

Psicoterapia grupal: un enfoque integrado para abordar la salud sexual y la relación de pareja tras el parto.

Group psychotherapy: an integrated approach to address sexual health and couples relationship after childbirth.

Fecha de recepción: 13-03-2018

Fecha de aceptación: 30-05-2018

Olga Domínguez-Salonginos

Residente de Psicología Clínica.
Hospital Doctor Peset, Valencia.

María López-Escriche

Residente de Psicología Clínica.
Hospital Doctor Peset, Valencia.

Carlos Knecht Armengod

Psiquiatra adjunto en Unidad de Hospitalización Psiquiátrica.
Hospital Doctor Peset, Valencia.

resumen/abstract:

El periodo postparto es una etapa vital que supone retos importantes para muchas familias y que puede generar dificultades en el ámbito relacional e íntimo de las parejas, incluyendo la sexualidad. A pesar de ello, la atención que se presta desde los servicios de salud pública tiende a centrarse en la diada madre-hijo y en los cuidados al bebé, omitiendo esta importante parcela de intervención. Existe, por lo tanto, una necesidad real de ofrecer a las parejas recursos que les permitan afrontar este periodo y convertirse en un marco de seguridad afectiva para el desarrollo mutuo y del recién nacido. Se describe en este trabajo una intervención, desde psicología clínica, dirigida a parejas en el puerperio cuyo objetivo es la posible prevención de disfunciones sexuales, problemas de pareja y dificultades en el crecimiento psicoafectivo de los niños. Este tratamiento grupal incluye: abordaje y discusión de mitos, desarrollo de una comunicación eficiente en la pareja, fortalecimiento de la autoestima, información sobre la sexualidad e identificación de las dificultades en la pareja en esta fase, subrayando el papel del padre en el desarrollo del bebé. Por último, se concluye la importancia de una intervención psicológica en parejas en la etapa del postparto.

The postpartum period is a vital stage that poses important challenges for many families and can generate difficulties in the relational and intimate level of couples, including sexuality. In spite of this, the attention provided by the public health services tends to focus on the mother-child dyad and the care of the baby, ignoring this important area of intervention. Therefore, there is a real need to offer couples resources that allow them to face this period and become a framework of affective safety for the newborn and mutual development. This paper describes an intervention, by clinical psychologists, for couples in the puerperium, aiming at the possible prevention of sexual dysfunction, couple problems and difficulties in the psycho-affective growth of children. This group treatment includes: tackling and discussion of myths, development of efficient communication within the couple, strengthening self-esteem, information about sexuality and identification of difficulties in the couple in this phase, emphasizing the role of the father in the development of the baby. Finally, the importance of a psychological intervention in couples in the postpartum stage is concluded.

palabras clave/keywords:

sexualidad; postparto; prevención; relación de pareja; tratamiento psicológico.

sexuality; postpartum; prevention; couple's relationship; psychological treatment.

correspondencia: olgads85@gmail.com

Introducción

El nacimiento de un hijo, a pesar de ser un hito natural y esperado, suele acompañarse también de cambios muy significativos en el funcionamiento familiar (Quintero, 1997). Por un lado, se produce un impacto emocional para la pareja, dado que aparecen emociones que pueden ser ambivalentes y diferentes para cada miembro (Márquez y Rico, 2016). De este modo, acompañando a la presencia de sentimientos como felicidad o alegría, a menudo pueden aparecer también otros sentimientos encontrados, como inseguridad, culpa o desesperación. Respecto a éstos últimos, se ha encontrado que se corresponden con dificultades para interpretar y satisfacer las necesidades del bebé y también con tensiones generadas por la adopción del nuevo rol (Berlanga, Vizcaya-Moreno, y Pérez-Cañaveras, 2013). Por otro lado, también resultan notorios los cambios que pueden acontecer en el estilo de vida, en las actividades recreativas y en las relaciones interpersonales. De esta manera, las normas y valores que regulan el funcionamiento intrafamiliar sufren una necesaria modificación teniendo en cuenta los cambios derivados de la llegada del nuevo miembro. Finalmente, las pautas de comunicación se ven a menudo alteradas por la reducción de recursos personales y relacionales que conlleva la atención requerida por el bebé (Sánchez-Bravo y Carreño-Meléndez, 2003). Todos estos cambios intrapersonales e interpersonales pueden afectar al interés y al comportamiento sexual de los padres, lo que puede tener una repercusión significativa en la calidad de la relación de pareja (De Judicibus y McCabe, 2002; Khajehei, 2016).

La sexualidad se ha descrito como una fuente de salud, de placer, de afecto, de intimidad, de sensualidad y de creatividad que está presente a lo largo de toda la vida, aunque se manifieste de forma distinta según la etapa vital (Molero 2006). Durante las etapas del embarazo y del puerperio, se producen importantes cambios (físicos, hormonales, psicológicos y sociales) que llevan a que la expresión de la sexualidad adquiera unas características particulares y propias. Los cambios en el comportamiento sexual se inician precozmente durante la gestación, son frecuentes y tienen diferentes manifestaciones (Andreucci y Bussadori, 2015; Liana y Olson, 2017). En el transcurso del puerperio, periodo de tiempo definido por iniciarse después del parto y que se extiende hasta el restablecimiento pleno del cuerpo de la mujer a la situación previa al embarazo (Fiesco, Carolina, y cols., 2010), la respuesta sexual se va recuperando. Algunos estudios describen que, a los tres meses del parto, la mayoría de las mujeres ya han reiniciado las relaciones sexuales, y las fases de la respuesta sexual (deseo, excitación, meseta, orgasmo) se encuentran recuperadas (Lagaert y Weyers, 2017; Márquez, 2014; Márquez y Rico, 2016). Este proceso, sin embargo, no es lineal ni homogéneo para todas las mujeres, por lo que resulta importante conocer algunos aspectos que pueden influir en la recuperación. Por una parte, los cambios fisiológicos que aparecen en la etapa del puerperio pueden afectar, entre otras cosas, a la respuesta sexual de la puerpera. De esta manera, por ejemplo, la disminución de estrógenos se asocia a una disminución de la lubricación genital, y el aumento de prolactina a una disminución del deseo sexual. Así pues, estos cambios hormonales pueden influir directamente disminuyendo el deseo sexual, pero también de forma indirecta, ya que pueden asociarse a su vez con cambios en el estado emocional (tristeza postparto, lo que a su vez puede afectar al deseo sexual) (Molero,

2006; Navarro-Gil y Gómez-Mariñelarena, 2016). Por otra parte, aún cuando físicamente las mujeres están recuperadas, no todas reinician las relaciones sexuales, ya que existen otros factores, más allá de los cambios físicos, que pueden ocasionar también dificultades sexuales. En ocasiones, los cambios de la estructura corporal de la mujer durante la gestación y el puerperio pueden hacer que ésta se sienta insegura o disminuir su autoestima, afectando negativamente al deseo sexual (Navarro-Gil y Gómez-Mariñelarena, 2016). Así, se ha comprobado que el 40% de las mujeres (entre las 12 y 15 semanas postparto) disponen de una autopercepción de no recuperación completa (Navarro-Gil y Gómez-Mariñelarena, 2016). Por otro lado, pueden aparecer temores, como el miedo al dolor, a interferir sobre la recuperación física o a un nuevo embarazo, muchos de ellos propiciados por la falta de información, que pueden afectar a la vida sexual de las parejas (Molero, 2006). Existen también factores socioculturales, como la presión occidental por “ser buena madre”, o mitos acerca de cómo desarrollarse en esta nueva etapa (cuidado del bebé, educación...) que pueden aumentar la presión emocional y la ansiedad, lo que repercutiría sobre la salud sexual (Márquez y Rico, 2016). Finalmente, se debe tener en cuenta que estamos ante una etapa de adaptación en la que se produce un reajuste de la estructura familiar y una coexistencia del rol de padres con el rol de pareja. De esta forma, por ejemplo, el colecho (compartir y dormir en la misma cama con el bebé) puede dificultar la actividad sexual con la pareja (Márquez y Rico, 2016). El modelo de Linares propone una combinación de la parentalidad y la conyugalidad, en el que el primero hace referencia al desempeño de funciones parentales (amor complejo o nutrición relacional en su vertiente paterno-filial) y el segundo refiere la capacidad de resolver conflictos en el ámbito de la pareja. Si los padres son capaces de entrelazar ambos conceptos de manera adecuada, estarían generando un ambiente relacional básico en la familia transitorios o definitivos, para un desarrollo positivo en el ámbito relacional/emocional y en la personalidad de sus hijos (Linares, 2015). Por ello, destacamos el papel del padre en la crianza y promovemos una responsabilidad mutua compartida con respecto al hijo. Por todo lo anteriormente expuesto, cabe entender que estamos ante un periodo vital de especial vulnerabilidad, en el que existe un mayor riesgo de aparición de trastornos sexuales, tanto en la mujer como en el varón, que pueden distinguirse en transitorias o definitivas (Lawrence y Rogers, 2012).

Se han descrito múltiples factores que parecen asociarse a una mayor frecuencia de problemas en la esfera sexual durante el embarazo y el puerperio. Aún más, incluso durante el periodo previo a la gestación la sexualidad puede verse alterada, especialmente cuando el proceso de gestación conlleva una sexualidad programada y, en ocasiones, sin deseo, pudiendo favorecer la aparición de disfunciones sexuales que pueden acabar manteniéndose y cronificándose tras el nacimiento del hijo (Molero, 2006). Ya durante el embarazo y posparto, se han identificado variables individuales que pueden afectar a la sexualidad, tales como la cultura, la situación socioeconómica, la existencia de historias sexuales previas o la vivencia actual de la sexualidad (González, 2016). Otros factores identificados, destacan más el aspecto interaccional como puede ser la comunicación, la vinculación entre la pareja o la propia información sobre la sexualidad (Molero, 2006). Un estudio reciente (Khajehei, 2016) analizó posibles factores de riesgo de insatisfacción en la relación que afectan a las

mujeres durante el primer año después del parto. Algunos de estos factores identificados fueron la presencia de problemas sexuales y/o disfunción, la depresión materna o los ingresos anuales familiares bajos. El tiempo transcurrido tras el parto parecía guardar también una mayor correlación con la insatisfacción percibida, especialmente durante los primeros cinco meses, disminuyendo a partir del sexto mes. La insatisfacción sería, por lo tanto, una afectación puntual que se resolvería con el paso del tiempo. Existen, no obstante, otros estudios que contradicen esta afirmación y contemplan que, atendiendo a las dificultades en la sexualidad que aparecen inicialmente, éstas pueden persistir con posterioridad durante mucho más tiempo. Así, en un metaanálisis previo, se describe no sólo que la mayoría de las parejas presentan problemas sexuales inmediatamente después del parto, sino que además, un tercio de las parejas pueden desarrollar trastornos psicosexuales graves y duraderos (Von Sydow, 1999).

Teniendo en cuenta, por lo tanto, que el postparto es un periodo de especial vulnerabilidad, en el que lo esperable sería una recuperación plena de la sexualidad previa al embarazo, pero en el que existe un importante riesgo de aparición de problemas sexuales, es fácil entender la importancia de que los profesionales sanitarios realicen una adecuada evaluación de la sexualidad durante todo el puerperio. Aún más, cuando un problema en la esfera sexual no es identificado y, consecuentemente, no recibe un tratamiento adecuado, puede perpetuarse en el tiempo, aún después de finalizado este periodo de cambio (Lagaert y Weyers, 2017). Por este motivo, la Organización Mundial de la Salud plantea la sexualidad de la mujer en el postparto como una necesidad de abordaje, en la que las parejas dispongan de información precisa y veraz al respecto y, en caso de precisararlo, puedan recibir apoyo suficiente y necesario durante dicha etapa (González, 2016; World Health Organization, 1998). En nuestro medio, las matronas son las profesionales sanitarias más cercanas a las parejas en la etapa del postparto, especialmente a la mujer. En los centros de Atención Primaria, el cuidado que se ofrece a la madre y al bebé se realiza de manera individual y también en formato grupal, a través de programas de lactancia materna, masaje infantil o grupos de apoyo a la maternidad. Sin embargo, tradicionalmente, la atención de las matronas y del resto de los profesionales de salud en general, se ha dirigido especialmente al abordaje de los aspectos físicos y de promoción del autocuidado, sin tener en cuenta otras áreas, que, si bien en algún momento son comentadas, no son abordadas o tratadas de manera extendida y específica, incluyendo, la esfera sexual y/o la relación de pareja. Uno de los factores que puede influir en que no se aborde adecuadamente la sexualidad en las parejas postparto es porque la visita de las matronas a las mujeres puérperas se produce, protocolariamente, demasiado pronto (a las 2 semanas del nacimiento del bebé), momento en el que todavía no se han retomado las relaciones sexuales. A pesar de la importancia de la cuestión, muchas mujeres puérperas optan por no mencionar a los profesionales sanitarios las dudas o dificultades presentadas en el área sexual. Por otro lado, también muchos profesionales sanitarios reconocen limitaciones y dificultades para hablar de la sexualidad de estas mujeres y para identificar alteraciones que se puedan estar presentando en la relación de pareja (Lawrence y Rogers, 2012; Márquez, 2014; Márquez y Rico, 2016). Algunos autores han descrito, como posibles barreras en las dificultades bidireccionales entre parejas postparto y profesionales sanitarios,

la importancia de los factores culturales, la vergüenza, la falta de formación específica y la limitación del tiempo de consulta (Pauleta, Pereira y Graça, 2010).

Descripción del programa

Por todo lo anteriormente expuesto, se entiende la importancia que, una intervención psicológica específicamente dirigida a abordar la sexualidad durante el puerperio, puede suponer para ayudar a las parejas en el afrontamiento de esta etapa del ciclo vital. Dicha intervención tendría como objetivo la prevención de dificultades relevantes en este periodo, que superen lo considerado como normativo. De este modo, estaría enfocada a la prevención primaria de dificultades sexuales (antes de que aparezcan), así como una prevención secundaria (ante la presencia de sintomatología, proveer de recursos de tratamiento en momentos iniciales de la clínica) y terciaria (cuando ya está instaurado el trastorno sexual, evitar el empeoramiento o prevenir que estas consecuencias influyan en otras áreas de la relación de pareja). Asimismo, ayudaría a prevenir las dificultades relacionales que pueden ser secundarias a la afectación de la esfera sexual o a otros cambios importantes que se dan en este periodo. Además, si consideramos que desde una orientación sistémica los síntomas que surgen en una parte del sistema familiar (pareja), pueden afectar a todo el sistema en su conjunto (y, por lo tanto, a los hijos), se podría considerar que una intervención a este nivel resultaría beneficiosa en la prevención de posibles dificultades o problemas emocionales en los niños. Finalmente, esta intervención daría respuesta, por un lado, a la demanda de los padres de recibir una atención especializada que facilite un mejor funcionamiento en esta fase vital y por otro lado, a la de los profesionales sanitarios, que a menudo, por falta de tiempo y formación específica necesaria, no abordan estos temas.

A continuación, describiremos un programa que se está llevando a cabo en el Centro de Salud Fuente de San Luis, en Valencia, dirigido, precisamente, a dotar a las parejas de recursos que les permitan afrontar y transitar el periodo postparto de manera satisfactoria y a configurar una estructura familiar sólida que permita el crecimiento de la familia en su conjunto.

Las participantes en el programa son mujeres que se encuentran en la etapa del postparto (hasta 1 año tras el nacimiento del bebé) y sus parejas, que son derivadas para la intervención. Todas las participantes son derivadas a psicología clínica del centro de salud Fuente de San Luis desde diferentes servicios (ginecología, pediatría, planificación familiar), hospitalarios y ambulatorios, siendo informadas previamente de la intervención en los servicios desde los que son referidas. Una vez en el centro de salud, dos residentes de la especialidad de psicología clínica realizan la valoración inicial, consistente en una entrevista semiestructurada y en la administración de una batería de pruebas. Esta batería incluye: Escala de Valoración de la Actividad Sexual de la Mujer (EVAS-M) (Calle-Marcos, García-García y Fernández-Agis, 2009), Escala de Ajuste Diádico (administración a la mujer y al hombre) (Cáceres, 1982), Función Sexual de la Mujer (adicionalmente al formato estándar del cuestionario, realizamos una adaptación utilizando los mismos ítems pero referidos al momento previo al embarazo, al no conocer ninguna escala validada con este objetivo) (Sánchez, Pérez, Borrás, Gómez, Aznar y Caballero, 2004), Inventario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI) (Guillén y Buela, 2011), Escala de Depresión Post-Parto de Edinburgo (EPDS) (Ma-

roto, García-Calvente y Fernández-Parra, 2005), Escala de Satisfacción con la Vida (Cabañero, Richart, Cabrero, et al, 2004), Cuestionario de Aserción en la Pareja (ASPA) (para ambos miembros de la pareja) (Carrasco, 1996), Maternal Attachment Inventory (MAI) (Allende, González, Pérez y Fernández, 2017).

Una vez finalizada la entrevista y la corrección de las pruebas, se decide la inclusión en el programa de terapia grupal, atendiendo a los criterios de inclusión y exclusión (descritos en la Tabla 1). Dicho programa consta de seis sesiones, con una duración de 90 minutos y una periodicidad semanal. El número máximo de parejas a incluir en el grupo son 7. Cada sesión se estructura de la siguiente manera: repaso de las tareas para casa, desarrollo de la sesión, resolución de dudas, entrega de material resumen y nuevas tareas.

Tabla 1: Criterios de inclusión y exclusión en el programa.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
1. Puntuación de 2 o menos en alguno de los ítems que valoran las distintas fases de la respuesta sexual en el EVAS y/o que especifiquen en el cuestionario elaborado ad hoc un empeoramiento en la relación de pareja.	1. Que rechacen intervención grupal.
2. Tener al menos 18 años.	2. Incompatibilidad por la conciliación familiar.
3. Tener fluidez en el idioma en el que se va a impartir la terapia.	3. No poder asistir al menos al 50% de las sesiones.
4. Firma del consentimiento informado.	4. Presencia de psicopatología aguda en ese momento.
	5. Abuso/dependencia de tóxicos (excepto tabaco y cafeína).

Tabla 2. Objetivos y actividades del programa.

SESIÓN	OBJETIVOS	ACTIVIDADES Y TAREAS
1. Mitos sexuales	<p>Joining inicial con los participantes.</p> <p>Justificación y presentación del programa y normas del grupo.</p> <p>Proveer información sexual válida.</p>	<p>Presentaciones.</p> <p>Psicoeducación.</p> <p>Presentación de mitos y debate.</p>
2. Comunicación eficiente en la pareja	<p>Definición del rol de género y su influencia en la pareja.</p> <p>Fomento de habilidades de comunicación y comunicación sexual.</p> <p>Identificación de estilos comunicacionales y desarrollo de asertividad.</p>	<p>Explicación teórica del rol de género y comunicación.</p> <p>Role-play.</p> <p>Tareas para casa: ejercicio de escucha activa. cambio de rol.</p>
3. Autoestima y autoimagen	<p>Favorecer una imagen corporal positiva.</p> <p>Mejorar la autoestima.</p> <p>Reconocer cambios en el self y promover coexistencia con el rol individual.</p>	<p>Definición de autoestima y autoimagen.</p> <p>Datos normativos.</p> <p>Delimitación del rol maternal.</p> <p>Práctica de meditación.</p> <p>Tareas para casa: tarea de identificación de logros y capacidades ejercicio de conciencia corporal y percepción positiva</p>

<p>4. Salud sexual después del parto</p>	<p>Describir la sexualidad en el puerperio. Fomentar mayor auto y hetero-conocimiento sexual. Infundir una comprensión amplia de la sexualidad.</p>	<p>Información y datos normativos sobre sexualidad en el puerperio y reinicio de la actividad sexual. Delimitación y ampliación del concepto de sexualidad. Definición de guiones sexuales. Tareas para casa: Reservar un espacio para la intimidad. Identificación de las zonas erógenas.</p>
<p>5. Relación de pareja en el postparto.</p>	<p>Normalizar los cambios y redefinirlos como oportunidades. Establecer una responsabilidad mutua compartida en la crianza.</p>	<p>Delimitación de los cambios más destacados en la etapa filial. Exposición de las dificultades más frecuentes. Debate sobre los aspectos positivos de las crisis. Definición de paternalización y holding a la madre. Tareas para casa: Identificar dificultades. Álbum de pareja.</p>
<p>6. Mantenimiento de las mejoras conseguidas.</p>	<p>Consolidar cambios y prevenir dificultades. Resolver dudas. Evaluación post.</p>	<p>Repaso breve de las sesiones. Administración de cuestionarios. Tareas para casa: Mantener el tiempo de terapia como tiempo para la pareja.</p>

A continuación, se describen las sesiones (en la Tabla 2 se muestra un esquema de las mismas):

Sesión 1: Mitos sexuales.

La educación sexual y la provisión de información forman parte de las intervenciones básicas en la terapia sexual (Carrobles, 1985; Cottraux, 1990; Ruiz y Cano, 2002). Caballo (1996) contempla, en el tratamiento cognitivo-conductual de la disfunción sexual, la importancia de la mejora del conocimiento y de la disminución de la ignorancia en el ámbito sexual. Este tratamiento incluye, entre otros: información sobre características sexuales primarias y respuesta sexual, experiencias y preferencias diferenciales en función del género, cambios normales en la sexualidad y datos normativos.

De forma similar, se ha descrito que la presencia de mitos sexuales puede suponer un deterioro para el funcionamiento y satisfacción sexual. Cuestionar estos mitos, por tanto, es un elemento importante de la intervención cognitiva en la terapia sexual (Caballo, 1996) y forma parte del tratamiento y prevención de las disfunciones sexuales (Santoyo, 2015).

En el periodo específico de embarazo y postparto también se ha destacado la relevancia de una mayor educación sexual, relacionando esta con una mejora en el funcionamiento relacional y una reducción de disfunciones sexuales (Piñero y Alarcos, 2011; Williamson, McVeigh y Baafi, 2008; Woranitat y Taneepanichskul, 2007).

En la primera sesión de nuestro programa, *mitos sexuales*, llevamos a cabo una introducción al propio programa, destacando la relevancia de profundizar más allá de la díada madre-hijo, como es habitual, y prestar atención a la relación de pareja. Destacamos el papel del aprendizaje sexual a través de diferentes fuentes, no siempre fidedignas, lo que da lugar a la aparición de mitos. Y, asimismo, debatimos diferentes mitos sexuales frecuentes en la población general y otros más específicos del periodo postparto (Márquez y Rico, 2016).

Sesión 2: Comunicación eficiente en la pareja.

Es frecuente que las parejas con disfunción sexual presenten una menor comunicación entre ellas en distintas áreas de interacción, así como un estilo comunicacional menos asertivo (Sánchez-Bravo y Carreño-Meléndez, 2003). También se ha evidenciado que un rol de género rígido se asocia con un funcionamiento sexual insatisfactorio y, en consecuencia, a una menor calidad en la relación de pareja (Sánchez-Bravo y Morales-Carmona, 2005).

Por este motivo, se ha destacado el papel esencial del entrenamiento en comunicación en la terapia sexual (Caballo, 1996). Este entrenamiento incluiría la comunicación general en la pareja y también, de forma específica, la comunicación en torno a la sexualidad.

En nuestro programa, la sesión de *comunicación eficiente en la pareja* aborda estos puntos. Por una parte, se define el rol de género, diferenciando el rol masculino y femenino y apuntando los problemas derivados de la rigidez en la adopción de dicho rol. Y, por otro lado, se explican distintos aspectos relacionados con la comunicación: la importancia de una buena comunicación y definición de la misma, los objetos y las formas de comunicación, así como los estilos comunicacionales. Realizamos role-play de señales de escucha al interlocutor (clarificación, parafraseo, reflejo) y proponemos para casa un ejercicio de escucha activa.

Por otra parte, respecto del rol de género, animamos a las parejas a realizar un cambio temporal en su rutina habitual que implique llevar a cabo tareas cotidianas que habitualmente realiza el otro.

Sesión 3: Autoestima y autoimagen.

Durante la gestación, el cuerpo de la mujer sufre cambios destacados dando lugar, de forma progresiva, a una nueva estructura corporal. Estos cambios pueden tener una repercusión en la imagen corporal percibida en el periodo postparto. Esta insatisfacción con el propio cuerpo tiene una repercusión negativa sobre la vida sexual y, en consecuencia, en la relación de pareja.

Más allá de los cambios físicos, las madres también han de enfrentar la adquisición de nuevas tareas y funciones que forman parte del rol maternal. Se apunta a la configuración de una nueva identidad que requiere una reconstrucción del propio self (Berlagna et al., 2013).

Estos aspectos quedan recogidos en la tercera sesión de nuestro programa, *autoestima y autoimagen*. En ella, repasamos a nivel teórico los conceptos de autoestima y autoconcepto, distinguiendo la imagen corporal positiva y negativa. También ofrecemos datos recogidos en la bibliografía que apuntan a los cambios habituales experimentados por las púérperas en este periodo. De forma complementaria, se favorece el trabajo por una mayor aceptación de la autoimagen, en el contexto del cuidado propio, a nivel físico y emocional. Para ello, practicamos una meditación, proponemos un ejercicio de aumento de la conciencia corporal positiva y solicitamos un ejercicio de identificación de logros y capacidades. Por último, reconocemos la nueva identidad como madre que se está configurando y destacamos la relevancia de preservar, al mismo tiempo, el rol individual previo.

Sesión 4. Salud sexual después del parto.

Si entendemos la sexualidad desde una perspectiva amplia, esta se va a ver influida, no sólo por las alteraciones a nivel fisiológico que se producen en el postparto, sino también por cambios que tienen lugar en el plano relacional (Liana y Olson, 2017). Estos cambios incluyen las situaciones de conflicto propias de esta etapa, en la que es necesario un reajuste en la pareja. Y, por otro lado, también destacaríamos el posible sentimiento de desplazamiento que puede experimentar el padre con la llegada del bebé y que se ha descrito en la literatura (Márquez y Rico, 2016; Molero 2006; Nieri, 2012).

En la *sesión de salud sexual después del parto* nos planteamos describir la sexualidad en el puerperio y fomentar en las parejas un mayor conocimiento propio y del otro, que conduzca a una sexualidad satisfactoria. Para ello, en primer lugar, exponemos los modelos de respuesta sexual femenina (Basson, 2011; Masters y Johnson, 1966) y los principales cambios en el postparto, aportando datos normativos (Escudero, 2015). También señalamos factores que se han descrito como moduladores en el reinicio de la actividad sexual y con repercusión en la satisfacción con la misma, especialmente: sentirse preparados para retomar las relaciones, la actitud del hombre y la vivencia placentera del primer coito en este periodo. (Chaparro, Pérez y Sáez, 2013; Salim y Gualda, 2010; Williamson et al., 2008). Otro bloque destacado en esta sesión hace referencia a la comprensión de la sexualidad

desde una mirada amplia. Invitamos a las parejas a entender la sexualidad como un espacio para la intimidad, reduciendo expectativas y la presión por el rendimiento. Adicionalmente, proponemos redescubrir la sexualidad desde este nuevo enfoque. Para ello, distinguimos los guiones sexuales manifiestos e ideales y animamos a las parejas a compartir y negociar estos patrones sexuales (Rosen, Leiblum y Spector, 1994) En esta sesión apuntamos, para el trabajo en casa, tareas que promueven el conocimiento mutuo: reservar un espacio para la intimidad e identificar zonas erógenas y puesta en común.

Sesión 5. Relación de pareja en el postparto.

El nacimiento de un hijo conlleva diferentes implicaciones para la vida familiar y la relación de pareja. Se han descrito una serie de tareas y objetivos a alcanzar por parte de la familia en la etapa filial, destacando como tarea fundamental la provisión de apoyo mutuo (Quintero, 1997).

Winnicott, definió como función maternal primaria el sostenimiento o holding, que hace referencia al sostén emocional que requiere el bebé para poder desarrollarse de manera adecuada (Lassalle, 2012). Este autor consideró que la madre, para poder realizar correctamente esta función de “holding” a su bebé, necesitaba estar adecuadamente sostenida por su pareja. Es relevante, en este punto, clarificar que para Winnicott la función maternal podía ser ejercida no de forma exclusiva por la madre, sino por todo aquel que tuviera disposición y condiciones para llevarla a cabo. Con esto, se destaca el papel del padre teniendo en cuenta que, la función paterna no es secundaria de la materna, sino que ambos progenitores tienen que proveer de bienestar físico, psicológico y emocional al bebé. En consecuencia, es indispensable que la madre deje actuar e incluya al padre en la díada madre-hijo. Para ello, la madre también deberá superar sus propias expectativas y exigencias (Berlanga et al., 2013), muchas veces relacionadas con estereotipos sociales.

En la sesión de *relación de pareja en el postparto* incluimos estos elementos teóricos arriba comentados. Incidimos en los cambios emocionales que surgen con el nacimiento del bebé, normalizando la ambivalencia y la divergencia entre la propia pareja. Asimismo, reconocemos el carácter habitual de los conflictos y exponemos las dificultades más frecuentes, proponiendo la involucración de ambos y la comunicación como vías de solución. También redefinimos las crisis como ruptura de homeóstasis y potenciación de transformaciones que pueden ser beneficiosas para las familias. Por otro lado, destacamos el papel del padre en la crianza y promovemos una responsabilidad mutua compartida con respecto al hijo. Las tareas que proponemos persiguen, por un lado, identificar dificultades en la relación (como por ejemplo el descuido del papel de pareja) y, por otro lado, fortalecer el subsistema de pareja implicándose en una actividad conjunta (realizar un álbum de la pareja).

Sesión 6. Mantenimiento de las mejoras conseguidas.

Esta sesión pretende consolidar los cambios alcanzados y prevenir dificultades. Para ello, repasamos lo trabajado a lo largo del programa y proponemos a las parejas que mantengan el tiempo que habían reservado para la terapia grupal como tiempo para disfrutar en pareja (Caballo, 1996).

En esta sesión también resolvemos dudas y llevamos a cabo la evaluación posterior a la intervención.

Resultados

A pesar de que el programa presentado se está implementando actualmente, se han realizado dos grupos como método de entrenamiento y perfeccionamiento del programa, sin obtener

Tabla 3. Instrumentos de evaluación

Instrumento	Traducido	Validado	Variable estudiada
Escala de ajuste diádico	Sí	Sí	Relación de pareja: consenso, satisfacción, expresión afectiva y cohesión.
Cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM)	Sí	Sí	Fases de respuesta sexual, iniciativa y comunicación sexual.
Inventario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI)	Sí	Sí	Nivel de ansiedad estado y ansiedad rasgo
Escala de Depresión Postparto de Edinburg (EPDS)	Sí	Sí	Cribaje de la depresión postparto.
Escala de Satisfacción con la Vida	Sí	Sí	Bienestar subjetivo en áreas vitales
Escala de Autoestima de Rosenberg	Sí	Sí	Nivel de autoestima personal
Maternal Attachment Inventory (MAI)	Sí	No	Vinculación afectiva madre-hijo
Cuestionario de Aserción en la Pareja (ASPA)	Sí	Sí	Afrontamiento de situaciones conflictivas por parte de cada miembro de la pareja

resultados que puedan ser analizados. Los participantes de ambos grupos, sí que han reportado una valoración satisfactoria en relación a su experiencia en el grupo terapéutico.

Los resultados de la intervención serán evaluados a lo largo de un periodo de tres años, mediante un estudio analítico, prospectivo, antes-después. Para la realización de dicho estudio se recogerán variables sociodemográficas y obstétricas, así como diferentes variables dirigidas a evaluar función sexual femenina, relación de pareja, comunicación de pareja, satisfacción de la vida, ansiedad, riesgo de depresión postparto y apego hacia el recién nacido. Se obtendrán datos a partir de la entrevista clínica y del empleo de los instrumentos incluidos en la Tabla 3.

Discusión

El programa presentado amplía las investigaciones y estudios revisados en la bibliografía, respecto a la inclusión de diversas variables (sexualidad, relación de pareja, relación con el recién nacido). Hasta el momento, los estudios descritos se centraban en la relación madre-hijo de manera diádica, la relación de pareja y la sexualidad centrada en la respuesta fisiológica. Esto es, no tomaban en consideración la relación de apego con el recién nacido, ni la parte psicológica que la sexualidad conlleva y tampoco incluían la participación del padre como parte fundamental de la intervención. Por ello, el abordaje de todas estas variables dentro de un mismo estudio, fortalece y enriquece el programa en sí mismo, que pretende evaluar la eficacia y eficiencia de esta intervención grupal.

Desde la experiencia clínica y en los estudios revisados, se expresa la necesidad de más intervenciones en la etapa del postparto orientadas a prevenir las dificultades que puedan aparecer y evitar la cronificación a medio y largo plazo de las mismas. Sería destacable la función preventiva de dicha intervención, que puede ser, primaria, secundaria o terciaria, tanto para la pareja y los padres, como para el neonato.

El estudio presenta algunas limitaciones que hemos intentado resolver, tras realizar los dos grupos de entrenamiento que nos han permitido perfeccionarlo. Se trata de un estudio unicéntrico, en el que, las características sociodemográficas de la muestra recogen las propias de la población perteneciente al centro de salud. Para paliar esta limitación, las parejas podrán ser derivadas desde diferentes recursos dentro del departamento de salud. Por otro lado, los criterios de derivación para conformar la muestra, depende del criterio clínico de los profesionales referentes. Para solventar este sesgo, se incluyó un cuestionario de screening (EVAS-M) que será administrado por los profesionales, para homogeneizar los criterios de derivación. La propia población de estudio presenta limitaciones en la conciliación familiar y la intervención terapéutica. Para disminuir el riesgo de pérdida de muestra, se ha flexibilizado la asistencia al grupo, adaptando el horario de asistencia, se facilitando la lactancia y la asistencia con el bebé. Finalmente, la realización de la evaluación a través de cuestionarios autoinformados, puede suponer un sesgo en la autopercepción. Para ello, la intervención psicológica será realizada por profesionales de psicología clínica, que aclarará y evaluará cualquier discrepancia entre los resultados obtenidos y la propia observación clínica.

Hay otras limitaciones, como la inclusión de un grupo control o un mayor seguimiento longitudinal que no han podido corregirse, pero se tendrán en cuenta para futuros proyectos en esta línea de investigación, que complementen a la actual.

Conclusiones

Durante el postparto, muchas parejas pueden presentar dificultades para afrontar una etapa que resulta especialmente sensible y en la que existe un riesgo significativo de aparición de problemas en distintas áreas de la vida relacional y en la esfera sexual. Existe, sin embargo, en líneas generales, una importante carencia desde los dispositivos de atención sanitaria públicos para la atención, evaluación y abordaje de estos problemas, que pueden llegar a alcanzar relevancia clínica y afectar significativamente a la calidad de vida de todos los miembros de la estructura familiar. Por ello, resulta esencial que aquellas parejas que lo necesiten puedan disponer de acceso a una adecuada información e intervención psicológica durante un período que requiere una adaptación lo más adecuada posible.

El tratamiento aquí descrito, mediante su estructura en seis sesiones y su formato grupal, puede, entre otras cosas, favorecer que madres y padres puedan tomar conciencia de los diferentes roles que tienen que asumir, y descubrir cómo afrontar la dificultad asociada a la coexistencia del rol de padres y del rol de pareja al mismo tiempo. En este sentido, a lo largo de la intervención resaltamos el necesario equilibrio entre la parentalidad y la conyugalidad, tal y como se describe en el modelo de Linares (2015), promoviendo que se produzcan cambios en la relación de pareja, que permita la separación sana del niño tras la etapa de apego y simbiosis.

El tratamiento psicológico grupal descrito en este trabajo permite:

- la **detección** de dificultades y/o trastornos que vayan a requerir una atención especializada, contemplando la posibilidad de derivación al servicio oportuno en caso de requerirse
- la **prevención**, al tratar las dificultades presentes en los primeros meses tras el parto, que pudieran requerir en el futuro una intervención más compleja o más específica, procurando evitar su cronificación
- y el **seguimiento**, aumentando la posibilidad de resolución en los primeros meses de aparición de la sintomatología.

Finalmente, resaltar que este programa supone una colaboración desde la especialidad de Psicología Clínica con Atención Primaria, llevándose a cabo la detección de las pacientes susceptibles de tratamiento desde esta última área. En este sentido, destacamos la importancia de disponer de conocimientos teóricos y técnicos específicos para abordar esta intervención, tales como: experiencia en psicoterapia grupal, en evaluación psicológica, en detección de disfunciones sexuales, así como estar familiarizado en el cribaje de la psicopatología. Por ello, creemos adecuado apuntar este como un ámbito de trabajo adecuado a la Psicología Clínica, destacando la figura de estos profesionales en el contexto de actuaciones de Atención Primaria.

Referencias

- Allende, L., González, L.J., Pérez, F.J., Fernández, D. (2017) Apego en el postparto precoz: comparación entre madres de neonatos ingresados en el Servicio de Obstetricia y en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. *Enfermería Global*, 45, 295-308.
- Andreucci, C., Bussadori, J., (2015) Sexual life and dysfunction after maternal morbidity: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15, 307.
- Basson, R. (2011) Human Sex-Response Cycles. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27(1), 33-43.
- Berlanga, S., Vizcaya-Moreno, M. F. y Pérez-Cañaveras R.M. (2013) Percepción de la transición a la maternidad: estudio fenomenológico en la provincia de Barcelona. *Atención primaria*, 45(8), 409-417.
- Caballo, V., (dir). (1996) Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol 1. (pp. 267-298). Madrid: Siglo XXI de España editores.
- Cabañero MJ, Richart M, Cabrero J, et al (2004). Fiabilidad y validez de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y puérperas. *Psychothema*, 16(3): 448-455.
- Cáceres, J, Herrero-Fernández D, Iraurgi I (2013). Características psicométricas y aplicabilidad clínica de la "escala de ajuste diádico" en una muestra de parejas españolas. *Behavioral Psychology*, 21(3): 545-561.
- Calle-Marcos, P, García-García J, Fernández-Agis I, et al (2009). Escala de Valoración de la Actividad Sexual en la Mujer (EVAS- M). Validación a través de entrevista con experto. *Sexología Integral*; 6, 160–166.
- Carrasco MJ (1996). Cuestionario de Aserción en la Pareja (ASPA). TEA ediciones.
- Carrobes, J. A. (1985) Análisis y modificación de la conducta II. Madrid: UNED.
- Chaparro, M., Pérez, R. y Sáez, K. (2013) Función sexual femenina durante el periodo posparto. *Revista Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 73(3), 181-186.
- Cottraux, J. (1990) Les thérapies comportementales et cognitives. Paris: Ed. Masson.
- De Judicibus M.A. y McCabe M.P. (2002) Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. *Journal of Sex Research*, 39, 94-103.
- Escudero, R. (2015) *Modificaciones del comportamiento sexual de la mujer durante el embarazo y el puerperio*. (Tesis doctoral). Universidad de Granada, Granada
- Fiesco, V., Carolina, D. y cols. (2010) Obstetricia integral siglo XXI. Tomo II. Publicación virtual de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia.
- Guillén, A., Buela, G. (2011). Actualización Psicométrica y Funcionamiento Diferencial de los Ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psychothema*, 23 (3): 510-515.
- González, L. (2016) *La sexualidad femenina en el postparto: una investigación cualitativa desde la teoría fundamentada* (tesis de máster). Universidad de Cantabria, Cantabria.
- Khajehei M. (2016) Prevalence and Risk Factors of Relationship Dissatisfaction in Women During the First Year After Childbirth: Implications for Family and Relationship Counseling. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 42, 484-93.
- Lagaert, L. y Weyers, S. (2017) Postpartum dyspareunia and sexual functioning: a prospective cohort study. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 22(3), 200-206.
- Lassalle, MP; (2012). *Holding, handling y mostración de objetos en la práctica: recortes de primeras experiencias teórico-prácticas*. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Lawrence M. y Rogers,R. (2012) Sex after childbirth. Postpartum sexual function. *Obstetrics & Gynecology*, 119(3), 647-55.
- Liana, H. y Olson, S., (2017) Women's Postpartum Sexual Health Program: A Collaborative and Integrated Approach to Restoring Sexual Health in the Postpartum Period. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 43(2), 147-158.

- Linares, J.L. (2015) *La pareja, en la encrucijada de la conyugalidad y la parentalidad*. Perspectivas sistémicas, la nueva comunicación.
- Maroto, G., García-Calvente, MM., Fernández-Parra, A. (2005). Evaluación del estado de ánimo en el puerperio con la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. *International Journal of Clinical Health Psychology*, 5(2): 305-318.
- Márquez, A. M. (2014). Dificultades en el reinicio de las relaciones sexuales de la pareja en el periodo puerperal. *Biblioteca Lascasas*, 10(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0790.php>. Consultado el [08/12/2017].
- Márquez, A. M. y Rico, M (2016) Influencia de los cambios psicosociales en la sexualidad posparto. *Revista Enfermería Docente*, (2)107, 26-31.
- Masters, W.H. y Johnson, V. E. (1966) *Human sexual response*. Oxford, England: Little, Brown.
- Molero, F. (2006) La sexualidad en el embarazo y puerperio. AEEM. Disponible en: <http://www.aeem.es/fotos/informam/103.pdf>. Consultado [11/10/2017]
- Navarro-Gil C. y Gómez-Mariñelarena, C. (2016) Autoestima y autoimagen de las mujeres en el postparto. *Medicina naturista*, 10(1), 28-33.
- Nieri, L. P. (2012) Sentimientos del padre actual en la etapa perinatal. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 15(3), 999-1022.
- Pauleta, JR., Pereira, NM y Graça, LM (2010) Sexuality during pregnancy. *Journal of Sexual Medicine*, 7 (1), 136-42.
- Piñero, S. y Alarcos, G. (2011) Características y modificaciones de la sexualidad durante el embarazo. *NURE Investigación*, 8(50).
- Quintero, A. M. (1997) Cambios en la dinámica familiar durante la gestación y el postparto. *Investigación y Educación en Enfermería*, 15(1), 109-119.
- Rosen, R., Leiblum, S. y Spector, I. (1994) Psychologically-based treatment for male erectile disorder: A cognitive-interpersonal model. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 20, 67-85.
- Ruiz, J. J. y Cano, J. J. (2002) *Manual de psicoterapia cognitiva*. R & C Editores.
- Salim, N. R. y Gualda D. M. R. (2010) Sexuality in the puerperium the experience of a group of women. *Revista de Escola Enfermagem USP*, 44(4), 888-95.
- Sánchez-Bravo, C. y Carreño-Meléndez. (2003). Comunicación marital y estilo de comunicación en mujeres con disfunción sexual. *Perinatología y reproducción humana*, 17, 91-101.
- Sánchez-Bravo, C. y Morales-Carmona, F. (2005). Disfunción sexual femenina su relación con el rol de género y asertividad. *Perinatología y reproducción humana*, 19, 152-160.
- Sánchez F, Pérez M, Borrás JJ, et al (2004). Diseño y validación del Cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM). *Atención Primaria*, 34 (6): 286-92.
- Santoyo, P. (2015). *Programa para la prevención y el tratamiento de las disfunciones sexuales femeninas* (tesis pregrado). Universidad Miguel Hernández, Elche.
- Von Sydow, K. (1999) Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(1), 27-49.
- Williamson, M., McVeigh, C. y Baafi, M. (2008) An Australian perspective of fatherhood and sexuality. *Midwifery* 24, 99-107.
- Woranitat, E. y Taneepanichskul, S. (2007) Sexual Function during the Postpartum Period. *Journal of Medical Association of Thailand*, 90(9), 1744-8.
- World Health Organization (1998). Postpartum care of the mother and newborn: a practical guide. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66439/1/WHO_RHT_MSM_98.3.pdf. Consultado [20/11/2017]