

**EVALUACION DE LA FUNCION SEXUAL  
Y ANTICONCEPCIÓN DE LA MUJER  
DURANTE LACTANCIA MATERNA**

Olivia Orribo Morales

*Noviembre 2013*

## **Introducción**

La expresión de la sexualidad femenina es multidimensional y altamente contextual, viéndose influida por una amplia gama de factores socioculturales, cognitivos, afectivos, de relación intrapsíquicos etc. Todos ellos deben ser tenidos en cuenta para la comprensión de sus problemas desde una perspectiva integral, lo que ahora se considera fundamental para poder proporcionar una ayuda efectiva. También tiene un evidente soporte biológico, un sistema fisiológico para la producción de una Respuesta Sexual satisfactoria que puede verse alterada por diversas causas y mecanismos. Su deterioro puede contribuir de modo importante al desarrollo o mantenimiento de los trastornos de la función sexual de la mujer. En la actualidad, y probablemente debido al desarrollo de la investigación farmacológica de la disfunción eréctil del varón, además de razones sociológicas que han conducido a una percepción diferente de la sexualidad de las mujeres, se ha llegado al convencimiento de la relevancia de la función sexual en la calidad de vida así como de la salud de los individuos (Mulhall y cols). Sin embargo, la investigación en la población femenina ha sido escasa, hasta ahora y heterogénea (Hayes y cols, Song Hoon y cols).

El qué se entiende por disfunción sexual femenina y la estimación que de ello se deriva de su prevalencia en los diversos estudios epidemiológicos ha sido y continúa siéndolo, objeto de debate desde diversas perspectivas (Basson R., Bancroft J., Tiefer L.). El rango de prevalencia estimada de las mismas es muy ancho y depende de los instrumentos que se utilizan para su valoración (Hayes y cols., Laumann EL Bancroft J.).

Toda etapa o toda fase del ciclo vital que suponga cambios y que requiere procesos adaptativos puede ser vivido como un periodo crítico, si se supera de forma suave y sin grandes conflictos, el sujeto y su pareja vivirán los problemas de este momento como algo circunstancial que remitirá con el tiempo; si no es así, y se vive con angustia por parte de cualquiera de los miembros de la pareja, el problema puede llegar a cristalizarse y se desarrollará una disfunción sexual.

En la mujer hay cambios fisiológicos y psicológicos importantes a lo largo del primer año postparto que pueden afectar su sexualidad y en consecuencia su forma de entender y sentir la vida. Estos cambios pueden modificar el deseo, la respuesta y el comportamiento sexual así como modificar patrones sexuales largamente establecidos.

La ignorancia y los propios tabúes en este terreno, de los profesionales de la salud y sobre todo de los ginecólogos, conlleva en muchas ocasiones actitudes restrictivas ante la demanda de información de las mujeres y por supuesto desconocimiento absoluto de los problemas afectivos, psicológicos, miedo a nueva gestación y de relación que el puerperio puede comportar y que tienen una clara manifestación en el comportamiento sexual.

Sin embargo muchas son las mujeres que se plantean problemas de esta índole avivados por el conflicto entre la disminución de su deseo sexual y su mayor necesidad de afecto, la vivencia de las modificaciones de su figura corporal y su autoimagen, y miedo a nueva gestación o desconocimiento de los distintos métodos contraceptivo durante lactancia materna. Mc Ewan, investigando la opinión de mujeres embarazas y primer año postparto sobre las modificaciones de su cuerpo encuentra que el 70% de ellas manifestaron su insatisfacción por su figura y en un 40% definían su cuerpo como grotesco. Master y Jhonson encuentran que un 20 % de las mujeres tienen sentimientos desagradables sobre su imagen corporal sobre todo en el 3º trimestre y puerperio siendo ésta la causa más frecuente de disminución de la actividad sexual.

El mundo médico ha reflejado las actitudes más tradicionales y acientíficas de la sociedad no aceptando que sexualidad y puerperio pueden coexistir en la misma persona. Por otro lado la mujer a nivel interno se ha planteado el conflicto entre su rol sexual y su rol materno con lo que en muchos casos elude el plantear cuestiones o esquivo respuestas ante determinada investigación.

Podemos justificar en cierto sentido todo lo expuesto por tres razones: la falta de formación en el terreno de la sexualidad en las escuelas y facultades sanitarias de nuestro país, la sobrecarga asistencial y la errónea idea de que la asistencia a la mujer embarazada y durante el puerperio solo tenga un objetivo exclusivo: que dé a luz un niño sano y se centre durante el puerperio a su recuperación y lactancia materna; y en tercer lugar al hecho ya comentado de que la sexualidad no fue considerada objeto de estudio científico hasta la década de los 60.

Si se revisan los textos actuales de medicina general y de obstetricia y ginecología en particular se puede constatar que el tema de la sexualidad y contracepción en el puerperio siguen abordándose de forma apresurada y en la mayor parte de los casos, superficial. Salvo raras excepciones los profesionales que atienden a este colectivo de pacientes no disponen de manuales ni de trabajos realizados en nuestro entorno que contengan directrices a adoptar para orientar a las mujeres en sus consultas de índole sexual.

Así, como la investigación de la sexualidad en la menopausia ha sido muy evaluada e investigada en nuestro medio, se capta un déficit de investigación en otras fases de la vida como es el embarazo y el postparto. Los estudios hasta hoy, son escasos, de otros medios geográficos y culturales, y además limitados a épocas históricas que nada tienen que ver con lo que se vive en la actualidad.

La finalidad de nuestro trabajo es investigar la salud sexual y contracepción en un colectivo de mujeres en el puerperio sin discriminar su paridad. La investigación intentará captar si esa salud sexual se ve mejorada o menoscabada por el embarazo, y si esa variación se mantiene, agrava o mejora en el postparto. Qué factores son los que inciden en ese cambio y en cuáles de ellos podemos intervenir para su mejora.

## **Objetivo**

El propósito del estudio es detectar alteraciones susceptibles de cambios en la salud sexual de las mujeres durante el embarazo y primer año de puerperio con el fin de mejorar las intervenciones que se realizan en los servicios de atención primaria. De forma específica valoraremos:

- Evaluar las diferencias inducidas por el embarazo y/o primer año de puerperio en el comportamiento sexual de las parejas, y cuáles son los factores causantes de este cambio: tipo de parto, episiotomía, cansancio, pérdida de la autoestima, y miedo a un nuevo embarazo.
- Detección de disfunciones sexuales: deseo sexual hipoactivo y sus causas, trastornos de la excitación y sus causas, problemas del orgasmo, trastornos por dolor y satisfacción global.

- Identificar las preocupaciones de las mujeres en el área de la sexualidad para elaborar recomendaciones e información que mejore el ámbito de la sexualidad durante el embarazo y puerperio.
- Realizar una autoevaluación de la capacidad de comunicación de los profesionales involucrados en la atención a las parejas embarazadas y en el postparto en el terreno de la sexualidad humana.

## **Material y Método**

Se propone estudio de 85 pacientes durante primer año postparto del área norte del Hospital Universitario de Canarias. El método de estudio consistirá en encuesta de contracepción y entrevista de Sánchez y colaboradores modificada, añadiendo preguntas en relación a la anticoncepción, y entrevista personal con las participantes en el estudio. Los criterios de inclusión serían:

- Mujeres de entre 20 y 40 años de edad
- Mujeres primigestas o multíparas
- Mujeres de nuestro medio y con cultura occidental, con lo que se excluyen mujeres inmigrante radicadas en Tenerife.
- Mujeres en el primer año postparto. Se distribuyen en dos grandes grupos:
  - Lactantes
  - No lactantes

Los criterios de exclusión serían: gestante de alto riesgo, mujeres inmigrantes y/o adictas a tóxicos.

Una vez aceptada la participación en el estudio y firmado el consentimiento informado, se realizará cuestionario y entrevista de Sánchez y col modificada. Así como el pase autoadministrado del esquema corporal en visión anterior y posterior, donde la mujer

señalará las zonas del cuerpo que son tocadas durante la actividad sexual, con el fin de conocer y registrar la situación basal de la participante.

El análisis de los resultados se realizará mediante el programa estadístico SPSS para calcular las frecuencias y porcentajes de las cuestiones realizadas.

Seguidamente se adjunta encuentra entregada a las pacientes que accedieron a participar en el estudio.

### **Cuestionario de la Función Sexual de la Mujer y Anticoncepción**

\* cuestionario de Sanchez y colaboradores modificado

Iniciales:                      Fecha de nacimiento:

Estudios:                      Fecha de cumplimentación:

Pregunta llave. ¿ Ha tenido usted actividad sexual durante las últimas 4 semanas? ( La actividad sexual puede ser el pareja o mediante estimulación sexual propia, incluyendo caricias, juegos, penetración, masturbación, etc)

SI                                      NO

Si la respuesta es si, cumplimente el cuestionario de Función Sexual marcando en cada pregunta , sólo una casilla.

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

Nunca (1)

Raramente (2)

A veces (3)

A menudo (4)

Casi siempre- siempre (5)

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

Nunca (1)

Raramente (2)

A veces (3)

A menudo (4)

Casi siempre- siempre (5)

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

Nunca (1)

Raramente (2)

A veces (3)

A menudo (4)

Casi siempre- siempre (5)

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

Nunca (1)

Raramente (2)

A veces (3)

A menudo (4)

Casi siempre- siempre (5)

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

Nunca (1)

Raramente (2)

A veces (3)

A menudo (4)

Casi siempre- siempre (5)

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

Nunca (1)

Raramente (2)

A veces (3)

A menudo (4)

Casi siempre- siempre (5)

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

Nunca (1)

Raramente (2)

A veces (3)

A menudo (4)

Casi siempre- siempre (5)

7b.- ¿ Indique por qué motivo no ha habido penetración vaginal durante las últimas 4 semanas? Contestar solo esta pregunta si no se ha contestado pregunta anterior

Por sentir dolor (a)

Por miedo a la penetración (B)

Por falta de interés para la penetración vaginal (c)

No tener pareja sexual (d)

Incapacidad para la penetración por parte de su pareja (e)

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

Casi siempre-siempre (1)

A menudo (2)

A veces (3)

Raramente (4)

Nunca (5)

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

Nunca (1)

Raramente (2)

A veces (3)

A menudo (4)

Casi siempre- siempre (5)



10.- En las últimas 4 semanas ¿ Cuántas veces ha sido usted quien ha dado los pasos iniciales para provocar un encuentro sexual con otra persona? ( Con su pareja si la tiene y si no con otras personas, independientemente de su sexo)

Nunca (1)

Raramente (2)

A veces (3)

A menudo (4)

Casi siempre- siempre (5)

11.- Durante las últimas 4 semanas ¿ se ha sentido confiada para comunicar a su pareja lo que le gusta o desagrada en sus encuentros sexuales?

Nunca (1)

Raramente (2)

A veces (3)

A menudo (4)

Casi siempre- siempre (5)

12.- Durante las últimas 4 semanas, ¿ Cuántas veces ha tenido actividad sexual?

1-2 veces (1)

De 3-4 veces (2)

De 5-8 veces (3)

De 9-12 veces (4)

Más de 12 veces (5)

13.- Durante las últimas 4 semanas ¿disfrutó cuando realizó actividad sexual?

Nunca (1)

Raramente (2)

A veces (3)

A menudo (4)

Casi siempre- siempre (5)

14.- En general, en relación con su vida sexual durante las últimas 4 semanas ¿ Se ha sentido satisfecho?

Muy insatisfecha (1)

Bastante, insatifecha (2)

Ni satisfecha ni insatisfecha (3)

Bastante satisfecha (4)

Muy satisfecha (5)

### **ANEXO ANTICONCEPCIÓN EN PUERPERIO Y LACTANCIA**

15.- ¿Evita mantener relaciones sexuales?

SI                      NO

\*En caso afirmativo, ¿ A qué se debe?

Miedo o temor a nueva gestación

Rechazo de su cuerpo tras el parto

Agotamiento, cansancio, falta de líbido.

Sensación de poca intimidad de pareja. Sensación de "separación"

16.- En cuanto a su satisfacción sexual ¿ha notado cambios previo al embarazo?

Nunca (1)

Raramente (2)

A veces (3)

A menudo (4)

Casi siempre- siempre (5)

17.-Esta danto lactancia materna

SI                      NO

18.- ¿Usa algún método anticonceptivo?

SI                      NO

\*En caso de haber contestado NO, ¿ por qué?

No sé si durante la lactancia puedo tomar píldora

No me han ofertado método anticonceptivo

Estoy lactando y estoy pendiente de tener reglas para inserción del DIU

Me han dicho que durante lactancia materna es imposible que me quede embarazada

Busco nuevo embarazo

\*En caso de haber contestado SI ¿cúal)

Píldora solo gestágenos

Lactancia SI NO

Píldora combinada

DIU de cobre

DIU hormonado

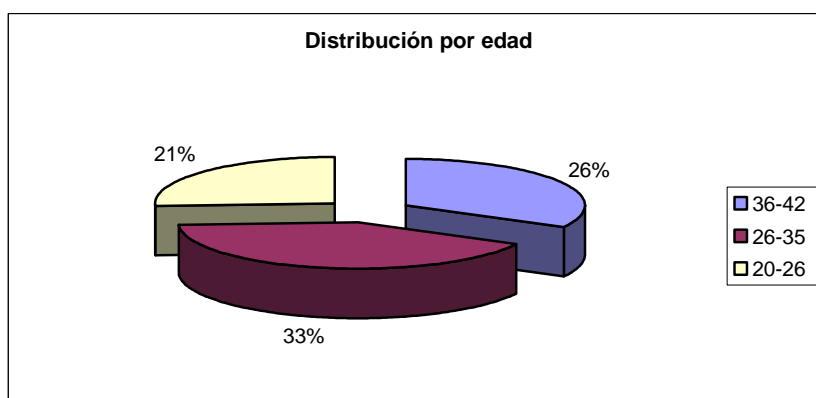
Métodos barrera

<i>DOMIOS</i>	<i>Items</i>	<i>Evaluación</i>
<b>Evaluadores de la actividad sexual</b>		
Deseo	1,2,3	Respuesta Sexual
Excitación	3,4,5	
Lubricación	5	
Orgasmo	9	
Satisfacción de la actividad sexual	9,13	
Satisfacción sexual general	14	
Problemas con la penetración vaginal	6,7a,8	Otras posibles disfunciones sexuales
Ansiedad anticipatoria	8	
Iniciativa sexual	10	Aspectos relacionados de la actividad sexual
Grado de comunicación Sexual	11	
<b>Descriptivos</b>		
Actividad sexual sin penetración vaginal	7b	Describe sus diferentes causas
Frecuencia de act sexual	12	
Existencia o no pareja sexual	11	

## RESULTADOS

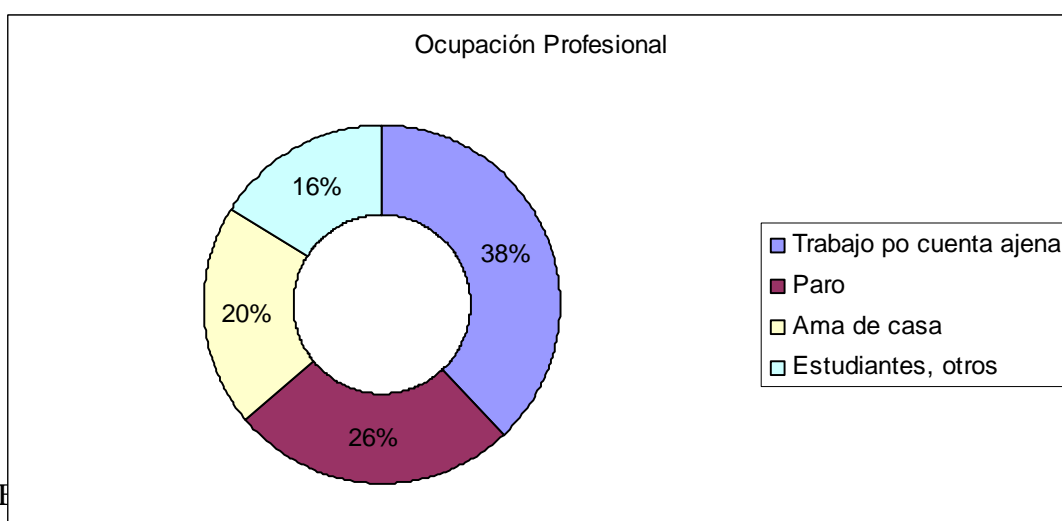
### DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

El grupo mayoritario de usuarias correspondió a la franja de edad de entre los 26 y 35 años con un 33.1%, seguido del grupo de 36 a 42 años con un 26.2% y del grupo de 20-26 con un 20.8%.



En cuanto el estado civil, las usuarias estaban mayoritariamente casadas (58.8%).

El 35.8 % de las encuestadas trabaja por cuenta ajena, y se encontraban en paro un 26.2 % de las mismas. Dos grupos importantes que siguen a los previos son las trabajadoras domesticas y las estudiantes.



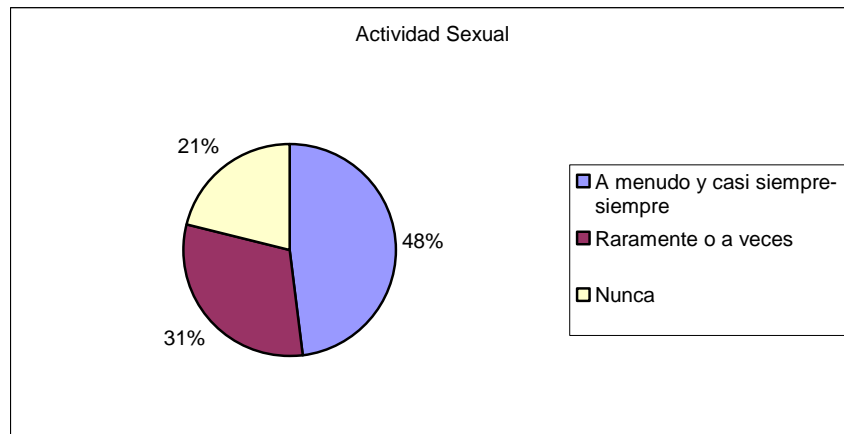
## **Resultados Satisfacción Sexual**

Como ya he comentado uno de los principales handicap a la hora de empezar a realizar el trabajo fue el reclutamiento de las pacientes. Cabe destacar que en un 21.5% de los casos, que no se incluyeron en los resultados del trabajo, las pacientes a la hora de responder a la pregunta llave no referían ningún tipo de actividad sexual en las últimas 4 semanas, dado los resultados se pregunto sobre el tema, y la mayor parte de los casos refería molestias en área genital, inapetencia sexual y "falta" de conexión con la nueva situación familiar y su pareja.

En el pase de esquema corporal en visión anterior y posterior que se pasó a todas las pacientes, para valorar su situación basal, y para ver los cambios que ellas apreciaban previo embarazo y puerperio, puso de manifiesto que hasta en un 52% de los casos, las pacientes percibían su cuerpo como desagradable y/o grotesco, comentando en la mayor parto de los casos (hasta un 70%) que ellas mismas evitaban determinadas zonas de su cuerpo a la hora de alcanzar satisfacción sexual sola o en pareja. Incluso en la entrevista personal se puso de manifiesto que en un 18% de los casos había cambiado el "patrón" habitual en su relación sexual con su pareja, centrándose en una relación coital para evitar el contacto visual de su pareja al tocar determinadas zonas. Al hablar con estas pacientes sobre el tema, se decidió realizar un seguimiento en conjunto con la matrona y solicitar la colaboración de una psicóloga especializada en Sexualidad de nuestro hospital para tratar las disfunciones sexuales encontradas durante nuestro estudio.

El 62,3% de los encuestados ha tenido fantasías sexuales a menudo y casi siempre-siempre.

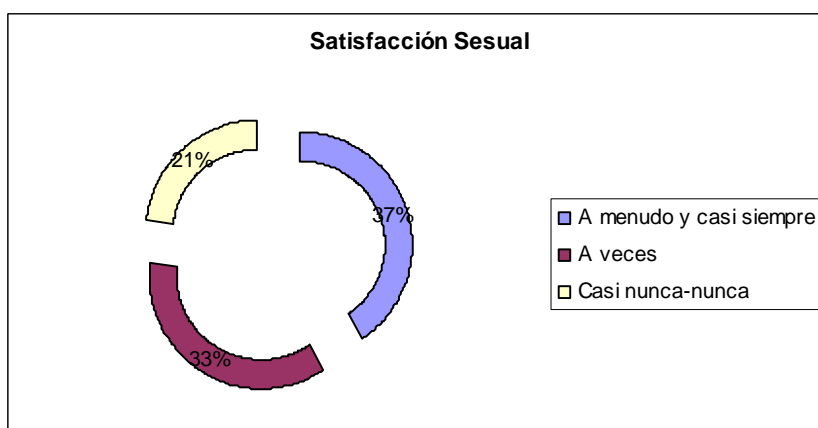
El 48% de las pacientes encuestadas tiene pensamientos o deseo de realizar algún tipo de actividad sexual a menudo y casi siempre-siempre, el 31% de las pacientes raramente o a veces ha tenido pensamientos sexuales, frente al 21% que nunca ha tenido pensamiento o deseo sexual.



En cuanto a la pregunta 3 y 4, sobre la excitación sexual, más de la mitad de los casos, concretamente un 64% ha respondido que ha menudo o casi siempre ha sentido excitación sexual.

En relación a la pregunta número 6 uno de las cosas que más me ha llamado la atención es que aunque en > 60% de las pacientes tienen deseo y excitación sexual, en un 35,5% encontramos que han sentido molestias y dolor en la zona genital a menudo o casi siempre-siempre.

La satisfacción sexual de las paciente se valora, principalmente en la pregunta nº 9 y 13, observando en nuestro estudio que en el 37% de los casos las pacientes responden a menudo y/o casi siempre se sienten satisfechas, frente un 30% en las que nunca o raramente (el 33% restante se sitúa en una línea media).

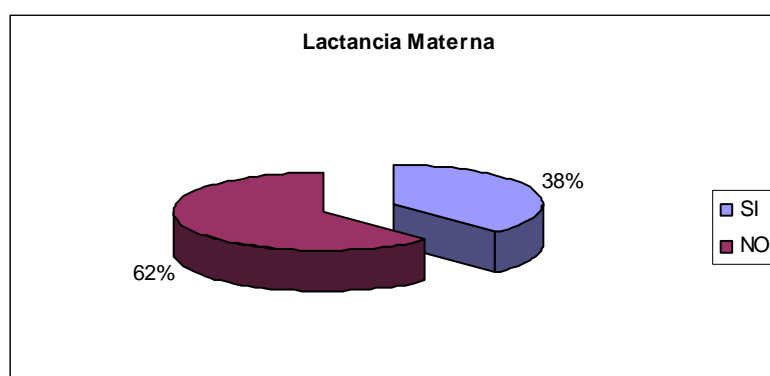


**Anticoncepción y puerperio**

Un 58% de las pacientes encuestadas tienen miedo a mantener relaciones sexuales durante este periodo, principalmente por rechazo a su cuerpo y falta de intimidad en la pareja, a pesar de que tal y como se ve en los resultados, en un 67% de los casos se encuentran satisfechas sexualmente. Probablemente las diferencias e incongruencias en estos puntos puede estar en que la mayor parte de las pacientes se están adaptando a esta nueva situación pero que, a pesar de tener miedo a mantener relaciones, con ellas se encuentran satisfechas.

Un 70% de las pacientes encuestadas si notan cambios en su satisfacción sexual con respecto a su situación previo embarazo

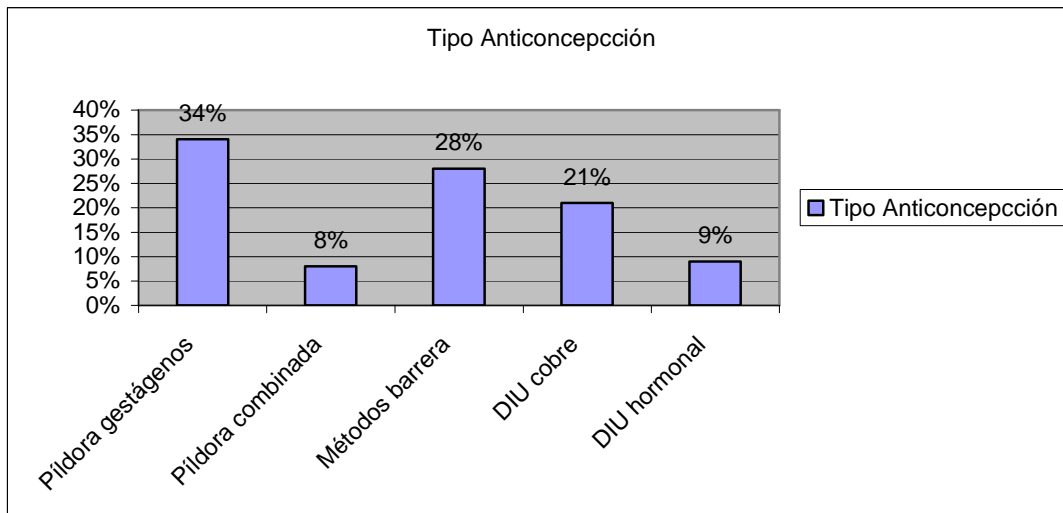
Un 62% de las pacientes encuestadas están dando lactancia materna.



### **Uso de método Anticonceptivo durante lactancia materna**

En relación a los métodos anticonceptivos durante el embarazo vemos como a medida que nos alejamos de los medios urbanos y nos acercamos a medios más rurales existe más desconocimiento en cuanto a su posibilidad de uso durante la lactancia. Una de las cosas que más me llamo la atención es que a pesar de las clases de preparación al parto, atención durante gestación e información disponible actualmente, en un 48% de los casos todas la pacientes encuestadas creen que durante la lactancia materna existen ciclos anovulatorios y la posibilidad de gestación es practicamente nula.

En cuanto a uso de métodos contraceptivo encontramos:



## DISCUSIÓN

En base a la literatura y la experiencia de los profesionales involucrados en la atención a las parejas embarazadas y en el postparto en atención primaria parece que existe una gran variabilidad individual en cuanto a patrones de conducta en relación a la función sexual.

Los factores relacionados con dicha variabilidad pueden ser culturales, sociales, económicas e incluso geográficas, así como los cambios hormonales relacionados con la albúmina, testosterona y SHBG o los cambios físicos que se suceden en el embarazo y parto: aumento del perímetro abdominal, vasodilatación perineal, lesiones perineales del parto, tipo del mismo etc. La nueva situación involucra a la pareja, si existiera, y en consecuencia a su respuesta sexual y esto a su vez influencia a la de la mujer.

Nuestra hipótesis es que la función sexual se puede ver afectada por el embarazo y postparto, que esta situación puede ser el origen de determinadas disfunciones sexuales, y que su investigación y abordaje permitirá establecer programas de reeducación y mejora de las mismas, así mismo durante este periodo son muchas las pacientes que presentan miedos y temores en relación de los distintos métodos anticonceptivos que pueden utilizar con seguridad y miedo a una nueva gestación. Los criterios principales de valoración son:

## FUNCIÓN SEXUAL DE LA MUJER :



Son las variables recogidas en el cuestionario de Sanchez y cols. El test de Sanchez y cols. de evaluación de la salud sexual en mujeres es un cuestionario autoadministrado de 14 preguntas y que se responde con una escala de Likert validada en España y que mide las siguientes dominios: Deseo (ítems 1,2,4) excitación (ítems 3,4,5), Lubricación (ítem 5), Orgasmo (ítem 9) Satisfacción de la actividad sexual (ítem 14) Problemas con la penetración vaginal (6,7a y 8), Ansiedad anticipatoria (ítem 8) Iniciativa sexual (ítem 10), Grado de comunicación sexual (ítem 11)

En relación con otros cuestionarios diseñados para evaluar la función sexual de la mujer, cabe destacar: su ajustado número de preguntas y tiempo de cumplimentación (5-10 min), en contraste con otros globales; su fidelidad en la evaluación de las fases de la respuesta sexual (criterios DSM-IV), algo que otros no logran por la época en que se diseñaron, por valorar sólo alguna fase o por su reducido número de ítems; su capacidad para evaluar a mujeres con actividad sexual en pareja o individual, sea cual sea su orientación sexual, lo cual es infrecuente; el hecho de que su objetivo principal sea diagnóstico, cuando para otros es evaluar efectos sobre la sexualidad femenina de enfermedades, fármacos, psicofármacos y tratamientos para la disfunción sexual, caso del CSFQ (Change in Sexual Functioning Questionnaire), SFQ-V1 (Sexual Function Questionnaire), S4 e IFSF; su capacidad de aproximación diagnóstica al discriminar entre un mayor número de dominios y DS; la pregunta alternativa 7b, aunque útil sólo en unos pocos casos le confiere mayor potencia diagnóstica, evita distorsiones y propicia la búsqueda de disfunción sexual en la pareja; su adaptación al entorno cultural y su validación en castellano, a diferencia de cuestionarios de estructura similar, como el FSFI (Female Sexual Function Index), BSIF-W (Brief Index of Sexual Functioning for Women) y SFQ-V1.

Creemos que utilizado correctamente será un instrumento útil para el ginecólogo, matrona, médico de atención primarias y otros profesionales de la salud. El hecho de que la mujer pueda administrarse el cuestionario favorece su sinceridad al preservar su intimidad y permite una exhaustiva exploración de su esfera sexual en un corto espacio de tiempo, lo cual es de ayuda en la práctica diaria. No obstante, a pesar de sus bondades, ningún cuestionario debe sustituir nunca a una buena entrevista clínica y, una vez realizada la

aproximación diagnóstica, será aquélla, junto a las pruebas complementarias, lo que nos conducirá al diagnóstico definitivo de la disfunción sexual.

## **CONTRACEPCIÓN**

Así mismo junto con la entrevista de Sánchez y cols, se valorará conocimientos, dudas y temores sobre los distintos métodos anticonceptivos durante el puerperio y lactancia materna.

## **ESQUEMA CORPORAL**

Se valora mediante esquema corporal en visión anterior y posterior autoadministrado a las pacientes participantes en el estudio, para ver las zonas que son tocadas durante el acto sexual durante primer año postparto y que ellas lo relacionen con aquellas zonas corporales en las que se concentraba su actividad sexual previa gestación y embarazo. El objetivo principal es localizar cambios en los patrones sexuales de las pacientes durante el postparto, para en caso de diagnósticos de disfunciones sexuales poner en marcha esquemas y directrices de mejoras en el trato de las pacientes.

## **Dificultades y limitaciones del estudio**

La mayor parte de las dificultades de este estudio es el proceso de reclutamiento. Sin embargo el tipo de muestreo seleccionado y el análisis de datos se realizará de forma acorde al tamaño muestral final.

## **CONCLUSIONES**

El principal problema que encontramos a la hora de valorar la satisfacción sexual de la mujer es el proceso de reclutamiento, dado que durante este periodo de sus vidas muchas de las mujeres preguntadas sobre el tema no quisieron participar en el estudio.

Como se refleja en la encuesta y en la mayoría de la bibliografía revisada sobre el tema, durante este periodo muchas de las pacientes lo viven como un periodo angustia y preocupación en mucho de los casos, pues en la gran parte de los casos es un tema por el que se pasa por alto en las consultas. Tras esta revisión del tema, vemos que la simple

aplicación del Test de 14 Items de Sanchez y cols. es una forma fácil y rápida de valorar la satisfacción sexual de las mujeres en cualquier periodo de su vida y pone en alerta a los profesionales de la salud en busca de posibles disfunciones sexuales. Dado que es un tipo de cuestionario autoadministrado y que se puede realizar en 10 minutos, sería interesante incorporarlo en la práctica diaria.

En cuanto a los conocimientos de los distintos métodos anticonceptivos durante este periodo, la mayor parte de las pacientes entrevistadas desconocen la posibilidad de poder insertar un DIU en puerperio inmediato y también descata que en la mayor parte de los casos se creen que todos los ciclos son anaovulatorios durante la lactancia materna y por ello muchas de ellas no suelen preguntar sobre el tema, hasta que van a la revisión postparto. A la hora de preguntar sobre la pildora solo gestágenos, es cierto que tal como se refleja en la encuesta, la mayor parte de las pacientes la conocen y la utilizan.

Uno de los puntos que quizás se debería hacer más hincapié es promover talleres o charlas sobre anticoncepción durante este periodo, ya que existe la creencia popular de la "no" posibilidad de uso de DIU en puerperio inmediato hasta pasada la cuarentena y la creencia popular de "imposibilidad de gestación" durante lactancia materna.

Es verdad que hay diferencia en los resultados si los analizamos de forma específica, ya que a medida que nos alejamos del centro de la ciudad y nos acercamos a medios más rurales el desconocimiento sobre el tema y la dificultad para acceder a la paciente con este cuestionario es mayor, por lo tanto al revisar los resultados del trabajo una de las cosas que nos hemos planteado en mi Servicio es iniciar cursos y talleres sobre anticoncepción y disfunción sexual, e incluso hemos llegado a plantear la necesidad de poner en marcha uno-dos días a la semana una consulta de planificación familiar en los medios más rurales de la población estudiada, ya que en estas zonas no hay consulta de planificación familiar.

## Bibliografía

- 1.- L.B. Signorello, B. L. Harlow, A. K. Chekos, and J. T. Repke. Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: A retrospective cohort study of primiparous women. *Am. J Obstet Gynecol* 2001; 184:881-90.
- 2.- A. E. Sayle, D. A. Savitz, J. M. Thorp, I. A. Hertz-Picciotto and A. J. Wilcox. Sexual activity during late pregnancy and risk of preterm delivery. *Obstet Gynecol* 2001; 97: 283-9.
- 3.- J. E. Byrd, J. S. Hyde, J. D. Delamater, E. A. Plant. Sexuality during pregnancy and the year postpartum. *J Fam Pract* 1998; 47:305-308.
- 4- C: M. A. Glazener.. Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. *Br J. Of Obstet Gynaecol* 1997; 104, 330-335.
- 5- D. M. Ackard, A. Kearney-Cooke, C. B. Peterson. Effect of body image and self-image on women sexual behaviors. *Int J Eat Disord* 2000; 28, 422-429.
- 6.- Mc Ewan E. Women's feelings about the figure change in pregnancy. In *current Practice in Obstetrics and Gynecologic Nursing* edited by L.K. McNAIL and D.T. Galuner, C. V. Mosby St Louis, pag 26. 1976.
- 9.- Falicov CJ. Sexual adjustment during first pregnancy and postpartum. *Am J Obstet Gynecol* 1973;117:991.
- 10.- Solberg DA, Buttler J, Wagner NN. Sexual behavior in pregnancy. *N. Engl J Med* 1973; 288:1098.
- 11.- Perkins RP. Sexual behavior and response in relation to complications of pregnancy. *Am J Obstet and Gynecol* 1979;134:498.
- 12.- Hayes R.D., Dennerstein L., Bennett C.M., Fairley C. What is the "true" prevalence of Female Sexual Dysfunction and does the way we assess these conditions have an impact? *J.Sex: Med* 2008; 777-787.
- 13.- Hayes R.D., Dennerstein L., Bennett C.M., Sidat M., Gurrin LL., Fairley C. Risk factors for female sexual dysfunction in the general population; Exploring factors associated with low sexual function and sexual distress. *J. Sex. Med* 2008;5:1681-1693.
- 14.- Sang Hoon Song, Hyewon Jeon, Soo Woong Kim, Yae Seung Painck and Hwancheol Son. The prevalence and risk factors of female sexual dysfunction in the young Korean Women. *J. Sex Med* 2008; 5:1694-1701.
- 15.- Pauls Nr., Occhino JA., Dryfout V. Pregnancy sexual function and Body Image: A prospective study. *J. Sex. Med* 2008
- 16.- Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J. Urol.* 2000; 163:888-893
- 17.- Braunstein GD. Safety and efficacy of a testosterone match for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in surgically menopausal women. *Arch Intern med* .2005; 165: 1582-1589
- 18.- Laumann EL, Paik A, Rosen RC. Sexual Dysfunction in United States: Prevalence and predictors. *JAMA* 1999; 10: 537-45.
- 19.- Bancroft J, Loftus J, Long JC. Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. *Arch Sex Behav* 2003; 32:193-208.
- 20.- Hayes RD, Bennet CM, Fairley CK, Dennerstein L, What can prevalence studies tell us about female sexual dysfunction? *J Sex Med* 2006; 3 : 589-595.

21.- Bancroft J. The medicalization of female sexual dysfunction: The need for caution.  
Arch Sex Behav 2002; 31:451-3.