nacido (MSPSI, 2011). Además se aprovecha para abordar la represión emocional en torno a los hombres como personas que no pueden mostrarse vulnerables, deben proveer los recursos económicos para la unidad familiar y mostrar siempre apetito sexual, algo que en esta etapa puede interferir en su labor como padre y como pareja (Herrera y Rodríguez 2001).



---

Con la llegada de bebé, el cuidado que requiere, el tiempo de lactancia materna y la atención constante puesta en él es lógico observar un deterioro en el tiempo de calidad de la pareja (Van Anders et al., 2013). Reconstruir el tiempo y las actividades en pareja es fundamental para un funcionamiento sexual satisfactorio. De hecho, el apoyo de la pareja en la crianza afecta directamente a la sexualidad (Ollivier et al., 2020).

Para empezar con los contenidos, se explica a modo de introducción, cómo la meta de las relaciones sexuales no puede focalizarse solo en el orgasmo, sino que toda la actividad sexual debe ser iniciada con consentimiento y predisposición sincera de ambas partes para poder disfrutar también del proceso. Es habitual encontrar cierta ambivalencia a la hora de mantener relaciones sexuales por parte de la mujer (Lee y Tsai, 2012). Por un lado, puede haber falta de deseo, sentimiento de dolor o miedo a la recuperación (Salim et al., 2010), y por el otro, sentirse en la obligación de satisfacer a la pareja. Esto quebranta directamente uno de los principios éticos de las relaciones sexuales y amorosas (López et al., 2017) llamado placer y bienestar compartidos. Desde este principio se defiende la dignidad de los participantes en un encuentro sexual asegurando que participan de forma voluntaria desde el disfrute antes, durante y después de la práctica sexual que se lleve a cabo. De aquí se substraen la repercusión de la presión que tienen las mujeres de volver a tener sexo (o nunca dejar de tenerlo) cuando la realidad es que puede encontrarse desbordada por el nivel de exigencia: añadir el cuidado de un menor al de las tareas domésticas, si tiene otras personas a su cargo, retomar la actividad laboral, etc. Una vez expuesto esto, se pregunta por si tienen algo que compartir a este respecto al que se puedan incluir algunas soluciones.

Otra forma de trabajar en este punto el rol de género es atender a que las metas asociadas a la maternidad como son tener un bebé sano, convertirse en una madre competente, disfrutar de la sexualidad y construir una relación conyugal adecuadamente satisfactoria (Lee y Tsai, 2012) no son exclusivas de la mujer gestante, sino que también lo son de la otra madre o padre del niño, y por tanto son los dos miembros de la pareja los que deben hacer el trabajo para conseguirlo. Se pueden ver si en el grupo ha habido o no diferencias en la implicación de la madre no gestante o el padre del bebé en este sentido. Ahora que hay que compatibilizar el rol parental y conyugal, es importante que no se descuide el área de consenso y apoyo mutuo para poder ejercer ambos roles de manera efectiva. A este respecto se abre de nuevo el turno de palabra del grupo para que

---

compartan cómo sienten ellos que compatibilizan ambos roles, si echan de menos algo de su vida anterior a ser padres, etc.

Acotando un poco más el plano físico y sexual se proporcionarán algunos facilitadores. Al encontrarse en un periodo de recuperación, es conveniente conocer formas de hacer más cómodos los encuentros sexuales: si hay sequedad en la vagina usar lubricación, si la secreción de leche desagrada intentar vaciar los pechos antes de la actividad sexual, si hay molestias de puntos aplicar aceites aptos para la vulva que alivien el dolor y adoptar nuevas posturas que aporten mayor confort. Si alguno quiere poner en común alguna de las dificultades que más le interfiere en este plano se podrá dar alguna sugerencia o usar trucos que sirvan a otras personas a la hora de realizar sus prácticas sexuales. Nadie está obligado a participar, simplemente se ofrece el espacio por si alguien quiere hacerlo.

Se pedirá que piensen y hablen con su pareja los principales guiones sexuales que predominan en sus relaciones y quién de los dos es el que tiene habitualmente la iniciativa sexual, sabiendo que no existen diferencias respecto al género sobre quién inicia la práctica sexual en el postparto (Van Anders et al., 2013). Habrá una pequeña parte psicoeducativa en la que se expondrá que las personas que se implican en una actividad sexual conjunta o autoerótica tienden a repetir patrones de interacción específicos u habituales. Lo que ocurre es que estos patrones con el paso del tiempo acaban por ser rutinarios y rígidos, sin aportar novedad (de Béjar, 2011). Estos patrones no tienen por qué ser conductuales, pueden ser verbalizaciones encubiertas (lo que una persona se dice a sí misma cuando tiene lugar la interacción sexual) o emocionales (sentir culpa o rechazo ante una determinada práctica). Se trata de buscar las cosas que tienden a repetirse y valorar si son satisfactorias para ambos miembros de la pareja para encontrar un equilibrio entre rutina y novedad (McBride et al., 2017). Aquí se hace referencia a las técnicas trabajadas en la sesión 2 sobre comunicación para la propuesta de nuevas prácticas sexuales que les gustaría probar. Además, se pregunta si aplican correctamente este tipo de estrategias comunicativas y si necesitan algún tipo de orientación. De manera individual cada persona anota en un papel las prácticas sexuales que le gustaría probar para que después se comparta en pareja fuera de sesión.

No se debe olvidar que la dimensión de la sexualidad es sólo una de todas las que conforman la relación de pareja, y, por tanto, la satisfacción sexual se debe nutrir de otros aspectos, de ahí radica la importancia de buscar momentos de calidad juntos y de las

---

muestras de afecto (McBride et al., 2017). No es necesario al principio dejar al bebé solo con otra persona que se encargue de cuidarlo, pues eso puede resultar violento y aflorar culpabilidad, bastará con aprovechar cuando duerme o en momentos similares con charlar, salir a dar un paseo juntos, tomar un café...). Para concretar el compromiso, se pide que en ese momento se marquen una actividad semanal que puedan realizar juntos en uno de esos momentos (dependiendo del apoyo familiar, de la edad del bebé y de cómo duerma esto puede ser muy variable, pero se trata de que busquen un momento de pareja). Pueden ser varias actividades distintas que puedan ir proponiéndose realizar con el paso del tiempo, aunque ahora no lo vean posible por falta de tiempo o recursos.

Se propone un ejercicio para realizar en pareja para valorar cosas que ambos valoran de la relación tal y como se muestra en el anexo 7. Se trata de tomar conciencia de lo que aporta la pareja y que actúe como reforzamiento social cuando el otro miembro de la pareja lea las cosas que hace y son valoradas.

En función de cómo sea la relación de pareja actual se pueden plantear varios ejercicios para realizar fuera de sesión (algunas no estarán preparadas para ninguna actividad que implique una práctica sexual y otras pueden haber ya retomado su actividad sexual). Para parejas que tengan un mayor deterioro de su relación se pueden pedir dos actividades: identificar las mayores dificultades y reconstruir la historia de la pareja desde un álbum de fotos (desde el inicio de la relación hasta ahora, repasando cada año). Para las parejas que tengan una buena disposición y se entiendan mejor, se propone un ejercicio de focalización sensorial en pareja: se busca un momento de intimidad en la que se exploran los cuerpos de ambos miembros de la pareja desnudos por turnos: primero una persona y luego la otra. En esta primera parte se excluyen los genitales. En la segunda parte de este ejercicio, en cambio, se pueden incluir los genitales, es decir, lo que sería una focalización sexual pero no se puede restringir el ejercicio a esa parte, sino que se deben incluir como una zona de toda la corporalidad.

Para registrar las tareas fuera de sesión se propone un breve comentario sobre las sensaciones experimentadas durante y después los dos ejercicios de focalización sensorial propuestos (anexo 8). Cuando participan dos personas cada uno debe hacer el comentario por separado (McBride et al., 2017) y queda a su elección si se lo muestran mutuamente o no.

---

## **Sesión 6:**

Esta última sesión se dedica para la resolución de dudas, afianzar los conocimientos mediante un repaso de lo trabajado durante el programa y pasar la evaluación cualitativa y posttest. También se usa el tiempo de la sesión para abordar aquellos conocimientos que en la primera sesión las familias expusieron con interés y que no se recogían propiamente en los contenidos del programa (se pueden recomendar vídeos, películas, libros, etc.). Se debe aprovechar para transmitir que, esta hora y media o dos horas semanales que han dedicado al programa pueden emplearse en actividades relacionadas con el mismo, aunque se dé por finalizado: para realizar actividades en solitario o en pareja (siempre que el horario laboral lo permita).

Se puede plantear la pregunta para que resuelvan con el siguiente paso a dar: ¿qué es lo siguiente más urgente que deberíamos trabajar como pareja?

La evaluación cualitativa se realizará sólo en esta última sesión donde pueden sugerir mejoras en otras ediciones del programa y valoren los puntos que les han resultado de mayor utilidad.

Aquí también se insta a buscar ayuda si en los sucesivos encuentros sexuales el dolor persiste y evitar que estas dificultades se perpetúen en el tiempo.

Tras esto, se procederá a cumplimentar la evaluación post-test y se citará para las evaluaciones de seguimiento a los 3 y 6 meses.