



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**“Reinicio de la vida sexual de mujeres después del parto o
cesárea: experiencias y significados”**

**ACTIVIDAD DE INVESTIGACION-REPORTE
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A (N)**

Olga Adriana Galicia Méndez

Director: Dr. **José Salvador Sapién López**

Dictaminadores: Dra. **Diana Isela Córdoba Basulto**

Mtro. **Gilberto Gerardo Williams Hernández**



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

A mi madre:

Por darme la vida, amarme, creer en mí y por apoyar mis decisiones. Mamá gracias por darme esta luz de esperanza que hoy me permite culminar mi meta profesional.

A mi padre:

Por impulsarme durante los primeros años de vida para ser una persona exitosa y por enseñarme a luchar por lo que quiero.

A mi esposo:

Gracias cariño por amarme, por ser un pilar importante en mi vida, por apoyarme, por estar a mi lado, por brindarme palabras de aliento y por imprimir la motivación necesaria para salir adelante día con día.

A mis hijos:

Por ser mi motor en la vida, por estar a mi lado mostrándome su cariño, porque gracias a ustedes esto ha sido posible y por comprender cuan necesario es para mí su amor y apoyo.

A mis abuelos Irma y Estanislao, a mis hermanos Pamela, Angélica, Erick y Abril, a mis tíos, a mis compañeros así como todas esas personas que han formado parte de mi vida gracias por quererme y apoyarme siempre.

¡MUCHAS GRACIAS!

ÍNDICE

	PAG.
1. RESUMEN.....	3
2. INTRODUCCIÓN.....	4
3. MÉTODOLOGIA.....	22
4. RESULTADOS.....	33
5. DISCUSIÓN.....	74
6. CONCLUSIONES.....	85
7. BIBLIOGRAFIA.....	88
8. ANEXOS.....	92

RESUMEN

El objetivo fue conocer las experiencias y significados de las mujeres en el reinicio de la vida sexual después del parto y/o cesárea. Se trabajó desde la metodología cualitativa, utilizando la entrevista semiestructurada. Participaron 6 mujeres de la Cd. De México de entre 20 a 43 años. Los resultados fueron codificados en ejes con diferentes categorías y subcategorías siendo analizados desde una perspectiva de género. La experiencia y significado atribuidos al reinicio de la vida sexual representa para las mujeres un evento crucial sobre todo en el parto con episiotomía y cesárea pues existe el temor a ser lastimadas así como los sucesos de dar a luz y la vivencia de su recuperación postergan el reinicio sexual durante el puerperio ya que significan este hecho como un acto doloroso, en el que el goce sexual es inhibido y que se presenta en la primera relación sexual. De igual modo en algunas mujeres se presentan secuelas propias de la intervención médico-quirúrgicas como dolor o incomodidad en algunas posiciones al realizar el coito. Se vislumbra la dominación masculina de la que son objeto las mujeres pues en ciertas ocasiones acceden a realizar el acto sexual aun cuando no se sienten preparadas física ni psicológicamente a petición de los maridos.

Palabras clave: mujeres, embarazo, parto, cesárea, puerperio y reinicio de la vida sexual.

INTRODUCCIÓN

La sociedad ha sido constituida a través del tiempo por individuos que se unen para formar una familia siendo ésta el vínculo primario que se encarga de transmitir por medio de la cultura “una serie de expresiones y códigos compartidos socialmente que devienen de la producción humana y simultáneamente la constituyen” (Geertz, 1991; citado en Rivas, 1996, p. 207).

De esta manera, la cultura articula mecanismos de control que determinan y definen los comportamientos, obligaciones y atributos de hombres y mujeres, siendo el rol de género un elemento importante ya que de acuerdo con su significado es el conjunto de normas o expectativas culturalmente definidas, de forma que determina la manera en que las personas de un género u otro deben comportarse y actuar (Alvarez-Gayou, 1996 y Shibley y De Lamater, 2006).

En consecuencia la sociedad acata las normas establecidas puesto que son producidas por la autoridad social la cual incluye las instituciones económicas, sociales, políticas y religiosas (Conway, Bourque y Scott, 1996) de forma que concuerden con las expectativas sociales dispuestas para cada género.

Así, se establecen características específicas considerando el género de adscripción, señalando que las mujeres son expresivas emocionalmente, corteses y auxilian a los demás mientras que los hombres son independientes, fuertes y competitivos; dando como resultado que las mujeres sean femeninas y los hombres masculinos (Hegelson, 2002; citado en Matud, Rodríguez, Marrero y Carballeira, 2002).

Estas características también son instituidas a través de los estereotipos sexuales que son creencias, socialmente compartidas, por medio de las cuales pueden atribuirse ciertas cualidades a los individuos basándose en su pertenencia a la mitad hombre o mitad mujer de la humanidad (Lips, 2001; citado en Matud y cols, 2002).

Así, ser mujer u hombre tendrá diversos significados en el medio social que se van a ver reflejados en diversas áreas del conocimiento determinando su forma de actuar.

Parte de estos significados le son conferidos al sexo que es un término que alude a las diferencias biológicas entre hombres y mujeres (órganos genitales y reproductivos) siendo naturales, congénitas y universales, por lo tanto inmutables e irresistibles (Cruz, 2011). Igualmente, el sexo engloba el nivel cromosómico (siendo los primeros XY y las segundas XX), el nivel hormonal (testosterona y progesterona) y el nivel anatómico (órganos sexuales masculinos y femeninos); siendo este último, según Bourdieu (2000), la justificación natural de la diferencia socialmente establecida entre los sexos; de manera que la génesis de esto se funda en los principios de la división de la razón androcéntrica; donde precisamente el aspecto biológico es el que marca la diferencia entre hombres y mujeres.

Otro aspecto que permite la comprensión del comportamiento humano – mujer y hombre - se da a partir del género ya que establece las diferencias históricas y socioculturales entre ellos. Este es definido como:

“El conjunto de maneras aceptadas históricas de ser mujer u hombre en cada época, en cada sociedad y en cada cultura” (Cazés, 2000, p. 92).

Específica las características que social y culturalmente se atribuyen a las personas a partir de las diferencias biológicas constituyendo así lo que se conoce como género masculino y género femenino (Cruz, 2011; Matud y cols., 2002). Así, se reconoce a la asignación del género como el primer acto político en la vida de cada sujeto: tiene lugar en el momento del nacimiento y consiste en la significación sexual de cada cuerpo (Lagarde, 1997).

Justamente, advierte el rol que le corresponde a la mujer o al hombre en la sociedad, de manera que en la mayoría de los casos el comportamiento aceptado para uno es reprobable para el otro y depende directamente de la cultura a la que estén sujetos.

Beall y Sternberg (1993; citado en Matud y cols, 2002) aluden al hecho de que el género afecta la vida diaria de cada uno ya que es el encargado de dictar cómo debemos vestirnos, cómo debemos expresar nuestras emociones y sentimientos y cómo debemos comportarnos. Conformándose como un quehacer cotidiano que aprendemos a través de actitudes que se entienden como normales, pero que tienen una construcción discriminatoria cotidiana (Matud, y cols., 2002).

Ejemplo representativo de esta situación se da en el caso de Valdez (1998), ya que las expresiones de las mujeres cuando enferman es haciendo énfasis en que son ellas quienes deben proporcionar cuidados a los otros y no al contrario ya que sienten que son una carga por no poder hacer las actividades “cotidianas” que les corresponden.

Ciertamente, las relaciones de género están estructuradas en asimetrías de poder, estatus social y acceso a los recursos personales y sociales (Hare-Mustin y Marecek, 1990; Morawski, 1990; citado en Matud, y cols., 2002). En estas relaciones de poder, lo masculino domina a lo femenino (Cruz, 2011). Este poder es obtenido por el género masculino a partir del falo ya que es: “la encarnación del status masculino al cual acceden los hombres” (Rubin, 1986) y es por medio del sistema patriarcal que ejerce su poder minimizando las intervenciones de la mujer haciendo patente una desigualdad de género y en el cual se encuentra la mayoría de las sociedades, incluida la nuestra. Por consiguiente, es por medio del patriarcado, cuyo paradigma es el hombre, que se da la organización política, ideológica y jurídica de la sociedad ejerciendo relaciones de género desiguales (Lagarde, 1997).

Así, los sistemas de género se erigen sin importar su período histórico, como sistemas binarios que oponen el hombre a la mujer, lo masculino a lo femenino, y esto, por lo general, no en un plan de igualdad sino en un orden jerárquico (Conway, Bourque y Scott, 1996).

Pertenecer a un género es adquirir *a priori* y de manera involuntaria, una condición genérica para toda la vida. La condición genérica significa la posesión de unos atributos, de algunas potencialidades y de ciertos poderes y la carencia de otros. Aprender a ser hombre o ser mujer es un proceso siempre inacabado, siempre en

marcha, siempre perfectible (Lagarde, 1997). La pertenencia genérica es un hecho definido social e históricamente en la asignación del género, en los usos, costumbres y comportamientos fijados por la tradición y en modernización constante. El grado de identificación con el género resulta, en cada momento, de la historia de vida de cada persona. La identidad de género es la manera en que cada persona logra, frente a sí misma y frente a las demás, ser hombre o mujer de acuerdo con lo establecido por su cultura y la sociedad en que vive.

En síntesis puede decirse que el género se constituye en la relación entre lo biológico, el sexo, lo psíquico, lo social y lo cultural, que definen, marcan y controlan las relaciones entre los individuos y los grupos.

En este contexto de inequidad surge la perspectiva de género, que en palabras de Cazés (2000), responde a la necesidad de abordar de manera integral, histórica y dialéctica, la sexualidad humana y sus implicaciones económicas, políticas, psicológicas y culturales en la vida social de los géneros, enfocando a mujeres y hombres construidos socialmente como producto de la organización del género dominante en la sociedad. De tal manera que propone una igualdad de géneros, donde no existe disparidad ni contraposición entre ellos, sino que ambos colaboren para tener las mismas posibilidades dentro de la sociedad.

También la perspectiva de género busca fortalecer la familia, promover relaciones equitativas, armónicas y solidarias entre varones y mujeres promoviendo la igualdad de derechos y oportunidades para niños, niñas, jóvenes, mujeres, varones y adultos mayores (Cruz, 2011). Al mismo tiempo analiza las características y los mecanismos del orden patriarcal, y de manera explícita critica sus aspectos nocivos, destructivos, opresivos y enajenantes debidos a la organización social estructurada en la inequidad, la injusticia y la jerarquización basadas en la diferencia sexual transformada en desigualdad (Lagarde, 1997).

Permite entender la sexualidad, la cultura y la organización política de la sociedad. Así como la vida, sus condiciones y situaciones que son transformables hacia el bien vivir, si se construye la igualdad, la equidad y la justicia.

No obstante, modificar la estructura de la sociedad es un reto importante puesto los seres humanos están acostumbrados a vivir de esa forma discriminatoria

porque es considerado como algo cotidiano; y es el núcleo familiar el encargado de inculcar los preceptos idóneos que deben reproducir ya sea en lo colectivo o en la individualidad.

De manera que en el entorno social, la condición de la mujer es constituida por el conjunto de relaciones de producción, de reproducción y por todas las demás relaciones vitales en que están inmersas las mujeres independientemente de su voluntad y de su conciencia, y por las formas en que participa en ellas (Lagarde, 1997). De tal forma que se las apropian y las incluyen en su “ser” como *mujer*.

Simone de Beauvoir dijo: no se nace mujer, una llega a serlo. A través de los procesos de socialización, cada sujeto introyecta el contenido del género que se le asignó al nacer. Aprende a ser hombre o mujer, y desarrolla su identidad genérica conforme al desideratum de la sociedad y de la cultura a la que pertenece. En este proceso participan la familia, la comunidad y las instituciones (Lagarde, 1997).

En el desideratum está implícita la distribución inequitativa del poder y del conocimiento siendo la síntesis de los ejes estructuradores de las relaciones y el controlador psico-socio-cultural de las personas, donde los hombres viven como seres para sí mismos mientras que los cautiverios en los que se forma a las mujeres se les compele a actuar y vivir como seres para otros. Tal es el caso de su cuerpo y su subjetividad, a través del cual las mujeres gestan y dan vida a otros seres humanos, proporcionando cuidados vitales que contribuyen a mantener la existencia cotidiana de quienes han sido puestos a su cargo.

Igualmente, a partir del desideratum o mandato cultural de cada sociedad entorno a la sexualidad, se forman y se estructuran las personas, los géneros y sus relaciones. Constituye el deseo social de que los individuos sean de una manera y no de otra; al tiempo que el desideratum es culturalmente impuesto a los sujetos.

De manera que la comprensión de la sexualidad puede darse por medio del sistema sexo/género que es el conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas (Rubin, 1986).

Partiendo de este hecho, es necesario definir el término sexualidad, que es conjunto de características biológicas, psicológicas y socioculturales para

comprender al mundo y vivirlo a través de nuestro ser como hombres o como mujeres (Álvarez-Gayou, 1996, Gispert, 2004 y Lagarde 1997;). Está constituida por las formas de actuar, de comportarse, de pensar y de sentir, así como por capacidades intelectuales, afectivas y vitales asociadas al sexo. También consiste en los papeles, las funciones y las actividades económicas y sociales asignadas con base en el sexo a los grupos sociales (Lagarde, 1997).

En investigaciones como la realizada por Arias y Rodríguez (1998) sobre el uso del condón en varones puede apreciarse la imposición del poderío masculino ya que ellos no utilizaban el preservativo de forma responsable al tener relaciones sexuales con su pareja estable ni en los encuentros sexuales ocasionales, poniendo en riesgo su salud así como las de sus parejas sexuales. Sin embargo, esa actitud no es adecuada en el caso de la mayoría de mujeres que tienen que responsabilizarse de la utilización de un método anticonceptivo cuando tiene contacto sexual con el fin de evitar un embarazo no planeado.

Evidentemente, actitudes como esta tienen su base en el hecho de que en las sociedades patriarcales los cuidados, la alimentación, la higiene, la salud y la educación de las hijas y de los hijos se consideran como asuntos propios y exclusivos de las mujeres, y como ajenos a los hombres. Esto es así porque se concibe como una extensión natural del embarazo, como derivación biológica o como parte fisiológicamente integrante de la forma en que el cuerpo de las mujeres interviene en la procreación.

La sexualidad define así, parte de nuestra personalidad e identidad y es una de las necesidades humanas que se expresan a través del cuerpo y de la forma de actuar, puesto que es un elemento básico para la masculinidad o femineidad, de la autoimagen, de la autoconciencia y del desarrollo personal. Sexualidad no es sexo. Tampoco es genitalidad, erotismo, pornografía o lujuria. Una parte de la sexualidad es el comportamiento sexual. Implica amor, no solamente satisfacción de instintos ni con fines exclusivos de procreación (Gispert, 2004).

No obstante, es necesario considerar que la sexualidad humana es el eje central del desarrollo de las identidades de los particulares y de los géneros. Como parte sustantiva de la cultura, cada sociedad concibe, norma, legitima y legaliza la

sexualidad de las personas que la constituyen, y crea así concepciones y prácticas hegemónicas de vida.

Aguirre (1989) considera que a la sexualidad le corresponden tres funciones: la primera es la de “reproducción”, que es sin duda la más importante, ya que de ella depende la vida en el mundo, la segunda sería la función “erótica” o de “placer” que constituye una auténtica compensación a los sinsabores y amarguras de esta vida. Pero hay una tercera función que se olvida con frecuencia, nos referimos al importante papel que la sexualidad desempeña en la “unión de la pareja”.

Es indudable que la primera función que hace referencia a la reproducción lleva consigo la maternidad que desde la perspectiva de género es un hecho social cuyas determinaciones, condiciones y circunstancias son de índole cultural e histórica y, por lo tanto, transformables (Lagarde, 1997).

De modo que en la maternidad también se tejen los hilos del poder concedido al hombre ya que el género no sólo lleva a la identificación con un sexo sino que implica dirigir el deseo sexual hacia el otro (Rubin, 1986). Así, la maternidad es:

“El hecho de que las mujeres asuman de forma particular y concreta el proceso biológico de gestación y de parto, así como los cuidados posteriores que requiere el ser humano durante un período de tiempo más o menos largo” (Victoria Sau 1981; citado en Lagarde, 1997, p. 248).

Se entiende así que la mujer debe incluir a la maternidad como el espacio de su realización como ser humano concreto, por medio de ella reproducen a los otros, así mismas y a su mundo haciendo evidente la consideración de que existen por medio de la maternidad. Precisamente es ella quien cría y cuida durante toda la vida a los otros y en este sentido es parte del ser mujer o de su feminidad siendo un complejo socio-cultural.

Por esta razón, el embarazo es para las mujeres en la mayoría de los casos una etapa trascendente, que tiene efecto en el comportamiento sexual de la pareja. De manera que hombres y mujeres en edad fértil se vinculan con sus coetáneos

estableciendo relaciones de noviazgo que pueden incluir las relaciones sexuales figurando como un elemento importante que puede derivar en la concepción de un bebé o puede suceder que al establecer un noviazgo formal la pareja se una en matrimonio y al mantener una vida sexual activa resulte un embarazo.

Por tanto para que inicie una nueva historia de vida es necesario que durante el coito, el semen sea depositado por el pene en la vagina en el momento de la eyaculación. Si un espermatozoide penetra la cápsula que rodea un óvulo y ambos se unen, se produce el comienzo del embarazo teniendo lugar en las trompas de Falopio. Es necesario precisar que la fecundación del óvulo puede producirse hasta cuarenta y ocho horas después de la ovulación, es decir hasta dos días después de la producción del óvulo (Fishman, 2000). Esto significa que para que se produzca un embarazo, la pareja debe tener relaciones sexuales uno o dos días antes de la ovulación, o bien uno o dos días después de ésta.

Como resultado el embarazo viene a constituirse en un elemento nuevo y diferente en la relación de la pareja, de forma que puede ser un puntal de enriquecimiento y acercamiento de la pareja amorosa. Sin embargo, los miembros de la pareja tienen que experimentar una serie de cambios en las maneras como se relacionan cuando están juntos para adaptarse a la nueva situación (Alvarez-Gayou, 1996). Esta situación trae consigo cambios físicos y psicológicos tanto para las mujeres y para los hombres.

Por lo que se refiere a los cambios físicos en las mujeres durante el primer trimestre estos se caracterizan por la ausencia de menstruación, la micción más frecuente, náuseas o vómito, fatiga o sueño y la inflamación de las mamas (Mc Cary, 1996; Shibley y De Lamater, 2006). Fishman (2000) agrega a estos síntomas los antojos que aparecen como un deseo vehemente de comer alguna golosina o comida especial.

Este momento del embarazo se supone como un período de felicidad y calma; aunque también es considerado como una época con altas y bajas emocionales.

De manera que:

“La mujer embarazada puede oscilar entre la alegría, euforia, irritabilidad, tristeza y preocupación” (Fishman, 2000, p. 98).

Factores como el deseo o no del embarazo, la economía de la mujer y el apoyo social con el que cuente también interfieren en el estado emocional de la mujer embarazada. Durante el segundo trimestre la mujer experimenta los movimientos del feto, puesto que su vientre se encuentra en expansión. Para algunas mujeres el vientre materno es símbolo de feminidad mientras que otras tantas se sienten incómodas con su figura abultada. Los problemas físicos pueden incluir estreñimiento, sangrados nasales, edema y la salida de calostro por los pezones.

En cuanto a los cambios psicológicos, este período es de calma y bienestar, la mujer experimenta menor probabilidad de depresión si tiene pareja o esposo que cohabite con ella (Hobfoll et al., 1995; citado en Shibley y De Lamater, 2006).

En el tercer trimestre los cambios físicos engloban un útero muy grande y duro, no poder conciliar el sueño por los movimientos fetales, presión sobre los pulmones que causa falta de respiración, estómago oprimido e indigestión, el ombligo se empuja hacia afuera, el corazón se encuentra bajo tensión, hay disminución de energía, aumento de peso y caminado de pato que origina dolor de espalda y en cuanto a los cambios psicológicos estos son favorables haciendo prevalecer un clima de tranquilidad en la mujer.

En algunos casos su pareja puede experimentar cambios a nivel físico incluyendo indigestión, gastritis, náuseas, cambios de apetito y dolores de cabeza (Kiselica y Scheckel, 1995; citado en Shibley y De Lamater, 2006) a lo que se denomina síndrome *couvade*. Puede surgir el instinto paterno que hace que el hombre sueñe despierto acerca del bebé y observar y platicar con otros papás sobre los niños pequeños.

Todos estos cambios tienen relación directa con el comportamiento sexual de la pareja y en especial de la mujer de manera que el interés sexual puede variar y

por ende modificar la forma de ejercer su sexualidad sobre todo en ella ya que con el transcurso de los meses los cambios serán contundentes en su fisonomía.

Hernández (2005) coincide en este aspecto que durante la gestación, la actividad sexual se ve afectada por el proceso de cambio, de modo que puede haber fluctuaciones en el interés sexual de la mujer o de la pareja. Algunas estadísticas señalan que alrededor del cuarenta por ciento de las mujeres embarazadas experimentan una disminución del deseo sexual durante el embarazo (Fishman, 2000). Sin embargo, a pesar de considerarse un cambio natural por el mismo proceso del gravidez en algunas ocasiones acarrear malos entendimientos en el matrimonio (Shibley y De Lamater, 2006).

La inhibición del deseo sexual se debe a diferentes causas dentro de las cuales se encuentran: sentir que llevar a cabo un acto sexual es una violencia contra su hijo en formación, temer un cierto riesgo para el feto y considerar que su esquema corporal no es el más idóneo (Aguirre, 1989). En el último caso se presenta esta situación ya que las mujeres tienen una autoimagen negativa de ellas mismas, fundamentándose en la falta de atractivo, lo que les lleva a disminuir sus apetencias sexuales por miedo a no sentirse deseadas por su propia pareja (Hernández, 2005).

Otras mujeres presentan náuseas y vómitos, con frecuencia matutinos, también les suceden en la tarde o por la noche impidiendo el contacto sexual por la fatiga que esto acarrea.

Otra de las preocupaciones que suelen tener algunas parejas cuando “están embarazadas”, es la posibilidad de que a través de un coito pudiera transmitirse una infección al producto; empero la realidad es que dentro del útero el bebé está perfectamente protegido (Alvarez-Gayou, 1996).

Los hombres también pueden inhibir su deseo sexual por diferentes motivos entre los que se encuentran: complacer a su mujer, temer que el feto sufra algún daño, o quizás no tener demasiada inclinación a la sexualidad, mientras que algunos hombres sienten aversión hacia el aspecto físico de una embarazada. No obstante, a algunos hombres les excitan particularmente las embarazadas (Laury, 1991).

Otras creencias que tienen fuerte influencia en el comportamiento sexual durante la gestación son los mitos que tiene la sociedad, de modo que modifican el comportamiento de la pareja.

Algunas temen perder el bebé al hacer el amor, porque piensan que cuando una mujer embarazada tiene un orgasmo, el bebé se ve limitado de oxígeno; aunque esta situación no tiene ningún sustento científico. Igualmente, a muchas parejas les preocupa que durante el acto sexual o inmediatamente después de él, el bebé se mueva mucho; piensan que es una forma de protesta o que se siente molesto o incómodo, y entonces se sienten culpables. Lo que sí es probable, es que algunas parejas sientan que “hay una persona más con ellos” y esto los puede inhibir un poco (Alvarez-Gayou, 1996).

En muchas ocasiones, las personas consideran que las mujeres no sienten deseo sexual durante el embarazo. Esta idea es la causa de que las actitudes sexuales se reduzcan, durante este período, al mínimo: esto puede provocar frustraciones y problemas graves para ambos cónyuges. Por ello debe tenerse en cuenta que mientras la mujer sufre cambios físicos, psicológicos y hormonales muy complejos, tiene más necesidad que nunca de apoyo emocional, afecto, calor y amor. Necesita sentirse abrazada y deseada por su marido. Aunque puede ocurrir que los momentos de deseo sexual alternen con la indiferencia; aunque, está demostrado que la mayoría de las mujeres continúan experimentando deseo y necesidad sexuales durante su embarazo (Laury, 1991).

El padre a menudo participa de estos temores, con frecuencia se piensa que los movimientos coitales, en especial si son vigorosos, pueden lastimar al pequeño. Es importante que la mujer y su pareja sepan que la penetración del pene no provoca contracciones uterinas.

Durante el período gestacional existen fluctuaciones en el deseo sexual que dependerán de los cambios físicos y emocionales que se presentan de acuerdo al trimestre en el que se encuentre la mujer.

Álvarez-Gayou (1996) indica que durante el primer trimestre, algunas mujeres se ven invadidas por un estado de somnolencia incontrolable, muchas veces hacer el amor o tener relaciones sexuales les puede parecer un esfuerzo excesivo, casi

imposible. Del mismo modo, la congestión de los pechos puede provocar que la mujer los tenga hipersensibles y le molesten las caricias.

Fishman (2000) menciona que las parejas que interrumpen su relación sexual durante el primer trimestre del embarazo a veces descubren que en el segundo trimestre aumenta el interés sexual. Esto se debe a que la mujer suele sentir mayor bienestar físico y el miedo a dañar al feto disminuye.

También se asocia a la mayor lubricación vaginal, un aumento en la irrigación vascular, un aumento de la sangre en los órganos pélvicos, debido a que a partir del segundo trimestre se reduce ostensiblemente el orificio vaginal y esta reducción del espacio anatómico de la vagina implica una mejor estimulación local y en consecuencia mejores posibilidades (Hernández, 2005).

Aguirre (1989) y Fishman (2000) indican que en la mayoría de los casos la penetración sexual no constituye un peligro para el feto ni para la futura madre. Cabe mencionar que las contracciones uterinas producidas por el orgasmo tampoco son peligrosas, ya que no provocan partos prematuros, abortos, ruptura de membranas, hemorragia o infección. Lo que sí es indudable es que debe hacerse con cierto cuidado para no lastimar a la mujer cuando se realizan ciertos movimientos o posiciones incómodas.

Por ello, según avanza la gestación la mujer se siente más fatigada pero ello no implica que no sienta deseo y tenga la necesidad de ser amada, excitada con caricias, sentir el placer sexual aunque no haya coito (Hernández, 2005).

La comunicación afectiva, tan importante durante el embarazo, se puede mantener a través de caricias, conversando, compartiendo ideas, problemas, fantasías o sueños, o bien realizando actividades de interés mutuo (Fishman, 2000). Los cónyuges que realmente desean complacerse mutuamente, deben comunicarse sus sentimientos acerca de estos asuntos, para seguir gozando de su actividad sexual en este período, si ambos la desean (Laury, 1991).

En los últimos meses de embarazo puede ser necesario explorar diferentes posiciones para acomodar el mayor tamaño del vientre durante el coito (Aguirre, 1989). El voltearse estando recostada de espaldas, levantarse de la cama o alzar una pierna puede convertirse en una tarea difícil y trabajosa (Por ello, la mujer

prefiere no tener relaciones sexuales). Además, algunas parejas observan, sobre todo durante el tercer trimestre que en la mujer después del orgasmo tarda en disminuir la congestión de los genitales. Esto puede tener dos efectos, el primero es que la mujer se sienta más excitada e incluso se excite más fácilmente, y el segundo, que al permanecer la congestión aun después del orgasmo, la mujer sienta que no logra toda o la misma satisfacción que antes (Alvarez-Gayou, 1996). Esta situación puede abrir la puerta para descubrir nuevas posibilidades, otras posiciones y, en resumen, encontrar otros horizontes para la sexualidad. Hacer el amor, no implica por necesidad un coito ni un orgasmo (Álvarez-Gayou, 1996).

Siendo importante considerar que cada mujer reacciona de forma distinta ante el embarazo, desde el punto de vista sexual. De forma que la vida sexual no tiene que desaparecer, a menos que existan peligros o indicaciones médicas muy precisas; empero, el deseo y placer de cada una son importantes para tener una vida sexual grata. En algunos casos, si la mujer se encuentra a término, o ha salido de cuentas, hacer el amor puede ayudarle a agilizar el proceso del parto de manera natural (Laury, 1991).

Las causas que impiden el coito son: la amenaza de aborto, la placenta previa o que el tapón mucoso del cérvix estuviera desprendido; situaciones que en ocasiones pasan durante las cuatro o cinco semanas previas al parto, pudiendo ocasionar una infección ascendente, no por el espermatozoides, sino por los gérmenes presentes en la vagina (Hernández, 2005).

El embarazo suele ser una etapa que la mayoría de las mujeres pasa con normalidad, sin embargo, hay mujeres que presentan complicaciones. Estas pueden ponerla en peligro, a ella o a su niño, si no se descubren y tratan a tiempo. Casi nunca aparecen de manera súbita o inesperada, generalmente van precedidas de uno o varios signos de alarma. Los síntomas que la mujer puede notar incluyen: el sangrado de la vagina, aunque sea ligero, náusea y vómitos intensos y persistentes, dolor de cabeza intenso y continuo, hinchazón de la cara y de las manos o marcado engrosamiento de los pies y los tobillos, nublazón de la vista o manchas frente a los ojos, una disminución marcada de la orina excretada, aumento de varios kilos en el curso de una semana, dolor y ardor durante la

micción, escalofríos y fiebre, dolor abdominal agudo y continuo así como salida repentina de agua de la vagina (Shibley y De Lamater, 2006).

La complicación que puede ocurrir con mayor frecuencia es el aborto que es la expulsión del feto antes de que esté suficientemente desarrollado para vivir en el mundo exterior, generalmente antes del quinto mes de embarazo.

Los vómitos y náuseas son molestias muy comunes pero cuando se prolongan y persisten constituyen una complicación inusual. Es un problema especialmente delicado si se da después del tercer mes de embarazo. Cuando el dolor abdominal acompaña al vómito, en cualquier etapa del embarazo, se debe notificar enseguida al médico.

La toxemia es otro problema referido como un trastorno complicado que en etapas muy avanzadas se caracteriza por una presión arterial muy alta, hinchazón marcada, aumento excesivo de peso, albúmina en la orina y síntomas de dolor de cabeza, mareo, visión nublada, manchas frente a los ojos, náuseas, vómito, dolor en el abdomen y, en casos raros, convulsiones y coma.

Los dos peligros más graves en la toxemia son: la muerte del niño antes de nacer y la posibilidad de que la madre sufra convulsiones o preeclampsia- eclampsia.

La infección urinaria constituye otro inconveniente durante el embarazo. Los síntomas más frecuentes son el ardor al orinar y la urgencia de orinar muy a menudo, esta puede estar turbia o teñida de sangre. Puede también haber ligera fiebre y escalofríos.

Otra dificultad es la anemia que es un padecimiento de la sangre debido a la disminución del número de glóbulos rojos o de cantidad de hemoglobina. Puede desarrollarse a consecuencia de la pérdida de sangre o de falta de suficiente hierro en la dieta.

El factor Rh es otra complicación más, ya que cuando está ausente en la mujer y está presente en la sangre del marido, el niño puede heredar el factor del padre y puede hacer que la madre desarrolle anticuerpos contra ese factor.

Por tanto es imprescindible atender estas problemáticas a tiempo y teniendo un control debido puede evitar que las consecuencias sean más graves.

Es así con altibajos en la etapa gestacional o con cierta normalidad como finalmente llega el momento del parto y con él la llegada del bebé que está preparado para salir al exterior. No obstante, para que ocurra esto es necesario, como lo refieren Fournier (1982) y Fishman (2000) que se desencadene una serie de acontecimientos. Las contracciones del útero que se hacen más y más frecuentes e intensas, el tapón mucoso que sale de la vagina o puede haber una descarga repentina de agua saliendo de la vagina, lo que significa que la bolsa que rodea al niño se ha roto.

Cuando se espera al primer hijo, la duración media del parto es de 8 a 15 horas después de que principia el trabajo de parto. Los hijos posteriores suelen nacer más de prisa, quizá en 4 a 8 horas.

El trabajo se divide en tres periodos. En el primero, las contracciones del útero ensanchan su apertura posterior, el cérvix, de manera que el niño, puede pasar hacia el canal de parto. En el segundo período, el niño baja por el orificio vulvar que también se dilata para permitirle el paso. En el tercer período, la placenta y las membranas se desprenden y son expulsadas (Fournier, 1982).

A menudo el médico amplía la apertura de la vagina haciendo una pequeña cortada llamada episiotomía, en el orificio vulvar. Lo hace cuando piensa que los tejidos pueden desgarrarse un poco al paso del niño. La episiotomía se realiza para acelerar y facilitar la salida. Ni la cortada ni las puntadas son dolorosas, porque el médico emplea un anestésico ya sea local o general. Quizá, posteriormente, pueda sentir algún dolor.

García-Siñeriz, (2000) señala que en el caso de que los puntos o el cuerpo duelan mucho, se puede pedir medicación contra el dolor y hasta un anestésico. Y si siguen doliendo muchísimo, hay que ir al médico porque pueden estar infectados los puntos, ya que es una zona muy delicada y conviene que quede bien reparada para evitar molestias y problemas.

Fournier (1982) y Fishman (2000) coinciden en el hecho de que en ocasiones el médico indica que es aconsejable practicar la operación cesárea. Esto significa que el niño nacerá a través de una incisión en el abdomen de la madre, en vez de a través del canal de parto.

En la mayoría de los casos no ofrece peligro ni para la madre ni para el niño y puede repetirse sin obstáculo en diversas ocasiones. No obstante, se trata de una intervención quirúrgica mayor y la recuperación será más lenta para la madre que si el niño nace de la manera habitual.

Para la mujer que vive la maternidad como condición elegida, el período que comienza con el parto constituye una de las etapas más trascendentales de su vida. No obstante las primeras semanas o meses inmediatamente después del parto requieren cambios y reajustes. Después del parto suele haber cansancio físico y emocional. Los cambios hormonales y ambientales que enfrenta la mujer en el período postparto pueden contribuir a la aparición de síntomas como llanto excesivo, ansiedad y cambios emocionales bruscos (Fishman, 2000). Algunas mujeres experimentan una sensación de desaliento durante la primera fase del puerperio, lo que se llama en forma coloquial depresión postparto. Esta depresión postnatal se produce por una variedad de factores incluyendo la fatiga, que puede aparecer en la madre por cuidar al neonato. Algunas estadísticas señalan que esta situación se da entre el diez y el veinte por ciento de las mujeres.

Por ello, es necesario hacer hincapié en que el cuerpo nunca regresa por completo al estado anatómico y fisiológico anterior al embarazo, y la madre debe estar preparada para enfrentarse a esta realidad.

Gotward y Holtzgolden (1987) mencionan que este período de recuperación que dura cerca de seis semanas se llama puerperio y se caracteriza por la reaparición en el cuerpo de la madre del estado no grávido. En la fase inicial, durante los primeros días después del nacimiento, la madre tal vez experimente cólicos y otros malestares. Si se practicó episiotomía, esto también puede producir dolor. A medida que progresa el puerperio, ocurre la involución del útero, lo que significa que sobre todo éste se encoge.

Shibley y De Lamater (2006) y Gotward y Holtzgolden (1987) señalan que las autoridades médicas suelen recomendar que después del parto, la madre se abstenga de la relación sexual de tres y hasta seis semanas. Esto con la intención de prevenir infecciones (Fishman, 2000).

Respecto al tiempo de abstinencia sexual, debe platicarse y decidirse conjuntamente, de tal manera que cuando se reinicie la vida sexual sea placentera y agradable para ambos. Se puede empezar con acercamientos, caricias y/o masajes y gradualmente ir complementando la relación sexual hasta incluir el coito, permitiendo así, el reinicio de una vida sexual plena y completa.

Sin embargo, Álvarez-Gayou (1996) aluden al hecho de que cuando a la mujer se le practicó la incisión, comúnmente conocida como episiotomía, de hecho hay una herida suturada que además de producir dolor o molestia, le puede provocar temor de ser lastimada.

Del mismo modo, existen informes en el que se indica que si bien muchas mujeres tienen un incremento del deseo, tiene que adaptarse puesto que después del parto hay una infinidad de nuevas actividades y responsabilidades que provocan tensión y fatiga.

Masters y Johnson coinciden (1966; citado en Gotward y Holtzgolden, 1987) en este hecho ya que descubrieron que, con mayor frecuencia, las mujeres después del parto temían que les ocurriera daño físico permanente si iniciaban la relación sexual en una fase demasiado temprana. Sin embargo, Masters y Johnson llegaron a la conclusión de que “el único obstáculo real a la actividad sexual temprana en ese grupo fue el dolor perineal o irritación de vagina...” El mayor nivel de interés sexual que manifestaron estas mujeres durante los primeros meses después del parto ocurrió en aquellas que alimentaban al seno; ya que hubo estimulación sexual por la succión del lactante. Algunas admitieron sentimientos de culpa por esta estimulación y estaban ansiosas de reiniciar las relaciones sexuales con su pareja.

De todo lo anteriormente citado deviene la necesidad de abordar temas como el reinicio de la vida sexual conyugal después del parto o cesárea: tanto las experiencias como los significados; ya que conociendo la experiencia de cada una de las mujeres que han pasado por ese proceso podemos advertir diversos comportamientos que han modificado a partir de dar a luz, averiguar cómo vivieron esta situación, si ambos miembros de la pareja estaban de acuerdo en los reajustes de su vida marital, como fue la recuperación de la mujer dependiendo de

la forma de nacimiento (parto, parto con episiotomía y cesárea) y los lazos de comunicación que existieron con su pareja para decidir sobre su cuerpo y su vida sexual después de parir.

Esto tiene su fundamento en que la mujer durante el embarazo sufre cambios físicos y emocionales que modifican su comportamiento durante y después del parto, lo cual acarrea cambios drásticos con su pareja al tener al nuevo integrante de la familia en casa; además de que la forma de dar a luz ya sea por parto normal o cesárea supone un hecho clave en la forma de vivir su sexualidad posteriormente. Así mismo, las intervenciones quirúrgicas a las que son sometidas algunas mujeres para dar a luz y sus posibles consecuencias deben ser consideradas porque de la recuperación de éstas depende cuándo, cómo y de qué manera reinician su vida sexual.

Teniendo en cuenta las experiencias y significación de mujeres que tuvieron un hijo o más, es posible vislumbrar alternativas para vivir una sexualidad placentera. Las intervenciones quirúrgicas a las que son sometidas algunas mujeres para dar a luz y

Por ello, el objetivo general se enfocó en conocer las experiencias y significados de mujeres en el reinicio de su vida sexual después del parto y/o cesárea.

METODOLOGÍA

Esta investigación tiene como marco de referencia la metodología cualitativa que es aquella que “produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable” (Taylor y Bogdan, 1996). De esta forma es posible obtener las impresiones, vivencias y experiencias de la vida de las personas o de un hecho en particular. De igual manera permite desarrollar conceptos y comprensiones partiendo de pautas de los datos, dándole relevancia a la forma en que las personas experimentan la realidad y la manera en que estas experiencias se vinculan con su conducta, de tal forma que los datos de los participantes son valiosos pues permiten la comprensión de la forma de pensar de las personas.

Se utilizó la entrevista que es definida por Acevedo y López (1999) como “una forma de comunicación interpersonal que tiene como finalidad obtener información en relación a un objetivo”.

Es necesario precisar que las entrevistas cuentan con varias ventajas: permiten el contacto directo con las personas, precisan y aclaran preguntas, verifican las respuestas, captan el ambiente natural, se obtienen opiniones, actitudes y se aprecia el lenguaje no verbal del entrevistado (Barrantes, 2003; citado en Azofeifa, 2008).

En este caso específico fue la entrevista semiestructurada la que permitió la obtención de los datos pues por medio de ella se captaron las experiencias y opiniones de los sujetos acerca del tema en cuestión, basándose en una guía de asuntos o preguntas que se adecuaron a los requerimientos de la entrevista, siendo factible abrir ciertos temas (Hernández y cols, 2003 y Taylor y Bogdan, 1996). Otro aspecto importante de las entrevistas es que posibilitaron la indagación sobre las experiencias y significados que las mujeres le confieren al hecho de tener un hijo mediante parto y/o cesárea y el reinicio de la vida sexual conyugal de una manera menos intrusiva y más confidencial.

PARTICIPANTES

Seis mujeres adultas: tres conocidas por la investigadora y tres que se integraron por medio de la técnica de bola de nieve, que según Quintana y Montgomery (2006) tiene como objetivo la comprensión de realidades culturales o personales que por su condición de marginalidad del orden social imperante, o por otras razones, se mantienen en la clandestinidad o en la oscuridad del anonimato.

De igual forma Córdoba, Mercado y Sapién (2010) mencionan por medio de ella se permite la negociación de la participación voluntaria de las personas y se identifica a los sujetos potenciales para el estudio.

Los criterios de inclusión de la investigación fueron:

- a) La mujer debió tener por lo menos una experiencia de parto y/o cesárea.
- b) La mujer debió haber reanudado su vida sexual conyugal.

❖ Datos demográficos

Las participantes que formaron parte de la investigación proporcionaron como parte de su información su edad, la cual varió de entre 20-43 años, su ocupación que se dividió en dos vertientes hogar (4 casos) y empleo fuera de casa (2 casos). Su estado civil clasificado en soltera (1 participante), casada (3 participantes) y unión libre (2 participantes). El nivel de estudios fue de secundaria terminada a preparatoria terminada, el número de hijos varió de 1 a 5 hijos y la edad de estos entre 1 y 25 años (Ver tabla 1). La forma de dar a luz varió pues el parto fisiológico solo fue experimentado por una mujer, el parto con episiotomía fue vivenciado en la mayoría de las participantes mientras que la cesárea se dio en tres casos. Además solo una mujer reportó haber experimentado las tres formas de nacimiento antes descritas.

Tabla 1. Datos demográficos de las participantes.

Nombre	Edad	Ocupación	Edo. Civil	Nivel de estudios	# de Hijos y edad	Forma de nacimiento	
(Maru)	43 años	Hogar	Casada	Secundaria terminada	3	Parto fisiológico	
					Mujer 20 años		Parto con episiotomía
					Mujer 16 años		Cesárea
					Hombre 7 años		
(Andrea)	20 años	Trabaja como comerciante vendiendo paletas afuera de colegios.	Casada	Secundaria terminada	2	Parto con episiotomía	
					Mujer 5 años		Cesárea
					Hombre 8 meses		
(Sandra)	24 años	Hogar	Soltera	Preparatoria trunca	1 Hombre 9 años	Parto con episiotomía	
(Fátima)	38 años	Hogar	Unión libre	Preparatoria trunca	2 Hombre 6 años Mujer 5 años	Parto con episiotomía	
Mariposa)	43 años	Hogar	Unión libre	Secundaria terminada	5 Mujer 25 años Mujer 22 años Mujer 20 años Hombre 12 años Mujer 5 años	Parto con episiotomía	
(Dulce)	22 años	Trabaja como biometradora de la Cédula de Identidad para en el GDF	Casada	Preparatoria terminada	1 Hombre 1 año 1 mes	Cesárea	

PROCEDIMIENTO

El proceso de recolección de información permitió su integración así como responder el objetivo de la investigación. De manera que se llevó a cabo en diferentes momentos los cuales se describen a continuación.

❖ **Contacto y negociación con las participantes**

El contacto con tres de las participantes (Dulce, Andrea y Mariposa) fue realizado por la investigadora; en este se habló acerca del estudio al mismo tiempo que se reiteró la intención de obtener su colaboración en el proyecto informándole a cada una sobre la confidencialidad y anonimato de la información proporcionada acto seguido que se les pidió autorización para la divulgación de los datos recabados.

En el caso de las tres participantes restantes (Fátima, Maru y Sandra) la integración a la investigación se dio por medio de la técnica de bola de nieve siendo conocidos suyos los que las mencionaron como posibles candidatas.

A continuación se describe el contacto con cada una de las participantes antes citadas puesto que tienen algunas particularidades:

FÁTIMA: En un primer momento Dulce sugirió a Fátima como posible candidata. Ya posteriormente el contacto y negociación fue establecido por la investigadora en la escuela primaria donde la participante iba por su hijo. La investigadora le comentó que se estaba llevando a cabo un estudio sobre sexualidad y que la intención era saber si ella podía participar, le explicó que sería por medio de algunas entrevistas de aproximadamente 45 minutos cada una. Ella accedió y dijo que con gusto ayudaría; inmediatamente después la investigadora le mencionó que llevaría el consentimiento informado a su casa para que lo firmara y le explicara con más detalle.

MARU: La negociación con la participante se dio a través de Dulce (participante) a quien la investigadora le comentó que le faltaban personas dado que algunas habían accedido y al final no participaron.

Ella señaló que llevaría a la investigadora con una persona que conocía, una tía de su marido. En esa visita le explicó que estaba llevando a cabo una investigación sobre el reinicio de la vida sexual de mujeres después del parto y/o cesárea, y que quería saber si ella le podía ayudar. Al mismo tiempo le mencionó que la información sería grabada pero confidencial y anónima.

SANDRA: El acercamiento para hablar con la participante sobre la investigación se dio a través del primo de ella que es conocido de la investigadora, quien estableció el contacto en un primer momento a través del Facebook y le indicó que la investigadora necesitaba hablar con ella para ver si podía colaborar en una investigación sobre sexualidad. Al siguiente día la participante se comunicó para la realización de la entrevista y así se integró.

❖ **Consentimiento informado y asignación de seudónimos**

Antes de comenzar cada entrevista, se les presentó a los participantes el consentimiento informado (ver anexo 1) en el que se especificó el objetivo de la investigación así como los detalles de la entrevista (duración, confidencialidad, anonimato y aceptación de divulgación de la información). La lectura y firma del documento se llevó a cabo en diferentes momentos de forma que con algunas se realizó días antes de la entrevista (Fátima, Dulce, Mariposa y Maru) mientras que con Sandra y Andrea se realizó el día de la primera entrevista.

Cabe mencionar que la asignación de los seudónimos de las participantes fue otorgada por la investigadora –cinco de los casos- ya que ellas refirieron no tener problema en utilizar sus nombres, pero dadas las características de la investigación fue indispensable resguardar su anonimato; no obstante, en el caso de Mariposa ella lo eligió.

❖ Instrumento

Se utilizó un guión de entrevista (ver anexo 2) que fue ampliado durante el trabajo de campo por consideración de la investigadora de acuerdo a la forma con que se dirigió la entrevista con cada participante todo esto con la intención de que los temas abordados fueran más detallados.

Las preguntas dieron origen a otras nuevas que se incluyeron en el guión, en este último, el orden de las preguntas fue de lo general a lo particular lo que permitió se estableciera el rapport facilitando así la ampliación en los temas particulares de dicha investigación con algunas de las participantes.

Durante las entrevistas se utilizó un Mp3 para facilitar la obtención de la información (audio-grabada) obteniéndose ésta de forma literal y fidedigna. Asimismo se utilizó una computadora para hacer el registro y transcripción literal de las entrevistas.

❖ Obtención de información (entrevistas planeadas)

Las entrevistas realizadas a las participantes se llevaron a cabo en diferentes fechas. Igualmente se describen los procesos de negociación, número de entrevistas así como el lugar de su realización (ver tabla 2).

El número y duración de las entrevistas dependió del desenvolvimiento de las participantes, de forma que cuando se encontraron otras personas presentes como fue en uno de los casos y la entrevista se realizó en casa de la participante, ésta se inhibía y sus respuestas eran muy cortas caso contrario de cuando estaban solas la información era más exhaustiva y puntualizada.

Es necesario precisar que con varias de las participantes los encuentros se llevaron a cabo en más de una ocasión profundizando algunas temáticas del estudio.

Otro dato importante es referente al escenario de aplicación de las entrevistas, este se acordó entre la investigadora y las participantes de forma que ellas lo consideraron pertinente.

Las entrevistas se realizaron en su mayoría (cinco casos) en casa de la investigadora ya que las participantes así lo decidieron. En particular con las personas conocidas (Dulce, Mariposa y Andrea) se llevaron a cabo en el cuarto grande del departamento donde las dos se encontraban sentadas de frente en la cama matrimonial que da hacia la ventana teniendo alrededor una litera y dos roperos.

Con las participantes contactadas por medio de la técnica de bola de nieve (Sandra y Fátima) las entrevistas se realizaron en casa de la investigadora, sin embargo, éstas tuvieron lugar en el comedor en el que también se encontraba la sala, algunos cuadros y aparatos electrodomésticos (televisión, estéreo, computadora, etc.).

En lo que se refiere a Maru esta fue la única entrevista que tuvo lugar en su casa, situándose específicamente su sala, donde se encontraba de lado derecho el comedor y del izquierdo un centro de entretenimiento en el que había libros, figuras de porcelana y un teléfono.

Las entrevistas se realizaron los meses de diciembre del 2011 a mayo del 2012.

Tabla 2. Negociación y entrevistas.

Nombre	fecha de negociación	fecha de entrevista	duración 1ª entrevista	duración 2ª entrevista	duración 3ª entrevista
Participante 1. (Fátima)	20 de diciembre	(1) 13 de enero	35 minutos		
Participante 2. (Dulce)	10 de diciembre	(1) 27 de Diciembre (2) 15 de Abril	1:30 minutos	40 minutos	
Participante 3 (Maru)	23 de enero	(1) 26 enero	35 minutos		
Participante 4 (Andrea)	12 de enero	(1) 27 de enero (2) 3 de febrero	1:25 minutos	1:30 minutos	
Participante 5 (Sandra)	28 enero	(1) 27 enero (2) 6 de febrero (3) 5 de mayo	1:25 minutos	30 minutos	60 minutos
Participante 6 (mariposa)	8 febrero	17 de febrero 28 de abril	30 minutos	40 minutos	

❖ **Entrevistas casuales**

Las entrevistas casuales se dieron en una ocasión en todos los casos, fueron entrevistas informales sin una guía de entrevista previamente realizada pero tratando de focalizarla en detallar la información obtenida por medio de las entrevistas planeadas teniendo un formato de conversación, sin ser grabadas.

1. Transcripción de entrevistas

Los datos recogidos mediante las entrevistas grabadas fueron transcritos de forma literal.

2. Codificación de la información

El procedimiento para el análisis de resultados quedó definido por medio de categorías, que permitieron organizar la información recabada. Se partió de ejes centrales resultado de las temáticas abordadas durante las entrevistas (anexo 3) que dieron origen a categorías y subcategorías relacionadas directamente con el objetivo de la investigación y la guía de preguntas.

Cabe resaltar que dichos ejes, categorías y subcategorías se fueron transformando a través del tiempo (sufriendo modificaciones) y este fue el último formato que determinó el orden de los resultados:

1. Sexualidad durante el embarazo

- Posiciones sexuales realizadas en el embarazo.
- Incomodidad en las relaciones sexuales.
- Periodicidad de las relaciones sexuales durante el embarazo.
- Control del deseo sexual durante el embarazo.
- Placer durante las relaciones sexuales.

II. Importancia de las formas de nacimiento

- Experiencias durante el nacimiento.
 - Experiencia del parto fisiológico.
 - Experiencia del parto con episiotomía.
 - Experiencia de la cesárea.

- El proceso de recuperación post parto.
 - Recuperación de parto fisiológico.
 - Recuperación de la herida de la episiotomía
 - Recuperación de la herida de la cesárea.

- Diferencias entre parto fisiológico, parto con episiotomía y cesárea.

- Imagen corporal de las mujeres después de las intervenciones quirúrgicas.
 - Parto fisiológico.
 - Parto con episiotomía.
 - Cesárea

III. Cuidados post parto

- Apoyo brindado por otras mujeres.

- Alimentación al seno materno.

IV. Problemas de salud del bebé

V. **La abstinencia sexual durante la cuarentena**

- Significado de la cuarentena.
- Temores para reiniciar su vida sexual.

VI. **Reinicio de la vida sexual de las mujeres**

VII. **Vida sexual después del reinicio**

- Prácticas sexuales vaginales.
 - Dolor al tener relaciones sexuales como consecuencia de la episiotomía realizada.
 - Dolor al tener relaciones sexuales como consecuencia de la cesárea realizada.
- Juegos eróticos.
- Prácticas sexuales vía oral.
- Evitación del sexo anal.

VIII. **Manejo de la anticoncepción**

RESULTADOS

A continuación se describen de forma detallada los hallazgos del estudio, estos son presentados a partir de ocho ejes principales con categorías y subcategorías en la mayoría de los casos.

I. SEXUALIDAD DURANTE EL EMBARAZO

1. Posiciones sexuales realizadas en el embarazo

La vida sexual de las mujeres durante el embarazo presentó cambios. Tal fue el caso de las posiciones sexuales que tuvieron que ir las adecuando con el avance del estado de gravidez. De modo que durante los primeros meses de gestación la posición de misionero fue de las más frecuentes. Esta posición consiste en que la mujer se coloque acostada boca arriba con las piernas entre abiertas mientras el hombre se vuelca sobre ella, quedando cara a cara, lo que le da a este mayor libertad de movimiento.

Mariposa y **Dulce** coincidieron con esta forma de ejercer su vida sexual durante la primera parte de la gestación.

Mariposa

“Siempre fui abajo y él arriba...”

Dulce

“Él estaba arriba de mí, acostado arriba de mí”.

Otra posición mencionada fue estando de pie (**Fátima**), ella se recargaba en la pared y su pareja de frente a ella la penetraba al mismo tiempo que la acariciaba.

El acto sexual se convertía así en placentero y cómodo, puesto que ella tenía la posibilidad de controlar el ritmo de la relación sexual.

“Por lo regular yo estaba siempre, ahora sí que de pie para... que no me lastimara...”.

Las participantes expresaron que cuando su vientre fue notorio tuvieron que cambiar las posiciones realizadas con anterioridad de forma que fueran cómodas para ellas.

Para **Dulce, Maru y Sandra** la posición de la cuchara, fue en ese momento la más agradable, pues les permitió ser acariciadas por su pareja mientras protegían el vientre materno de ser lastimado. Esta posición consiste en que la mujer se acuesta de lado con las piernas plegadas en posición acurrucada o curvada levantando su cadera mientras que el hombre se acomoda detrás de ella abrazándola por la espalda y penetrándola.

Dulce

“Tuvimos que adoptar la de que él se acostaba atrás de mí, porque ya me lastimaba que estuviera arriba de mí...”

Maru

“... De lado... el atrás y yo adelante”.

Sandra

“Comúnmente estábamos de espaldas bueno... es como de misionero pero de lado... porque se me hizo la panza muy grande pronto”.

En lo que respecta a **Mariposa** y **Andrea** ellas refirieron que la posición más placentera era cuando se encontraban arriba mientras tenían la relación sexual; en esta posición la mujer controla el ritmo y profundidad de la penetración ya que ella está montada en cuclillas encima del hombre mientras que él se encuentra acostado boca arriba lo que le confiere la posibilidad de acariciar los senos de su pareja. Por ende la mujer tiene su vientre resguardado evitando dolor o incomodidad.

Mariposa

“Ya al final yo me subía arriba de él para que no me lastimara”.

Andrea

“Yo era en la parte arriba porque como yo tenía una panzota grande... pues era incómodo... me era más accesible estar en la parte de arriba”.

2. Incomodidad en las relaciones sexuales durante el embarazo

Algunas participantes mencionaron que durante sus relaciones sexuales estuvo presente la incomodidad trayendo como consecuencia la suspensión de algunas posiciones que con anterioridad realizaban. Específicamente **Dulce** explicó que cuando se encontraba arriba durante el coito la posición era molesta porque le dolía su vagina cuando era penetrada.

“Me lastimaba chocaba con algo (fondo de canal vaginal)”.

Fátima también presentó incomodidad empero ella la relacionó con la evolución de su embarazo puesto que el bebé ya estaba grande.

“Era incómoda... porque ya estaba bien acomodado el bebé”.

3. Periodicidad de las relaciones sexuales durante el embarazo

La periodicidad de las relaciones sexuales fue variable de una mujer a otra. De esta manera mientras algunas mantuvieron relaciones sexuales diariamente otras lo hacían cada quince días.

Esto dependió del estado físico y anímico, así como de cohabitar o no con el marido, caso que se presentó en una de las participantes. Además, de los casos donde existieron problemas médicos prenatales que dieron como resultado el cese del coito.

Generando así, en la mayoría de las participantes, la disminución de las relaciones sexuales conforme se acercaba el momento del parto. Los siguientes relatos confirman estas experiencias.

Fátima mencionó que sus relaciones fueron discontinuas los primeros meses y durante el último trimestre se suspendieron porque no se sentía cómoda.

“En el último trimestre ya no hubo relaciones este, porque sí estuve yo incómoda... pero se puede decir que los primeros seis meses... poco constante pero sí tuvimos relaciones y pues... nos adaptábamos según como me sintiera yo... eran una vez a la semana”.

En el caso de **Dulce** como no vivía con el esposo manifestó que su vida sexual era inconsistente.

“Pues como él no vive conmigo pues yo lo hacía cada que se podía... igual cada quince días cuando estaba embarazada, sí fue más seguido porque, este... porque se daban los tiempos y porque él, bien fregón, no se cuidaba”.

Maru precisó que en sus dos primeros embarazos tenía relaciones sexuales una vez por semana hasta el séptimo mes, etapa en que las eliminaba por decisión propia. En lo referente a su último embarazo no tuvo relaciones sexuales porque tuvo que estar constantemente hospitalizada ya que su embarazo fue de alto riesgo.

“Estaba yo aquí en la casa ¿Qué sería? tres días y dos semanas en el hospital, luego regresaba una semana yo aquí y un mes en el hospital, entonces sí, como que yo andaba de un lado para otro, entonces sí de él nada, nada”.

Andrea mencionó que sus relaciones sexuales se dieron principalmente en el segundo y tercer trimestre. Sin embargo, aunque eran sólo una vez por semana le producían dolor. La explicación a esta sintomatología la dictaminó el médico como consecuencia de que la gestación de su primer embarazo se dio cuando ella tenía trece años.

“Mi estómago ya estaba muy abajo y este... que era normal... que me lastimara... por mi edad”.

Sandra aludió al hecho de que sus relaciones sexuales en este momento estuvieron determinadas por su estado anímico ya que en ocasiones se sentía mal y fea y no tenía relaciones sexuales, mientras que en otras estaba contenta y con ganas de estar con su pareja.

“Había días en el que mi libido estaba alto y desde que despertaba... me arreglaba y desde ese instante yo sabía que estaba bien, que ese días pues me sentía bien conmigo y la sexualidad iba a estar bien pero había días en los que simplemente despertaba y yo decía no me quiero parar y me veo horrible y eran los días en los que no había apetito sexual ni nada... supongamos que, la semana tiene siete días,

supongamos que... de un mes había semanas en las que podíamos hacerlo cada tercer día a veces hasta diario, pero había veces que yo toda la semana me hacía la enojada y no hacíamos nada aunque él me buscara”.

Caso contrario fue el de **Mariposa** ya que fue la única que manifestó que su vida sexual no presentó modificaciones ya que tenía relaciones sexuales de forma cotidiana porque ambos eran muy activos y éstas no le incomodaban.

“Yo tenía sexo diario y no, no me molestaba”.

4. Control del deseo sexual durante el embarazo

El deseo sexual de algunas participantes fue controlado porque durante la etapa gestacional existió la preocupación de que le sucediera algo al bebé mientras tenían relaciones sexuales. Tal es el caso de **Fátima** que expresó su angustia por el estado de su bebé inhibiendo así su deseo sexual.

“Pues así era como que en mis embarazos no... tenía como mucho apetito sexual... estaba preocupada por el bebé... Siempre está uno con la idea de que pudiera pasar algo”.

Igualmente **Dulce** mencionó que le daba miedo que lastimara a su bebé y que lo fuera a asfixiar porque había leído en una revista que eso podía suceder.

“Me daba miedo que lo fuera a aplastar... porque yo había leído que les hacía daño cuando una mujer y un hombre.... tenían relaciones... porque... la sangre o no sé qué, le falta aire al bebé”.

5. Placer durante las relaciones sexuales

El placer durante las relaciones sexuales fue un momento compartido con sus maridos (**Dulce, Maru, Mariposa y Fátima**), ya que estos siempre buscaban que estuvieran cómodas y la relación sexual fuera agradable para ellas; de forma que las cuidaban.

Fátima

“Pues siempre estuvimos comunicados siempre me apoyo, este me procuro...”

Sin embargo, en unos casos el placer era obstaculizado por el deseo sexual tan frecuente del esposo y la falta de deseo de la mujer. Esta situación fue vivida por **Sandra** quien en ciertos momentos tuvo relaciones sexuales con su pareja porque era él quien la buscaba aun cuando se encontraba dormida. No obstante, estas se alternaban con otras en las que era ella quien propiciaba el encuentro.

“Teníamos quince años, él como hombre tenía las hormonas... a lo que daban totalmente, entonces había veces que yo no quería, que yo me sentía mal y no físicamente... si no simplemente no quería, y él a veces esperaba que yo me durmiera... se bajaba los pantalones... y empezaba a hacerlo y ya cuando abría los ojos bueno, yo decía bueno ya estás aquí ya vamos a hacerlo...”

“Pero... cuando hormonalmente me sentía bien o así físicamente... sí había desde el juego, el coqueteo desde la mañana que él se iba a trabajar hacía cosillas, pero creo hubo de todo... porque teníamos mucha comunicación y éramos muy unidos”

En cuanto a **Andrea** ella expresó que si bien su marido comprendía y estaba enterado de que las relaciones sexuales eran incómodas y dolorosas para ella esto no limitaba que las tuvieran aunque fuera de forma ocasional:

“Llegó un momento en el que ya, o sea, yo ya no quería porque me lastimaba”.

II. IMPORTANCIA DE LAS FORMAS DE NACIMIENTO

1. Experiencias durante el nacimiento

Las participantes mencionaron como formas de nacimiento de sus hijos el parto fisiológico, parto con episiotomía o cesárea; esta última de forma vertical en todos los casos. De modo que las condiciones del nacimiento de los bebés tuvieron ciertas particularidades que se describieron a continuación.

a) Experiencia del parto fisiológico

El parto fisiológico es aquel en el que no se realizan intervenciones médicas para ayudar en el proceso. Este, solo se presentó en el caso de **Maru** y se dio en su primer embarazo. Ella contó que fue atendida en una clínica particular -“San José” en Cd. Satélite-. Su experiencia fue grata ya que durante su parto el personal médico la ayudó y no sufrió.

“De Tania dije “si esto es tener un hijo quiero otro”, porque pues ya sabes que en un hospital depagate ayudan, te hacen, te deshacen, tecargan hasta para ir al baño, entonces yo dije si esto es tener un hijo quiero otro... no sufrí nada... Ya que pasa todo, puedes ir al baño, o sea te puedes mover”.

b) Experiencia del parto con episiotomía

En el parto con episiotomía una de las principales maniobras consiste en realizar un corte en el perineo de manera que el paso del bebé por el canal vaginal no ocasione un desgarre. Se encontró que la mayoría de mujeres presentaron dolores intensos durante el trabajo de parto, sin embargo en lo que concernió a **Sandra** los dolores fueron moderados y por tanto soportables.

Asimismo, en el caso de las mujeres a quienes les inyectaron oxitocina, el proceso de parto fue más rápido.

En general, las mujeres de esta investigación tuvieron la experiencia de parto con episiotomía.

A **Maru** le realizaron este tipo de intervención gineco-obstétrica durante su segundo parto el cual fue atendido en el hospital de Magdalena de las Salinas del IMSS. En este sintió una diferencia muy grande ya que le dolió más y que el trato del personal disto mucho del recibido durante su primer parto.

“De Mariana si como que luego, luego sentí el trancazo... ponte tu sola, alíviate, pújale y como era en el Seguro dije “Ay, no”... me dolió”.

En cuanto a **Fátima** ella dio a luz a sus dos hijos por medio de parto con episiotomía, su atención médica en el momento de sus partos fue en el Hospital de Inguarán. A pesar de esta similitud considera que cada parto le aportó una experiencia diferente, basta como muestra que en el primer parto la atención médica fue tardía ya que le habían dicho que iba a tardar la dilatación pero ella fue a revisarse con el doctor del DIF. Este la revisó y le dijo que su bebé estaba delicado de salud, que tenía que ir a un hospital para que la atendieran porque no tenían ellos el equipo necesario para recibirla. Este problema produjo que el bebé aspirara meconio estando en el vientre materno al mismo tiempo que el dolor de las contracciones se volvió poco tolerable para ella.

“El doctor me dijo viene mal su bebé y yo no la puedo recibir así, yo no la puedo atender... porque no tenemos la incubadora necesaria para recibir a su bebé y me da una lista, a estos hospitales... nos fuimos rapidísimo al Inguarán pero yo ya tenía muchas contracciones me sentía ya muy mal, ya no podía caminar y fue como me atendieron rápido. Ya cuando llegué me vieron que de plano ya me estaba doblando del dolor y fue cuando... me subieron a la camilla”.

Respecto al segundo parto tuvo temores de sufrir el mismo problema que durante el primer parto; no obstante este fue totalmente contrario. Ella consideró que se debió a que en el segundo parto le inyectaron oxitocina, de modo que el trabajo de parto fue rápido.

“En cuanto me metieron la oxitocina empecé yo con las contracciones y ya y se me rompió la fuente, pero todo me pasó en la camilla... fue muy rápido”.

Acto seguido manifestó que si hubieran seguido el mismo procedimiento que en su segundo parto, su bebé y ella no hubieran tenido inconvenientes.

“Yo pienso que si en cuanto yo fui y vieron que ya estaba yo dilatando -durante el primer parto- en lugar de mandarme a caminar me hubieran puesto la oxitocina, ni hubiera sufrido el bebé ni hubiera sufrido yo.”

En lo que respecta a **Andrea**, ella tuvo su primer embarazo por parto con episiotomía y fue atendida en el Hospital de Salubridad de Ticoman de la delegación Gustavo A. Madero. Relató que ya había comenzado a dilatar cuando fue al hospital y ahí le realizaron las maniobras necesarias para el momento del parto. Estas incluyeron la ruptura de la fuente, la colocación del suero y el bloqueo epidural. También refirió que durante este lapso los dolores fueron aumentando de intensidad.

“Llegué al hospital... yo traía creo seis de dilatación, o cinco, no recuerdo bien, me acostaron en la camilla y me dijeron que ya me tenía que quedar... me rompieron la fuente ahí... con unas pinzas, a mí sí me dolió, me pusieron suero y todo pero yo no tenía contracciones... fuertes... me decían “si no te dan contracciones en dos horas como ya te rompimos la fuente te tendremos que hacer cesárea” entonces yo decía que no, ya después como a las cuatro y media de la tarde empecé con las contracciones bien fuertes; de esas que quieres que ya se salga el bebé... me pusieron la epidural.

En la labor de parto me ayudó una enfermera gordita, se subió encima de mí y cuando vino la contracción este me dijo puja y ella me apretó el estómago para que saliera más rápido la niña, la limpiaron, la pesaron y todo, me cosieron...”

Sandra tuvo un hijo por parto con episiotomía en el hospital del IMSS “Magdalena de las Salinas”. Llegó a esta institución después de un problema en casa de su pareja y por el cual se alteró. Estando ahí comenzó con el trabajo de parto que fue rápido y con dolores moderados –según su experiencia-.

“Me estabilizaron la presión... me inyectaron pero es que no recuerdo qué fue... todo estuvo muy tranquilo, los dolores estuvieron tranquilos, o sea, no fue algo insoportable... creo que tengo resistencia un poco al dolor... ya cuando entré a labor de parto fue rapidísimo... entré a las doce del día y me alivié a las dos de la tarde, me pusieron la epidural y me rompieron la fuente... haz de cuenta que me venían los dolores y en vez de gritar o de hacer algo me empujaba hacia abajo desde la boca del estómago así y solita entonces se supone que me tenían para las cinco de la tarde y va pasando un doctor y se da cuenta de que ya tenía... la corona”.

En el caso de **Mariposa** ella tuvo cinco hijos por parto con episiotomía. Sin embargo, las experiencias fueron diferentes y significativas. En sus tres primeros embarazos horas antes de ingresar al hospital tuvo relaciones sexuales; realizaba labores domésticas sobre todo en los últimos días de sus embarazos; teniendo arduas jornadas que según su experiencia le ayudaban en el proceso y siendo considerado por ella como un hecho que aprontaba sus partos. Empero, en los dos últimos embarazos como los bebés presentaron problemas ya que les dio taquicardia estando en el vientre materno, tuvieron que inducir el parto y no pudo realizar las mismas técnicas que en los anteriores, pues fueron embarazos de alto riesgo. Además, refirió que aunque en todos sus partos tuvo dolor intenso, este ceso en el momento en que nació cada bebé.

“En mi primer embarazo empecé con el vómito. Yo me encuentro en la casa, sola y de repente siento como que me gana de la pipí, estaba viendo la tele en la orilla de la cama y como a mí nadie me explicó que se me iba a romper la fuente, entonces pues yo me avergüenzo conmigo misma y me voy a cambiar al baño yo digo “¡voy a creer! pues me ganó de la pipí voy y me cambio”... Llegó mi mamá del trabajo y me dijo ¿Qué tienes?, no sé, tengo mucho vómito, entonces me tomó el pulso y me dijo “ya estás en labor de parto” y ya nos fuimos. Se levantó mi esposo, fueron mis papás con nosotros y ya llegando al hospital, al hospital llegamos a las doce y media y mi hija nació a la una treinta y dos de la mañana mi primera hija, decían que para haber sido la primera fue súper rápido, cuando mi segunda hija pues obviamente ya había agarrado un poco más de experiencia, cuando el nacimiento de la segunda hija igual lo mismo, o sea, me pongo a hacer cambiadero de cosas y pues en la segunda tampoco presento ningún problema se me rompe la fuente de mi hijaa la una de la mañana... y mi hija nace a las cuatro veinte, obviamente el mismo proceso, se me rompe la fuente... nos vamos al hospital obviamente otra vez con mis papás y mi esposo, y este, y mi hija nace bien y rápido a las cuatro veinte. La tercera hija

fue muy floja, hice el mismo procedimiento pero se me rompe la fuente a la una y media de la mañana y la ingrata nace al diecisiete para las nueve de la mañana. Toda la noche estuve caminando porque nada más contracciones y no bajaba y no bajaba... yo descalza con mucho frío caminando y caminando hasta que se le dio la gana nacer y bueno todo bien también de ella. Del cuarto y quinto embarazo tuve preeclampsia... más definida con el último embarazo”.

c) **Experiencia de la cesárea**

Esta operación es un procedimiento quirúrgico que consiste en realizar una incisión abdominal de forma que el bebé nazca por el vientre ya sea de forma vertical u horizontal.

Los casos en los que llevó a cabo la cesárea, esta se practicó por decisión médica ya que los doctores se dieron cuenta de anomalías que presentaron el bebé o ellas durante la etapa perinatal como preeclampsia, embarazos del alto riesgo o parto prematuro. Tres fueron las mujeres que vivieron ese momento (**Dulce, Maru y Andrea**). Cabe mencionar que todos los casos la incisión fue de forma vertical.

Dulce comentó que fue atendida en el Hospital Regional #72 en Tlalnepantla, Edo de México. Tuvo un hijo por medio de cesárea, resultado de la preeclampsia severa que presentó en el momento de parto, siendo la opción más viable para no poner en riesgo su vida ni la del bebé. Mencionó que el dolor que presentó cuando le realizaron la incisión fue muy intenso y que en algún momento sintió que no lo podía soportar y por esto le tuvieron que realizar bloqueo general:

“Adentro... me canalizaron... pero a la hora de que me ponían la sonda era un pasante y me metió la sonda varias veces... ya me sangraba, pues a mí me dolía... la doctora lo quitó y ella agarró la sonda y a la primera... lo acomodó...”

Cuando fui al quirófano temblaba... pues yo creo que de los nervioso pues no sé si de la presión, no sé, nunca me dijeron pero me decían "Mamacita, tranquilízate, porque te podemos lastimar"... Me empezaron a dormir local para que yo viera a mi hijo nacer, y... me durmieron de los pies a las piernas bien, yo no sentía ya nada pero a la hora que me dicen en el estómago que sí sí sentía todavía el chorro de anestesia que me echaban yo les dije que sí y a la hora que les digo que sí, siento como me abren toda la panza y empiezo a gritar y me tienen que dormir toda, por el dolor que yo sentía... ya no vi nacer a mi hijo de entre recuerdos así como media adormilada me acuerdo que me dijeron que había sido niño".

Maru relató que en su caso la cesárea fue realizada en el Hospital de la Mujer porque el bebé presentaba problemas ya que había tomado líquido amniótico y se le había ido a los pulmones, adelantando el parto.

"El doctor que me iba a operar... me dijo, ¿Está consciente que su hijo va a nacer con Síndrome de Down, con el labio leporino, sin una mano o sin un pie, este, con cualquier cosa? Y yo dije sí. Y la psicóloga me decía ¿así lo quiere porque va a ser niño? Así lo quiero, yo lo que quiero es que nazca no me importa que nazca con lo que quiera, él va a ser mi hijo y yo lo quiero y... me hicieron la cesárea... y pues mira que gracias a Dios mi niño nació enterito y coordina muy bien al cien por ciento".

Andrea refirió que de su segundo embarazo se atendió en el Hospital Regional #72 en Tlalnepantla, Edo de México. Tuvo un hijo por cesárea, situación que se dio ya que presentó amenazas de aborto en varias ocasiones dando como resultado parto prematuro. Además precisó que este problema se presentó ya que no tuvo un abdomen voluminoso y por ende el bebé no pudo girar y estaba sentado.

“Venía sentado... como no hice mucha panza de él, o sea, no tuve mucho líquido amniótico para que él girara... además de tener amenazas de aborto... Cuando entré me canalizaron... me empezaron a vendar los pies, me hicieron que me pusiera un gorrito azul en la cabeza y... me pasaron... al quirófano... me ponen la... ráquea otra vez, este, me pegan un hilo hasta acá hasta la espalda, me colocan un, este, muchos chupones para tomar la presión... me conectan un aparato en el brazo derecho para la presión, traía el suero y tenía una mascarilla de oxígeno en el caso de que la llegara a necesitar, este, me empezaron a lavar con isodine para... desinfectar me lavaron toda, hasta las piernas... me dejaban caer como una pelota en mi pierna para ver si ya se me habían dormido, cuando ya tenía las piernas dormidas y de hecho yo ya no sentí cuando me metieron la sonda no sentí, porque ya tenía de la cadera para abajo dormido... me pusieron una... cortina azul para que no viera cómo iban a cortar... sentí cuando estaban abriendo como la cuarta o quinta capa de la piel... sentí como abren el abdomen así como en dos, como que lo estiran y lo estiran... de hecho cuando lo estiran yo veo cuando meten unas pinzas que abren y meten otras pinzas que son como unas palas... las meten para ir escarbando... hasta cuando ya llegan al bebé cuando empezaron a escarbar y se metieron esas pinzas yo ya no aguantaba el dolor porque me dolía mucho... o sea, tal vez me sugestioné mucho por lo que mi hermana me había platicado su cesárea y yo decía a lo mejor se les vaya a pasar la mano y me vayan a cortar de más o me dejen unas pinzas adentro o algo... Me volvieron a inyectar de cómo gritaba, me volvieron a inyectar algo en el suero porque sentí frío, frío... todo mi brazo y me quedé bien dormida de hecho, yo no vi cuando el bebé nació... abro como diez minutos después los ojos que a mí se me hicieron como dos horas, abro los ojos y le pregunto que qué era,

cuánto había pesado y a qué hora había nacido y me dice la información, me vuelvo a quedar dormida”.

2. El proceso de recuperación post parto

La recuperación post parto fue diferente dependiendo de la forma en que se dio el nacimiento siendo más pronta en el caso del parto fisiológico, seguida de parto con episiotomía y terminando con la cesárea. Igualmente el dolor se experimentó de manera distinta en cada caso.

a) Recuperación del parto fisiológico

El parto fisiológico fue en palabras de **Maru** la mejor forma de parir ya que el restablecimiento físico y psicológico se dio más rápido y el apoyo brindado eximió las labores más necesarias como ir al baño, levantarse y bañarse:

“En el normal te sientas, te paras, te acuestas, te agachas y no hay ningún problema”.

b) Recuperación de la herida de la episiotomía

La recuperación de la episiotomía se vivenció de diferente forma en el caso de cada mujer, sin embargo, todas concuerdan en que el tiempo de recuperación fue de una semana a quince días posteriores al nacimiento del bebé y que la incisión era incómoda o molesta. Además de que en algunos casos causó curiosidad.

Fátima mencionó que en sus dos partos le realizaron dicha incisión tardando una semana en recuperarse y siendo muy molesta. Tanto que durante su segundo parto pidió que le pusieran más anestesia para evitar el dolor de la sutura de la episiotomía:

“Cuando el doctor me estaba cosiendo me preguntó señora ¿le duele? y... yo le exagere y que me vuelve a poner anestesia... yo creo que si no me vuelve a poner anestesia ¡híjole! me hubieran dejado peor, pero si yo recuerdo, que fue una semana o más de una semana la recuperación”.

Así mismo, indicó que era incómoda por la salida de loquios tan abundante aunque no sentía dolor ni era molesto.

Maru mencionó que su recuperación fue difícil ya que después de que realizaron la episiotomía sintió molestias y el significado atribuido a esta incisión fue negativo porque consideró que con esa pequeña herida la habían abierto:

“Y así cuando te abren pues... si... te duele es molesto para ir al baño... es bien incómodo, o sea, tienes que andar ¡Ay! ¿Cómo me siento? Es bien molesto... y la molestia duró una semana”.

En lo que se refiere a **Andrea** la recuperación de su parto con episiotomía fue rápida. Sin embargo, el significado que le otorgó a la episiotomía fue que la rasgaron siendo negativo.

“A mí me rasgaron para que ella pudiera nacer, me rasgaron hacia una pompa y me volvieron a poner la bata, me pasaron a otra camilla y me llevaron a la zona de recuperación... Lo único que me molestaba era para sentarme... me tenía que sentar así como de lado o para cuando iba a hacer del baño, era incómodo pero... después ya no, mi herida sanó en una semana o quince días más o menos...”

Agregó que dicha incisión le causó curiosidad y con ayuda de un espejo miró su episiotomía, vio cómo fue realizada y el hilo con el que la suturaron:

“Yo tenía un espejo en el baño y me causó curiosidad porque me picaban los hilitos cuando yo me sentaba... el hilo era azul... y empiezo así como a tocar para ver qué pasaba y me dijeron que se caerían solos -los puntos-”.

Sandra indicó que su episiotomía fue del dolor a la incomodidad y al mismo tiempo generaba en ella temores de que le ardiera al orinar, pero esto no sucedió:

“Era molesto más bien doloroso al principio, pero después era molesta y aparte me daba miedo porque yo sentía que por ejemplo al orinar... que me iba a arder, o sea, más bien era mi imaginación pero yo sentía así como que orinaba con miedo, nada más un poquito molesta la ida al baño, duró como veinte días”

Mariposa vivió esta experiencia en sus cinco embarazos y mencionó que la incisión le producía molestias y observó cómo fue realizada.

“La episiotomía fue hacia la nalga del lado derecho y me molestaba, yo la ví, sí pues que me cosieron, yo me revisaba”.

c) Recuperación de la herida de la cesárea

En lo que respecta a la recuperación de la cesárea, ésta fue mucho más tardía en relación al parto fisiológico o con episiotomía, dándose aproximadamente de treinta a cuarenta días después de la intervención quirúrgica. Las participantes mencionaron que experimentaron dolor intenso y sus actividades vitales se vieron restringidas.

En el caso de **Dulce** expresó que su herida le producía dolor y no podía realizar actividades cotidianas.

“Allá en el hospital no me podía parar, me costaba mucho trabajo porque como la tengo así vertical a la hora de sentarme pues yo sentía que se me abría, no me podía reír, no podía llorar, no podía toser, no podía nada, o sea, sí podía, pero pues no quería porque me dolía mucho el estómago, porque toda la fuerza por lo regular la hacemos en el estómago y entonces no podía y sí me dolía mucho tener el hilo ahí... Duré diez días con todo el hilo... y a la hora de que me quitan el hilo yo creí que ahí... pues iba a dolerme igual que cuando me alivié pero pues ya me lo quitaron y dijeron que no me podía fajar pero yo me sentía desprotegida... y ya después sin el hilo tenía que tener más cuidados porque yo pensaba que se me podía abrir más fácilmente”.

Así mismo refiere que por el dolor que sentía tomaba analgésicos “en el hospital me mandaron naproxen y diclofenaco más aparte todos los analgésicos que me mandaron por la preeclampsia”. Además, su recuperación tardó aproximadamente cuarenta días tiempo en el que dejó de reglar:

“Duré reglando muchísimo... incluso hasta me tenía que poner dos toallas nocturnas juntarlas para poder este, para que no me ensuciara...”

Maru indicó que durante su recuperación sentía dolores y que ésta fue tardía:

“Ay bien adolorida, yo diría que, este, muchas niñas dicen que prefieren cesárea, no pues ni loca, o sea, yo digo normal... porque cesárea... tardas mucho tiempo en recuperarte, bueno, yo en lo personal me dolió mucho... yo no quería ni caminar, tardé más de un mes en recuperarme y cuando me quitaron los puntos me dolió yo hasta chillé... y tenía dolor para orinar por la sonda que me pusieron... Tardó más de un mes”.

Andrea mencionó que su recuperación se prolongó ya que su bebé se quedó internado y tardó en cicatrizar su herida:

“Me dijeron que sí iba a tardar un poquito más porque yo no había tenido el reposo adecuado porque... tenía que andar en camión, saliendo, subiendo escaleras para llegar a ver a mi hijo al hospital (se encontraba internado). La cicatrización normal es de siete días, a mí me tardó... trece días, lo que él duró internado yo duré con la cicatrización, o sea, que sí me tardó más tiempo... duré con el hilo... de hecho hasta cuando me lo movieron a los siete días me lastimó mucho la doctora y yo hasta casi lloraba y me dijo “todavía no está cerrada porque si yo lo jalo te abres, tienes que venir hasta el próximo viernes”... Cuando me quitaron el hilo... yo me sentía muy insegura y decía “si choco con algo me vaya a lastimar, si hago esto no te puedes poner pantalones de mezclilla ni nada”... Traté de cuidarme aunque pues también no guardé... mi cuarenta fue... después de quince días casi”.

3. Diferencias entre parto fisiológico, parto con episiotomía y cesárea

Las diferencias entre el parto fisiológico, parto con episiotomía y cesárea fueron experimentadas en dos mujeres de los casos investigados. Cada una detalló las características de cada proceso. En el caso de **Maru** ella experimentó las tres formas de nacimiento mientras que **Andrea** tuvo el parto con episiotomía y cesárea.

Ambas coincidieron en que la recuperación del parto con episiotomía fue más pronta que de la cesárea. Igualmente la realización de actividades fue más tardía en lo que se refiere a la cesárea que en los otros dos casos. Además agregaron que es mejor un parto sea fisiológico o con episiotomía ya que el dolor duro menos tiempo y la recuperación fue más sencilla.

Maru:

“En el normal... te sientas, te paras, te acuestas, te agachas y no hay ningún problema... ya que pasa todo, puedes ir al baño, o sea, te puedes mover. Y... cuando te abren pues... sí... te duele, es molesto para ir al baño... es bien incómodo, o sea, tienes que andar ¡Ay! ¿Cómo me siento? Y de la cesárea... en lo personal me dolió mucho... yo no quería ni caminar, tardé más de un mes en... recuperarme... Prefiero parto con episiotomía que cesárea... No importa, pero parto”.

Andrea:

“Un parto normal es mejor... bueno, a mí en lo personal de la cesárea tardé muchísimo más en la recuperación, o sea, después de que me quitaron el hilo tardé mucho porque yo me sentía muy insegura y yo decía “si choco con algo me vaya a lastimar si hago esto”, no te puedes poner pantalones de mezclilla ni nada y en un parto normal tal vez te duele en el momento pero la recuperación es más rápida”.

4. Imagen corporal de las mujeres después de las intervenciones quirúrgicas

a) Parto fisiológico

Maru mencionó que su imagen corporal no se vio afectada después de su parto fisiológico ya que la evolución fue favorable.

b) Parto con episiotomía

En algunos la herida de la episiotomía fue significada como una herida mayor de lo que debiera ser –incisión hacia el perineo medio o medio lateral-. Sin embargo, su percepción cambio cuando observaron cómo fue realizada la sutura.

Andrea:

“A mí me rasgaron para que ella pudiera nacer, me rasgaron hacia una pompa”

Mariposa:

“Y así cuando te abren pues... sí... te duele”

c) Cesárea

En lo respecta a la cesárea por ser una intervención quirúrgica realizada en el abdomen, transforma la imagen corporal de la mujer ya que la herida es visible y para algunas mujeres es un hecho que las afecta porque sienten que quedaron marcadas.

En el caso de **Dulce** ella definió su imagen corporal como algo importante ya que ella piensa que si las personas la observan se puedan dar cuenta de sus estrías y la herida de la cesárea, siendo un hecho que de cierta forma la avergüenza.

“Cien por ciento importante, para empezar, que me vean mis estrías, que tengo estrías por todos lados y la... lonja y mi cesárea pues sí me da pena que me vean, ya estoy acostumbrada a que mi esposo me vea encuerada o como sea porque él ya sabe tal cual soy, pero me va a dar pena que... vean mi realidad y siempre estoy tapada con una faja...”

Con ella no se me vean las lonjas ni las estrías, no me gusta que me vean mi panza, soy muy vanidosa en ese aspecto”.

Maru también manifestó que le hubiera gustado que le realizaran la cesárea horizontal dejando entre ver la significación de este suceso:

“La de forma de bikini”.

III. CUIDADOS POST PARTO

1. Apoyo brindado por otras mujeres

Los cuidados post parto fueron proporcionados precisamente por otras mujeres que se encargaron de brindar ayuda a las mujeres recién paridas durante el puerperio.

Estas mujeres pusieron en práctica el uso de saberes cotidianos como la utilización de infusiones con hierbas para expulsar más rápido los loquios y atoles para ayudar en la producción de leche, así como la utilización de fajas para que la recuperación no fuera tan incómoda y tardía, desde sus creencias.

Sandra

“La primer semana así en cama, mi abuelita pues es así como bien tradicional entonces me daba sus menjurjes, yo salí del hospital y la cuarentena la iba a vivir con mi abuelita... la recuperación te digo que fue como de pueblo con menjurjes y hierbas y baños con hierbas y y ruda y tomar chocolate con ruda... La ruda dice mi abuelita que limpia, entonces ves que... tienes el parto y después todo se está acomodando dentro de ti y estás expulsando sangre y así y hay sangrado y todo eso entonces la ruda ayuda a que la expulses más rápido... y atoles para tener leche y atole de masa y agua de alfalfa y cosas así y yo le decía a

mi abuelita que me diera pulque pero dijo que no (ríe)... yo creo que hasta eso las cosas que dice mi abuelita sí funcionan, el sangrado fue muy fue muy abundante pero muy pocos días”.

Dulce comentó que durante el puerperio su mamá y su hermana la cuidaban y le ayudaban fajándola ya que ella pedía que así fuera porque pensaba que le lastimaría su cesárea.

“Le dije a mi mamá y a mi hermana que ellas me fajaran con las vendas para que estar más protegida de mi panza, siempre me fajaron con vendas”.

2. Alimentación al seno materno

La producción de leche al igual que amamantar al bebé fue un hecho que supuso un reto para las mujeres sobre todo en el caso del primer hijo, puesto que presentaron dolor en los senos o incomodidad por la producción de leche.

Sandra:

“Amamantar fue doloroso, yo veía a las señoras y decía “todo el tiempo estaban amamantando”... es lo más común y en esos días de recuperación... obviamente, también viene el que empiezas a amamantar, eso si fue muy doloroso... lo sufrí más que un parto”.

Mariposa:

“Yo le di nada más veinte días de leche porque no aguantaba los pechos y porque pretextaba... que no estaba preparada y me daba asco oler a leche”.

IV. PROBLEMAS DE SALUD DEL BEBÉ

La recuperación física de la mujer en algunos casos se vio afectada ya que los bebés durante el momento de parto presentaron problemas de salud. Uno de esos inconvenientes fue la aspiración de meconio, que afectó las plaquetas del bebé en el caso de **Fátima**, siendo una situación por la cual, estuvo internado una semana. Afectando su recuperación post parto ya que durante este período tenía que estar pendiente de su hijo en el hospital y no pudo guardar el reposo necesario:

“Una baja de plaquetas y estaba amarillito y ya cuando nivelaron la sangre y se estabilizó lo dieron de alta”.

Esta situación también fue vivida por **Andrea**, empero su hijo tuvo que estar en terapia intensiva ya que sus pulmones no funcionaban correctamente por la bronco aspiración de meconio que sufrió al nacer.

“La pediatra me dijo que el bebé estaba muy grave, que le daban 72 horas de vida porque estaba muy delicadito, que lo iban a pasar a terapia intensiva... iba a la visita en USIN... así se llama la sala donde ellos están. Yo bajé a verlo un día antes de irme de alta... lo vi conectado y pues es algo muy feo porque los ves conectados, todos flaquitos, porque estaba bien flaquito y... donde se terminan las costillas se le hacía un hoyo y me decían que era una bronco aspiración de meconio... me dijeron que era que el líquido amniótico que el niño trago o, bueno, inhaló antes de nacer se le fue a los pulmones, entonces los pulmones cuando nace el niño al llorar lo que hacen es inflarse pero como él no los pudo inflar porque tenían esa agua adentro le costó mucho trabajo respirar y de hecho él era por lo que estaba luchando... No me importaba el reposo a mí, lo que me importaba era que el bebé estuviera bien, cuando me dan de alta pues a mí sí me da más tristeza

porque a él no me lo llevé por lo de la bronco aspiración que tuvo, no me lo pudieron entregar porque estaba en terapia intensiva”.

V. LA ABSTINENCIA SEXUAL DURANTE LA CUARENTENA

1. Significado de la cuarentena

Durante el puerperio estuvieron presentes momentos de erotismo, sin embargo, el significado que la mujer le atribuyó a la cuarentena fue primordial puesto que era considerado como un momento vedado en el que existió un impedimento médico para evitar el reinicio de su vida sexual.

El erotismo, así, varió de una participante a otra, ya que mientras algunas no tuvieron ningún contacto en este período otrascomenzaron con el jugueteo erótico en el puerperio medio y tardío -tocamientos, caricias y besos apasionados-.

Además, las mujeres manifestaron que el respeto de la cuarentena se dio por razones físicas y psicológicas ya que no se sentían preparadas para reiniciarse sexualmente, no obstante en un solo caso como la recuperación fue pronta el reinicio se estableció en el puerperio medio (**Sandra**).

Fátima:

“La cuarentena si no recuerdo mal sí la guardamos y ya después si había actividad”.

Maru expresó que el reinicio de su vida sexual después de sus tres embarazos se dio pasada la cuarentena y sobre todo en la cesárea en la que el tiempo de reinicio sexual se prolongó.

“A los dos meses yo creo de haberme aliviado y en los partos los cuarenta días dije ¡no molestar!”.

Andrea refirió que durante los dos puerperios que tuvo no hubo relaciones sexuales porque no se sentía preparada:

“No, sí respetó mi cuarentena”

En el caso de su cesárea guardó la cuarentena por prescripción médica.

“Tienes que guardar la cuarentena y un poco más porque como no guardo el reposo, estar en casa los cuarenta días y no estar haciendo y deshaciendo pues tienes que ser más paciente porque la piel se puede abrir”.

Dulce:

“Él me buscaba y yo no dejaba pero ya fue más o menos como a los cuarenta días que yo dejé de reglar porque pues a mí no me gusta tener relaciones así. Cuando yo dejé de reglar fue cuando ya pudimos, hice que se aguantara hasta los cuarenta días... pero ya como a los quince días empezaba a querer... provocarme”.

Mariposa fue un caso especial ya que ella suspendió el reinicio sexual durante la cuarentena a partir de su segundo embarazo como consecuencia de la descolocación del DIU por tener relaciones durante el puerperio de su primer embarazo:

“A los quince, veinte días, el papá de mis hijos ya estaba así como que desquiciado que quería tener relaciones y yo tenía miedo, entonces pues... había conflictos y bueno cedí y... no lo hubiera hecho porque me sacó el DIU y me tuve que ir al hospital a que me lo quitaran”.

Caso contrario ocurrió con **Sandra** quien también tuvo relaciones sexuales durante el puerperio pero no presentó ningún problema. Situación que fue atribuida al mejoramiento de su estado físico:

“Tuve relaciones antes de que acabara la cuarentena... porque te digo que mi pareja si tenía así como el líbido muy muy alto y había siempre coqueteo entonces sí hubo deseo desde antes”.

En lo que concernió a **Fátima y Maru**, ellas no tuvieron contacto sexual alguno ya que así evitaban tener relaciones sexuales.

2. Temores para reiniciar su vida sexual

También los temores estuvieron presentes tales como la falta de deseo sexual, la presencia de dolor, temor ante un nuevo embarazo y en los casos de la cesárea o episiotomía el miedo a ser lastimadas por la incisión realizada. Como muestra está el caso de **Dulce** quien a pesar de ser tocada no accedió a tener relaciones sexuales porque admitió que su mayor temor era que le lastimara su operación.

Fátima aludió al hecho de la disminución del deseo sexual y el temor de quedar embarazada o de ser lastimada por la episiotomía realizada.

“Sí me disminuyó mucho el deseo sexual... yo creo que por preocupona... porque yo decía “¿si me vuelvo a embarazar?”, porque no me cuidé luego luego y el resultado fue de que Frida a los cinco meses ya la estaba esperando”.

Andrea mencionó que después de su parto tenía temor de que su pareja no tuviera los cuidados pertinentes y lastimara su episiotomía:

“Sí tenía miedo, de hecho... pues están acostumbrados... -los hombres- a meterlo rápido, se podría decir, a introducir el pene en la vagina más rápido y yo le decía que lo hiciera despacito porque me daba miedo que me lastimara aunque... no me dolió nada pero sí me daba, ese era mi temor”.

En el caso de su cesárea mencionó que tardó más tiempo para reiniciar sexualmente ya que tuvo temor de que su esposo le abriera la herida de su cesárea al introducir su pene en su vagina, pero no pasó nada:

“Muchísimo más porque a mí sí me daba miedo que... al introducir su pene me fuera a abrir mi cesárea, la verdad a mí sí me daba mucho miedo”.

VI. REINICIO DE LA VIDA SEXUAL DE LAS MUJERES

El momento de reanudar las relaciones sexuales después del nacimiento del bebé se dio en la mayoría de los casos pasada la cuarentena aunque una de las participantes lo experimentó en el puerperio medio.

Fátima mencionó que el reinicio de su vida sexual se dio mes y medio después de tener a su bebé; refirió que el lugar donde llevó a cabo su relación sexual fue en su casa lo que produjo un clima de tranquilidad, iniciando con el juego precoital ya que para llegar al clímax en su relación, ella considera su marido *“necesita hacer su labor”* de forma que ambos disfruten del momento. Además, de que la primera relación sexual para **Fátima** fue dolorosa ya que le lastimaba la episiotomía que le realizaron, siendo una situación que se presentó en ambos partos. Durante esa relación sexual la posición adoptada fue la del *“misionero”* aunque ésta no se prolongó por mucho tiempo, dado el dolor que sintió al realizar el acto sexual.

Dulce mencionó que su primera relación sexual se dio a los cuarenta días pero al igual que **Fátima** sintió dolor en su la cesárea que le realizaron suspendiendo sus

relaciones sexuales en ese momento e intentándolo hasta la siguiente semana ya sin presentar problema alguno:

“Ya que dejé de reglar porque pues a mí no me gusta tener relaciones así... pero fue dolorosa porque cuando yo tuve relaciones sexuales con él, pues para empezar le dije que no me aplastara porque pusss... siempre fue la del misionero, que no me aplastara porque me podía abrir mi panza... y a la hora de la penetración yo sentía que con algo me pegaba... y me provocó un dolor muy fuerte en la operación... nunca supe que era a lo que le pegaba... y mejor... lo suspendí le dije “no” porque me dolía”.

Maru mencionó que el momento de reinicio de su vida sexual en los tres casos se dio pasada la cuarentena en el caso de sus partos, mientras que en la cesárea esperó más o menos dos meses después de dar a luz pues hasta ese momento se sintió segura.

“Placer porque... no fue así como que tan rápido, o sea, yo me esperé y no me molestaba... mantenían la misma forma que durante el embarazo, la cuchara”.

Andrea señaló que en el primer embarazo esperó la cuarentena para reanudar su vida sexualmente activa pero este tiempo fue más extenso en lo que se refirió a la cesárea.

“Yo creo que como después de mes y medio sino es que casi los dos meses más o menos... y la relación fue placentera”. Mientras que después de su cesárea tardó dos meses y medio aproximadamente empero no sintió dolor, *“sentí deseo”.*

En cuanto a **Sandra**, ella reinicio su vida sexual durante el puerperio medio empero, no le dolió.

“Como veinte días... en casa de mi abuelita... sí hubo placer, hubo juego, hubo, había adrenalina, hubo nervios de que estaban las personas en el otro cuarto que aparte eran mi familia y mi familia es como más conservadora, en ese tema fue divertido y no fue doloroso, la posición fue del misionero”.

Mariposa también inicio en una ocasión de sus cinco partos durante el puerperio medio, empero dado que la experiencia fue negativa, puesto que se le salió parte del DIU durante la relación sexual, decidió no volver a repetir dicho suceso y esperar la cuarentena.

“A los quince, veinte días el papá de mis hijos ya estaba así como que desquiciado que quería tener relaciones y yo tenía miedo entonces pues... había conflictos y bueno cedí... pero me sacó el DIU y me tuve que ir al hospital a que me lo quitaran y se suspendieron las relaciones hasta pasada la cuarentena”.

VII. VIDA SEXUAL DE LAS MUJERES DESPUÉS DEL REINICIO

Las caricias fueron un referente importante para las mujeres quienes disfrutaron el hecho de ser tocadas y experimentar sensaciones placenteras.

Fátima:

“Que me acaricie eso es en lo que más... obtengo más placer”.

Dulce:

“Me empieza a agarrar los pechos y pues... se puede decir que él me prende”.

Maru:

“En ocasiones sí realizábamos el juego precoital”.

Igualmente **Mariposa** expresó que las caricias permitieron que llegara al clímax más fácilmente:

“Él me tocaba mucho, me acariciaba, besaba mi cuerpo”.

1. Prácticas sexuales vaginales

En lo que se refirió a las prácticas sexuales vaginales. éstas variaron de forma que hubo mujeres que experimentaron nuevas posiciones mientras que otras continuaron con las mismas que realizaban porque eran satisfactorias para ellas. Asimismo, algunas mujeres incluyeron el sexo oral (felación- cunnilingus) o el sexo anal como prácticas cotidianas.

En cuanto al sexo vaginal **Fátima** mencionó que sus relaciones sexuales se daban aproximadamente una vez a la semana y que su apetito sexual era inhibido ya que tenía temor de embarazarse:

“Yo creo que ya de ahí sí me ha bajado el apetito sexual, si me busca él hacemos algo si no yo me hago la desentendida... porque al principio... duré mucho tiempo que le decía me duele... ahora tengo temor de embarazarme”.

Maru indicó que tenía relaciones sexuales una vez a la semana y la posición que realizaba era la de la cuchara, siendo satisfactoria para ella.

Dulce mencionó que sus relaciones sexuales las llevaba a cabo una vez por semana o cada quince días pero estas eran más espaciadas ya que realizaba otras actividades y no era algo primordial:

“Cada semana... quince días hay veces que si duramos hasta un mes porque no vivimos juntos entonces se puede decir que es cada que podemos... es placentera”.

Pero precisa: “para mí no es tan importante tener relaciones con él, no digo que... nunca las tengo sino como que eso se volvió pues menos importante para mí lo más importante es mi hijo, trabajar, la casa, cosas así que tener relaciones con él”.

En lo que concernió a **Andrea**, ella manifestó tener relaciones sexuales cada tercer día e incluir otros elementos para variar sus relaciones sexuales y que investigaban en revistas.

“Pues cada tercer día, cada cuatro días (después de cada embarazo)... Empiezas a investigar qué es lo que le gusta porquenosotros nos juntamos cuando el primer embarazo y pues como ya era un poco incómodo... no quisimos investigar, ya después hicimos la de perrito... y la cucharita”.

La posición del *perrito* consiste en que la mujer se ponga de rodillas, con los brazos extendidos apoyados en la cama y el hombre detrás de ella, la penetra y toma su cadera para controlar el ritmo de los movimientos.

En el caso de su segundo embarazo indicó que mantuvo las relaciones sexuales y experimentó otras aparte de las que ya había realizado con anterioridad:

“Otra vez hora sí que regresábamos... a lo de antes que era...perrito, de cuchara y yo arriba de él, él arriba de mí”.

Sandra expresó que tenía relaciones sexuales cada tercer día o cada semana y buscaba que fueran placenteras; además de que investigaban sobre su sexualidad y practicaban:

“Fue como un nuevo inicio... ya más consciente, siendo sincera, antes del embarazo pues él eso sólo era así, sólo sexo, así monótono y así después pues obviamente... pues era más placentero, a ambos nos empezó a surgir la curiosidad de hacer cosas o de investigar acerca de mi cuerpo y yo acerca del suyo”.

Mariposa expresó que tenía relaciones sexuales diariamente y empezó a disfrutar el sexo en otras posiciones:

“Yo empecé a disfrutar el sexo, o sea, encima de él... yo lo disfrutaba y era cuando lográbamos orgasmos juntos... después de mi tercera hija”.

Es importante resaltar que hubo mujeres que tuvieron que modificar sus relaciones sexuales como consecuencia de las intervenciones quirúrgicas a las que fueron sometidas o evitaron por dolor posiciones que anteriormente realizaban (**Fátima y Dulce**).

a) Dolor al tener relaciones sexuales como consecuencia de la episiotomía realizada.

En el caso de **Fátima** durante sus relaciones sexuales posteriores a sus partos presentó el problema de *“un picor”*, es decir, un dolor de baja intensidad que experimentaba en la región vaginal aunque no prolongado, pero el cual ha sentido desde entonces y le ocasiona incomodidad.

b) Dolor al tener relaciones sexuales como consecuencia de la cesárea realizada.

Dulce igualmente presentó problemas cuando intentó modificar las posiciones sexuales que realizaba y por ende no las volvió a practicar pues presentaba dolor:

“Igual, o sea, empecé a subirme encima de él pero igual me lastimaba o cuando la del perrito... igual hasta la fecha esa yo no la hago porque me lastima, con algo pega ,no sé qué es porque me da pena ir al doctor... y entonces me duele... no hubo placer, yo estaba más concentrada en el dolor que en estar sintiendo algo... aunque antes no sentía dolor y antes me daba igual hacerlo donde fuera, ahora no ahora... me duele, muchas posiciones me lastiman”.

2. Juegos eróticos

En particular **Andrea** aludió al hecho de la innovación en sus relaciones sexuales utilizando lubricantes y viviendo una experiencia diferente.

“Investigué en una revista que hay gel lubricante de sabor a uva, él lo compró en una Sex Shop (tienda de artículos para fantasías sexuales)... se pone en el área de los genitales y haz de cuenta que se come pero a mí en lo personal me dabaasco, la verdad, tanto que me hagan el sexo oral o hacerlo me da asco, me da mucho asco entonces cuando pues obviamente empiezas, empieza la penetración se podía decir de... desprende el olor a uva... Me lo puso él obviamente en lo que son los labios de la vagina... al principio hasta te da frío y te pones bien chinita...pero ya empieza a pasar... todo lo demás pues el abrazo, el beso, el abrazo...”

En otro momento indicó que utilizaba ropa interior seductora que su pareja escogía siendo placentero para ambos, convirtiéndose así en un juego erótico:

“Una tanga por ejemplo, la tanga rosa porque con esa me gusta cómo se te ve... “Ahora ponte esta”, o la azul con blanco, o la blanca de los hilitos, o sea, hay una que nada más se amarra y si te la desamarran te quedas sin calzones”.

También **Andrea** y su pareja diversificaron los lugares y formas del encuentro sexual.

“En la sala... parados, en el sillón... yo sentada en él... dándole la espalda o igual también de frente a él, pero no, no es tanto como en la cama, o sea, como que la cama es más el fuerte, no siempre es la misma me voy a aburrir... buscas alternativas”.

Un caso similar fue el de **Sandra** que mencionó que diversificó las posturas sexuales así como los lugares de realización del acto sexual.

“Después fue mejor, yo creo la actividad sexual porque obviamente no había panza entonces ya había... más diversidad de posiciones, o sea, más juego, había más apetito sexual, no sé, porque también perdimos pudor... había más posiciones, más horarios, este, por ejemplo como de mi parte había más apetito sexual pues yo lo incitaba antes de irse a trabajar o cuando él regresaba del trabajo y antes de dormir o así cosas, hubo más confianza, se aprovechaba que la casa estaba sola porque antes era como... nada más en nuestro cuarto... nos íbamos a la sala o al cuarto de tus papás... en el baño. Comúnmente yo... empecé a estar sobre de él, o él sentado y yo arriba de él, mi deseo fue mayor y empecé como que yo a querer tener el control de ciertas situaciones entonces comúnmente era yo encima de él... se nos quedó como algo de romance... en la posición de cucharita cuando adoptábamos la posición de cucharita, de cómo cuando estaba embarazada lo seguimos haciendo despacio como cuando estaba embarazada... nos daba de cierta forma como, como paz, como conexión y la otra era como más fuga de pasión y de energía y así. Fue parados, fue sentados en el sillón, y pues esa de que están acostados y la mujer tiene las piernas hacia arriba, sí, esa la que te digo

que la mujer está de espaldas, con la espalda en la cama y las piernas hacia arriba...Alguna vez lo hicimos como la clásica esa de perrito pero me daba una nalgada él y a mí las nalgadas me enfadan demasiado entonces yo opté por limitar esa posición. Y de pronto si llegábamos a ver en revistas o algo del clásico que ves en una revista y dices “ah”, pero comúnmente las que veíamos en revistas era de intentarlo una vez y ya... era más placentero... hubo también mayor apego emocional de mi parte. Con más conciencia pues era más placentero, a ambos nos empezó a surgir la curiosidad de hacer cosas o de investigar acerca de mi cuerpo y yo acerca del suyo”.

3. Prácticas sexuales vía oral

Respecto al sexo oral **Fátima, Dulce y Sandra** refirieron llevar a cabo encuentros sexuales de felación (consiste en el contacto de la boca de la mujer y el pene del hombre), que fueron gratificantes para ellas.

Fátima:

“Me gusta hacerle sexo oral porque me siento segura de que no quedaré embarazada... en algunas ocasiones también realizamos el sesenta y nueve”.

Dulce:

“Cuando él me pide esa situación de que yo le haga sexo oral ya le hago y... si tenemos relaciones pues ya empezamos”.

Sandra:

“Sexo oral desde la primera vez era una práctica común en nuestras relaciones... de mí hacia él”.

En otros casos realizar sexo oral por parte de las mujeres no fue agradable.

Andrea mencionó que realizó la felación en una ocasión pero que fue desagradable para ella y no lo volvió a hacer.

“No, o sea, el sexo oral lo probé después... creo que mi hija tenía como tres años pero, o sea, te repito a mí me da asco, en lo personal no me gusta... hasta imaginármelo me dan ganas de vomitar... ambos lo hicimos sólo una vez y no lo volvimos a intentar”.

Así mismo **Mariposa** coincidió con el hecho de realizar sexo oral y recibirlo, empero era una situación desagradable que le daba asco y después dejó de realizarlo:

“Si nos lo hacíamos o me lo hacía pero ni me gusta que me lo hagan ni me gusta hacerlo, porque me da asco el olor y mucho menos que se... viniera en mi boca”.

4. Evitación del sexo anal

Para algunas mujeres el sexo anal era una variante evitada por temores de ser lastimadas u ocasionar alguna complicación en su salud por tener relaciones anales.

Dulce no había experimentado el sexo anal por temor a ser lastimada y porque había escuchado mitos acerca de que se podía “voltear” su ano o que podía experimentar dolor durante su realización:

“Que duele o que se te puede voltear el ano... y me da vergüenza llegar al hospital por esa situación... entonces mejor no, ya no lo hago y de por sí estoy así muy pompuda y dicen que se te ponen peor las pompas... él me presiona mucho pero la vez que lo intentamos me dolió entonces ya mejor no, aunque él sigue ahí que en cualquier momento podemos tener”.

Igualmente **Andrea** coincidió con **Dulce** en los temores de dañarse el ano si era penetrada vía anal e indicó que le daba miedo:

“Nunca lo he experimentado, me da miedo porque dicen que duele... me da miedo porque yo siento que se me vaya a caer el ano o no sé, es que hay muchos mitos...alguien me llegó a comentar que te duele mucho y a veces hasta sangras entonces para qué investigo... mejor así, mejor no sangro ni me lastimo”.

Caso contrario fue el experimentado por **Mariposa**, ya que ella si llevó a cabo esta práctica pero era doloroso para ella y lo hacía más por quedar bien con su pareja que por gusto.

“Pues de anal lo empezamos a hacer más seguido aunque para mí era doloroso... no me producía placer... lo hacía por quedar bien con él -su pareja- por... ignorancia por creer que así no se iba a fijar en nadie más”.

VIII. MANEJO DE LA ANTICONCEPCIÓN

En el caso de algunas de las participantes la anticoncepción se volvió un problema ya que como la mayoría de los métodos anticonceptivos contienen hormonas (pastillas anticonceptivas, inyecciones, implante subdérmico y parche anticonceptivo) no podían utilizarlos y por esta razón sus maridos eran quienes

tenían que utilizar el condón durante las relaciones sexuales, aunque en varias ocasiones no lo hacían.

Fátima mencionó que el problema surgió como consecuencia de las inyecciones con las que se controlaba y aunque su pareja era quien utilizaba el condón como método anticonceptivo, no era constante produciendo que ella se angustiara ante la posibilidad de embarazarse acto seguido de tener relaciones sexuales.

“Ahorita ya no, es que como tengo mucho el problema de las varices... él se cuida pero a veces no y más que quedar complacida quedo preocupada”.

Con respecto a **Dulce**, como presentó preeclampsia severa ella negoció con su marido para que él utilizara el condón durante la relación sexual para evitar un embarazo.

“Que él se cuidara con condón porque... yo no puedo tener nada hormonal no me puedo tomar ni pastillas ni tener nada en mi cuerpo hormonal y el dispositivo me da miedo írmelo a poner, entonces ahora el que se cuida es él y si no, no hay nada de relaciones sexuales”.

En el caso de **Mariposa** ella experimentó con varios métodos anticonceptivos pero sólo le servían temporalmente por lo que su pareja decidió tener relaciones sexuales utilizando condón. Cabe mencionar que actualmente ella no puede tener hijos, puesto que se realizó la salpingoclasia después del último parto, evitando así otro embarazo.

“Pues usé espumas, óvulos, DIU, inyecciones, pero nada me quedaba todo me empezaba a conflictuar... pastillas fue con lo que duré un poquito más pero me empezó a saltar la várice y si de por sí soy de

carácter fuerte, más se me agudizó mi carácter... después se llegó a la conclusión de que igual era mejor el condón y ese se utilizó”.

En cuanto a **Andrea** ella salió del hospital con el DIU después de dar a luz al igual que en el segundo siendo su método anticonceptivo:

“Salí del hospital con la T de cobre, cuando alivié de la niña yo ya traía...ya de ahí... pues prácticamente la que se cuidaba era yo iba a mis visitas... sigo yendo cada tres meses... para que me revisen el dispositivo”.

Del mismo modo que **Sandra**, que también se controló con el **DIU**, método anticonceptivo colocado durante su hospitalización, después del parto.

DISCUSIÓN

Los resultados fueron obtenidos teniendo como marco de referencia la metodología cualitativa en la modalidad de entrevista semiestructurada, la cual permitió mostrar la importancia de las experiencias y significados de las mujeres en el reinicio de su vida sexual así como durante el embarazo, nacimiento y puerperio.

En primer lugar, es necesario subrayar, para poder entender la situación de la mujer, el hecho de que la sociedad actual sigue considerando parte inherente de ésta, el vivir o “ser para otros”, de manera que la maternidad se considera la parte primordial para la mayoría de las mujeres. Aun pese a la baja en la natalidad y la inserción de la mujer en el terreno laboral, ella no puede desprenderse de la idea de realizarse como madre. Esta situación, según Lagarde (1997) es considerada como un hecho social determinado por la cultura en la que están inmersas, ya que desde niñas se establecen los roles que hombres y mujeres reproducirán en la sociedad.

Carrizo, Coronay cols. (1986) coinciden con esta realidad especificando:

“La mujer recibe con la maternidad la más importante y suprema valoración de su carácter y de su esencia como mujer” (p.32).

De esta manera es necesario cumplir con el desideratum o mandato cultural que dispone a la mujer con la capacidad y “obligación” de dar vida y hacerse cargo de ella, moldearla y enseñarle lo aprendido socioculturalmente de manera que aprenda la forma en que debe comportarse cumpliendo las características que desde su género debe poseer.

❖ Vida íntima en el embarazo

Esta realidad también es vivida en la sexualidad de la mujer, ya que como Bourdieu (2000) lo indica, la vida sexual de ellas es considerada como una relación donde el poder masculino está presente, pues se piensa que debe consentir las relaciones sexuales cuando el hombre lo disponga. Dejando entrever, el poderío masculino sobre el femenino ya que el acto sexual es una relación de dominación, aunque en algunos casos el deseo sexual se presente de forma sutil al pedir consentimiento para tener relaciones sexuales.

Esta situación tiene relación con datos reportados por las participantes, pues para algunas mujeres tener relaciones sexuales durante el periodo gestacional resulta incómodo sobre todo cuando el vientre ha aumentado su tamaño y el peso del feto le oprime los músculos de la vagina, ocasionando la disminución en la periodicidad de las relaciones sexuales, más no su eliminación. Fishman (2000) concuerda con estos datos pues algunas estadísticas reportan la presencia de esta problemática en el cuarenta por ciento de las mujeres. Sin embargo, pese a la resistencia de algunas mujeres de tener relaciones sexuales; acceden, pues su pareja desea realizar el coito.

Shibley y De Lamater (2006) coinciden en que la mujer no puede evadir la relación porque puede acarrear malos entendimientos. De forma que, tal y como lo indican Macy y Falkner (1980) al igual que esta investigación, *“rara vez hay un extinción total de la sexualidad”*.

Empero, esta forma de expresión de la sexualidad no es una regla general pues en ciertas situaciones los hombres se adaptan, realizando posiciones diferentes a las que hacían con anterioridad o durante los primeros meses del embarazo. Advirtiendo así que el hombre en ocasiones es consciente del estado de gravidez y se ajusta a las nuevas condiciones dado el mismo proceso de gestación.

Sapién y Córdoba (2011) señalan ciertas características presentes en algunos hombres pues durante esta etapa aprenden a vivir con las restricciones necesarias para llevar a buen término el proceso de gestación, modulando su comportamiento o deseo sexual, modificándolo en su forma (empleo de posiciones sexuales que

no presionen el vientre de la pareja), frecuencia (menos coitos o abstinencia total, incluso renuncia al autoerotismo), exclusividad (fidelidad o monogamia absoluta) e intensidad (menos pasión y más delicadeza y ternura).

Agregan que en este periodo, existen cambios paulatinos en la pareja. Estos incluyen modificaciones en cuanto a las posiciones sexuales, de manera que sean más cómodas para las mujeres mientras están embarazadas. Además esto es confirmado por Aguirre (1989), González y Miyar (2001), Hernández (2005) y esta misma investigación, pues conforme avanza el embarazo algunas posturas se vuelven una tarea difícil de realizar, en tanto que el interés sexual varía. Pero no es un hecho que ocurre en todos los casos pues la sexualidad y el disfrute de las relaciones son propios de los acuerdos establecidos por cada pareja.

Como lo mencionan González y Miyar (2001), Mondragón (2010) y los datos obtenidos en esta investigación, algunas posiciones que son más cómodas durante el estado de gravidez son cuando la mujer está arriba, ya que en ella pueden controlar el ritmo de la penetración, y la posición de la cuchara ya que al estar recostados ambos no hay presión en el abdomen figurando como un acto placentero; además de ser percibido por las mujeres como un momento donde el amor está presente y se expresa en las caricias y movimientos pausados durante la penetración.

Otro aspecto importante son los mitos ya que estos se aprenden de la sociedad y definen el comportamiento de las mujeres en gestación. Aguirre (1989), Mondragón (2010) y Wilson (2002) asienten al igual que esta investigación, en que en esta etapa las mujeres presentantemor de que al realizar el acto sexual el feto pueda sufrir algún daño, que esté limitado de oxígeno, que lo puedan perder o que sepa que sus padres están teniendo una relación sexual. Empero, esto sólo constituye una falta de información ya que Alvarez-Gayou, (1996) señala que la realidad es que dentro del útero el bebé está perfectamente protegido y mientras no exista una contraindicación médica que pueda poner en riesgo el bienestar madre-feto no existe ningún impedimento para vivir su sexualidad plenamente.

Mondragón (2010) coincide con esta investigación en que la posibilidad de aborto espontáneo, parto antes de término, sangrado, flujo vaginal o cólico son determinantes de la suspensión del coito.

Debe aclararse que la vida íntima durante el embarazo depende de factores físicos, psicológicos y sociales, donde la comunicación juega un papel importante pues si se logra establecer una negociación en cuanto a mantenimiento de las relaciones sexuales no existirá el dominio que está presente en la sociedad actual. De manera que como lo indica (Federico, 2005; citado en Sapién y Córdoba, 2010) lo social, lo cultural, lo fisiológico y lo personal determinan los modos y experiencias sexuales durante el embarazo.

❖ **Experiencias en el proceso de nacimiento**

Igualmente un hallazgo significativo y parte medular en el reinicio de la vida sexual es la forma de nacimiento de los bebés puesto que nacer por parto, parto con episiotomía o cesárea tiene significados diferentes para cada mujer y dependen en su mayoría de la forma en que se vivió dicha experiencia.

En esta investigación el parto fisiológico fue definido como una experiencia más satisfactoria ya que la recuperación fue más pronta que en el caso de parto con episiotomía o cesárea, en los que hay intervención médico quirúrgica para ayudar en el proceso del nacimiento. No obstante, debe tenerse en cuenta que en ciertas ocasiones no es posible tener un hijo sin que se realice un corte en el perineo (episiotomía) o en el abdomen (cesárea); ya que en lo que se refiere al primero según Godward y Holtzgolden (1987), evita que exista un desgarre en la vagina que puede causar complicaciones y en la segunda por lo general la decisión de hacer una cesárea depende del estado de salud de madre e hijo.

De manera que si no existen complicaciones por tener un hijo por parto fisiológico la reintegración a las actividades cotidianas de la mujer se da en un lapso de tiempo más corto y con menos cuidados. Empero, en lo que respecta a la episiotomía causa incomodidad sobre todo al orinar o defecar y algunos

malestares al sentarse, la recuperación aproximada tarda una semana, aunque después de este tiempo puede ir realizando poco a poco su vida habitual.

La cesárea es una intervención gineco-obstétrica que imposibilita a la mujer para realizar actividades elementales puesto que la incisión produce dolor intenso y temores más significativos en la mujer ya que piensa en la posibilidad de que la cesárea se abra y tenga dolores más fuertes.

Kemper (2003) indica que la cesárea tiene algunas desventajas principales para las mujeres: mayor riesgo de sufrir infecciones o hemorragias que las obligan a tomar medicamentos, recuperación más larga de forma que permanecen internadas en el hospital de 2 a 3 días dependiendo de la evolución de la mujer y la restricción de actividades durante un plazo de 4 a 6 semanas para permitir que la incisión sane.

Este hallazgo permite mostrar a las mujeres algunas de las condiciones para dar a luz y hacer un análisis de la mejor opción para ellas. Aunque es necesario insistir en las particularidades del momento del nacimiento ya que como el interés médico se centra en salvaguardar la vida de la mujer y el feto en ocasiones no es optativo elegir alguna de las formas de dar a luz.

Por ello, tener conocimiento de las situaciones que acontecen en la fase perinatal puede permitir a la mujer ser consciente del momento que está por vivir teniendo los elementos suficientes para afrontarla de la mejor manera y de decidir en qué momento quiere experimentar la maternidad.

Ya que esta situación es considerada como algo natural que ocurre a cada mujer de manera que, citando a Lagarde (1997) sería uno de los espacios de la vida de las mujeres que no son opresivos, que forman parte de sus situaciones concretas y de su condición histórica; es decir, que es parte de su ser como mujer el vivir esta experiencia aunque pienso debía considerarse como un hecho importante ya que es un hecho tangible de cómo la mujer consagra su ser para otros en la sociedad en que vivimos.

Igualmente debe considerarse cada por menor del trabajo de parto y nacimiento así como los dolores propios de la dilatación del cuello uterino y de paso del feto por el canal vaginal, ya que a pesar de que estos varían de una mujer a otra

siendo de diferente intensidad según su umbral de dolor no están exentas de sentirlos. Y que pueden complicarse casos como la preeclampsia que se presentó en los tres casos de cesárea reportados en este estudio y que interfirió en la evolución de madre-hijo así como en la recuperación y reinicio de la vida sexual posterior al proceso de nacimiento.

❖ **La recuperación física y psicológica**

Así mismo, el proceso de recuperación permite conocer los pros y contras de cada forma de nacimiento ya que en esta sociedad el temor al dolor es la mayor preocupación que aqueja a las mujeres y se presentó más en los casos en que se realizó la episiotomía o la cesárea ya que la herida se significó como molesta o dolorosa creando temores para poder reintegrarse a la vida cotidiana y evitando el reinicio de la vida sexual por miedo a que les lastimaran su herida vaginal o abdominal.

La recuperación de la salud de las mujeres varió dependiendo de la forma de nacimiento pues las condiciones físicas de la mujer no fueron las mismas. Tal es el caso de la cesárea que fue realizada a tres de las participantes por problemas con la salud de ellas o los fetos. En este caso los dolores fueron mayores y tuvieron una restricción en cuanto a sus movimientos porque la herida les producía dolor lo que significó para las mujeres una experiencia negativa pues se desesperaban y su recuperación fue tardía.

En la episiotomía la herida vaginal ocasionaba dolor y la salida de loquios era molesta sobre todo en los primeros días cuando sale la mayor cantidad de sangre. Mientras que en el parto fisiológico la recuperación se dio con mayor rapidez. Además, en dos de los casos la recuperación dependió de factores colaterales como problemas en los bebés puesto que presentaron una bronco aspiración de meconio y se quedaron internados en el hospital retardando el proceso de recuperación de las mujeres ya que de nueva cuenta debe atender a su hijo antes que preocuparse por su salud física y emocional y como tienen tan arraigada esta idea no conciben el hecho de estar reposando mientras su bebé está grave. Esto

permite reconocer que la mujer explica su deber ser como vivenciarse en los demás y sobre todo en sus hijos.

No obstante, debe considerarse que cada momento es único y aportará así un significado diferente ya que habiendo experimentado una forma de nacimiento tendrá la base para poder expresar lo que sucede en un parto fisiológico, parto con episiotomía o cesárea según sea la experiencia, además de decidir si quiere volver a experimentarla.

❖ **Restricciones sexuales durante el puerperio y reinicio de la vida sexual**

Estos antecedentes tienen un impacto directo en la recuperación y reinicio de la vida sexual. En lo que respecta al parto fisiológico y parto con episiotomía, la reanudación de la vida sexual se presentó en la mayoría de los casos pasada la cuarentena ya que este período es considerado desde la cotidianeidad mexicana como un lapso vedado, es decir, un momento en el que las relaciones sexuales se postergan por la recuperación fisiológica y psicológica de las mujeres y es asumido por ellas. Pese a esto, en algunas ocasiones, factores como la pronta recuperación y la presión por parte del esposo de reiniciar la vida sexual resultó en la aceptación de tener relaciones sexuales, aunque no sintieran deseo o siendo una situación que les provocó una consecuencia desagradable como la salida del dispositivo intrauterino, de manera que se ponen en riesgo aun cuando los especialistas les dieron indicaciones precisas.

Bourdieu (2000) confirma este hecho ya que refiere que la relación sexual aparece como:

“Una relación social de dominación es porque se constituye a través del principio de división fundamental entre lo masculino, activo, y lo femenino, pasivo, y este principio crea, organiza, expresa y dirige el deseo, el deseo masculino como deseo de posesión, como dominación erótica, y el deseo femenino como deseo de la dominación masculina,

como subordinación erotizada, o incluso, en su límite, reconocimiento erotizado de la dominación” (p.35).

En lo que respecta a las mujeres a las que les practicó una cesárea tardaron más tiempo en reiniciar su vida sexual activa aproximadamente a los dos meses por temor a dolor ventral siendo una coincidencia con Kemper (2003) quien establece como tiempo de recuperación post cesárea de 4 a 6 semanas.

Sin embargo, varias de las participantes mencionaron que existían juegos eróticos antes de terminar dicha cuarentena, que eran propuestas por el hombre, lo que indica que pese a saber que tiene que guardar la etapa puerperal para la recuperación de la mujer eso no impide el contacto físico que incluye besos, caricias y sensaciones placenteras.

También como era de esperarse, algunas mujeres tuvieron la oportunidad de hacer comparación entre los tipos de intervención médica, así como de la recuperación y el tiempo que lleva mencionaron que es mejor el parto fisiológico o con episiotomía que la cesárea, ya que pueden reanudar su vida cotidiana más rápido y con menor cuidado.

Es importante resaltar que la imagen corporal de las mujeres tal y como ellas lo mencionan es primordial y esta, en ocasiones se ve afectada por la significación que las mujeres le atribuyen a la incisión que les practicaron. Esto tiene una connotación social ya que se *vende* la idea de que la mujer debe cumplir con los cánones establecidos siendo un “producto” de deseo de los otros y por tanto el hecho de no cumplir con las características produce sensaciones poco agradables a las mujeres pues de cierta forma sienten que no cumplen con las condiciones que la sociedad impone.

Por estas razones es que la mayor parte de las mujeres reiniciaron después de la cuarentena y mientras que algunas presentaron dolores en la vagina cuando fueron penetradas para otras fue placentera, éstas últimas atribuyen la ausencia de dolor al tiempo que esperaron para tener relaciones sexuales.

❖ **Cuidados durante la cuarentena**

Otro aspecto que debe meditar es la influencia que tiene la sociedad en transmitir de generación en generación creencias, pensamientos, actitudes y atribuciones a al período puerperal conocido como cuarentena, en este momento las ideas de las mujeres son primordiales en la forma en que algunas llevarán a cabo su recuperación utilizando infusiones, baños y limitando algunas actividades como cosery ver la televisión como resultado de tener un bebé.

La mujer en este período y cuando es primigesta debe aprender cómo alimentar a su bebé, siendo una situación que no en todos los casos se vive como algo positivo ya que hay que adaptarse y esto puede causar dolor o incomodidad por el olor a leche que tienen los senos en esa etapa. No obstante debe tenerse presente que darle leche materna al bebé es lo mejor por las proteínas y nutrimentos que aporta.

Un dato relevante es que algunas de las mujeres que tuvieron parto con episiotomía y cesárea tenían temores para reiniciar su vida sexual ya que pensaban que podía causarles dolor o que les podían abrir la cesárea o lastimar la episiotomía.

❖ **Vida sexual posterior al reinicio**

La vida sexual posterior al parto y/o cesárea fue diferente en cada mujer ya que la negociación planeada por algunas mujeres las llevó al goce de la relación sexual pues incluyeron posiciones sexuales como la de perrito, la mujer arriba, la cuchara y el misionero durante el coito. Así mismo, algunas mujeres complementaron con juegos eróticos como el uso de ropa íntima sensual, lubricantes y la diversidad de lugares para el contacto sexual. No obstante, para otras mujeres la vida sexual sigue manteniendo las mismas características en cuanto a posiciones, empero disminuye en cuanto a la periodicidad ya que ellas piensan que si tienen contacto sexual pueden volver a quedar embarazadas y por ende controlan su deseo sexual.

Una característica principal que consideran las mujeres es la que concierne a las caricias ya que ellas expresan que sentir tocamientos en su cuerpo es importante porque produce placer y es un punto en el que los hombres deben poner atención para tener una relación satisfactoria para ambas partes y no falocéntrica.

❖ Posibles secuelas por la forma de nacimiento

En algunos casos, factores como la herida de la episiotomía o la cesárea dejaron secuelas en las mujeres, que tuvieron impacto en las relaciones sexuales ya que antes de dicha incisión había variación en cuanto a las posiciones sexuales y después se vio coartada por el hecho de sentir dolor durante el coito. En lo que concierne a la cesárea evitaron posiciones que antes eran gratas por el dolor que sentían al realizarlas, y en cuanto a la episiotomía una participante experimentó dolor y un “picor” que todavía presenta actualmente.

También las prácticas sexuales fueron cambiando con el transcurso del tiempo de manera que se diversificaron agregando el sexo oral *fellatio* (contacto pene-boca) y en contadas ocasiones *cunnilingus* (contacto vagina-boca).

En la primera versión fue placentero para ciertas mujeres mientras que para otras solo lo hicieron en contadas ocasiones porque les producía asco y en el segundo, por lo general fue incómodo y poco grato para la mayoría.

En lo que respecta al sexo anal se significó un acto doloroso o con consecuencias desagradables. Esta información fue otorgada por otras mujeres quienes les develaron mitos que son el sustento para evadir el sexo anal como una práctica sexual, estando presentes en muchas mujeres. No obstante, en un caso en especial lo hizo cotidianamente por petición de su pareja y porque sentía que no se fijaría en otra persona.

Esta situación sigue caracterizando al poder de los hombres y la sumisión de las mujeres que son el objeto de deseo de otros y en la cual satisfacen sus fantasías o necesidades fisiológicas. Así, el género expresa “*los rasgos y funciones psicológicos y socioculturales que se le atribuye a cada uno de los sexos en cada*

momento histórico y en cada sociedad” (Gamba, 2008), pero que parecen ser un hecho que se mantiene de generación en generación.

❖ **Uso de métodos anticonceptivos**

La anticoncepción también forma parte del reinicio de la vida sexual de las mujeres porque si bien ellas tienen como ideal tener hijos, no desean que esto suceda constantemente. Sin embargo, la idea de la planificación familiar y la anticoncepción se ha considerado como un tema que concierne a la mujer ya que es ella quien debe utilizar los métodos anticonceptivos. De esta manera se encontró que casi siempre es la mujer quien utiliza los anticonceptivos para evitar el embarazo ya que cuando deja esta responsabilidad en su pareja tiene el temor de quedar encinta pues en varias ocasiones el hombre no usa el condón. Además de ser justificados por las mismas mujeres ya que mencionan que ellos expresan que el condón los lastima e inhibe las sensaciones placenteras.

CONCLUSIONES

La metodología cualitativa permitió conocer las experiencias y significados que las mujeres le atribuyen al nacimiento de su hijos así como al reinicio de su vida sexual.

La perspectiva de género permite entender los roles que hombres y mujeres juegan dentro de la sociedad así como en la intimidad de su hogar en donde las relaciones siguen siendo un hecho que otorga el poder al patriarca, empero permite vislumbrar posibilidades viables para llevar a cabo negociaciones para que las relaciones sexuales sean placenteras y gratas en cualquier momento de la vida de la pareja.

Sin embargo, es necesario advertir que la sociedad mexicana en la que vivimos sigue con la idea de que la mujer debe estar dispuesta a complacer al marido y a consentir lo que este disponga. Por lo cual considero deben abrirse espacios para el diálogo y establecimiento de negociaciones sobre la forma de ejercer su sexualidad de forma que ambos estén satisfechos. Pues como lo indica Bourdieu (2000) aun actualmente las mujeres:

“Solo pueden ejercer algún poder dirigiendo contra el fuerte su propia fuerza o accediendo a difuminarse y, en cualquier caso, negar un poder que ellas sólo pueden ejercer por delegación” (p.47).

Debe tomarse en cuenta que existe la posibilidad de que durante la etapa perinatal la incisión de la episiotomía o la cesárea traiga como resultado dolor o incomodidad en la herida o en la vagina a pesar de que pase el tiempo de recuperación y que las condiciones de la relación cambien. Sin embargo, no debe verse como un obstáculo sino como la posibilidad de experimentar alternativas durante la relación sexual puesto que el cuerpo es parte integral de cada ser humano y no debe considerarse un tabú.

Esta investigación permitió conocer los cambios que surgen en la vida sexual de mujeres durante las etapas prenatal-posnatal y el reinicio de las relaciones sexuales de las mujeres como consecuencia de la forma en que dan a luz.

Permitió discernir las formas de parir y la manera en que se vivencia la recuperación puerperal en cada una de ellas, así como sus diferencias aclarando que si bien el parto fisiológico brinda una experiencia que dista de ser como la que se obtiene del parto con episiotomía o la cesárea, por el dolor que se presenta en estas últimas, ello no indica que no puedan ocurrir problemas como desgarres en el caso de la primera.

Lo que permite tomar en cuenta la forma de parir así como posibles secuelas en la sexualidad haciendo conciencia de que dar a luz es un hecho significativo y no un proceso natural que puede ocasionar alteraciones físicas y psicológicas.

También permite reconocer que el reinicio de la vida sexual puede ser comprendido como un hecho que atemoriza a las mujeres por el hecho de poder ser lastimadas durante la penetración vaginal de forma que existan espacios para hablar sobre cómo disminuir ese temor haciendo hincapié en que deben considerar el tiempo necesario para su recuperación puerperal y así el reinicio se experimente como un evento satisfactorio.

Este estudio abre la posibilidad de indagar por qué algunas mujeres presentan efectos colaterales resultado de las intervenciones a las que fueron sometidas.

Deja entrever que la sexualidad es concebida por las mujeres como un hecho afectivo en el que las caricias y la práctica vaginal ocupan un lugar preponderante contrario a la forma en que lo ven muchos hombres pues solo consideran su satisfacción sexual.

Además, a partir de esta investigación pueden estudiarse las experiencias y significados de varones en el reinicio de la vida sexual después de que las mujeres paren. Así como los significados otorgados a la forma de nacimiento de sus hijos y su posible relación con su vida sexual posterior.

En el campo de la psicología de la salud da pauta para implementar talleres para mujeres embarazadas haciendo énfasis en conceptos como la autoestima y autoimagen. Exponiéndoles los cambios que pueden darse en su imagen física pero que no son motivo de vergüenza y discriminación.

Además de insistir en que deben hablar acerca de su sexualidad con su pareja pues la relación sexual debe ser satisfactoria para ambos. Al mismo tiempo que conozcan e implementen la asertividad como método para decidir si desean o no tener relaciones sexuales evitando que ésta siga siendo una relación del poder masculino sobre el femenino.

BIBLIOGRAFIA

- Acevedo, I. A. y López M. A. (1999). El proceso de la entrevista. Conceptos y modelos. México. Editorial Limusa.
- Aguirre, A. (1989). Preparación a la maternidad. España, Morata.
- Álvarez-Gayou J. L. (1996). Sexualidad en pareja. México, Manual Moderno.
- Arias, R. y Rodríguez, M. (1998). "A puro valor mexicano". Connotaciones del uso del condón en hombres de la clase media de la ciudad de México. En: S. Lerner (Ed). *Varones, Sexualidad y reproducción. Diversas perspectivas teórico-metodológicas y hallazgos de investigación*. México, El Colegio de México, Sociedad Mexicana de Demografía.
- Bourdieu, P. (2000). La dominación masculina. Barcelona, Editorial Anagrama. Colección Argumentos.
- Carrizo, B. H., Corona V. E. y cols. (1986). La educación de la sexualidad. México, CONAPO.
- Cazés, D. (2000). Guía para diseñar, poner en marcha, dar seguimientos y evaluar proyectos de investigación y acciones públicas y civiles. CONAPO y Consejo Nacional de la mujer.
- Conway, J., Bourque, S. y Scott, J. (1996). El concepto de género. En M. Lamas. (Ed.), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México, Porrúa.

- Córdoba, D.I., Mercado, T. y Sapién, J.S. (2010). Opiniones y experiencias de la vida sexual de mujeres con parejas con vasectomía. *Revista Especialidades Médico-Quirúrgicas*. Vol.15 N.3 p.144-151.
- Cruz, Y. L. (2011). "El concepto de género". *Gaceta Iztacala-UNAM*. N.395, Octubre, p. 3
- Fishman, Y. (2000). *Mujer, sexualidad y trauma. Desde emociones, erotismo y problemas médicos hasta maltrato, violencia sexual y política*. Buenos Aires, Lugar.
- Fournier, A. C. (1982). *El cuidado prenatal*. La prensa médica, Fournier.
- Gamba, S. (2008). "Diccionario de estudios de Género y Feminismos". Entrevista a Susana Gamba. Biblos.
- García-Siñeriz, A. (2000). *Bebé a bordo. Disfrutar del embarazo y la maternidad*. España, Martínez Roca.
- Gispert, C.J. (2004). *Prevención del embarazo no deseado*. México, Alfil.
- Godward H.W. y Holtzgolden G. (1987). *Sexualidad la experiencia humana*. México, Manual Moderno.
- González, L. I. y Miyar, P. E. (2001). Sexualidad femenina durante la gestación. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. Vol. 17 N. 5. p. 497-501
- Hernández, C. (2005). *Educación en sexología y sexualidad humana*. España, Formación Alcalá.

- Hernández, S. R. y cols. (2003). Metodología de la investigación. México, Mc Graw-Hill.
- Kemper, W. D. (2003). La salud en casa. Guía práctica de Healthwise. Estados Unidos, Kaiser Permanente.
- Lagarde, M. (1997). Los cautiverios de las mujeres: madrepasas, monjas, putas, presas y locas. México, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Laury, G. (1991). Cómo vivir su sexualidad. México, Gedisa.
- Macy, C. y Falkner, F. (1980). Embarazo y nacimiento. Problemas y placeres. México.
- Matud, A. P. y cols. (2002). Psicología de género: Implicaciones en la vida cotidiana. Madrid, Biblioteca Nueva.
- Mc Cary, J. (1996). Sexualidad Humana de Mc Cary. México, Mc Graw-Hill.
- Mondragón, C. M. (2010). El embarazo. México. Mini libros Mina, N.55 Febrero-2010.
- Rivas, M. (1996). La entrevista a profundidad: un abordaje en el campo de la sexualidad. En: I. Szasz y S. Lerner (Eds). Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad. México, El Colegio de México.
- Rubin, G. (1986). El tráfico de mujeres: Notas sobre la "economía política" del sexo. Nueva Antropología, 8 (núm. Esp. 30), 95-145.
- Sapién S. y Córdoba D. (2010). Parejas embarazadas. Experiencias y significaciones sobre amor, sexo, paternidad y maternidad. México, Universidad Nacional Autónoma de México.

Sapién, J. S. y Córdoba, D. I. (2011). Comportamiento sexual de varones durante el embarazo: Casos en la Ciudad de México. *Terapia psicológica*. Vol. 29, N. 2, p. 185-190.

Shibley, H. J. y De Lamater, D.J. (2006). *Sexualidad Humana*. México, Mc Graw-Hill.

Taylor, S. J. y Bodgan, R. (1996). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. México. Paidós.

Valdez, E. (1998). Cuando ella está enferma estudio cualitativo sobre la imagen de la mujer enferma. En: Mercado, F., Robles, L. (comps). *Investigación cualitativa en salud*. México, Universidad de Guadalajara-Organización Panamericana de la Salud.

Wilson, Glenn (1992). *Perfecciona tu vida sexual*. España, Colour Library Books.

A N E X O S



ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA



Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de este consentimiento es proveer a las participantes de esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol como participantes.

La presente investigación será conducida por la tesista Olga Adriana Galicia Méndez de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México.

El objetivo de la investigación es conocer las experiencias y significados de mujeres en el reinicio de su vida sexual después del parto y/o cesárea y la realización de un trabajo recepcional sobre la misma.

Si usted accede a participar en este estudio, será entrevistada por la investigadora durante algunas sesiones respondiendo a los tópicos correspondientes al objetivo. Las entrevistas tendrán una duración aproximada de 60 minutos.

Es importante señalar que las entrevistas serán grabadas de tal forma que usted autoriza la transcripción literal de la información proporcionada.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación. Sus respuestas serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, las grabaciones se eliminarán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación.

Queda claro que usted puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso la perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber a la investigadora o de no responderlas.

AGRADEZCO SU PARTICIPACIÓN EN DICHA INVESTIGACIÓN.

Yo _____ acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida Olga Adriana Galicia Méndez. He sido informada de que el objetivo de la investigación es conocer las experiencias y significados de mujeres en el reinicio de su vida sexual después del parto y/o cesárea.

Me ha señalado que mi participación consistirá en responder preguntas mediante entrevistas.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informada de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto contraiga perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a la investigadora.

Nombre y firma del Participante

Fecha

Firma de 1º testigo

Firma de 2º testigo

Nombre de la investigadora

Firma de la investigadora

ANEXO 2

GUIÓN DE ENTREVISTA

**“Reinicio de la vida sexual de mujeres después del parto o cesárea:
experiencias y significados”**

DATOS DEMOGRÁFICOS

Nombre

Edad

Ocupación

Estado Civil

Posición económica

Nivel de Estudios

TEMÁTICAS

A. MATERNIDAD

Concepto de maternidad y embarazo.

Implicaciones individuales y sociales de la maternidad desde su perspectiva.

Rol de la mujer en la maternidad.

B. SEXUALIDAD

Concepto de sexualidad.

Ejercicio de su sexualidad.

Procreación como parte de su sexualidad.

Unión de la pareja o deber de la mujer.

C. NOVIAZGO

Noviazgos anteriores al nacimiento del bebé.

Relaciones sexuales.

Sexo vaginal, oral o anal.

D. EMBARAZO

Número de hijos.

Edad de cada uno de los hijos.

Historia del embarazo (os).

Significado del embarazo en la mujer.

- Actitud.
- Emociones.
- Malestares físicos
- Cambios físicos.
- Cambios psicológicos.
- Forma de vivir el embarazo (enfermedad, otra etapa de la vida).

Cuidados médicos hasta el parto.

Enfermedades durante su embarazo y su atención.

- Infección urinaria.
- Toxemia (preeclampsia).
- Parto prematuro.
- Diabetes.
- Problemas cardíacos.

Sexualidad durante el embarazo (tiempo, frecuencia y forma).

- Juego precoital.
- Posiciones adoptadas durante la relación sexual.
- Sentimientos presentes durante la relación sexual.

Lugar de atención durante el embarazo y parto.

Trato del personal hacia la mujer durante el parto.

Emociones presentes en ella y en su pareja durante el embarazo.

Comunicación de la pareja.

E. PARTO Y PUERPERIO

Condiciones del parto o cesárea.

Complicaciones presentes en ella o en su bebé durante el parto o cesárea.

Recuperación (Puerperio).

Posibilidad de depresión posparto.

Cicatrización de la cesárea o episiotomía en la mujer.

Dolor vaginal por loquios.

Emociones presentes en ella y en su pareja después del embarazo.

Cambios en la familia a partir de la llegada del bebé.

F. SEXUALIDAD DESPUÉS DEL PARTO

Deseo sexual de la mujer posterior al nacimiento del bebé.

Temores presentes en la mujer o en su pareja en el reinicio de su vida sexual.

Juegos precoitales.

Características de la 1ª relación sexual después del parto: días que duro el “puerperio” antes del reinicio de su vida sexual activa, emociones, pensamientos, placer, dolor durante la relación sexual, entre otras.

Sexualidad después del parto (tiempo, frecuencia y forma).

Formas (posiciones) en que la pareja tiene relaciones sexuales después del parto.

Frecuencia de las relaciones sexuales después del parto.

Búsqueda del placer en las relaciones sexuales después del parto.

Sensaciones durante el acto sexual.

Experiencias y significados de la práctica sexual.

Comunicación con su pareja.

G. NUEVO EMBARAZO

Decisión sobre un nuevo embarazo.

Comunicación de la pareja.

Comparación entre un embarazo y otro.

Diferencias o similitudes entre un parto o cesárea para las mujeres que tienen ambas experiencias.

ANEXO 3
Reinicio de la vida sexual de mujeres después del parto o cesárea:
Experiencias y Significados

EJES	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS			
Historia del embarazo	Problemas físicos de la mujer durante el embarazo	Enfermedades durante el embarazo			
	Sexualidad durante el embarazo	Posiciones realizadas	Incomodidad o dolor durante la relación sexual		
		Duración de las relaciones sexuales			
		Frecuencia de las relaciones sexuales			
		Placer durante las relaciones sexuales			
Formas de nacimiento	Parto, parto con episiotomía o cesárea	Lugar de atención			
		Condiciones del parto	Experiencia del parto	Herida de episiotomía	
		Condiciones de la cesárea	Experiencia de la cesárea	Herida ventral vertical	Imagen corporal después de la cesárea
		Aspectos físicos y psicológicos	Formas de cuidados post parto	Parto	
				Parto con episiotomía	
				Cesárea	
		Recuperación física	Recuperación de parto	Dolor vaginal	
			Recuperación de parto con episiotomía	Dolor o molestias por la episiotomía	
			Recuperación cesárea	Dolor o molestias por la herida de la cesárea	
		Problemas con los bebés	Retardo en la recuperación física de la mujer		
Puerperio	Sexualidad durante el puerperio	Erotismo	Significado de la cuarentena	Ideas personales de la mujer	
			Caricias y tocamientos	Sensaciones durante el jugueteo	

			Reinicio de relaciones sexuales en esta etapa (Condiciones)		
Condiciones de la 1ª relación sexual	Tiempo que tardó el reinicio	Explicaciones de la demora en el reinicio sexual	Cuidado del infante postergación del reinicio sexual		
			Estado físico y psicológico de la mujer		
	Lugar en donde se realizó				
	Juego precoital				
	Presencia o ausencia de dolor				
	Presencia de placer				
	Sentimientos presentes durante la relación sexual				
Como fue la relación sexual	Posiciones adoptadas				
Vida sexual posterior al puerperio	Prácticas sexuales realizadas	Sexo oral	Felación		
		Sexo anal	Cunnilingus		
		Sexo vaginal			
Anticoncepción	Temor ante un nuevo embarazo				
	Uso de condón masculino				
	Uso de DIU				