

ALGUNAS MANIFESTACIONES DE LA SEXUALIDAD Y EXPERIENCIA DE DOLOR EN EL PARTO

Some manifestations of sexuality and the experience of labor pain

Erika León-Aranibar¹

Resumen:

Objetivo. Determinar la relación entre algunas manifestaciones de la sexualidad y la experiencia de dolor en el parto en puérperas del Hospital Sergio Bernales durante el periodo 2013.

Materiales y método. Tipo de estudio analítico, prospectivo y transversal. Diseño Caso control anidado en una cohorte. La muestra estuvo constituida por 74 puérperas, con embarazo a término, primíparas y de parto eutócico, con recién nacidos con peso adecuado para edad gestacional. Los datos recolectados fueron analizados por el programa SPSS versión 18 para Windows. Con el fin de realizar el análisis se calcularon porcentajes, medias, el Chi Cuadrado y T de Student.

Resultados. 40 y 70% de las puérperas que sintieron dolor durante el parto tuvieron dismenorrea, 48% de las mujeres que tuvieron mucho dolor en el parto consideraron al embarazo como un obstáculo para el desarrollo profesional, el 36% tuvo dispareunia y el 50% consideran que la masturbación es sólo para mujeres enfermas; en contraste con las mujeres que tuvieron menos dolor. El total de puérperas afirmó que durante el embarazo no hubo satisfacción sexual.

Conclusiones. Algunas manifestaciones hacia la sexualidad se encuentran relacionadas al dolor en el parto.

Palabras clave: manifestaciones de la sexualidad, dolor, parto.

Abstract

Objective: To determine the relation between some manifestations of sexuality and the experience of labor pain in post-partum women of Sergio Bernales National Hospital during 2013.

Material and Methods: This is an analytic study with a prospective, transversal, case control and cohort design. The sample was composed by 74 post-partum women, with first and full term pregnancy, who had an eutocic labor and newborns with appropriate weight for gestational age. The data recollected were analyzed in the software SPSS 18. The study analyzed the percentages, means, Chi square and Student t.

Results: 40 y 70% of postpartum women that felt pain during labor had dysmenorrhea, 48% of women who had very intense pain during labor considered pregnancy as an obstacle to professional development, 36% had dispareunia and 50% considered that masturbation is only for sick women; contrastable result to the women who experienced less pain. All of post-partum women referred that during pregnancy, they had no sexual satisfaction.

Conclusions: Some manifestations of sexuality are related to labor pain.

Key words: Manifestations of sexuality, pain, labor

(1) Magíster Obstetra. Personal especializado miembro del Equipo Técnico de la Dirección de Control de Cáncer del INEN

Introducción

Desde la antigüedad, se evidencia el dolor en el parto considerándose como habitual dentro del proceso de nacimiento. En la década de los años 30 se creía que tenía una función biológica importante y que no debería ser aliviada. Investigaciones realizadas en las décadas siguientes concluyeron que a pesar que el dolor tiene una función biológica importante es necesario aliviarlo. Se conoce que la persistencia del dolor intenso está asociada al estrés y tiene efectos perjudiciales para la madre y el recién nacido¹. El uso de técnicas de comportamiento para aliviar los dolores de parto se difundieron ampliamente por los obstetras Dick-Read y Lamaze desde 1950. Estos métodos tienen en común un proceso de trabajo previo con la futura parturienta que consistía en clarificar el proceso fisiológico del parto, ejercicios de entrenamiento para las etapas de trabajo de parto y el establecimiento de un contacto previo entre la mujer y quien la atendería durante el parto. Este recorrido histórico podría ser visto como un antecedente del Movimiento para la Humanización del Parto y Nacimiento. Autores,

como Lowe, Cooper et al., y Da Costa et al., están de acuerdo con la hipótesis de la interacción entre los mecanismos psicofisiológicos y neuroendocrinológicos implicados en el "estrés materno."²

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reevaluó la evidencia científica basada en las prácticas de salud en el parto normal, poniendo mayor énfasis en la humanización de la atención. Un aspecto estrechamente relacionado con la humanización de parto se refiere a la evaluación de la insatisfacción materna con el proceso, el cual se encuentra íntimamente relacionado con el dolor. Por lo tanto, las experiencias negativas en el parto como el dolor intenso, son determinantes a considerar en la calidad de la atención obstétrica³.

En Latinoamérica, evidenciamos que la falta de control del dolor y el temor al parto se justifican en las cirugías mayores. Las cifras de cesáreas se registran en más del 50% en Brasil. Las razones son el temor y por ende el dolor hacia el parto vaginal. En la ciudad de Sao Paulo, 65% de las cesáreas son de libre elección por las gestantes debido al temor que sienten hacia el trabajo de parto.⁴

En Perú, en el Instituto Nacional Materno Perinatal (Ex Maternidad de Lima) se registraron que 85% de las gestantes en fase activa de labor de parto solicitaron algún tipo de analgesia; de este grupo el 60% tenía entre 20 y 35 años, lo cual evidencia el temor al dolor en el trabajo de parto. La analgesia para evitar el dolor en el parto es contraria a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud pues afirma que se debe evitar el uso de medicación durante el trabajo de parto.^{5, 6}

En el mundo se han realizado variadas investigaciones relacionadas a las manifestaciones, percepciones y su relación con aspectos de la sexualidad en el embarazo. Se encontró que las manifestaciones conformes o positivas hacia la sexualidad poseen importancia vital hacia los procesos de la maternidad y en forma inversa con la dismenorrea, infertilidad, hiperémesis gravídica y dolores en el parto.⁷ Según lo mencionado, evidenciamos que son reducidas las investigaciones en torno a las manifestaciones de la sexualidad y experiencia de dolor en el parto, por lo cual el objetivo del presente estudio es determinar la relación entre las manifestaciones de la sexualidad y experiencia de dolor en el parto. Los objetivos específicos para el estudio son identificar las manifestaciones de la sexualidad en púerperas, identificar la experiencia de dolor en el parto y relacionar las manifestaciones de la sexualidad y la experiencia de dolor en el parto en púerperas del Hospital Sergio Bernales durante el periodo 2013. En la hipótesis propuesta para esta investigación se considera que las manifestaciones de la sexualidad se relacionan con la experiencia de dolor en el parto.

Material y método:

Tipo de investigación: analítico, prospectivo y transversal. El diseño es un caso control anidado en una cohorte.

Población: Según las estadísticas del Hospital Sergio E. Bernales el número de partos anuales fue de 3588 estimándose así 290 partos por mes. Nuestra muestra estuvo constituida por 74 púerperas que fueron atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales durante el periodo 2013.

Dentro de los criterios de inclusión se consideraron púerperas de 20 a 35 años de embarazo a término, primíparas, de parto eutócico de 24 a 48 horas post parto y con recién nacidos vivos adecuados para edad gestacional.

Los datos se obtuvieron a través de la “encuesta de manifestaciones en la sexualidad y su experiencia de parto”, mediante este instrumento se evaluaron las manifestaciones en la sexualidad, el cual fue aplicado a las puérperas de 24 a 48 horas post parto que se atendieron en el Hospital Sergio Bernal durante el periodo de 2013. Este instrumento fue validado por juicio de expertos, y obtenido de la investigación de “Experiencias infantiles con los padres, dismenorrea y actitudes hacia la propia sexualidad en jóvenes universitarias” de Roa-Meggo. La encuesta fue modificada para adecuarse a la población; fue aprobada por la autora del instrumento y revisada por especialistas en la materia. El instrumento fue sometido a una prueba piloto con 20 puérperas. La experiencia de dolor en el parto fue medida a través de la Escala numérica del dolor con etiquetas verbales (The numeric pain scale) de Lambert en donde la intensidad del dolor se reflejó mediante valores de: nada de dolor (0), dolor leve o suave (1), dolor fuerte (2), dolor insoportable o el peor dolor posible (3). Estos datos fueron recabados en el periodo de puerperio, dentro de las 48 primeras horas post parto. La recolección de datos se realizó en la sala de puerperio del Hospital en mención, recopilando las manifestaciones de la sexualidad a través de la encuesta y la presencia de dolor a través de la escala numérica con etiquetas verbales.

Los datos recolectados fueron ordenados y tabulados bajo un sistema computarizado, empleando el paquete estadístico SPSS versión 18 para Windows. Con el fin de realizar el análisis, se calcularon porcentajes, medias y desviaciones estándar de las características de la muestra y del cuestionario. Los resultados fueron considerados estadísticamente significativos si $p < 0.05$, para comprobar estas significancias nos apoyamos en el Chi Cuadrado y T de Student.

Se solicitó el consentimiento informado verbal y escrito a las potenciales participantes, el mismo que se recibió antes de realizar la encuesta. Asimismo, cumplió con las normas éticas establecidas por considerarlas de vital importancia en la práctica clínica, porque el afán por conseguir los objetivos de ésta jamás debe sacrificar su contenido humano. El investigador es consciente de la responsabilidad asumida, así como de que todo lo técnicamente posible no es éticamente aceptable. Además, reconoce que el respeto a la autonomía implicó el derecho de la paciente a aceptar o rechazar ser parte de esta investigación.

Resultados

En relación a las variables de control, se observa que todas las puérperas poseen algún nivel educativo; de ellas, predominantemente, el grupo que percibió dolor suave presentaron nivel secundaria (41.7%) y superior (41.7%); mientras que el grupo mucho dolor presentaron educación secundaria (72%). Al análisis estadístico, se concluye que existe asociación significativa entre las variables

En relación a la dimensión menstruación:

Ante la pregunta “mi ciclo menstrual me impide hacer mis quehaceres”, encontramos en el grupo dolor suave (62.5%) respuesta de “nunca” y en el grupo de mucho dolor (42%) respuesta de “a veces”. Ante la pregunta “las molestias de mi regla las alivio con medicamentos” encontramos tanto en el grupo dolor suave (79.2%) como en el grupo de mucho dolor (42%) respuesta de “a veces”. Ante la pregunta “Mi ciclo menstrual es irregular” encontramos tanto en el grupo dolor suave (79.2%) como en el grupo de mucho dolor (42%) respuesta de “a veces”. Al análisis existe asociación entre estas variables. Ante la pregunta “Me fastidia que la gente se dé cuenta que estoy menstruando” encontramos en el grupo dolor suave (83.3%) respuesta de “a veces” y en el grupo de mucho dolor (40%) respuesta “con frecuencia”. Ante la pregunta “Evito bañarme o tomar bebidas heladas cuando estoy menstruando” encontramos en el grupo dolor suave (66.7%) respuesta de “nunca” y en el grupo de mucho dolor (40%) respuesta “a veces”. Ante la pregunta “Mi regla me pone de mal humor” encontramos en el grupo

dolor suave (70.8%) respuesta de “nunca” y en el grupo de mucho dolor (54%) respuesta “a veces”. Ante la pregunta “Cuando estoy menstruando me siento cansada, sin ganas de hacer nada” encontramos en el grupo dolor suave (66.7%) respuesta de “nunca” y en el grupo de mucho dolor (50%) respuesta “a veces”. Debe señalarse que se encontró una asociación significativa entre estas variables.

Tabla 1. Manifestaciones relacionadas a la menstruación de las puérperas, según experiencia de dolor en el parto

MANIFESTACIONES RELACIONADAS A LA MENSTRUACIÓN		DOLOR EN LA EXPERIENCIA DE PARTO				
		Dolor suave		Mucho dolor		
		N	%	N	%	
Mi ciclo menstrual es doloroso	<i>Siempre</i>	3	12.5	9	18	<i>chi²: 6.620 g.l: 3 p:0,08505 8</i>
	<i>Con frecuencia</i>	3	12.5	13	26	
	<i>A veces</i>	17	70.8	20	40	
	<i>Nunca</i>	1	4.1	8	16	
Mi ciclo menstrual me impide hacer mis quehaceres	<i>Siempre</i>	0	0	4	8	<i>Chi²: 15.30 g.l:3 P:0,02</i>
	<i>Con frecuencia</i>	4	16.7	16	32	
	<i>A veces</i>	5	20.8	21	42	
	<i>Nunca</i>	15	62.5	9	18	
Las molestias de mi regla las alivio con medicamentos	<i>Siempre</i>	2	8.3	6	12	<i>Chi²: 9.530 g.l:3 P:0,023</i>
	<i>Con frecuencia</i>	2	8.3	16	32	
	<i>A veces</i>	19	79.2	21	42	
	<i>Nunca</i>	1	4.1	7	14	
Mi ciclo menstrual es irregular	<i>Siempre</i>	3	12.5	7	14	<i>Chi²: 15.077 g.l:3 P:0,002</i>
	<i>Con frecuencia</i>	2	8.3	23	46	
	<i>A veces</i>	19	79.2	17	34	
	<i>Nunca</i>	0	0	3	6	

En relación a la dimensión masturbación:

Ante la pregunta “La masturbación es sólo para mujeres enfermas”, encontramos en el grupo dolor suave (70.8%) respuesta de “en desacuerdo” y en el grupo de mucho dolor (50%) respuesta de “totalmente de acuerdo”. Ante la pregunta “La masturbación es sólo para hombres” encontramos en el grupo dolor suave (75%) respuesta de “en desacuerdo” y en el grupo de mucho dolor (44%) respuesta de “totalmente de acuerdo”. Ante la pregunta “La masturbación es algo que me interesa practicar” encontramos en el grupo dolor suave (83.3%) respuesta de “de acuerdo” y en el grupo de mucho dolor (44%) respuesta de “en desacuerdo”. Ante la pregunta “La masturbación femenina es placentera” encontramos en el grupo dolor suave (83.3%) respuesta de “de acuerdo” y en el grupo de mucho dolor (48%) respuesta de “en desacuerdo”. Ante la pregunta “La masturbación es mejor que el sexo” encontramos tanto en el grupo dolor suave (75%) como en el grupo de mucho dolor (40%) respuesta de “en desacuerdo”. Debe señalarse que se encontró una asociación significativa entre estas variables.

Tabla 2. Manifestaciones relacionadas a la masturbación de las púerperas según experiencia de dolor en el parto

MANIFESTACIONES RELACIONADAS A LA MASTURBACIÓN		DOLOR EN LA EXPERIENCIA DE PARTO				
		Dolor suave		Mucho dolor		
		N	%	N	%	
La masturbación es sólo para mujeres enfermas	<i>Totalmente de acuerdo</i>	3	12.5	25	50	<i>ch²: 25.316 g.l:3 P:0,0001</i>
	<i>De acuerdo</i>	3	12.5	17	34	
	<i>En desacuerdo</i>	17	70.8	8	16	
	<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	4.1	0	0	
La masturbación es sólo para hombres	<i>Totalmente de acuerdo</i>	3	12.5	22	44	<i>ch²: 29.371 g.l:2 P:0,0001</i>
	<i>De acuerdo</i>	3	12.5	22	44	
	<i>En desacuerdo</i>	18	75	6	12	
	<i>Totalmente en desacuerdo</i>	0	0	0	0	
La masturbación es algo que me interesa practicar	<i>Totalmente de acuerdo</i>	3	12.5	4	8	<i>ch²: 19.182 g.l:3 P:0,0001</i>
	<i>De acuerdo</i>	18	75	13	26	
	<i>En desacuerdo</i>	2	8.3	22	44	
	<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	4.1	11	22	
La masturbación femenina es placentera	<i>Totalmente de acuerdo</i>	0	0	6	12	<i>ch²: 32.278 g.l:3 P:0,0001</i>
	<i>De acuerdo</i>	20	83.3	8	16	
	<i>En desacuerdo</i>	4	16.7	24	48	
	<i>Totalmente en desacuerdo</i>	0	0	12	24	

En relación a la dimensión relaciones sexuales:

Ante la pregunta “Las relaciones sexuales son dolorosas” encontramos tanto en el grupo dolor suave (91.7%) como en el grupo de mucho dolor (48%) respuesta de “en desacuerdo”. Ante la pregunta “En una relación sexual, lo más importante es llegar al orgasmo” encontramos en el grupo dolor suave (66.7%) respuesta de “en desacuerdo” y en el grupo de mucho dolor (62%) respuesta de “de acuerdo”. Ante la pregunta “La mayoría de las poses sexuales que les gustan a los hombres son sólo para prostitutas” encontramos en el grupo dolor suave (70.8%) respuesta de “en desacuerdo” y en el grupo de mucho dolor (46%) respuesta de “de acuerdo”. Ante la pregunta “Los hombres son los que deben tomar la iniciativa” encontramos en el grupo dolor suave (87.5%) respuesta de “en desacuerdo” y en el grupo de mucho dolor (52%) respuesta de “de acuerdo”. Ante la pregunta “Para disfrutar del sexo hay que entregarse completamente al hombre” encontramos en el grupo dolor suave (66.7%) respuesta de “en desacuerdo” y en el grupo de mucho dolor (48%) respuesta de “de acuerdo”. Ante la pregunta “La mujer no debe tener relaciones sexuales durante el ciclo menstrual” encontramos en el grupo dolor suave (79.2%) respuesta de “en desacuerdo” y en el grupo de mucho dolor (44%) respuesta de “de acuerdo”. Ante la pregunta “Los hombres no saben satisfacer sexualmente a las mujeres” encontramos tanto en el grupo dolor suave (91.7%) como en el grupo de mucho dolor (44%) respuesta “en desacuerdo”. Debe señalarse que se encontró una asociación significativa entre estas variables.

Tabla 3. Manifestaciones en las relaciones sexuales según experiencia de dolor en el parto

MANIFESTACIONES EN LAS RELACIONES SEXUALES	DOLOR EN LA EXPERIENCIA DE PARTO			
	Dolor suave		Mucho dolor	
	N	%	N	%

	<i>Totalmente de acuerdo</i>	0	0	3	6	
Las relaciones sexuales son dolorosas	<i>De acuerdo</i>	2	8.3	18	36	<i>ch²: 13.407 g.l:3 P:0,004</i>
	<i>En desacuerdo</i>	22	91.7	24	48	
	<i>Totalmente en desacuerdo</i>	0	0	5	10	
En una relación sexual, lo más importante es llegar al orgasmo	<i>Totalmente de acuerdo</i>	1	4.1	0	0	<i>ch²: 11.131 g.l:3 P:0,011</i>
	<i>De acuerdo</i>	6	25	31	62	
	<i>En desacuerdo</i>	16	66.7	16	32	
	<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	4.1	3	6	
Los anticonceptivos perjudican la salud de las mujeres	<i>Totalmente de acuerdo</i>	1	4.1	6	12	<i>ch²: 4.311 g.l:3 P:0,230</i>
	<i>De acuerdo</i>	6	25	21	42	
	<i>En desacuerdo</i>	16	66.7	21	42	
	<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	4.1	2	4	
La mujer no debe tener relaciones sexuales durante el ciclo menstrual	<i>Totalmente de acuerdo</i>	1	4.1	6	12	<i>ch²: 13.295 g.l:3 P:0,004</i>
	<i>De acuerdo</i>	3	12.5	22	44	
	<i>En desacuerdo</i>	19	79.2	17	34	
	<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	4.1	5	10	

En relación a la dimensión embarazo:

Ante la pregunta “El embarazo produce una serie de malestares” encontramos en el grupo dolor suave (62.5%) respuesta de “totalmente en desacuerdo” y en el grupo de mucho dolor (68%) respuesta de “totalmente de acuerdo”. Ante la pregunta “El embarazo obstaculiza el desarrollo profesional de la mujer” encontramos en el grupo dolor suave (62.5%) respuesta de “en desacuerdo” y en el grupo de mucho dolor (48%) respuesta de “en desacuerdo”. Ante la pregunta “Sería genial si las mujeres no se embarazaran” encontramos en el grupo dolor suave (70.8%) respuesta de “en desacuerdo” y en el grupo de mucho dolor (44%) respuesta “de acuerdo”. Ante la pregunta “Los hombres también deberían embarazarse para que supieran como se sufre” encontramos en el grupo dolor suave (83.3%) respuesta de “de acuerdo” y en el grupo de mucho dolor (62%) respuesta “totalmente de acuerdo”. Ante la pregunta “Siento que puedo ser una buena madre” encontramos tanto en el grupo dolor suave (91.7%) como en el grupo de mucho dolor (64%) respuesta “de acuerdo”. Ante la pregunta “Durante el embarazo en la relaciones sexuales llegué al orgasmo” encontramos tanto en el grupo dolor suave (100%) como en el grupo de mucho dolor (94%) respuesta “en desacuerdo”. Se aprecia que el 67,6% de las participantes sintieron mucho dolor durante el trabajo de parto, contrastando con el 32.4% de mujeres que sintió dolor suave o leve. Debe señalarse que se encontró una asociación significativa entre estas variables.

Tabla 4. Manifestaciones relacionadas al embarazo según experiencia de dolor en el parto

MANIFESTACIONES RELACIONADAS AL EMBARAZO		DOLOR EN LA EXPERIENCIA DE PARTO				
		Dolor suave		Mucho dolor		
		N	%	N	%	
El embarazo produce una serie de malestares (vómitos, náuseas)	<i>Totalmente de acuerdo</i>	3	12.5	34	68	<i>ch²: 31.278 g.l:2 P:0,001</i>
	<i>De acuerdo</i>	6	25	13	26	
	<i>En desacuerdo</i>	15	62.5	3	6	
	<i>Totalmente en desacuerdo</i>	0	0	0	0	
	<i>Totalmente de acuerdo</i>	2	8.3	8	16	
	<i>De acuerdo</i>	2	8.3	14	28	<i>ch²: 25.420</i>

El embarazo obstaculiza el desarrollo profesional de la mujer	<i>En desacuerdo</i>	5	20.8	24	48	<i>g.l:3</i>
	<i>Totalmente en desacuerdo</i>	15	62.5	4	8	<i>P:0,001</i>
	<i>Totalmente de acuerdo</i>	3	12.5	8	16	<i>ch²:</i>
Sería genial si las mujeres no se embarazaran	<i>De acuerdo</i>	1	4.1	22	44	<i>14.306</i>
	<i>En desacuerdo</i>	17	70.8	18	36	<i>g.l:3</i>
	<i>Totalmente en desacuerdo</i>	3	12.5	2	4	<i>P:0,003</i>
Los hombres también deberían embarazarse para que supieran como se sufre	<i>Totalmente de acuerdo</i>	3	12.5	31	62	<i>ch²:</i>
	<i>De acuerdo</i>	20	83.3	14	28	<i>20.287</i>
	<i>En desacuerdo</i>	1	4.1	4	8	<i>g.l:3</i>
Siento que puedo ser una buena madre	<i>Totalmente en desacuerdo</i>	0	0	1	2	<i>P:0,001</i>
	<i>Totalmente de acuerdo</i>	2	8.3	11	22	<i>ch²:</i>
	<i>De acuerdo</i>	22	91.7	32	64	<i>6.785</i>
En el embarazo sentí deseo o interés sexual	<i>En desacuerdo</i>	0	0	7	14	<i>g.l:2</i>
	<i>Totalmente en desacuerdo</i>	0	0	0	0	<i>P:0,034</i>
	<i>Totalmente de acuerdo</i>	0	0	3	6	<i>ch²:</i>
	<i>De acuerdo</i>	15	62.5	4	8	<i>25.628</i>
	<i>En desacuerdo</i>	9	37.5	43	86	<i>g.l:2</i>
	<i>Totalmente en desacuerdo</i>	0	0	0	0	<i>P:0,001</i>

Discusión

En el presente estudio se encontró que las manifestaciones de la sexualidad con tendencias negativas se encuentran asociadas al dolor en el parto. A esa misma conclusión llegó Roa⁹ que en un estudio de 603 pacientes encontró importantes porcentajes de actitudes negativas hacia los diversos procesos relacionados con su propia sexualidad como el embarazo, el parto, las relaciones de pareja y la crianza de los niños. Zuckerman³⁶ descubrió que las molestias durante el embarazo y parto se relacionaban de forma positiva y significativa con una historia de alteración menstrual y con los procesos de la sexualidad. La edad de la puérpera relacionada al dolor se evidencia en esta investigación, así más del 60% de las mujeres menor de 30 años presentó mayor dolor que las mujeres que tienen edad superior a los 30. A la misma conclusión llegó Callahui³⁷ donde reveló que 85% de las gestantes en fase activa de labor de parto que sintieron dolor y recibieron algún tipo de analgesia tenían entre 20 y 30 años. El grado de instrucción está asociado a la presencia de dolor en el parto, las mujeres que tuvieron educación superior sintieron menor dolor en el parto. Hoerster³⁸ en un estudio de 128 mujeres encontró que las mujeres que puntuaron significativamente más alto que el otro grupo en la prueba de conocimientos tenían una mejor preparación para manifestaciones de la sexualidad. No existe asociación entre el estado conyugal y el dolor en el parto, sin embargo se presenta la tendencia que las mujeres convivientes presentan más dolor que las casadas.

Una de las manifestaciones de la sexualidad como la menstruación, debería considerarse como parte de la sexualidad femenina y más que un mecanismo biológico, una significativa muestra de femineidad, pues está íntimamente relacionada con la salud sexual y reproductiva en procesos como la planificación familiar mediante la utilización de métodos anticonceptivos, determinación de los días fértiles y del ciclo sexual en general, sospecha de gestación, entre otros. Es importante considerar que la presencia de dolor durante la menstruación se ha convertido en un fenómeno frecuente y contradice el desarrollo óptimo de una función biológica. En nuestra investigación la dismenorrea o dolor durante el ciclo menstrual se presentó entre 40% - 56% de las mujeres que sintieron mucho dolor durante el parto y en 70% en el grupo de mujeres que sintió dolor suave o leve. Con respecto a este tema Levitt⁸ en un estudio con 221 mujeres encontraron que la dismenorrea está relacionada a manifestaciones negativas hacia la menstruación, es decir no deseaban menstruar. Cabe resaltar que en ambos casos el dolor de parto en alta o baja intensidad se encuentra relacionado a la dismenorrea. Esto también se evidencia en la investigación de Roa⁹, donde se

manifiestan altas tasas de prevalencia de disconformidad hacia la sexualidad asociadas a la presencia de dismenorrea.

El 42% de las púerperas del grupo de mucho dolor afirmaron que en ciertos casos la menstruación es un impedimento para realizar sus actividades, en comparación al 62.5% de las mujeres que sintieron leve dolor, pues nunca consideraron a este proceso como una barrera para su desarrollo. De la misma manera Weiss³⁹ estudió los comportamientos de la sexualidad y concluyó que las mujeres odian la menstruación como símbolo de femineidad, la cual desencadena muchas manifestaciones como las que se han mencionado. Esto nos demuestra que aquellas mujeres que sintieron poco dolor, poseen manifestaciones con tendencia positiva hacia la menstruación. En ambos grupos (mucho dolor y dolor suave o leve) entre 46% al 80% de las encuestadas algunas veces utiliza medicación para aliviar las molestias de la menstruación. Debemos tomar en cuenta que la medicación para aliviar dolores menstruales es común en estos días, y no necesariamente prescritas por un profesional. Muchas de estas medicaciones ocasionan dificultades a las usuarias, como la aspirina que puede incrementar el flujo menstrual, o el tratamiento habitual con ácidos propiónicos como el naproxeno o ibuprofeno produciendo interacciones medicamentosas o efectos secundarios. Datos aportados por Gompel refieren que 70% de las hijas de madres que presenta dolor durante la menstruación también presentan este trastorno, mas, cuando los ciclos menstruales son indoloros, sólo 32% de las hijas padecen dismenorrea; pudiendo ser una consecuencia del incremento de los casos de medicación.⁹

En relación a la irregularidad de los ciclos menstruales se halló que el 46% de las púerperas que tuvieron mucho dolor consideran que su ciclo menstrual es irregular en comparación con casi 80% de aquellas que sintieron dolor leve o suave las cuales expresaron que en general solían ser regulares. Levitt⁸ menciona que encontró correlaciones significativas entre los trastornos y las actitudes neuróticas de la mujer hacia la menstruación. Woodman⁴⁰ concluyó que los desórdenes menstruales como la irregularidad afectan al 20% de las mujeres. La regularidad de los periodos menstruales y el sentirse seguras de las probables fechas en que llegará la menstruación se encuentra relacionada con el suave o leve dolor que pudieron sentir durante el parto, puesto que el control de la situación las conlleva a elevar su confianza ante eventos de índole reproductiva.

40% de las púerperas que sintieron mucho dolor con frecuencia les fastidia que las personas se den cuenta que esta menstruando, frente a 83.3% de las púerperas que sintieron dolor suave o leve que sólo en algunas ocasiones se ven afectadas. El 40% de las púerperas que sintieron mucho dolor durante la experiencia de parto algunas veces evita bañarse o tomar bebidas heladas durante la menstruación a diferencia del 66.7% de púerperas que sintió dolor suave o leve, pues ellas nunca modificaron sus hábitos por la menstruación. Se evidencia que las mujeres que no tienen reacciones negativas ni modifican sus hábitos por el hecho de menstruar, tuvieron menos dolor durante el parto; considerándolas como procesos fisiológicos. Se observan los mismos resultados en relación al cambio de humor, puesto que las mujeres que sintieron más dolor (54%) afirman que sufren cambios en el estado de ánimo mientras que las mujeres que sintieron poco dolor en 70% generalmente no sufren estos cambios. Bardwick concluye que los niveles endocrinos parecen influir sobre los estados de ánimo, en general el comportamiento específico recibe la influencia de las actitudes con respecto al sistema reproductor y sus funciones.⁹ El 42% de las púerperas que sintieron mucho dolor con frecuencia ven afectado su trabajo y desempeño pues se sienten aletargadas, en contraste con las púerperas que sintieron menos dolor (66%), las cuales generalmente no se sienten diferentes a otros días del ciclo sexual. Pudiendo establecer una relación, pues si las mujeres consideran a la menstruación como parte de su vida sexual y reproductiva que no debería causar secuelas o alteraciones como una patología, es probable que sientan menos dolor durante el parto. En la historia de la ginecología se

documentó que el estrés puede retrasar o precipitar la menstruación, así en los campos de concentración de la Segunda Guerra Mundial, los estudios de Stieve⁴¹ refirieron que muchas mujeres dejaron de menstruar; es importante destacar que estas modificaciones por los cambios en el nivel hormonal no permiten justificar por completo los resultados obtenidos.

La masturbación, definida como tocarse los propios órganos sexuales para buscar placer, ha sido estigmatizada como una patología que tiene consecuencias nocivas para la salud física y mental. Hoy día, es aceptada abiertamente, debido a que puede fomentar la salud física, mental y sexual. Al desestigmatizar la masturbación, podemos reconocerla como una conducta saludable, beneficiosa y natural. Las actitudes respecto de la masturbación son más positivas desde hace algunos años, pero todavía no se ha superado totalmente su historia de estigmatización. En la presente investigación aquellas mujeres que sintieron más dolor durante el parto, 84% está de acuerdo que la masturbación es sólo para mujeres enfermas en comparación con las mujeres que sintieron menos dolor durante el parto pues casi 75% afirman estar en desacuerdo. Según el indicador: la masturbación es sólo para hombres 88% de las mujeres que sintieron mucho dolor al parir se encuentra de acuerdo en comparación a 75% de las púerperas que sintieron poco dolor, pues afirman que hombres y mujeres tienen el mismo derecho para explorar su cuerpo; inclusive Rowan⁴² refiere que se debería incluir la masturbación en los programas de educación sexual en las escuelas. Gathorne-Hardy⁴³ explica que la masturbación proviene desde la antigüedad, pues era común entre las mujeres y los hombres de Grecia. En la antigua Esparta, el código rígido de autodisciplina condenaba la masturbación, en cambio los griegos la consideraban un “don de los dioses”, creían que el dios Hermes le enseñaba a su hijo Pan cómo masturbarse para liberarse de la miseria que sentía cuando era desdeñado por la ninfa Echo. Pan aprendió bien la lección, superó su dolor y transmitió la enseñanza a los pastores humanos. Kuels⁴⁴ refiere que las mujeres de la antigua Atenas comúnmente compraban consoladores: olisbos. Estos penes falsos, exportados de la Ciudad de Mileto en el Asia Menor, hechos de cuero acolchado o de madera, eran utilizados para la masturbación. Phipps⁴⁵ refiere la historia bíblica de Onan, citada frecuentemente como un texto en contra de la masturbación, en realidad se refiere al pecado que cometió Onan al rehusarse a obedecer el mandamiento de Dios de fecundar a su cuñada viuda. Onan copuló con ella pero se retiró antes de eyacular y “derramó su simiente” fuera del cuerpo de la mujer. En el siglo XVI Martín Lutero confundió el pecado de Onan con la masturbación, lo que contribuye a establecer el estigma que perduró por varios siglos. Es así, que este estigma de “masturbarse” afecta a poblaciones de todo el mundo pues en este estudio se encontró que a 66% de las púerperas que tuvieron mucho dolor no les interesa practicar la masturbación en contraste con las mujeres que tuvieron poco dolor 87.5% tiene curiosidad y le interesaría practicarla pues reconocen que muchas desconocen su propia anatomía y las reacciones frente a diversos estímulos. De este porcentaje 80% se masturbó alguna vez y afirma que es placentera, y ambos grupos afirman en más de 70% que no es mejor que el sexo.

La dispareunia es el dolor que siente una mujer durante la penetración, a menudo puede ser atribuida a una patología pero en algunos casos no existe causa biológica para justificar tal dolor. En el mundo, según Blumel, el trastorno alcanza a 34.8% de las mujeres y muchas veces se encuentra relacionada al temor en embarazarse, abandono de la pareja, en general, desconfianza hacia el otro sexo, obteniendo alto grado de ansiedad y temor a las relaciones sexuales.⁹ En la presente investigación, las relaciones sexuales dolorosas se evidencian en casi 40% de mujeres encuestadas, cifra a considerar puesto que de 10 mujeres 4 no poseen relaciones sexuales que les otorgan bienestar sino todo lo contrario: ansiedad, temor y dolor. A pesar de ello 48% de las púerperas que tuvieron mucho dolor en el parto y 91.7% de las mujeres que tuvieron poco dolor que afirman no son dolorosas. Sin embargo 62% de las mujeres que tuvieron mucho dolor durante el parto consideran que lo más importante de una relación sexual

es llegar al orgasmo, mientras el grupo de mujeres que tuvo poco dolor (70%) se encuentran en desacuerdo. Roa⁹ concluye que el llegar al orgasmo se presenta una exigencia dentro de la relación sexual y no se reconoce el compromiso con el compañero tanto contacto físico y amoroso con el ser amado. Por tanto se debe ser consecuente con la definición de la salud sexual y reproductiva que plantea la posibilidad del ser humano a tener relaciones sexuales gratificantes y enriquecedoras. El 46% de las mujeres que tuvieron mucho dolor al parir refieren que la mayoría de poses sexuales que les gustan a los hombres son para prostitutas, en comparación a 70.8% de las mujeres que sintieron poco dolor, que manifiestan desacuerdo. El considerar una relación sexual con una mujer joven, mayor de 40 años o prostituta no debería encasillar las posturas sexuales para un caso determinado, la libertad de elegir la forma como se llevará a cabo la relación sexual es autonomía de la pareja mientras no dañe o lastime a una de las partes involucradas, respetando así los derechos sexuales y reproductivos.

Así mismo, 46% de las mujeres que tuvieron mucho dolor consideran que algunas poses sexuales degradan a la mujer, 52% que la mujer no es la que debe tomar la iniciativa sino el varón, y en 48% que es indispensable entregarse completamente al varón para alcanzar una relación sexual plena; a diferencia del grupo de mujeres que sintió poco o leve dolor al parir debido a que en 54.2%, 87.5% y 66.7% respectivamente, difieren de tales afirmaciones. Barwick señala que las mujeres pueden sentir temor y dolor al embarazo y parto como consecuencia de la actividad sexual por su carácter de intromisión en el interior de su cuerpo.⁹ Más de 40% de las participantes argumentan que los anticonceptivos no perjudican la salud de las mujeres, esto se encuentra reconocido por la Organización Mundial de la Salud como parte de sus derechos sexuales y reproductivos.⁴⁶ En las manifestaciones hacia la menstruación se pudo observar que muchas de las participantes poseen una tendencia negativa a los procesos biológicos, así se muestra que 34% de las mujeres que parieron con mucho dolor no consideran que una mujer debiera tener relaciones sexuales durante la menstruación en comparación con el grupo que tuvo poco dolor, pues 79% afirma que ni existe impedimento. Janes encontró que la mayoría cuando las niñas anticipan a sentir miedo a la menstruación, en general espera cambios que incluyen el no poder llevar a cabo sus actividades diarias durante el periodo menstrual. Esto influye en su vida posterior como ama de casa o compañera sexual. En la intimidad, las mujeres encuestadas manifestaron que de 44 a 91% los hombres si las satisfacían sexualmente.

El embarazo es una etapa de la mujer que causa diversos cambios, pero es, acaso, causante de malestares. En la presente investigación se encontró que el 68% de las mujeres que tuvieron mucho dolor durante el parto afirman que esta dulce etapa es causa de vómitos, náuseas y malestares; a diferencia del 62.5% las mujeres que tuvieron menos dolor en el parto, pues consideran que son manifestaciones hormonales temporales. Roa⁴⁷ encontró que las mujeres padecen trastornos en su sexualidad tales como dismenorrea, náuseas y vómitos en el embarazo, infertilidad poseen tendencias negativas hacia su sexualidad. 48 a 82% asegura que el embarazo no es un obstáculo para su desarrollo profesional; en el grupo de las mujeres que sintieron mucho dolor desearían que no se pudieran embarazar (44%) en comparación a 70.8% de las mujeres que tuvieron poco dolor que están en desacuerdo. Entre 62.5% y 80% de todas las participantes refieren que los hombres también deberían embarazarse. Entre 50% y 87.5% las púerperas de ambos grupos señalaron que se puede tener relaciones sexuales durante esta etapa, sin embargo más del 80% no sintió interés sexual. Aquellas que tuvieron relaciones sexuales más del 90% no llegó al orgasmo, no estuvieron satisfechas con la cercanía emocional durante la actividad sexual y en términos generales 100% en ambos grupos no estuvo satisfecha con su vida sexual.

Ainsworth⁴⁸ refiere que la interacción madre-bebé es importante, un rasgo clave era la sensibilidad materna a las señales de su hijo, y en la mayoría de las mujeres suele presentarse. Así, observamos que entre 64% y 90% de las mujeres de ambos grupos

refirieron que podrían ser buenas madres, sin embargo el grupo de mujeres que presentó mucho dolor en el parto (14%) refiere que no considera que será buena madre. Heilbrun, en el caso de las mujeres, explica que el patrón de identificación de una identidad femenina en la sexualidad de las niñas consiste en la identificación con una madre femenina, por tanto, si la madre no tolera su propia identidad como mujer, la hija no tendrá posibilidad de identificarse como madre. Además, Rutter⁴⁹ ha enfatizado la importancia del vínculo madre – hijo, como factor importante para diversas perturbaciones en el desarrollo. Las manifestaciones de la sexualidad y el dolor en el parto fueron variables recopiladas durante el puerperio. Puede entenderse como limitación que la encuesta se haya realizado en el post parto inmediato donde la respuesta pudo estar influenciada por la parte emocional del dolor, sin embargo esto podría considerarse como un error aleatorio que no modifica el resultado del trabajo. Se concluye que las manifestaciones de la sexualidad con tendencias negativas se encuentran asociadas al dolor en el parto como la dismenorrea, considerar a la masturbación como patología, y la dispareunia.

Conclusiones

- Las manifestaciones hacia la menstruación con tendencia positiva tuvieron menor dolor en el parto.
- Las mujeres que consideran a la masturbación como parte de su salud sexual y reproductiva, tuvieron menos dolor durante la experiencia de parto.
- Las manifestaciones negativas hacia las relaciones sexuales se encuentran relacionados a la presencia de dolor en la experiencia de parto.
- Las manifestaciones del embarazo considerándola como un proceso biológico natural y como parte de su vida reproductiva se encuentra relacionada con la presencia de menor dolor durante el parto.

Referencias Bibliográficas

1. Mamede F, Almeida A, Souza L, Mamede M. El dolor durante la fase activa del trabajo de parto: el efecto de deambulaci3n. Rev. Latino-Am. Enfermagem [serial on the Internet]. 2007 Dec [cited 2013 May 19] ; 15(6): 1157-1162. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000600016&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000600016>.
2. Rodrigues A, Siqueira A. Sobre as dores e temores do parto: dimens3es de uma escuta. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [peri3dico na Internet]. 2008Mar [citado 2013 Maio 20] ; 8(2): 179-186. Disponible em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292008000200005&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292008000200005>.
3. Orange F, Passini-Jr R, Melo A, Katzl L, Coutinho I, Amorim M. Combined spinal-epidural anesthesia and non-pharmacological methods of pain relief during normal childbirth and maternal satisfaction: a randomized clinical trial. Rev. Assoc. Med. Bras. [online]. 2012, vol.58, n.1 [citado 2013-05-19], pp. 112-117. Disponible em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302012000100023&lng=pt&nrm=iso. ISSN 0104-4230. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302012000100023>.
4. Barbosa G, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Gama A, Chor D, D`Orsi E et al. Parto ces3reo: quem o deseja? Em quais circunst4ncias?. Cad. Saude P3blica [online]. 2003, vol.19, n.6 [citado 2013-05-20], pp. 1611-1620. Disponible em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000600006&lng=pt&nrm=iso. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000600006>.
5. Instituto Nacional Materno Perinatal. Analgesia para parto. Oficina de estadística de la Ex Maternidad de Lima. Lima-Perú. 2009

6. Ramón E, Díaz I. Controversias del uso de analgesia epidural en el trabajo de parto. *Nure Investigación*, nº 37, Noviembre – Diciembre 2008.
7. Moscol B, Roa-Meggo Y. Experiencias infantiles y trastornos en la sexualidad en jóvenes universitarias de Lima – Perú. 2006
8. Levitt E, Lubin, B. Some personality factors associated with menstrual complaints and menstrual attitude. Minnesota: University of Minnesota. *Journal of Psychosomatic Research*. 1967; 11: 267 – 270.
9. Roa Y. Actitudes hacia la sexualidad en jóvenes universitarias de Lima. *Rev Per Obst Enf* 2008; 4 (1)
10. Read G. *Natural Childbirth*. W Heinemann, England, London. 1933.
11. DaRocha R, Cristina S, Baldin N. El Dolor y el Protagonismo de la Mujer en el Parto. *Revista Brasileira de Anestesiología*. Vol. 61, No 3, Mayo-Junio, 2011 Brasil. 2011
12. Plotnik R. Los efectos de las actitudes sobre el embarazo de adolescentes antes del matrimonio y de su Resolución. Estados Unidos: University of Wisconsin–Madison - Institute for Research on Poverty. 1992
13. Alves N. Perspectivas de dolor de parto normal en primigestas en el periodo prenatal. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2012 Out-Dez; 21(4): 819-27.
14. Allport, Floyd. El problema de la percepción. Buenos Aires: Nueva Visión, 81 p. 1974.
15. Mahlo F. La acción táctica en el juego. Pueblo y Educación. La Habana, 1981.
16. Ardila, A. Psicología de la percepción. México, Trillas, 423 p.1980.
17. Benítez L. La percepción sensible en René Descartes. Simposio Percepción: Colores, del 11 al 14 de agosto, México, 11 h. 1992.
18. Vargas L. Sobre el concepto de percepción. Centro de Información y Documentación Antropológica, Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa/Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. México. 1994.
19. MacKinnon C. La sexualidad. University Press, Estados Unidos. Publicado por la Universidad de Harvard. 1987 pág. 127 – 154.
20. Organización Mundial de la Salud (OMS). Defining sexual health report of a technical consultation on sexual health. Ginebra. January 2002.
21. Pillitteri, A. Maternal and child health nursing: care of the childbearing and child rearing family. 4th edition. Philadelphia: Lippincott. 2003. Page. 520.
22. Leifer SM. Maternity nursing: an introductory text. 9th edition. Philadelphia: WB Saunders. 2005, page 109.
23. Levasseur SM, Raines DA, Scheetz L. Perinatal nursing secretes. *Medical Journal Hanley and Belfus*. Philadelphia, United States. 2003. Page 181.
24. Bennett VR, Brown LK. Myles textbook for midwives: international student edition. 12th edition. Edinburgh: Churchill Livingstone. 1996.
25. Littleton LY, Engebretson J. Maternity nursing care. New York: Thompson Delmar. 2005.
26. Fraser DM, Cooper MA, Nolte A. Miles textbook for midwives. African edition. London: WB Saunders. 2006. Page 32.
27. Sellers PM. Midwifery. Volumes 1 and 2. Magazine Cape Town: Juta. South Africa. 2004. Page 423.
28. Mander R. Pain in childbearing and its control. Berlin: Blackwell. 1998. Page 15.
29. Organización Mundial de la Salud (OMS). Apoyo durante el embarazo a mujeres con mayor riesgo. *Rev de la Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS*. Ginebra, Suiza. 2013
30. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007; Issue 3. Art. No. CD003766; DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub2.
31. White L, Duncan G. *Medical-surgical nursing: an integrated approach*. 2nd edition. Delmar: Thompson Learning. 2002.
32. Lambert S. The effects of hypnosis/guided imagery on the postoperative course of children. *J Dev Behav Pediatr* 1996; 17: 307-10.
33. Saavedra M, Gibbons P, Tesler M. How do children describe pain? A tentative assessment. *Pain* 1982; 14: 95-104.
34. Bragado C, Fernández A. Tratamiento psicológico del dolor y la ansiedad evocados por procedimientos médicos invasivos en oncología pediátrica. *Psicothema* 1996; 8: 625-56.
35. Castroviejo F. *Función Sexual Femenina en Castilla y León*. Universidad de Valladolid, Facultad de Medicina, tesis doctoral. España 2010.

36. Zuckerman W, Polishuk E, Sadovsky Y, Diamant H. Leukocyte alkaline phosphatase in preeclampsia. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 1969; 76 (6), 538–541.
37. Callahui I. Implicancia de la analgesia del parto. Instituto Nacional Materno Perinatal. Ministerio de Salud del Perú. 2012
38. Hoerster K, Chrisler J, Gorman, Jennifer Rose. Actitudes hacia la experiencia con la menstruación y en los Estados Unidos y la India. 2003
39. Weiss E, English O. *Medicina Psicosomática*. Tercera edición. Saunders, Philadelphia. 1957.
40. Woodman J, Pitkin J. Menstrual disturbances. *J Obstet Gynecol Rep Med*. 2010;20(11):329-334.
41. Stieve, H. *Die Zentralnervöse Steuerung, der Geschlechtsorganen*. Medizinische. 1942
42. Rowan E. *The Joy of Self-Pleasuring*. Prometheus Books, New York. 2000.
43. Gathorne J. *Sex the Measure of All Things*. Chatto & Windus, London. 1998.
44. Kuels E. *The Reign of the Phallus*. University of California Press. California. 1985
45. Phipps W. Masturbation: Vice or Virtue? *Journal of Religion and Health*, 16(3), 183–95. 1977
46. Organización de las Naciones Unidas. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, 1995.
47. Roa Y. Náuseas y vómitos en gestantes: ¿Los psicólogos podemos predecir su aparición? *liber*. [online]. 2008, vol.14, n.14 [citado 2013-09-09], pp. 63-70. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272008000100008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1729-4827.
48. Ainsworth M.D. Efectos de la privación materna: estudio de los hallazgos y controversia sobre los métodos de investigación. 1963. Revisado por la Organización Mundial de la Salud.
49. Rutter M. *La deprivación materna*. España. 1990.

Correspondencia:

Erika León-Aranibar

Correo electrónico: erikavanessa.la@gmail.com

Fecha de recibido: 7 / 8 / 2015

Fecha de aprobado: 2 / 10 / 2015