



Universidad de Valladolid

**Facultad de Enfermería de
Valladolid**

Grado en Enfermería

Curso 2018/19

**PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA
SALUD: FOMENTO DE UNA
SEXUALIDAD SANA TRAS EL PARTO**

Alumna: Raquel Cantera Nieto

Tutora: Dra. María José Cao Torija

RESUMEN

La sexualidad es un concepto multidimensional y continuo, que surge tras nacer y permanece y evoluciona con la persona a lo largo de la vida. Durante y tras el puerperio, conforma el área más vulnerable de la relación en pareja. Asimismo, en esta etapa se producen grandes cambios físicos, fisiológicos, psíquicos y sociales que afectan de una manera directa en el reinicio de las relaciones sexuales, la respuesta sexual o la función sexual. Es una preocupación común por parte de los nuevos padres; sin embargo, es escasamente tratada pese a la alta incidencia de problemas que acarrearán a la salud sexual.

El objetivo de este Trabajo de Fin de Grado es dotar a las parejas de recursos para que puedan afrontar los cambios que se producen en la sexualidad tras el parto mediante la elaboración de un Programa de Educación para la Salud específico para las embarazadas y sus respectivas parejas.

El diseño del mismo se basó en una pedagogía activa e interactiva y se acompañó de un foro de preguntas, como herramienta de apoyo, al ser actualmente internet, la principal fuente de información y comunicación.

Las escasas actuaciones sobre la sexualidad tras el parto o la importancia que reside en la aportación de información para reducir la prevalencia de falsas creencias, mitos, tabúes y problemas de salud sexual; concluyen la necesidad de un programa como instrumento de promoción de salud y de prevención en sus tres niveles.

PALABRAS CLAVE: sexualidad, postparto, salud sexual, enfermería, educación sanitaria.

ABSTRACT

Sexuality is a multidimensional and continuous concept that arises after birth and remains and evolves with the person throughout life. During and after the puerperium, it forms the most vulnerable area of the couple's relationship. Also, in this stage there are major physical, physiological, psychic and social changes that directly affect in the resumption of sexual relations, sexual response or sexual function. It is a common concern on the part of new parents; however, it is poorly treated despite the high incidence of problems that affect to sexual health.

The purpose of this TFG is to provide couples with resources so they can face the changes that occur in sexuality after childbirth by developing a specific health education program for pregnant women and their respective partners.

A Health Education program was designed based on an active and interactive pedagogy and a forum was also created as a support for the program, since the Internet is currently the main source of information and communication.

The few actions on sexuality after childbirth or the importance that lies in the provision of information to reduce the prevalence of false beliefs, myths, taboos and sexual health problems; they conclude the need for a program as an instrument for health promotion and prevention at its three levels.

KEY WORDS: sexuality, postpartum, sexual health, nursing, health education.

ÍNDICE

1. Introducción.....	3
1.1 Antecedentes y definición del problema.....	3
1.2 Factores que afectan en la reanudación de las relaciones sexuales.....	5
1.3 Respuesta sexual y disfunción sexual.....	6
1.4 Salud sexual.....	7
2. Justificación.....	9
3. Objetivos.....	10
4. Metodología.....	11
5. Desarrollo del Programa de Educación para la Salud.....	13
5.1 Datos técnicos y de identificación del programa.....	13
5.2 Definición y justificación del programa.....	13
5.3 Definición del grupo de incidencia crítica.....	14
5.4 Análisis y descripción de la población diana.....	15
5.5 Formulación de objetivos.....	15
5.6 Selección de una metodología educativa.....	16
5.7 Integración con otras actividades y estrategias.....	20
5.8 Ejecución y puesta en marcha.....	20
5.9 Evaluación.....	22
5.10 Registros.....	23
6. Conclusiones.....	24
7. Bibliografía.....	25
8. Anexos.....	28
8.1 Anexo 1: Presentación PowerPoint de apoyo a la actividad 2, sesión 1.....	28
8.2 Anexo 2: Presentación PowerPoint de apoyo a la actividad 2, sesión 2.....	29
8.3 Anexo 3: Presentación PowerPoint de apoyo a la actividad 1, sesión 3.....	30
8.4 Anexo 4: Presentación PowerPoint de apoyo a la actividad 2, sesión 4.....	31
8.5 Anexo 5: Cartel informativo.....	32
8.6 Anexo 6: Evaluación de conocimientos y situación inicial.....	33
8.7 Anexo 7: Evaluación final de conocimientos.....	35
8.8 Anexo 8: Evaluación final de situación.....	36
8.9 Anexo 9: Evaluación del proceso dirigido a los participantes.....	37
8.10 Anexo 10: Evaluación final del proceso dirigido a los participantes.....	38
8.11 Anexo 11: Evaluación del proceso dirigido a los profesionales.....	39

ÍNDICE DE FIGURAS, IMÁGENES Y TABLAS.

Figura 1: Figura 1. Edad Media a la Maternidad por provincia, primer hijo según orden de nacimiento.

Tabla 1: Sesión 1. ¿Qué ocurre tras el parto?

Tabla 2: Sesión 2. Mitos y sexualidad.

Tabla 3: Sesión 3. Métodos anticonceptivos.

Tabla 4: Sesión 4. La adquisición de un nuevo rol.

Tabla 5: Calendario de ejecución y puesta en marcha.

Tabla 6: Cronograma de actividades y evaluaciones.

ABREVIATURAS.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

SEGO: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.

WAS: Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología.

1. INTRODUCCIÓN.

1.1 ANTECEDENTES Y DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.

La sexualidad es un concepto multidimensional y continuo. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la sexualidad humana se entiende como:

“Un aspecto central del ser humano durante toda su vida, abarca el sexo, las identidades y roles de género, la orientación sexual, el erotismo, placer, intimidad y reproducción. La sexualidad se experimenta y expresa en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, roles y relaciones; está influenciada por factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales” (OMS, 2006)

La sexualidad humana es una parte de la personalidad, una cualidad innata y compleja que surge tras nacer y permanece y evoluciona con la persona a lo largo de la vida. Se expresa mediante las relaciones tanto con los demás como con uno mismo y por medio de las emociones, de la respuesta sexual, del papel sexual, de la reproducción o el erotismo. El buen funcionamiento del sistema endocrino, los órganos genitales, el sistema nervioso y las zonas erógenas permiten sustentar la dimensión biológica de la sexualidad. De igual modo su interacción con el ambiente sociocultural posibilita la construcción de una sexualidad única, la cual se expresa de manera diferente según la fase de su desarrollo y sociedad particular. [2] [3]

Este término ha cambiado acorde al momento histórico y cultural. Muchos son los autores que han aportado conocimientos acerca del mismo. Desde la prehistoria y las antiguas civilizaciones ya se tienen datos acerca de la sexualidad. Es en el siglo XIX cuando la psicología, la psiquiatría y la medicina se introducen en este concepto. En 1882 Richard Kraft- Ebing describe los comportamientos sexuales patológicos y su tratamiento. Posteriormente, Sigmund Freud instaura el modernismo sexual. Realizó un estudio psicoanalítico dónde argumentaba el camino de la sexualidad desde la infancia y su influencia en la personalidad y la forma de actuar. En el siglo XX Marie Stopes promueve

una sexualidad libre sin las represiones de la época victoriana. Margaret Sanger, Margaret Mead y Geramine Greer exponen la visión de la mujer y su encasillado acorde a la sexualidad y la sociedad. En este momento aparece la necesidad de una buena educación sexual y reproductiva, se inicia un movimiento de lucha para minimizar el dominio patriarcal y se exige el reconocimiento de la satisfacción sexual femenina. Todos los acontecimientos históricos previos permiten visionar la sexualidad como hoy la vemos en el siglo XXI. [2, 4]

La sexualidad humana presenta modificaciones en los diferentes periodos y acontecimientos vitales. Durante y tras el puerperio, conforma el área más vulnerable de la relación en pareja. [5] El puerperio según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) se define como el periodo aproximado de 6-8 semanas que va desde el final del parto hasta la primera menstruación. Se divide a nivel cronológico en un puerperio inmediato (corresponde a las 24 horas tras el parto), un puerperio clínico (desde el fin del puerperio inmediato hasta el momento de alta clínica) y un el puerperio tardío (desde el fin del puerperio clínico hasta la primera menstruación). [6]

En este periodo se originan grandes cambios fisiológicos. Se produce la involución uterina, la expulsión de loquios, la regeneración del endometrio, la recuperación de la vagina, el tono vesical, el cuello del útero y de la musculatura tanto pélvica como abdominal. Por otro lado, las mamas presentan un aumento del tamaño, ingurgitación y una mayor sensibilidad que desencadenará la instauración de la lactancia. A su vez, las modificaciones que se producen a nivel endocrino, hemodinámico y hematológico permitirán que el aparato reproductor femenino tome las condiciones pregestacionales y su reversión física. [7] La recuperación no es un proceso lineal ni homogéneo en todas las mujeres por lo que es de gran relevancia conocer los aspectos que pueden influir en el pronto restablecimiento de la respuesta sexual. [8]

Además, se pueden observar otros cambios en esta etapa a nivel psicológico y social. Aparecen emociones ambivalentes y diferentes para cada miembro de la pareja, tensiones adquiridas por la adopción del nuevo rol, estrés, ansiedad o alteraciones del estado de ánimo. [8]

1.2 FACTORES QUE AFECTAN EN LA REANUDACIÓN DE LAS RELACIONES SEXUALES.

Tras el parto, la actividad sexual se ve reducida por factores físicos, psicológicos y sociales. Los factores físicos más conocidos son los daños perineales (producidos por desgarros, episiotomías o partos instrumentales), las cicatrices abdominales tras una cesárea, las hemorroides, los entuertos o daños en la musculatura del suelo pélvico entre otros. Cualquier afectación del suelo pélvico puede suponer una disfunción que cause alteraciones sexuales, prolapso genital, incontinencia urinaria, fecal o de gases y estreñimiento distal. [9]

Múltiples investigaciones afirman que el tipo de parto influye en el reinicio de las relaciones sexuales [10-14]. El parto vaginal instrumentalizado mostró mayor afectación en la excitación, la lubricación y el orgasmo provocando una disminución general del funcionamiento sexual en comparación con el parto vaginal espontáneo. [14]. Las mujeres que han tenido un parto mediante fórceps, episiotomía, desgarro o un estatus socioeconómico más alto mostraron un retraso en el reinicio de las relaciones sociales. [13] A su vez otro estudio afirma que el parto mediante cesárea se asoció con mayor depresión postparto, dolor y pobre satisfacción sexual antes de los 6 meses. [10] Sin embargo a partir de los 6 meses postparto varios estudios avalan que la función sexual es igual en todos independientemente del tipo de parto. [10, 11, 15]

Aun cuando hay una recuperación física completa, no todas las parejas reinician las relaciones íntimas. Los factores psicológicos y sociales están más infravalorados, sin embargo, son trascendentales. A su vez, la multidimensionalidad del abordaje de la sexualidad tras el parto se ve reflejado también en los cambios hormonales. [9]

A nivel hormonal se produce una disminución de estrógenos que provoca falta de deseo sexual y lubricación, adelgazamiento de las paredes vaginales y la tristeza puerperal. Las madres lactantes presentan un aumento de la prolactina lo que conlleva a una disminución de la testosterona, hormona encargada de la libido. La oxitocina por su parte, que se secreta durante la lactancia causa excitación sexual. Esta sensación contradictoria puede suponer un sentimiento de culpabilidad en la madre. [9, 16]

Por otro lado, la sociedad actual ejerce gran presión sobre las mujeres a través de los cánones de belleza y la necesidad de ser unas madres y esposas perfectas. Esto supone una baja autoestima y una mala autopercepción de ellas mismas tras los cambios físicos que han sufrido durante el embarazo y el parto, así como miedo a perder el erotismo y a no saber afrontar las nuevas vivencias. [9, 16] Se estima que entre un 10-16% de las madres son diagnosticadas por un episodio depresivo mayor durante el embarazo o en el primer año tras el parto. [17] Esta enfermedad mental, conocida como depresión postparto, causa una tristeza intensa con labilidad emocional y suele aparecer a las 4 semanas postparto. [18] Estas mujeres presentan dificultad en la reanudación de las relaciones sexuales incluso a los 6 meses postparto. [9] Actualmente la creciente evidencia científica refleja cómo tanto las madres como los padres se ven involucrados en este trastorno. [31]

El nacimiento de un hijo suele acompañarse también de cambios psicológicos y sociales muy significativos. Es un impacto emocional para la pareja que crea tensiones por la adopción del nuevo rol, cambios en el estilo de vida, en las actividades recreativas y en las relaciones interpersonales al producirse una pérdida de la intimidad y del espacio personal. Todos estos cambios interpersonales e intrapersonales pueden tener una repercusión significativa en la relación al afectar tanto al interés como al comportamiento sexual de los padres. No se puede prescindir del bagaje sexual, relacional y personal para un afrontamiento adaptativo y lucrativo en esta etapa. [8, 19]

1.3 RESPUESTA SEXUAL Y DISFUNCIÓN SEXUAL.

Tras el parto, la función sexual, entendida como la respuesta fisiológica del organismo ante la sexualidad, se ve influenciada por los factores físicos, psicológicos y sociales pudiendo desencadenar disfunciones sexuales.

La disfunción sexual se concibe como alteraciones en la función o sensibilidad durante la actividad sexual. Se considera como tal la dispareunia, la disminución recidivante o persistente del deseo sexual, la dificultad para conseguir la excitación o el orgasmo o la negación a realizar cualquier actividad sexual. [3]

Algunos de los factores de riesgo que influyen en que se produzca una disfunción en el primer año postparto son una actividad sexual poco frecuente, reanudación tardía, primiparidad, encontrarse en los primeros cinco meses postparto, depresión o insatisfacción en la relación. Asimismo, los tipos de disfunción sexual más prevalentes son el trastorno del deseo sexual, el trastorno de excitación sexual y los problemas orgásmicos. [20, 21]

Según el desarrollo de la función sexual de cada persona se desencadena la respuesta sexual. El modelo lineal de Masters y Johnson junto con las aportaciones de Kaplan recogen una respuesta sexual compuesta por tres fases: el deseo, la excitación y el orgasmo. Sin embargo, este modelo se ha mostrado insuficiente para explicar de manera integral la respuesta sexual femenina en la que la relación interpersonal y las cuestiones psicológicas son distinguidas. Basson, introdujo un modelo circular que reconoce la interacción de los estímulos sexuales, la intimidad emocional, la satisfacción con la relación y los factores psicológicos como determinantes de la respuesta sexual [3, 22] En esta etapa, la lactancia materna, el cansancio, la falta de tiempo, los traumatismos perineales o la preocupación por la imagen corporal influyen sobre el deseo sexual de las madres. Un 50% de las mujeres refieren pérdida de interés en el sexo incluso pasado un año tras el parto. [29] Asimismo, la fase de orgasmo se ve alterada. El 39%, 60% y 61% de las mujeres logran el orgasmo a las 6, 12, y 24 semanas tras el parto. [23]

1.4 SALUD SEXUAL.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud sexual como *“La salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, y no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. Para que todas las personas alcancen y mantengan una buena salud sexual, se deben respetar, proteger y satisfacer sus derechos sexuales.”* [24]

La salud es un derecho universal y la salud sexual es un derecho humano básico. Los derechos sexuales fueron descritos 14º Congreso Mundial de Sexología

(1999), en Hong y fueron aprobados por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología (WAS). Para considerar estos derechos es imprescindible su reconocimiento, respeto y ejercicio. [25]

La OMS recomienda en los servicios de atención primaria la incorporación de la salud sexual y sugiere la formación integral en sexualidad. A su vez, la timidez que subyace sobre dicho término en el área educacional y profesional evidencia la necesidad de atención. [26]

2. JUSTIFICACIÓN.

La salud sexual en el postparto es una preocupación común y con una alta prevalencia, sin embargo, es poco comprendida. Presenta una consideración por parte los investigadores y profesionales de la salud mínima. Esta situación no permite otorgar información y ayuda para manejar los cambios transitorios que se producen en esta etapa. [13, 27, 28]

Hay una gran brecha entre la información recibida en el postparto y la deseada por parte de las pacientes y sus respectivas parejas. La información más solicitada en este periodo y menos recibida acontece hacia la salud sexual y mental. Ante la vergüenza y el desconocimiento las fuentes de información suelen ser internet y las aplicaciones móviles. [30]

La información de fuentes confiables y de calidad debe usarse para guiar la práctica clínica. Esto permitirá disipar los mitos sobre la sexualidad, disminuir los sentimientos de culpa o ansiedad por reanudar la actividad sexual y facilitará a los profesionales de la salud adaptar la información a cada paciente de manera particular. [27]

A su vez, se identificó que la enfermería participa mínimamente en la aportación de información pese a la alta incidencia de problemas de salud sexual [29]. La atención por parte de matronas y resto de profesionales de salud aborda aspectos físicos y de promoción del autocuidado sin tratar de manera exhaustiva y específica la esfera sexual y la relación en pareja. Esto muestra la necesidad de educación en este área lo que permitirá una mayor comprensión clínica y dará trascendencia a este aspecto presente en la atención maternal. [8, 27, 29]

3. OBJETIVOS.

Objetivo general: Elaborar un Programa de Educación para la Salud a fin de dotar a las parejas de recursos para que puedan afrontar los cambios que se producen en la sexualidad tras el parto.

Objetivos específicos:

1. Actualizar los conocimientos de las parejas mediante una educación sanitaria basada en la evidencia científica.
2. Fomentar y considerar la función docente de enfermería mediante la elaboración de un Programa de Educación para la Salud.
3. Implicar a las parejas para que puedan resolver sus dudas y cambiar su comportamiento.

4. METODOLOGÍA.

El presente Trabajo de Fin de Grado se ha orientado hacia el diseño de un Programa de Educación para la Salud, estableciendo una metodología dividida en dos fases:

1. En la primera fase se ha realizado la búsqueda bibliográfica realizando una selección de las publicaciones más relevantes. Los descriptores en Ciencias de la Salud Decs y Mesh han sido: sexualidad, salud sexual, postparto, disfunción sexual, satisfacción sexual, sexuality, sexual health, postpartum, sexual dysfunction y sexual satisfaction. Las fuentes de información consultadas han sido:
 - Bases de datos especializadas en Ciencias de la Salud: Pubmed, Dialnet y Biblioteca Virtual de la Universidad de Valladolid.
 - Páginas institucionales: Organización Mundial de la Salud (OMS), Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y World Association for Sexual Health (WAS).
 - Biblioteca de Ciencias de la Salud de la Universidad de Valladolid.
 - Buscadores y portales de internet: Google, Google Scholar.

Fueron seleccionados un total de 44 artículos en Pubmed, 3 en Dialnet y otros 10 en Google Scholar. Todos ellos han sido publicados en los últimos 5 años a excepción de algún artículo que contenía información relevante a pesar de ser algo más antiguo. Se realizó una lectura y síntesis de dichos artículos. Finalmente fueron utilizados 28, respectivamente mencionados en la bibliografía. En esta revisión se encontró la necesidad de educación en salud sexual al tratarse de una preocupación común y poco comprendida entre los nuevos padres, así como todos los cambios que se producen en la pareja a nivel biopsicosocial tras el parto.

2. Tras realizar la búsqueda bibliográfica se procede a desarrollar el Programa de Educación para la Salud para el fomento de una sexualidad sana tras el parto, estructurado del siguiente modo:
 - Datos técnicos e identificación del programa.
 - Definición y justificación.

- Definición del grupo de incidencia crítica.
- Análisis y descripción de la población diana.
- Formulación de objetivos.
- Selección de la metodología educativa.
- Integración con otras actividades.
- Ejecución y puesta en marcha.
- Evaluación.
- Registros.

5. DESARROLLO DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

5.1 DATOS TÉCNICOS Y DE IDENTIFICACIÓN DEL PROGRAMA.

- Título: Programa de Educación para la Salud: fomento de una sexualidad sana tras el parto.
- Lugar: Ciudad de Valladolid.
- Entorno: Centros de Salud pertenecientes al Área Este de Valladolid.
- Población a la que va dirigido: 10 parejas con edades comprendidas entre 18 y 45 años pertenecientes al Área de Salud Este de Valladolid. Presentarán 30 semanas de gestación o menos.
- Recursos necesarios:
 - o Recursos humanos: la matrona/enfermera y las propias parejas.
 - o Recursos materiales: aulas, mesas, sillas, ordenador con acceso a internet, proyector, impresora, folios, rotuladores, cartulinas A3, papel adhesivo A4.
- Tiempo de aplicación del programa: se realizarán 4 sesiones, una por semana durante un 1 mes.
- Tiempo de logro de los objetivos: se estima que los objetivos propuestos puedan evaluarse tras finalizar el programa y a los 6 meses tras el parto.

5.2 DEFINICIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA.

En la actualidad son escasas las investigaciones y actuaciones enfocadas en la esfera de la salud sexual a pesar de que se trate de un derecho humano básico. En el período que transcurre tras el parto, la sexualidad, se ve vulnerable por los grandes cambios que se producen tanto en la mujer como de una manera global en la pareja. [29]

En esta etapa, el deseo de recibir información sobre todo lo que concierne a la salud sexual por parte de las parejas es elevado, sin embargo, la participación del profesional de enfermería en la aportación de la misma es escasa. [29, 32].

Se ha visto la necesidad de llevar a cabo el diseño de un Programa de Educación que permitiese dotar a las parejas de recursos para que puedan afrontar los cambios que se producen en la sexualidad tras el parto. De esta manera lograríamos actuar en los tres niveles de prevención. Una prevención primaria,

al saber manejar las posibles dificultades que se puedan presentar tras el parto en el ámbito de la sexualidad. Una prevención secundaria, al proveer de medios a las parejas para identificar el problema y proponer soluciones en el momento inicial. Por último, una prevención terciaria, cuando ya se ha instaurado el problema, evitando consecuencias que afecten a otras áreas de la pareja.

5.3 DEFINICIÓN DEL GRUPO DE INCIDENCIA CRÍTICA.

El grupo de incidencia crítica está compuesto por mujeres embarazadas de 30 semanas de gestación o menos y sus respectivas parejas que residen en Valladolid. Estarán interesadas en la obtención de recursos para afrontar los cambios que se producen en la sexualidad tras el parto y tendrán una actitud positiva de aprendizaje y cambio.

Según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística se trata de una población dónde la edad media de maternidad en la mujer ronda 31,40 - 32,10 años, el rango más elevado comparado con el resto de ciudades (Figura 1). Presenta una tasa bruta de natalidad de 7,05 que ha ido en disminución desde el 2003. Además, a nivel de Castilla y León, el número medio de hijos es de 1,14. [33]

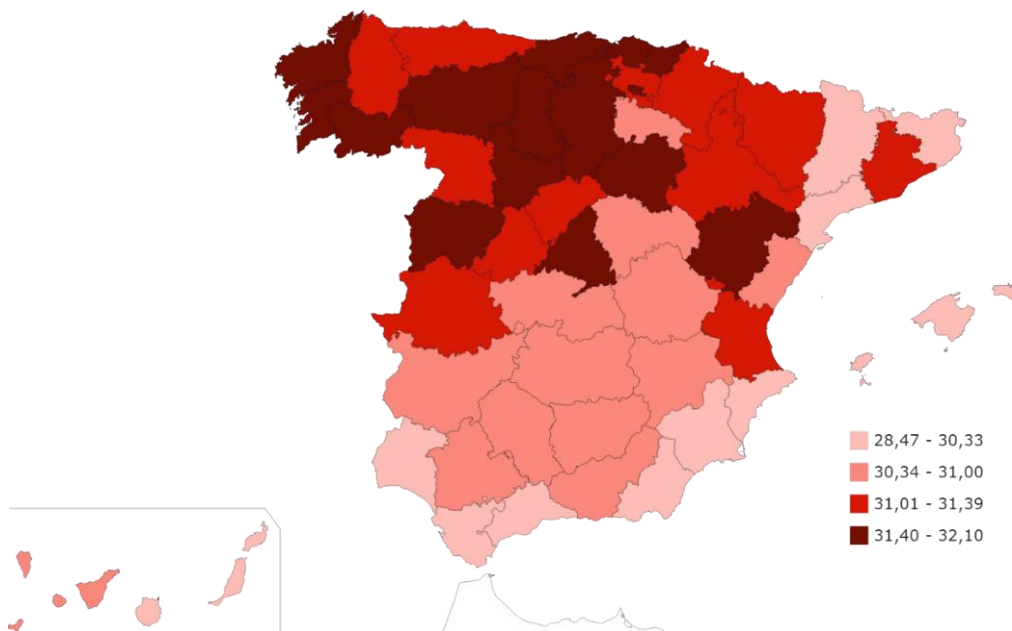


Figura 2. Edad Media a la Maternidad por provincia, primer hijo según orden de nacimiento (2017). Fuente: Instituto Nacional de Estadística. [34]

5.4 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN DIANA.

La población diana estará compuesta por un grupo de 10 parejas con edades comprendidas entre 18 y 45 años. Presentarán 30 semanas de gestación o menos para que puedan completar el programa y así lograr los tres niveles de prevención. Podrán asistir al menos a un 50% de las sesiones.

Todas las mujeres pertenecerán al Área de Salud de Valladolid Este. Las parejas serán captadas por la matrona en las consultas de seguimiento del embarazo. Corresponderán a los siguientes centros de salud tanto urbanos, semiurbanos como rurales: Barrio España, Canterac, Circunvalación, Gamazo, La Victoria, Magdalena, Pilarica, Circular, Rondilla I, Rondilla II, San Pablo, Tórtola, Alaejos, Cigales, Esguevillas, Íscar, Medina Rural, Olmedo, Peñafiel, Portillo, Serrada, Tudela y Valladolid Rural I. Se colocarán en todos ellos carteles informativos para ayudar en la captación de parejas.

Estas parejas estarán interesadas en recibir información sobre los cambios que se producen a nivel físico, biológico y psicosocial tras el parto, en eliminar mitos e inquietudes, en la obtención de recursos para sobrellevar esta nueva sexualidad, en el manejo del nuevo rol, en la autoestima o la autoimagen y en los diferentes métodos anticonceptivos que se pueden usar.

5.5 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS.

Objetivo general: prevenir las posibles dificultades que puedan acontecer en la reanudación de una sexualidad sana tras el parto.

Objetivos específicos:

1. Manejar conocimientos básicos a nivel obstétrico y sexual.
2. Eliminar los mitos e inquietudes existentes acerca de la sexualidad en esta etapa.
3. Establecer las posibilidades anticonceptivas que se ofrecen en este período.
4. Incorporar recursos como nuevos padres para la adquisición saludable del nuevo rol.

5.6 SELECCIÓN DE UNA METODOLOGÍA EDUCATIVA.

El programa constará de 4 sesiones presenciales y grupales de 70 minutos. Se realizará una sesión por semana durante un mes. En cada sesión acudirá un máximo de 10 parejas.

En cada centro de salud de atención primaria del Área Este de Valladolid, la matrona en su consulta se encargará de informar a las parejas del programa, quienes se apuntarán por voluntad propia. Además, para complementar esta captación, se colocará un cartel informativo en dichos centros (*Anexo 5*). Una vez apuntadas, la matrona les entregará la evaluación de conocimientos y situación inicial (*Anexo 6*) que permitirá realizar un diagnóstico inicial. Lo deberán entregar relleno en la primera sesión.

Se llevará a cabo una pedagogía activa e interactiva con el fin de que los nuevos padres adquieran los conocimientos necesarios que les permitan tomar decisiones autónomas, conscientes y manejar las nuevas situaciones para prevenir las posibles dificultades que puedan acontecer en la reanudación de una sexualidad sana tras el parto.

Tabla 1: Sesión 1. ¿Qué ocurre tras el parto?

SESIÓN 1: ¿QUÉ OCURRE TRAS EL PARTO?	
Objetivo específico 1: manejar conocimientos básicos a nivel obstétrico y sexual. Duración total: 70 min. Material necesario: hojas de papel, rotuladores, ordenador con proyector y acceso a internet, presentación PowerPoint.	
Actividad 1: Presentación. (15 min)	Para conseguir un clima emocional positivo en el que los miembros del grupo se encuentren relajados se realizará un breve juego de presentación. Con él se conseguirá eliminar la tensión y la vergüenza inicial. De igual modo crearemos un ambiente participativo. Los participantes se colocarán momentáneamente en un círculo. Se entregará un folio de papel y un rotulador a cada pareja. En el folio escribirán dos preguntas, lo

	doblarán haciendo un avión de papel y lo lanzarán. Cada pareja cogerá el avión que haya caído más cerca (que no sea el suyo propio) y de manera individual o grupal, contestarán ordenadamente a las preguntas escritas en el mismo.
Actividad 2: Adentrándonos en el programa. (35 min)	Se realizará una breve exposición oral dónde se explicarán de manera resumida a través de un PowerPoint (<i>anexo 1</i>) las características sexuales primarias, la respuesta sexual de Basson, la función sexual y sus respectivas diferencias en los miembros de la pareja. Además, se tratarán los cambios hormonales que se producen tras el parto y cómo afectan a nivel biopsicosocial y la lesión perineal.
Actividad 3: Eliminemos los mitos I. (10 min)	Tras cerciorarnos de que el grupo dispone de acceso a internet en sus casas y se manejan vía online, se habilitará un foro de dudas y preguntas. En él cuestionarán sus inquietudes y escribirán mitos que hayan escuchado sobre todo lo que concierne tanto a la sexualidad como al periodo tras el parto. Será de manera anónima, lo que nos garantizará que la vergüenza no afecte en el proceso de aprendizaje. Estará disponible los siguientes 5 días tras la sesión y la matrona contestará a diario para que todos puedan leer las respuestas. En la próxima sesión se expondrán las preguntas de mayor interés. Si no pudiese llevarse a cabo mediante internet, se realizaría de manera manual.

Tabla 2: Sesión 2. Mitos y sexualidad.

SESIÓN 2: MITOS Y SEXUALIDAD.
Objetivo específico 2: eliminar los mitos e inquietudes existentes acerca de la sexualidad en esta etapa.
Duración total: 70 min.
Material necesario: ordenador con proyector y acceso a Internet, dos presentaciones PowerPoint, folios e impresora.

Actividad 1: Eliminemos los mitos II. (20 min)	Se retoma la última actividad de la primera sesión. Tras una previa selección por parte de la matrona de las preguntas realizadas en el foro, se muestra lo publicado por parte de los participantes de manera anónima. La matrona irá respondiendo a estas dudas o inquietudes y desmontará los mitos.
Actividad 2: La sexualidad. (15 min)	Se realizará una breve exposición oral dónde se explicarán de manera resumida a través de un PowerPoint (<i>anexo 2</i>) la sexualidad y los cambios que se producen en esta nueva etapa.
Actividad 3: Pongamos una solución. (30 min)	Mediante un estudio de casos se tratarán los factores que intervienen en el reinicio de las relaciones sexuales y las soluciones farmacológicas y no farmacológicas. Se entregarán a los participantes en un folio varios casos situacionales de parejas que se ven afectas en el reinicio de las relaciones sexuales. De manera grupal, deberán identificar cuáles son los factores que interfieren y qué solución emplearían. La matrona se encargará de verificar y explicar las posibles dudas o errores.

Tabla 3: Sesión 3. Métodos anticonceptivos.

SESIÓN 3: MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.	
Objetivo específico 3: establecer las posibilidades anticonceptivas que se ofrecen en este período. Duración total: 70 min. Material necesario: ordenador con proyector, presentación PowerPoint, cartulinas tamaño A3, papel A4 adhesivo, impresora.	
Actividad 1: ¿Cuándo? (15 min)	Se realizará una breve exposición oral dónde se explicarán de manera resumida a través de un PowerPoint (<i>anexo 3</i>) cuándo se pueden iniciar las relaciones sexuales y el uso de métodos anticonceptivos.
Actividad 2: Póster anticonceptivo.	Se explicarán los métodos anticonceptivos que se pueden usar en el puerperio (lactancia, métodos barrera, métodos naturales, coito interrumpido, métodos químicos,

(50 min)	anticonceptivos hormonales, dispositivos intrauterinos y métodos irreversibles). Se entregará a cada pareja una cartulina tamaño A3 y varios papeles adhesivos dónde se encuentran de manera desorganizada impresas las fotos de cada método anticonceptivo con su respectivo nombre, sus definiciones, los tipos que hay, ventajas e inconvenientes y su eficacia. De manera grupal, mientras la matrona realiza breves aclaraciones de cada método y resuelve las dudas generadas, las parejas pegarán las pegatinas en la cartulina de manera correcta. Antes de finalizar la actividad se mostrará la corrección para evitar confusiones. El póster realizado se lo llevarán a sus casas.
----------	---

Tabla 4: Sesión 4. La adquisición de un nuevo rol.

SESIÓN 4: LA ADQUISICIÓN DE UN NUEVO ROL	
<p>Objetivo específico 4: incorporar recursos como nuevos padres para la adquisición saludable del nuevo rol.</p> <p>Duración total: 70 min.</p> <p>Material necesario: ordenador con proyector, presentación PowerPoint, folios y rotuladores.</p>	
<p>Actividad 1: Preguntados. (20 min)</p>	<p>Mediante la técnica educativa del interrogatorio haremos una actividad dinámica y colaborativa en la que la matrona hará preguntas a los participantes sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El nuevo rol y la nueva responsabilidad en la que se van a ver inmersos. - La presión social y las altas expectativas en la etapa tras el parto. - La importancia de ponerse en el lugar de la pareja. - La función maternal primaria según Winnicott y el sentimiento de desplazamiento del padre con la llegada del bebé. <p>Esta actividad nos permitirá conseguir una actividad reflexiva en los participantes y fomentará el diálogo.</p>

<p>Actividad 2: Hablemos. (20 min)</p>	<p>Se realizará una breve exposición oral dónde se explicarán de manera resumida con un PowerPoint (<i>anexo 4</i>) las herramientas para afrontar las posibles dificultades que se puedan presentar en la pareja. Para ello se tratará: la empatía diádica, las distorsiones cognitivas (Beck 1979) y la importancia de la comunicación (tanto a nivel sexual como no sexual) a través de las habilidades de comunicación y el manejo de los cambios emocionales.</p>
<p>Actividad 3: Autoestima y autoimagen. (20 min)</p>	<p>Se realizará una definición de lo que es la autoestima y la autoimagen, se expresará la importancia que refiere sobre el equilibrio emocional de la persona y la vulnerabilidad que presenta en esta etapa.</p> <p>Se trabajará a través de la técnica del árbol de los logros. Entregaremos dos folios a cada persona. Deberán dibujar un árbol que contenga raíces, ramas y frutos. En las raíces escribirán sus valores positivos y en los frutos, sus logros. Lo realizarán sobre sí mismos y sobre su pareja. Una vez que hayan finalizado, deberán quedarse con el propio y entregar el ajeno.</p>

5.7 INTEGRACIÓN CON OTRAS ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS.

Este programa se centra en mujeres con 30 semanas de gestación o menos, pero podría incluirse también a las parejas que se encuentran en el puerperio. Si hay gran demanda, sería posible realizar varios grupos. Por otro lado, se podría englobar dentro de un plan de educación hacia los futuros padres que incluyese también otros programas como por ejemplo de lactancia materna o de preparación al parto.

5.8 EJECUCIÓN Y PUESTA EN MARCHA.

La ejecución y puesta en marcha del programa precisa de 4 meses. En los el primer mes se prepararía el programa. En febrero y marzo se realizaría la captación de las parejas y en abril se llevarían a cabo las sesiones. Se haría una sesión por semana, pudiendo elegir el día y el horario que mejor se adapte a los

participantes y la matrona. El siguiente calendario está sujeto a cambios siempre que sea preciso.

Tabla 5: Calendario de ejecución y puesta en marcha.

	Enero 2020	Febrero 2020	Marzo 2020	Abril 2020
Preparación del programa				
Captación de las parejas				
Sesión 1				
Sesión 2				
Sesión 3				
Sesión 4				

A su vez, las sesiones, sus respectivas actividades y evaluaciones se recogen en la siguiente tabla:

Tabla 6: Cronograma de actividades y evaluación.

Sesión 1: ¿Qué ocurre tras el parto?	
Tiempo	Actividades
15 min	<i>Presentación</i>
5 min	<i>Recogida de evaluación de conocimientos y situación inicial</i>
35 min	<i>Adentrándonos en el programa</i>
10 min	<i>Eliminemos los mitos I</i>
5 min	<i>Evaluación del proceso dirigido a los participantes</i>
Tiempo total: 70 min	
Sesión 2: L a sexualidad	
Tiempo	Actividades
20 min	<i>Eliminemos los mitos II</i>
15 min	<i>La sexualidad</i>
30 min	<i>Pongamos una solución</i>
5 min	<i>Evaluación del proceso dirigido a los participantes</i>
Tiempo total: 70 min	
Sesión 3: Métodos anticonceptivos	
Tiempo	Actividades
15 min	<i>¿Cuándo?</i>
50 min	<i>Póster anticonceptivo</i>
5 min	<i>Evaluación del proceso dirigido a los participantes</i>
Tiempo total: 70 min	
Sesión 4: La adquisición de un nuevo rol	
Tiempo	Actividades
20 min	<i>Preguntados</i>
20 min	<i>Hablemos</i>
20 min	<i>Autoestima y autoimagen</i>
5 min	<i>Evaluación del proceso dirigido a los participantes</i>
5 min	<i>Evaluación final de conocimientos</i>
5 min	<i>Evaluación final del proceso dirigido a los participantes</i>
Tiempo total: 70 min	
A los 6 meses postparto se realiza la <i>evaluación final de situación</i> .	

5.9 EVALUACIÓN.

Para evaluar los resultados se empleará la evaluación de conocimientos y situación inicial (*Anexo 6*). Se entregará a ambos miembros de la pareja en la consulta de la matrona y será recogido al inicio de la primera sesión. La primera parte de este cuestionario valora la situación actual en lo referido a la salud sexual y estado general del participante. Está basada en la Escala de Ajuste Diádico (Spainer, 1976), Escala de Depresión Postparto de Edimburg y la Escala de Satisfacción con la Vida. La segunda parte del cuestionario, de elaboración propia también, evalúa los conocimientos previos de los temas que serán tratados.

Al finalizar la cuarta sesión, se entregará la evaluación final de conocimientos (*Anexo 7*), que recoge la segunda parte de la evaluación que se entregó al inicio del programa. Se estima que el cuestionario requiera un máximo de 5 minutos. Con él se pretende evaluar los conocimientos teóricos adquiridos comparándolos con el cuestionario inicial.

A los 6 meses postparto se pondrá en contacto la matrona con los padres y se entregará la evaluación de la situación final (*Anexo 8*). Es una variación de la primera parte del test inicial. Permitirá evaluar los cambios generados en los hábitos y la situación de los padres en estos meses transcurridos tras el parto y así poder concluir el impacto del programa de salud.

Para realizar una evaluación del proceso se entregará la evaluación del proceso dirigido a los participantes (*Anexo 9*), de elaboración propia. Se repartirá al finalizar cada sesión y se deberá rellenar en 5 minutos. Con él se pretende valorar el grado de satisfacción en las diferentes sesiones. Además, se entregará la evaluación del proceso final dirigido a los participantes (*Anexo 10*) al finalizar el programa para evaluar la satisfacción global del mismo.

Finalmente, la matrona encargada de impartir las sesiones cumplimentará la evaluación del proceso dirigida a los profesionales (*Anexo 11*), mediante la cual se valorará los recursos utilizados, el tiempo empleado, los contenidos del programa y la implicación de los participantes.

De manera global, los datos obtenidos de todas las evaluaciones permitirán la elaboración de unas conclusiones. En ellas se mostrarán los resultados del programa y los errores detectados, así como unas posibles alternativas de mejora.

5.10 REGISTROS.

Tras completar todo el proceso, se elaborará una memoria donde se recogerán todos los aspectos del proyecto. Se obtendrán unas conclusiones basadas en los resultados obtenidos, los errores detectados, sus posibles causas y las alternativas de mejora. Todo ello, permitirá ayudar a la puesta en marcha de nuevos planes y programas.

6. CONCLUSIONES.

Son escasas las actuaciones e investigaciones sobre la sexualidad en un periodo tan vulnerable. Actualmente es un tema delicado y restringido a nivel sociocultural lo cual impide que la información y ayuda sea tanto recibida como solicitada por los nuevos padres.

La inexistencia de preparación para el manejo de los cambios que se ven reflejados tras el parto o la gran importancia que reside en la aportación de consejos y orientaciones para reducir la prevalencia de falsas creencias, mitos, tabúes y problemas de salud sexual, permiten concluir la necesidad de un Programa de Educación para la Salud, innovador y creativo.

Puede definirse como un instrumento perfecto para la promoción de salud y la prevención en sus tres niveles. Del mismo modo dotará de confianza y apoyo emocional al tratarse de un ámbito nunca antes tratado.

La matrona, puede considerarse el profesional más cercano en este período. En ella recae la responsabilidad de informar, apoyar y aconsejar a las parejas a fin de frenar las preocupaciones sexuales tras el parto. Por todo lo anterior expuesto, se hace indispensable su papel.

7. BIBLIOGRAFÍA.

1. World Health Organization. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health. Ginebra: WHO publications; 2006 Jan. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf
2. Carballo Vargas, Sonia, Educación de la expresión de la sexualidad humana. Revista Educación 2002;26(1): 29-46.
3. Florido Navío, J, Pérez Lucas, R. Sexualidad humana. Fisiología sexual: aspectos neuroendocrinos y psicológicos. En: Sociedad Española de Ginecología y obstetricia. Editores. Tratado de Ginecología y obstetricia, tomo 2, 2ª edición, Ed. Médica panamericana, 2012.
4. Vera-Gamboa, L. Historia de la sexualidad. Revista Biomédica. 1998; 9:116-121.
5. Rodríguez Fernández, B, Sueiro Domínguez, E. Sexualidad en embarazo y postparto: la necesidad de educación afectivo-sexual. R Est Inv Psico y Educ, 2017;(14): A14-246.
6. Herráiz I, Martínez-Lara A, Sanfrutos L, Arbués J. Concepto y límites del puerperio. Mutaciones anatómicas. Clínica y asistencial al puerperio. Establecimiento y mantenimiento de la lactancia. En: Bajo JM, Melchor JC, Mercé LT. Editores. Fundamentos de Obstetricia. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2007.
7. Villacampa Alonso, M, Lafuente Pardos, MS. Puerperio Normal. En: Castán, S, Tobajas, JJ. Editores. Obstetricia para Matronas. Madrid, 1ª edición, Ed. Médica Panamericana, 2013.
8. Domínguez- Salonginos, O, López-Escriche, M, Knecht Armengod, C. Psicoterapia grupal: un enfoque integrado para abordar la salud sexual y la relación de pareja tras el parto. Revista información psicológica. 2018;115,138-15.
9. Márquez Carrasco, AM, Rico Neto, M. Influencia de los cambios psicosociales en la sexualidad posparto. Revista Enfermería Docente. 2016, agosto-diciembre; (107): 26-31.
10. Chang, S.-R., et al., Depressive symptoms, pain, and sexual dysfunction over the first year following vaginal or cesarean delivery: A prospective longitudinal study. Int. J. Nurs. Stud. 2015
11. De Souza A, Dwyer PL, Charity M, Thomas E, Ferreira CHJ, Schierlitz L. The effects of mode delivery on postpartum sexual function: a prospective study. BJOG 2015;122:1410–1418.
12. Hatice Yıldız. The Relation Between Prepregnancy Sexuality and Sexual Function During Pregnancy and the Postpartum Period: A Prospective Study, Journal of Sex & Marital Therapy, 2015;41(1): 49-59.
13. Triviño-Juárez JM, et al. Resumption of intercourse, self-reported decline in sexual intercourse and dyspareunia in women by mode of birth; A prospective follow-up study. J Adv Nurs. 2018 Mar;74(3):637-650.
14. Giussy Barbara, MD, et al. Impact of Mode of Delivery on Female Postpartum Sexual Functioning: Spontaneous Vaginal Delivery and Operative Vaginal Delivery vs Cesarean Section. J Sex Med 2016;13:393-40 .

15. Mohd Noor, N, Mohd Azman, Y. Long-term postpartum effect of severe maternal morbidity on sexual function. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 2017; 0(0) 1–17
16. Delbono V. Sexualidad en el período grávido – puerperal. *An Facultad Med (Univ Repúb Urug)*. 2018; 5(2):141-145.
17. Rodríguez-Muñoz María de la Fe, Olivares María Eugenia, Izquierdo Nuria, Soto Cristina, Huynh-Nhu Le. Prevención de la depresión perinatal. *Clínica y Salud*. 2016 Nov; 27(3):97-99.
18. Marmi Camps, M. Atención y actuación de enfermería frente a la depresión postparto. *Musas*. 2017;2(1):57-85.
19. Beatriz Rodríguez Fernández, B, Sueiro Domínguez, E. Sexualidad en embarazo y postparto: la necesidad de educación afectivo-sexual. *Revista de estudios e investigación en psicología y educación*. 2017;(14):A14-246.
20. Khajehei, M, Doherty, M, Tilley, PJM, Sauer, K Prevalence and Risk Factors of Sexual Dysfunction in Postpartum Australian Women. *J Sex Med* 2015; 12:1415–1426.
21. Wallwiener, S, et al. Sexual activity and sexual dysfunction of women in the perinatal period: a longitudinal study. *Arch Gynecol Obstet*. 2017 Abril;295(4):873-883.
22. Sheryl A, Kingsberg, Terri Woodard. Disfunción Sexual Femenina Con Enfoque en la Disminución del Deseo. *Obstet Gynecol* 2015;125:477-86.
23. Conolly A, Thorp J, Pahel L. Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: a longitudinal prospective study. *Int Urogynecol J*. 2005; 16(4): 263-267
24. Organización mundial de la salud. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. [monografías en internet] 2018. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf?ua=1>
25. Yelton MM, Delfin, NM. An Overview of Sexuality in Clinical Practice. Presented to the faculty of the Division of Social Work California State University, Sacramento.2015.
26. Gil S, Mazarrasa L. Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género y Salud. Salud sexual y reproductiva. Disponible en: http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/13modulo_12.pdf
27. O'malley D, Higgins A, Smith V. Postpartum sexual health: a principle-based concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2015;71(10):2247– 2257.
28. Lawrence M. Leeman MD, Rebecca G. Rogers MD. Sex After Childbirth Postpartum Sexual Function. *Obstet Gynecol*. 2012;119:647–55.
29. McDonald E, Woolhouse H, Brown SJ. Consultation about Sexual Health Issues in the Year after Childbirth: A Cohort Study. *BIRTH*. 2015;42:4.
30. Guerra-Reyes L, Christie VM, Prabhakar A, Siek KA. Mind the Gap: Assessing the Disconnect Between Postpartum Health Information Desired and Health Information Received. *Women's Health Issues*. 2017;27(2):167–173.
31. Epifanio MS, Genna V, De Luca C, Roccella M, La Grutta S. Paternal and Maternal Transition to Parenthood: The Risk of Postpartum Depression and Parenting Stress. *Pediatr Rep*. 2015 Jun 24;7(2):5872.

32. Hera E. Schlagintweit, Kristen Bailey, Natalie O. Rosen. A New Baby in the Bedroom: Frequency and Severity of Postpartum Sexual Concerns and Their Associations With Relationship Satisfaction in New Parent Couples. *J Sex Med* 2016;1-11.
33. Instituto Nacional de Estadística. (National Statistics Institute) Tasa Bruta de Natalidad por comunidad autónoma. [Internet]. Ine.es. 2017.
34. Instituto Nacional de Estadística. (National Statistics Institute) Edad Media a la Maternidad por provincia, según orden del nacimiento. [Internet]. Ine.es. 2017.

8. ANEXOS.

8.1 ANEXO 1: PRESENTACIÓN POWERPOINT DE APOYO A LA ACTIVIDAD 2, SESIÓN 1.

CONTENIDOS: ACTIVIDAD 2. SESIÓN 1. *ADENTRÁNDONOS EN EL PROGRAMA*

- **CARACTERÍSTICAS SEXUALES PRIMARIAS.**
- **LA RESPUESTA SEXUAL (BASSON).**
- **LA FUNCIÓN SEXUAL EN EL HOMBRE Y EN LA MUJER.**
- **EL PARTO Y LA LESIÓN PERINEAL.**
- **CAMBIOS HORMONALES TRAS EL PARTO Y SU REPERCUSIÓN.**

8.2 ANEXO 2: PRESENTACIÓN POWERPOINT DE APOYO A LA ACTIVIDAD 2, SESIÓN 2.

CONTENIDOS: ACTIVIDAD 2. SESIÓN 2. ***LA SEXUALIDAD***

- **DEFINICIÓN DE SEXUALIDAD.**
- **DIMENSIONES DE LA SEXUALIDAD.**
- **CAMBIOS EN LA SEXUALIDAD TRAS EL PARTO.**

8.3 ANEXO 3: PRESENTACIÓN POWERPOINT DE APOYO A LA ACTIVIDAD 1, SESIÓN 3.

CONTENIDOS: ACTIVIDAD 1. SESIÓN 3.
¿CUÁNDO?

- **¿CUÁNDO SE PUEDEN INICIAR LAS RELACIONES SEXUALES TRAS EL PARTO?**
- **¿CUÁNDO SE PUEDE INICIAR EL USO DE ANTICONCEPTIVOS TRAS EL PARTO?**

8.4 ANEXO 4: PRESENTACIÓN POWERPOINT DE APOYO A LA ACTIVIDAD 2, SESIÓN 4.

CONTENIDOS: ACTIVIDAD 2. SESIÓN 4. ***HABLEMOS***

- **LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN A NIVEL SEXUAL Y NO SEXUAL.**
- **HABILIDADES COMUNICATIVAS.**
- **LA EMPATÍA DIÁDICA.**
- **LAS DISTORSIONES COGNITIVAS (BECK 1979).**
- **RECURSOS PARA EL MANEJO DE LOS CAMBIOS EMOCIONALES.**

8.5 ANEXO 5: CARTEL INFORMATIVO.

¡CONSULTA CON TU MATRONA!

Sacyl

¡Papá! ↔ ↔ ↔ ¡Mamá!

ABRE LA PUERTA A LA SEXUALIDAD

Programa de educación para la salud:
Fomento de una sexualidad sana tras el parto.

8.6 ANEXO 6: EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS Y SITUACIÓN INICIAL.

Sexo:

- Masculino.
- Femenino.

Edad:

- Entre 18-25.
- Entre 25 y 35.
- Entre 35 y 45.

¿Es tu primer hijo?

- Sí.
- No.

¿Alguna vez has tenido alguna duda sobre algo referido a la salud sexual?

- Sí.
- No.

Primera parte.

Marque con una X el espacio que refleje mejor tu posición actual en cada uno de los siguientes aspectos:

	Siempre	Casi siempre	A menudo	Casi nunca	Nunca
Piensas que el embarazo ha afectado a tu vida sexual.					
Has tenido dificultades para mantener relaciones sexuales.					
Si has presentado estas dificultades ¿has sabido manejar la situación?					
Sientes que tu deseo sexual se ve disminuido.					
Dedicas tiempo íntimo con tu pareja.					
Te ves bien física y emocionalmente.					
Tomáis las decisiones importantes de manera conjunta.					
Te pones en el lugar de tu pareja.					
Os demostráis afecto.					
Estáis de acuerdo en vuestros objetivos, fines o valores.					
Os repartís las tareas domésticas acorde a vuestras necesidades.					
Te consideras capaz de controlar tus emociones.					

Te ves presionado por la sociedad ante la crianza de tu hijo.					
Te notas estresado ante la adquisición de este nuevo rol y sabes manejar las situaciones.					
Te consideras una persona feliz y afortunada.					

Segunda parte.

Realice una X en V, si es verdadero o en F si es falso:

	V	F
La sexualidad es un aspecto central del ser humano que abarca de manera exclusiva el sexo.		
La recuperación femenina tras el parto es un proceso lineal y homogéneo en todas las mujeres.		
Los daños perineales son un factor físico que influye en la reanudación de las relaciones sexuales tras el parto.		
La disminución de estrógenos tras el parto provoca falta de deseo sexual, lubricación, adelgazamiento de las paredes vaginales y tristeza puerperal.		
La relación interpersonal y las cuestiones psicológicas afectan en la respuesta sexual femenina.		
Todas las parejas presentan disfunción sexual el primer año tras el parto.		
La lactancia materna, el cansancio, la falta de tiempo, los traumatismos perineales o la preocupación por la imagen corporal influyen sobre el deseo sexual de las madres.		
Está contraindicado el uso de lubricantes hidrosolubles en las relaciones sexuales tras el parto.		
No se pueden mantener relaciones sexuales hasta pasados los 40 días tras el parto.		
En el embarazo y el puerperio hay más probabilidad de tener hemorroides y varices.		
La lactancia materna es un método anticonceptivo natural y con él evita de manera segura el embarazo.		
Se puede tomar cualquier píldora hormonal como método anticonceptivo, aunque esté con lactancia materna.		
En el puerperio está indicado el uso de diafragmas como método anticonceptivo.		
La depresión postparto es exclusiva de las mujeres.		

8.7 ANEXO 7: EVALUACIÓN FINAL DE CONOCIMIENTOS.

Sexo:

- Masculino.
- Femenino.

Edad:

- Entre 18-25.
- Entre 25 y 35.
- Entre 35 y 45.

¿Es tu primer hijo?

- Sí.
- No.

Realice una X en V, si es verdadero o en F si es falso:

	V	F
La sexualidad es un aspecto central del ser humano que abarca de manera exclusiva el sexo.		
La recuperación femenina tras el parto es un proceso lineal y homogéneo en todas las mujeres.		
Los daños perineales son un factor físico que influye en la reanudación de las relaciones sexuales tras el parto.		
La disminución de estrógenos tras el parto provoca falta de deseo sexual, lubricación, adelgazamiento de las paredes vaginales y tristeza puerperal.		
La relación interpersonal y las cuestiones psicológicas afectan en la respuesta sexual femenina.		
Todas las parejas presentan disfunción sexual el primer año tras el parto.		
La lactancia materna, el cansancio, la falta de tiempo, los traumatismos perineales o la preocupación por la imagen corporal influyen sobre el deseo sexual de las madres.		
Está contraindicado el uso de lubricantes hidrosolubles en las relaciones sexuales tras el parto		
No se pueden mantener relaciones sexuales hasta pasados los 40 días tras el parto.		
En el embarazo y el puerperio hay más probabilidad de tener hemorroides y varices.		
La lactancia materna es un método anticonceptivo natural y con él evita de manera segura el embarazo.		
Se puede tomar cualquier píldora hormonal como método anticonceptivo, aunque esté con lactancia materna.		
En el puerperio está indicado el uso de diafragmas como método anticonceptivo.		
La depresión postparto es exclusiva de las mujeres.		

8.8 ANEXO 8: EVALUACIÓN FINAL DE SITUACIÓN.

Sexo:

- Masculino.
- Femenino.

Edad:

- Entre 18-25.
- Entre 25 y 35.
- Entre 35 y 45.

¿Es tu primer hijo?

- Sí.
- No.

Marque con una X el espacio que refleje mejor tu posición actual en cada uno de los siguientes aspectos:

	Siempre	Casi siempre	A menudo	Casi nunca	Nunca
Piensas que el nacimiento de tu hijo ha afectado a tu vida sexual.					
Has tenido dificultades para mantener relaciones sexuales.					
Si has presentado estas dificultades ¿has sabido manejar la situación?					
Sientes que tu deseo sexual se ve disminuido.					
Dedicas tiempo íntimo con tu pareja.					
Te ves bien física y emocionalmente.					
Tomáis las decisiones importantes de manera conjunta.					
Te pones en el lugar de tu pareja.					
Os demostráis afecto.					
Estáis de acuerdo en vuestros objetivos, fines o valores.					
Os repartís las tareas domésticas acorde a vuestras necesidades.					
Te consideras capaz de controlar tus emociones.					
Te ves presionado por la sociedad ante la crianza de tu hijo.					
Te notas estresado ante la adquisición de este nuevo rol y sabes manejar las situaciones.					
Te consideras una persona feliz y afortunada.					

8.9 ANEXO 9: EVALUACIÓN DEL PROCESO DIRIGIDO A LOS PARTICIPANTES.

Sesión N.º _____

Señala con una X la respuesta que más se aproxime a tu grado de satisfacción.

1. *Malo*
2. *Regular*
3. *Bueno*
4. *Muy bueno*
5. *Excelente*

	PUNTOS				
	1	2	3	4	5
1. El contenido de la sesión me ha parecido					
2. Se ha adaptado a las necesidades del grupo					
3. El docente ha demostrado un nivel de competencia					
4. El material y las instalaciones me han parecido					
5. La sesión me ha parecido amena					
6. Me ha resultado práctico y necesario					

Sugerencias:

8.10 ANEXO 10: EVALUACIÓN FINAL DEL PROCESO DIRIGIDO A LOS PARTICIPANTES.

Señala con una X la respuesta que más se aproxime a tu grado de satisfacción.

1. *Malo*
2. *Regular*
3. *Bueno*
4. *Muy bueno*
5. *Excelente*

	PUNTOS				
	1	2	3	4	5
1. El contenido de la sesión me ha parecido					
2. Se ha adaptado a las necesidades del grupo					
3. El docente ha demostrado un nivel de competencia					
4. El material y las instalaciones me han parecido					
5. El programa me ha sido ameno					
6. Me ha resultado práctico y necesario					

¿Qué sesión te ha gustado más?

¿Qué sesión te ha gustado menos?

¿Se lo recomendarías a alguien?

¿Harías alguna mejora? ¿Cuál?

8.11 ANEXO 11: EVALUACIÓN DEL PROCESO DIRIGIDO A LOS PROFESIONALES.

Señala con una X la respuesta que más se aproxime a tu grado de satisfacción.

1. *Malo*
2. *Regular*
3. *Bueno*
4. *Muy bueno*
5. *Excelente*

	PUNTOS				
	1	2	3	4	5
1. El contenido del programa					
2. La organización de las sesiones					
3. Las instalaciones					
4. El material empleado					
5. La organización temporal de las actividades					
6. La implicación del alumnado					
7. La coordinación entre los profesionales					
8. Los recursos informáticos					
9. La metodología empleada en las actividades					
10. La duración y reparto de las sesiones					