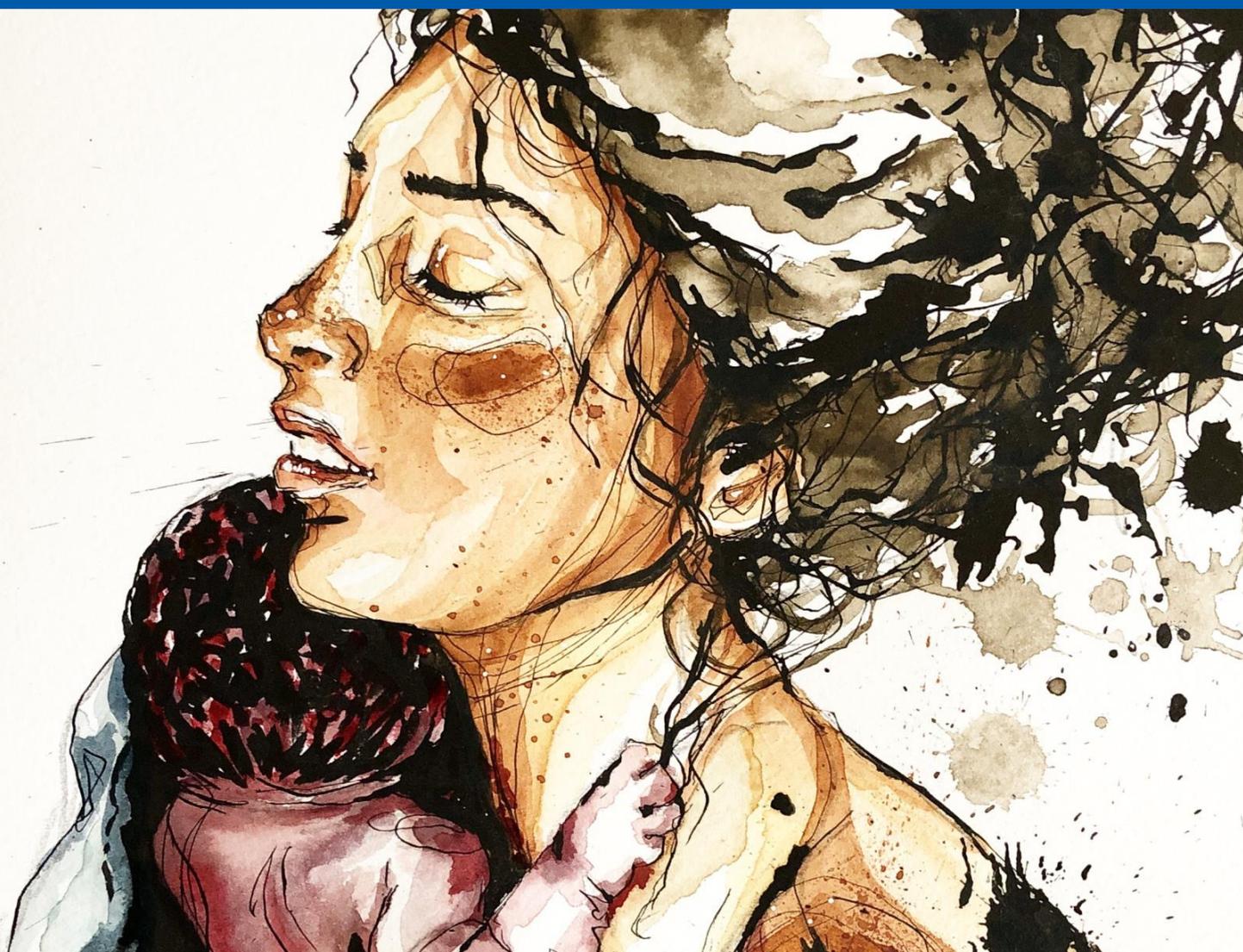




Universidad
de Alcalá

Programa de doctorado en Ciencias de la Salud.



**PERCEPCIÓN DE LA SEXUALIDAD DE LA MUJER PUÉRPERA.
ESTUDIO CUALITATIVO**

Esther Delgado Pérez

2021



Universidad
de Alcalá

Programa de doctorado en Ciencias de la Salud.

**PERCEPCIÓN DE LA SEXUALIDAD DE LA MUJER
PUÉRPERA. ESTUDIO CUALITATIVO**

Tesis Doctoral presentada por

Esther Delgado Pérez

Directora: Dra. María Torres de Lacomba

Tutora: Dra. Isabel Rodríguez Costa

Alcalá de Henares, 2021

Nunca me digas
que no puedo hacerlo.

A mí, que he bailado
con dos corazones
y he respirado
con cuatro pulmones.

A mí, que he sido hielo,
fuego y viento.
Que he llevado
en mi vientre
el peso de dos mundos
y he parido
la vida a gritos.

Que he abrazado
a la tristeza sin miedo
y he llorado sonrisas.

A mí no me digas
que no soy capaz
de algo.

O de todo.

Eva López Martínez. 2016

A todas las mujeres que han decidido ser madres hoy o mañana.

A mis hijas, sentiros siempre libres de decidir.

AGRADECIMIENTOS

Durante el trayecto de esta tesis me han acompañado personas maravillosas que han conseguido que el camino hasta aquí haya sido ameno. Muchas de ellas me han sostenido cuando flaqueaban mis fuerzas, otras muchas me han acompañado de la mano hasta el camino de la meta, pero especialmente, tengo que agradecer a todas esas personas maravillosas que me han hecho sonreír.

En un principio me gustaría agradecer a mis directoras Maria Torres e Isabel Rodríguez, que me han mostrado ser increíbles mujeres, compañeras y madres. Me habéis acompañado con un gran cariño durante esta tesis, y habéis sabido guiarme y empujarme como yo necesitaba. Me habéis permitido aprender de vosotras, algo que he disfrutado. Gracias porque me he sentido en todo momento acompañada.

Gran parte de esta investigación también le pertenece él. Quiero agradecer a Oscar, el mejor compañero. Desde que te conocí has apoyado cada locura que me he propuesto y en parte, gracias a ti he logrado cada una de ellas. Has sido parte de la ecuación y, has sido capaz de ser y no sólo acompañar. Gracias porque has sabido rellenar mis ausencias con cariño.

A mis niñas maravilla, Leonor y Marina que han llenado de luz y risas mis días. Con vosotras el tiempo se para y el presente se hace eterno. Ser vuestra madre me ha enriquecido, me ha hecho crecer y conocerme. La maternidad es una experiencia tan intensa, pero tan intensa que, lo bonito que me dais, ilumina cada rincón de mi ser. Gracias por enseñarme a materner diferente. Leonor por tu luz y Marina por tu corazón, gracias.

Pero a quienes más agradezco, de llegar hasta aquí son a mis padres. A mi madre, ella me enseñó a ser quien soy, me mostró el camino del amor y el cariño y sin que ella se diera cuenta, me enseñó a ser la madre que soy ahora. Sabes bien que mi gran sueño desde pequeña era ser madre y según he ido creciendo he entendido que lo que más deseaba era parecerme, un poco más, a ti. Gracias mamá por ser mi refugio y mi faro. A mi padre, por ese maravilloso corazón que todos hemos heredado. Porque ese corazón que tú tienes te hace inmenso, te permite emocionarte fácilmente, sorprendiendo a todo el que te observa. Y aunque no lo sabes, me has enseñado a vivir la vida desde las entrañas, llena de emociones que cómo tú, me cuesta esconder. Pero, además, quiero agradeceros que, gracias a vuestro esfuerzo, un día conseguí otro de mis sueños, mi profesión.

Gracias a mis hermanos, por estar siempre a mi lado. A Marisa, porque eres increíble, me enseñas que cada día se puede llegar a ser mejor. Estar junto a ti es estar colmada de atenciones y poder compartir contigo mis días, meditaciones y reflexiones puede ser una de las cosas que más me guste. A Luismi, por dejarme descubrir en ti diferentes hermanos en diferentes momentos de vida. Me encanta lo familiar que eres, es un valor que te hace inigualable. Y por supuesto, gracias por creer en mis sueños y proyectarlos. A Elena, pones un punto de locura a lo cotidiano y te conviertes en mi sensatez cuando la pierdo. Eres mi referente en muchas cosas, pero especialmente en cómo expresar cada momento y siempre con una sonrisa. A Javi, gracias por ser mi compañero, especialmente cuando era niña y adolescente. Me enseñaste muchas versiones de la vida y me mostraste que la curiosidad era fundamental para disfrutarla. Puede que hayas sido el primer investigador a modo científico loco con el que me he topado. A Lucía, por ser tú, ese tú, tan yo. Gracias por dejar que te acompañe y por ser mi apoyo. Gracias por querer a mis niñas tanto y aunque siempre quiero regalarte consejos, no olvides vivir tu vida. Y por supuesto a Clemente, Susi, Paco, Boris, Nuria, Curro, Javier, Miguel, Marcos, Natalia y María por construir una familia tan bonita y de la que disfruto en cada momento.

A mi familia toledana, a Moni e Iván, que saben querer como nadie a mis niñas maravilla y les muestran valores preciosos diariamente. Es difícil que te sientas en familia, si en realidad no son tus padres o hermanos, pero ellos lo han conseguido. Y especialmente, quiero agradecer a Conchi y a Pedro, porque sois mi verdadero pilar diario, sin vosotros no hubiera podido con todo lo que supone la maternidad y sois parte del engranaje de mi vida. Gracias por querernos tanto.

Gracias a mis amigas, que han soportado el peso de mi ánimo y casi han disparado misiles para despertar mi sonrisa. Gracias a todas porque mi vida está formada de pequeños momentos con vosotras, sois parte de mi esencia. A Pili, que siempre me aporta buenas carcajadas, momentos únicos y recuerdos maravillosos. A mis americanas preferidas, gracias por traerme la locura americana. Di, gracias por salvarme más de una vez, por crecer e ingeniar conmigo y sobre todo por enseñarme a sonreír; Moni, mi alma gemela, gracias porque contigo sé que un café, una mesa y dos sillas se pueden convertir en la mejor de las tertulias; Elena, mi compañera y buscadora de momentos, madre de leche de mi hija, gracias. Pero, además, gracias a ti, Elena, por tus correcciones y soltura literaria, te pido que pronto termines ese libro, seguro que lo disfrutaré.

Gracias a las Malasmadres Molonas, porque me habéis acompañado en este camino casi desde el inicio. He conseguido disfrutar de los momentos y transformarlos en motor para llevar a cabo este trabajo. A Pilar, por compartir maternidades. Lourdes, gracias por estar siempre pendiente y por tus muestras de cariño. Gracias a Valentina por compartir tiempo de traducciones y conversaciones bañadas en risas. A Raquel, por estar caminando muy cerca de mi desde mi llegada a Toledo, la vida nos une. Gracias a Marga, ya lo sabes tú, pero eres mi gran descubrimiento. Compartir contigo este tiempo de crecimiento me ha llenado el corazón de flores, como diría mi hija.

Gracias a mis compañeros y compañeras de la Universidad que me han apoyado e impulsado durante este tiempo y han compartido conmigo mis alegrías y mis tristezas. María y Vanesa, gracias por formar parte de mi tribu, sois esenciales. Ester, gracias por estar presente siempre que lo necesito (especialmente en el trayecto de esta tesis), lo haces todo brillar. Carlos, eres increíble, gracias. Y Raquel, gracias por hacer posible lo imposible.

Confieso que, si esta tesis se ha logrado, ha sido en parte por el acompañamiento de mis favoritas, Laura, Natalia y Belén. Laura, que bonito ha sido crecer en nuestras adversidades y disfrutar de esos paisajes que me regalaste. Natalia, me has enseñado a buscar la quietud, he aprendido de mí cosas que no me imaginaba y todo gracias a esa voz. Belén, me rescataste una noche e iluminaste una luz que había dentro de mí. Sin esa decisión que tome no sería quien soy, ni esta tesis sería como es. Vosotras habéis traído la calma a mi vida, y os doy las gracias.

A mi nudo vecinal, por rescatarnos en estos meses de confinamiento y conseguir que seamos una verdadera familia. Sin vuestros ánimos no hubiera sido capaz de llegar hasta aquí.

Y por supuesto, quiero agradecer a todos los participantes. Las madres que han abierto su corazón para que sus latidos se escuchen lejos. A sus parejas, por ser tan generosos de compartir conmigo sus experiencias y a los profesionales de la salud que me acompañaron y cedieron su espacio para llevar a cabo la investigación.

Finalmente, agradezco a Mar Gregorio (@mariadelmac y @partoilustrado), autora de la imagen de la portada de esta tesis, por transmitir tanto con una sola imagen.

Gracias a todos y todas.

ÍNDICE DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	1
ÍNDICE DE TABLAS	5
ÍNDICE DE FIGURAS	7
ABREVIATURAS Y SIGLAS	11
Resumen	13
Abstract	17
[Introducción]	21
Sexualidad	24
1.1. Modelos de Respuesta Sexual Femenina	26
1.2. Sexualidad en el Posparto	30
1.2.1. Modificación de la Función Sexual en el Posparto	31
1.2.2. Comportamiento de la Sexualidad Durante Posparto.	34
1.2.3. Factores Que Influyen en la Sexualidad de la Mujer Puérpera.	37
El Tipo de Parto.	37
Los cambios físicos.	39
Lactancia.	43
Factores Psicológicos	44
Depresión y Tristeza Puerperal.	44
Imagen Corporal.	45
Roles familiares.	47
Miedos.	47
Otros Factores que Añaden Estrés en el Posparto.	48
Factores Socioculturales.	49
Vivencias de la pareja en el posparto.	50
1.2.4. La Importancia de la Relación de Pareja Durante el Posparto.	
Satisfacción de Pareja y Satisfacción Sexual	52
1.3. Profesionales en la Sexualidad de la Mujer Puérpera	54
1.3.1. Asesoramiento de los Profesionales de la Salud.	54
1.3.2. El Papel del Fisioterapeuta en el Cuidado de la Mujer Puérpera.	56

[Objetivos]	61
[Metodología]	65
3.1.Diseño del Estudio	67
3.2.Grupo Investigador	72
3.3.Contexto y Participantes	73
3.3.1.Elección y Captación de las Mujeres Puérperas y Parejas.	75
3.3.2.Elección y Captación de los Profesionales Sanitarios.	76
3.3.3.Selección de la Muestra.	77
3.3.4.Codificación de los Participantes.	79
3.4.Técnicas e Instrumentos de Recogida de la Información	80
3.4.1.Técnicas Basadas en la Conversación.	80
3.4.2.Técnicas Basadas en la Observación.	89
3.4.3.Medios Audiovisuales.	92
3.6.Procedimientos y Recursos	92
3.6.1.Fases del Proceso	94
3.6.2.Procedimientos de Procesamiento, Tratamiento y Análisis de los Datos	98
3.7.Criterios de credibilidad y rigor de la investigación	101
[Resultados]	105
4.1.Descripción de la muestra	107
4.2.Resultados del análisis cualitativo de la información.	110
4.2.1.Cambios en el posparto	112
4.2.1.1.Cambios físicos	113
4.2.1.2.Cambios Emocionales	134
4.2.1.3.Cambios vitales	179
4.2.2.Sexualidad en el Posparto	190
4.2.3.Estrategias	209
4.2.4.Información	235
4.2.5.Fisioterapia del Suelo Pélvico	246
[Discusión]	255
5.1.Cambios Físicos	258
5.1.1.Cambios en el Cuerpo	258
5.1.2.Cambios Emocionales	273
5.1.3.Cambios Vitales	296

5.2.Sexualidad	297
5.3.Estrategias	304
5.4.Información	308
5.5.Fisioterapia del Suelo Pélvico	311
[Aportación a la práctica profesional. Limitaciones y futuras líneas de investigación]	315
Aportación a la Práctica Profesional	317
Limitaciones del Estudio	318
Futuras Líneas de Investigación	320
[Conclusiones]	321
[Publicaciones]	327
[Bibliografía]	331
[Anexos]	367

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Técnicas de muestreo.	78
Tabla 2. Estructuración de la codificación de los sujetos.	79
Tabla 3. Temas abordados en las entrevistas.	83
Tabla 4. Distribución de los grupos de discusión.	87
Tabla 5. Temas referenciados en el Foro Online.	91
Tabla 6. Fases del proceso de la investigación.	94
Tabla 7. Características de los participantes.	109
Tabla 8. Categorías resultantes de la investigación.	110
Tabla 9. Categoría Cambios.	113
Tabla 10. Categoría Sexualidad en el posparto.	191
Tabla 11. Categoría Estrategias.	210
Tabla 12. Categoría de información.	236
Tabla 13. Categoría de Fisioterapia en el Suelo pélvico.	247

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. <i>Respuesta sexual femenina</i>	29
Figura 2. Musculatura del suelo pélvico femenino	41
Figura 3. Mapa de categorías y familias de la Percepción de la sexualidad de la mujer puérpera.	112
Figura 4. Subcategoría Cambios físicos	114
Figura 5. Representación de las unidades de significado de Cambios físicos asociados a los cambios en el cuerpo.	121
Figura 6. Representación de las unidades de significado de Cambios físicos relacionados con la lactancia.	125
Figura 7. Representación de las unidades de significado de los Cambios físicos de dolor.	129
Figura 8. Subcategoría de Cambios emocionales	136
Figura 9. Representación de las unidades de significado de los Cambios emocionales basados en la Incertidumbre	142
Figura 10. Representación de las unidades de significado de los Cambios emocionales basados en Fluctuaciones emocionales.	147
Figura 11. <i>Representación de las unidades de significado de los Cambios emocionales basados en los Cambios familiares asociados al bebé.</i>	150
Figura 12. Esquematización de los códigos sobre Cambios emocionales basados en la Pareja.	151
Figura 13. Representación de las unidades de significado de los Cambios emocionales basados en los Cambios familiares asociados a la pareja.	153
Figura 14. Esquematización de los códigos sobre Cambios emocionales basados en lo Social.	156

Figura 15. Representación de las unidades de significado de los Cambios emocionales basados en lo Social.	161
Figura 16. Esquemmatización de los códigos sobre Cambios emocionales en el entorno social. Malasmadres.	162
Figura 17. Representación de las unidades de significado sobre la Presión. Malasmadres.	168
Figura 18. Representación de las unidades de significado sobre los Cambios emocionales asociadas a la Familia.	175
Figura 19. Subcategoría de Cambios vitales.	179
Figura 20. Representación de las unidades de significado sobre los Cambios vitales asociadas a la Familia.	183
Figura 21. Representación de las unidades de significado sobre los Cambios vitales asociadas a la Intimidad.	186
Figura 22. Representación de las unidades de significado sobre los Cambios vitales asociadas a lo Personal.	189
Figura 23. Mapa de la categoría Sexualidad en el posparto.	192
Figura 24. Representación de las unidades de significado sobre el Deseo.	197
Figura 25. Representación de las unidades de significado sobre la Excitación.	200
Figura 26. Representación de las unidades de significado sobre el Orgasmo.	204
Figura 27. Representación de las unidades de significado sobre el Cambio del Paradigma sexual.	207
Figura 28. Mapa de la categoría Estrategias en el posparto.	211
Figura 29. Representación de las unidades de significado sobre las Estrategias ante el Dolor y otras disfunciones.	214
Figura 30. Representación de las unidades de significado sobre las Estrategias ante los Encuentros sexuales.	219

Figura 31. Representación de las unidades de significado sobre las Estrategias ante la Imagen corporal.	223
Figura 32. Representación de las unidades de significado sobre las Estrategias mostrando Necesidades.	226
Figura 33. Representación de las unidades de significado sobre las Estrategias mostrando Afrontamiento.	232
Figura 34. Mapa de la categoría Información en el posparto.	237
Figura 35. Representación de las unidades de significado sobre la Información Personal.	241
Figura 36. Representación de las unidades de significado sobre la Información Profesional.	244
Figura 37. Mapa de la categoría de Fisioterapia en el Suelo pélvico.	248
Figura 38. Representación de las unidades de significado sobre la Fisioterapia del suelo pélvico en el posparto.	252

ABREVIATURAS Y SIGLAS

SRQR: Standards for Reporting Qualitative Research

OMS: Organización Mundial de la Salud

APA: American Psychiatric Association

CF: Centros de Fisioterapia

EP: Entrevista en profundidad a parejas

EPr: Entrevista en profundidad a profesionales

EM: Entrevista en profundidad a madres

FO: Foro *online*

FSFI: Índice de Función Sexual Femenina

GDM: Grupo de discusión a madres

GDP: Grupo de discusión a parejas

GDPPr: Grupo de discusión a profesionales

SP: Suelo Pélvico

Introducción:

La maternidad y el posparto suponen un cambio importante en la vida de las mujeres. La aceptación, la empatía, el entendimiento y el acompañamiento son la clave para abordar la transformación a nivel personal, familiar y de pareja.

La transición a la maternidad se convierte en un momento vulnerable para la intimidad y la sexualidad de la pareja. La vida sexual es uno de los elementos que más sufren durante esta etapa, viéndose afectada por los profundos cambios físicos, emocionales y vitales que acompañan. Este detrimento de la función sexual durante el posparto se traduce generalmente como disfunción sexual femenina. Se convierte, de este modo, en una preocupación de los profesionales de la salud que acompañan a la mujer y que buscan una mejor comprensión del fenómeno que experimentan para mejorar el asesoramiento y el tratamiento especializado.

Objetivos

El objetivo principal de este estudio consistió en conocer y comprender en mayor profundidad la experiencia y la percepción de estas mujeres en el momento de reinicio y vivencia de las relaciones sexuales durante el posparto.

Metodología

Para alcanzar el objetivo se diseñó un estudio cualitativo de tipo fenomenológico. Se centró en el estudio de las percepciones de mujeres puérperas, sus parejas y los profesionales de salud que las acompañan en este periodo. Los métodos de recogida de la información fueron

entrevistas en profundidad y grupos de discusión a mujeres puérperas, parejas y profesionales de la salud, además de un foro *online* realizado a las mujeres. El análisis de los datos se realizó utilizando el programa MAXQDA Plus en su versión 2018. Se realizó una codificación abierta, axial y selectiva y, posteriormente, se reagruparon y consensuaron los temas con el objetivo de generar un marco conceptual del fenómeno.

A lo largo del estudio se siguieron las directrices *Standards for Reporting Qualitative Research* (SRQR) con el objetivo de aumentar el rigor científico.

Resultados

En el estudio se incluyeron a 36 mujeres puérperas, 8 parejas, 15 profesionales entre los que se encuentran matronas, ginecólogos y fisioterapeutas. Se llevó a cabo en diferentes centros de fisioterapia de tres localidades (Madrid, Toledo y Talavera de la Reina) de España.

Tras el análisis emergieron 5 categorías principales que responden a los objetivos marcados. **Cambios en el posparto:** Se exponen como los cambios que experimentan las mujeres en el posparto condicionan el comportamiento sexual. **Sexualidad en el posparto:** Existe una transformación de la experiencia de la sexualidad durante este periodo. **Estrategias:** La nueva etapa obliga a las mujeres a adoptar estrategias para abordar los cambios que están aconteciendo. **Información:** La sexualidad sigue siendo un tabú difícil de abordar. Destacan la falta de información sobre la sexualidad en esta etapa. **Fisioterapia del suelo pélvico:** La fisioterapia del suelo pélvico puede mejorar la satisfacción sexual de las mujeres durante este periodo.

Conclusiones

Los cambios físicos repercuten negativamente en la experiencia sexual de la mujer puérpera. Las emociones que experimentan, el agotamiento y la falta de tiempo desplazan el interés de tener relaciones sexuales. En ocasiones, aun sintiendo que no es prioridad tener estos encuentros, se sienten presionadas por ellas mismas, la sociedad o sus parejas para encontrar la normalidad en el ámbito sexual. La sexualidad parece haberse transformado, dando más importancia al acercamiento y la intimidad, que a una sexualidad más genitalizada. Un cambio en la perspectiva de la sexualidad es necesario para no confundir una etapa altamente exigente para las mujeres, con una alta prevalencia de disfunción sexual en el posparto. Para abordar esta sexualidad, los profesionales de la salud son los principales agentes para promover la salud sexual y transmitir los cambios que sufre la sexualidad durante el posparto, normalizándola. La fisioterapia pelviperineal tiene un papel principal en esta etapa, no sólo en el ámbito sexual, sino la mejora de la funcionalidad de la zona abdomino-pélvica.

Introduction:

Motherhood and postpartum period represent a major change in women's life. Acceptance, empathy, understanding and accompaniment become the key to a personal, family and couple approach.

The transition to motherhood becomes a vulnerable moment for couple privacy and sexuality. Sexual life suffers the most during this period. It is affected by heavy physical, emotional and vital changes. The deterioration of sexual function during the postpartum period is generally translated as female sexual dysfunction. Knowledge of this phenomenon is of great interest to all health professionals supporting postpartum women in order to improve counseling and specialised treatment.

Objectives

The aim of this study is to know the experience and perception of these women at the time of restarting and experiencing sexual activity, during the postpartum period.

Methodology

A qualitative phenomenological study was designed. It was focused on the perceptions of postpartum women, their couples and the health professionals who accompany them during this period. Data collection was performed by in-depth interviews and focus groups of postpartum women, couples and health professionals. An Online forum with the women was also conducted. Data analysis was performed using the MAXQDA Plus version 2018. Open, axial and se-

lective coding was performed. Subsequently, the themes were regrouped and agreed upon with the aim of generating a conceptual framework of the phenomenon.

Throughout the study, the Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR) guidelines were followed with the aim of increasing scientific rigor.

Results

The study included 36 postpartum women, 8 couples, 15 health professionals (including midwives, gynaecologists and physiotherapists). It was carried out in different physiotherapy centres located in Madrid, Toledo and Talavera de la Reina (Spain).

After the analysis, 5 main categories responding the objective set emerged. **Postpartum changes:** The sexual activity changes experienced by women in the postpartum period. **Sexuality in the postpartum period:** there is a transformation of the experience of sexuality during this period. **Strategies:** The new situation forces women to adopt strategies to deal with the changes occurred. **Information:** Sexuality remains a taboo that is difficult to address. They highlight the lack of information on sexuality in this situation. **Pelvic floor physiotherapy:** Pelvic floor physiotherapy can improve women's sexual satisfaction during postpartum.

Conclusions

Physical changes have a negative impact on the sexual experience of the postpartum women. The emotions experienced, the fact of being exhausted and the lack time displace their interest in sexual activity. Even though, they do not feel sexual activity as a priority, sometimes they feel pressured by themselves, society or their couples; as a way to find normality in the sexual bias. Sexuality has suffered a transformation. Being closed to the couple or having intima-

cy has become a priority, while genitalized sexuality is in a second place. To avoid confusion, and doing a good approach in this highly demanding situation, a change in the perspective of sexuality is needed. Health professionals are the main agents to promote sexual health and to promote the transmission of these changes in the postpartum period, by normalizing them. Pelviperineal physiotherapy plays a major role in this stage, not only in the sexual bias, but also in improving the functionality of the abdomino-pelvic area.

[Introducción]

[Sexualidad [1](#). Modelos de respuesta sexual femenina [2](#). Sexualidad en el posparto [2.1](#). Modificación de la función sexual en el posparto [2.2](#). Comportamiento de la sexualidad durante el posparto [2.3](#). Factores que influyen en la sexualidad de la mujer puérpera [2.4](#). La importancia de la relación de pareja durante el posparto en la pareja y la satisfacción sexual [3](#). Profesionales en la sexualidad e la mujer puérpera [3.1](#). Asesoramiento de los profesionales de la salud [3.2](#). El papel del fisioterapeuta en el cuidado de la mujer puérpera]

Si hay un momento de cambio en la vida de la mujer, ese es sin duda la maternidad y el posparto. Una madre no solo se enfrenta a multitud de cambios físicos y hormonales, sino que también entra en juego un importante factor emocional, que cambia y altera la condición de cada mujer y su forma de vida como la conocía hasta ese momento.

Desde el mismo instante en el que una madre conoce su embarazo, su cuerpo experimenta un sinfín de sensaciones nuevas, incluso si no es primeriza, ya que cada proceso es totalmente distinto e impredecible. A estas alteraciones físicas, se suma el momento personal que vive cada mujer, un proceso determinado por muchas variables, como la situación personal, laboral y la que se vive en ese momento con la pareja.

Afrontar el momento del parto supone un estrés añadido por la incertidumbre y el temor a complicaciones, y en el que por supuesto, la alegría juega un papel fundamental. Sin duda, las mujeres deben lidiar con sensaciones intensas que no siempre son fáciles de manejar como el miedo, dudas, expectación y ansiedad.

El parto supone el fin de un ciclo y el inicio de otro bastante más complejo y a menudo poco considerado por parte de la sociedad: el posparto.

Se trata de un periodo delicado en el que la mujer y su hijo empiezan a conocerse y a establecer ese vínculo que les unirá de por vida. Es un universo de “primeras veces” en la que tanto uno como otro deben adaptarse, y no siempre es tan fácil como la sociedad ha querido enseñarnos hasta no hace mucho tiempo.

Es un proceso duro y muy personal, que cada madre afronta desde sentimientos y situaciones muy particulares. Además, el cuerpo de la mujer aún no es el mismo, y, probablemente,

en muchos casos no vuelva a serlo nunca más, y esto conlleva un proceso de autoaceptación que no es fácil para todo el mundo. En ese momento el papel de la pareja es muy importante, y su comprensión e implicación en el posparto, será muy fundamental para vivir esta experiencia de forma más o menos satisfactoria.

La aceptación, la empatía, el entendimiento y la calma, evitando sentirse presionados por las demandas y exigencias sociales, son unas pautas que cada vez van tomando más fuerza y que animan a la mujer a acabar con el estigma de que el cuidado del hijo es lo único que importa en ese momento.

Existe una nueva forma de entender la maternidad que cuida a las madres sin dejar de lado a sus hijos, que, apuesta por realizarse como madre, sin olvidarse de que hay un individuo que siente y necesita ser considerado como una persona con sus propias necesidades y aspiraciones. Un concepto en el que la maternidad es entendida como un acto de amor y entrega, pero sin olvidar que nadie es capaz de amar de forma completa y saludable si no se cuida a sí misma.

El propósito de esta tesis es conocer cómo condicionan los cambios que se acontecen en el posparto a la vivencia de la sexualidad de las mujeres a través de sus experiencias.

Sexualidad

La sexualidad es una cualidad compleja de los individuos, que los acompaña a lo largo de toda su vida, está presente desde el nacimiento y va sufriendo modificaciones y adaptaciones

progresivas a lo largo del ciclo vital de las personas. Se trata de un componente fluido y dinámico influenciado por la biografía y experiencia, además de otros factores relacionados.

La Organización Mundial de la Salud define:

La sexualidad es un aspecto central del ser humano que está presente a lo largo de su vida. Abarca el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Se siente y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se experimentan o expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales. (World Health Organization, 2019)

La sexualidad humana formaría parte de un concepto aún más amplio, donde la salud sexual se entendería como un bienestar físico, mental y social no sólo focalizándose en los aspectos físicos, como se muestra en la gran mayoría de la literatura, en la que reflejan que la salud sexual se centra en la ausencia de enfermedad, disfunción o enfermedad (Ollivier et al., 2019). La sexualidad humana se consideraría un aspecto holístico, siendo fieles a la definición de la OMS, que describe que la salud sexual “requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia” (World Health Organization, 2019).

1.1. Modelos de Respuesta Sexual Femenina

Se ha estudiado la respuesta sexual humana desde varias perspectivas, intentando siempre conocer las fases que conforman esta respuesta. La comprensión tradicional se deriva del trabajo realizado por Masters y Jonhson en la década de los sesenta, quienes propusieron un ciclo de respuesta sexual lineal basado en cuatro fases secuenciales (figura 1) que abarcan excitación, meseta, orgasmo y resolución (Masters & Johnson, 1966, 1970). Cada fase se definió con los cambios fisiológicos primarios. En la *fase de excitación* se observa un aumento de la tensión muscular, la frecuencia cardiaca y la vasocongestión en los órganos genitales. Además, es durante esta fase cuando se produce la lubricación vaginal. En la *fase de meseta*, los cambios que se han obtenido en la fase de excitación se mantienen o se intensifican. Tras esta, comienza la *fase de orgasmo*, en la que se producen contracciones involuntarias que sumatoriamente, consiguen facilitar una experiencia intensamente placentera. Finalmente, en la *fase de resolución*, el cuerpo vuelve a niveles normales de frecuencia cardiaca, presión arterial, respiración y contracción musculares, experimentando una sensación general de bienestar (Gutiérrez, 2010).

Masters y Johnson encontraron diferencias importantes en el comportamiento de la mujer y del hombre en relación con las fases propuestas, observaron que las mujeres se excitaban más lentamente que los hombres, dando más importancia a los sucesos previos a la penetración. Más adelante, Helen Kaplan ampliaría el modelo lineal de Masters y Jonhson, incluyendo una fase previa de deseo o interés sexual (figura 1). Según Kaplan (1977), el deseo en mujeres se inicia ante un estímulo adecuado previo al contacto genital. También resaltó la importancia de la influencia mental en la experiencia sexual del individuo, afirmando que “el cerebro es el princi-

pal órgano sexual y la excitación es mitad fricción y mitad fantasía” (Granero, 2015). La visión que aportó Helen Kaplan mostró cómo de importante eran los componentes psicológicos en la respuesta sexual.

Los trabajos de Masters y Johnson en conjunto con los de Kaplan influyeron en la sociedad médica respecto a lo que se entiende como función sexual normal y anormal (Rathfisch et al., 2010). Este modelo ha sido importante para entender el ciclo de respuesta sexual, pero carece de los componentes importantes para comprender mejor la sexualidad femenina, lo que conlleva una tendencia alta a diagnosticar a las mujeres de una disfunción sexual. Suponer que la sexualidad femenina se comporta como la masculina sitúa el comportamiento sexual de la mujer en disfuncional (Basson, 2000, 2001; Basson *et al.*, 2004).

Rosemary Basson revisó los modelos y desarrolló una nueva conceptualización de la respuesta sexual femenina. Observó que la respuesta lineal propuesta por Masters y Johnson no era característica de la respuesta femenina, este no seguía un patrón lineal, sino una progresión sexual circular (figura 1), en la que las fases se superponen en un orden y que varía según las circunstancias, vivencias y experiencias (Basson, 2004, citado en Granero, 2015).

Según este modelo, en las mujeres puede existir un deseo espontáneo que provoque la búsqueda de un encuentro sexual o puede darse un estado sexual neutro que puede progresar hacia un interés o motivación sexual gracias a un estímulo relevante y adecuado, mostrando un deseo reactivo (Basson, 2000; Granero, 2015). Esto implica que el deseo puede sentirse desde el

inicio o no, ya que puede desencadenarse por la excitación sexual, mostrando una excitación subjetiva en respuesta a un estímulo sexual.

El concepto de respuesta sexual circular de Basson (2000) sitúa al deseo fuera de una respuesta lineal, ella defendió que el deseo no se trata del comienzo de la respuesta sexual femenina, sino que, para la mujer, la relación sexual comienza en un entorno de intimidad en comparación con las condiciones básicas del deseo que conocíamos (presencia de pensamientos y fantasías sexuales y la urgencia de experimentar satisfacción sexual). Este concepto, propone que el deseo depende especialmente de cada individuo.

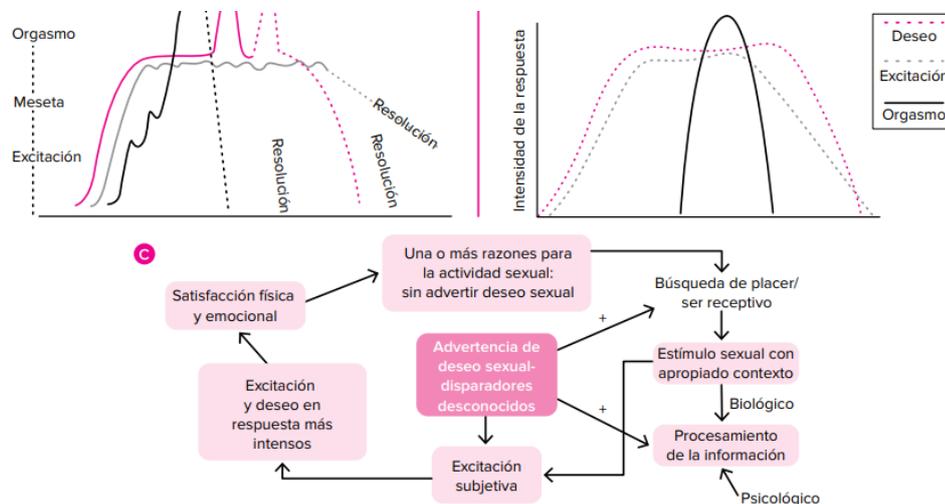
Basson (2015) expone un modelo en el que el deseo forma parte de una motivación, y esta motivación forma parte de la excitación sexual. Los intereses de la mujer que promueven la motivación no sólo incluyen factores físicos sino emocionales, como se observó en el estudio de neuroimagen donde evaluó el procesamiento del estímulo sexual que permitía o no la excitación. En dicho estudio, se mostró que la mayoría de las motivaciones sexuales subyacentes e influyentes reflejan placer e intimidad emocional.

Hay que tener en cuenta que incluso con la suficiente motivación sexual y la presencia del estímulo adecuado en un contexto seguro, la excitación y el placer pueden no darse. Dependiendo de si la atención está focalizada en el momento, en el estímulo sexual presente y/o en la situación de intimidad en la que se encuentra (Basson, 2015).

Basson (2015), muestra un modelo circular que comprende componentes cognitivos, motivacionales, emocionales y automáticos.

Teniendo en cuenta los modelos sobre la respuesta sexual, la propuesta de Basson (2015), refleja una realidad más adaptada a la mujer y a su ciclo vital. Esto se debe a que la sexualidad no se entiende como un concepto lineal de sucesos que culminan o no en un orgasmo, sino que la sexualidad que experimenta la mujer a lo largo de su vida va a ir adaptándose a las diferentes situaciones. Los aspectos físicos cobran importancia, pero no se desligan de la parte emocional; el deseo, no siempre va a ser el motor de un encuentro sexual, sino que habrá ocasiones, que la búsqueda de la intimidad será la recompensa; y, la excitación objetiva, pasará a un segundo plano respecto a la excitación subjetiva o las circunstancias del momento. Así, en el embarazo y en el posparto, las mujeres vivirán la expresión sexual desde la perspectiva que sientan en cada momento, permitiéndose disfrutarla (Basson, 2001).

Figura 1. Respuesta sexual femenina



Nota: Representación de tres modelos de la respuesta sexual: A) modelo de Masters y Johnson: intensidad de la respuesta graficada en el tiempo B) modelo de Helen Kaplan: las tres fases propuestas representadas en el tiempo; C) representación esquemática del modelo de Rose Mary Basson ilustrando la circularidad del proceso.

Fuente: Imagen tomada del libro "Salud mental y medicina psicológica" (de la Fuente & Heinze, 2018).

1.2. Sexualidad en el Posparto

La sexualidad en el posparto se ve modificada, no se expresa o vive de la misma manera que antes del parto, forma parte de una fase de la vida. El parto, su vivencia y la nueva experiencia de ser madre es una fuente de muchísimas emociones y expectativas, obligando a las mujeres a vivir este proceso como una transición a una nueva realidad.

Durante este periodo las mujeres experimentan diferentes cambios físicos, emocionales y sociales que pueden modificar sus necesidades como mujer (Rathfisch et al., 2010). Es una etapa que abarca muchas cuestiones complejas, que implican desde cómo piensa de sí misma como ser sexual y cómo se siente como parte integral de una pareja (O'Malley et al., 2015; Woolhouse et al., 2012). Por lo tanto, la vida sexual después del parto necesita ser considerada en detalle (Kahramanoglu et al., 2017).

La creencia de que todos los cambios resultantes del embarazo y el posterior parto vuelven a la normalidad pasadas 6 semanas parece refutado por los estudios que evidencian que las mujeres experimentan profundos cambios físicos y emocionales que implican en mayor o menor medida cambios en su sexualidad hasta los 18 meses del parto; cambios en forma de descenso en los niveles de placer sexual y satisfacción emocional (McDonald et al., 2017).

Se encuentran muchos estudios que exploran la salud sexual en el posparto y que miden la excitación sexual, el deseo, la lubricación vaginal, la satisfacción, el orgasmo y la dispareunia, describen el momento de reanudación de las relaciones sexuales tras el parto, la frecuencia que presentan los encuentros sexuales y la influencia del cansancio en la actividad sexual (O'Malley

et al., 2015). Al analizar estos componentes de la salud sexual durante el posparto, existe una alta posibilidad de interpretar disfunciones sexuales presentes en la gran mayoría de estas mujeres (O'Malley et al., 2015).

La salud sexual albergaría la sexualidad y la función sexual, en el caso de la etapa del posparto, ambos influenciados por el parto y el evento del nacimiento. En este sentido, definir o aclarar el concepto “salud sexual posparto” es un gran desafío (O'Malley et al., 2018; O'Malley et al., 2015). No se encuentra mucha evidencia sobre la salud sexual o cuidados en la maternidad, pero sí se hallan datos que revelan que las madres no están preparadas para los cambios que van a darse después del parto en el ámbito sexual (O'Malley et al., 2018).

Durante el periodo posparto, factores como la fatiga, la alteración del estado de ánimo, la insatisfacción con la imagen corporal, la lactancia materna así como diversos estresores emocionales se consideran los causantes a corto plazo de las alteraciones en la función sexual de la nueva madre (Khajehi & Doherty, 2018; Leader-Cramer et al., 2016).

El sector de la salud define, prioriza y discute la salud sexual a través de una lente biomédica reduccionista. Conduce la conceptualización de salud sexual como un gran problema en la etapa del posparto, sin entender que es un componente fluido, dinámico e individual de la salud, la identidad y la experiencia (Ollivier et al., 2019).

1.2.1. Modificación de la Función Sexual en el Posparto

La disfunción sexual femenina es un término que cubre varios aspectos de la salud sexual y ha sido clasificado por la *American Psychiatric Association* (APA) en distintos trastornos:

trastorno del interés/excitación sexual, trastorno orgásmico femenino y trastorno por penetración/dolor genito-pélvico (American Psychiatric Association, 2013; Moyano & Sierra, 2015).

Se ha analizado en numerosos estudios el funcionamiento sexual en el periodo posparto hallándose un firme impacto en la intimidad y función sexual en las mujeres durante el embarazo que va mejorando gradualmente durante el primer año postnatal (De Pierrepont et al., 2016).

La prevalencia de disfunción sexual entre las mujeres en los primeros meses posparto abarca entre el 22-65%, siendo el tercer mes el más afectado con un 70-83% y manteniéndose presente a los seis meses con un 51-64% (De Pierrepont et al., 2016).

Después del parto, muchas mujeres experimentan una reducción del deseo sexual, una menor lubricación, así como orgasmos más débiles y cortos. Los nuevos padres no alcanzan la misma frecuencia de relaciones sexuales que antes del embarazo hasta pasar un año del parto (De Judicibus & McCabe, 2002; Olsson et al., 2005; Rathfisch et al., 2010). Barrett et al. (2000) encontraron que el 90% de las mujeres habían retomado sus relaciones sexuales a los 6 meses tras el parto, aunque el 64% de estas experimentaban algún problema relacionado con su deseo, excitación, lubricación y orgasmo.

Desde el punto de vista médico, el periodo posparto se refiere al tiempo requerido, después del parto, para que los órganos reproductores vuelvan a su estado de antes del embarazo, siendo alrededor de la sexta semana posparto (McGovern et al., 2006). Ese es el tiempo en el que los clínicos recomiendan el comienzo de las relaciones sexuales. Aunque se ha observado al examinar las relaciones sexuales en el posparto que el plazo de 6 semanas después del parto es

considerablemente corto, teniendo en cuenta que más del 60% de las mujeres no han retomado ninguna actividad sexual durante este periodo de tiempo (Barrett et al., 2000; McDonald & Brown, 2013; O'Malley et al., 2015). Podría deberse a que en periodos de tiempo tan cortos las mujeres, no hayan podido recuperarse física y emocionalmente del nacimiento del bebé. La realidad observada en los estudios es que hay mujeres que reanudan sus actividades sexuales en la 6ª (32%) y 8ª semana, aunque una gran parte de las mujeres se esperan, reiniciando la actividad sexual entre los 3 (78%), 6 (85%) y 12 meses (94-97%) posparto. A los 18 meses tras el parto, el 98% de las mujeres son sexualmente activas (McDonald et al., 2015; McDonald et al., 2017).

Aunque entre el tercer y sexto mes la mayoría de las mujeres retoman las relaciones sexuales, algunos autores han registrado que gran parte de ellas presentan al menos un problema sexual. Sienten menor deseo, siendo un alto porcentaje (40%) a los 3 meses y reduciéndose a 26% a los 6 meses y experimentan una falta o pérdida de lubricación que mejora, de la misma manera, con el tiempo del 29% a 13% respectivamente. También, les preocupa la percepción de estrechez de la apertura vaginal, falta de tono y sensación de distensión que, pueden repercutir en tener encuentros placenteros, y que igualmente, mejoran siendo 21% y 17% respectivamente a los 3 meses y llegando a 11% y 10% a los seis. Del mismo modo, 27% de las mujeres a los 3 meses muestra dificultades para alcanzar el orgasmo y un 9% siente irritación o sangrado en el coito. Aunque se observan mejoras significativas en todos los parámetros, algunas mujeres no vuelven a los niveles pre-embarazo (De Pierrepont et al., 2016; Jawed-Wessel & Sevic, 2017; Johnson, 2011; Lurie et al., 2013).

1.2.2. Comportamiento de la Sexualidad Durante Posparto.

Teniendo en cuenta la clasificación de la APA sobre las disfunciones sexuales (trastorno del interés/excitación sexual, trastorno orgásmico femenino y trastorno por penetración/dolor genito-pélvico), se abordará a continuación la literatura sobre estos aspectos en el periodo posparto (American Psychiatric Association, 2013).

Barrett et al. (2000) demostraron que el deseo sexual disminuye en los primeros tres meses y va aumentando hasta el 6^º mes, aunque no alcanza los niveles previos al parto. La pérdida del interés sexual durante el primer año de vida del bebé es relativamente común, lo que sugiere que la alteración del deseo sexual es una parte normal dentro de la adaptación a la maternidad y a los nuevos roles (O'Malley et al., 2018). Las mujeres justifican esta disminución o ausencia de deseo sexual con la falta de tiempo y el agotamiento derivados de las nuevas tareas de cuidado, la recuperación de la zona genital y la lactancia (Basson, 2001; Leal et al., 2012).

Si se toma en cuenta el modelo propuesto por Basson (2000), los componentes relacionales juegan un papel principal en la sexualidad de la mujer. El deseo de la mujer se encuentra vinculado a un estímulo motivacional ya sea físico o emocional, siendo de gran valor para ella el estado de intimidad (Basson, 2000, 2001, 2002, 2015; McBride, Olson, Kwee, Klein, & Smith, 2017). En un estudio cualitativo, las mujeres expresaban la necesidad de vida de pareja, pero no especialmente la vida sexual, las mujeres necesitan conectar emocionalmente e intelectualmente antes que conectar sexualmente en esta etapa (Khajehei & Doherty, 2018).

A propósito de la excitación durante el posparto, las mujeres presentan mayores niveles de excitación sexual 3 meses después del parto que durante la gestación, pero menor que los niveles previos al embarazo (Leal et al., 2012). Existe una diferencia entre las mujeres que dieron a luz por vía vaginal a las que lo hicieron con cesárea, presentando puntuaciones menores aquellas que tuvieron un parto vaginal en el dominio de excitación, según el Índice de Función sexual Femenina (FSFI), a los 3 y 6 meses tras el parto. El miedo al dolor de la episiotomía, así como la preocupación del estado de la zona puede haber influido en la disminución de la excitación. También es interesante entender que la lubricación, fruto del nivel de excitación, considerada una medida de respuesta periférica a la estimulación sexual y satisfacción; también se ve afectada negativamente a los 3 meses posparto (Kahramanoglu et al., 2017)

En cuanto a la capacidad de experimentar el orgasmo, según Martínez-Martínez et al. (2017) las mujeres, revelan que tras el nacimiento del bebé es más difícil llegar al orgasmo, además lo perciben de manera diferente en cuanto a intensidad y duración. En el mismo estudio relacionan este hallazgo con los posibles cambios en la zona genital (Martínez-Martínez et al., 2017). Barrett et al. (2000) hallaron que un mayor número de mujeres decían sentir dolor durante el orgasmo a los 3 y 6 meses en comparación con el año antes del embarazo, aunque sus hallazgos no resultaron estadísticamente significativos. Un 33% de mujeres presentaron dificultad para alcanzar el orgasmo a los 3 meses, un 23% lo siguen presentando a los 6 meses y un 14% al año del parto (Abdool et al., 2009; Jawed-Wessel & Sevic, 2017; O'Malley et al., 2019).

No obstante, no todos los estudios evidencian la dificultad para llegar al orgasmo en el periodo posparto. Algunos autores exponen que la capacidad para llegar al orgasmo había mejo-

rado a las seis semanas del parto en comparación con el periodo previo al embarazo (Leal et al., 2012).

En relación con el dolor, la literatura muestra que el dolor perineal y la dispareunia son problemas comunes en el posparto que afectan con frecuencia al funcionamiento sexual. Más del 50% de las mujeres revelaron haber sufrido dolor durante su primera relación coital después del parto, manteniéndose hasta un año del parto (Buhling et al., 2005; McDonald et al., 2016; McDonald et al., 2015; Rathfisch et al., 2010; Signorello et al., 2001). McDonald et al. (2016) expusieron que un 44,7% de mujeres a los 3 meses; un 43,4% de mujeres a los 6 meses; y un 28,1% de mujeres a los 12 meses padecieron dispareunia. De las mujeres que afirmaron sentir dolor a los 3 meses, un 30% continuó presentándolo a los 18 meses. Además, evidenciaron la percepción de las mujeres en cuanto al dolor como incómodo, horrible, agudo y continuo (McDonald et al., 2016).

El dolor persiste al año, especialmente en las mujeres que presentaban dolor crónico previo al embarazo (Johnson, 2011). Estas mujeres que reportaron dispareunia antes del embarazo tuvieron una mayor predisposición a sufrir dolor, a lubricar menos y a un menor interés sexual a los 6 y 12 meses del parto (McDonald et al., 2015; O'Malley et al., 2018).

En los primeros 3 meses tras el parto, la dispareunia se relaciona con los acontecimientos del parto, así como con experiencias previas de dolor. Sin embargo, la dispareunia a los 6 meses se asoció significativamente con la lactancia y la dispareunia pre-embarazo, pero no con el parto (Abdool et al., 2009).

Es probable que experimentar dolor o malestar en las relaciones sexuales desaliente a las mujeres a desear tener encuentros con su pareja y esto repercute a su satisfacción sexual después del parto (De Judicibus & McCabe, 2002).

1.2.3. Factores Que Influyen en la Sexualidad de la Mujer Puérpera.

El Tipo de Parto. El embarazo y el parto son etapas de la mujer que la hacen más vulnerable a sufrir alteraciones en la esfera pélvica, incrementando la posibilidad de sufrir incontinencias, prolapsos, dolor, inestabilidades en la pelvis.

Los datos existentes que relacionan la función sexual y el tipo de parto, se contradicen, de forma que no se puede establecer el efecto del tipo de parto en la sexualidad en la etapa postnatal (Eid et al., 2015).

La gran mayoría de los estudios analizan la función sexual, estudiando las puntuaciones del FSFI. Doğan et al. (2017) mostraron que los dominios se observaban significativamente más bajos en las mujeres que dieron a luz por parto vaginal o presentaron episiotomía, que las mujeres en las que se había practicado cesárea. El deseo sexual, la excitación y el orgasmo fueron los dominios que se vieron afectados, confirmando que el parto vaginal presentaba un efecto negativo en la función sexual de la mujer en comparación con la cesárea (Doğan et al., 2017). El parto vaginal así como la episiotomía se asociaron con mayores tasas de disfunción sexual materna, mientras que la cesárea planificada presentaba tasas bajas de disfunción (Hipp et al., 2012; Johnson, 2011).

Barrett et al. (2000) describen que los efectos protectores de la cesárea de elección en cuanto a la función sexual posparto se limitan a los 3 primeros meses después del parto y se relacionan principalmente con el dolor. En el estudio llevado a cabo por McDonald et al. (2015) indicaron que las probabilidades de sufrir dispareunia a los 18 meses fueron mayores en las mujeres a las que se les practicó cesárea de urgencia o programada.

Otro estudio del mismo autor presenta datos interesantes asociados a la cesárea versus parto vaginal con periné intacto en relación con la dispareunia, reportando que tanto la cesárea como el parto instrumentalizado presentaban mayor posibilidad de dispareunia a los 6 meses posparto en comparación con las mujeres con el periné íntegro que tuvieron parto vaginal (McDonald et al., 2016). Este dato desarticula la creencia de que la cesárea de elección protege la función sexual en el posparto (Kahramanoglu et al., 2017). Aunque según el estudio de O'Malley et al. (2018) la cesárea fue un factor protector en relación con la pérdida de deseo a los 6 meses, sin embargo, esta relación no se mantuvo a los 12 meses posparto (Abdool et al., 2009; O'Malley et al., 2018).

La influencia del parto por ventosa y el uso de fórceps también ha sido estudiada, mostrando una relación con la aparición de dispareunia mucho más severa en comparación con los partos vaginales que mantenían el periné intacto (Rathfisch et al., 2010; Signorello et al., 2001). Además, la presencia de dolor en las penetraciones profundas se ha relacionado con el uso de ventosa durante el parto, (Doğan et al., 2017) tratándose de un dolor más intenso en comparación con otro tipo de parto (Fodstad et al., 2016).

Por el contrario, también existen investigaciones que revelan que el modo de parto no afecta significativamente a la función sexual durante el posparto. En el estudio de Lurie et al. (2013), los dominios de la función sexual no difirieron entre las mujeres con cesárea de las mujeres que habían tenido un parto vaginal entre la 6ª y la 24ª semana después del parto. Al igual que Lurie et al. (2013), Faisal-Cury et al. (2015) presentó en su estudio que la puntuación total del FSFI no difirió significativamente entre la 6ª y la 24ª semana después del parto entre los diferentes tipos de modalidad de parto. Faisal-Cury et al. (2015) observaron, además, cómo estos dominios mejoraban desde la 6ª semana hasta la 24ª semana. Otro estudio, muestra como a los 12 meses posparto, no se encontraba diferencia significativa en la puntuación total de FSFI o los resultados de sus dominios en cuanto al modo de parto (Kahramanoglu et al., 2017).

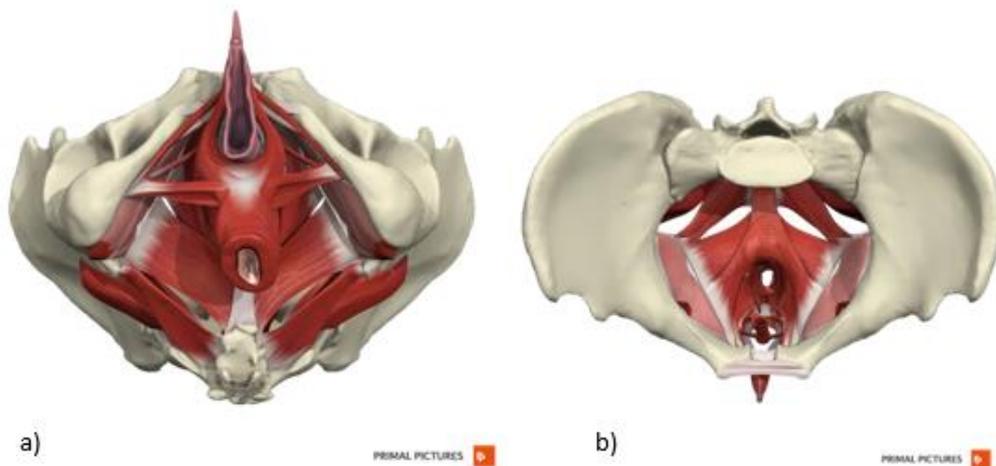
En relación con el tipo de parto, en las mujeres que dieron a luz por vía vaginal se observó una mayor tasa de dispareunia a los 3 meses posparto en comparación con las mujeres con cesárea (Johnson, 2011). El dolor perineal era más frecuente y persistente si el parto fue asistido con fórceps, ventosa o medicalizado, en comparación con un parto espontáneo (Hipp et al., 2012; McDonald et al., 2015; Rathfisch et al., 2010).

Los cambios físicos. Durante el parto, se producen cambios en la esfera pélvica, estos cambios afectan principalmente a la musculatura del suelo pélvico (SP).

La musculatura del SP (figura 2) se encuentra agrupada en superficial y profunda, dependiendo de la localización. La musculatura profunda lo conforman el músculo coccígeo y el elevador del ano, denominado así un grupo muscular formado por los músculos puborrectal, pubococcígeo, ileococcígeo (Prather et al., 2009). El soporte normal de los órganos pélvicos es

proporcionado por la interacción entre los músculos elevadores del ano y los tejidos conectivos que unen el útero y la vagina a las paredes laterales de la pelvis. Es gracias a los músculos elevadores del ano que el SP se mantenga cerrado y se eleve, evitando el descenso del contenido pélvico y la aparición de disfunciones del SP (DeLancey, 2016).

Figura 2. Musculatura del suelo pélvico femenino



Nota: a) vista caudal de la pelvis con la visualización de la musculatura superficial y profunda desde dicha perspectiva; b) musculatura profunda en una visión craneal. Fuente: Primal's 3D Atlas of Human anatomy, 2018.

DeLancey et al. (2003) demostraron relación entre el parto vaginal y la lesión del elevador del ano. El daño en estos músculos pélvicos conlleva una disminución del soporte muscular y aumenta la carga en la fascia y los tejidos conectivos de la pelvis, además de una mayor predisposición a la disfunción del SP (DeLancey et al., 2003). En el estudio realizado Castro-Pardiñas et al., (2017) se evidenció cómo las funciones del músculo, el tono basal, la fuerza máxima, la acti-

vidad neuromuscular, la resistencia de contracción y la resistencia al estiramiento, se vieron mermadas en el caso de las mujeres que habían sido madres, comparadas con mujeres sanas sin partos previos.

Situándonos en la función sexual de la musculatura, los estudios indican que las lesiones en la zona del periné causadas en el momento del parto, influyen negativamente en la vida sexual como resultado de la dispareunia (Rathfisch et al., 2010).

El paso del bebé por el canal del parto puede conducir a lesiones en la esfera pélvica, desde lesiones en la musculatura del SP, lesión del esfínter anal, desgarros de la mucosa y lesión del nervio pudiendo que podrían afectar tanto al orgasmo como a la lubricación, la sensación de la zona, y generar dolor (Sayed et al., 2017).

Respecto al reinicio de las relaciones sexuales después del parto, las mujeres que habían dado a luz vaginal sin episiotomía reanudaban antes sus encuentros sexuales que las que tuvieron episiotomía (Jawed-Wessel & Sevic, 2017; Lurie et al., 2013). Probablemente el dolor y la sequedad vaginal derivados de la cicatrización de los puntos de sutura después del parto, interfieren en la satisfacción sexual durante el posparto temprano en la mujer (Kahramanoglu et al., 2017; Martínez-Martínez et al., 2017).

En comparación con las mujeres que presentan un periné íntegro, las que habían experimentado episiotomías, se quejaban de un aumento de dolor perineal, disminución de la satisfacción sexual y retraso en la actividad sexual posparto (Johnson, 2011). También existen diferencias entre las mujeres que experimentaron episiotomía y las que tuvieron desgarro perineal

espontáneo, causando menos dolor estas últimas comparadas con la episiotomía (Rathfisch et al., 2010). Es importante destacar que el 16,3% de las mujeres con episiotomía y el 15,8% de las mujeres que presentaban desgarro espontáneo, referían insatisfacción sexual comparado con el 5% de mujeres con el periné íntegro (Signorello et al., 2001).

El grado de lesión perineal ha mostrado ser relevante en la valoración de la función sexual de la mujer durante el posparto. Las mujeres que presentaban desgarros del tercer y cuarto grado obtuvieron puntuaciones más bajas en el cuestionario FSFI a los 6 y 12 meses en comparación con las mujeres con episiotomía o desgarros mínimos. El estudio de Sayed et al., (2017) mostró peores resultados en el tiempo de reinicio, menor deseo, presencia de dispareunia, disminución de la lubricación, dolor y dificultad para alcanzar el orgasmo. Otros estudios han respaldado estos resultados, mostrando que las lesiones que afectan al esfínter anal tienen efectos a largo plazo en relación con la función sexual, manifestando secuelas más severas (Fodstad et al., 2016; Leader-Cramer et al., 2016).

Así pues, las mujeres que presentan un mayor trauma perineal exhiben menos deseo de ser tocada o acariciada por su pareja en comparación con las que han experimentado traumas menores (Johnson, 2011). Es por ello que las mujeres que tienen mayores secuelas muestran más sentimientos de aislamiento, tristeza, fracaso y vergüenza, sintiendo culpabilidad sobre lo que está sucediendo en su sexualidad (Johnson, 2011; Leeman & Rogers, 2012; McBride et al., 2017).

Lactancia. Los niveles relativamente bajos de estrógenos y andrógenos y los altos niveles de prolactina que se da en la lactancia materna pueden inducir una disminución del deseo, desencadenar sequedad vaginal y ocasionar dispareunia. Además, se ha observado que es un factor significativo para el retraso en la primera relación sexual (Barbara et al., 2016; Barrett et al., 2000; De Judicibus & McCabe, 2002; DeMaria et al., 2019; Johnson, 2011; Khajehei et al., 2015; McBride et al., 2017; O'Malley et al., 2018, 2015; Signorello et al., 2001). Si la lactancia se mantiene en el tiempo, las madres que amamantan a los 3 y 6 meses refieren mayor incidencia de dispareunia e insatisfacción sexual que las mujeres que dejaron de amamantar antes de ese tiempo (Johnson, 2011; Khajehei et al., 2015).

Por el contrario, se han encontrado estudios que difieren de estas afirmaciones, mostrando que la influencia de la lactancia materna en la lubricación puede ser dual, ya que se ha encontrado que en el 55% de las mujeres la lubricación disminuía, y en un 39% aumentaba (Lurie et al., 2013). De igual forma, algunos estudios revelan que entre 33-50% de las mujeres que dan lactancia materna presentan mayor sensibilidad de los senos y muestran mayor excitación al ser estimulados, este hecho podría estar facilitado, además, por los altos niveles de oxitocina (Johnson, 2011; Leeman & Rogers, 2012). En cambio, esta situación es desagradable para otras mujeres, en especial con la eyección de leche cuando alcanza niveles altos de oxitocina durante la excitación y el orgasmo (de Pierrepont et al., 2016; Hipp et al., 2012; Martínez-Martínez et al., 2017). La mayoría de las mujeres no se sienten cómodas o no aceptan la dualidad del pecho como elemento nutricional y portador de placer (Bender et al., 2018; de Pierrepont et al., 2016; Martínez-Martínez et al., 2017).

Factores Psicológicos

Depresión y Tristeza Puerperal. La vulnerabilidad es una de las características del posparto, principalmente en las primeras semanas para ambos padres, especialmente para la nueva madre. Sienten verdadera preocupación por la práctica de su nuevo rol como madre. Se cuestionan todo lo que concierne al cuidado y crecimiento del bebé, a su alimentación, incluso, se exponen al reinicio de las relaciones sexuales con preocupaciones como el miedo a otro embarazo y/o la recuperación física después del parto; y a su vez, viven esta etapa al ritmo del bebé, con el cansancio, la falta de tiempo y sueño, la angustia y el estrés que puede suponer. Además, les preocupa cómo van a afrontar la vuelta al trabajo, sintiéndose tristes y ansiosas ante la separación (Carvalho et al., 2017; Martínez-Martínez et al., 2017).

Esta vulnerabilidad permite entender que el periodo posparto confiere un mayor riesgo de depresión, comparado con otros periodos de la vida de la mujer (Poromaa et al., 2017). Hasta el 85% de estas mujeres reportan “*baby blues*” o tristeza puerperal y aproximadamente el 20% de las mujeres recogen criterios diagnósticos para la depresión posparto (McBride et al., 2017). Este estado depresivo se hace evidente en los 3 primeros meses posparto, en comparación con la depresión paterna que se observa algo más tarde, entre el 3º y 6º mes (Poromaa et al., 2017).

Las mujeres que padecen depresión en este periodo, presentan menos probabilidades de reanudar las relaciones sexuales antes de los 6 meses posparto y son más proclives a exhibir problemas en la función sexual que aquellas que no sufren depresión (Abdool et al., 2009; Faisal-Cury et al., 2015; Johnson, 2011). La depresión es considerada una de las mayores causas de reducción de la motivación sexual en personas sanas (Basson, 2015), presentando menor fre-

cuencia en relación a las prácticas sexuales, menor participación en actividades sexuales variadas, mayor prevalencia de trastorno de deseo sexual, trastorno de la excitación y trastorno del orgasmo (De Judicibus & McCabe, 2002; Khajehei et al., 2015).

Imagen Corporal. El cambio que vive el cuerpo durante el posparto hace que las mujeres lo experimenten negativamente, afectándolas emocionalmente, sintiéndose menos atractivas (DeMaria et al., 2019). Algunas mujeres relatan no ser capaces de enfrentarse a este cambio (Olsson et al., 2005).

La distorsión de la imagen corporal afecta directamente al deseo de las mujeres puérperas, siendo un obstáculo para la satisfacción sexual. Estas mujeres, después del parto, se enfrentan a un cuerpo cambiado que tienen que descubrir y aprender a aceptar (de Pierrepont et al., 2016). Según las madres, las partes del cuerpo que más cambio sufren son tres: la vagina, los pechos y el cuerpo en general, acarreando diferencias en la forma de relacionarse con ellas. Las preocupaciones que envuelven a la vagina y al pecho están focalizadas en el tamaño y distensión. Además, el pecho presenta un nuevo rol asociado a dar alimento al bebé, por lo que muchas de estas mujeres relatan que no perciben los senos como zona erógena (Olsson et al., 2005).

La satisfacción con la imagen corporal están influenciadas tanto por las condiciones físicas reales (relacionadas con el tamaño y el peso corporal) como las no físicas (la percepción del tamaño del cuerpo), mostrando que estas últimas son las causantes de mayor insatisfacción entre las mujeres (Pujols et al., 2010). Son la percepción y la cognición sobre el tamaño del cuer-

po, más que el tamaño actual, los que influyen en la experiencia sobre la sexualidad en las mujeres durante el periodo posparto (Pujols et al., 2010).

De esta manera, la falta de estima al cuerpo y la apariencia pueden afectar al momento del encuentro sexual ya que, se ha mostrado que los pensamientos de distracción sobre el cuerpo son predictores importantes de insatisfacción sexual (Pujols et al., 2010). Las mujeres que presentan una imagen corporal pobre o insatisfacción con alguna parte del cuerpo durante las actividades sexuales poseen menor estima sexual, disfrute sexual, deseo sexual, asertividad sexual y reportan menor frecuencia de encuentros, debido a que la intimidad romántica les resulta estresante y les causa de ansiedad (Meltzer & McNulty, 2010; Pujols et al., 2010). Es por ese estrés, que las mujeres que tienen menor estima respecto a su cuerpo son menos propensas a desear, iniciar y participar del sexo (Meltzer & McNulty, 2010). Asimismo, algunas mujeres informan que la percepción de deseo y atracción de su pareja hacia ellas, les ayuda a enfrentarse a los nuevos cambios (Bender et al., 2018; Hipp et al., 2012; Olsson et al., 2005). Como consecuencia, las mujeres cuyas parejas expresaron mayor atracción hacia ellas, constataron un aumento en la frecuencia sexual, así como mayor satisfacción sexual suponiendo efectos positivos en la satisfacción de pareja (Meltzer & McNulty, 2010).

Sin embargo, también se encuentran mujeres que muestran, después del parto, una mayor estima hacia el cuerpo, aceptando los cambios que se acontecen tras el crecimiento del bebé en su útero, el paso del bebé en el parto y la propia lactancia. No sólo acogen estos cambios como propios de la vida, sino que declaran mayor respeto hacia él, experimentando una sensa-

ción de empoderamiento (de Pierrepont et al., 2016; Olsson et al., 2005; Woolhouse et al., 2012).

Roles familiares. La transición a la paternidad y a la maternidad parece tratarse con claridad de un momento vulnerable para la intimidad y la sexualidad de la pareja (de Pierrepont et al., 2016). El nacimiento de un hijo, aún más si es el primero, es determinante en el ciclo de la vida de pareja, precisando de una reestructuración del sistema familiar, redefiniendo nuevos roles y tareas de ambos padres. Debido a esta fase de transición, la pareja se convierte en familia, se genera el nuevo rol de padres que se suma a los roles que ya existían de pareja conyugal y la pareja sexual (Carvalho et al., 2017; De Pierrepont et al., 2016; Johnson, 2011; O'Malley et al., 2015; Rathfisch et al., 2010).

El aspecto íntimo y sexual de la pareja es el campo más afectado por el nacimiento del nuevo bebé, viviendo fluctuaciones multifactoriales que obligan a crear nuevas adaptaciones. Para los cónyuges, este cambio conlleva dificultades que entorpecen el equilibrio existente, reduciendo la frecuencia de las relaciones sexuales y el deseo sexual, afectando directamente a la satisfacción conyugal (Leal et al., 2012).

Miedos. Las parejas muestran nerviosismo o preocupación por reanudar las relaciones sexuales con penetración, especialmente si las mujeres han sufrido algún tipo de trauma en el periné, por miedo a dañar al tejido de nuevo (DeMaria et al., 2019; Rathfisch et al., 2010). En el estudio de DeMaria et al., (2019) las mujeres que habían retomado las relaciones coitales informaron haber sentido dolor y que este dolor les preocupaba. Los temores del periné dañado o el temor al dolor explican por qué las mujeres que habían dado a luz por vía vaginal y presentaban

episiotomía o desgarro mostraban un retraso en el inicio de las relaciones y una disminución de la excitación y lubricación (Kahramanoglu et al., 2017; Sayed et al., 2017).

Además, es necesario tomar en cuenta el componente psicológico del dolor. Los miedos y ansiedades referentes a experimentar dolor frenan los comportamientos sexuales, reduciendo la respuesta sexual genital y subjetiva en las mujeres (De Pierrepont et al., 2016; Leal et al., 2012). Es posible que, por esa razón, la literatura describa una temprana reanudación de la masturbación y de las relaciones sexuales orales sobre otras actividades asociadas que pueden despertar miedo, como es el caso de las relaciones coitales (De Pierrepont et al., 2016; Hipp et al., 2012; Van Anders et al., 2013).

Otros Factores que Añaden Estrés en el Posparto. Anteriormente se ha citado cómo afecta el estado anímico, la falta de estima corporal, la adaptación a los nuevos roles que presenta el nuevo nacimiento y los miedos sobre la recuperación física del parto, pero falta añadir cómo afecta la privación del sueño, el cuidado y preocupaciones que conllevan el bienestar del bebé, y qué impacto tiene en la mujer.

El agotamiento debido a la atención excesiva que requiere el bebé durante el día y la noche influye en la condición física y emocional. Numerosos estudios describen esta fatiga como causante de la disminución del interés sexual y de la creación de nuevas prioridades que posponen el encuentro (Bender et al., 2018; DeMaria et al., 2019; Jawed-Wessel et al., 2017; Martínez-Martínez et al., 2017; McBride et al., 2017; O'Malley et al., 2015; Ollivier et al., 2019).

Estas nuevas emociones que acompañan al posparto producen un sentimiento de angustia en la madre, que contribuyen a aumentar la percepción de sobrecargada y aislamiento. Estas emociones podrían interferir en el equilibrio de la pareja durante este periodo de tiempo (Schlagintweit et al., 2016).

Factores Socioculturales. La sexualidad de las mujeres puérperas no se centra únicamente en los aspectos físicos y psicológicos anteriormente abordados, sino que están influenciados a su vez, por los valores culturales, familiares y religiosos que dictan qué se considera apropiado o se espera de las mujeres en esta etapa (Ollivier et al., 2019).

La imagen social de la maternidad no se encuentra vinculada a la sexualidad, sino al cuidado, a la protección y al cariño (Woolhouse et al., 2012). Es necesario romper con los estereotipos que sitúan a la mujer en el cuidado y la hacen servicial. Como describen Woolhouse et al. (2012), la imagen de la madre contemporánea incluye una mujer que ama cuidar de los suyos, dedicada, exitosa, profesional, atractiva y que supera los desafíos sexuales del posparto, logrando ser una buena amante para sus parejas; y atendiendo a los atributos de mujer contemporánea como la aptitud física, un físico ideal y un buen atractivo (Ollivier et al., 2019).

La búsqueda de las expectativas de la “madre perfecta” obliga a las mujeres a abandonar y sacrificar sus necesidades anteponiendo el cuidado del bebé (Collins, 2020). Convirtiéndose el cuidado y desarrollo del bebé en exigencias de la maternidad que, repercutiendo en la experiencia maternal, especialmente en las primerizas. Estas madres buscan continuamente ajustar sus prácticas para satisfacer las demandas percibidas. Estas madres a menudo tienen la sensación de no alcanzar sus altas expectativas, lo que deriva en sentimientos de culpabilidad (Budds et al.,

2017). Estas expectativas son poco realistas, afectando a su bienestar mental, su autoestima, generando sentimientos de culpa, ansiedad y estrés (Henderson et al., 2016; Keefe et al., 2018; Walls et al., 2016).

No todas las mujeres cumplen con el estereotipo descrito. Aun así, aquellas mujeres que no se identifican con los ideales de maternidad, tampoco están exentas de cambios, ya que el cambio de estilo de vida les supone un cambio dramático y desafiante. Estas mujeres afirman sufrir una pérdida de libertad, de espontaneidad, de tiempo de pareja e individual (Woolhouse et al., 2012).

[Vivencias de la pareja en el posparto](#). Las parejas acompañan a las mujeres desde el embarazo, pasando por el parto y finalmente adaptándose a la paternidad. Durante este periodo han experimentado situaciones que pueden haber afectado su vida sexual y por lo tanto su satisfacción sexual y marital.

La pareja se convierte en un elemento emocional de apoyo importante para la madre en el momento del parto. Según el estudio de Van Anders et al. (2013), esa experiencia que vive la pareja lleva consigo un cambio en la percepción de la sexualidad en los primeros meses posparto. Es posible que la percepción del nacimiento o el conocer el periné de la mujer con lesión pueda repercutir sobre la sexualidad masculina. Esta visión hace que teman hacer daño, de nuevo, a sus parejas y presentan sentimientos que pueden conducir a la disminución de la frecuencia sexual (Van Anders et al., 2013).

Otro factor que puede influir en la sexualidad del hombre sería la lactancia, aunque no está del todo clara, ya que aunque para un 59,8% de los padres los cambios en los pechos de la mujer no influyen en su sexualidad (Van Anders et al., 2013); otros señalan que durante la lactancia, consideran los pechos como un rol nutritivo que alimenta a sus bebés (Olsson et al., 2010). Este hecho explica que algunos hombres eviten introducirlos en las relaciones sexuales (Olsson et al., 2010; Van Anders et al., 2013). Además del cambio de rol del pecho, es común que cuando las mujeres se excitan o llegan al orgasmo, debido a los niveles de oxitocina, se produzca el reflejo de eyección de leche, lo que explica que las parejas tengan una visión ambivalente de los pechos en esta etapa (De Pierrepont et al., 2016).

De la misma forma, la lactancia puede ocasionar un distanciamiento en la pareja. Muchas mujeres revelan que el bebé es el centro de su atención y de sus cuidados, quedando la relación de pareja en un segundo plano (De Pierrepont et al., 2016). Las mujeres manifiestan que la conexión que presentan con su bebé es intensa, sintiéndose colmadas, desplazando las relaciones sexuales y alejándose de su pareja (De Pierrepont et al., 2016; Woolhouse et al., 2012).

Existe una discordancia marcada entre el deseo del hombre y la mujer, es un fenómeno común. Aunque algunos hombres reportan haber experimentado un descenso en su deseo tras el parto, que puede ser explicado por el trauma en el nacimiento (De Pierrepont et al., 2016); muchos otros hombres aceptan la abstinencia después del nacimiento, considerando que es necesario un tiempo estimado de recuperación para conseguir el bienestar de su pareja. Estos

hallazgos sugieren que la pareja debe adaptarse a nuevos comportamientos sexuales dentro de este periodo (Van Anders et al., 2013).

1.2.4. La Importancia de la Relación de Pareja Durante el Posparto. Satisfacción de Pareja y Satisfacción Sexual

Durante el posparto, la salud sexual, estará vinculada a la vez, a la satisfacción sexual de estas mujeres, por lo que cobrará importancia tanto las necesidades físicas, como la relación íntima con su pareja para cubrir los aspectos más emotivos. Una buena salud sexual implicaría una buena comunicación, apoyo y comprensión de la pareja, una buena transición de la paternidad-maternidad y una buena adaptación a los nuevos roles (Hipp et al., 2012; O'Malley et al., 2015).

Durante el primer año posparto, los nuevos padres se enfrentan a muchos cambios personales e interpersonales, en los que se incluyen cambios de pareja y en su relación sexual (Schlagintweit et al., 2016). En consecuencia, un gran número de hombres y mujeres, ve disminuida su calidad de la relación de pareja (De Judicibus & McCabe, 2002), la cual está estrechamente vinculada al bienestar mental y físico (Conradi et al., 2017). Bender et al. (2018) reflejaron en su estudio que el nacimiento de un bebé ocasiona en algunas madres un acercamiento con su pareja, especialmente en aquellas que habían decidido conjuntamente con sus parejas la maternidad/paternidad. En cambio, otras madres afirman que la llegada del bebé produjo una gran brecha en la pareja (Bender et al., 2018).

La relación sexual en el posparto cambia y puede que no llegue a ser como antes del embarazo, lo que supone un impacto negativo a corto, medio y largo plazo en la relación de pareja (De Pierrepont et al., 2016). Es esencial saber adaptarse a las fluctuaciones sexuales perinatales, tanto a nivel individual como en pareja (de Pierrepont et al., 2016). La relación íntima precisa de una mayor comunicación entre la pareja que facilite el equilibrio de la nueva situación de vida (Olsson et al., 2005). Es necesaria la comunicación, ya que en esta etapa, favorece la comprensión como individuos y pareja, ya que el posparto necesita de cuidados enfocados a los aspectos bio-psico-sociales (Martínez-Martínez et al., 2017).

Las mujeres expresan tener un mayor deseo cuando las relaciones están fuertemente vinculadas al cuidado de la intimidad y al apoyo emocional (O'Malley et al., 2015). Por el contrario, en las relaciones donde faltaba comunicación, las nuevas necesidades y preocupaciones no se transmitían, disminuyendo la satisfacción de la pareja.

Mejorar la comunicación de las parejas sobre las preocupaciones existentes relacionadas con las relaciones sexuales, así como inquietudes cotidianas, puede ayudar a mitigar las consecuencias negativas derivadas de los factores estresantes del posparto. Por lo que una mayor comunicación implica una mayor satisfacción de pareja y sexual (de Pierrepont et al., 2016; Johnson, 2011; Schlagintweit et al., 2016)

Las mujeres comentan que la satisfacción que le aporta su relación de pareja está vinculada a su pareja, no especialmente a nivel sexual, sino a la necesidad de conectar emocionalmente e intelectualmente antes que conectar sexualmente en esta etapa (Khajehei & Doherty,

2018). El énfasis de su relación lo focalizan en la expresión de amor y de afectividad, en el apoyo y en convertirse en un equipo (De Pierrepont et al., 2016).

Algunas mujeres consideran las relaciones sexuales una manera de cercanía y conexión con sus parejas. Mediante el sexo consiguen afianzar las bases de intimidad que precisa. En este sentido, la literatura muestra mujeres cuya motivación para retomar las relaciones sexuales se centra en alcanzar el objetivo de proximidad a su pareja, conectar de nuevo emocionalmente y volver a la normalidad (O'Malley et al., 2019; Woolhouse et al., 2012). También muestra mujeres cuya motivación para reanudar las relaciones no siempre está basada en el acercamiento, sino en conocer el estado del periné, o en la percepción de obligación o deber de retomar las relaciones sexuales para satisfacer las necesidades de su pareja (O'Malley et al., 2019). Otros estudios muestran cómo la mujer prioriza la satisfacción del hombre ante las relaciones sexuales, debido al sentimiento de presión por cubrir las necesidad de la pareja, a la demanda de la pareja, al miedo a la infidelidad y a la falta de comunicación en el desajuste del deseo (De Pierrepont et al., 2016; Johnson, 2011; Khajehei & Doherty, 2018; O'Malley et al., 2019; Ollivier et al., 2019).

1.3. Profesionales en la Sexualidad de la Mujer Puérpera

1.3.1. Asesoramiento de los Profesionales de la Salud.

A pesar de que la prevalencia de desafíos sexuales que se presentan en este periodo es alta, sólo un pequeño porcentaje de mujeres (16-18%) acude o habla con su ginecólogo o matrona en busca de asesoramiento o tratamiento (Barrett et al., 2000; Khajehei, 2016; Sayed et al., 2017). Es posible que la razón por la cual las mujeres sean reacias a preocuparse activamente por su salud sexual en este periodo, esté relacionada con la vergüenza o el tabú que implica la

sexualidad en general, y en particular en esta etapa (Abdool et al., 2009; O'Malley et al., 2018). Barrett et al. (2000) recogieron información sobre cuántas mujeres recibían la información en relación con la sexualidad en el posparto, hallando que sólo el 18% recibió información sobre los cambios en la función sexual durante el posparto, y que un 69% hablaron con un profesional de la salud sobre el momento de reanudación de la actividad sexual.

Debido a que la información sobre la sexualidad durante el posparto es a menudo imprecisa, contribuyendo a generar mitos, y mezclándose con sentimientos de estrés emocional, puede causar malestar en la mujer y la pareja. Detectar de manera precoz los problemas asociados a la esfera sexual, poder ofrecer orientación anticipada sobre los cambios que suceden durante el posparto gracias a conversaciones abiertas con un profesional de la salud, puede mejorar la función sexual y reducir el estrés, la tensión emocional o las preocupaciones que se basan en expectativas difíciles de conseguir en esta etapa (Johnson, 2011). Las mujeres durante el posparto necesitan sentirse cómodas, animadas y empoderadas, necesitan poder hablar de los temas que les preocupan tanto con sus parejas como con profesionales de la salud (DeMaria et al., 2019).

Según Olsson et al. (2005) las mujeres consideran la visita de control posparto importante, aunque la declararon decepcionante por el tiempo limitado de la visita y por no haber tratado los cambios físicos después del parto o porque los profesionales no les facilitaran información sobre sus cuerpos y la vuelta a la normalidad. Todas echaron de menos hablar de cómo se sienten ante cuestiones vinculadas a la sexualidad como el descenso de la libido, en contraposición al uso de anticonceptivos (Olsson et al., 2005).

Según lo expuesto, parece que las mujeres precisan de una mejor y mayor información sobre lo que sucede en el posparto. Los profesionales de la salud deberían de abordar las preocupaciones sobre la sexualidad como componente esencial, normalizando lo vivido, reflejando una cara más realista de la etapa del posparto. Normalizar sus experiencias pueden disminuir la presión y la angustia contribuyendo a la modificación de creencias preestablecidas respecto a lo que se considera normal o no en la sexualidad de la etapa del posparto (Bender et al., 2018; De Pierrepont et al., 2016; DeMaria et al., 2019; Faisal-Cury et al., 2015; E. McDonald et al., 2017; O'Malley et al., 2015).

1.3.2. El Papel del Fisioterapeuta en el Cuidado de la Mujer Puérpera.

La expresión sexual requiere capacidad cognitiva, emocional, pero también de capacidad física en la que se incluyen la función sensorial y motora. Sin olvidar la habilidad de libertad de movimiento de las estructuras de la pelvis.

Por lo tanto, tener un SP además de presentar unos órganos sexuales funcionales es importante y esencial para mantener la función sexual. La contracción de la musculatura del SP, en especial del músculo elevador del ano, permite revascularizar la zona, de haber resultado dañada, o nutrir todos los órganos. Una mayor vascularización, permite una mejora en la sensibilidad de la zona además de facilitar la lubricación, facilitando una mayor capacidad para el orgasmo en relación con su duración e intensidad (Sobhgol, Priddis, Smith, & Dahlen, 2019).

Los cambios en el SP después del parto están íntimamente relacionados con un descenso de la función sexual en el periodo posparto (Golmakani et al., 2015; Sobhgol et al., 2019). El par-

to vaginal ha sido relacionado con menor tono, fuerza y resistencia de la musculatura del SP, estos valores no permiten un buen funcionamiento de la zona, siendo afectadas todas las funciones del SP (Tennfjord et al., 2015; Tennfjord et al., 2016). Se considera que la musculatura del SP es un factor importante para la receptividad y capacidad de respuesta para experimentar placer durante las relaciones sexuales y una mejor respuesta ante el orgasmo (Tennfjord et al., 2016; Tennfjord et al., 2015). Se ha mostrado que el entrenamiento de la musculatura del SP, en especial del elevador del ano, repercute positivamente en la sexualidad aportando una mayor excitación, mayor lubricación y orgasmos más intensos, aportando una mayor satisfacción sexual (Citak et al., 2010a; Grzybowska & Wydra, 2019; Kanter et al., 2015; Lowenstein et al., 2010).

Se considera a la fisioterapia como primera línea de tratamiento para las disfunciones del SP, en especial las incontinencias y los prolapsos, existiendo aún cierto desconocimiento sobre los efectos en las disfunciones sexuales (De Souza et al., 2015; Tennfjord et al., 2016). Algunos estudios consideran la fisioterapia imprescindible para la recuperación física y, por lo tanto, para la recuperación de las funciones del SP, entre ellas las funciones sexuales (Tennfjord et al., 2016).

El entrenamiento de la musculatura del SP, según el estudio realizado por Berghmans (2018) proporciona una mejora en la función de soporte de las estructuras pélvicas, mejora la vascularización, mejorando la propiocepción de la musculatura y de este modo, consigue mejorar las experiencias sexuales, haciéndolas más placenteras y permitiendo alcanzar orgasmos más intensos. Varios autores postulan que es posible que esto se deba a la inserción de la musculatura del SP en el cuerpo cavernoso del clítoris, lo que puede favorecer a través del entrenamiento

una mejora de la fuerza. La fuerza de la musculatura del SP se ha relacionado con una mayor percepción sensoriomotora, mejora la sensibilidad y aumento la vascularización, influyendo positivamente en la excitación y la experiencia del orgasmo (Citak et al., 2010b; Emhardt et al., 2016; Ferreira et al., 2015; Grzybowska & Wydra, 2019; Lowenstein et al., 2010; Sacomori et al., 2015; Tennfjord et al., 2016).

La fisioterapia especializada en el suelo pélvico proporciona una mejora de la calidad de vida de la mujer tras el parto, aportando una mayor capacidad de recuperación de la musculatura mediante la ejercitación de la musculatura pélvica, a través del trabajo de fuerza, resistencia y capacidad de contracción del SP, (Tennfjord et al., 2016). Además, la fisioterapia especializada en el suelo pélvico consigue mejorar el tejido de la zona genital reportando mayor vascularización y mejorando de esa manera, la capacidad elástica o disminuyendo el dolor genital o dispareunia (Sobhgol et al., 2019).

El tratamiento que aporta la fisioterapia no sólo se focaliza en la zona del periné, sino que abarca las zonas como el abdomen, siendo el transversal del abdomen la principal diana de trabajo de fisioterapia. Mediante el trabajo del abdomen, se obtiene un incremento de la función estabilizadora del tronco alcanzando mejoras en la sintomatología del SP (Theodorsen et al., 2019).

En resumen, el trabajo del fisioterapeuta durante el posparto está dirigido a evaluar la integridad miofascial, la función de las estructuras del compartimento abdominal, además de mantener las estructuras pélvicas libres, sin restricción. La fisioterapia combina la reeducación

neuromuscular y la educación del paciente para optimizar los resultados y mejorar la calidad de vida. La educación terapéutica se enfoca en mostrar a la mujer estrategias óptimas para restaurar la función mediante correcciones posturales, enseñando la correcta activación muscular del periné y del abdomen (Lawson & Sacks, 2018).

Este estudio persigue generar conocimiento y promover la reflexión de los profesionales de la salud que acompañan a las mujeres (ginecólogos, matronas y fisioterapeutas especializados en SP) sobre la realidad a la que se enfrentan en el posparto y cómo la nueva situación puede afectar la experiencia de la sexualidad.



[Objetivos]

[Objetivos]

El principal objetivo de la investigación realizada fue comprender con mayor profundidad la percepción y la experiencia en relación con la sexualidad de las mujeres tras el parto.

Los objetivos secundarios que se establecen en esta investigación son:

- Analizar cómo los cambios físicos, emocionales y vitales afectan a la mujer durante el posparto y su repercusión en la sexualidad.
- Detectar qué necesidades presentan las participantes para mejorar su satisfacción durante el posparto, especialmente en su sexualidad.
- Conocer la información que han recibido las mujeres puérperas en relación con el periodo tras el parto y en relación con la sexualidad.
- Conocer la percepción de las parejas con relación a la sexualidad que experimentan las mujeres puérperas.
- Conocer la percepción y experiencia de los profesionales sanitarios especialistas sobre cómo viven estas mujeres la reanudación de las relaciones sexuales.
- Determinar la importancia para las mujeres puérperas de la fisioterapia del SP como herramienta para mejorar su sexualidad.

[Metodología]

[1. Diseño del estudio 2. Grupo investigador 3. Contexto y participantes 4. Técnicas e instrumentos de recogida de la información 5. Procedimientos y recursos 6. Procedimientos de procesamiento, tratamiento y análisis de datos 7. Criterios de credibilidad y rigor de la investigación]

En este capítulo se abordará el proceso metodológico para conocer como se ha llevado a cabo el estudio. Se describe y explica cada fase de la investigación para profundizar y conocer mejor como se realizó. Se expone, por lo tanto, el diseño del estudio, las características de los participantes, el contexto y los investigadores, además se muestra la selección de técnicas e instrumentos utilizados para la recogida de la información, el proceso de recogida de dichos datos, las fases y la temporización del proyecto. Se detalla, a su vez, los recursos empleados, los procedimientos y el procesamiento, tratamiento y análisis de la información obtenida. Y finalmente, se incluyen los criterios de credibilidad y rigor alcanzados en la investigación realizada.

3.1. Diseño del Estudio

La metodología utilizada en este proyecto se enmarca dentro del paradigma de la investigación cualitativa, de tipo fenomenológico con perspectiva descriptiva (Giorgi, 2005; Giorgi & Giorgi, 2003). En el estudio se pretende describir la sexualidad de las mujeres puérperas, a través de su propia experiencia y gracias a la visión de las parejas y los profesionales de la salud que las atienden durante este periodo.

La investigación cualitativa busca explicar los fenómenos que ocurren en la realidad gracias a la interpretación y comprensión a través de la visión personal (Ruiz Olabuénaga, 2012), intentando dar significado a dichos fenómenos, cuya importancia es la que le otorgan quienes lo vivencian (Denzin & Lincoln, 2004; Maykut & Morehouse, 1999). El motor de este tipo de investigación, según Bonilla y Rodríguez (1995), “es su interés por captar la realidad social “a través de los ojos” de la gente que está siendo estudiada” [sic] (Bonilla & Rodríguez, 1995).

En el caso de este estudio, se optó por esta metodología para comprender y dar sentido a la esencia de la vivencia, la sexualidad después del parto, indagando en las percepciones, visiones, valores, ideas, sentimientos e intereses de los sujetos. Por lo tanto, teniendo en cuenta las características y propósitos del estudio, se fundamenta la elección del tipo de metodología. Debido a la trayectoria profesional de la investigadora principal, se decide estudiar el tema de la sexualidad en el posparto, ya que tras años trabajando con mujeres puérperas, le suscita especial interés conocer la vivencia de retomar las funciones sexuales después de haber pasado por un parto, con el fin de generar un conocimiento que permita a los profesionales de la salud, en especial a los fisioterapeutas especializados en el cuidado de la mujer y el SP, ofrecer un mejor entendimiento y facilitar un enfoque integral y holístico adoptando decisiones más racionales y una mayor eficacia e impacto de los programas de salud (Ulin et al., 2006).

Por consiguiente, el presente trabajo de investigación sigue las líneas fenomenológicas con una metodología basada en la comprensión. Es interesante tener en cuenta que la fenomenología no estudia la realidad similar para todos, buscando un concepto generalizado, sino la realidad que depende del modo de ser vivida y percibida (Ramírez, 2016). Es una aproximación a la experiencia subjetiva de otros que permite, por su riqueza interna y reflexiva, la comprensión, a la par que sirve como fuente de conocimiento (Galeano, 2014). La fenomenología descriptiva busca la esencia de las cosas por medio de las descripciones que las personas aportan en relación con sus experiencias. Giorgi (1997) describió que esas experiencias siempre van acompañadas de un significado que el propio sujeto aporta en función de sus vivencias. Es la fenomenología la que indaga en el significado que el sujeto le da a esa experiencia.

El diseño de la investigación cualitativa permanece flexible, antes y durante el proceso de investigación real (Taylor & Bogdan, 2002). Esta flexibilidad se construye ya que la investigadora puede sentir la necesidad de realizar modificaciones o cambiar aspectos relevantes durante el transcurso del estudio al encontrarse con situaciones nuevas que supondrían un cambio de perspectiva. Es importante que la investigadora esté en todo momento abierta a lo inesperado, adaptándose a las necesidades reales del contexto (de Gialdino, 2006). En el caso del presente estudio, todo comenzó con el planteamiento de la pregunta: ¿Cómo perciben las mujeres su sexualidad tras el parto? Y concluyó con la realización de un informe final a partir de los resultados obtenidos del exhaustivo análisis de las diferentes técnicas de recogida de la información empleadas.

El proceso metodológico fue emprendido de manera rigurosa, debido a la importancia tanto de la calidad de la investigación como de los métodos que se han empleado para recoger y analizar los datos (Fox, 1981). Es por ello, que se ha realizado una exhaustiva interpretación de los testimonios recogidos en el proyecto (Carr, 1988).

Durante el proceso de estudio ha existido un acercamiento a la realidad que ha conllevado una planificación previa y sistemática. Según se iba avanzando en el proceso de la investigación, ha existido una observación y a su vez, reflexión sobre todos los factores relacionados con la sexualidad en la etapa posparto. A lo largo de todo el periodo de investigación se ha mantenido un estado de meditación y razonamiento de manera permanente que ha originado una transformación del proceso y un acercamiento a la realidad estudiada (Kerlinger, 2002).

Siguiendo los criterios de credibilidad y rigurosidad de la metodología cualitativa (Colás, 1992; Soler & Enrique, 2012) la investigadora principal ha seguido de manera exhaustiva y sistemática un desarrollo ordenado y ha intentado cultivar actitudes clave para el manejo de la investigación como es la curiosidad, la observación, la reflexión, la exigencia con ella misma y con el proceso, evitando sesgos y prejuicios. Entendiendo que la realidad se desvela gracias a la indagación y búsqueda constante (Pérez, 2007). En conclusión, los métodos cualitativos subrayan la validez de sus estudios, realizando las investigaciones de manera sistemática, con procedimientos rigurosos, aunque no necesariamente estandarizados (Taylor & Bogdan, 2002).

La elección de la metodología cualitativa como alternativa a la concepción positivista de carácter cuantitativo, se debe a la búsqueda del conocimiento sobre la realidad vivida por los sujetos, obteniendo respuestas a preguntas que no conseguiríamos mediante una perspectiva cuantitativa (Latorre, 2003). Mediante la metodología cualitativa se pretende aprovechar la riqueza que aportan los participantes, buscando la descripción detallada de sus percepciones ante el reinicio de las relaciones sexuales tras el parto y la función sexual que se experimenta en esta etapa; poniendo especial atención en los sentimientos, procesos de pensamiento y emociones, observados no sólo en los principales sujetos de estudio, las mujeres puérperas, sino también en sus parejas y profesionales de la salud que las atienden en esta etapa (Watson-Gegeo, 1988). Estos detalles vivenciales serían más complicados de conocer a través de otros métodos científicos (Corbin, 2003).

En el caso de Fisioterapia, en la práctica clínica diaria, es necesario conocer todos los factores que pueden estar perpetuando la problemática del paciente. Por ello, es común para los

fisioterapeutas la inquietud de la búsqueda de factores estresantes que estén de una manera u otra influyendo en la buena o mala recuperación del paciente. Es por eso, que los estudios cualitativos que centran su atención en la vivencia del qué y cómo sucede y no focalizando sólo en la patología, podrían dar un valor añadido a su práctica diaria, ya que se acerca más a un modelo biopsicosocial del paciente (Gibson & Martin, 2003).

En fenomenología, la recogida de datos se enfoca en la fuente primaria, en la que el protagonista es el sujeto que vive el fenómeno. Es el investigador cualitativo quien trata de comprender a las personas que se encuentran dentro de la realidad vivenciada. Como Taylor y Bogdan (2002) refieren, es esencial experimentar la realidad tal y como otros la experimentan para entenderla. Y es por ello que, mediante el entendimiento y la interpretación para comprender la vivencia y el contexto, la investigadora se convierte en partícipe (Cohen & Omery, 2003), no es imparcial, no es inocente, no es neutral, forma parte de la realidad social contada, más aún si esta realidad es familiar y forma parte de su propia experiencia vivida (de la Cuesta, 2003; Hammersley & Atkinson, 1994). La investigadora, por lo tanto, se sitúa como sujeto con una biografía y una perspectiva que influye o condiciona lo preguntado, el modo de preguntar e incluso cómo y qué se interpreta (de la Cuesta, 2003). Debido a esto, los investigadores cualitativos deben romper con los posibles conocimientos estereotipados previos, apartando sus propias creencias y perspectivas, intentando observar cada suceso como si ocurrieran por primera vez (Taylor & Bogdan, 2002). La trayectoria profesional de la investigadora principal se ha centrado durante años en el cuidado de la salud pélvica en las mujeres, y le ha suscitado especial interés

indagar en la vivencia de la sexualidad de las mujeres durante el posparto con el fin de ofrecer una atención integral en fisioterapia y el resto de especialidades sanitarias.

3.2. Grupo Investigador

Los investigadores que forman parte del estudio son tres profesoras de Fisioterapia, la investigadora principal pertenece al Departamento de Fisioterapia en la Facultad de Ciencias de la Actividad Física y del deporte de la Universidad Europea; y dos profesoras del Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Alcalá, todas ellas son fisioterapeutas interesadas en el objeto de la investigación. El grupo investigador fue seleccionado buscando la manera de enriquecer lo máximo posible el proyecto y sus integrantes fueron elegidas de forma consciente para obtener resultados basados en la calidad investigadora:

- Una fisioterapeuta, profesora y experta en metodología cualitativa, codirectora y tutora de la presente tesis doctoral.
- Una fisioterapeuta, profesora y experta en Salud de la mujer y coordinadora del grupo de investigación “Fisioterapia en los procesos de salud de la mujer” de la Universidad de Alcalá. Directora de esta tesis doctoral.
- Una fisioterapeuta, profesora e investigadora principal y autora de este trabajo. Experta en SP con una experiencia mayor de 12 años en el cuidado de la Salud de la mujer.

Se trabajó de manera conjunta desde el inicio en la planificación de la investigación, la implementación y el análisis del estudio. Para ello fue preciso de una gran coordinación entre el grupo investigador, favoreciendo un clima de confianza donde la comunicación, la colaboración

y el intercambio de conocimientos y experiencias de las integrantes, eran el pilar del trabajo conjunto.

La investigadora experta en metodología junto con las investigadoras expertas en Salud de la mujer ideó el diseño metodológico a llevar a cabo. La investigadora experta en Salud de la Mujer tuvo un papel principal guiando a la investigadora principal dentro de las realidades a investigar, facilitando en gran medida, el enfoque del estudio. El desarrollo del trabajo de campo correspondió íntegramente a la investigadora principal. Mas tarde, todas las investigadoras participaron en el proceso de análisis de la información favoreciendo la triangulación de la investigación cualitativa a fin de aumentar la credibilidad y validez de los resultados, expuesto más adelante en el apartado específico “Criterios de credibilidad y rigor de la investigación”.

3.3. Contexto y Participantes

La investigación se ha desarrollado en el contexto de Centros de Fisioterapia (CF) situados en tres localidades diferentes: Clínica Fised y SanaManzana ambos localizados en Madrid, CF Crecer en Toledo y clínica CIES en Talavera de la Reina, todos ellos de gestión privada. Los centros seleccionados presentaban una unidad en Salud de la mujer o especialidad en Pediatría cuyo enfoque se centraba en los cuidados Materno-infantiles, donde se iba a poder contactar más fácilmente con los sujetos a estudio en esta investigación.

Los participantes incluidos en este estudio han sido:

- Mujeres en el posparto cuyo periodo no excediera de seis meses desde el parto.

- Parejas de mujeres puérperas con independencia del género y de la orientación sexual.
- Profesionales de la salud:
 - Matronas y ginecólogos que proporcionaran asistencia sanitaria a estas madres durante la etapa del posparto.
 - Fisioterapeutas especializados en la Salud de la mujer que presentaran experiencia en el tratamiento de las mujeres puérperas.

El motivo de elección del periodo de seis meses como etapa posparto en este estudio se debe a que a pesar de que la bibliografía sitúa el periodo posparto entre las primeras 6-8 semanas después del parto (Johnson, 2011; Leal et al., 2012) el plazo de 6 semanas después del parto es considerablemente corto, aún más si tenemos en cuenta que más del 60% de las mujeres no han retomado ninguna actividad sexual durante este periodo de tiempo (Barrett et al., 2000; McDonald & Brown, 2013; O'Malley et al., 2015). Esto podría deberse a que en periodos de tiempo tan cortos las mujeres no hayan podido recuperarse física y emocionalmente del nacimiento del bebé. En la realidad hay mujeres que reanudan sus actividades sexuales en la sexta (32%) y octava semana, pero una gran parte de las mujeres se esperan y reinician entre los 3 (78%), 6 (85%) y 12 meses (94-97%) posparto (McDonald et al., 2015; McDonald et al., 2017). Por lo que se decidió abarcar un periodo de estudio de 6 meses ya que la mayoría de las parejas han retomado sus encuentros.

3.3.1. Elección y Captación de las Mujeres Puérperas y Parejas.

Para la participación en el estudio, las mujeres debían cumplir ciertos requisitos: ser mayores de edad, presentar capacidad física y psíquica para comprender y participar en el estudio, además de hablar la lengua castellana. Se incluyeron en el estudio aquellas mujeres que hubieran dado a luz mediante parto vaginal, instrumental o cesárea; fueran primíparas, secundíparas o multíparas; hubieran sufrido lesión del canal del parto o no, presentando un periné íntegro o con traumatismos perineales; hubieran alimentado a su bebé mediante lactancia materna, la lactancia artificial o mixta; hubieran leído y firmado el consentimiento informado. Quedaron excluidas las mujeres que padecían alguna enfermedad sistémica o neurológica, aquellas que presentaran limitaciones cognitivas para comprender la información, aquellas que tras el parto el bebé o la madre hubiesen tenido que permanecer ingresados o sufrieran la pérdida del bebé por muerte perinatal.

En el caso de las parejas, los requisitos que debían cumplir es que su pareja, la mujer puérpera, cumpliera los criterios de inclusión, además, debían de ser mayores de edad, presentar capacidad física y psíquica para comprender y participar en el estudio, además de controlar la lengua castellana.

La captación de los sujetos fue realizada por los fisioterapeutas que trabajaban en los CF previamente expuestos. Fueron ellos, los fisioterapeutas, los que se ocuparon de identificar a las mujeres susceptibles de ser incluidas en el estudio, comprobar que las participantes cumplieran los requisitos de inclusión y exclusión y explicar el objeto de estudio, en qué consistía y cómo se realizaría y se las invitó a participar en él a ellas y a sus parejas. Los interesados se pusieron en

contacto con la investigadora principal que concertó una cita inicial en la que se presentaba y les explicaba detenidamente el cometido del estudio, cómo se realizaría y la utilidad de los resultados. La investigadora principal les facilitó la hoja de información y el documento de consentimiento informado ([Anexo I](#)) y respondió al participante toda pregunta generada en relación con cualquier inquietud respecto al proyecto. En cuanto firmaban el consentimiento informado se incluían en el estudio formando así parte de la muestra. A continuación, se concretó, según la disponibilidad de las madres y parejas el momento de la entrevista o grupo de discusión.

3.3.2. Elección y Captación de los Profesionales Sanitarios.

En el caso de los profesionales de la salud, se tuvo en cuenta qué profesionales podrían aportar más al estudio por su proximidad a estas mujeres en el periodo posparto. Se pensó que estos profesionales serían matronas con asistencia en atención primaria, así como ginecólogos y fisioterapeutas especializados en suelo pélvico.

A través de los fisioterapeutas de los centros de fisioterapia (CF) seleccionados para participar en el estudio, se les pidió que dieran referentes en el ámbito de ginecólogos y matronas para poder contactar con ellos e invitarlos a participar. La investigadora principal se puso en contacto con esta red de profesionales, recomendados por compañeros profesionales de la salud, para explicarles en profundidad el propósito del estudio. Todos aquellos que aceptaron y que firmaron el consentimiento informado fueron incluidos en el estudio.

3.3.3. Selección de la Muestra.

Para llevar a cabo el estudio, fueron necesarias varias formas de muestreo. Se utilizaron el “muestreo por conveniencia” y la “técnica de la bola de nieve” como técnica de muestreo.

Para poder realizar el “muestreo por conveniencia” se decidió acudir a los lugares donde el contexto o las personas que lo habitaban fueran próximas al fenómeno de estudio durante el periodo posparto, para poder acceder fácilmente a la experiencia de la sexualidad durante este periodo. En el momento de comenzar la selección de los participantes se tuvo en cuenta las siguientes preguntas propuestas por Mayan, (2001): ¿Quién podría facilitarme la información más relevante? ¿Cuáles son los contextos donde podría encontrar la información sobre mi tema de interés? Teniendo en cuenta dichas preguntas, las respuestas son claras, las personas que pueden facilitar esta información son mujeres en periodo posparto, sus parejas y los profesionales sanitarios que las asisten en este periodo; y el contexto que se determinó se vinculó a los CF especializada en suelo pélvico, donde las mujeres púerperas estuvieran acudiendo (Mayan, 2001).

Para completar la muestra, fue preciso utilizar la “técnica de la bola de nieve” (Morse et al., 2002; Valles, 2002), en la que se propuso a los participantes invitar a participar a otras madres, parejas o profesionales que ellos mismos consideraran como buen candidato ya que podrían aportar su visión y enriquecer el conocimiento a través de sus vivencias. El objetivo fue conseguir contactar con informantes relevantes, que a su vez pusieran a la investigadora en contacto con otros participantes. La investigadora principal se puso en contacto con los candidatos y

determinó si se trataban de posibles participantes o no. Tras concluir que sí cumplían los criterios de inclusión, se les incluyó en el estudio.

Tabla 1. Técnicas de muestreo.

Tipo de muestreo	Criterios
Muestreo por conveniencia	Mujeres puérperas en un periodo menor o igual a seis meses, sus parejas y los profesionales de la salud que las asisten (ginecólogos, matronas y fisioterapeutas).
Técnica de la bola de nieve	Participantes relevantes (mujeres puérperas, parejas o profesionales de la salud) derivados del contacto de otros participantes. Los nuevos informantes deben cumplir los criterios de inclusión.

Origen: Elaboración propia.

El tamaño muestral en los estudios cualitativos no se conoce al inicio, lo importante no es el tamaño de la muestra, sino la riqueza de los datos obtenidos, las habilidades de observación y el análisis llevado a cabo. Si se tuviera que determinar cómo se define entonces el tamaño muestral en los estudios cualitativos, podríamos decir que “todo depende”, como describe Martínez-Salgado (2012) referenciando a Patton (2002). Según Taylor y Bogdan (1987), el número de casos estudiados no importa, lo importante es el potencial que presenta cada caso en aportar al investigador las herramientas posibles para desarrollar la comprensión teórica sobre el área estudiada. Se culmina la recogida de datos cuando se llega a la saturación teórica, esto se determina al no aparecer nuevos datos relevantes, observando que la investigadora ve una y otra vez casos similares que no aportan ideas nada relevantes a lo ya conocido (Valles, 1997).

3.3.4. Codificación de los Participantes.

A cada sujeto participante en el estudio se les asignó un código de identificación. El código se utilizó en todos los documentos utilizados durante la investigación, excepto en el consentimiento informado donde sí se revela la identidad, con el fin de proteger la confidencialidad de los datos obtenidos en el estudio.

Los códigos asignados seguían una codificación sistemática en la que se determinaba qué grupo de sujeto era, qué tipo de herramienta de recogida de datos y un número siguiendo el orden de inclusión en el estudio dependiendo del grupo al que pertenecen.

Tabla 2. Estructuración de la codificación de los sujetos.

Código	Recogida de datos	Sujeto	N.º de inclusión en el proyecto según grupo de sujetos
EM1	Entrevista en profundidad	Mujer puérpera	Ej. 1
GDM12	Grupo de discusión	Mujer puérpera	Ej. 12
FOM3	Foro <i>online</i>	Mujer puérpera	Ej. 3
EP	Entrevista	Pareja	...
GDP	Grupo de discusión	Pareja	...
EPr	Entrevista	Profesional	...
GDPPr	Grupo de discusión	Profesional	...

3.4. Técnicas e Instrumentos de Recogida de la Información

En este apartado se describen las técnicas e instrumentos de recogida de la información en las que se ha basado la presente investigación, siguiendo los principios que rigen la investigación cualitativa (Ruíz Olabuénaga, 1996). La recogida de datos se realizó mediante dos técnicas de conversación (entrevistas en profundidad y grupos de discusión) y una técnica basada en la observación (foro *online*).

3.4.1. Técnicas Basadas en la Conversación.

Entrevista en Profundidad. La entrevista en profundidad ha sido la técnica más recurrida dentro de este trabajo de investigación para la recogida de datos, buscando profundizar en el fenómeno de la sexualidad después del parto y de cómo pueden influir en su vivencia las cogniciones, emociones y conductas del sujeto.

Taylor y Bogdan (1987) describen la entrevista en profundidad como una conversación entre iguales y en la que el investigador además de ser el responsable de guiar la entrevista, se considera instrumento de la investigación. Como resultado cada entrevista es diferente, mostrando una gran versatilidad en las respuestas obtenidas, en algunos casos, obteniendo respuestas inesperadas o siendo dispares tanto en la cantidad de información como en la calidad de lo relatado.

La entrevista en profundidad busca ahondar en las perspectivas de los sujetos sobre sus vidas, experiencias y situaciones con la finalidad de mejorar el conocimiento a través de la comprensión las propias palabras permitiendo explorar los temas emergentes resultado de la información transmitida (Hernández, 2014).

Las entrevistas se realizaron tanto a mujeres puérperas como a sus parejas, al igual que a los profesionales de la salud. Estas entrevistas estaban definidas siendo diferentes para las mujeres puérperas como para su pareja como para los profesionales, tanto en los contenidos como en el contexto ([Anexo II-IV](#)). Todas las entrevistas se llevaron a cabo a través de una conversación dentro del marco de la consulta de fisioterapia en los CF colaboradores del estudio.

Buscando alcanzar el objetivo, las entrevistas en profundidad se realizaban de manera individualizada, el formato diseñado para las entrevistas fue entrevistas semiestructuradas (el investigador diseña un guion de preguntas sobre el tema a estudio) donde las preguntas que se realizan son abiertas, permitiendo al informante expresar sus opiniones y matizar sus respuestas, e incluso desviarse de la dinámica del guion diseñado aportando temas emergentes. Según los criterios descritos por Martínez (2014), se debe evitar el uso de preguntas que impidan respuestas espontáneas y libres (no dirigidas), se debe de indagar en las evocaciones experimentadas por el entrevistado (amplitud) y durante las entrevistas se debe de intentar obtener carga afectiva en las respuestas de los sujetos, conociendo si la experiencia vivida tuvo o no significación para el sujeto (profundidad y contexto personal). Durante la entrevista se usaron técnicas conservatorias como: clarificación de términos o sucesos, síntesis de los algunos fragmentos, parafraseo para afirmar la comprensión o hacer mayor hincapié en determinados conceptos, escucha activa, uso de tiempos tanto de escucha como de silencios; además de habilidades propias de la investigadora mostrando interés por el relato, mostrando empatía para generar un estado de confort y confianza y dirigiendo la conversación haciendo que sea fluida y natural (Blasco & Otero, 2008).

La elaboración del guion de la entrevista se desarrolló con el objetivo de cubrir los temas claves a explorar, permitiendo que cada informante produzca información sobre todas las áreas generales que interesan en el estudio. Se pidió a dos fisioterapeutas externos expertos en cualitativa y a dos fisioterapeutas externos especialistas en suelo pélvico que valorasen las preguntas y realizasen aportaciones para mejorar el guion. A su vez, el guion resultante de las aportaciones se probó en dos entrevistas que sirvieron para ajustar y adaptar las preguntas mejorando su comprensión. Tras este proceso se elaboró el guion final de las entrevistas para mujeres puérperas ([Anexo II](#)), parejas ([Anexo III](#)) y profesionales de la salud ([Anexo IV](#)).

Todas las entrevistas fueron grabadas íntegramente por una grabadora digital, previo consentimiento del sujeto a estudio. Las entrevistas se realizaron a solas, excepto en los casos de EM10, EM11 y EM12, cuya entrevista se realizaron en presencia de su bebé, consecuentemente existieron momentos de intervención para atenderlo.

Las entrevistas a las mujeres puérperas, parejas y profesionales de la salud siguieron la siguiente dinámica: tras un saludo inicial se procedió a explicar el objeto de la entrevista y de la investigación de manera breve, se les informó de la posibilidad de solicitar la transcripción de sus entrevistas y a los datos aportados o si el investigador lo precisara como forma de validación para aumentar la “credibilidad” del estudio (Lincoln & Guba, 1990). Se les pidió la autorización para la grabación de la conversación y se garantizó el anonimato del/de la entrevistado/a. Además, se les informó de que podrían no contestar alguna pregunta si no se sintiese cómodo o darla por finalizada y de la posibilidad de abandonar el estudio si así lo deseaban. Seguidamente, se les pidió que leyeran detenidamente la hoja de información y el consentimiento informado

(Anexo I), pudiendo realizar las preguntas necesarias al respecto, y finalmente, en caso de aceptación, firmara el consentimiento.

Se inició, en el caso de las mujeres puérperas y sus parejas, a través de una recogida de datos como es la edad, periodo de posparto, tipo de parto, existencia de partos o embarazos previos, presencia de lesiones perineales y tipo de lactancia.

Seguidamente, comenzaba la conversación a través de preguntas más abiertas y generales y poco a poco se fue accediendo a preguntas más profundas y focalizadas en la vivencia que se quería recoger, de esta manera se generó un ambiente de confianza. Cada sujeto de investigación respondía las preguntas en relación con su vivencia como mujer, pareja o profesional. Las entrevistas cubrieron los aspectos de interés que presenta la tabla 3.

Tabla 3. Temas abordados en las entrevistas.

Temas	
•	Vivencia de la etapa posparto.
•	Sentimiento al reiniciar las relaciones sexuales.
•	Fases de la sexualidad: Deseo sexual, excitación, orgasmo. Identificación de posibles factores influyentes.
•	La percepción de la lubricación.
•	El estado de la satisfacción sexual en este periodo.
•	Experiencia del dolor durante las relaciones sexuales.
•	Identificación de preocupaciones, miedos asociados al dolor.
•	Identificación de la imagen corporal y profundización en relación a los sentimientos avocados.
•	Profundización del entorno familiar.
•	Profundización en la relación de pareja, identificando posibles cambios tras el nacimiento del bebé.
•	Identificación de miedos, inseguridades que pueda presentar desde el parto.

•	Situación emocional de la mujer en este periodo. Tristeza puerperal y/o depresión posparto.
•	Indagar sobre la experiencia del parto.
•	Actitudes sexuales en el periodo posparto.
•	Asesoramiento profesional y su satisfacción.
•	Fisioterapia en el posparto.

La duración media de las entrevistas a los sujetos se estableció en una hora aproximadamente, manteniéndose dentro de los márgenes habituales en las entrevistas cualitativas (Latorre, 2003). Estas entrevistas se organizaron de manera flexible, siempre teniendo en cuenta la disponibilidad del participante y adaptándose a sus necesidades, mostrando total accesibilidad por parte de la investigadora principal.

Grupos de Discusión. En la presente tesis doctoral se obtuvieron datos a través de otra técnica basada en la conversación, el grupo de discusión. Gracias a esta técnica se recogieron las experiencias de los diferentes colectivos implicados en el estudio (Latorre, 2003). La decisión de utilizar esta herramienta fue la obtención de datos complementarios y diferentes a las entrevistas en profundidad realizadas.

Técnicamente, el grupo de discusión consiste en reunir a un grupo de participantes que conforman una muestra estructural con características propias. Está guiado por un moderador experto, en un clima relajado y para los participantes, confortable y satisfactorio. El objetivo es conocer las opiniones, los sentimientos y conocimientos sobre el tema a estudio. Lo interesante de este grupo de discusión es que existe una interacción entre los participantes mediante relaciones simétricas entre los miembros que permiten el acoplamiento de las hablas y favorece la reproducción social del discurso, objetivo fundamental de los grupos de discusión (Cano, 2008).

El uso de la técnica de grupo de discusión como recogida de datos se debe según expone Ibáñez (1979), a que el orden social en el que se encuadra el lenguaje de cada participante no se realiza de manera consciente, siendo necesario el discurso en grupo para reproducirlo y reordenarlo. La forma en cómo Ibáñez (1979) concibe el grupo es desde una perspectiva del todo, el grupo de discusión es el escenario en el que mediante una producción colectiva se genera un discurso propio gracias a la conversación.

En los grupos de discusión realizados en este estudio, la investigadora propone una conversación en torno al tema de estudio, buscando que el grupo produzca un discurso compartido, esperando alcanzar un acuerdo o un consenso sobre las cuestiones generadas, a través de la influencia que el discurso de uno ha supuesto para el otro, lo que se denomina la influencia recíproca (Gadamer, 1997). Mediante el intercambio y la influencia recíproca entre los participantes y la tendencia de consenso implícita en la conversación, se obtiene como resultado el discurso compartido. Por lo que se podría entender que el grupo de discusión disminuye el poder de la individualidad, potenciando la dimensión colectiva y grupal, lo que permite profundizar en otras perspectivas de la misma realidad (Callejo, 2002).

El objetivo de la reunión es intentar conocer o averiguar la opinión como colectivo de cuáles son las emociones, perspectivas, conocimientos y factores influyentes en relación con la vivencia de la sexualidad de las mujeres puérperas. La intención del uso de la técnica de grupo de discusión en esta investigación se debe a la riqueza de matices y de temas emergentes que se producen durante la conversación y la variedad de datos recogidos. En el caso de este estudio, la

información procede de diferentes fuentes con diferentes roles, las propias mujeres puérperas, sus parejas y los profesionales de la salud (Maykut & Morehouse, 1999).

Para el diseño, la planificación y conformación de los grupos de discusión se han tenido en cuenta las recomendaciones de Miquel et al. (1997):

- El número de participantes por grupo puede variar, lo recomendado es que oscile entre cinco y diez interlocutores, aunque otros autores definen como número óptimo entre seis y ocho participantes.
- La duración suele ser entre los treinta y sesenta minutos.
- El moderador no debe de hablar en el inicio de las reuniones, únicamente debe agradecer la participación y asistencia a los miembros, explicar los objetivos del estudio, marcar el objetivo específico de la reunión e introducir el tema a discutir. Es importante que explique la dinámica, pedir autorización a la grabación del encuentro y exponer el papel del investigador como moderador de la reunión.
- El moderador debe de ser neutral, adaptar el lenguaje a las características del grupo, promover la participación de todos los interlocutores, provocar ideas complementarias, ser conciliador ante opiniones contrarias o conflictivas, reconducir la temática y no debe de introducir juicios de valor.
- El lugar de encuentro debe de ser un sitio agradable, sin ruido, accesible y separado del contexto real de la vida de los participantes (Miquel et al., 1997).

En el caso de esta investigación se tuvieron en cuenta los criterios anteriormente nombrados y se intentaron cumplir el máximo número de requisitos. Además, la selección de los grupos se rige por criterios de homogeneidad intragrupo y heterogeneidad intergrupo, con el objetivo de recoger los discursos sociales necesarios para interpretar la realidad estudiada (Ibáñez, 1979). El número de grupos necesarios es el que provocó saturación de hablas y discursos (Cano, 2008).

Para garantizar la heterogeneidad intergrupo se conformaron los grupos dependiendo del colectivo: grupo formado por mujeres puérperas, grupo formado por parejas, grupo formado por profesionales de la salud. Con el fin de garantizar la homogeneidad intragrupo se diseñaron grupos de discusión diferentes teniendo en cuenta la localidad donde residían.

Siguiendo estas directrices se formaron tres grupos de mujeres puérperas, uno de parejas y otro de profesionales de la salud. La composición y distribución de los grupos queda reflejada en la tabla 4.

Tabla 4. Distribución de los grupos de discusión

Participantes	Localidad
Mujeres puérperas	Toledo
	Talavera de la Reina
	Madrid
Parejas	Madrid
Profesionales de la salud	Madrid

La moderación de todos los grupos de discusión fue llevada a cabo por la investigadora principal, facilitando un clima relajado y favoreciendo la puesta en común de las opiniones, conocimientos y sentimientos que surgían en la conversación en relación con la vivencia de cada sujeto (Ibáñez, 1979). Las conversaciones de cada grupo fueron grabadas en audio gracias a una grabadora digital y las sesiones se realizaron en salas privadas en los CF propuestos en el estudio. La duración media de los grupos de conversación fue aproximadamente de sesenta minutos.

En cada grupo de discusión se desarrolló el mismo protocolo de actuación: tras una breve presentación a los participantes y los objetivos del estudio, se planteó como tema la sexualidad que experimentan las mujeres puérperas, los participantes tuvieron que exponer su visión sobre cómo lo viven las mujeres. En todos los grupos se preguntó sobre: vivencia de la etapa posparto, sentimiento al reiniciar las relaciones sexuales, cómo experimentan las diferentes fases de la sexualidad (deseo sexual, excitación, orgasmo), identificación de posibles factores que se manifiestan durante el posparto que podrían influir en la sexualidad, posibles cambios en la lubricación, satisfacción sexual en el posparto, presencia de dolor durante las relaciones sexuales, de estar presente este, qué estrategias empleaban para afrontarlo y qué preocupaciones, o miedos sentían ante el dolor, cambios en la imagen corporal y profundización en relación con los sentimientos avocados, estado del entorno familiar y de pareja, posibles miedos, inseguridades personales, cambios emocionales (tristeza puerperal y/o depresión posparto), experiencia del parto, actitudes sexuales, asesoramiento profesional y su satisfacción, fisioterapia en el posparto. Además, en el caso de los profesionales de la salud, se les cuestionó sobre qué aportan

para mejorar la satisfacción de estas parejas ante la sexualidad, cómo abordaban el dolor en clínica ([Anexo II-IV](#)).

A la hora de planificar las reuniones se tuvo en cuenta la disponibilidad de todos los participantes con el fin de facilitar la asistencia. Aun así, algunos participantes no pudieron asistir a última hora, como fue el caso del grupo de parejas.

3.4.2. Técnicas Basadas en la Observación.

Siguiendo las bases de la investigación cualitativa, la observación fue otra de las herramientas utilizadas en este estudio (Ruiz Olabuénaga, 2012).

Foro Online. El método de observación empleado fue un foro *online* creado a propósito, en el que se expusieron diferentes temáticas en relación con los objetivos propuestos, y en el que los participantes expresaron sensaciones, dudas, reflexiones y emociones que les surgían durante el posparto. El foro electrónico facilita el aprendizaje colaborativo desde el anonimato y la intimidad, favorece la interacción entre los participantes de manera activa en la búsqueda del conocimiento hacia metas comunes, logrando desarrollar nuevos conocimientos, aclarar dudas, compartir experiencias, etc. (Brito, 2004).

Además, los foros *online* proporcionan un encuentro más cómodo para que las personas discutan temas sensibles de salud personal y son una buena alternativa a los grupos de discusión tradicionales ya que se mantiene el anonimato (Campbell et al., 2001). Estos foros deben entenderse como plataformas para iniciar discusiones, en las que las personas pueden preservar su intimidad y expresar sus sentimientos más fácilmente y sin censura (Gul et al., 2019).

Sus beneficios radican en la obtención de numerosas y diversas opiniones acerca del tema, lo que incrementa la información de los participantes sobre el mismo, permitiendo llegar a conclusiones generales, estableciendo enfoques y miradas diferentes sobre el mismo hecho (D'Amato & Krasny, 2011).

El foro *online* que se desarrolló para el estudio se enclavó en la interfaz de Facebook, habilitándose un grupo privado de miembros denominado "Sexo después del parto", invitando a participar a mujeres que se encontraban dentro de los criterios de inclusión. El foro *online* estuvo activo entre marzo 2018 y mayo 2018. Estas mujeres fueron captadas por medio de la técnica de bola de nieve, a través de las mujeres que ya formaban parte del estudio. En esta recogida, para darle más fuerza al concepto virtual, no se tuvieron en cuenta la localidad de las participantes, ya que una de las características de los recursos *online* es permitir a las personas en diferentes áreas geográficas comunicarse e intercambiar sus experiencias y opiniones sin viajes de larga distancia (Im & Chee, 2006; Jamison et al., 2018); otra de las características del foro *online* es la forma asincrónica, que permitió a las participantes interactuar sin un orden temporal determinado (Gul et al., 2019).

Actualmente, el uso de internet para los foros *online* y la investigación en salud presentan una buena relación, debido a los datos obtenidos, se considera una herramienta válida para la obtención de datos basados en la observación (Gul et al., 2019; Im & Chee, 2006; Jamison et al., 2018).

[Metodología]

El clima generado en el foro *online* fue informal y se marcaron pocas limitaciones normativas, solo referentes a la importancia de centrarse en el tema planteado y el respeto de las opiniones y experiencias ajenas. Los temas de discusión se publicaron en el sitio del foro cada semana (en total 15 semanas) y se pidió a las participantes que publicaran sus respuestas directamente en el foro. Los temas propuestos fueron similares a los expuestos anteriormente para el grupo de discusión o las entrevistas en profundidad para así cruzar los datos resultantes del trabajo de campo ([Anexo II-IV](#)). Cada semana se lanzaba al foro un tema invitando a la reflexión, y se distribuyeron las semanas de la siguiente manera, expuesto en la tabla 5.

Tabla 5. Temas referenciados en el Foro Online.

Semana	Preguntas
1	Reinicio de las relaciones sexuales
2	Deseo sexual
3	Excitación
4	Lubricación
5	Orgasmo
6	Dolor
7	Imagen corporal
8	Relación de pareja
9	Satisfacción de los encuentros sexuales
10	Maternidad
11	Estado emocional durante el periodo posparto
12	Inseguridades durante el posparto
13	Experiencia del parto
14	Asesoramiento y apoyo profesional
15	Fisioterapia del suelo pélvico.

3.4.3. Medios Audiovisuales.

Los medios audiovisuales utilizados en el estudio fueron grabaciones de audio, que fueron la vía principal de recogida de los datos en este estudio.

Las grabaciones de audio permiten registrar con exactitud las conversaciones y se trata de uno de los instrumentos auxiliares más utilizados (Pérez, 1994). Sirvieron para explorar en profundidad los datos aportados por los interlocutores, debido a que todas fueron transcritas y utilizadas para conseguir un análisis exhaustivo (Latorre, 2003).

Se llevó a cabo la grabación de todas las entrevistas en profundidad y los grupos de discusión realizados, con previa aceptación de los participantes tanto de manera escrita, por medio del consentimiento informado, como de manera oral al comienzo de cada entrevista o grupo.

Las grabaciones se realizaron con la grabadora Olympus modelo WS-806 que consta de USB de alta velocidad, memoria interna de 4GB, micrófono con reducción de ruido, esta grabadora se utilizó en todos los encuentros, posicionándola cerca de los interlocutores para captar con nitidez sus voces.

3.5. Procedimientos y Recursos

En este apartado se describen las etapas de la realización de la investigación cualitativa, el proceso cíclico y las fases concretas por las que ha pasado este proyecto de Tesis Doctoral, así como la exposición de los recursos empleados para su realización.

Es importante destacar que el proyecto debe de ser entendido como un proceso continuo y flexible (Ruíz Olabuénaga, 1996), aunque se hayan establecido fases en su elaboración y

organización. Presenta un diseño de tipo dialéctico a través del diálogo continuo con los participantes en el proyecto y el consenso entre el grupo investigador (Colás, 1992).

A nivel teórico y conceptual, la estructura de la presente investigación cualitativa fenomenológica se ha organizado en tres etapas: liberación de prejuicios, descripción y comprensión de la esencia. En la primera etapa, la investigadora principal junto con el resto de los componentes del grupo investigador redujo la influencia de los presupuestos teóricos, los condicionamientos externos y aspectos de la propia personalidad que pudieran interferir en la comprensión de las vivencias estudiadas. En la segunda etapa troncal, se describió el fenómeno objeto de estudio de forma simple, escueta, imparcial, exacta, precisa, sin complicaciones y completa en todas sus facetas. En la última de las etapas, y final de la descripción fenomenológica, se procedió a la comprensión de las esencias y al reconocimiento de las limitaciones, facilitando un mejor entendimiento del fenómeno (Fermoso, 1988).

A nivel práctico y según el trabajo de Latorre (2003), el proceso metodológico general de esta investigación sigue las fases expuestas en la tabla 6.

Tabla 6. Fases del proceso de la investigación

Fases del proceso	Acciones	Etapas conceptuales
Fase I: Exploración y planificación	Creación del grupo investigador	Liberación de prejuicios Comienzo de la descripción del fenómeno
	Reflexión y preparación del proyecto	
	Diseño de la investigación	
	Revisión bibliográfica	
	Análisis del estado de la cuestión	
	Elaboración del plan de investigación	
Fase II: Puesta en marcha y desarrollo	Desarrollo del guion	Descripción del fenómeno
	Contacto con informadores clave y acceso al campo	
	Desarrollo de las entrevistas	
	Desarrollo de los grupos focales	
	Desarrollo del foro online	
	Recopilación y transcripción de la información	
Fase III: Análisis y elaboración del informe	Análisis de los datos: codificación	Compresión de la esencia
	Análisis de la validez de los mismos	
	Explicación del fenómeno	
	Redacción del documento final	

3.5.1. Fases del Proceso

Como se ha acaba de exponer (tabla 6), este estudio se ha organizado y estructurado en tres grandes fases que engloban todo el proceso: fase I, que engloba la fase exploratoria, la reflexión y la planificación; fase II, entrada en el escenario, inicio y puesta en marcha del estudio; y fase III, la última en la que se lleva a cabo la recogida de datos, el análisis de la información, la retirada del escenario y la elaboración del informe final.

La fase I se planificó para llevarse a cabo entre los meses de noviembre de 2016, y junio de 2017, la segunda fase durante hasta el mes de mayo de 2019, y la última fase hasta diciembre de 2020.

Fase de Exploración y de Planificación. Esta fase es la primera dentro del proceso global del estudio y consta de dos subfases, una de exploración y otra de planificación.

La subfase exploratoria comenzó en el año 2016 hasta junio de 2017, cuando surgió el interés de profundizar en la experiencia vivida por las mujeres puérperas en las relaciones sexuales. En ella se realizó la primera toma de contacto con el problema de la investigación y se determinó el propósito de la misma: indagar sobre las influencias de emociones, sentimientos, cogniciones, creencias y conductas de las mujeres en el posparto ante las relaciones sexuales que podrían condicionar la percepción de la satisfacción sexual. Entendiendo que este era el propósito del estudio se decidió el tipo de metodología a seguir.

Durante este periodo se formó el grupo investigador que se encargó en tomar las decisiones para el desarrollo del proyecto. Se determinó cómo se iba a acceder al campo, se cuestionaron dónde se llevaría a cabo la recogida de datos, se indagó sobre los permisos necesarios para ello y se estipularon los plazos asociados a las fases del proyecto. Por lo que se decidió que:

- Los sujetos de estudio fueran no sólo mujeres puérperas, se trianguló la información a través de percepciones de sus parejas y profesionales de la salud.
- Los lugares de captación elegidos fueron centros vinculados al cuidado las mujeres en esta etapa, determinando que los CF eran los más adecuados.
- Las herramientas de recogida fueron también trianguladas a través de entrevistas en profundidad, grupos de discusión y foros *online*.

[Metodología]

- La recogida de datos fue llevada a cabo en localidades diferentes, seleccionándose Toledo, Talavera de la Reina y Madrid por su proximidad y la relación con la investigadora principal, facilitando el acceso a los sujetos.
- Las entrevistas y grupos de discusión se realizaron en los centros participantes del estudio.
- El proyecto fue presentado al Comité de Ética del Área de Salud de Talavera de la Reina.

En la subfase de planificación, se realizó el proyecto de investigación cumpliendo con los requerimientos expuestos en la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Además, en esta fase se realizó la búsqueda bibliográfica sobre el tema de estudio, centrándose en la sexualidad en el posparto y los factores implicados en la sexualidad que podrían modificar en esta etapa la sexualidad. Es importante señalar que, la búsqueda bibliográfica había comenzado antes de la planificación del estudio y no ha cesado durante el proceso del proyecto.

Se determinó qué centros podrían colaborar con el estudio y se contactó con los profesionales de la salud de los CF mencionados, en este caso fisioterapeutas. Esto permitió reconocer el grado de implicación y motivación en relación con el desarrollo del proyecto, debido a la necesidad de compromiso y disponibilidad para participar que requiere esta metodología (Latorre, 2003). Los cuatro centros con los que se estableció el contacto aceptaron participar en el estudio, convirtiéndose en los informadores clave y porteros, permitiendo el acceso al campo de estudio.

[Fase de Puesta en Marcha y Desarrollo](#). Durante esta fase se inició la entrada de escenario y el trabajo de campo, obteniendo los datos de interés de la investigación. Se realizó entre junio de 2017 y mayo de 2019.

Gracias a la recopilación de datos obtenidos por la búsqueda de bibliografía se elaboró el guion de preguntas que se iban a realizar a los sujetos de estudio. Estas preguntas se engloban en temas clave que se pretendía indagar conociendo la perspectiva de los participantes ([Anexo II-IV](#)).

Para comenzar esta fase, se obtuvieron las autorizaciones y permisos necesarios, presentando el proyecto al Comité de Ética del Área de Salud de Talavera de la Reina, recibiendo el informe favorable con el código CEIm 35/19 ([Anexo V](#)) y comenzando así con el trabajo de campo.

Se llevaron a cabo las entrevistas en profundidad a la vez que los grupos de discusión y el foro *online*. En ellos todos los participantes en el proyecto fueron informados por escrito y de manera verbal del propósito del estudio de investigación y firmaron el consentimiento informado previo donde aprobaron la recogida de datos y la grabación en audio de la sesión ([Anexo I](#)).

Tras la recogida de los datos y a la vez que se llevaba a cabo el trabajo de campo se transcribieron los datos a formato texto para facilitar así su análisis posterior. La transcripción fue textual y no se incluyeron opiniones o sugerencias de la entrevistadora, ni sus interpretaciones.

Fase de Análisis, Retirada del Escenario y Elaboración del Informe. En esta última fase, se procedió al análisis de datos, la comprensión de las esencias generadas tras estudiar el fenómeno y las relaciones entre ellas (Munhall & Oiler, 1986), además, se produjo la retirada de escenario y se elaboró el informe final. Todo ello se llevó a cabo entre marzo de 2019 y diciembre de 2020.

3.5.2. Procedimientos de Procesamiento, Tratamiento y Análisis de los Datos

La codificación se basó en agrupar los datos en fragmentos o segmentos en función de su significado, esto permitió reclutar los nuevos datos en unidades analizables y poder de esta manera descubrir temas clave que pudieran ayudar a entender el fenómeno estudiado (Gil & Cano, 2010).

El análisis temático fue guiado a través del enfoque sistemático de la Teoría fundamentada (Strauss & Corbin, 1998), cuyos orígenes se centran en las ciencias sociales, en las que se permite comprender una vivencia a través de la subjetividad de quien lo vive, enfatizando en el aspecto individual, holístico y dinámico de la experiencia humana (Vivar et al., 2010).

Previo a dar comienzo al análisis es importante familiarizarse con los datos, por lo que se realizó una lectura integral de los datos, facilitando una visión más amplia y completa. Tras la lectura en profundidad, se procedió al análisis que se realizó a través de una serie de codificaciones: abierta, axial y selectiva (Strauss & Corbin, 1998), para generar un marco conceptual que explicara el fenómeno de la sexualidad experimentada a través de las mujeres puérperas.

En la codificación abierta se fragmentaron y dividieron los datos en conceptos y categorías sin partir de un marco previo. El análisis lo llevaron a cabo las tres componentes del grupo investigador, formado por tres profesoras de Fisioterapia interesadas en el objeto de la investigación. Dos de ellas especializadas en el cuidado de la Salud de la mujer y la otra investigadora especializada en metodología cualitativa. El grupo investigador fue seleccionado buscando la manera de enriquecer lo máximo posible el proyecto y sus integrantes fueron elegidas de forma consciente para obtener resultados basados en la calidad investigadora. El análisis de los datos se trianguló mediante la interpretación de las investigadoras, que formaban parte del grupo investigador. Aportando el análisis desde tres puntos de vista diferente realizando una comparación sistemática de las interpretaciones de las diferentes investigadoras (Denzin, 1989 citado por Flick, 2007).

Primero se analizaron las entrevistas en profundidad de las mujeres puérperas, seguido de los grupos de discusión de las mismas y finalmente el foro *online*; en segundo lugar se analizaron las entrevistas de las parejas y el grupo de discusión realizado; y en tercer lugar se analizaron las entrevistas de profesionales y el grupo de discusión. Tras la primera fase de análisis se crearon conceptos, expresados en forma de códigos que fueron agrupados en categorías (Annells, 2003) y se pusieron en común para ser reflexionados por el grupo investigador, tras el consenso se elaboró un documento en el que se definió los códigos resultantes y se presentó la organización de los mismos en categorías. Se utilizó este documento para llevar a cabo la codificación axial, que consiste en comparar nuevos datos con las categorías resultantes de las anteriores comparaciones. Los miembros del grupo investigador siguieron con

el análisis del resto de los datos de las parejas y los profesionales, apareciendo nuevos códigos y reorganizándose algunas categorías. En cuanto se relacionaron las categorías se elaboraron redes de resultados e hipótesis (Strauss & Corbin, 1998). Seguidamente se procedió a la codificación selectiva en la que se integraron las categorías reduciendo el número de los conceptos y delimitando la teoría. En esta etapa, la actividad se orientó a la integración y el refinamiento de las categorías más significativas para formar una teoría. Es a través de esta codificación selectiva que el grupo investigador determinó la categoría central que dió sentido a todos los datos y sus relaciones explicando el patrón de comportamiento social objeto de estudio (Gil & Cano, 2010; Vivar et al., 2010).

A lo largo del análisis se hizo hincapié en la búsqueda e identificación de vacíos que demandaran mayor indagación y que permitieran, a través del muestreo teórico y saturación teórica, reconocer categorías emergentes para generar teoría. Sin embargo, los datos recogidos por medio de las entrevistas en profundidad, los grupos de discusión y los foros *online* fueron suficientes para alcanzar la saturación de información, lo que determinó que no fuera necesario ampliar la muestra (Vivar et al., 2010).

Se recopiló toda la información obtenida con el objetivo de proceder a su análisis mediante el programa informático de tipo cualitativo MAXQDA Plus ([Anexo VI](#)) en su versión 2018 para su codificación que facilitó el proceso interactivo en el que se ha basado la teorización (Bringer et al., 2006). Todos los datos fueron tratados siguiendo el proceso de validación basado en los criterios regulados de Guba (1981) para establecer el rigor científico: credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad (Guba, 1981; Latorre, 2003). En el [capítulo](#)

[Resultados](#) se puede consultar análisis final de los datos, alcanzando cierta abstracción o teorización sobre el tema expuesto.

3.6. Criterios de credibilidad y rigor de la investigación

La presente Tesis Doctoral se ha centrado en profundizar sobre cómo la sexualidad puede estar condicionada en mujeres en la etapa posparto, influyendo aspectos de índole cognitivo, emocional, social y conductual. La investigadora principal se ha preguntado cómo las vivencias en el posparto, las creencias en relación con los roles, las emociones que se presentan en esta etapa y comportamientos tanto propios, como de su pareja, familiares o sociales pueden estar desempeñando un papel importante en la vivencia de la mujer en relación con su sexualidad. Para poder responder estas cuestiones desde el punto de vista científico, es necesario cumplir los criterios de credibilidad y rigor.

Según Lincoln y Guba (1990), la credibilidad es uno de los factores más importantes para garantizar la fiabilidad de un estudio. En este estudio para garantizar la credibilidad, el valor de verdad o la validez interna se llevo a cabo la observación prolongada, una observación persistente, la triangulación de los métodos, de personas, de investigadores y de lugares; además de la adecuación referencial conservando todos los soportes en los que se almacenaron los datos.

La observación prolongada en el campo entre la investigadora y los participantes del estudio, permitió a la investigadora obtener una comprensión adecuada y real del contexto que estudiaba y establecer una relación de confianza entre los participantes.

Otra de las técnicas recurridas para garantizar la credibilidad es la triangulación. Se trata de un método para establecer relaciones existentes a través de diferentes fuentes de información, facilitando que puedan ser comparadas y contrastadas (Elliot & Partington, 1975). En el estudio se ha llevado a cabo la triangulación de diferentes métodos de recogida, dos métodos basados en la conversación (entrevistas en profundidad, grupos de discusión) y uno basado en la observación (foros *online*). Además, la presente investigación se ha propuesto conocer las perspectivas mediante la triangulación de personas, observando no sólo las de las mujeres puérperas, sino también de sus parejas y de los profesionales de la salud que las atienden para conocer desde tres puntos de vista diferentes cómo viven su sexualidad estas mujeres. Como describe Shenton (2004), el principio básico de la idea de triangulación es el de reunir a diferentes observaciones sobre la misma realidad desde diferentes ángulos o perspectivas. De la misma manera, se realizó la triangulación de datos, estudiando el fenómeno en diferentes localidades, Talavera de la Reina, Toledo y Madrid. Se ha llevado a cabo, además, la triangulación a través de las investigadoras, la cual fue clave para clarificar las distorsiones y sesgos subjetivos que pudieran producirse desde un solo punto de vista, en el caso de la investigadora principal, ofreciendo diferentes interpretaciones. Lo que ha permitido enriquecer, ampliar y comprender la esencia del fenómeno, mediante el intercambio de opiniones y diferentes perspectivas que aportaban las investigadoras para interpretarlo (Guba, 1981).

Para optimizar la transferibilidad, aplicabilidad o validez externa se llevaron a cabo descripciones minuciosas, recogiendo datos que puedan aportar la suficiente información contextual sobre el trabajo de campo. Se informa sobre los centros que participan en el estudio,

indicando que son cuatro los CF, dos se encuentran en Madrid, uno en Toledo y otro en Talavera. Estos centros están especializados en cuidados materno-infantiles, donde comienza la muestra de los participantes.

Otro de los criterios está determinado por la objetividad y neutralidad del proyecto, por una adecuada confirmabilidad, en este estudio se usaron diferentes procedimientos: la triangulación de métodos, personas, investigadores y lugares; la reflexión de la investigadora principal sobre los supuestos que la llevan a formular las esas preguntas y no otras y el cómo y por qué interpretar de una determinada manera los datos; así como el registro del fenómeno, siendo lo más precisa posible a través de transcripciones textuales y unidades de significado directas (Guba, 1981). Se aseguró en todo momento un proceso exhaustivo, con una observación persistente, una recogida de datos abundante y una descripción minuciosa de los informantes (Colás, 1992).

Por otro lado, se aseguró la dependencia, esta viene dada por la validez externa o la capacidad para que el método del estudio pueda ser repetido. Se garantizó este criterio, ya que todo el proyecto se ha descrito con detalle, permitiendo a cualquier otro investigador en el futuro, pueda reproducir el proyecto, aunque no necesariamente obteniendo los mismos resultados o conclusiones. Además, la descripción en profundidad de la metodología permite al lector evaluar el grado en el que se ha llevado a cabo el estudio (Shenton, 2004). Por lo que el informe final se puede considerar otro método de validación de la investigación.

Finalmente, como elemento para aumentar el rigor científico se siguieron las directrices Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR) (O'Brien et al., 2014).

[Resultados]

[1. Descripción de la muestra 2. Resultados de análisis cualitativo de la información 2.1. Cambios en el posparto 2.2. Sexualidad en el posparto 2.3. Estrategias 2.4. Información 2.5. Fisioterapia del suelo pélvico]

Este capítulo se inicia con la descripción de la muestra de esta investigación para, a continuación, exponer los resultados del análisis cualitativo realizado tras la recogida de la información por medio de las diferentes herramientas utilizadas (ver [Capítulo 2](#) sobre *Metodología*).

4.1. Descripción de la muestra

La muestra del estudio estuvo formada por:

- Mujeres puérperas que participaron en los grupos de discusión y las entrevistas en profundidad, derivadas por los centros de fisioterapia privados colaboradores con la investigación, procedentes de Talavera de la Reina (9 mujeres), Toledo (8 mujeres), Madrid (10 mujeres).
- 9 de las 10 mujeres puérperas que participaron en el foro online, no coincidían con las localidades de Madrid, Toledo y Talavera de la Reina, sino a otras localidades: Melide (La Coruña), Naval Moral de la Mata (Cáceres), Alicante, Valverde del Camino (Huelva), Cádiz, Gijón, Santander (Cantabria), La Palma (Canarias) y Guadalajara.
- 8 parejas de mujeres captadas a través de las mujeres puérperas participantes de la investigación, procedentes de Talavera de la Reina (1 pareja), Toledo (3 parejas) y Madrid (4 parejas).
- 15 profesionales de la salud: 4 ginecólogos, 6 matronas y 5 fisioterapeutas que proporcionan asistencia a mujeres durante el posparto, no especialmente a las participantes del estudio. Los profesionales pertenecían a Talavera de la Reina (5 profesionales, de los cuales 3 eran matronas, 1 ginecólogo y 1 fisioterapeuta), Toledo (4 profesionales, 2 matronas, 1 ginecólogo y 1 fisioterapeuta) y Madrid (6 profesionales, 1 matrona, 2 ginecólogos y 3 fisioterapeutas).

La recogida de datos realizada incluyó 25 horas, 38 minutos y 18 segundos de grabación en audio de las conversaciones, repartidas de la siguiente manera:

- Entrevistas en profundidad a 28 sujetos en total, siendo 12 mujeres puérperas, 5 parejas y 11 profesionales de la salud.
- 5 grupos de discusión en el que participaron un total de 21 individuos. Se realizaron 3 grupos de discusión a mujeres puérperas, una en cada localidad, 1 grupo de discusión a parejas que se realizó en Madrid, y otro grupo de discusión a profesionales de la salud también realizada en Madrid.

Y se completó con un foro online a 10 participantes, todas mujeres puérperas.

La saturación de la información sobre las percepciones de la mujer puérpera se alcanzó a través de GDM31, en el grupo de discusión realizado con mujeres puérperas. La información aportada por los profesionales saturó en el grupo de discusión de los profesionales, gracias al GDP15. Y, por último, la saturación en los relatos de las parejas se obtuvo en el grupo de discusión a través de GDP8.

A continuación, en la tabla 7 se describen las características de los participantes que formaron parte de la muestra del presente estudio.

[Resultados]

Tabla 7. Características de los participantes.

Características	n	%
Madres	36	
<u>Edad:</u>		
Entre 25 y 30 años	2	5.55
Entre 31 y 35 años	24	66.66
Entre 36 y 39 años	10	27.77
<u>Paridad:</u>		
Primípara	21	58.33
Secundípara	12	33.33
Múltipara	3	8.33
<u>Estado civil:</u>		
Casada	28	77.77
Soltera	8	22.22
<u>Nivel educativo:</u>		
Educación secundaria	6	16.66
Educación superior	26	72.22
Máster o Doctor	4	11.11
Parejas	8	
<u>Edad:</u>		
Entre 30 y 35 años	2	25
Entre 36 y 39 años	3	37.5
40 años o más	3	37.5
<u>Paridad:</u>		
Primípara	4	50
Secundípara	3	37.5
Múltipara	1	12.5
<u>Estado civil:</u>		
Casado	5	62.5
Soltero	3	37.5
<u>Nivel educativo:</u>		
Educación primaria	1	12.5
Educación secundaria	3	37.5
Educación superior	4	50
Profesionales	15	
Matronas	6	40
Fisioterapeutas	5	33.33
Ginecólogos	4	26.66
<u>Edad:</u>		
Entre 30 y 35 años	4	26.66
Entre 35 y 40 años	5	33.33
40 años o más	6	40
<u>Años de experiencia:</u>		
Menos de 10 años	6	40
Entre 10 y 14 años	3	20
Entre 15 y 19 años	2	13.33
Entre 20 y 24 años	1	6.66
Más de 25 años	3	20

4.2. Resultados del análisis cualitativo de la información.

Un total de 3818 unidades de significado procedentes de la información recopilada a través de las diferentes herramientas de recogida de datos, se han agrupado y conceptualizado en códigos, que finalmente se han relacionado para formar familias.

Las familias se han recogido en cinco categorías tal y cómo se muestra en la tabla 8, los resultados de cada categoría se presentan en los apartados que les corresponde.

Tabla 8. Categorías resultantes de la investigación.

CATEGORÍAS	CAMBIOS	SEXUALIDAD EN EL POSPARTO	ESTRATEGIAS	INFORMACION	FISIOTERAPIA DEL SUELO PÉLVICO
Nº de familias / % del total	3 / 15,79%	4 / 21,05%	6 / 31,58%	3 / 15,78%	3 / 15,78%
nº códigos / % del total	12 / 26,09%	11 / 23,91%	15 / 32,61%	5 / 10,87%	3 / 6,52%
nº citas de categoría	2332	598	511	209	124
Citas EM	723	200	178	69	30
Citas EP	244	87	64	11	0
Citas EPr	411	103	59	48	36
Citas GDM	576	122	102	46	37
Citas GDP	98	35	44	6	0
Citas GDPr	94	22	15	16	10
Citas FOM	138	59	49	13	11

En el [apartado 4.2.1.](#) se exponen los resultados correspondientes al análisis de la categoría **Cambios en el posparto**, en él se describen los cambios físicos, emocionales y vitales que se producen en el posparto.

En el [apartado 4.2.2.](#) se presentan los resultados relacionados con la categoría **Sexualidad en el posparto**, donde se exponen los cambios que experimentan las mujeres en relación con las etapas del ciclo de la respuesta sexual femenina y cómo ha surgido un nuevo paradigma.

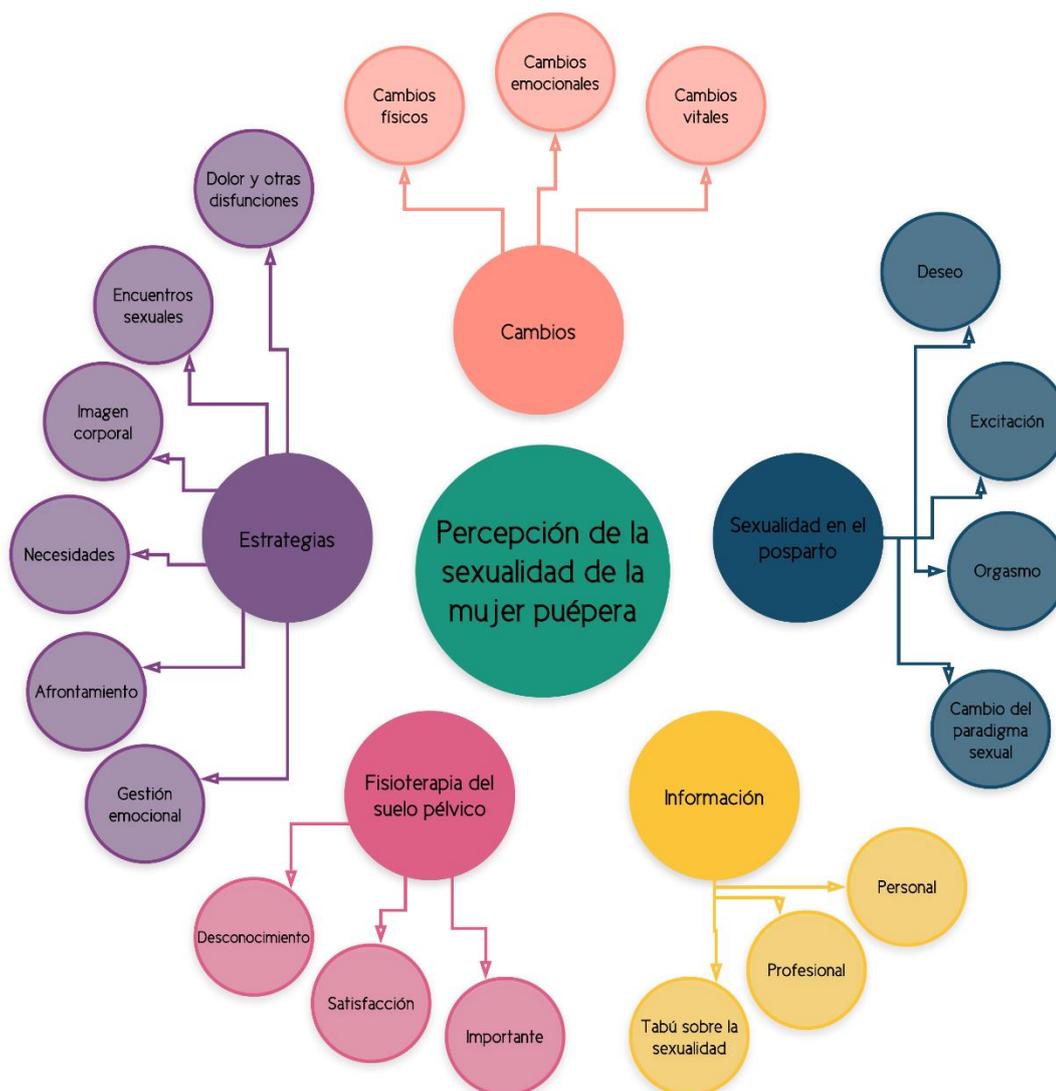
En el [apartado 4.2.3.](#) se aborda los resultados relativos a la categoría **Estrategias**, donde se muestran qué estrategias utilizan las mujeres puérperas para gestionar los cambios a los que se enfrentan en esta etapa.

En el [apartado 4.2.4.](#) se dan a conocer los resultados referentes a la categoría **Información**, que revelan el acceso que tienen estas mujeres en el posparto relacionada a los cambios que se producen con relación a la sexualidad.

En el [apartado 4.2.5.](#) se revelan los resultados del análisis en relación con la categoría **Fisioterapia del suelo pélvico**, donde se muestra la importancia y el conocimiento de la fisioterapia para abordar los problemas que surgen en relación con el cambio en la sexualidad de las mujeres puérperas.

A continuación, a través de la figura 3 se muestra la relación de las cinco categorías con sus familias.

Figura 3. Mapa de categorías y familias de la Percepción de la sexualidad de la mujer púérpera.



4.2.1. Cambios en el posparto

En el presente apartado se caracterizan los cambios que suceden en los sujetos durante el posparto a partir de las unidades de significado donde se esclarecen las características de es-

tos cambios, expresadas tanto por las mujeres puérperas, como de sus parejas y profesionales de la salud que las atiende durante el periodo posparto. Estas unidades de significado proceden fundamentalmente tanto de las entrevistas en profundidad a mujeres y en segundo término de los grupos de discusión también realizados a ellas. Una aportación menor procede de las entrevistas a profesionales, seguidas de las entrevistas realizadas a las parejas.

Tabla 9. Categoría Cambios.

	Subcategorías												Total de citas
	Cambios físicos					Cambios emocionales				Cambios vitales			
Familias	Cambios en el cuerpo	Relacionados con la lactancia	Dolor	Placer	Lubricación	Incertidumbre	Fluctuaciones emocionales	Presión	Familiares	Familiares	Relacionados con la intimidad	Personales	
nº códigos	3	2	3	1	1	3	3	5	4	3	2	2	
nº citas de subcategoría	584					1405				343			2332
nº citas de familia	240	56	182	20	86	228	132	782	263	91	112	140	2332
Citas EM	50	14	53	8	20	70	42	261	93	26	33	53	723
Citas EP	31	9	20	2	11	14	5	51	51	17	18	15	244
Citas EPr	43	9	31	7	24	62	36	126	15	15	14	29	411
Citas GDM	57	13	51	2	16	50	26	234	41	31	34	21	576
Citas GDP	14	1	6	0	4	14	7	20	23	0	3	6	98
Citas GDPr	10	2	7	0	2	9	8	50	3	1	1	1	94
Citas FOM	11	8	14	1	9	9	8	40	13	1	9	15	138

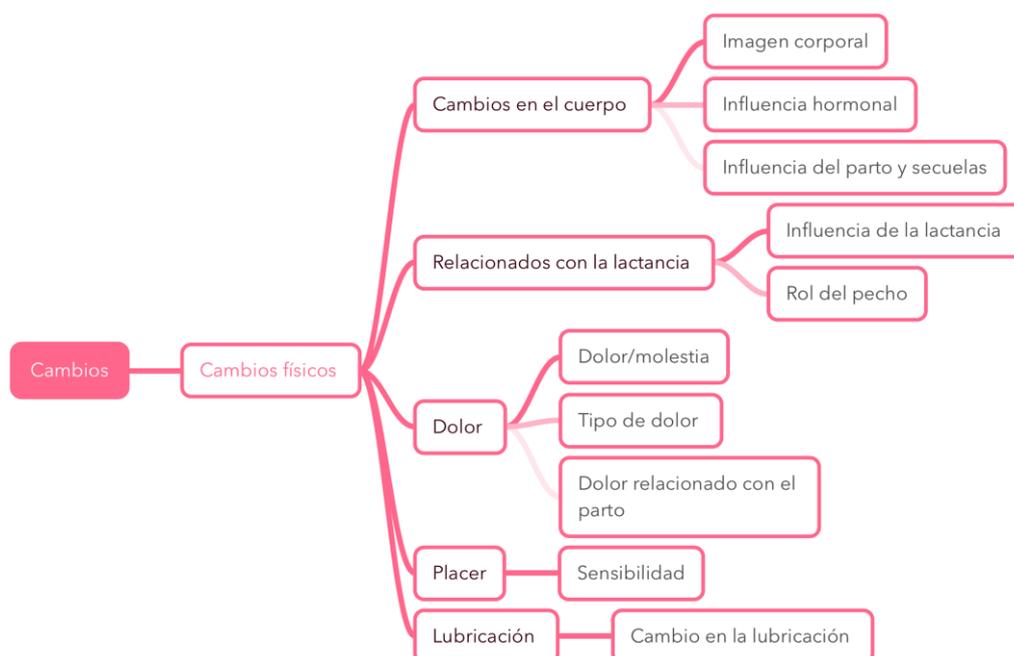
Tres subcategorías forman el esqueleto de esta categoría y han sido nombradas como *Cambios físicos*, *Cambios emocional* y *Cambios vitales*.

4.2.1.1. Cambios físicos

En esta subcategoría se recopilan las unidades de significado relacionados con los cambios físicos que suceden en la etapa posparto. Desde el punto de vista de los participantes, estos

cambios físicos son principales en cuanto a cómo experimentan la sexualidad las mujeres durante el posparto.

Figura 4. Subcategoría Cambios físicos



Las unidades de significado en las que se fundamenta esta subcategoría suman un total de 584 y se puede consultar cómo se reparten a través de la información que se expone en la tabla 9 y figura 4.

Cambios en el cuerpo

Esta familia está compuesta por 3 códigos y 240 unidades de significado. En ella se agrupan las unidades de significado que hacen referencia a los cambios en el cuerpo percibidos por

los sujetos durante el periodo posparto. Los códigos que la constituyen son: imagen corporal, influencia hormonal e influencia del parto y secuelas.

Imagen Corporal. En el embarazo, se dan algunos cambios en el cuerpo de la mujer para adaptarse al crecimiento del bebé, y tras el parto, el cuerpo sigue cambiando adaptándose a una nueva realidad. Para algunas mujeres este cambio les afecta en su percepción corporal, llegando a no aceptarlo.

“Porque no me siento bien conmigo misma. O sea, no me siento en forma, me siento...sabes, me siento... pues eso, que no... mi cuerpo ha cambiado muchísimo...”
(EM12, entrevistas en profundidad a madres).

“Porque no soy capaz de mirarme, pues porque no me reconozco a mí misma. Y entonces, eh... no me importa, entre comillas porque sí que te importa, ¿no? Porque si no, no me miraría al espejo. No me importa porque tengo algo que me compensa, ¿no? Que es mi hija. Y entonces yo... entiendo que mi cuerpo ha hecho cosas maravillosas, y que le tengo que dar más importancia que el puro aspecto estético. Pero... me cuesta mucho, no puedo... no puedo... me miro y es como pfff... me supone un mundo, eso, no reconocerme... Y luego hablas, ¿no? y dices: "tal es que los kg del embarazo que no los pierdo..." pero no son los kg en sí, ¿no? Sino... es lo diferente que es... y te das cuenta de que, aunque no tuvieras esos kg ya no sería igual y me cuesta, ¿no? No lo sé, no sé por qué.” (EM1, entrevista en profundidad a madres).

Esta percepción que tienen estas mujeres sobre sus cuerpos influye en su autoestima y se muestra no sólo ante la negación de mirarse ante un espejo, sino a la hora de tener relaciones sexuales con sus parejas, cohibiéndolas de sentirse seguras y deseadas.

“Si ha cambiado tengo más barriga y más caderas ¡Yo ya estaba gordita y ahora más! Esto afecta a mi confianza no me siento tan sexy como antes por lo que en mis relaciones pienso que estoy más cohibida.” (FOM14, foro online a madres).

“A veces en algunas mujeres eso se traduce en cierta inseguridad a la hora de tener relaciones, porque es verdad que bueno, que al final es otro momento en nuestra vida sexual, “mi cuerpo ha cambiado y tampoco sé cómo la otra persona va a recibir esos cambios” ¿vale?, entonces, pero yo creo que es más a veces inseguridades de uno mismo que realmente realidad ¿no?” (EPr9, entrevista en profundidad a profesionales).

Algunas mujeres revelan un cambio también en sus genitales, los cuales los ven que han podido deformarse durante el parto y muestran esa preocupación.

“Pues diferente, es lo que te decía, si lo que lo siento diferente. Pues, en relación a la vagina, por ejemplo, sí que me noto diferente.” (EM3, entrevista en profundidad a madres).

“Yo creo que se me ha dado de sí. [...] Yo creo que lo tengo más grande.” (GDM32, grupo de discusión a madres).

Las parejas acompañan a la mujer durante el periodo del posparto y son conscientes de cómo afecta a estas mujeres su imagen corporal. La mayoría de estas parejas piensan que el cambio que se ha producido en el cuerpo de las mujeres es transitorio y ellos perciben el cuerpo de la mujer de una manera bella, no validando la percepción que las mujeres tienen de sus cuerpos.

“Yo la veo fantástica, yo la veo fantástica, ella es la típica persona a la que diría: “mira cómo estás después de haber tenido otro hijo”.” (EP5, entrevista en profundidad a parejas).

“Mi chica es muy coqueta y sí que, aunque no sé porque lo dice porque se ha quedado prácticamente igual que estaba, por suerte para ella.” (GDP6, grupo de discusión a parejas).

Influencia Hormonal. Las participantes describen como influyen en ellas los cambios hormonales que se originan en el posparto y la lactancia. Refieren sentirse más sensibles, como si no se sintieran dueñas de sus sentimientos. Además, relacionan estas influencias hormonales a cambios físicos vinculados con la lactancia como atrofia y falta de lubricación, por la falta de estrógenos.

“[...] y luego que las hormonas van a hacer lo que quieran para que creas qué es bonito, qué es feo, qué es duro, que es blando, que no sé... muy cañero. Me ha parecido muy cañero, (asienten las participantes) lo más cañero de mi vida. Sí.” (GDM27, grupo de discusión a madres).

“Yo simplemente, mi vagina me la noto diferente. Entonces, también supongo que todo habrá cambiado un poco. Y también considero que estoy ahora en un momento, que las hormonas no están igual que antes de, de quedarme embarazada.” (EM3, entrevista en profundidad a madres).

Los profesionales explican como la influencia hormonal en el posparto afecta a aspectos como la lubricación, atrofia vulvar o molestias.

“Fundamental, la lubricación es fundamental, y en el tema del posparto es muy importante porque, la lactancia natural produce hipoestrogenismo y al producir hipoestrogenismo produce atrofia y produce molestias durante las relaciones, menos lubricación. Y la lactancia artificial no, pero porque en cuanto recuperan sus ciclos vuelven a tener sus estrógenos, pero todos los anticonceptivos que usamos al tener progesterona de forma continua tanto los combinados como los anticonceptivos de solo gestágenos pues, producen atrofia.” (EPr6, entrevista en profundidad a profesionales).

Influencia del Parto y Secuelas. El parto es un momento importante en la vida de la familia, en especial en la mujer y su cuerpo. El paso del bebé por estrecho de la pelvis o el nacer mediante cesárea implica en el cuerpo de la mujer un daño físico que puede estar acompañado de lesiones físicas, recuperables en algunos casos y perpetuos en otros. Además, la experiencia del parto, el cómo perciben las parejas este momento no depende siempre de lo favorable que haya evolucionado el nacimiento, sino que depende de otros factores más subjetivos que determinan cómo es la vivencia y cómo la recuerdan. Por lo que en este código se ha obtenido información referida a cómo el parto ha podido influir en la recuperación y esta a su vez, en la relación de pareja y a sus encuentros.

“Yo sí, sí que lo pienso. Por las consecuencias a nivel físico, que he tenido. Aunque no le hecho toda la culpa al parto. Por eso, porque a lo mejor en otras circunstancias si yo tuviera libido o ganas... haría algún intento, entonces. Pero sí, si me ha influido de una manera determinante, yo creo.” (EM1, entrevista en profundidad a madres).

“[...] pero me imagino que es la preocupación que tienen todas las puérperas en general, no sé, preocupadas por su periné, por su lactancia materna, por la sequedad y por... y por cómo ha quedado anatómicamente el suelo pélvico, yo creo que es lo que más les preocupa.” (EPr3, entrevista en profundidad a profesionales).

Las mujeres perciben como estas secuelas físicas afectan directamente a las relaciones sexuales con sus parejas.

“Quizás si, en relación con el tipo de postura por... las molestias que puede... que siento en la vagina, un poco relacionadas, yo creo con el desgarro que me hice...” (EM3, entrevista en profundidad a madres).

“A ver, yo dolor no, vuelvo a comentaros que tengo la preocupación de que ahí como hay algo que no está bien, está descolgado pues mi preocupación es esa de... sí tengo el deseo de hacerlo, pero no lo quiero hacer por si eso empeora, porque como no lo sé, si va a empeorar o qué, pues prefiero no hacerlo y esperar a que... físicamente yo sienta que eso está bien porque algo tengo yo ahí que pendula y, que me molesta.” (GDM36, grupo de discusión a madres).

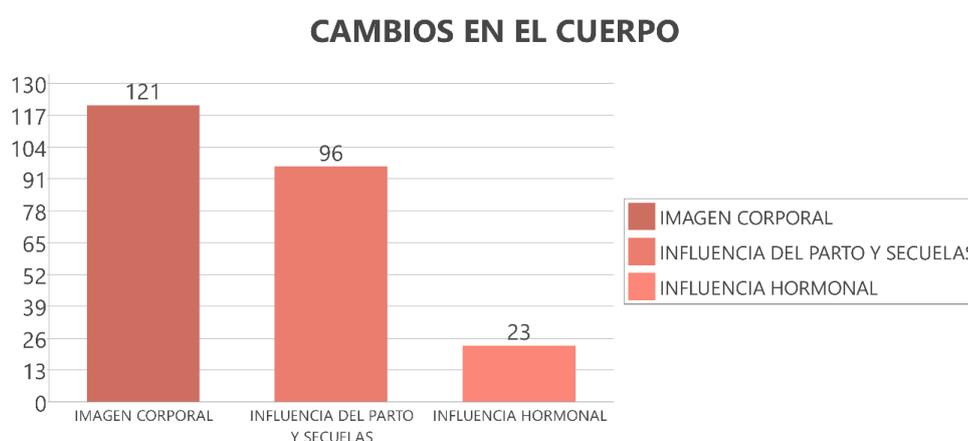
Otro aspecto importante, es como estas parejas consideran que la vivencia del parto les acerca y la ven enriquecedora para ellos, consideran que haber experimentado el parto les ha unido y reforzado.

“A ver, este segundo parto ha sido tan... para mí tan bonito, que yo creo que ha sido como un hecho muy importante que nos ha unido, algo que hemos vivido juntos y que nos ha parecido a los dos eh... muy emocionante, de emocionarnos cuando nos recordamos.” (EM8, entrevista en profundidad a madres).

“Estaba deseando que me preguntes por el parto. Magia. Hay algo que... en donde el tiempo se detiene, se forma un áurea especial, algo ocurre ahí que... y eso fue, yo lo noté en el nacimiento de mi primera hija la noche antes de irnos al hospital, solo, durante el parto no lo noté, y esta vez lo noté durante el parto, esa, esa cosa mágica de

pensar: "se está transformando la vida, está, está, esto es, es ahora. [...] Es que la sexualidad es como el resultado del todo, entonces claro." (EP5, entrevista en profundidad a parejas).

Figura 5. Representación de las unidades de significado de Cambios físicos asociados a los cambios en el cuerpo.



Resumiendo, las mujeres refieren cambios físicos importantes después del parto que en muchas ocasiones les afecta de manera personal, tanto en su autoestima como en su relación con el entorno, su pareja y la expresión sexual. Los cambios que acusan con mayor incidencia se deben a cambios físicos corporales, describiendo que no se sienten identificadas con su cuerpo. De 36 mujeres, 31 de ellas han referido cambios importantes en su figura como el abdomen, las piernas y los pechos. Para la gran mayoría, esta percepción de sí mismas les ha costado aceptarla, excepto 5 de ellas que comentan que estos cambios no les afecta personalmente. Sus parejas relatan como perciben la preocupación ante la figura de sus parejas, pero ellos en general, no son conscientes de los cambios o no les dan la importancia que ellas.

La influencia hormonal se describe por las madres desde dos perspectivas, una desde un enfoque físico, de cómo las hormonas están afectando a sus tejidos y repercuten negativamente en sus relaciones sexuales por falta de lubricación y, una emocional donde remarcan la fragilidad y sensibilidad que perciben.

Las mujeres y sus parejas describen el suceso del parto de una manera enriquecedora y cuya experiencia fue buena en general. En cambio, las secuelas si afectaron negativamente el bienestar de las mujeres, de las 36 participantes, sólo 9 no tuvieron lesión durante el parto. La lesión con mayor incidencia es el desgarro (11) en comparación con la episiotomía (8), otras 4 mujeres sufrieron ambas lesiones descritas previamente, el resto se reparte en un punto de sutura como aproximación (3) y 1 cesárea. Por lo cual, la gran mayoría de las mujeres presentaron lesiones en el periné que influyeron en su recuperación y sus encuentros.

Relacionados con la Lactancia

Las unidades de significado que hacen referencia a los cambios que han sucedido durante la lactancia en las mujeres puérperas quedan reunidas en esta familia, que consta de 56 unidades de significado y dos códigos: influencia de la lactancia y rol del pecho.

Influencia de la Lactancia. La lactancia afecta a la satisfacción sexual de estas mujeres, debido a los cambios hormonales asociados. Ellas son conscientes de que la lactancia complica sus encuentros y consideran que es temporal mientras alimenten a sus hijos con leche materna.

“Lubrico muy poco, imagino que por seguir con la lactancia y porque el nivel de excitación no es el mismo. Uso lubricante de momento.” (FOM17, foro online a madres).

*“Que cuando se deja de dar la lactancia, la sexualidad de repente se dispara.”
(FOM28, foro online a madres).*

“Sí, sí se ve modificada porque la vagina está más hipotónica. También durante la lactancia está más flácida. Sabemos que a nivel de estrógenos durante la lactancia es menor, y eso sí que influye en el comportamiento de la vagina. Luego... la excitación, pues sí, sí es menor. La lubricación es menor... en fin.” (EPr4, entrevista en profundidad a profesionales).

Otro suceso que se da durante la lactancia es el reflejo de eyección durante los encuentros, narran que cuando se excitan les sale leche de los pechos. Esto les incomoda y les parece poco sensual, por lo que prefieren tener relaciones con el sujetador puesto, para evitar este reflejo de eyección.

“A mí sí, porque no me gusta ni que me vean los discos, o sea, para mí es anti erótico los discos ¿no? y claro si me lo quito el sujetador le mancho entero de leche y entonces, es como... eso no me mola. Sí, en cuanto a lactancia sería eso; en cuanto a estética pues sería...” (EM9, entrevista en profundidad a madres).

“El sujetador; el sujetador y pues eso, y es que la sensación es de cuando te excitas, bueno la sensación esta de cuando sale leche ¿sabes? Es que no es... no es cómodo (silencio). Eso es.” (EM5, entrevista en profundidad a madres).

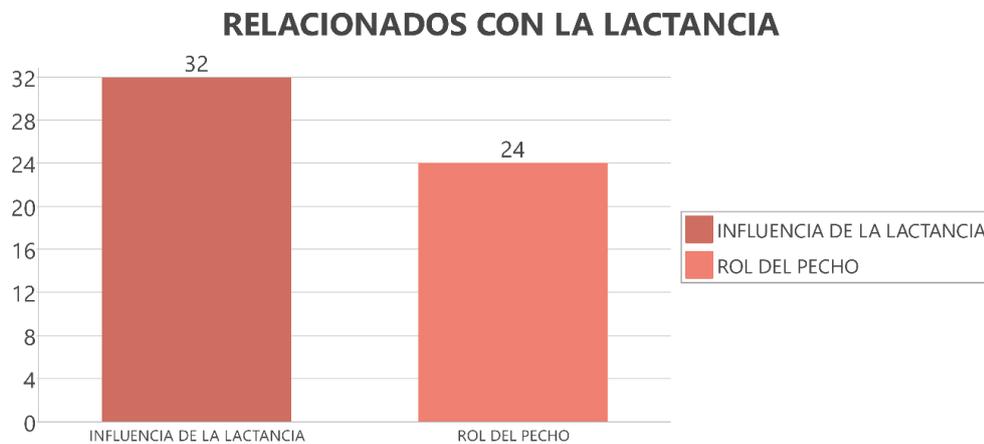
Rol del Pecho. Las madres y sus parejas comentan cómo ha cambiado el rol del pecho debido a que se ha convertido en una parte del cuerpo que sirve para alimentar al bebé y ha perdido connotaciones eróticas o sensuales. Por lo que el pecho se preserva de ser incluido en los encuentros sexuales de estas parejas durante el posparto.

"[...] en el pecho, sí, eso sí, en el pecho sí que me noto como que me... me aaa, me da un poco más de cosa que me toque porque lo noto... no porque lo tenga más sensible, sino que yo creo que es una parte de mi cuerpo que se está tocando muchas veces (ríe) a lo largo del día, entonces, como que para mí ya no tiene la misma excitación que tenía antes, ha adquirido otro matiz, ahora es otro..., es una parte de mi cuerpo con otras connotaciones." (EM7, entrevista en profundidad a madres).

"Me voy viendo cada vez mejor y eso hace que mi percepción sea buena... casi lo que más me afecta a día de hoy es la lactancia y a mi pareja creo que también... es como que el rol del pecho ha cambiado" (FOM17, foro online a madres).

"Sí, será algo así, fíjate como no... no me llama la atención ahora, fíjate, que es una cosa que... pero eso ahora mismo es la cosa innata de: "esto es de mi hijo, ahora, como protección a mi hijo lo dejamos estar". Eso me ha pasado con los... con todos." (EP3, entrevista en profundidad a parejas).

Figura 6. Representación de las unidades de significado de Cambios físicos relacionados con la lactancia.



La lactancia puede estar afectando el disfrute durante las relaciones debido a los cambios hormonales y a la presencia del reflejo de eyección que consideran poco sensual. No han mostrado que este reflejo les impida la excitación, sino más bien un malestar durante el acto. De la misma manera, comentan que el pecho ha dejado de ser una parte sensual del cuerpo por lo que impiden su estimulación durante las relaciones sexuales. Este cambio de rol en el pecho, es compartido por las parejas que respetan la zona del pecho y la consideran de uso particular para el bebé y su alimentación.

Dolor

Esta familia agrupa las unidades de significado que hacen referencia a aquellos aspectos del dolor que sienten las madres durante el posparto, que les limita su forma de vivir y experimentar esta etapa y su sexualidad. Está formado por tres códigos: dolor/molestia, tipo de dolor y dolor relacionado con el parto y 182 unidades de significado.

Dolor/Molestia. Las mujeres señalan el inicio de las relaciones y en algunos casos, los encuentros que se han sucedido desde el parto como dolorosos. Lo que implica una dificultad a la hora de disfrutar la sexualidad.

“Pero sigue habiendo ahí unas adherencias tremendas, me duele cuando voy al baño... o sea, no es solo en las relaciones, es en mi vida cotidiana.” (GDM27, grupo de discusión a madres).

“Tenía mucho miedo por el dolor así que fuimos poco a poco... Lo intentamos muchas veces y siempre me quitaba... Pero al final lo logramos, aunque creo que no estoy bien del todo, porque todavía me duele y lo siento todo muy raro, encima no estamos acostumbrados a usar preservativo y no estamos cómodos.” (FOM20, foro online a madres).

Algunas madres describen el encuentro sexual no tanto como doloroso, pero sí refieren molestias durante la penetración. Llegan a plantearse si esta sensación desagradable se mantendrá a largo plazo.

“Que no era dolor, en plan de insoportable, pero... sí que era molestia, era más molesto que... que no me gustaba y me daba miedo. Porque decía yo: “¿esto va a ser así siempre?, ¿siempre voy a tener esa molestia?”. Que luego se ha ido quitando, ¿sabes? Pero, me daba miedo pensar que toda la vida iba a tener esa molestia...” (EM2, entrevista en profundidad a madres).

[Resultados]

“A la penetración sí, no dolor en sí, por molestia, me ha resultado molesto, doloroso no. Yo es que no tengo mucho miedo al dolor.” (EM10, entrevista en profundidad a madres).

Este dolor o molestias que presentan se da en las relaciones por diferentes motivos y así es como ellas lo perciben. Entienden que el dolor es debido a la cicatriz de episiotomía o desgarro, a la falta de lubricación o incluso a algunas posturas por el roce o la profundidad.

“Yo tuve desgarro y llevo varias zonas de sutura, por dentro y fuera justo desde el orificio. Las primeras veces me dolía mucho y durante casi toda la relación, pero ya va disminuyendo, sigue doliendo al principio, pero enseguida se va. Aun así, sí que este hecho hace que no me agrade tanto la idea de tener relaciones.” (FOM, 21, foro online a madres).

“Vale pues, al principio era más dolor y ahora es más eh... molestia y en parte es mmm, yo creo que tiene que ver con esa sequedad; noto como que eso, lo que es la penetración como que cuesta ¿no? y a veces tenemos que intentarlo otra vez que el vuelva a salir y ya volver a entrar digamos que es como que necesito como que mi vagina se vaya como adaptando ¿no? a la presencia del pene dentro.” (EM7, entrevista en profundidad a madres).

“Y posturas, El tema es ese, que cuando empezamos, o sobre todo los primeros meses, eh había algunas posturas que me molest... me dolía directamente y entonces, ¿qué pasa? que las evitábamos.” (EM9, entrevista en profundidad a madres).

Tipo de Dolor. Las participantes describen las características de este dolor de gran intensidad, sensación de escozor, punzante, sensación de estrechez o quemazón.

“Entonces eh... y lo que noto es como si fuese un escozor, que yo identifico que está más o menos en la zona de... de... donde va entrando el pene, en esa zona, a medida que va penetrando, ahí es donde yo lo identifico no sé si quizá esté en otra zona porque tampoco se cuánta sensibilidad (pequeña risa) tengo ahí, pero...” (EM7, entrevista en profundidad a madres).

“Pues... desagradable y... de rechazo, o sea como... cuando les duele pues frenan, paran, no, no pueden seguir con la relación. Es... desagradable, intenso, tiene que ser un dolor... pues eso, no te permite avanzar. Con lo cual, se paraliza todo.” (Epr4, entrevista en profundidad a profesionales).

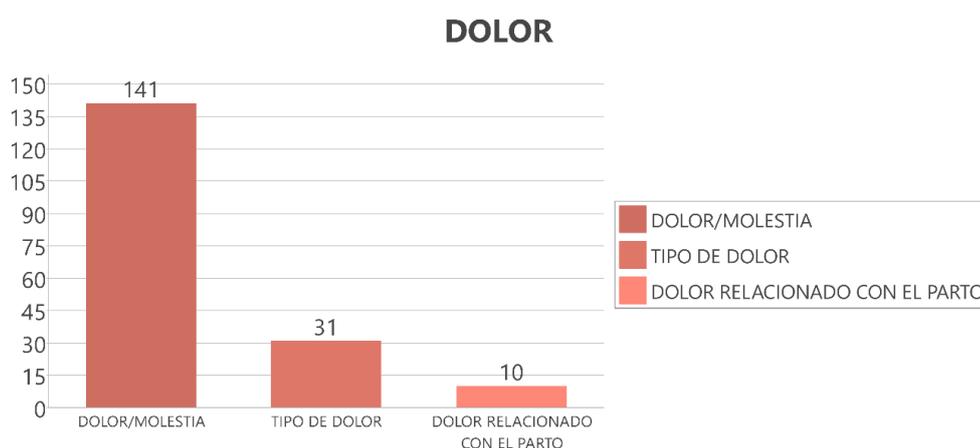
Dolor Relacionado con el Parto. El dolor percibido por las mujeres en el periné no lo relacionan con el suceso del parto en sí, la vivencia; sino que la aparición de este, lo vinculan con una razón puramente física.

“¿Que sea un dolor más somático que físico? Mmm... no, yo creo que somático, no. porque... a pesar, de que fue un parto muy traumático... yo no tengo una memoria traumática de él... entonces... No, yo creo que es puramente físico...” (EM1, entrevista en profundidad a madres).

“No, porque mis partos han sido estupendos, de película, entonces no creo, no, creo que es algo normal, que poco a poco eso va cogiendo su forma.” (EM10, entrevista en profundidad a madres).

“No, con la experiencia del parto yo creo que no, yo creo que me duele... está relacionado por el paso del bebé por ahí, pero ya está, no sé si me explico.” (EM4, entrevista en profundidad a madres).

Figura 7. Representación de las unidades de significado de los Cambios físicos de dolor.



El dolor se convierte en un factor importante a estudio, ya que de 36 mujeres puérperas, 29 han referido dolor durante las relaciones sexuales, 8 de ellas ya han superado ese dolor en el momento de su participación y comentan que ese dolor estuvo presente en los primeros encuentros que tuvieron. El dolor que perciben estas mujeres es de gran intensidad excepto para 6 de las mujeres que describen este dolor como sensación de molestia, no tanto como dolor. Sólo 4 mujeres no han sufrido dolor desde el parto en sus relaciones sexuales y otras 3 no han reto-

mado relaciones coitales por miedo a sentirlo. El tipo de dolor lo describen, mayoritariamente, como escozor y no lo relacionan con la experiencia vivida en el parto.

Placer

Esta familia está constituida por un solo código Sensibilidad, en la que se describe la sensibilidad de la zona y se han generado 20 unidades de significado. La sensibilidad de la zona genital se ha visto afectada tras el parto, esto repercute en el placer que experimentan las parejas durante sus relaciones sexuales.

“[...] yo no me encuentro bien del todo porque noto raro, se me ha quedado como una sensibilidad un poco... se me ha quedado una sensibilidad extraña. Entonces cuando me toca noto como cuando te tocas mucho, mucho, y te molesta. No tengo una sensibilidad como la que tenía antes, ni siento como sentía antes, quizá eso va un poco en relación con lo que me has dicho antes del deseo sexual, y cuando hemos probado a tener relaciones me duele la zona vaginal y entonces pues es... placentero no es.” (EM4, entrevista en profundidad a madres).

“Sí, que ahora me cuesta, como no siento igual, o sea, no tengo una sensación placentera, pues claro, no llego al orgasmo; entre que, pues será un poco todo, me excito menos, no tengo la misma sensibilidad, pues está complicada la cosa (ríe).” (EM4, entrevista en profundidad a madres).

“Sí, porque hay mujeres que te cuentan que por ejemplo ya no tienen la misma sensación, que les cuesta a lo mejor llegar más a... a tener un orgasmo. Que... ¿Sabes?”

[Resultados]

Que... pues eso, que a lo mejor tienen un poquito de laxitud vaginal que les impide tener tanta sensación y... pues la satisfacción al final se acaba modificando.” (EPr11, entrevista en profundidad a profesionales).

La información recogida con relación al cambio de sensibilidad viene proporcionada por el testimonio de 6 mujeres y reforzada por la opinión de 6 profesionales de la salud. Los cambios están provocados por el cambio de volúmenes, de tono muscular y por la causa de la presencia de una zona de lesión como es la cicatriz, esto repercute directamente en la satisfacción de estas parejas durante sus relaciones sexuales.

Lubricación

Con un único código, esta familia recopila los cambios percibidos en la lubricación reconocidos por el sujeto. Esta percepción en la lubricación condiciona las experiencias sexuales de las parejas, obteniendo 86 unidades de significado.

Más de la mitad de las mujeres refieren un cambio en la percepción de su lubricación durante las relaciones sexuales, lo que las implica malestar y falta de concentración en los encuentros.

“A mí me pasa igual. Estoy seca, pero como yo pienso que como no tengo ni excitación, ni ganas, ni ná, digo: “Eso no se moja”.” (GDM28, grupo de discusión a madres).

“Sí. Ya va cambiando un poquito, pero las primeras veces era seco total, entiendo que eso es normal, porque ya me avisó la matrona.” (EM10, entrevista en profundidad a madres).

“Al iniciar las relaciones sexuales sí, en el momento de la penetración falta de lubricación (pequeño silencio), incomodidad inicial en ese momento por esa razón, sí.”
(EP1, entrevista en profundidad a parejas).

A su vez, algunas, un porcentaje menor de mujeres comparten que perciben que la misma lubricación o incluso ha aumentado después del parto.

“Me habían dicho que no iba a lubricar y que iba a tener problemas de secreción y tal, y la verdad es que en principio no.” (GDM27, grupo de discusión a madres).

“Yo no, yo no he cambiado la lubricación, yo creo. No siento sequedad vaginal.”
(GDM34, grupo de discusión a madres).

Los datos obtenidos sobre la lubricación se han recogido principalmente de las entrevistas en profundidad a los profesionales (24 unidades de significado) en el que referenciaban la falta de lubricación y la relacionaban con la lactancia y la hipoestrogenia provocada por ella, además de ser testigos de los relatos de las mujeres que llegan a consulta para informarles sobre este problema durante el posparto, como alternativa, ellos les aconsejan a sus pacientes el uso de lubricantes para evitar malestar o dolor durante las relaciones sexuales. La información que han aportado las mujeres sobre la percepción del estado de la lubricación durante sus relaciones se ha obtenido principalmente de las entrevistas en profundidad (20 unidades de significado) y en los grupos de discusión (16 unidades de significado) donde han reflejado que existe una disminución de lubricación en más de la mitad de las participantes (15 mujeres), pero a su vez, existe otro gran número de mujeres (13 mujeres) que no han percibido un cambio en su lubricación.

Teoría sobre los Cambios Físicos en el Posparto

A continuación, se expone la red representativa de la teoría que explica los cambios físicos que se producen tras el nacimiento y su efecto en las mujeres en esta etapa. ([Anexo VII](#)).

Durante el posparto subyacen cambios físicos que se reflejan en cambios en el cuerpo, cambios relacionados a la lactancia, presencia de dolor o molestia y cambios en la lubricación y el placer. En relación a los cambios sucedidos en el cuerpo, el parto y las posibles secuelas que lo acompañan se convierten en principales ya que, el dolor o molestia es la principal huella que deja. El cambio en la sensibilidad, la lubricación y la modificación del deseo son otros aspectos relacionados también con el parto. Incluyendo, los cambios hormonales que afectarían a la lubricación que, además, se vería acentuado por la lactancia. Todos estos cambios que suceden en el cuerpo de la mujer suponen una alteración de la propia imagen corporal que afecta a su autoestima.

Los cambios vinculados a la lactancia están asociados a cómo la lactancia puede modificar ciertos aspectos relacionados con la sexualidad de la mujer, como el deseo, la lubricación o la intensidad de excitación, e incluso existe una modificación en el rol del pecho, en el cual, deja de ser una zona de placer para convertirse en una zona de cuidado y alimento del bebé, este cambio implica también una afectación a la imagen que percibe la mujer.

El dolor que aparece durante esta etapa y el tipo de dolor que experimentan, afecta claramente a la sexualidad de la mujer puerpera, debido a que las mujeres evitan los encuentros

por miedos u obligan a la mujer a adoptar cambios durante los encuentros sexuales con su pareja especialmente por el miedo a sentir molestias.

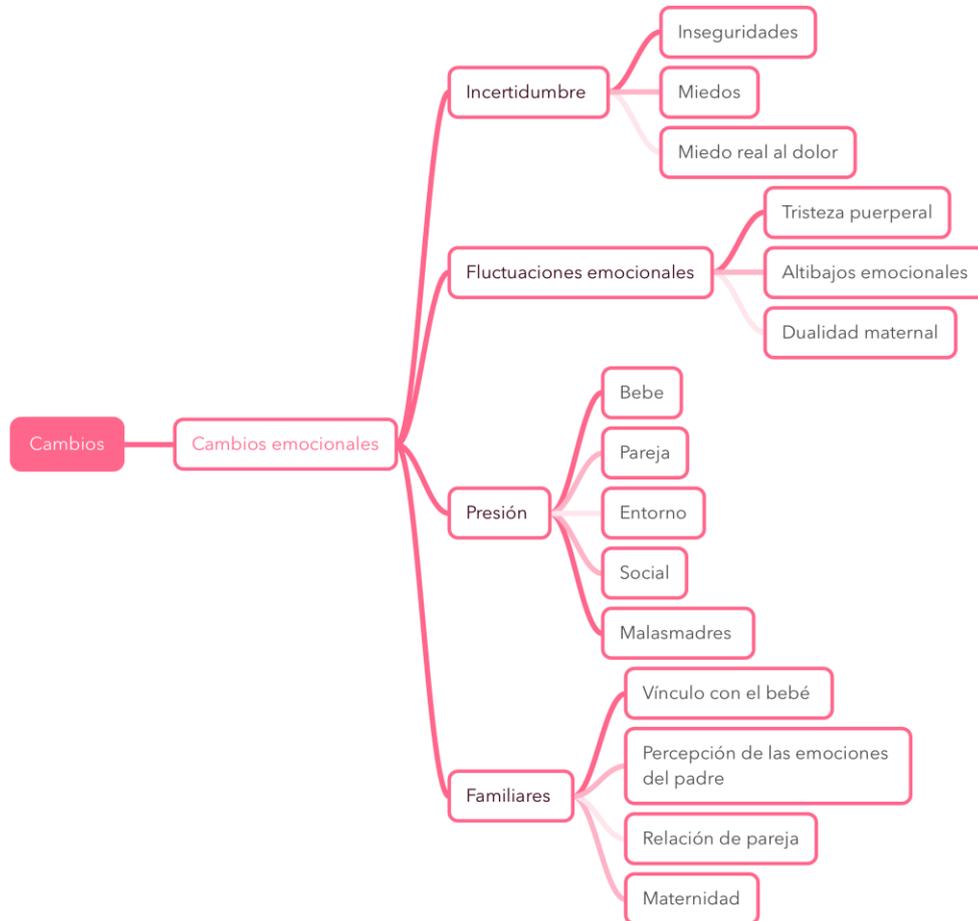
La influencia hormonal, la lactancia materna, los cambios físicos que se han producido en el suelo pélvico, la presencia de dolor o la simple expectativa de experimentarlo pueden generar un cambio en la lubricación en las mujeres durante el posparto. De la misma manera, que sucede ante la falta de deseo o el cambio en la sensibilidad de la zona genital. En cuanto a los cambios ocurridos en la sensibilidad que afectan el placer que sienten las mujeres durante esta etapa pueden vincularse a la falta de deseo y a la presencia de dolor o molestia. Esta falta de sensibilidad podría relacionarse con la intensidad de la excitación y la dificultad que presentan para alcanzar el orgasmo en esta etapa.

4.2.1.2. Cambios Emocionales

En esta subcategoría nos encontramos los relatos donde los participantes informan sobre los cambios emocionales que viven las mujeres puérperas y cómo afectan en esta etapa. Esta subcategoría se construye gracias a cuatro familias y quince códigos donde se indagan las emociones vividas (figura 8) y se centran en cómo viven la incertidumbre que les imponen los miedos e inseguridades, cómo fluctúa su estado anímico en esta etapa, cómo sobreviven a la presión que les rodea en relación al cuidado del bebé, la sociedad en la que viven, las exigencias autoimpuestas basadas en creencias o provocadas por el entorno y la cultura, o como el cuidado de la pareja se convierten en un peso más que deben de llevar; y por último, cómo afecta a la familia la llegada de un bebé.

Los fragmentos que construyen esta subcategoría proceden en su mayoría de las entrevistas en profundidad y los grupos de discusión realizada a las madres, en segundo lugar, a través de las entrevistas en profundidad a profesionales se han obtenido una gran información sobre estos cambios en el estado anímico. Por otro lado, y en menor frecuencia, se encuentran los relatos obtenidos de la perspectiva de las parejas a través de las entrevistas en profundidad, seguido de los grupos de discusión a profesionales y parejas y finalmente, a través de la vivencia de las madres mediante el foro *online*.

Figura 8. Subcategoría de Cambios emocionales



Incertidumbre

Esta familia recoge las unidades de significado sobre la incertidumbre que sufren las mujeres durante este periodo debido a las inseguridades que les surgen y los miedos a los que se deben enfrentar. Los códigos que la constituyen esta familia son: inseguridades, miedos y miedo real al dolor físico.

Inseguridades. Profundizan en sus inseguridades, cómo las viven, cómo las sienten y en qué aspectos se encuentran más vulnerables.

“Si, en ocasiones me siento insegura aun siendo la 3 maternidad.” (FOM18, foro online a madres).

“Todos los días, tengo inseguridades. Además, hay días que no estoy insegura y me las provocan. Así que... Sí, insegura un montón, por muchas cosas. Insegura en relación al sexo, insegura en cada día lo que hago con mi hija. Puffff...” (EM2, entrevista en profundidad a madres).

“No, las inseguridades normales (risa) del bebé. Quiero decirte, estaré haciendo bien esto, y ahora por qué llora y si le pongo así se dormirá antes. Yo que sé, este tipo de cosas. Estaremos haciendo algo mal. No. Yo creo que ya... sobre todo al principio” (GDP8, grupo de discusión a parejas).

Los aspectos en los que se centran las inseguridades de la mujer puérpera es en el cuidado del recién nacido, la alimentación, lactancia y la sexualidad.

“Pues ya era adulta, tenía claro lo que quería hacer, pero sí lloré algunas noches, yo sola de, pffff, “¿lo estaré haciendo bien, me estaré equivocando? Es que en realidad me están diciendo que mi leche no vale, y sí dejo de dársela y si no engorda y si no engorda porque me estoy empeñando en darle la teta... y si me ducho por la mañana... y si no sé qué.” (GDM36, grupo de discusión a madres).

“Me he sentido insegura, pues... es un poco sobre lo mismo. Me he sentido insegura cuando no sabía si me iba a doler... o que iba a pasar. Pero... No, no nada más. Y en relación a eso, a sí mi pareja necesitaba más sexo del que yo le daba, en el que en ese momento tengo ganas.” (EM3, entrevista en profundidad a madres).

“Sí, más que nunca yo creo. Sí, sí. “Seré...” “lo estaré haciendo bien”, “soy mala madre”, “el bebé estará bien”, “a quién puedo preguntar” ... “esto es normal” ... yo creo que es lo de los momentos más inseguros porque sientes que tienes la responsabilidad de que alguien que depende de ti absolutamente esté bien, y yo creo que sí, tienen inseguridades. En líneas generales, claro.” (EPr5, entrevista en profundidad a profesionales).

Son las primerizas las más inseguras según las propias madres y los profesionales, que indican que la falta de experiencia les hace estar más ansiosas en relación con las preocupaciones y las hacen vulnerables al afrontarse por primera vez a esa nueva situación.

“Yo de por sí soy una persona insegura de mí misma, así que después de dar a luz todo esto se incrementó porque soy primeriza. Mi principal duda todo el tiempo era si la bebé estaba alimentándose bien, puesto que solo le daba pecho y a veces me daba la impresión de que se quedaba insatisfecha, pero ha ido todo genial.” (FOM21, foro online a madres).

“Pues en muchas ocasiones la verdad, soy madre primeriza y al principio hay muchas cosas que desconoces. Mi inseguridad se centró sobre todo en la lactancia materna ya que desde que nació mi niño ha necesitado siempre completar su alimentación con bi-

berón. Entonces el no saber si le llegaba, el que mucha gente opiné y te digan que no tienes leche, tuve muchas dudas y frustración con respecto a ese tema.” (FOM14, foro online a madres).

Miedos. Las mujeres transmiten ciertos miedos en los que se muestran preocupadas como es el caso de cometer errores vinculados al cuidado del bebé, un nuevo embarazo, la persistencia del dolor o las molestias que les impida volver a disfrutar de las relaciones sexuales.

“Yo también tengo miedo a quedarme embarazada otra vez, porque ya he dicho que no más, que ya (ríe) y... pero no...” (GDM28, grupo de discusión a madres).

“Que no era dolor, en plan de insoportable, pero... sí que era molestia, era más molesto que... que no me gustaba y me daba miedo. Porque decía yo: “¿esto va a ser así siempre?, ¿siempre voy a tener esa molestia?”. Que luego se ha ido quitando, ¿sabes? Pero, me daba miedo pensar que toda la vida iba a tener esa molestia...” (EM2, entrevista en profundidad a madres).

“Pero también te digo que yo tengo más miedos con la tercera que con el segundo. A lo mejor también porque ha sido más... ha tenido otro inicio, estuvo ingresada los primeros cinco días (chasquea), entonces eso también te genera más... más miedos. O porque yo soy más mayor, no lo sé.” (GDM35, grupo de discusión a madres).

Esos miedos son percibidos también por sus parejas y los profesionales que relacionan esos miedos a la posibilidad de un nuevo embarazo y a no poder retomar una sexualidad sin dolor.

“Entonces era complicado por eso, porque ella tenía mucha inseguridad, era el dolor más la inseguridad que tenía, anímicamente. Yo recuerdo escucharla decirme cosas que era a lo mejor no iba a poder volver a tener relaciones, o sea, realmente le dolía mucho, entonces eso no fue fácil.” (EP5, entrevista en profundidad a parejas).

“[...] les preocupa mucho, muchísimo, y eso les preocupa, les agobia, es lo que yo veo en mí... en mi caso, en mi zona: el miedo a otro embarazo.” (EPr1, entrevista en profundidad a profesionales).

Miedo Real al Dolor Físico. Este código se centra en cómo ellas verbalizan o muestran los miedos relacionados con el daño físico ante encuentros sexuales con su pareja, lo que implica un rechazo a las relaciones sexuales y precaución en el coito.

“Entonces, se me une el pavor que me da por cómo me encuentro yo, físicamente, y los dolores que tengo, ¿no? a nivel vaginal y todo eso, con.... con que tampoco tengo ganas.” (EM1, entrevista en profundidad a madres).

“[...] yo también tengo mucho miedo al dolor y es una cosa que me, como tuve el desgarro..., aunque es verdad que me estoy trabajando la cicatriz y la verdad es que muy bien, pero... tengo mucho miedo al dolor.” (GDM23, grupo de discusión a madres).

Las parejas entienden el miedo asociado al daño físico, por lo que acompañan a la mujer y respetan sus tiempos.

“Hombre pues un poco... con miedo porque como le dieron puntos y eso, con miedo a ver qué... había que probar a ver cómo estaba el tema, ella también estaba muy

[Resultados]

dolida, entonces pues eso, le dolía un montón y teníamos que ir poco a poco.” (EP3, entrevista en profundidad a parejas).

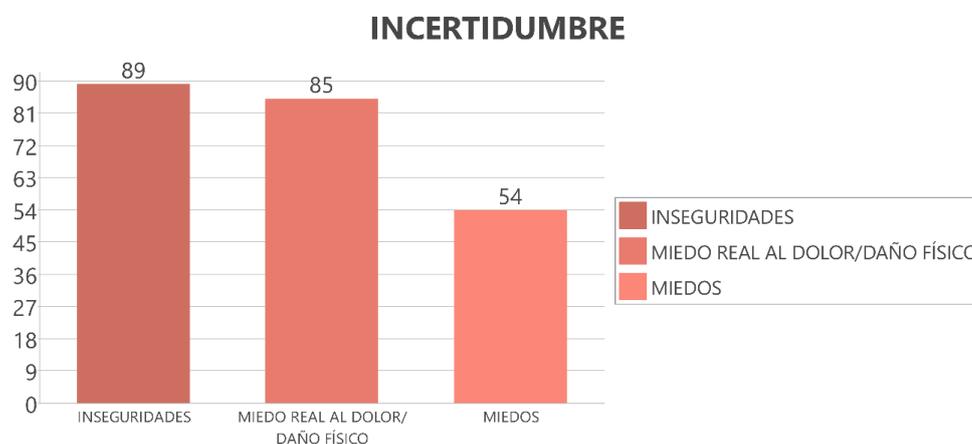
“Sí, efectivamente nos... claro que afecta, yo creo que si juntas que tienes menos, que tiene menos ganas (acentúa que es ella) y le juntas el que también le suponga dolor o la posibilidad de tenerlo. Pues yo creo que sí que está limitando tener más relaciones.” (GDP8, Grupo de discusión a parejas).

Los profesionales de la salud comprenden que el miedo al daño lo relacionan con las prácticas que se centran en el coito creando ese miedo anticipatorio.

“Porque cuando ellas piensas en retomar la relación sexual lo que piensan y temen es la penetración.” (EPr5, entrevista en profundidad a profesionales).

“Y el dolor anticipatorio, para la siguiente relación que ya hace que esté más contraída y te va a doler más, entonces es un círculo vicioso.” (EPr12, entrevista en profundidad a profesionales).

Figura 9. Representación de las unidades de significado de los Cambios emocionales basados en la Incertidumbre



El posparto es considerado por las mujeres como una etapa llena de incertidumbre, debido a las inseguridades y miedos que presentan. Las participantes revelan sus inseguridades y señalan la maternidad y la sexualidad como las principales inquietudes. Los profesionales de la salud son testigos de estas inseguridades y así lo revelan principalmente, de las entrevistas en profundidad que se les hace (tabla 9). En relación a la maternidad, se sienten inseguras ante el cuidado del bebé y su bienestar, la lactancia y la sensación de responsabilidad ante un ser vivo dependiente, estas inseguridades se acrecientan en el caso de madres primerizas. Y las inseguridades de la sexualidad, especialmente, se centran en el momento sexual que están viviendo en esta etapa, preocupándolas la frecuencia, el cuidado y necesidades de su pareja, además de si alcanzarán relaciones placenteras.

Asimismo, aquellas mujeres que expresan sentir miedo (22 de las 36 mujeres participantes), mostraban principalmente, temor ante la sensación dolor o de daño físico en las relaciones sexuales (18 mujeres explícitamente lo relatan) y temores relacionados a temas vinculados a la

maternidad (13 mujeres), responsabilidad y cuidados del bebé. Los profesionales reafirman como de despierta está la emoción del miedo en estas pacientes en cuanto al daño físico debido a que ellas mismas se crean expectativas negativas sobre el encuentro, encontrándose en el círculo de miedo-tensión-dolor. Además, los profesionales recalcan que estas emociones vinculadas a los encuentros sexuales surgen ante encuentros donde el coito es el elemento principal de la experiencia sexual.

Fluctuaciones Emocionales

Es en esta familia donde las mujeres expresan como se sienten después del parto, como les está afectando esta nueva situación a su estado emocional. Queda bien reflejado en los códigos que la componen: tristeza puerperal, altibajos emocionales y dualidad maternal.

Tristeza Puerperal. En algunos casos, las madres sienten una tristeza durante el posparto, narran sentirse más sensibles, con mayor facilidad a llorar, desbordadas o incluso con tendencia al aislamiento.

“Pero estaba aumentada por las hormonas, o sea, yo es que lo noto. O de repente ponerme a llorar con otra cosa que no tiene nada que ver y decir... en seguida.”
(EM12, entrevista en profundidad a madres).

“Nada más entrar en mi casa, y yo me fui a la habitación a llorar. Yo me fui a la habitación a llorar porque quería estar sola con el niño y como mucho con mi marido.”
(GDM23, grupo de discusión a madres).

“Entonces, aprender a gestionar eso yo tuve un poquito de prisa también, me imaginaba que iba a estar felicísima desde el primer momento y siempre pensaba que estas cosas les pasaban a otras personas. Yo de por sí tiendo a ser optimista y me gusta estar contenta, entonces eh... era como: "no, esto a mí no me va a pasar" y "sí, sí claro que te ha pasado a ti también" (ríe).” (EM7, entrevista en profundidad a madres).

Los profesionales que atienden a estas mujeres perciben esta tristeza y transmiten tranquilidad e intentan normalizarla, consideran que es frecuente y no implica que esa tristeza llegue a instaurarse en el tiempo y desemboque en una depresión.

“Pero creo que es importante que lo... que tengan... que sepan que eso ocurre, que es más frecuente de lo que... de lo que pensaban.” (GDPr14, grupo de discusión a profesionales).

“Ese estado... pero claro, también ellas lo normalizan un poco, estar, así como apagadas... sí, a veces a algunas se las nota un poquito en la consulta. Otras vienen radiantes con su bebé, pero en general... otras vienen, así como que estuvieran de bajón, pero no se... no te sé decir.” (EPr3, entrevista en profundidad a profesionales).

Altibajos Emocionales. Las mujeres nos describen que es una etapa de altibajos emocionales, donde existen grandes cambios de humor, sintiéndose irascibles, susceptibles ante las situaciones y siendo incapaces de reconocerse.

“Pues sí, a lo largo del día mi estado de ánimo puede cambiar mil veces.” (FOM18, foro online a madres).

“Pero he tenido una adaptación muy de montaña rusa y emocionalmente irrecognocible 100%, y ahora mismo sigo muy hormonada que es lo que yo creo que me hace, de repente brotar y pegarme una llorera, y luego, pues un poco bipolar, ¿no?, tan pronto puedo estar llorando a moco tendido como me estoy muriendo de risa. Entonces pues creo que son las hormonas que me estoy volviendo loca (todas ríen). Y eso en parte.” (GDM27, grupo de discusión a madres).

“Eso es, llorar a veces sin motivo, enfadarme mucho con V, con mi pareja, enfadarme mucho eh..., sí, sobre todo, eso, eh... sobre todo, los enfados y como más susceptible, me notaba como más susceptible ante las cosas, sí.”* (EM7, entrevista en profundidad a madres).

La percepción de las parejas y los profesionales ante el estado de ánimo recalca los relatos obtenidos en las conversaciones con las mujeres puérperas.

“También, cosas que cualquier chorrada que puede pasar de 0 a 100%, o sea, pero tampoco es muy habitual. Pero sobre todo depende de lo haya dormido. Entonces, entonces, bueno, hay que tener mucha mano izquierda. Pero sí, sensible, sí. Por eso te digo, le afectan situaciones que antes las manejaba perfectamente.” (GDP8, grupo de discusión a parejas).

“Y además cuando duermes poco tiempo, estás más nervioso, estás más irascible y ellos te lo dicen, o sea, yo creo que son conscientes de la situación, por lo menos o que a mi transfieren es eso: “Entre que no duermo, eh... que no... eh... me siento inseguro, no

sé si lo estoy haciendo bien" entonces claro que lo viven con más ansiedad, lo viven con mucha más ansiedad." (EPr10, entrevista en profundidad a profesionales).

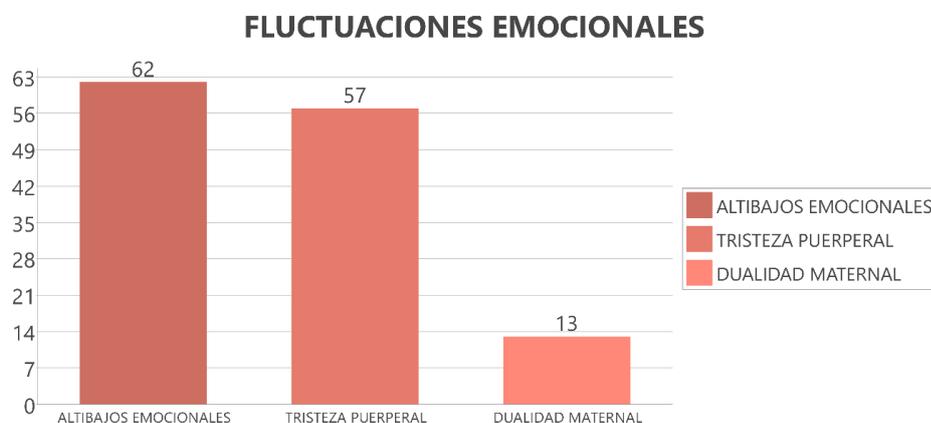
Dualidad Maternal. Aunque es cierto que las mujeres sienten que tienen las emociones más a flor de piel, viven esta etapa desde una perspectiva feliz, reconociendo este momento como especialmente bonito. Se dan cuenta de las emociones que sienten durante la vivencia de la maternidad, y que estas son contradictorias.

"[...] bueno ha sido un poco, sentimientos encontrados. Por una parte, pienso que, pues que está todo bien, porque podría haber ido peor, pero por otro lado mucho estrés, porque tú estás muy débil." (GDM29, grupo de discusión a madres).

"Bien, muy bien. Es muy buena y es la sensación de ni contigo, ni sin ti. Necesito mis ratos para mí, pero no quiero estar sin ella ni un minuto." (EM11, entrevista en profundidad a madres).

"Como dice la compañera son unos meses con sentimientos muy intensos y en ocasiones contradictorios entonces a veces estás muy satisfecha y otras veces no tanto." (FOM14, foro online a madres).

Figura 10. Representación de las unidades de significado de los Cambios emocionales basados en Fluctuaciones emocionales.



Esta familia hace un compendio de las emociones que presentan las mujeres en este periodo y que están vinculadas a las fluctuaciones emocionales que sienten. Describen sentir irritabilidad, sensación de tristeza y ahogo que alternan con la felicidad de tener a su bebé. El 25% de las participantes (9 de las mujeres) comparten haber experimentado tristeza durante el posparto. Tristeza que ha podido menguar la felicidad que les ha aportado el nacimiento de su nuevo hijo. Algunas de las mujeres describen que se sienten en una montaña rusa emocional donde la vivencia de la maternidad les resulta en algunas ocasiones dura y a la vez increíbles.

Presión

En esta familia se agrupan todas aquellas unidades de significado en que los participantes hablan sobre los factores que hacen sentir a la mujer puérpera presionada. Los códigos que componen esta categoría serían: bebé, pareja, entorno, social, “malasmadres”.

Bebé. Este código se divide en dos conceptos que hacen referencia al estrés que añade el recién nacido a la madre durante este periodo. El papel que les aporta la reciente maternidad les resulta, en general, absorbente, altamente demandante. Los cuidados del bebé implican para ellas un aumento del estrés y aumenta la percepción de agotamiento, convirtiéndose en un factor de presión.

“Pues... muy bonito y muy cercano desde luego... muy intenso. Muy intenso, si... y... quizá, también un poco absorbente.” (EM3, entrevista en profundidad a madres).

“M es muy demandante de brazos también, es como... o sea, yo hacía las cosas con él en brazos, o sea, yo no sé lo que es cocinar sin él, no sé lo que es limpiar sin él... siempre cogido, M* siempre cogido.” (GDM30, grupo de discusión a madres).*

“A parte están agotadísimas por la dedicación al bebé.” (EPr5, entrevista en profundidad a profesionales).

Otros factores que implican estrés a la madre en relación al bebé es el tema de la alimentación, la lactancia. Es una importante presión el que el único alimento que sustenta a tu bebé sea tu propia leche, y es, además, muchas veces, cuestionada la calidad y cantidad de esta leche. Si eligen otra forma de alimentar a su bebé que no sea la lactancia exclusiva perciben ser juzgadas, esto les origina una gran presión. Asimismo, el hecho de que la lactancia sea exclusiva y a demanda lleva consigo una dependencia importante por parte del bebé y una dedicación absoluta.

“Es que en realidad me están diciendo que mi leche no vale, y sí dejo de dársela y si no engorda y si no engorda porque me estoy empeñando en darle la teta... y si me ducho por la mañana... y si no sé qué”. (GDM36, grupo de discusión a madres).

“[...] la niña me cogía el pecho perfectamente y luego a casa y, de repente, las tetas tan duras que no me cogía el pecho, la niña llorando, ahí también un poco de inseguridad, llamamos por teléfono a ver qué pasaba: “no, eso es la subida de la leche, sácate un poco la leche y tal”. Bueno, al final ese día no... me compré unas pezoneras y fueron mano de santo, luego un día me las dejé en casa de Marga y ya dejé de usar pezoneras y me gustó mucho más...” (EM6, entrevista en profundidad a madres).

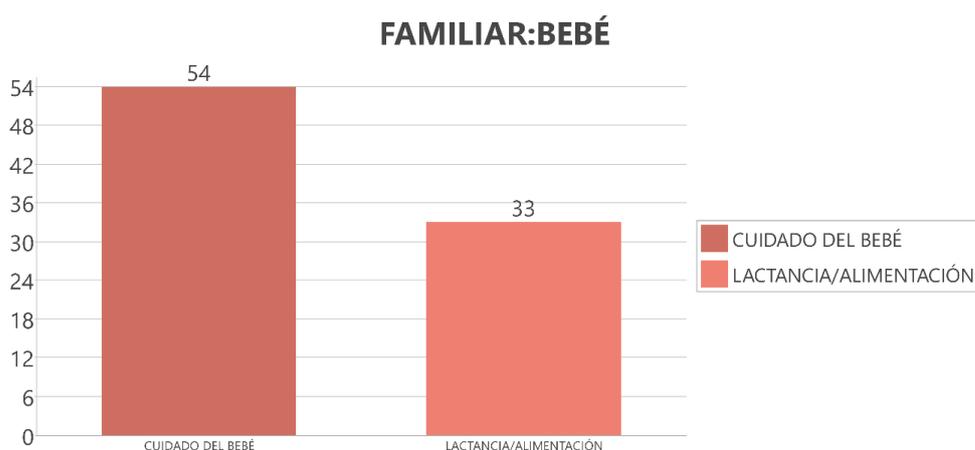
Las parejas perciben la presión implicada en la demanda de la lactancia materna, ya que es exclusiva de la madre y sobre carga en exceso las obligaciones diarias. Y en cuanto a los profesionales de la salud, perciben el esfuerzo que implica a las familias la elección de la lactancia materna, pero consideran que, tras el periodo de adaptación, la situación tiende a mejorar.

“Lo que afecta eee, o sea, uno de los motivos que afectan también un poco más de lo normal es por la lactancia exclusiva, siempre es algo que lo hace un poquito más (silencio), más dependiente por decirlo de alguna manera, porque bueno, tenemos la suerte de tener un... grandes apoyos de las abuelas, [...]” (EP1, entrevista en profundidad a parejas).

“Fundamentalmente la lactancia influye muchísimo, desgraciadamente lo mejor para la madre y para el niño es la lactancia natural, pero supone un esfuerzo importante

que no se puede compartir y eso lo tienen que saber.” (EPr6, entrevista en profundidad a profesionales).

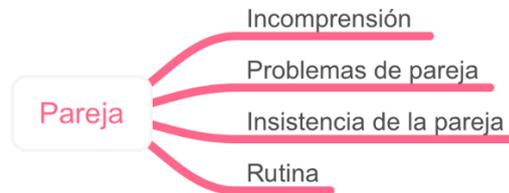
Figura 11. Representación de las unidades de significado de los Cambios emocionales basados en los Cambios familiares asociados al bebé.



El cuidado del bebé y su alimentación, implican cierta presión o estrés durante el parto, los sujetos confirman la alta demanda del recién nacido, la pareja se enfrenta a un ser dependiente y obliga a los padres a que sus necesidades estén en segundo plano, esto sumado a la falta de descanso y de tiempo, les implica estrés. Si analizamos la parte de lactancia y alimentación, la lactancia exclusiva es absorbente, y el hecho de tomar decisiones paralelas a la lactancia exclusiva, ya sea lactancia mixta o artificial, llevan consigo además el peso de la crítica.

Pareja. En este código se va a hacer referencia a diferentes conceptos dentro de la relación de la pareja y como estos pueden afectar a la mujer, incorporando en su posparto cierto estrés o presión. Se puede consultar los conceptos dependientes del código en la figura 12.

Figura 12. Esquematación de los códigos sobre Cambios emocionales basados en la Pareja.



En algunos momentos, las mujeres en el posparto no se han visto apoyadas y arropadas por sus parejas, incluso han percibido cierta incomprensión ante los sentimientos que brotaban en ella durante este periodo, la necesidad de repartir más la carga de la crianza y cuidados, la falta de tiempo y la falta de prioridad ante la sexualidad.

“Pues... yo a veces la comprensión, (reafirma) a veces... La comprensión me... me falta, de él. No siempre, pero...” (EM2, entrevista en profundidad a madres).

“No sé si es porque no se daba cuenta, pero... (llora) claro yo me sentía haciendo miles de cosas al día, queriendo hacer más cosas de las que hacía. Y él no se daba cuenta, o sea, no se estaba dando cuenta y yo no me sentía apoyada para nada.” (GDM26, grupo de discusión a madres).

Tanto las mujeres como sus parejas son conscientes de que es una etapa delicada, en la que existen muchas desavenencias que implican discusiones. Hay un periodo dentro de esta etapa en la que existe cierto distanciamiento entre ellos, debido a estos enfrentamientos, al cansancio y a la alta demanda del bebé.

“Yo discuto muchísimo, está siendo duro para los dos, estamos estresados por el bebé y más cosas. Adora a su hijo, pero a veces necesito que se valore más nuestro “trabajo” por ejemplo el de la lactancia.” (FOM20, foro online a madres).

“Pues también es verdad que hay tensión y la relación por ese lado sí que se estropea un poco, pero por el otro también se refuerza porque ya, es como un paso muy importante, ¿no? Por lo que tienes mucha responsabilidad compartida y eso es un paso para la relación. Por eso, yo creo que las dos partes se compensan. Pero sí, hay momentos malos y también hay momentos bastantes buenos. Yo creo que es diferente.” (GDP8, grupo de discusión a parejas).

En relación a la hora de retomar las relaciones sexuales, la gran mayoría de las mujeres ceden ante la insistencia de su pareja de querer iniciarlas, aun sintiendo que en esta etapa tienen menor deseo, y que por ellas lo pospondrían. Esta es otra de las presiones que reciben por parte de sus parejas.

“O sea, cuando lo hacemos es porque se pone muy pesado.” (GDM29, grupo de discusión a madres).

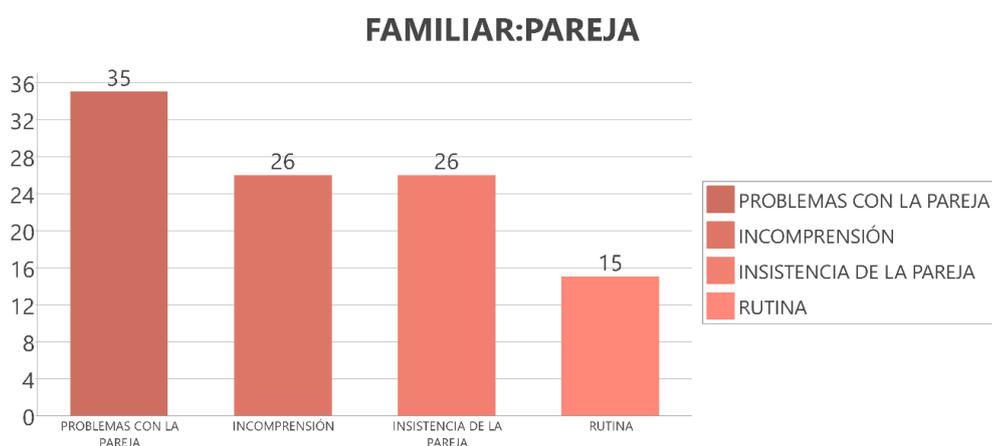
“Yo muy mal, muy mal. Es que no tengo ganas, nada. Yo muy mal y lo hago un poco por presión por él, pero reconozco que yo no disfruto.” (GDM28, grupo de discusión a madres).

Otro aspecto importante a tener en cuenta es cómo la rutina se convierte en un factor responsable ante el descenso de la vida sexual en las parejas que han sido padres recientemente. Esta monotonía puede ser causa también de presión a la mujer y a su pareja.

“La preferencia sigue siendo la de siempre, que yo prefiero ir variando y ha cambiado porque hemos entrado en una rutina que siempre hacemos lo mismo y eso es un rollo, pero por el tiempo principalmente.” (EM10, entrevista en profundidad a madres).

“O sea, no es ahora por ahora, hemos pasado rachas de decir eh...: "esto hay que estar alerta porque..." pues porque te metes en la rutina eh... del trabajo, de... de las obligaciones, de: "hay que hacer esto, esto, esto", o las conversaciones que se tienen son de: "hay que preparar esto a la niña", o... temas que parecemos compañeros de piso hasta que nos paramos a pensar que no puede ser.” (EM8, entrevista en profundidad a madres).

Figura 13. Representación de las unidades de significado de los Cambios emocionales basados en los Cambios familiares asociados a la pareja.



Otro factor que afecta a las mujeres puérperas en esta etapa está relacionado con la pareja, 102 unidades de significado hacen alusión a la presión que perciben debido a la incomprensión de algunos aspectos de su vivencia, los problemas de pareja, la insistencia de la pareja en mantener relaciones sexuales y la rutina en la que se ven inmersos en este periodo, como se puede consultar en la figura 13. Principalmente, en los relatos de los problemas con la pareja refieren que es una etapa en la cual discuten con frecuencia, dando como resultado un distanciamiento entre ellos. Sienten incomprensión de sus parejas ante las circunstancias del posparto como es las emociones que viven, la carga de la casa y el cuidado del recién nacido además de sentirse presionadas entorno a la sexualidad tras el parto, como evidencian en los relatos dirigidos a la insistencia de la pareja. Entre las mujeres participantes 13 describen como les afecta la incomprensión de su pareja. Por último, la rutina implica cierta preocupación en las parejas debido a que consideran esta etapa monótona y aburrida, repercutiendo en la relación de pareja.

Entorno. Otro foco estresante se centra en el entorno, familiares y amigos que dan consejos sobre la crianza, sin tener en cuenta cómo afectará a la madre. En algunas ocasiones, ellas narran estas aportaciones de su alrededor como invasivas y que las generan presión; se sienten, a menudo, enjuiciadas. Por otro lado, las visitas que reciben en la etapa temprana de posparto, las perciben como estresantes.

“Las familias políticas son complicadas y las familias propias también (ríe). Es complicado, porque de repente, mogollón de estímulos externos que te llegan, te dicen, y te hacen y entonces tú, notas también que estás más suspicaz.” (EM2, entrevista en profundidad a madres).

“La presión de la gente de juzgarte, de esto lo estás haciendo bien, esto lo estás haciendo mal, no esto no se lo pongas al niño... Psicológicamente, eso a mí, me mataba.” (GDM30, grupo de discusión a madres).

“Está mal hecho, yo considero, que está mal hecho algo que tengas que hacer por obligación porque te lo dice quien sea, o tu madre o tu suegra te dice que lo tienes que hacer así y ya está. Entonces yo creo que eso les da un conflicto interno de: “Es que tengo que hacer esto, pero es que yo a lo mejor, en el fondo, no quiero hacer eso o no sé lo que quiero hacer”, es lícito también el no saber qué hacer.” (GDPr15, grupo de discusión a profesionales).

En los relatos obtenidos, el entorno con las visitas para conocer al bebé, los consejos bienintencionados y la ayuda excesiva son para las mujeres foco de estrés o presión, así lo muestran en 43 citas, principalmente obtenidas de los grupos de discusión a madres (25 unidades de significado) y las entrevistas en profundidad a estas (8 unidades de significado).

Social. La sociedad aporta también su granito de arena en la presión percibida por las mujeres puérperas, ya que la maternidad y el posparto se expresa y se comparte como un suceso único, increíble y precioso. Es en este código se indagarán otros aspectos asociados a la sociedad, los conceptos están reflejados en la figura 14.

Figura 14. Esquematización de los códigos sobre Cambios emocionales basados en lo Social.



Las madres narran su experiencia en la maternidad y muchas de ellas están de acuerdo en destacar que la visión que se muestra de la maternidad no corresponde con la realidad. Reconocen que tenían unas expectativas altas sobre la maternidad y recalcan la importancia de desenmascarar ciertos mitos. Transmiten lo poco que se conoce de la maternidad real y enfatizan en que apenas se habla de lo difícil que puede llegar ser en algunas ocasiones afectando a la mujer, a la pareja y a la familia.

“[...] yo lo que he vivido es que todo es precioso, todo es maravilloso, nadie tiene problemas con la teta, el posparto es cojonudo y yo soy la rara porque tengo desequilibrios y estoy perturbada en el posparto, pero...” (GDM27, grupo de discusión a madres).

“Sí, pero... que sean más realistas, porque te lo ponen todo tan bonito y luego no es todo tan bonito. Que sean mucho más realistas de lo que...” (GDM30, grupo de discusión a madres).

“Bueno y yo creo también que no sé si es porque me ha tocado ser mamá, como que se idealiza demasiado la maternidad. Que sí, el concepto es maravilloso, pero se habla poco de lo duro que es. [...] Porque la gente te dice que es maravilloso y está súper feliz y yo por qué no estoy así”, encima te autocastigas, de “yo quiero estar bien y no lo estoy”. Pero porque te han contado una realidad que no es.” (GDM36, grupo de discusión a madres).

Debido a que no se habla con claridad del momento del posparto, ni se visualizan los aspectos más negativos de la maternidad, en algunas ocasiones, este tabú, añade cierta culpabilidad o tristeza a la madre que sí vive una experiencia negativa en el posparto.

“Pues el problema que yo veo es que como nadie me ha contado que la vivencia podía ser horrible, yo me he creído que era la única que estaba sufriendo.” (GDM27, grupo de discusión a madres).

“Pero miras para atrás y dices: “Es que no ha sido nada fácil, jeh!, esto es duro”. Duro y nadie te habla de ello.” (GDM30, grupo de discusión a madres).

“Y también me parece que una vez que tú lo estás viviendo, ya la gente te habla y te cuenta su experiencia un poco más negativa. Pero si no, nadie te habla de la negativa. Ahora ya, yo me he quejado con amigas o conocidos: “ah, yo también y esto” y tienes muchas cosas en común. Pero si no, nadie te habla antes de lo que te puedes encontrar. Quizás es para... claro... es para que no vayas predispuesta. Pero también una pequeña

preparación de saber lo que realmente es, que al final lo pasamos todas.” (EM3, entrevista en profundidad a madres).

También hacen hincapié en cómo los roles sociales proyectan diferencias significativas en relación con las responsabilidades que deben asumir el hombre y la mujer, lo que implica una sobrecarga física y emocional a esta madre en la etapa del posparto. Entre estos roles se encuentra el de “buena madre”, “buena esposa” y “mujer trabajadora”.

“La verdad es que me esperaba que todo fuese diferente, pero todo el peso del bebé lo llevo yo sola, y el de la casa prácticamente también.” (FOM21, foro online a madres).

“O sea, inseguridad absoluta, de “Lo estoy haciendo mal”, “Soy una antigua, de quedarme yo en casa”. Porque, además, la sociedad es muy... o sea, ahora mismo, el concepto es la madre trabajadora, niños a la guarda y sabes...” (GDM31, grupo de discusión a madres).

“Pues cuando empieces a trabajar, yo en mi segundo embarazo, una vez que volví a trabajar quería continuar mi ritmo de vida que... ocupándome la mayoría de la familia, el peso cae en nosotras. Él te puede ayudar, pero es cierto, en mi caso por lo menos, cae sobre mí.” (GDM34, grupo de discusión a madres).

Los participantes exponen cómo el nacimiento del nuevo bebé puede mover los cimientos de la relación y la familia. Necesitan reestructurar el núcleo familiar, conocerse como padres, y reencontrarse como pareja, creando roles de familia sólidos.

“La llegada de un bebé cambia la relación de pareja y se necesita tiempo para ir normalizando la situación.” (FOM17, foro online a madres).

“Pues, al principio con un poquito de miedo, lo primero, bastante miedo. Pero, luego también, me he empezado a sentir mujer, ya no sólo madre, sino pareja. Porque ha sido un poquillo durillo el cambio de ser madre a ya a ser, o sea, el cambio de ser solo una pareja a también ser madre.” (EM3, entrevista en profundidad a madres).

“Sí, claro que ha cambiado, estamos aprendiendo a ser uno más y a manejar las emociones de nuestra hija con ese tema, a manejar las nuestras. Ha cambiado, claro que ha cambiado, para bien, y otras con una incógnita como te digo. Esto es caminar sobre un terreno nuevo día a día y que nadie te explica bien cómo es. Yo siento que estamos caminando juntos y... sí, sí, sí.” (EP5, entrevista en profundidad a parejas).

Existe un suceso importante después del nacimiento del bebé que las madres refieren como causa de mucho estrés y tristeza y es la vuelta al trabajo, la reincorporación laboral.

“Y ahora que he empezado a trabajar, pues bueno... pues te adaptas, ¿no? ¡Qué vas a hacer! Pero a mi encantaría estar con él 24 horas.” (GDM26, grupo de discusión a madres).

“Yo vuelvo al trabajo la semana que viene y tengo que salir una hora antes para soltarle y llegar a trabajar a las 8, contando con que no duerme, ¡¡Me estresa pq cambia el humor y todo!!pero somos mujeres y eso significa que podemos con lo que nos echen!!!![sic]” (FOM15, foro online a madres).

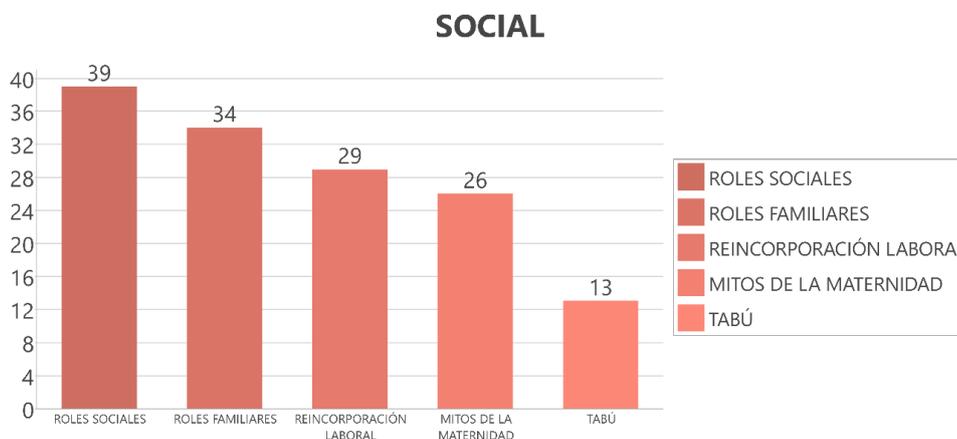
“Pues cuando empieces a trabajar, yo en mi segundo embarazo, una vez que volví a trabajar quería continuar mi ritmo de vida que... ocupándome la mayoría de la familia, el peso cae en nosotras. Él te puede ayudar, pero es cierto, en mi caso por lo menos, cae sobre mí.” (GDM34, grupo de discusión a madres).

Algunas mujeres confiesan que desean la vuelta al trabajo, necesitan conectar con su parte personal e individual.

“También es verdad que adoro los momentos en los que no estoy sin ella, en los que estoy sin ella, o sea, que estoy sin ella, disfruto muchísimo de estar con ella, pero también creo que disfruto tanto porque disfruto mucho de cuando no estoy con ella y... necesito un poco eso; de hecho, cuando empecé a trabajar eh... o sea, ya necesitaba trabajar.” (EM7, entrevista en profundidad a madres).

“Claro, cuando yo les digo: “Yo estaba deseando”, me dicen: “Yo también”, ¿sabes? pero ellas realmente no te dicen: “Estoy deseando volver al trabajo”, porque es como que suena muy feo [afirman: suena muy feo]. Pero cuando empatizas y dices: “Yo, yo estaba deseando volver”, te dicen: “Yo también, yo también” (con voz bajita). Pero se sienten mal, sí.” (GDPr14, grupo de discusión a profesionales).

Figura 15. Representación de las unidades de significado de los Cambios emocionales basados en lo Social.



El entorno social es otro gran código con 141 citas, donde los participantes vuelcan sus testimonios en relación a la presión que perciben ante los mitos de la maternidad, el tabú a hablar sobre el posparto, los roles sociales y familiares y la reincorporación laboral (figura 15). Los roles sociales son los que más frecuencia han sido relacionados a la presión percibida por estas mujeres, debido, según sus aportaciones, a la sobrecarga en el hogar y al cuidado de los hijos. Describen cómo sienten un desequilibrio con relación a las cargas, aunque sí describen ser ayudadas por sus parejas, pero demandan mayor igualdad en el reparto. Otro factor que les crea estrés se debe a cómo ha afectado la llegada del nuevo bebé a los roles familiares, expresan la necesidad de reestructurar la familia abarcando parcelas individuales como la personal y comunitaria como la pareja. También describen como estresante la hora de reincorporarse al trabajo, se trata de un momento delicado debido a la logística que implica y a las connotaciones emocionales vinculadas. Por último, vuelcan su preocupación con relación a la presencia de mitos sobre la maternidad y queriendo hacer hincapié en lo poco que se habla de la realidad del posparto, considerando que se trata de un tabú. Esta falta de exposición sobre todas las caras de la mater-

nidad ha sido para ellas, según relatan, un foco de presión, debido a que esa falta de información les hacía plantearse si ellas eran las únicas que vivían la cara oscura de la maternidad.

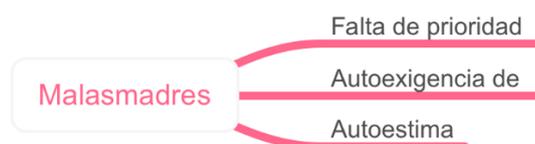
“Malasmadres”. Se trata de un código “in vivo” extraído de los relatos de los participantes. Se ha visto reflejado en las experiencias que han aportado los participantes para el entendimiento de un suceso tan importante para la mujer como es la maternidad. En él, se ve reflejado cómo surge la emoción que las madres tienen de no llegar a los estándares esperados, aun luchando por ser una “buena madre”.

“Quizás lo que tenga es la visibilidad del movimiento “Malasmadres”, que a mí me encanta [el resto asiente]. A mí me encantan, ¡chapó!, o sea, son mujeres que quieren ser personas, además de madres, quieren ser personas, se ven...” (GDPr12, grupo de discusión a profesionales).

“Que son madres y son mujeres y trabajadoras y lo que les dé la gana ser...” (GDPr15, grupo de discusión a profesionales).

En la siguiente figura 16 se exponen los conceptos que se van a desarrollar en este código.

Figura 16. Esquemización de los códigos sobre Cambios emocionales en el entorno social. Malasmadres.



El nuevo rol de madres que asumen las mujeres en el posparto les obliga a priorizar a su bebé frente a sus intereses individuales. Esta falta de prioridad personal acrecienta el estrés percibido, ya que ellas y su cuidado han pasado a ocupar un segundo plano.

“Sí es verdad lo que dices de privar... Yo también soy una persona muy activa entonces, al final es un poco la lactancia es un poco, pues que te limita tu vida y tu día a día porque tienes que estar al 100% por ella, entonces eso sí que es verdad que al principio te sientes rara.” (GDM25, Grupo de discusión a madres).

“Sí que me siento a veces mal, cuando la deajo en plan ¡Jo! Y es una hora, que no es mucho... pero.” (GD25, grupo de discusión a madres).

“Claro, pero nadie se lo dice. Claro, nadie les dice eso. Les dicen que todo al bebé, ¿no? Y que... y se sienten mejores madres si están desaliñadas cuidando a su bebé o eso es quizás lo que se espera de ellas, a lo mejor, ¿no? Entonces, sí, si sienten que dicen a su madre o a su suegra quédate un momentito con el bebé que voy a ducharme, voy a dormir, se sienten malas madres. Entonces, yo creo que...” (GDPr14, grupo de discusión a profesionales).

Las madres están sometidas a una enorme presión por la responsabilidad de ser unas súper madres. El entorno social y la auto imposición de unos estándares de responsabilidad para rozar la perfección en todos los ámbitos: maternal, de pareja y laboral, lo que las somete a un elevado nivel de autoexigencia que, pone al límite la resistencia de las madres actuales, generando situaciones de gran estrés en el día a día.

“O mi madre, ¿no?: "cuando eres madre tienes que llegar a todo". Al final, es que la sociedad no ve... no ve la realidad esta que tenemos con el... con el posparto, es que no. Es que ya tienes un hijo y tienes que estar súper, súper feliz... llegar a todo, ser la súper madre, no se te puede olvidar nunca nada y eso no es así. Y cuando no lo consigues te hacen sentir culpable.” (EM2, entrevista en profundidad a madres).

“Pero tengo días que es absolutamente agotador. Que cuando llegan las 8 de la tarde o las 9 de la tarde, me meto en el baño y hecho 4 lágrimas y digo: "no puedo más, hoy no puedo más ya... hoy me siento desbordada, superada por la situación". Porque quieres llegar a todo... y sientes que no llegas a nada. Y eso, para mí, es lo más complicado.” (EM1, entrevista en profundidad a madres).

“[...]Yo si pienso en si estoy satisfaciendo a mi pareja o no, ya que antes éramos muy activos y ahora soy bastante menos.” (FOM14, foro online a madres).

“[...] yo creo que lo que más le ha costado a mi mujer, si tuviera que hablar, más que hormonal, más que cualquier cambio de este tipo, ha sido el hecho de comprobar que con una bebé por muy buena que sea, no le cunde el tiempo para hacer todas las cosas que quiere hacer al día, lo que más con diferencia; si tuviera que destacar algo claramente, clarísimamente, sería eso: que quiere seguir haciendo las cien mil cosas [...] no le cunde porque demanda mucho la peque, no solo a nivel de lactancia que he explicado antes, sino a nivel de brazos, de juego, de todo, entonces pues no le cunde y eso es de lo que más se queja continuamente.” (EP2, entrevista en profundidad a parejas).

Ante las exigencias que ellas mismas se marcan, tanto por creencias propias, como las exigencias socialmente contraídas ante la maternidad idealizada y mitos sobre ella, las mujeres del estudio experimentan sentimientos de superación, frustración y agotamiento, pero especialmente culpabilidad.

"[...] me imaginaba que iba a estar felicísima desde el primer momento y siempre pensaba que estas cosas les pasaban a otras personas. Yo de por sí tiendo a ser optimista y me gusta estar contenta, entonces eh... era como: "no, esto a mí no me va a pasar" y "sí, sí claro que te ha pasado a ti también" (ríe)." (EM7, entrevista en profundidad a madres).

"Porque la gente te dice que es maravilloso y está súper feliz y yo por qué no estoy así", encima te autocastigas, de "yo quiero estar bien y no lo estoy". Pero porque te han contado una realidad que no es." (GDM36, grupo de discusión a madres).

"Mucha frustración porque dice: "¡Joder! Yo en mi trabajo pues, pues hacía, estaba en dos trabajos, hacía tal, y ahora no, ahora casi no llego ni a uno, pero es que llego a casa y tengo que estar también al 100%". Es... es frustrante porque no hay reparto." (EPr2, entrevista en profundidad a profesionales).

Las mujeres se exponen a cambios tras embarazo y el nacimiento del bebé que afecta a su propia autoestima. Para las mujeres este periodo lleva consigo un coste emocional alto a la hora de enfrentarse con una imagen en la que no se reconocen. El impacto generado en la auto-

estima también alcanza a la seguridad de las mujeres en la intimidad, siendo una de las mayores preocupaciones el no gustar a sus parejas igual que antes del parto.

“Porque no me siento bien conmigo misma. O sea, no me siento en forma, me siento...sabes, me siento... pues eso, que no... mi cuerpo ha cambiado muchísimo...”
(EM12, entrevista en profundidad a madres).

“Es que todo, es que no te reconoces, vamos, yo no me reconozco a mí misma... por lo menos. [...] Yo es que no soy capaz de mirarme en el espejo directamente...” (EM1, entrevista en profundidad a madres).

“Pues sí, porque me noto diferente. Entonces... esa sensación de decir... le voy a seguir atrayendo... voy a seguir siendo atractiva para él o no. Pero bueno, como me siento apoyada, tampoco...” (EM3, entrevista en profundidad a madres).

“A veces en algunas mujeres eso se traduce en cierta inseguridad a la hora de tener relaciones, porque es verdad que bueno, que al final es otro momento en nuestra vida sexual, “mi cuerpo ha cambiado y tampoco sé cómo la otra persona va a recibir esos cambios” ¿vale?, entonces, pero yo creo que es más a veces inseguridades de uno mismo que realmente realidad ¿no?” (EPr9, entrevista en profundidad a profesionales).

Algunas mujeres al referirse a este periodo lo hacen describiendo una transformación que va más allá de un cambio físico, esta transformación puede afectar a la forma que tienen de relacionarse con su pareja en las relaciones sexuales.

“Pues a ver. Pues ... mal. La verdad que mal. Porque también él... él esperaba que fuese la misma leona en la cama, ¿sabes? Y... no, ya no. [interrupción de EM1: ya, eres una gatita ahora]. Ya no soy esa. [...] es que ... no, no podía ser la de antes. Yo me sentía que no era la de antes. Era otra, que tenía otra sexualidad.” (EM2, entrevista en profundidad a madres).

“Yo pienso que la maternidad es sexualidad femenina, es otra manera de vivir la sexualidad, más relacionada con el mundo afectivo. [...] Yo creo que todo esto es sexualidad y nos llevará a mejorar nuestras relaciones en el futuro.” (FOM13, foro online a madres).

Aun así, es importante destacar que algunas mujeres, describen esta etapa como un periodo de crecimiento, de transformación personal que conlleva redescubrirse como madres, mujeres y esposas.

“Mi bebé me está enseñando a tomarme la vida de forma más calmada.” (FOM17, foro online a madres).

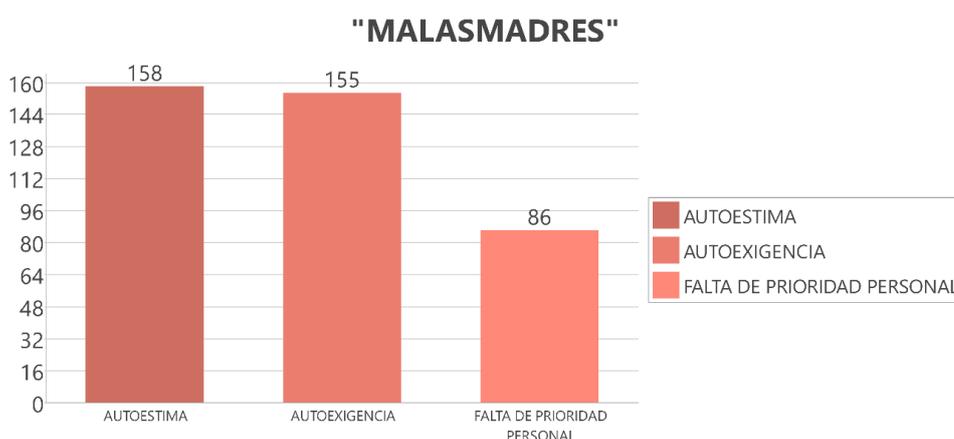
“Una vez que empecé a vivir sola con ella me sentí mucho más segura y empoderada.” (FOM13, foro online a madres).

“Pues, yo creo que sí, yo creo que le ha afectado para bien. Creo que, no sé. Creo que esta. Es que no sé cómo decirlo. Creo que le ha afectado para bien, no te puedo decir que le haya centrado, porque es una persona muy centrada pero no sé. Creo que que, no

sé. Le ha encajado más. No sé cómo explicárselo. Si le ha cambiado, le ha cambiado para bien, desde luego.” (GDP8, grupo de discusión a parejas).

“[...] luego ya cuando las veo al mes y medio suelen ser unas personas completamente diferentes, en la que ya están mucho más adaptadas, se encuentran mucho más.” (GDPr7, grupo de discusión a profesionales).

Figura 17. Representación de las unidades de significado sobre la Presión. Malasmadres.



A la hora de observar los relatos de los participantes sobre la presión percibida por las mujeres puérperas, podemos ver que el código que mayor peso tiene es “Malasmadres” con 409 citas, donde se describe como se sienten las mujeres en la actualidad ante las expectativas de lo que se espera de ellas. Describen la falta de prioridad personal, la autoexigencia y la autoestima (figura 17) como los factores estresantes principales. En el caso de la autoestima, las mujeres han dejado de verse atractivas, sin identificarse con la imagen que proyecta el espejo y no aceptando el cambio. Esta negación les implica un distanciamiento con sus parejas, debido al miedo a no gustar a su pareja. Uno de los aspectos positivos es que estas mujeres viven una transforma-

ción personal, que les obliga a reconocerse y crear una nueva imagen de ellas mismas como mujeres, madres y parejas.

Familiares

En esta categoría recoge todos los testimonios que han implicado cambios emocionales en el seno de la nueva familia. Describen emociones nuevas, que anteriormente no habían experimentado, emociones vinculadas al ser nuevos padres y tener un nuevo hijo. Y está compuesta por los siguientes códigos: Vínculo con el bebé, percepción de las emociones del padre, relación de pareja y maternidad.

Vínculo con el Bebé. El vínculo que sienten las madres con sus bebés lo describen como algo único, muy intenso, descarnado, con cierta dependencia mutua y narran cómo lo disfrutan y sienten su felicidad. Además, algunas madres que tienen otros hijos describen este vínculo de manera diferente a los anteriores, dando la importancia al hecho de tener experiencia y haber perdido miedos e inseguridades. En muchas ocasiones, lo describen como un sentimiento que ha ido creciendo, no es inmediato al parto, sino que ha ido transformándose y aumentando poco a poco hasta alcanzar la intensidad que sienten.

“¡Buah! Es lo más bonito. Es que mi bebé está enamorado de mí (ríe) y yo de él.”

(GDM28, grupo de discusión a madres).

“¿Cómo lo vivo? Pues una experiencia muy bonita, lo vivo de forma positiva, me parece algo... como algo inolvidable, algo muy especial que no se vive... no es cualquier

momento que digas: "lo puedo vivir de otra forma", no. Creo que es un momento único y te unes mucho al bebé, la verdad." (EM4, entrevista en profundidad a madres).

"[...] mmm... entonces, con ella es como... de verdad lo estoy viviendo de una forma diferente mmm, no creo que sea mejor que con A, con A* también fue muy especial, pero creo que fue especial también por ser lo primero, entonces, todo lo vives como: "¡Ay!, me voy a fijar en no sé qué", a lo mejor estás más atenta" (EM9, entrevista en profundidad a madres).*

"A mí, lo que me pasó es que... cuando era chiquitín, chiquitín, cuando nació, a ver, que cuando nace es una pasada y es lo... pero a medida que va pasando el tiempo, es como que le quiero más. [...] Sí, yo se lo digo a mi marido: "Es que, es como que cada día le quiero un poquito más". O sea, es..." (GDM31, grupo de discusión a madres).

El vínculo que tienen las parejas también lo han descrito los participantes. Las mujeres puérperas describen como lo perciben como meras espectadoras y ellos describen su emoción, cómo han ido forjando la relación con su hijo, cómo de intenso es para ellos la emoción que les despierta.

"[...] él sí me decía que ya no, al... a la semana de nacer nuestra bebé, que ya no se imaginaba la vida sin ella, que la quería muchísimo, que lo que sentía era una cosa espectacular..." (EM7, entrevista en profundidad a madres).

"[...] pero es que él también ha hecho un vínculo muy bonito con el bebé y yo creo que estamos más o menos a la par, estamos igual. Entonces creo que él lo vive de forma

positiva, él también, que vea que yo tengo esa relación con el niño porque él también la tiene, creo.” (EM4, entrevista en profundidad a madres).

Percepción de las Emociones del Padre. En este código se muestra cómo perciben ellas las emociones que tienen, durante este periodo, sus parejas debido a que, en el posparto, las mujeres crean un vínculo muy fuerte con sus bebés. En general, perciben que sus parejas sienten estar en un segundo plano, sintiéndose desplazados o llegando a sentir celos por el vínculo creado.

“Claro, bueno, pues que ella es mía, como que ella es mía, como que él no pinta nada en esto, él se ve un poco... sí, fuera, fuera.” (EM10, entrevista en profundidad a madres).

“Pero yo creo que sí que, en cierto modo, sí que hay cierta, no se... no es celos, pero como que él también le gustaría estar conmigo, pero también le gustaría estar, tener ese vínculo que tengo yo con él y que tiene él conmigo.” (GDM23, grupo de discusión a madres).

“[...] pero sí que algún día, pues me ha dicho a lo mejor de: "¡Jo!", a lo mejor le he dado un abrazo y me dice: "hacía un montón que no me dabas un abrazo" y es verdad que a veces es que no me doy cuenta yo, ¿sabes? Porque a veces estoy tan centrada en la niña que no soy consciente. A veces el me lo dice, pero no me lo dice recriminando, me lo dice que nota en falta esos gestos de cariño que antes tenía más y yo no soy consciente...” (GDM25, grupo de discusión a madres).

Otras mujeres describen cómo sus parejas disfrutan del vínculo creado entre ella y el bebé, aceptando que es una etapa de co-dependencia, en el que él juega un papel crucial de acompañante y es consciente de los vínculos que él también ha creado con el bebé.

"[...] hora mismo creo que lo vive eh... felicísimo, la verdad, creo que está, vamos, muy contento, la verdad." (EM7, entrevista en profundidad a madres).

"Pues en par... o sea, yo creo que lo... a ver, por un lado, pienso a veces: "a lo mejor se siente un poco desplazado en ese sentido", pero es que él también ha hecho un vínculo muy bonito con el bebé y yo creo que estamos más o menos a la par, estamos igual. Entonces creo que él lo vive de forma positiva, él también, que vea que yo tengo esa relación con el niño porque él también la tiene, creo." (EM4, entrevista en profundidad a madres).

Relación de Pareja. Describen su relación de pareja durante este periodo como un proceso de cambio y adaptación, en el que han ganado confianza. Ven la pareja como si se hubiera reforzado y la consideran más sólida y madura.

"Yo creo que en cierto modo sí que, aunque está todo bien y estamos todo, esta todo correcto, pero yo creo que como pareja nos tenemos que rehacer, igual que yo como persona me estoy rehaciendo, yo creo que mi pareja también, creo, no sé." (GDM23, grupo de discusión a madres).

"Eh... o sea, muy... muy orgullosa de lo que hemos conseguido. Creo que tenemos, hemos pasado por supuesto por todo nuestro proceso, pero creo que tenemos una

[Resultados]

relación muy sólida, sí, yo creo que esa es la palabra creo, que tenemos una relación muy sólida y siento que somos de verdad un equipo, no solo para ser padres sino en... en todos los aspectos, o no sé si en todos, pero bueno, muchos de los aspectos de nuestra vida, sí.” (EM7, entrevista en profundidad a madres).

Las parejas también hablan de la relación que mantienen desde el nacimiento del bebé, cómo perciben que se haya visto modificada la relación de pareja.

“Pues también es verdad que hay tensión y la relación por ese lado sí que se estropea un poco, pero por el otro también se refuerza porque ya, es como un paso muy importante, ¿no? Por lo que tienes mucha responsabilidad compartida y eso es un paso para la relación. Por eso, yo creo que las dos partes se compensan. Pero sí, hay momentos malos y también hay momentos bastantes buenos. Yo creo que es diferente.” (GDP8, grupo de discusión a parejas).

“Esto es caminar sobre un terreno nuevo día a día y que nadie te explica bien cómo es. Yo siento que estamos caminando juntos y... sí, sí, sí.” (EP5, entrevista en profundidad a parejas).

Maternidad/Paternidad. Describen la maternidad y paternidad, qué ha supuesto para ellas y sus parejas el ser padres y cómo se sienten. Para ellas, la maternidad, a pesar de ser una época difícil y llena de retos, donde el agotamiento, la falta de tiempo personal y las inseguridades que sienten, la consideran una etapa feliz.

“[...] esto hace que se cubran otras necesidades, como que estoy completa ahí en... (pequeño silencio) en... en lo que él me da, me llena.” (EM8, entrevista en profundidad a madres).

“Mmm no sé, es algo mágico ¿no?” (EM9, entrevista en profundidad a madres).

“La he notado más feliz (ríe), ya he contestado lo mismo (ríe), la he notado más feliz esta vez.” (EP5, entrevista en profundidad a parejas).

“He visto más pacientes alegres que tristes. Sí, contentísimas con su bebé, felices. Sí, es la idea general.” (EPr4, entrevista en profundidad a profesionales).

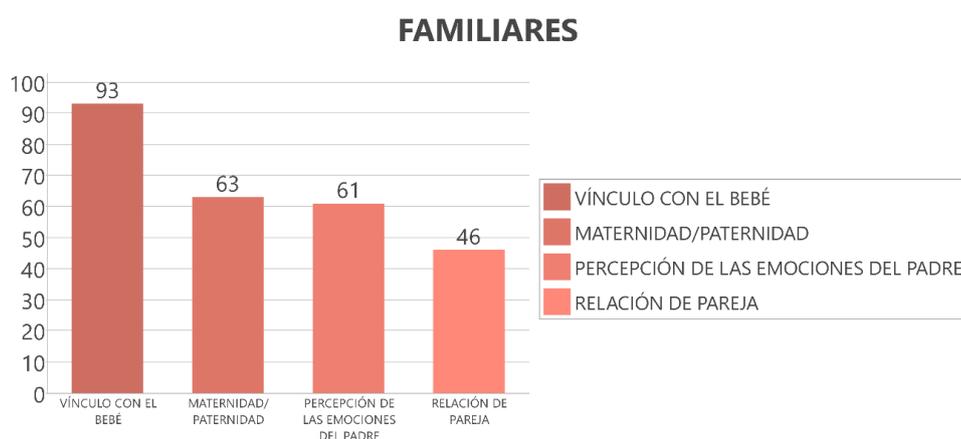
También las parejas han querido compartir cómo están viviendo esta etapa y hablan sobre las emociones que han sentido al convertirse en padres. Describen la paternidad como una etapa de descubrimiento y una experiencia increíble.

“Pues muy feliz, como comienzo, y una felicidad distinta a la sentida anteriormente con otras cosas que he sido muy feliz en mi vida y he alcanzado picos muy altos de felicidad, pero es una felicidad diferente; una felicidad hasta ahora no vivida, entonces, he explorado otros nuevos caminos de felicidad -por decirlo de alguna manera- que no

había sentido y que supongo que si no hubiese sido padre no hubiese sentido.” (EP2, entrevista en profundidad a parejas).

“Pues, yo muy bien, la verdad que... no sé, muy enamorado del bebé desde el principio. Muy bonita la experiencia, muy recomendable. Y es verdad que, una vez que yo... desde mi punto de vista, una vez que lo tienes pues... es una cosa que es lo más importante, un poco de la vida que me ha pasado.” (GDP7, grupo de discusión a parejas).

Figura 18. Representación de las unidades de significado sobre los Cambios emocionales asociadas a la Familia.



En esta categoría se muestran los relatos que describen los cambios emocionales que experimenta la familia durante esta etapa. El vínculo con el bebé ha sido la emoción más descrita, donde expresan cómo experimentan la relación que ha surgido con el bebé. Además, han hablado sobre el nuevo rol que adquieren tras el nacimiento del bebé, cómo lo están viviendo y qué sentimientos evoca la maternidad. Por otro lado, hacen referencia a las emociones de las

parejas, cómo perciben que se sienten ante la nueva situación. Y, por último, narran cómo afecta a la relación de pareja el cambio que conlleva la llegada del bebé.

Teoría Sobre los Cambios Emocionales en el Posparto

La relación entre las familias de la categoría Cambios, centrados en las emociones de las mujeres durante el posparto se expone en la red representativa de la teoría que la explica ([Anexo VIII](#)).

Las emociones que emergen durante el posparto se centran en gran parte en la incertidumbre que experimentan, las fluctuaciones de las emociones que viven, la presión que perciben, creando en ellas una situación de estrés, y se le suma, además, las emociones que nacen en la familia y deben afrontar.

Con respecto a la incertidumbre, las inseguridades que experimentan, en general, están vinculados a los miedos que brotan en ellas como la lactancia o la alimentación del bebé, el cambio personal que conlleva la llegada del bebé en su vida y las presiones que genera el entorno como la familia, ya que ellas lo perciben como si se les cuestionara sus habilidades en el nuevo rol de la maternidad, lo que en muchas ocasiones se traduce en altibajos emocionales y sensación de culpabilidad. Los miedos que se generan en esta etapa están vinculados a las inseguridades que aparecen y a su vez, ante el dolor o molestia en la zona genital tras el parto que se expresa más detalladamente en la aparición del miedo real al daño físico o dolor que aparece ante la propuesta de mantener relaciones sexuales en este periodo.

Durante el posparto, las emociones pueden fluctuar donde los altibajos emocionales están relacionados con el agotamiento que implica el cuidado del bebé y las exigencias del posparto, la influencia que generan los cambios hormonales desencadenando desestabilidad emocional, o generados por la autoexigencia de ser eficientes, todo ello aumenta la inseguridad que sienten estas madres. Es posible que ante la afluencia emocional sientan tristeza puerperal condicionada por estos altibajos, el cuidado del bebé y el agotamiento que supone, convivir con los mitos de la maternidad y el sentimiento de culpa que fácilmente afloran en estas mujeres. Es posible que el apoyo entre mujeres que están en viviendo la experiencia de la maternidad, suavice esta inestabilidad emocional, ya que sienten que lo que experimentan forma parte del proceso normal. El posparto carga a estas madres de una dualidad emocional, en la que experimentan un vínculo inexplicable con su bebé y a su vez una gran privacidad de su tiempo propia de la maternidad.

La presión percibida por las madres se centra en las situaciones de estrés que se derivan del cuidado del bebé, la influencia del entorno y la sociedad, el apoyo de la pareja y la perspectiva de la propia madre. La maternidad obliga a la madre a redirigir su atención al bebé, perdiendo la prioridad personal, es el mayor factor de estrés en estas madres, el derivado del cuidado y la lactancia. Esta falta de prioridad se hace visible en otros aspectos como el cuidado personal que en ocasiones lo sitúan en un segundo plano o la búsqueda de su bienestar, como es sucumbir a los deseos de su pareja a mantener relaciones ante su propia falta de deseo. Otro aspecto se centra en la autoexigencia que las mujeres se imponen, obligándose a ser una súper madre, esta presión autoimpuesta se alimenta de los roles sociales y los mitos sobre la maternidad, vincula-

dos con la sensación de culpabilidad. Finalmente, y vinculado a las exigencias de la propia madre, se encuentra la autoestima, cómo se ve afectada en esta etapa debido a los cambios que han sucedido, provocando una variación de la percepción de su propia imagen corporal y aumentando la inseguridad ante la posibilidad de no gustarle a su pareja. A parte, la presión percibida por la influencia del entorno implica mayor inseguridad y afecta a los altibajos emocionales que experimentan estas mujeres. Del mismo modo, perciben presión asociada a la influencia social, que conlleva convicciones asociadas a los roles sociales, mitos relacionados a la maternidad que pueden influir en los roles familiares y en ellas como, por ejemplo, la reincorporación laboral o el tabú que envuelve la maternidad y la sexualidad para la sociedad. Por último, la presión percibida asociada a sus parejas se debe en gran parte a los problemas de pareja en este periodo vinculados a la incompreensión que sienten las mujeres de sus parejas, la propia rutina o la insistencia de estas para mantener relaciones.

Finalmente, surgen emociones durante esta etapa que se generan en el seno familiar relacionados con la llegada del bebé. Se viven por primera vez o se rememoran de experiencias previas como el vínculo que se construye con el bebé o las sensaciones que se viven en la nueva maternidad desde la anteriormente explicada dualidad emocional, es importante entender que las experiencias previas en maternidad pueden aflojar presiones, permitiendo experiencias diferentes. Esta emoción es importante integrarla dentro de la familia, ya que el padre y sus emociones interactúan con la experiencia de la maternidad y los vínculos formados. Lo importante para mantener una relación de pareja emocionalmente sana se basa en el apoyo y la comunicación y encontrarse satisfechos frente a la nueva etapa.

4.2.1.3. Cambios vitales

En esta subcategoría se indaga sobre los cambios relevantes para la mujer durante este periodo, son cambios vitales que implican una remodelación a nivel familiar, a nivel personal y en el ámbito de la intimidad. El esqueleto que forma esta subcategoría que forman tres familias y siete códigos, los cuales se pueden consultar en la Figura 18.

Los fragmentos vinculados a estos cambios vitales proceden, en gran parte, de las entrevistas en profundidad y grupos de discusión a las madres, seguido de la información recogida en las entrevistas realizadas a parejas y profesionales de la salud. Una aportación menor procede del foro online a madres y aún menor las obtenidas a través de los grupos de discusión realizados a parejas y profesionales (Tabla 9).

Figura 19. Subcategoría de Cambios vitales.



Familiares

Los cambios que suceden en una familia tras el nacimiento del bebé, y cómo se organizan para suavizar su impacto. Los códigos que lo componen son Experiencia de la maternidad previa, Discordancia familiar y Organización familiar.

Experiencia de Maternidad Previa. El haber experimentado con anterioridad una maternidad, les aporta a las madres un grado de seguridad y madurez. Es por ello, que en general, toda madre secundípara o múltipara participante, percibió un cambio en esta nueva maternidad. Describen una etapa más relajada, en la que se permiten disfrutar más de la maternidad.

“Yo siempre digo que mi primera hija fue como... lo recuerdo los primeros meses como unos meses oscuros, con mucha oscuridad, y con esta lo veo con mucha luz, ha cambiado mucho. Noto una gran diferencia de una niña a la otra, entonces aquí pues mucho mejor.” (EM10, entrevista en profundidad a madres).

“Con el primero fue distinto. Con el primero tenía mucho miedo. Además, que... fue más tenso, no sabíamos cómo iba a ser... pero ahora ha sido como muy... mucho más relajado, ¿sabes? Me sentía bien, tranquila, la verdad.” (EM12, entrevista en profundidad a madres).

“Mucho más tranquila, por eso, por saber a lo que te vas a enfrentar y aunque tienes que cuidar de otro niño, lo tienes todo más controlado.” (GDM32, grupo de discusión a madres).

“A las primíparas las veo un poco más preocupadas en determinados aspectos que... que otros, es decir, eh... si hablamos en términos generales, pues a una puérpera después del primer parto las ves muy... bastante preocupada con la lactancia, bastante preocupada si el periné ha cicatrizado bien... eso en una secundípara, o en una múltipara es menos frecuente.” (EPr3, entrevista en profundidad a profesionales).

Discordancia Familiar. La familia siente una reorganización tanto a nivel personal como del tiempo. Es común que la falta de tiempo y la alta demanda del bebé, no permita a la pareja compartir tiempo para ellos, momentos de intimidad. Los participantes lo consideran como una dificultad ante el cuidado de la pareja y los encuentros sexuales. Es por ello que se ha considerado como un cambio vital para la pareja, debido a la falta de coincidencia entre ambos.

“Y antes a lo mejor podías tomarte más tiempo, y ahora no. Ahora es como “Que no se despierte el niño, que no sé qué, que no sé cuánto...”. Y ahora encima trabajando de noche es como: “los días que te veo, a ver libro los lunes, los martes, pues venga el miércoles lo hacemos”. Es mortal, pero...” (GDM30, grupo de discusión a madres).

“[...] que mi marido es más nocturno y yo soy más mañanera, entonces pues por las noches yo estoy agotada, eh...” (GDM34, grupo de discusión a madres).

“Pues eso, entre semana no tenemos tiempo, no hay tiempo, en el fin de semana pues ¡Pf! Bueno, si se tiene que dar... no priorizamos [...]” (EP4, entrevista en profundidad a parejas).

Organización Familiar. Para que la pareja y la familia se adapten mejor a la llegada del nuevo bebé, entre los componentes de la familia crean normas, reglas que implican una organización que facilite el diario y consigan poco a poco adaptarse y crecer como familia. Dormir en camas separadas, el colecho, adaptar horarios o repartirse el cuidado de cada hijo o tareas, forma parte de esta organización.

“Mira, en muchos... que por lo pronto ahora mismo... bueno, no, no es por eso, de momento todavía no estamos durmiendo juntos, aunque suene raro.” (EM10, entrevista en profundidad a madres).

“Yo en mi casa, por ejemplo, no cocino. Cocina él, el 90-95% de las veces.” (GDM35, grupo de discusión a madres).

“He hecho algunos cambios con respecto a horarios, con respecto al trabajo y con respecto... hemos intentado adaptar nuestras vidas anteriores a la vida actual con la peque.” EP2, entrevista en profundidad a parejas).

Figura 20. Representación de las unidades de significado sobre los Cambios vitales asociadas a la Familia.



Es posible que esta etapa del posparto pueda ser percibida diferente teniendo en cuenta si se trata de la primera, segunda o posteriores maternidades, ya que la experiencia es diferente, así lo describen las secundíparas o múltiparas participantes. Participaron 36 mujeres puérperas y de ellas 22 eran primíparas, 12 secundíparas y 2 múltiparas. En relación con las parejas, 4 tenían a su primer hijo, mientras que 3 tenían ya su segundo hijo y 1 se trataba de su tercero. Tanto las mujeres como las parejas que ya habían sido padres detallaban las diferencias de esta con relación a las experiencias anteriores, destacan presentar menos miedos y entender el proceso desde la normalización.

Centrándonos en la pareja, los participantes están de acuerdo en que existe un tiempo descompasado entre ellos, esta discordancia implica menor posibilidad de encuentros o cuidados entre ellos, además destacan que es difícil coincidir durante este periodo.

Por último, para hacer frente a los cambios y conseguir un buen funcionamiento familiar, idean formas de organización.

Relacionado con la Intimidad

Después del nacimiento del bebé, los padres sienten un gran impacto en relación a su intimidad y su tiempo.

Falta de Tiempo. Las mujeres y sus parejas en la etapa puerpura tienen una sobrecarga importante, lo que implica falta de tiempo. Hacen referencia a cómo esta falta de tiempo les fuerza a buscar la prioridad en otros aspectos antes que el autocuidado, el descanso, o la sexualidad. Ellos perciben que la falta de tiempo repercute directamente tanto en ellas como en la pareja.

“Sí, y luego es que eh... no me siento igual de sexy tampoco, porque tampoco tengo tiempo... "ni pa' depilarme".” (EM2, entrevista en profundidad a madres).

“[...] y... sobre todo, lo que me ha costado más aceptar es la... la pérdida de disponibilidad de mi tiempo, o sea, que mi tiempo no me pertenece, eso es lo que me más me ha costado...” (EM7, entrevista en profundidad a madres).

“No, vas más al grano. Y eso... pues oye. A nosotras yo creo que los juegucitos preliminares siempre nos gustan más que a ellos y nosotros hemos reducido ahora en tiempo. Antes era...” (GDM33, grupo de discusión a madres).

“Entonces, si antes, antes tenías todo el tiempo del mundo y ahora tienes que, yo te diría que tienes que hacer hasta un esfuerzo por encontrar el momento. Entonces, porque si no... es que nunca te viene bien. Entonces, hay que buscarlo un poco.” (EP8, entrevista en profundidad a parejas).

Falta de Intimidad. Describen cómo el poco tiempo que comparten como pareja y los pocos ratos de intimidad que tienen juntos, están influenciados por la presencia del bebé en la cuna de colecho o la habitación y la falta de tiempo de calidad para ellos.

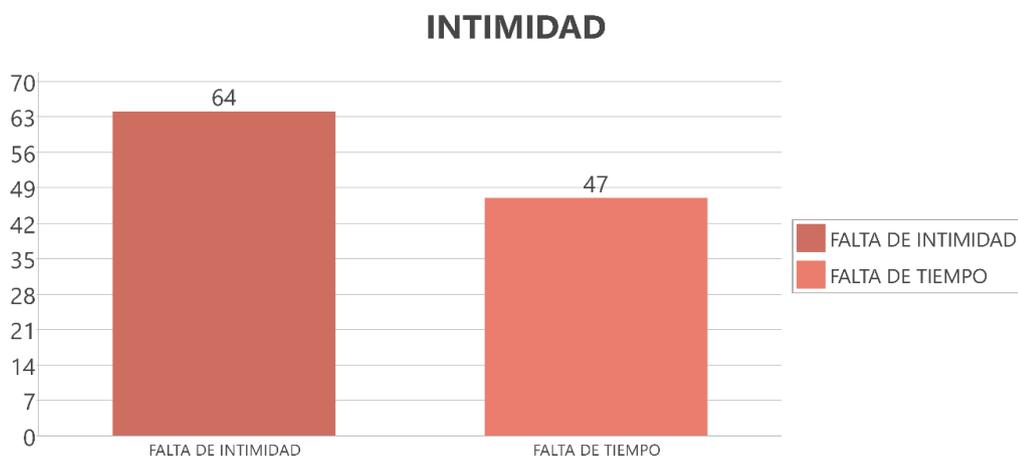
“Y bueno, me falta tiempo para estar nosotros, eso es lo que sí que echo mucho de menos.” (EM9, entrevista en profundidad a madres).

“Además, es complicado buscar el momento de complicidad porque nuestro bebé duerme poco y come frecuente.” (GDM17, grupo de discusión a madres).

“Yo con el niño al lado, como le tengo al lado la cuna, sí que es verdad que me da un poco de reparo, de pensar que está ahí. De hecho, mi marido: “Pero si él no se entera, si está dormido” y a lo mejor miro a la cuna y está así, con los ojos (simula grandeza) y digo: “No puedo”. Sí que me corta, por ejemplo, tener al niño ahí al lado.” (GDM31, grupo de discusión a madres).

“Un ojillo, un punto puesto en no hacer ruido, en no despertar, porque a veces lo hemos hecho, claro, en la misma... en la misma habitación o en la misma cama incluso que está dormida nuestra peque. Entonces pues bueno, eso sí puede a veces condicionar, o a veces lo hemos hecho más... como más rápido ¿sabes? para bueno, pues eso, para molestar lo menos posible. Entonces eso sí puede, pero ya te digo que siempre suele ser como algo más físico y cuando ha sido compartiendo eso, pues o casa con más gente, o... o habitación con la peque, que no ha sido siempre así.” (EP2, entrevista en profundidad a parejas).

Figura 21. Representación de las unidades de significado sobre los Cambios vitales asociadas a la Intimidad.



Los participantes refieren falta de intimidad y describen como principales causas la presencia del bebé y el poco tiempo que queda tras realizar las tareas diarias. Sin duda, esta falta de intimidad junto a la falta de tiempo afecta gravemente la sexualidad.

Personal

Cambios que se han dado en el ámbito personal durante este posparto, adaptándose a una nueva etapa. Aunque es cierto que ambos, la mujer puérpera y su pareja, son quienes van a verse afectados por estos cambios.

Agotamiento. Las parejas se encuentran cansadas, agotadas ante el cuidado del nuevo bebé, esto repercute en su descanso, en su estado de ánimo y en sus relaciones sexuales.

“Y, sobre todo, yo creo que, porque físicamente me sentía regular, no dormía y el no dormir hacía que mi cerebro procesara peor, entonces, lo que en condiciones normales es

una mierda, me parecía un súper problema, un drama.” (GDM27, grupo de discusión a madres).

“Sí, sí, que en parte tiene que ver con el cansancio, sí, pero sí, sí, sí, no porque no me apetezca, que sí que me apetece, pero pienso en el esfuerzo que implica ¿no? y estoy tan cansada que a veces digo: “necesito dormir” entonces nada, este ratito vamos a dormir (ríe). Sí, sí.” (EM7, entrevista en profundidad a madres).

La visión que aportan las parejas y los profesionales se acerca a la que describen las madres al describir lo cansado que les resulta el posparto.

“Si, ella, ella pasó el primer mes... Fue muy duro para ella, el niño dormía poco. Y bufff... el primer mes fue muy duro para ella, muy duro.” (GDP6, grupo de discusión a parejas).

“A parte están agotadísimas por la dedicación al bebé.” (EPr5, entrevista en profundidad a profesionales).

Cambio de Prioridades. Para conseguir superar las exigencias del posparto, los padres están cansados, no tienen apenas tiempo para ellos mismos y verbalizan cuáles son sus prioridades. En cuanto las mujeres tienen un hueco libre, quieren utilizar ese tiempo para darse una ducha, finalizar tareas pendientes o descansar, es por eso que, en su lista de prioridades, mantener relaciones sexuales tenga un puesto bajo. No es prioridad para ellas.

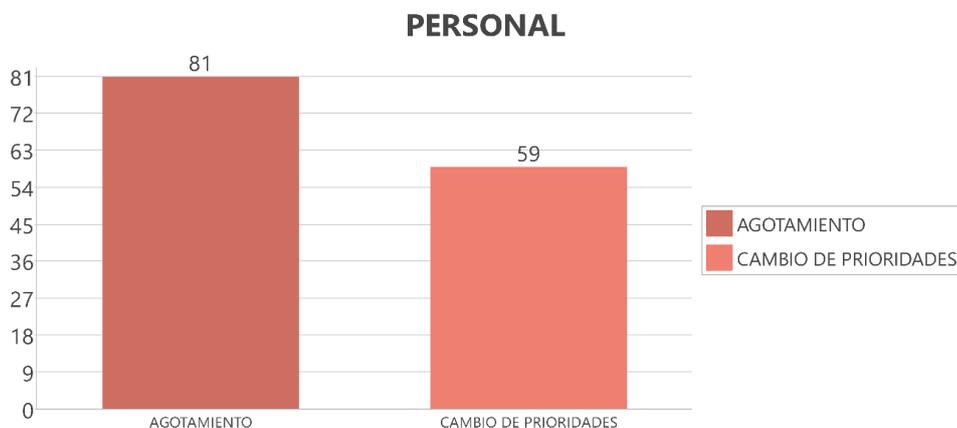
"[...] lo que dice ella también que muchas veces priorizo ese momento, en plan, por favor quiero una ducha sola, tranquila y sabiendo que los niños están atendidos..." (GDM28, grupo de discusión a madres).

"Sobre todo, el cansancio. El cansancio y la sensación de que tengo que intentar aprovechar los ratitos que pueda para descansar, para dormir, porque también cuando, te hablo, sobre todo, de dormir, porque cuando más pienso en ello suele ser eh... durante la noche en el momento de irnos a dormir o así, entonces el sueño, sobre todo, y el cansancio es lo que más me... me está modificando mi..." (EM7, entrevista en profundidad a madres).

"Sí, sobre todo el cansancio influye porque eso, estás más cansado y al final es mucha atención la que requiere al principio el niño y el cansancio yo creo que influye, sobre todo porque a lo mejor tienes un rato para dormir un rato y dices: "me da pereza ponerte a hacer otra cosa, prefiero dormir" (ríe), encima que te molesta pues ya..." (EM4, entrevista en profundidad a madres).

"A ver, dos niñas, tienes que pensar en la casa, en las niñas, tienes que pensar en mil cosas, luego me he incorporado al trabajo; lo último en la vida que te apetece, es lo último de lo último cuando tienes un hueco, es tener relaciones sexuales." (EM10, entrevista en profundidad a madres).

Figura 22. Representación de las unidades de significado sobre los Cambios vitales asociadas a lo Personal.



Estos dos códigos están intrínsecamente vinculados. Ya que surge un cambio de prioridades por varios motivos, pero especialmente por el agotamiento que experimentan en esta etapa.

Teoría sobre los cambios vitales en el posparto

A continuación, se muestra la relación entre las familias de la subcategoría Cambios vitales que experimentan las mujeres durante el posparto a través de la red que representa la teoría sobre ella ([Anexo IX](#)). Se plantea cómo tras el nacimiento existen ciertos cambios o ajustes importantes para la mujer. A nivel personal, el atender a un recién nacido supone un gasto importante de la familia y en particular de la madre, este gaste energético se traduce en una madre agotada, con falta de intimidad que le es imposible encontrar el momento para tener relaciones con su pareja. Esta nueva situación obliga a la madre a reajustar las prioridades. En relación al ámbito familiar, es preciso adaptar nuevos ritmos y una nueva organización debido a la demanda de los cuidados del bebé, creando nuevos roles familiares. Se expone que si la madre no es primeriza influye positivamente, aportando seguridad en esta nueva maternidad. En relación a la

sexualidad, existen una discordancia que dificulta a la pareja encontrar el momento adecuado para mantener relaciones sexuales, se debe a la falta de tiempo e intimidad, además de la falta de deseo que muestra la mujer frente a la de su pareja y el estado de cansancio en el que se encuentran ambos. Esta discordancia tiende a instaurarse formando parte de la rutina y está relacionada directamente con los problemas que presentan las parejas durante este periodo y la satisfacción que experimentan. La intimidad de la mujer, como se ha visto, se encuentra afectada tanto por la falta de tiempo como la propia falta de intimidad. Esta última, implica a la madre una desconexión en los encuentros sexuales debido a las interrupciones que supone estar pendiente del bebé, lo que obliga a la pareja a pactar encuentros, perdiendo la espontaneidad y afectando a la satisfacción de la pareja. La falta de tiempo al igual que la falta de intimidad se relacionan con la pérdida de la prioridad personal y empuja a la madre a un cambio de prioridades que afectan también a la sexualidad.

4.2.2. Sexualidad en el Posparto

En el presente apartado se muestran los resultados relativos al análisis sobre la sexualidad en el posparto. Esta categoría es central en esta tesis, ya que refleja las propias expresiones de los sujetos acerca de la Sexualidad en este periodo y, donde exponen los cambios percibidos. Los datos se han obtenido, sobre todo, gracias las entrevistas en profundidad a las madres, en segundo lugar, surgen de los grupos de discusión también a las madres. En un tercer lugar, son los profesionales de la salud a través de las entrevistas en profundidad que dan información sobre estos cambios en la sexualidad. Las parejas dan información en un cuarto lugar y quinto lugar a través de entrevistas en profundidad y grupos de discusión respectivamente.

[Resultados]

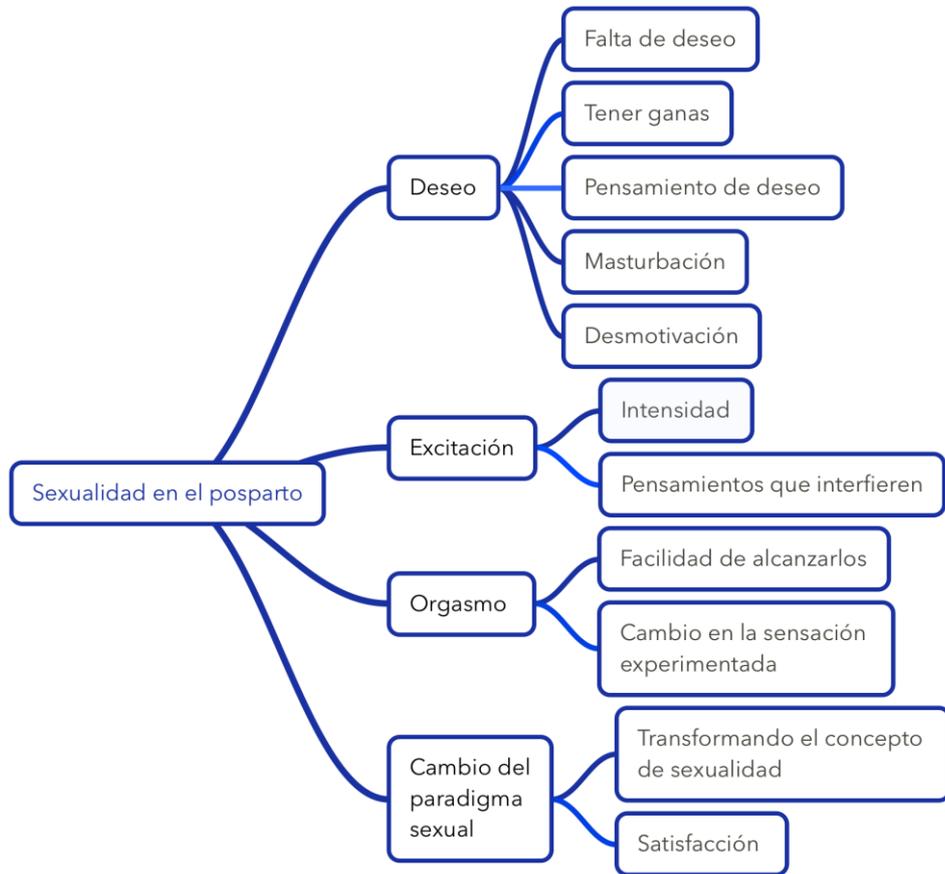
Cuatro familias, 11 códigos y 598 unidades de significado conforman esta categoría. Las familias han sido nombradas como *Deseo*, *Excitación*, *Orgasmo* y *Cambio en el paradigma sexual*. Se exponen a continuación en la tabla 10.

Esta categoría se fundamenta en un total de 598 citas. Las relacionadas con la percepción del deseo son las más numerosas (269 unidades de significado), seguidas de las que abordan la excitación durante este periodo a través de 128 unidades de significado y la experiencia del orgasmo (113 unidades de significado). Por último, se describe un cambio del paradigma sexual durante este periodo (88 unidades de significado) que terminan de completar la categoría.

Tabla 10. Categoría Sexualidad en el posparto.

	Categorías				Total de citas
	Sexualidad en el posparto				
Familias	Deseo	Excitación	Orgasmo	Cambio en el paradigma sexual	
nº códigos	5	2	2	2	
nº citas de categoría	598				
nº citas de familia	269	128	113	88	598
Citas EM	106	33	38	23	200
Citas EP	38	18	17	14	87
Citas EPr	47	15	19	22	103
Citas GFM	61	20	28	13	122
Citas GFP	15	10	5	5	35
Citas GFPr	10	7	2	3	22
Citas FOM	22	10	19	8	59

Figura 23. Mapa de la categoría Sexualidad en el posparto.



Deseo

Esta familia está compuesta por 4 códigos y 266 unidades de significado. Los informantes describen el interés sexual de las madres durante el periodo posparto, revelando que se encuentran en una etapa en el que predomina la falta de deseo (166 unidades de significado), aunque no siendo en general así, ya que otras mujeres narran como suceden los pensamientos que las llevan a tener deseo (42 unidades de significado).

Falta de Deseo. Durante el periodo posparto, estas madres no presentan interés en mantener relaciones sexuales. La falta de prioridad, la lactancia, el cansancio, la presencia de dolor y/o lesiones hacen que estas mujeres durante esta etapa no consideren el sexo importante y no lo necesiten, posponiendo el encuentro con su pareja. En algunas ocasiones, fuerzan los encuentros dando prioridad el cuidado de la pareja y los intereses de esta.

“No, no, nada. Si yo no tengo ganas de nada, de nada... o sea, es que no me lo planteo...” (EM1, entrevista en profundidad a madres).

“Yo muy mal, muy mal. Es que no tengo ganas, nada. Yo muy mal y lo hago un poco por presión por él, pero reconozco que yo no disfruto.” (GDM28, grupo de discusión a madres).

“Sí, efectivamente nos... claro que afecta, yo creo que si juntas que tienes menos, que tiene menos ganas (acentúa que es ella) y le juntas el que también le suponga dolor o la posibilidad de tenerlo. Pues yo creo que sí que está limitando tener más relaciones.” (GDP8, grupo de discusión a parejas).

“Es que está clarísimo, no tienen ningún interés en retomar las relaciones sexuales, o sea, sí que tienen interés más social a lo mejor, o más, por intentar volver a sentirse como eran antes, pero no realmente porque tienen deseo, la libido.” (GDPr14, grupo de discusión a profesionales).

Tener Ganas. Aunque existe un gran número de mujeres que muestran poco interés por el sexo durante este periodo, se encuentra un grupo de mujeres que sí muestran deseo y presentan

predisposición a mantener relaciones con su pareja. En ocasiones, estas ganas de mantener relaciones se ven eclipsadas por el miedo a sentir dolor o provocar una lesión en los tejidos.

“Yo sí, yo tengo... yo sí tengo ganas, lo que pasa es que como lo he pasado mal con los puntos estoy un poco reticente.” (GDM24, grupo de discusión a madres).

“Entonces sí, tenía la necesidad sexual, pero miedo de que físicamente repercutiera en estar peor.” (GDM36, grupo de discusión a madres).

“O sea, por apetecerme me apetecía desde el momento cero, yo no he tenido eso de que me baje la libido.” (EM9, entrevista en profundidad a madres).

“Y (pequeño silencio) con el posparto, pasada la cuarentena pues aumentó el nivel de excitación de mi mujer y diría que también como en consonancia con el mío.” (EP2, entrevista en profundidad a parejas).

Pensamientos de Deseo. Hace referencia a cómo son los pensamientos de deseo que surgen en ellas durante esta etapa. En algunas ocasiones, narran que no existen dichos pensamientos, aunque muchas otras sí muestran interés representado en pensamientos de deseo que suceden al fantasear o anhelando encuentros con su pareja o simplemente en busca de placer. Para algunas, estos pensamientos surgen ante la presencia de estímulos externos como una película o escuchar música. Pero en general, informan de que esos pensamientos no llegan a materializarse en un encuentro.

“Pero... no, quizá más un pensamiento ahí de imaginarme en esa situación, no es que sea una necesidad física. De hecho, a lo mejor la necesidad física eh... puede desaparecer te diría ¿no? no sé, es más el encontrarte con tu pareja y el vivir esos momentos que, que... que están ahí en tu memoria o en tu subconsciente y más que una necesidad física yo creo. Cuando sucede, sí que... sí que hay una parte física que digo: "¿esto por qué no es diario?".” (EM8, entrevista en profundidad a madres).

“Yo sí los tengo, y luego a lo mejor llega el momento y estoy tan cansada o no sé, que de repente no, pero durante el día sí, incluso sueño. Sí que tengo muchos sueños.” (GDM33, grupo de discusión a madres).

“La verdad es que son eh... mmm bastante instantáneos, o sea, es una cosa de ese momento y si no se materializa se me pasan bastante rápido (ríe).” (EM7, entrevista en profundidad a madres).

“Yo si tengo pensamientos, Me gustaría tener de nuevo algún orgasmo... Pero también se me quitan rápido pues la situación no ayuda mucho.” (FOM20, foro online a madres).

Masturbación. Las mujeres durante este periodo, en general, no muestran predisposición a realizar algunas prácticas, en este caso, comparten que la masturbación no suelen practicarla ya sea en pareja o solas.

“No, nada, nada, (ríe) tengo muy pocas ganas, la verdad, de deseo sexual. Por ejemplo, yo me masturbaba, ahora es que ni me masturbo, estoy como... a lo mejor es

que no tengo tiempo, a lo mejor es que la niña me quita demasiado... no sé, pero estoy asexual total.” (EM6, entrevista en profundidad a madres).

“Buah, de esto sí que no me acuerdo. Yo es que no puedo hacer ni el intento. Si estoy yo sola me duermo. Y tampoco era normal. De verdad que no era una persona tan apática. Pero es que... no, no, no... ahora no. No lo sé, ninguna predisposición.” (EM11, entrevista en profundidad a madres).

“¿Ahora mismo? Sola la verdad es que no me apetece nada (ríe), y con mi pareja es que ahora mi predisposición es quizá es mala ahora mismo, pero porque no me encuentro... yo no me encuentro bien del todo” (EM4, entrevista en profundidad a madres).

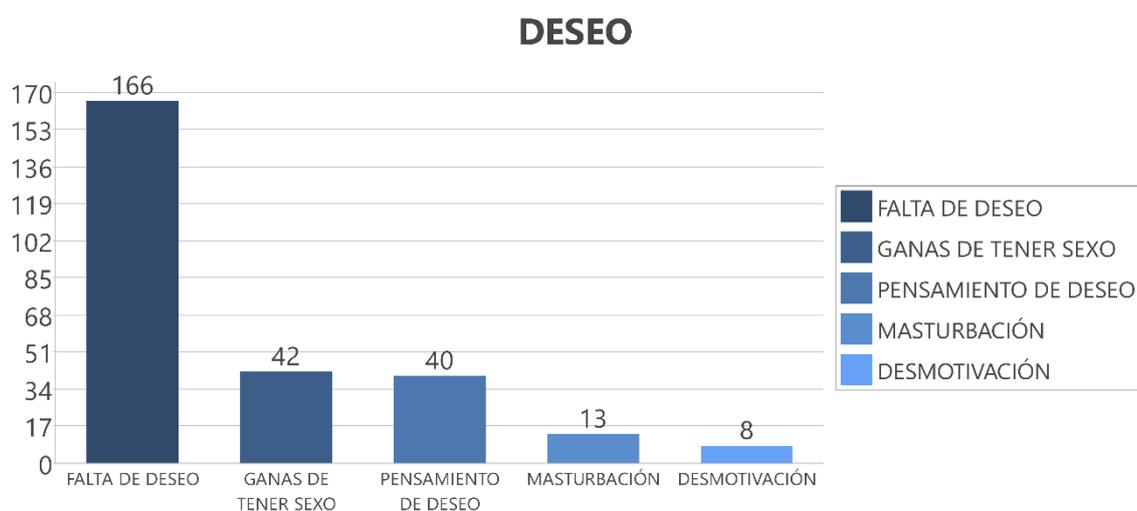
Desmotivación. Estas mujeres muestran desmotivación a iniciar los encuentros sexuales con sus parejas debido a que no alcanzan un final placentero.

“Así que, ahora mismo yo, no me pongo al lío, pero porque sé que me voy a quedar a medias y digo "pfff, pa qué".” (EM2, entrevista en profundidad a madres).

“Claro, porque te quedas como un poco a medias, porque como que empiezas, luego me duele, nos quedamos como ¡Pf! ¡Jo! "Me duele, venga, lo intento, no, no sé qué", al final es un poco como a medias, aunque termines de otra forma, sobre todo por su parte, pero claro, te da como cosa.” (EM4, entrevista en profundidad a madres).

“Claro, pero luego físicamente tienes que llevártelo. (ríen) Entonces si aquello se queda a medias pues... encima de que lo hacemos poco, encima me quedo a medias... pues mira tú que gracia.” (GDM35, grupo de discusión a madres).

Figura 24. Representación de las unidades de significado sobre el Deseo.



En general, las unidades de significado sobre el deseo se han focalizado en la falta de deseo, en la que 27 de las 36 mujeres han verbalizado su falta de deseo. Las unidades de significado sobre las ganas de tener sexo proceden de sólo 5 mujeres que expresan como siguen presentando ganas de tener relaciones y en algunos casos ha aumentado la libido. Tanto las parejas como los profesionales han hablado de la falta de deseo de la mujer, en 28 unidades de significado y 47 unidades de significado respectivamente, en cambio, en relación a las ganas de tener sexo, no han hecho hincapié, no habiendo unidades de significado en relación a ello.

Las unidades de significado que hablan sobre masturbación y desmotivación realmente apoyan la falta de deseo que existe en ellas durante esta etapa. Aun así, 27 mujeres comparten haber tenido pensamientos que muestran interés sexual durante este periodo.

Excitación

Esta categoría está compuesta por 2 códigos y 130 unidades de significado. En esta, los participantes narran como sienten o perciben la excitación de las mujeres, focalizando la atención en la intensidad de esta excitación (58 unidades de significado) y los pensamientos que interfieren en ella (72 unidades de significado).

Intensidad. Conocemos cómo ha variado la intensidad durante este periodo en las mujeres. La mayoría refieren que la excitación que experimentan es menor que antes del parto. Ellas perciben que esta disminución suele estar relacionada con la falta de concentración, lo acusan a la presencia de pensamientos que les alejan del momento del encuentro.

“Sí, puede ser porque en ese momento que, a lo mejor tú haces el intento de “venga, vamos a intentarlo”, por cuidar un poco esa parte y todo eso, y cómo estás también pendiente del niño, al final entre que te cuesta más excitarte y estás pendiente del niño, pues al final te excitas mucho menos.” (EM4, entrevista en profundidad a madres).

“No. No siento igual. Antes... sí que sentía más excitación, ahora menos, sí. Es como que... que tengo que volver a conocer a mi órgano femenino, ¿sabes? Como si volviese otra vez a conocerle...” (EM2, entrevista en profundidad a madres).

“Tengo la excitación normal, la misma de siempre y demás. Y ella no... la verdad que ella no. Ella si le ha bajado bastante, a veces no llega al orgasmo.” (GDP7, grupo de discusión a parejas).

“[...] a nivel psíquico porque también tardan más en llegar a ese momento de excitación que lo que llegaban antes.” (EPr10, entrevista en profundidad a profesionales).

Pensamientos que Interfieren en la Excitación. Los participantes informan que, durante las relaciones sexuales, su mayor impedimento para conseguir excitarse es la presencia de pensamientos o la incapacidad de poder focalizar su atención en el momento, en el acto sexual.

“Pues no hay ninguno, como tal... son muchos. ¿Tú sabes lo que hay que hacer en todo el día? O sea, cualquier cosa me vale para estar pensando en otra cosa. Se me va la cabeza. No me centro, no me centro en el momento. Entonces, estoy pendiente de que ésta no lllore, o que el otro no venga o de todo lo de la clínica que todavía estoy encima y me... Sí, no me... no tengo la cabeza... Yo antes estaba en lo que estaba y no tenía ningún problema. Pero ahora, pues eso. Cualquier motivo, me viene y ya se acabó lo que se daba.” (EM11, entrevista en profundidad a madres).

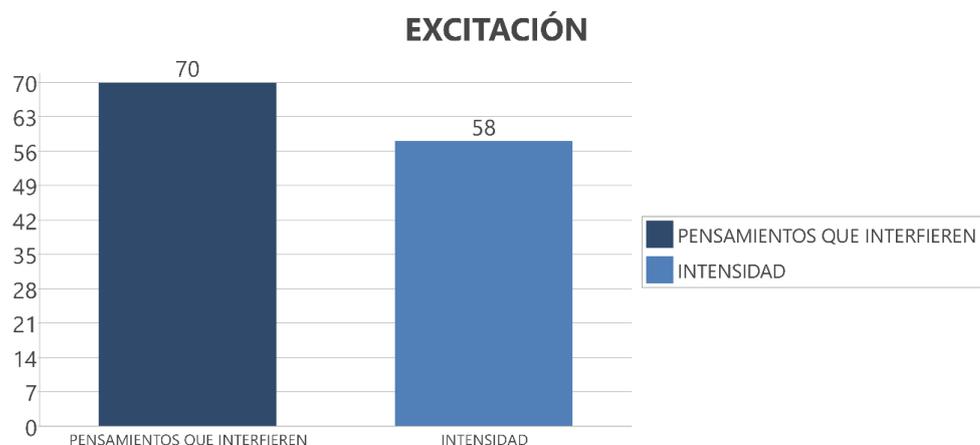
“Tengo mucho pensamiento, que no permiten que me llegue a concentrar lo suficiente y así poder excitarme al 100%, me cuesta mucho más.” (FOM20, foro online a madres).

“Creo que los mayores cambios es eee... ¡Ja! A veces (pequeña risa) a veces adaptarnos a hacerlo con más personas de lo normal, o sea, con menos intimidad, más perso-

nas cerca de nosotros y sobre todo una persona cerca de nosotros, para no despertarla algunas veces, entonces eso sí cambia un poco a veces lógicamente pero bueno, no estás 100 por 100..." (EP2, entrevista en profundidad a parejas).

"Y en el posparto yo creo que igual, entonces la excitación y todo el proceso sexual es multifactorial. Si tú estás preocupada porque va a ser doloroso, o estás pensando en que tu bebé va a llorar o vas a estar preocupada porque "ay me va a doler", pues todo eso yo creo que influye en que no te excites de la manera adecuada." (EPr3, entrevista en profundidad a profesionales).

Figura 25. Representación de las unidades de significado sobre la Excitación.



En la globalidad de la categoría, se puede extraer que la excitación en estas mujeres se ve disminuida y que la mayor causa percibida es la presencia de pensamientos que abstraen a la mujer del momento sexual, siendo los más habituales la presencia o cuidado del bebé y las preocupaciones diarias.

De las 36 mujeres que participaron en el estudio, 18 comentaron haber experimentado una disminución de la excitación durante este periodo, sólo 2 refirieron un aumento y 3 de ellas comentaron que su excitación era la misma que anterior al parto, el resto de las mujeres no hicieron referencia a la modulación de su excitación. En relación con las unidades de significado, la mayoría hacen referencia a una disminución de la excitabilidad durante los encuentros, siendo 36 unidades frente a 11 relacionadas con un aumento. Las parejas y profesionales expresan también, que la excitación disminuye en este periodo.

Orgasmo

Esta categoría está compuesta por dos códigos y 113 unidades de significado. Los participantes comparten sus experiencias con respecto a los orgasmos que vivencian las mujeres en esta etapa. Observando diferencias tanto en la facilidad de alcanzarlos como en la sensación experimentada por ellas.

Facilidad de Alcanzar los Orgasmos. Las mujeres después del parto recalcan la dificultad a la hora de alcanzar el orgasmo, lo relacionan en general con el cambio de sensibilidad, presencia de dolor y la falta de concentración en el acto sexual.

“Sí, que ahora me cuesta, como no siento igual, o sea, no tengo una sensación placentera, pues claro, no llego al orgasmo; entre que, pues será un poco todo, me excito menos, no tengo la misma sensibilidad, pues está complicada la cosa (ríe).” (EM4, entrevista en profundidad a madres).

[Resultados]

“Yo más difícil, más largo en el tiempo y por eso te digo que las veces que he tenido, que ha habido algunos días que en muy poco tiempo eh... disparar; ha habido otras veces que he estado pues, no sé, dos o tres veces el tiempo que estaba antes con penetración y sin penetración, o sea con una sexualidad diferente y no he conseguido, no he conseguido llegar al orgasmo.” (GDM27, grupo de discusión a madres).

“No todas te lo suelen contar, pero quien te lo comenta, te lo comenta como negativo, que les cuesta llegar y que no es tan potente.” (GDPr15, grupo de discusión a profesionales).

Otras mujeres, sienten que es más fácil y rápido llegar al orgasmo tras el parto y así lo verbalizan.

“Yo lo encuentro más fácil, A tope, a tope... [...] Yo es que ahora más, o es que tengo muchas ganas y me concentro, "tu dale, dale, dale... ya". Yo por mí. Pero la verdad que bien, muy bien.” (GDM30, grupo de discusión a madres).

“Sí, más rápida a lo mejor. No sé, tampoco es como... sí, es todo como... antes a lo mejor era el sexo más eso, ahora ya enseguida me voy, o enseguida, sí, más rápido.” (EM6, entrevista en profundidad a madres).

“Y en mi pareja pues mi percepción es la misma intensidad, la misma intensidad, no te puedo decir que muchísimo más, sí que es más rápido, pero no sé si es de más intensidad, eso ella lo sabe (ríe), yo no.” (EP1, entrevista en profundidad a parejas).

Cambio en la Sensación Experimentada. Al compartir sus experiencias sobre los orgasmos coinciden en describirlos menos intensos o al menos, comparten que presentan diferentes sensaciones que antes del parto o del embarazo.

“Por el que tampoco tengo un orgasmo muy intenso, ni poco porque sí que llego al orgasmo. Lo que pasa es que llego... llego... un poco... pues eso... después de un rato, que me cuesta ¿sabes?” (EM12, entrevista en profundidad a madres).

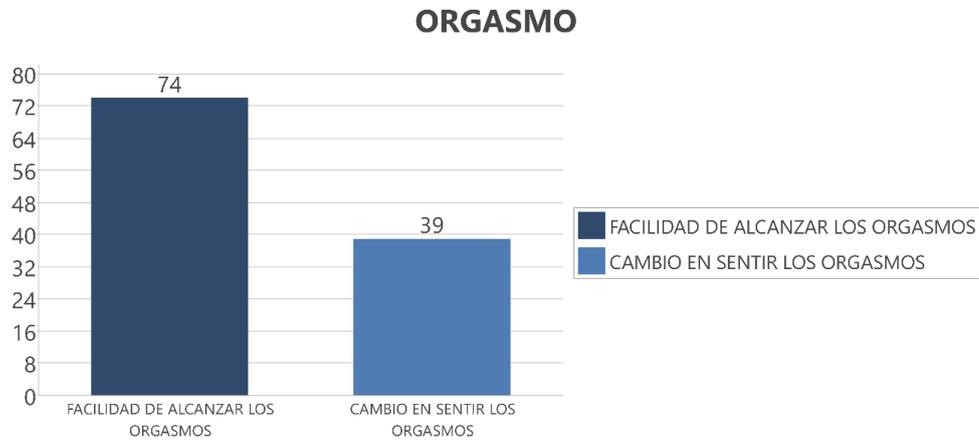
“Tenía ganas de retomar relaciones para ver como respondía la musculatura perineal y en ppo sin problemas, lo que si note fueron orgasmos menos intensos q antes...[sic]” (FOM19, foro online a madres).

Las parejas perciben que los orgasmos que experimentan estas mujeres no se han modificado en intensidad, aunque sí que recalcan la dificultad hasta alcanzarlos. Por otro lado, lo que conocen los profesionales gracias a lo que estas mujeres comparten en consulta, es de presentar cambios en la vivencia del orgasmo.

“La intensidad, creo que llegar, llega como decía antes, llega al mismo punto. O sea, al final se lo pasa igual de bien que antes. Pero quizás, le ha retardado un poco en el tiempo el llegar al clímax.” (EP6, entrevista en profundidad a parejas).

“No me especifican tanto, pero sí, en su palabra es: es distinto, ha cambiado”. (EPr4, entrevista en profundidad a profesionales).

Figura 26. Representación de las unidades de significado sobre el Orgasmo.



En resumen, las mujeres verbalizan en general, que les cuesta llegar a los orgasmos, 12 mujeres narran una mayor dificultad, otras 4 mujeres relatan dolor como impedimento para alcanzar el orgasmo, mientras que 4 de la totalidad de las participantes verbalizan no encontrar obstáculos en experimentar el orgasmo e incluso pueden alcanzarlo con mayor rapidez. En relación con la experiencia percibida por sus parejas, en general, tienen una perspectiva de mejora en relación a la rapidez y sensación del orgasmo en comparación con antes del parto; y el enfoque de los profesionales de la salud es que ha habido un descenso en la satisfacción de la experiencia del orgasmo, haciendo hincapié en el cambio de la sensibilidad percibida por las mujeres en el acto sexual.

Cambio en el Paradigma Sexual

Esta categoría está compuesta por 2 códigos y 87 unidades de significado. Encontramos como la vivencia del posparto ha afectado al modelo sexual previo de estas parejas, ya que exis-

te un cambio importante en el entendimiento del concepto de la sexual, siendo afrontado desde otras perspectivas y afectando, este cambio, a la satisfacción sexual de las mujeres y sus parejas.

Transformación del Concepto de Sexualidad. En las aportaciones que brindan las mujeres puérperas con relación a la sexualidad que viven durante este periodo, recalcan que se trata de una sexualidad diferente a la que estaban acostumbradas, dando más valor a la intimidad, las caricias y el apoyo emocional. Aun así, las madres y sus parejas entienden que esta transformación es temporal y buscan alcanzar la normalidad, o lo que previamente ellos conocían.

“No tengo apetencia sexual genitalizada, ni conmigo misma ni con otros, sino más bien corporal, de piel, caricias, masaje.” (FOM13, foro online a madres).

“Pues fíjate, creo que una de las cosas sería que mmm... que intentásemos eh... tener más intimidad, tener más, o sea, que esas relaciones sexuales que tenemos sucediesen un poquito más a menudo, quizás no tanto culminando con el coito pero sí eh... más momentos de bueno, de darnos mimos, de... de intimar un poco el uno con el otro, que no tienen por qué terminar en el coito, penetración, orgasmo, no tiene por qué ser eso, pero sí un poquito más eso yo creo que sí lo echo de menos y yo creo que... sí, yo creo que eso es un poco...” (EM7, entrevista en profundidad a madres).

“[...] bueno, pues bastante diferente y... bueno, un poco como experimentando, volviendo, queriendo volver a la normalidad y queriendo que sea todo, o sea, como era antes, pero como mucho más despacio.” (EM3, entrevista en profundidad a madres).

“Nos gustaba a los dos mucho antes y venga: “que todo sea como antes”, ¿sabes?” (EM2, entrevista en profundidad a madres).

Satisfacción. La satisfacción durante el periodo posparto en los encuentros sexuales se ve tambaleada por los cambios que se producen en la sexualidad. La experiencia de esta nueva sexualidad los lleva a las mujeres y sus parejas a no sentirse plenamente satisfechos.

“Yo creo que no hay satisfacción por mi parte, en realidad te sientes un poco frustrada porque quieres tener más sexo y mejor, pero a la vez no tienes, no tienes tantas ganas, no encuentras el momento, si tienes ganas no encuentras el momento... entonces es... y luego encima cuando lo haces te cuesta, a mí, me cuesta más llegar... pues más insatisfacción que satisfacción sobre el sexo. Mi caso.” (GDM35, grupo de discusión a madres).

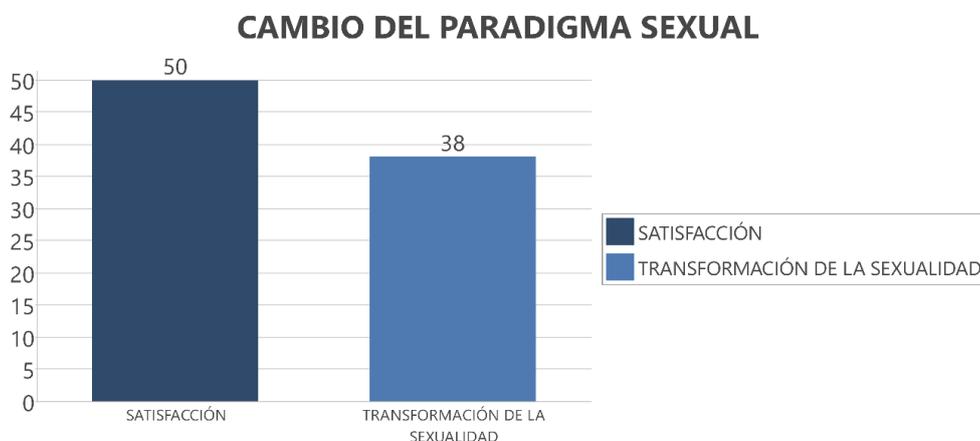
“Creo que se puede mejorar todo, no estoy al 100% satisfecha, se podría mejorar mucho, pero creo que ahora no es el momento, que poco a poco a medida que esta niña vaya creciendo y la otra, pues iré retomando más mi vida sexual y será más... estaré más satisfecha con ella.” (EM10, entrevista en profundidad a madres).

Otras mujeres, sí se encuentran satisfechas con su sexualidad actual. La transformación de la sexualidad durante este periodo exige un cambio en el entendimiento y una forma de experimentar la sexualidad desde una nueva perspectiva. Esto hace que la satisfacción en estas parejas se alcance. En común, muestran una aceptación en el cambio de la sexualidad y una validación en relación con los encuentros que pueden mejorar, pero que en este momento para ellos es gratificante.

“Pues... satisfecha, sí. Muy satisfecha, vamos es que yo estoy muy contenta con mis relaciones sexuales. [...] Por eso, por lo que te hablo que sí, (se pone más nerviosa) que sería mejor con más frecuencia, pero bueno... tampoco necesito más. Me parece satisfactorio.” (EM3, entrevista en profundidad a madres).

“Muy bien porque para mí es como eso, un momento que tengo que ahora mismo eh no abundan esos momentos, nos cuesta mucho encontrar el momento, entonces, es un momento en el que, no sé, para mí como que comparto, por la forma también de ser de él, yo qué sé, me siento bien. Me une más a él.” (EM9, entrevista en profundidad a madres).

Figura 27. Representación de las unidades de significado sobre el Cambio del Paradigma sexual.



En relación con esta categoría, el cambio en el paradigma de la sexualidad, se hace referencia a como el cambio de esta sexualidad ha podido acarrear nuevos entendimientos y les obliga a las parejas a tomar diferentes perspectivas para alcanzar un bienestar sexual. En el nuevo concepto de sexualidad se muestra cómo han cambiado las necesidades de la mujer, dando

mayor peso a una sexualidad basada en la intimidad y el cariño. Estas parejas han de afrontar este cambio y en su vivencia, han mostrado una insatisfacción en general con sus encuentros sexuales, siendo un 60% de las unidades de significado centradas en la satisfacción, mientras que el resto han mostrado una satisfacción adecuada debido a la aceptación de los cambios tanto de las mujeres puérperas como de sus parejas.

Teoría Sobre la Sexualidad en el Posparto

Con todo lo expuesto hasta ahora, la relación de familias de la categoría Sexualidad en el posparto se muestra en la siguiente red y, representa la teoría sobre ella ([Anexo X](#)). Esta explica como la sexualidad de las mujeres puérperas puede caracterizarse de la siguiente manera: la mayoría de las mujeres presentan un descenso del deseo como respuesta al agotamiento, al miedo al dolor, al cuidado del bebé y a la falta de prioridad personal. Cuando tienen relaciones con sus parejas en muchas ocasiones es debido a la insistencia de la pareja y a la necesidad de cuidar a la pareja. Lo que está claro, es que existe un cambio en las prioridades durante esta etapa que afecta a la sexualidad. Por otro lado, la excitación experimentada durante este periodo es percibida de manera menos intensa, en gran parte debido a pensamientos que impiden a la mujer estar concentrada y focalizada en el encuentro sexual. Estos pensamientos se centran en la falta de intimidad que presentan las parejas, teniendo menos tiempo para dedicar a ellos y siendo interrumpidos por el bebé y sus cuidados; la falta autoestima por los cambios que ha sufrido su cuerpo, sería otro motivo por el que las madres no están concentradas. Mostrando a la vez preocupación por la influencia de la lactancia e inquietud ante los cambios de roles que sufre el pecho. En la mayoría de las mujeres, alcanzar el orgasmo parece que se ha dilatado en el

tiempo, teniendo la percepción de que les cuesta llegar a sentirlos y si lo consiguen, no son percibidos de la misma manera. Esto implica una desmotivación en estas mujeres a la hora de iniciar un encuentro sexual con su pareja, convirtiéndose en un factor negativo a la hora de sentir deseo durante este periodo. En cierto modo, es posible que durante este periodo exista una transformación de la sexualidad, obligando a las parejas a entender un nuevo concepto y en ocasiones adaptar su satisfacción al periodo en que se encuentran como pareja.

4.2.3. Estrategias

En este apartado se describen las estrategias que utilizan las mujeres para enfrentarse a algunas de las preocupaciones presentes en el posparto.

Las unidades de significado expresadas en esta categoría proceden principalmente de las entrevistas en profundidad y del grupo de discusión a madres. Aunque, es gracias a los fragmentos resultantes de las entrevistas en profundidad, grupos de discusión y foro online a mujeres puérperas, parejas y profesionales de la salud que se ha construido esta categoría “Estrategias”, formada por 6 familias denominadas: *Dolor y otras disfunciones*, *Encuentros sexuales*, *Imagen corporal*, *Necesidades*, *Afrontamiento* y *Gestión emocional*. Las familias se exponen en la tabla 11.

Las unidades de significado que fundamenta esta categoría suman un total de 511, como se puede consultar en la tabla 11. De todas ellas, la más frecuente está vinculada a las estrategias para abordar los encuentros sexuales (175 unidades de significado) al cuestionar tanto a mujeres puérperas, parejas y profesionales sobre en qué recursos se apoyan durante este perio-

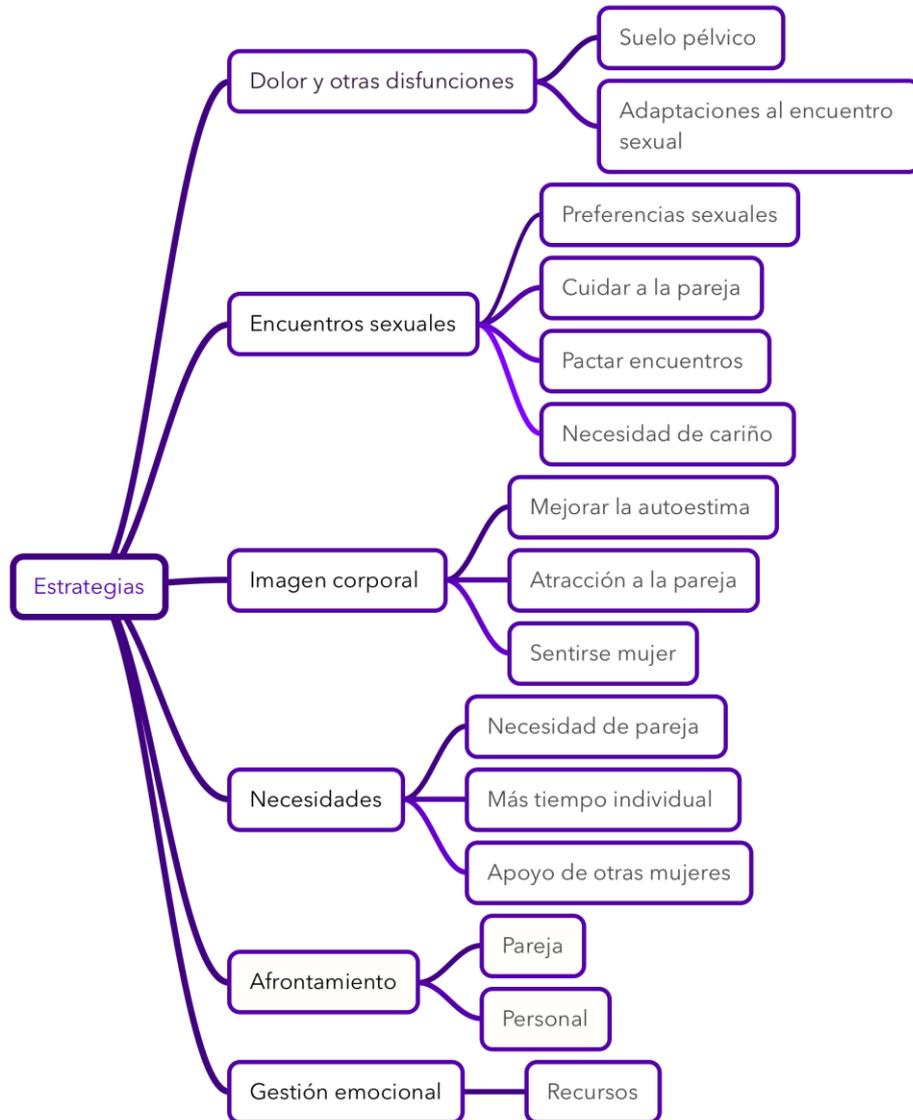
do. Les siguen el afrontamiento como recurso con 112 citas, de cerca le acompaña las estrategias que toman ante el dolor y otras disfunciones con 101 citas, una menor parte se corresponde a las necesidades que presentan estas mujeres (70 unidades de significado), como los recursos en los que se apoyan en relación con la imagen corporal (41 unidades de significado) y para completar, qué recursos utilizan para gestionar las emociones que afloran en esta etapa (12 unidades de significado).

Tabla 11. Categoría Estrategias.

		Categorías						Total de citas
		Estrategias						
Familias		Dolor y otras disfunciones	Encuentros sexuales	imagen corporal	Necesidades	Afrontamiento	Gestión emocional	
nº códigos		2	4	3	3	2	1	
nº citas de subcategoría		511						
nº citas de familia		101	175	41	70	112	12	511
Citas EM		25	83	20	17	29	4	178
Citas EP		9	20	3	3	27	2	64
Citas EPr		17	10	3	10	18	1	59
Citas GFM		21	30	9	22	16	4	102
Citas GFP		12	13	3	8	8	0	44
Citas GFPr		4	0	0	7	4	0	15
Citas FOM		13	19	3	3	10	1	49

Cada familia está formada por diferentes códigos que se muestran en la figura 28.

Figura 28. Mapa de la categoría Estrategias en el posparto.



Dolor y otras disfunciones

Las mujeres describen las estrategias que utilizan ante los cambios o secuelas que han surgido tras el embarazo y parto, con el objetivo de recuperar o paliar el impacto generados en su vida y especialmente en la vivencia de la sexualidad.

Suelo Pélvico. En este código se destacan el uso de lubricantes, utilizar el sexo como herramienta de medición del estado del suelo pélvico, realizar ejercicios no monitorizados y la propia rehabilitación del suelo pélvico con un fisioterapeuta como estrategias utilizan las mujeres puérperas ante los cambios sucedidos en el periné.

“Lubrico muy poco, imagino que por seguir con la lactancia y porque el nivel de excitación no es el mismo. Uso lubricante de momento” (FOM17, foro online a madres).

“Sí, pues, era el..., eso, el cuidado de la pareja y... y también el ver cómo reaccionaba un poco mi... toda la parte más genital, cómo reaccionaba a eso, si ya estaba recuperada de la episiotomía, recuperada del parto, entonces, bueno eh... un modo de decir: "bueno, cuánto..." o sea, intentar retomarlo cuanto antes para que mi suelo pélvico y todas mis estructuras un poco genitales se vayan acostumbrando de nuevo a esto.” (EM7, entrevista en profundidad a madres).

“Pues yo no he ido al fisio, hago yoga... así que no sé qué responder. Sí creo que retomar el ejercicio físico es fundamental, pero después de un par de meses, ¿no? Y poco a poco. A mí se me olvida hacer los ejercicios de suelo pélvico, debería hacerlos más.” (FOM13, foro online a madres).

“Tratándome la cicatriz también he mejorado porque ahí me han dado bastante laxitud en la zona de la cicatriz con masaje perineal y tal.” (GDM27, grupo de discusión a madres).

Adaptaciones en el Encuentro Sexual. Describen a través de este código la necesidad de cambiar prácticas sexuales, adoptar nuevas posturas o evitar otras y del mismo modo, recalcan haber modificado el ritmo o la profundidad de la penetración durante las relaciones, buscando paliar los impactos producidos durante y después del parto.

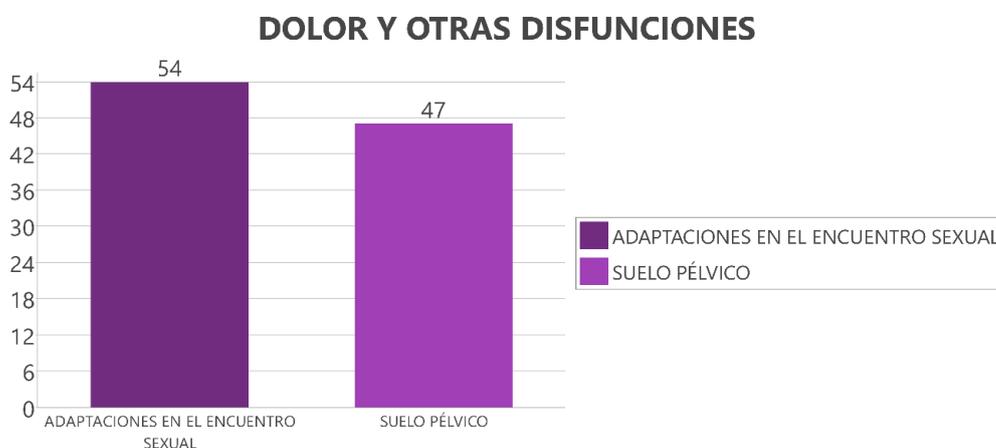
“Claro, a mí también. Prefiero no hacerla porque como me duele, pues... evitándola no me duele.” (GDM30, grupo de discusión a madres).

“Yo sé que hay posturas que le gustan más, pero no está eso para algunas posturas, entonces...” (GDM35, grupo de discusión a madres).

“Entonces al final nunca... nunca llegamos a tener una relación sexual de coito como has dicho antes, pues sí a lo mejor hacemos más juegos sexuales y otro tipo de cosas, pero a mí me duele todavía.” (EM4, entrevista en profundidad a madres).

“Vas ajustando un poco, efectivamente y, pero muchas veces, bueno, es preferible, pues lo que he dicho antes, ¿no?, dejar que lleve ella un poco el ritmo y que, si seguimos, que, si no, a veces hay que parar y otras pues simplemente, pues eso, ajustar.” (GDP8, grupo de discusión a parejas).

Figura 29. Representación de las unidades de significado sobre las Estrategias ante el Dolor y otras disfunciones.



Ante los cambios producidos en el suelo pélvico, las parejas toman la decisión de adaptar sus encuentros, principalmente centrados en las posturas. En este caso, 10 mujeres de las 36 participantes describen cómo el dolor durante el coito les impide disfrutar de sus relaciones, por lo que optan por evitar algunas posturas y probar con otras. No sólo lo describen las mujeres, sino que 5 de las 8 parejas participantes, narran la necesidad de adaptar el encuentro con cambio de posturas. Para hacer frente a los cambios que ha sufrido el suelo pélvico los participantes detallan el tipo de abordaje que utilizan. Entre las mujeres, 11 de ellas exponen haber acudido a fisioterapia o rehabilitación del suelo pélvico para trabajar la cicatriz, el tono muscular o problemas relacionados con la continencia o la estabilidad pélvica, como es el caso de prolapsos. Otras 4 mujeres comentan realizar ejercicios de suelo pélvico sin supervisión que han abandonado por falta de tiempo y organización y, por otro lado, 5 mujeres informan que han utilizado los encuentros sexuales como herramienta para valorar y poner en forma la musculatura del suelo pélvico.

Encuentros Sexuales

En esta familia se analiza cómo las mujeres puérperas usan estrategias a la hora de tener sus encuentros sexuales debido a los cambios sucedidos en la sexualidad durante el posparto. Entre estas estrategias han modificado algunas preferencias en los encuentros, han considerado que la sexualidad de la pareja no sólo se basa en los encuentros, sino en el cuidado mutuo de la pareja, y describen el cariño como fuente de la sexualidad en esta etapa, además, para facilitar los encuentros, pactan momentos de intimidad.

Preferencias Sexuales. Las parejas han adoptado ciertos cambios como el horario, coincidiendo en horarios más ajustados o incluso, acortando los tiempos. La diversidad de las prácticas sexuales se ha visto reducidas, debido a ese dolor o directamente por la falta de tiempo o intimidad, caracterizando a esta época de poca versatilidad en posturas, juegos y prácticas.

“Yo, al momento del día también, porque nosotros antes, yo era mucho de la mañana. Y ahora, como ella duerme por la noche, pues hay que hacerlo por la noche, sino por la mañana, es lo que te digo, un estrés de: “Venga, venga, es que la niña llora, y es que no sé qué.” (GDM29, grupo de discusión a madres).

“No, lo que pasa que están. Bueno, a lo mejor sí, o sea, como que... claro, inconscientemente a lo mejor quiero que sea más rápido, ir más a (ríe) al grano.” (EM8, entrevista en profundidad a madres).

“También es que somos muy... me gusta... yo ponerme encima ¿sabes? que siempre... no tendemos a cambiar mucho, lo hacemos con los preámbulos, suelen cambiar, pero

luego al final acabamos en esa postura, ¿sabes?” (EM6, entrevista en profundidad a madres).

“Penetración y masturbación básicamente. No, bueno, por todo lo que hemos contado antes. Y bastante. Y la penetración con bastante, todavía, con bastante cuidado.” (GDP8, grupo de discusión a parejas).

Y con relación a qué prácticas prefieren en este periodo las mujeres, se decantan por masturbación y sexo oral, dejando en segundo plano el coito.

“Mmm. Ahora disfruto más con sexo oral que con penetración, por así decirlo.” (EM4, entrevista en profundidad a madres).

“Pues... a mí... que me masturben más en el clítoris sin penetración, me gusta más.” (EM2, entrevista en profundidad a madres).

“Posturas, exactamente igual, eso es lo mismo. Una, porque con las otras no se siente cómoda. Yo creo que si... (titubea) es... se ha puesto más en valor, digamos la masturbación al no poder haber penetración como había antes.” (GDP8, grupo de discusión a parejas).

Cuidar a la Pareja. Para las mujeres el cuidado de su pareja es importante, lo demuestran cuando describen lo importante que es para ellas esos espacios en los que están ellos solos, en pareja. Cultivan su relación haciendo frente a la falta de intimidad y de tiempo y destacando que los encuentros sexuales son escasos.

“Muy bien porque para mí es como eso, un momento que tengo que ahora mismo eh no abundan esos momentos, nos cuesta mucho encontrar el momento, entonces, es un momento en el que, no sé, para mí como que comparto, por la forma también de ser de él, yo qué sé, me siento bien. Me une más a él.” (EM9, entrevista en profundidad a madres).

“Yo estoy satisfecha con poder tener algo de intimidad con mi pareja...” (FOM19, foro online a madres).

“No, no. no, no, o sea, lo hago o por mí porque me apetece y quiero hacerlo o porque... o por nosotros por algo de nuestra pareja, pero no porque sienta que él espera y yo no se lo esté dando, no, no, no.” (EM7, entrevista en profundidad a madres).

“Si hay cosas que echo de menos como el tener tiempo para nosotros y hacer cosas que ya no podemos cómo ir al cine, salir a cenar... pero en general me encuentro muy satisfecha y contenta con mi relación de pareja.” (FOM14, foro online a madres).

Pactar Encuentros. Las parejas adaptan nuevos horarios, sacrifican la espontaneidad de los encuentros, pactándolos. Esto se debe a que en esta etapa no tienen de la disponibilidad que antes de nacer el bebé, siendo los momentos de intimidad determinados por el tiempo en el que el bebé duerme o no se encuentran agotados.

“Ya en el momento en el que se planifica es que no me apetece. En el momento en el que dice: “venga vamos a intentar y...” Vamos a intentar, ya no quiero. Tiene que salir. Y nosotros estamos en el momento ese de “venga, vamos...” y ya no me apetece.” (GDM33, grupo de discusión a madres).

“O sea, pues es un poco, pues forzado a buscar momentos, ¿sabes? Aunque luego lo disfrutas más que esa primera vez que tenía miedo.” (GDM25, grupo de discusión a madres).

“Eh... pues, nosotros un poco igual. Pues sí, a ver con la precaución de, ... bueno con la precaución... Con que te tienes que adaptar a las horas, un poco del niño, pero sí que o por la noche o por la mañana. Momento más fácil, al final es cuando el niño está durmiendo y demás.” (GDP7, grupo de discusión a parejas).

Necesidad de Cariño. Las mujeres describen una sexualidad centrada en el acompañamiento, la cercanía, el roce y las caricias. Este cambio de demandas en la sexualidad puede estar influenciado por el miedo, el dolor o la inapetencia. Las mujeres, durante este periodo, buscan una sexualidad diferente a la que quizás estaban acostumbrados, menos centrada en el coito.

“¿Qué necesidades? Pues yo tengo necesidad de dormir con él; yo me voy a la cama con los niños y con el perro, y le doy un beso y digo: “te echo de menos, tengo ganas de dormir contigo” y tengo ganas de dormir con él, que cada uno se vaya a su cama o este se vaya a la cuna (ríe) y echo de menos dormir con él, es lo que echo de menos.” (EM5, entrevista en profundidad a parejas).

“Ya no es tener la relación en sí sino el compartir un momento de nosotros ¿sabes? entonces eso quizá me hace más pensar en que me apetece tener ese momento.” (EM9, entrevista en profundidad a madres).

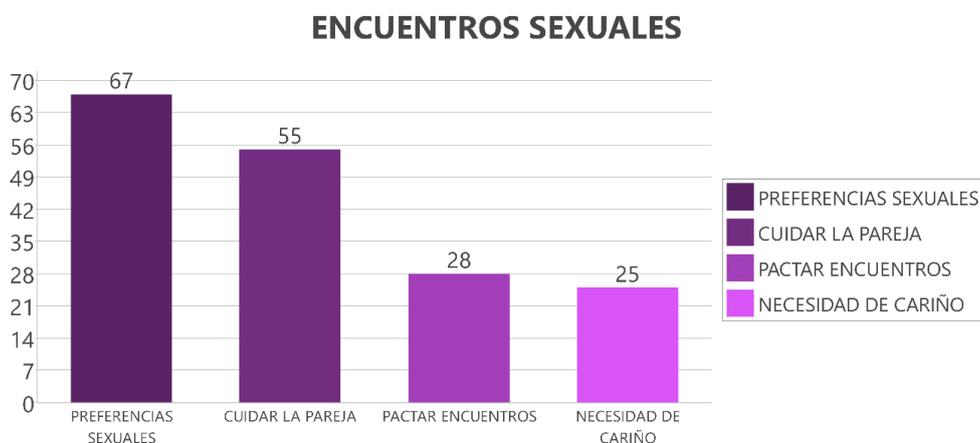
“En mi caso el deseo sexual se ha dirigido más hacia los afectos, el sentirme comprendida, arropada y acompañada. No tengo apetencia sexual genitalizada (ni conmigo

[Resultados]

misma ni con otros), sino más bien corporal, de piel (caricias, masaje). Creo que se debe a la lactancia, a la diada con el bebé. Yo le doy todo lo que necesita al bebé, y a veces, me gustaría ser yo la que se siente cuidada y protegida.” (FOM13, foro online a madres).

“Pues a ver, yo creo que en general tenemos una visión muy centrada en el coito, [...] las necesidades que necesitan son muy difíciles de asimilar cuando estás acostumbradas a esto, de decir: "es que ahora no necesito eso, es que ahora a lo mejor lo que necesito son caricias, lo que necesito es un masaje, lo que tal", y si no estás acostumbrada la pareja a eso, es muy difícil que lo vean como placentero.” (EPr7, entrevista en profundidad a profesionales).

Figura 30. Representación de las unidades de significado sobre las Estrategias ante los Encuentros sexuales.



En general, esta familia está ligada al cambio del paradigma de la sexualidad (consultar en el apartado de [Resultados de Sexualidad en el posparto](#)) en la que la satisfacción de la pareja depende del disfrute de una nueva sexualidad. Se hace evidente en estos fragmentos codificados la transformación de necesidades y cómo las mujeres hacen una búsqueda de estrategias para adentrarse en una nueva sexualidad después del parto. Los participantes relatan un cambio

en las preferencias, donde muestran que han debido de ajustar sus encuentros a las características del posparto. Son conscientes que es una etapa delicada en relación a la sexualidad y les parece imprescindible cualquier momento de intimidad en pareja y así lo muestran a través de su preocupación por cuidar a la pareja. Para hacer frente a la falta de oportunidades de estar a solas o tener momentos íntimos, las parejas necesitan pactar sus encuentros en momentos en los que el cuidado del bebé o la vida frenética de ambos les permitan. Finalmente, exponen que la sexualidad que necesitan experimentar en este periodo, no necesariamente debe de estar centrado en el coito, sino que para estas mujeres el contacto y el acompañamiento es lo que necesitan y echan de menos.

Imagen Corporal

En esta familia, los participantes describen que herramientas utilizan las mujeres puérperas para mejorar su imagen o su percepción sobre su propia imagen. Los códigos que forman la familia se describen a continuación:

Mejorar la Autoestima. Las mujeres puérperas utilizan el deporte y el autocuidado (maquillarse o el tipo de ropa) para sentirse bien. Se preocupan en tomar acciones que supongan un cambio en su nueva imagen.

“Y no solamente tiene que ver con hacer deporte, sino con levantarte y decirte... mi chico J se parte, porque yo me levanto y me pinto la raya del ojo y en el hospital yo me pintaba porque si no... o sea, es una idea que tengo, como yo me vea mal, pues me hundo. Pues yo me levanto y me pinto mi raya del ojo y mi rímel pues igual que me pongo la ropa, porque*

si no me veo fatal, y si tú te ves mortífera pues, te vas a ver... ¡es verdad!” (GDM36, grupo de discusión a madres).

“Perdí muy rápido tripa, pero ahora estoy estancada y necesito el proceso ya de volver a hacer deporte y de volver a ser yo misma.” (EM3, entrevista en profundidad a madres).

“Eh... en el caso de mi mujer, en general... se ha quedado bastante igual, se ha quedado perfecta. Eh... y en general está yo creo bastante contenta con su cuerpo. Sí que ha hecho dieta y demás, para llegar a su peso ideal.” (GDP7, grupo de discusión a parejas).

Atracción a la Pareja. Sentir que aún despiertan deseo a su pareja, les permite suavizar el impacto del cambio físico o su propia percepción de la imagen corporal. Por los relatos que comparten, saber que para tu pareja eres atractiva, es principal para combatir la baja autoestima, característica de las mujeres durante el posparto.

“Sí, lo que pasa es que él también me sube mucho la autoestima en ese aspecto, entonces bueno, sentir que le gusto pues también me hace un poco levantarme.” (EM8, entrevista en profundidad a madres).

“Sí, pero a mí, según le he preguntado a mi pareja a él no, y se lo he preguntado varias veces porque... y creo que me contesta de verdad cuando le digo: “¿pero te sigo resultando atractiva, pero te sigue apeteciendo que... que... que tengamos relaciones?” y él me dice que sí, y estoy segura de que es sincero, porque al final se trata de un trabajo en pareja, o sea, mentirme eh... no tendría ningún sentido porque esto no... no llegaríamos a ningún lado, al final sería peor.” (EM7, entrevistas en profundidad a madres).

“A mí me motivo el volver a esos momentos de intimidad y cercanía con mi pareja. Volver a sentirme deseada y mimada.” (FOM14, foro online a madres).

“Porque también ella ve en mí que yo estoy igual o más. Yo pienso que una mujer se ve guapa si el que está al lado, la hace ver lo guapa que es... y... no hay mejor forma para que una mujer se sienta atractiva que ver que tu pareja te sigue atosigando sexualmente, "oye venga, oye vamos".” (GDP&, grupo de discusión a parejas).

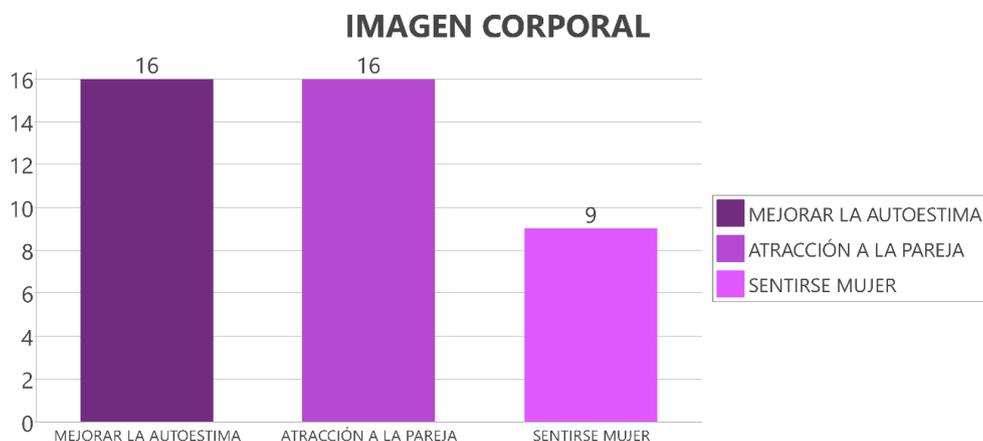
Sentirse Mujer. Este código recoge los testimonios de las mujeres que comparten que sentirse mujeres es necesario, no sólo madres. Es posible que las mujeres después del parto y debido a la alta demanda del bebé, necesite recuperar su parcela personal de mujer.

“Pues eso, el sentirme mujer, y el... también un poco, hacer sentir a mi pareja que ya no, que no está solo el niño, sino, que también estaba él. Y dar... volver a la normalidad.” (EM3, entrevista en profundidad a madres).

“La motivación fue cambiar la rutina, sentirme de nuevo yo...” (FOM20, foro online a madres).

“Eh... pues mira, el otro día ya tuve la necesidad de ponerme un sujetador mío que no fuese el sujetador de lactancia, porque es como si encima que no te ves bien estás con un sujetador horrible de lactancia, con los discos, con tal, pues no... no ayuda. Entonces ya he decidido que voy a usar cuando me apetezca mi sujetador (ríe) [...] Pero es muy importante porque es empezar a verte tú cómo eras y a verte bien.” (EM8, entrevista en profundidad a madres).

Figura 31. Representación de las unidades de significado sobre las Estrategias ante la Imagen corporal.



En vista a los párrafos analizados, para la gran mayoría mujeres puérperas la imagen corporal se ve alterada. Es una etapa vulnerable para ellas y necesitan de algunos recursos para recomponer dicha imagen. Según los relatos de los participantes, para mejorar la autoestima, utilizan el deporte y el autocuidado como fórmula. Una de las estrategias que comentan más relacionada con la mejora de su percepción es cómo se sienten de atraídas y deseadas por sus parejas. Por último, describen la necesidad de sentirse de nuevo mujeres, dando valor al rol de mujer, no sólo al de madre o esposa, sino al personal, como estrategia para mejorar su imagen corporal.

Necesidades

Las unidades de significado de esta familia reflejan las necesidades que, para enfrentar la nueva situación, las mujeres puérperas presentan. Estas están vinculadas a algunas carencias que perciben durante esta nueva etapa. Se construye gracias a 3 códigos y 64 unidades de significado.

Necesidad de Pareja. Las mujeres durante este posparto demandan más ayuda en las tareas del hogar, más apoyo en la crianza y una mejor comunicación. Además, comparten que, gracias a estos aspectos de mejora en la pareja, ellas pueden verse más arropadas y acompañadas, sin sentirse sobrecargadas e incomprendidas.

“Hay momentos en los que, pues que pienso, ¡Jo! pues podría ayudarme más, podría tal, entonces hace que en ese momento esté más nerviosa y esté más insatisfecha.” (GDM25, grupo de discusión a madres).

“¿En la relación de pareja? No sé, temas de tareas domésticas y cosas así es lo que más... por lo que más discutimos es por eso, por temas domésticos, de que casi toda la carga de trabajo de la casa es mía, un porcentaje muy alto, y él no.” (EM10, entrevista en profundidad a madres).

“Entonces a lo mejor en ciertas cosas, un poco más de implicación por su parte, pero creo que es normal debido a que pasamos más tiempo con el niño nosotras, tenemos más tiempo y estás más acostumbrada a hacer otras cosas.” (EM4, entrevista en profundidad a madres).

“Echo en falta que hable. Supongo que lo da el género, en general no habla mucho (ríe).” (EM11, entrevista en profundidad a madres).

Más Tiempo Individual. Las mujeres puérperas narran la necesidad de encontrar ese tiempo individual como fuente de cuidado personal, físico y emocional. Volver a sentir que el tiempo es

tuyo, que tienes tiempo para disfrutarlo sola, para pasear, ver amigos, realizar deporte e incluso volver a trabajar.

“Necesito mis ratos para mí...” (EM11, entrevista en profundidad a madres).

“Me he podido dedicar más a mí, a los niños y a mí, entonces eso me ha hecho que esté más relajada.” (GDM28, grupo de discusión a madres).

“Que busques ratos para cuidarte y mimarte tú a ti misma.” (GDM36, grupo de discusión a madres).

“Pero yo creo que también el retomar, el hacer algo de ejercicio físico ha sido más que nada, por tener esas dos horas que son para mí.” (GDM34, grupo de discusión a madres).

Apoyo de Otras Madres. Para las mujeres puérperas, las reuniones con otras madres, el poder compartir opiniones o experiencias con estas mujeres que están en su mismo momento vivencial, les aporta serenidad y en cierto modo, les transmiten confianza.

“También me ayudan las opiniones de otras mamis que han pasado lo mismo, es un mundo nuevo para mí y desconocido.” (FOM20, foro online a madres).

“[...] sí, te juntas con madres y puedes hablar con otras madres con más experiencia y eso.” (GDM28, grupo de discusión a madres).

“Si eso sí, que estaba muy contenta porque dice que ve que “todas tenemos el mismo problema, que somos todos iguales”.” (EP3, entrevista en profundidad a parejas).

“Necesitan ir a una tribu sana, emocionalmente sana. Nada de competitividad. Mujeres como familia. A veces, yo creo que también, yo por lo menos, las dirijo más hacia lugares sanos emocionalmente.” (GDPr14, grupo de discusión a profesionales).

Figura 32. Representación de las unidades de significado sobre las Estrategias mostrando Necesidades.



Las estrategias para conseguir ver cubiertas sus necesidades durante el periodo posparto se basan en tres aspectos: necesidades de pareja, más tiempo individual y apoyo de otras madres. En relación con las necesidades de pareja, están asociadas a la incompreensión que sienten en relación a la carga doméstica y la de crianza, demandan mayor implicación a sus parejas para disminuir esa sensación de sobrecarga.

Consideran que el apoyo de otras mujeres que se encuentran en el posparto, les da cierto desasosiego, debido a que comparten sus experiencias y pueden aprender o sentirse comprendidas.

Además, buscan mayor tiempo individual para disfrutar su parcela personal, simplemente dando prioridad a sus autocuidados y crear un ambiente donde comenzar a ser ellas. Quienes perciben más el beneficio de la individualidad son ellas y lo muestran en los fragmentos.

Afrontamiento

Las mujeres tras el nacimiento del bebé, consiguen afrontar los cambios tanto en la pareja, como los que le están sucediendo en su persona y utilizarlo para ensalzar la etapa y enfrentarse a ella.

Pareja. Un pilar fundamental en el posparto para las mujeres es su pareja. Para las puérperas, es importante encontrar un apoyo para poder enfrentarse a todos los cambios, para afrontar las exigencias que conlleva el cuidado de un recién nacido. No sólo se basa en que ellas se apoyen en sus parejas, sino que sus parejas sean el sostén que ellas necesitan.

"[...] yo he visto su apoyo más que nunca en ese sentido y su forma de comportarse para mí fenomenal, entonces la experiencia como pareja la verdad es que estamos viviendo una época como de luna miel, en ese sentido muy bien, muy bien porque me está ayudando mucho, se está implicando mucho con el niño." (EM4, entrevista en profundidad a madres).

"Sí, entonces, pues ha ido vivido... yo siempre en él encuentro no como un apoyo, es que somos uno, o sea, hacemos los dos lo mismo, yo no considero que él me ayude, sino que vamos los dos y los dos hacemos cosas, a lo mejor él no limpia el baño, pero de él sale, pues yo qué sé, venga, pues no es: "¿baño yo a la niña?", no, él coge y la baña o... en ese aspecto

no es que me ayude, no, es que compartimos la tarea.” (EM9, entrevista en profundidad a madres).

“Esto es caminar sobre un terreno nuevo día a día y que nadie te explica bien cómo es. Yo siento que estamos caminando juntos y... sí, sí, sí.” (EP5, entrevista en profundidad a parejas).

“O sea, yo creo que las pacientes con un buen apoyo familiar y un buen apoyo social están en general menos estresadas que esas mamás que enseguida se tienen que poner a trabajar, que no tienen ayuda de nadie, de los papás ni de los suegros y entonces tienen que hacerse cargo de todo, del recién nacido, del trabajo, de las cosas de casa...” (EPr3, entrevista en profundidad a profesionales).

A la vez, describen lo importante que es este apoyo en todos los ámbitos, también en la sexualidad. Es en este periodo, donde necesitan ser más entendidas y comprendidas gracias al apoyo de sus parejas, respetando sus emociones y sus sensaciones en relación a los encuentros sexuales.

“Y como yo afortunada o desafortunadamente, pues, pues tengo un chico que es muy comprensivo, quizá excesivamente comprensivo... y... ni siquiera me lo sugiere... nunca me dice nada, ¿no? Respeto mucho mi espacio y... y es tan, tan, tan respetuoso que nunca me dice nada o nunca me dice: "oye pues yo siento que tengo ganas" o...” (EM1, entrevistas en profundidad a madres).

“hasta el día de hoy todavía me ha dicho que... que no tiene el suelo pélvico bien que... que no podía correr que tal. Entonces un poco dejándote llevar, siendo prudente y que marcara ella como, hasta... bueno como debíamos de ir, vamos.” (GDP8, grupo de discusión a parejas).

“A ver, normalmente es por falta de lubricación, entonces eso, les damos, o les decimos qué cosas pueden utilizar y... y que se den tiempo, utilizar algún producto y luego comprensión, comprensión con la pareja.” (EPr8, entrevista en profundidad a profesionales).

Destacan como vital la comunicación entre la pareja para conseguir el apoyo y comprensión que necesitan. Que sean capaces de compartir sus miedos, de demandar ante la sobrecarga de trabajo o simplemente compartir las emociones ante la experiencia de la maternidad y sus caras, además de expresarse ante la nueva sexualidad que están viviendo.

“Hablamos aparte del niño de nuestras cosas porque es un momento como de cambio; siento que me acompaña y yo le acompaño a él. De momento creo que vamos bien (ríe).” (EM4, entrevista en profundidad a madres).

“La comunicación con mi pareja es muy buena además me ayuda mucho en todo, lo que favorece que me sienta muy cómoda y a gusto en mis relaciones.” (FOM14, foro online a madres).

“Las relaciones sexuales van modificándose o van enriqueciéndose de otras cosas, pero yo no sé si hay un punto de cambio; a lo mejor las charlas son el cambio, el inicio del

cambio fueron las charlas, el hablar puede ser que sea eee el cultivo para luego que el cambio se produzca ¿no?” (EP5, entrevistas en profundidad a parejas).

Personal. Ser conscientes de la fortaleza que han desarrollado facilita como enfrentarse a la etapa posparto. Este empoderamiento les influye tanto en su propia imagen corporal, como en su forma de percibirse a ellas mismas. Asimismo, esta percepción de fortaleza, no sólo la perciben ellas, sino que las parejas son conscientes y verbalizan su admiración.

“No me importa porque tengo algo que me compensa, ¿no? Que es mi hija. Y entonces yo... entiendo que mi cuerpo ha hecho cosas maravillosas, y que le tengo que dar más importancia que el puro aspecto estético.” (EM1, entrevista en profundidad a madres).

“Pues me he sentido como empoderada con el último parto.” (EM12, entrevistas en profundidad a madres).

“Una vez que empecé a vivir sola con ella me sentí mucho más segura y empoderada.” (FOM13, foro online a madres).

“Sí, sí, lo que he dicho antes, y aparte hay cambios porque esa seguridad mmm... la hace... esa seguridad y fortaleza la hace de querer las cosas con más ímpetu, más persistente, más tenaz.” (EP4, entrevista en profundidad a parejas).

“Y los papás acaban con un recuerdo muy bonito del parto, excepto esto primero que te acabo de contar que a veces pasa, pero, pero en general terminan con un recuerdo muy bonito del parto, y también he escuchado muchas veces, el... como que se vuelven a enamo-

rar de sus mujeres, de la admiración que les ha provocado verlas. Lo fuertes que han sido, lo valientes que ha sido, todo puede ser hasta bonito.” (EPr5, entrevista en profundidad a profesionales).

La propia aceptación de los cambios en el posparto supone para la mujer puérpera una ventaja frente a emociones negativas que le impidan vivir la maternidad plenamente.

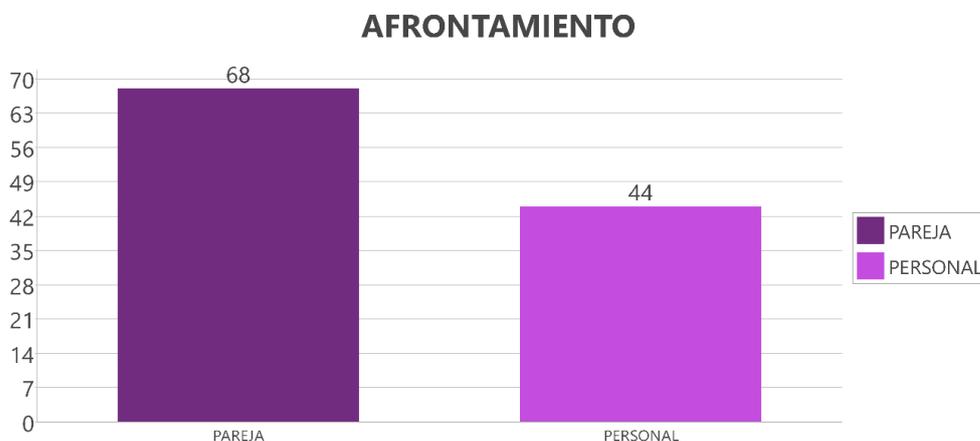
“Para mí, el tener los tres hijos. Yo físicamente durante mi embarazo, mis embarazos que he tenido buenos los tres, y posparto... yo me veía guapa continuamente. Yo tenía alegría por ser mamá de nuevo. Y, pues sí, tu cuerpo ha cambiado, pero jeah! Es así. No soy yo la única, todas las mujeres del mundo les pasa. Igual, entonces no me ha influido...” (GDM34, grupo de discusión a madres).

“No tengo. Como es raro en mí, a veces intento pensarlo, pero es inútil. Mi cuerpo no echa de menos el sexo, a pesar de haber sido muy activa hasta el momento del parto. “Ya volverá”, pienso.” (FOM13, foro online a madres).

“Efectivamente, aprendes a aceptarte.” (GDM33, grupo de discusión a madres).

“y... sobre todo, lo que me ha costado más aceptar es la... la pérdida de disponibilidad de mi tiempo, o sea, que mi tiempo no me pertenece, eso es lo que me más me ha costado, pero una vez asumido eso lo estoy disfrutando plenamente (ríe).” (EM7, entrevista en profundidad a madres).

Figura 33. Representación de las unidades de significado sobre las Estrategias mostrando Afrontamiento.



En general, el afrontamiento tanto a nivel de pareja como personal van a constituir el pilar de la normalización de la etapa posparto. En relación a cómo lo afronta la pareja, hablan de la importancia del apoyo y la comunicación como vía para asegurar un bienestar de la pareja y mejorar la vivencia de la maternidad. Si hablamos del afrontamiento personal, cabe destacar que es fundamental sentirse empoderada, pero necesita aceptar la nueva situación para conseguirlo.

Gestión Emocional

Las mujeres describen algunos de los recursos que utilizan para enfrentarse a los cambios emocionales a los que se enfrentan en esta etapa (consultar el apartado de [Resultados sobre Cambios emocionales](#)). Esta familia consta de un solo código y se forma de 12 unidades de significado.

Recursos. Los recursos que las mujeres puérperas reflejan en sus relatos para gestionar los cambios emocionales son principalmente la actividad física y la ayuda de un profesional.

“Entonces a día de hoy eh... desde hace... desde el día del Pilar, me acuerdo el 12 de octubre tuve uno como de esos ataques de "estoy súper enfadada con todo y no paro de gritar a mi pareja y él no tiene la culpa de nada pero no paro de gritarle, y estoy siempre enfadada y vamos a bronca semanal, y encima no quiero estar con mi hija porque es que estoy súper estresada y necesito tiempo para mí, y tal", entonces como que exploté y... y decidí buscar ayuda; entonces ahora mismo estoy en terapia con una psicóloga que voy una vez por semana [...]" (EM7, entrevista en profundidad a madres).

“Sí, sí, sí. Yo es que soy muy de adrenalina, la necesito para desestresarme (pequeño silencio) pero si no, doy cuatro voces y me quedo más a gusto que nada. Yo soy (ríe) de esas, yo lo exteriorizo todo, tampoco tengo mucho problema ¿eh? No me guardo las cosas.” (EM10, entrevista en profundidad a madres).

“Y también cuando estas mal anímicamente, te levanta que no veas, hacer deporte. Porque yo antes de tener a este, empecé a hacerlo, igual y ya no por el físico, sino porque me encontraba mejor, anímicamente.” (GDM33, grupo de discusión a madres).

En relación a los recursos que ayuda a las madres a la gestión emocional (12 unidades de significado), se ha nombrado la actividad física con mayor frecuencia (8 unidades de significado). Tan sólo 1 mujer de las 36 participantes reflejó haber acudido a un profesional especializado.

Gracias a las entrevistas en profundidad (4 unidades de significado) y grupo de discusión (4 unidades de significado) a madres fueron recogidos estos relatos.

Teoría Sobre las Estrategias Durante el Posparto

A continuación, se muestra la relación entre las familias de la categoría Estrategias a través de la red que representa la teoría sobre ella ([Anexo XI](#)).

Esta red explica como las mujeres puérperas que utilizan recursos para enfrentarse a los cambios que se presentan en el posparto. Frente al dolor y otras disfunciones, en relación a las alteraciones del suelo pélvico recurren a fisioterapia especializada para poner solución, y en el caso de la presencia de dolor o molestia adaptan sus encuentros sexuales para mejorar la experiencia. Ante la problemática que se expone en los encuentros sexuales caracterizados en esta época por: la falta de tiempo e intimidad entre la pareja, falta de deseo, falta de prioridad y la presencia de incomodidades en las relaciones; las parejas utilizan recursos para mejorar su satisfacción como cuidar la pareja, demandan muestras de cariño, pactan los encuentros y modifican algunas preferencias en sus relaciones sexuales.

Por otro lado, relacionado a los cambios de percepción de la imagen corporal, necesitan mejorar su autoestima, les ayuda la percepción de ser atractivas para sus parejas y comenzar a sentirse de nuevo la de antes, a sentirse mujer; en general, demandan para alcanzar este objetivo, mayor tiempo individual. En cuanto a las necesidades que describen las mujeres, se encuentran: la necesidad de pareja en relación a sentirse más comprendida y apoyada en la crianza y

cuidados del bebé; la necesidad de mayor tiempo individual, ya que lo relacionan directamente con la mejora de la autoestima, la autoexigencia que perciben también se ve mejorada gracias a este tiempo, al igual que la sensación de dualidad maternal que perciben e incluso mejorando la experiencia de la reincorporación laboral; y dan importancia a la red de apoyo entre madres para sentirse mejor ante la nueva situación, comprendiendo la maternidad y lo que sucede en ella, como por ejemplo la posibilidad de encontrarse más triste.

En relación a los cambios a los que se enfrentan como pareja, consideran el apoyo y la comunicación elementales para afrontarlos, de esta manera podrán sentirse comprendidas ante la nueva situación y mejorar de esta manera la relación de pareja evitando entre otras cosas la rutina. Por último, algunas mujeres necesitan apoyarse de recursos para gestionar sus emociones que en esta época pueden sobrepasarlas, especialmente relacionados con la falta de individualidad y la baja autoestima.

4.2.4. Información

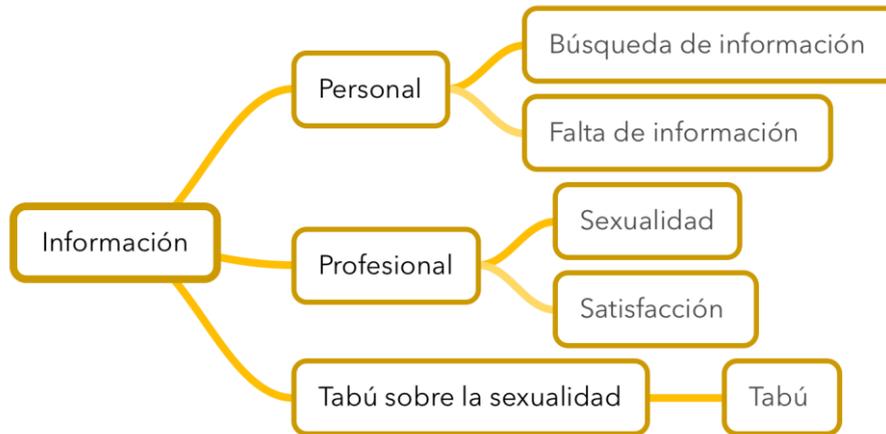
En este apartado presente se profundiza en la calidad de la información a la que tienen acceso las mujeres puérperas. Esta información es accesible gracias a las entrevistas en profundidad, los grupos de discusión y el foro *online* realizado a mujeres puérperas, parejas y profesionales de la salud. Las unidades de significado proceden principalmente de las entrevistas en profundidad realizada a las mujeres puérperas, seguida de la información obtenida en los grupos de discusión de estas mujeres.

Tabla 12. Categoría de información.

	Categorías			Total de citas
	Información			
Familias	Personal	Profesional	Tabú sobre sexualidad	
nº códigos	2	2	1	
nº citas de subcategoría	209			
nº citas de familia	51	143	15	209
Citas EM	23	40	6	69
Citas EP	0	10	1	11
Citas EPr	9	37	2	48
Citas GFM	8	34	4	46
Citas GFP	1	5	0	6
Citas GFPr	6	8	2	16
Citas FOM	4	9	0	13

Esta categoría se forma de 3 familias (*Personal*, *Profesional* y *Tabú*) y 5 códigos, en su análisis alcanzan a tener 209 unidades de significado. En la tabla 12 se muestran dichas familias y el esquema de códigos.

Figura 34. Mapa de la categoría Información en el posparto.



Esta categoría se construye de 209 unidades de significado, la principal familia la forma la familia Profesional donde se analiza la satisfacción de las mujeres ante sus asesorías y la información que se ha transmitido en relación a la sexualidad. En segundo lugar, las mujeres cuestionan si la información Personal que disponen en relación a la sexualidad se ajusta a su experiencia y describen qué temas de información detectan como deficientes o de qué otros no se les ha informado. En muchas ocasiones, narran que no es un impedimento que los profesionales no les hayan informado, ya que ellas mismas buscan dicha información. Por último, en menor medida se habla de que aún el tema de la sexualidad es un tema tabú en la sociedad y más acentuado en la etapa del posparto.

Personal

La información es importante para las mujeres tras el nacimiento, ya que podrían ser principal a la hora de normalizar y desmitificar la maternidad y todos los aspectos que la envuelven. Se muestra en esta familia cómo se sienten informadas.

Falta de Información. El posparto se caracteriza por ser una etapa de cambios, en los que la pareja, en especial, la mujer, tienen que enfrentarse a nuevos retos. Para que las mujeres puedan hacer frente a todos los cambios, es necesario que estén informadas sobre ellos, y de esa manera, conseguir entender todo el proceso, normalizando cada aspecto nuevo que agita a la madre en esta etapa.

En cambio, las mujeres transmiten que la información sobre los cambios no se aporta, impidiendo conocer algunos aspectos que podrían facilitar la experiencia de la maternidad y el posparto.

“No sé yo creo que a lo mejor sí que habría que informar más sobre el posparto y el... el emocionalmente los cambios que vas a tener, o que puedes tener, quizá un poco nos centramos mucho en ese... en el embarazo a lo mejor ¿no? en el embarazo y luego ya vienen los cuidados del niño o cómo educar, pero a lo mejor cómo se siente la madre tras el parto, pues a lo mejor sí que hay carencias, yo creo.” (EM8, entrevista en profundidad a madres).

“Hace falta porque, es un desconocimiento total en una madre, el cambio físico que, que tienes, como te vas a recuperar y realmente tú no sabes qué hacer para recupe-

rarte mejor y antes, si tienes los consejos de un profesional, pues todo fluiría.” (GDM34, grupo de discusión a madres).

“Para mí sí es importante este tema y lo que te cuentan los profesionales es todo muy por encima. Deberían hablar más sobre la sexualidad después del parto.” (FOM20, foro online a madres).

“Entonces, me ha faltado un poco que me contasen eso. Que la vida de pareja cambia radical, no te habla nadie de la vida en pareja como cambia, a nivel sexual y a nivel también de tu día a día de cómo te llevas con esa persona.” (EM2, entrevista en profundidad a madres).

Búsqueda de Información. Las mujeres puérperas consideran que les falta información, pero han accedido a la información buscado de manera particular, consiguiendo disuadir las dudas que les había surgido. Debe tenerse en cuenta que vivimos en un momento en el que la información es de fácil acceso.

“Entonces, yo en ese momento, si habría necesitado información, otra información diferente. Pero bueno, la he encontrado. Buscándola yo, a lo mejor, pero la he encontrado.” (EM1, entrevista en profundidad a madres).

“Pues he tenido apoyo por parte de mi centro de salud, por parte de la matrona, pero creo que no estaba muy, muy, especializada quizá o en lactancia, o en mastitis más bien, y al final he sido un poco autodidacta y he buscado mis propios recursos, y sí que he conseguido hablar con una asesora de lactancia especializada en mastitis que sí me ha

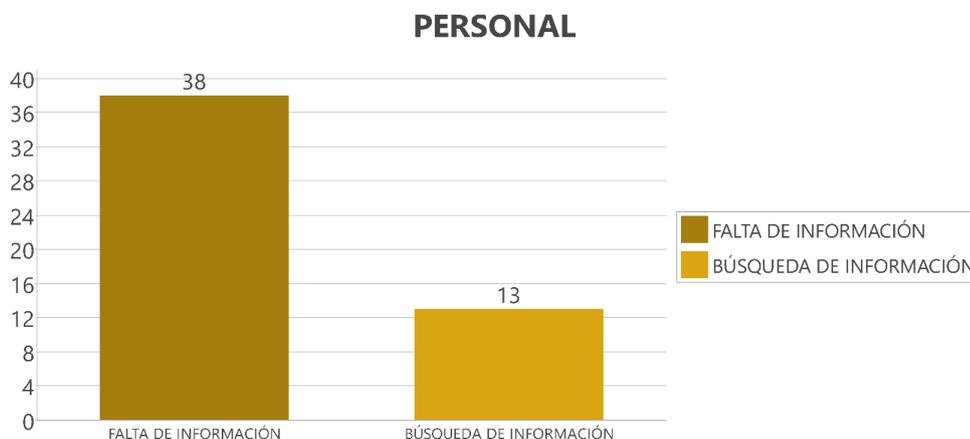
ayudado, me ayudó bastante, vamos, me solucionó el problema por así decirlo.” (EM4, entrevista en profundidad a madres).

Para los profesionales está búsqueda de información o la posibilidad de sobre informarse, no genera una ventaja a las madres en esta etapa, sino todo lo contrario. Consideran que la sobreinformación también les afecta negativamente.

“[...] yo creo que cada vez, mi opinión, están más informadas o han recibido más información de redes sociales, internet, libros y tal... o sea, que tienen una ansiedad de aprender y de prepararse para, para el cambio que va a dar su vida. Pero aun así necesitan reafirmar esos conocimientos en grupos de apoyo, de crianza o preguntarle a su matrona o a su pediatra o a su gine.” (GDPr14, grupo de discusión a profesionales).

“Pero cuando la información la buscan, en ocasiones lo que genera es más inseguridades. Creo que hay mucha información, pero mala información, entonces dependiendo de donde la busquen, pues...” (EPr10, entrevista en profundidad a profesionales).

Figura 35. Representación de las unidades de significado sobre la Información Personal.



La información que presenta a nivel Personal las mujeres genera 51 citas, en las que se ha estudiado la falta de información que presentan en esta, y se refleja la ausencia de información ante temas que les inquietan como las emociones en el posparto o la sexualidad. Realizan la búsqueda de información de manera individual y en ocasiones esto genera inseguridades o contenidos no acertados que generen mayor confusión.

Profesional

Se describe el tipo de información que aportan los profesionales de la salud sobre la sexualidad en el posparto y describen la satisfacción que presentan ante estos profesionales en esta etapa.

Relativo a la Sexualidad. En las revisiones ginecológicas y de matrona tienen las mujeres sus primeras conversaciones sobre sexualidad. Algunos de los temas que abordan son el reinicio de las relaciones sexuales, si se han dado o no, se les da pautas para introducir los anticonceptivos y el uso de lubricante como alternativa para el dolor. Las mujeres puérperas consideran que estas

nociones son básicas y consideran que, en proporción a la dimensión del cambio que van a experimentar, no les aporta lo suficiente. Demandan más información y que ésta se transmita igual a las parejas.

“A mí me parece importantísimo. Pero porque... afecta totalmente a... a ti, como persona te afecta. También depende de la prioridad, ¿no? De cada uno, pero yo lo veo importante para ti como mujer... y para tu pareja. Para los dos como pareja de decir... tú necesitas estar informada sobre... porqué te está pasando eso, si es normal... ¿sabes? O si tienes los puntos ahí y te duelen durante un año, ¿qué cosas podrías hacer? No sé.” (EM12, entrevista en profundidad a madres).

“La matrona, de sexualidad concretamente no recuerdo... hombre, sí te dice: "es normal que al principio tal, usar un lubricante", me dio una muestra de un lubricante, pero tampoco se ha profundizado mucho; ningún profesional habla contigo de sexualidad como tal. Sí que se podría hablar más.” (EM10, entrevista en profundidad a madres).

“Si yo creo q los profesionales deberían dar más información sobre sexualidad ya q solo se centran en los métodos anticonceptivos y en qué no puedes mantener relaciones con penetración hasta un cierto tiempo.” (FOM14, foro online a madres).

“A mí la sexualidad no me han... me preguntaban, la matrona me preguntaba cuando iba: "¿Has tenido relaciones, tal?". Es la vez que me ha preguntado eso, que luego...” (GDM31, grupo de discusión a madres).

Satisfacción. Las mujeres puérperas se encuentran en general, satisfechas con el asesoramiento de los profesionales de la salud que las ven en el posparto. Aunque declaran que tienen pocas visitas para hacer seguimiento con la matrona y en muchos casos no tienen posibilidad de ir al ginecólogo.

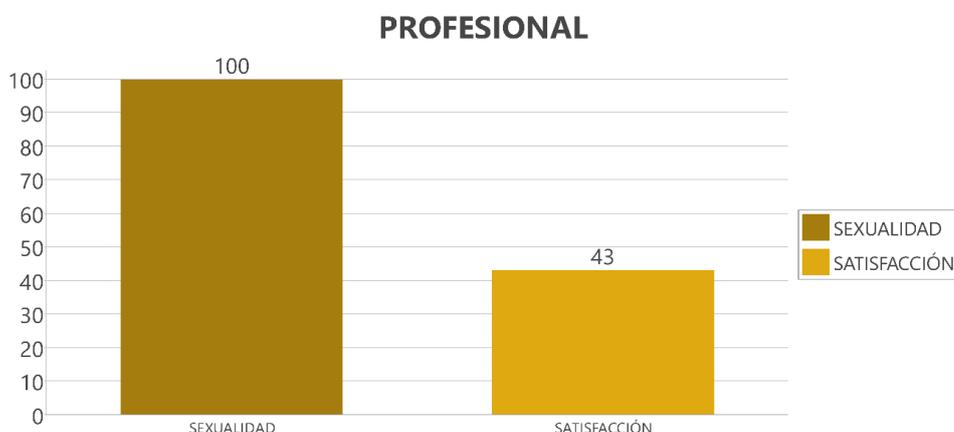
“La matrona... la matrona anterior... poco. Con esta matrona última mejor, pero es verdad que se queda muy corta toda la información, es que son... son muchas cosas en el posparto. Es que... es que te dan muy poca información al final. Son visitas muy breves, y pues... hay muchas cosas que no sabes si las tendrías que hacer, si no... ¿sabes?”
(EM12, entrevista en profundidad a madres).

“Sí, pero a mí me falta una cita al ginecólogo... igual...” (GDM30, grupo de discusión a madres).

“La matrona te cita para ver tu... zona, a ver qué tal y ya está. Pero una vez y punto.” (GDM28, grupo de discusión a madres).

“Es que yo solo tuve una cita con la matrona y no la he vuelta a ver, ¡eh!”
(GDM29, grupo de discusión a madres).

Figura 36. Representación de las unidades de significado sobre la Información Profesional.



En esta categoría se recoge la información que reciben las mujeres puérperas por parte de los profesionales en relación con la sexualidad. Es importante destacar que la información recibida por ellos es escasa, 24 de las 26 mujeres puérperas manifiestan que esta información es deficiente, siendo para ellas importante que se les transmita las características de la sexualidad durante el posparto. A su vez, se cuestiona a los participantes la satisfacción que presentan ante el asesoramiento que les prestan durante este periodo. En general, las mujeres muestran su satisfacción debido a que de las 36 mujeres puérperas participantes, 16 mujeres hablan de esta satisfacción, mostrando 11 estar satisfechas y sólo 5, insatisfechas.

Tabú sobre la Sexualidad

Perciben que la sexualidad durante este periodo no se conoce. Consideran que los cambios a los que se enfrentan en este periodo no son abarcados en la esfera de los profesionales de la sanidad. Describen la importancia de hablar de ello, para facilitar a las parejas información que les ayude a entender la sexualidad durante este periodo.

Es importante dar visibilidad a la sexualidad después del parto, para intentar normalizar lo máximo el cambio que sucede en este ámbito, para evitar sentimientos de culpabilidad y evitar que las parejas sufran durante este periodo. Consideran tanto las mujeres, como sus parejas y los profesionales que la educación sexual sería un pilar fundamental.

“Y también te hacen sentir culpable, cuando no tienes una sexualidad buena como antes... pues es que, está ahí. Pues es que yo creo que hace falta un poco más de visibilidad a esto, ¿sabes? Sí, hace falta visibilidad.” (EM2, entrevista en profundidad a madres).

“No se habla en la sanidad que creo que el sexo, por muy adelantada que pensemos que está la sociedad, no te creas que es un tema que se habla abiertamente.” (GDM36, grupo de discusión a madres).

“Es que es verdad que hay que... yo creo que en muchas mujeres es un tema que para muchas sigue siendo un tabú, pero que las tenemos que hacer ver que lo que las está pasando es normal, y que poco a poco van a ir adaptándose a su vida sexual de antes ¿vale?” (EPr7, entrevista en profundidad a profesionales).

“Pero es que hay una falta de educación sexual desde la base, de la educación global. Desde que eres niño, hay mucho tabú, todavía en función de...” (GDPr15, grupo de discusión a profesionales).

Actualmente, sigue existiendo tabú en relación con la sexualidad y es posible que en mayor medida cuando se habla de sexualidad durante el posparto, así lo han descrito las mujeres

puérperas en las entrevistas en profundidad y los grupos de discusión donde han surgido 10 unidades de significado de las 15 que se han obtenido en su análisis.

Teoría sobre la Información

A continuación, se expone la red representativa de la teoría sobre La información a través de la [Anexo XII](#). En la que se expone que la información recibida sobre la sexualidad en el posparto por parte de los profesionales de la salud es escasa. Esta falta de información afecta a las parejas, especialmente a las mujeres que han de buscar la información fuera de los entornos de salud. Aunque la satisfacción hacia los sanitarios es buena, destaca como un reporte negativo, aunque sin demasiada importancia, el hecho de que no sean informados de los cambios generados en esta etapa, especialmente en el ámbito de la sexualidad. Se trata de un tema que debería de ser abordado con claridad evitando la desinformación. Aunque es destacable, que para la sociedad se trata de un tema tabú. La desinformación no sólo afecta en la sexualidad, sino también en el ámbito conjunto de la maternidad. El hecho de que la sexualidad y la maternidad sean para la sociedad actual un tabú en ciertos aspectos genera gran estrés e incertidumbre en las parejas.

4.2.5. Fisioterapia del Suelo Pélvico

En esta categoría se agrupan todas las unidades de significado que hacen referencia a la percepción de las mujeres puérperas en relación con la fisioterapia del suelo pélvico, su utilidad

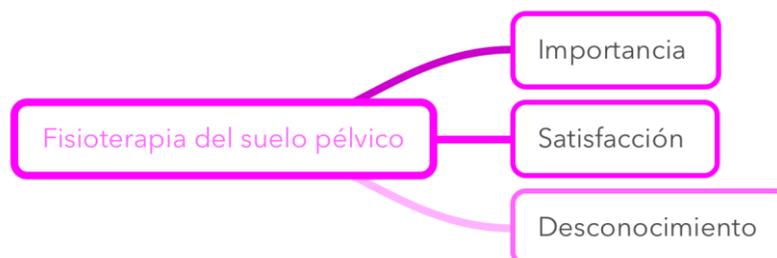
y el conocimiento de la especialidad en la población en general. Las unidades de significado de esta categoría proceden en su mayoría de tres recursos. Principalmente vienen expresados en los grupos de discusión a madres, en segundo lugar, pero con aportaciones casi similares las entrevistas en profundidad a profesionales y, en tercer lugar, le siguen las entrevistas en profundidad a madres. Como se puede consultar en la tabla 13.

Tabla 13. Categoría de Fisioterapia en el Suelo pélvico.

	Categorías			Total de citas
	Fisioterapia del suelo pélvico			
Familias	Importante	Satisfacción	Desconocimiento	
nº códigos	1	1	1	
nº citas de subcategoría	124			
nº citas de familia	80	15	29	124
Citas EM	24	3	3	30
Citas EP	0	0	0	0
Citas EPr	28	6	2	36
Citas GFM	19	4	14	37
Citas GFP	0	0	0	0
Citas GFPr	4	0	6	10
Citas FOM	5	2	4	11

En la siguiente figura se puede ver esquematizado los códigos que forman esta categoría.

Figura 37. Mapa de la categoría de Fisioterapia en el Suelo pélvico.



En esta categoría, se observa como las mujeres, parejas y profesionales consideran importante acudir o no al fisioterapeuta especializado, además de destacar tanto la satisfacción tras acudir y tratarse, como el desconocimiento que aún envuelve esta especialidad.

Importancia

Después del parto, el cuerpo de la mujer ha sufrido cambios importantes, especialmente en el periné y el abdomen de la mujer, apareciendo posibles alteraciones en la función pélvica. El tratamiento de fisioterapia del suelo pélvico es considerado por los participantes fundamental para mejorar la calidad y funcionalidad del suelo pélvico tras el parto.

“Me parece fundamental para tener una buena recuperación y prevención de problemas a largo plazo. También es necesaria una valoración y consejos previos a retomar actividad física que no son dados habitualmente...” (FOM19, foro online a madres).

“Yo creo que es fundamental. De hecho, creo que, es algo que tendría que pasar todo el mundo por un profesional que te valore y que te diga cómo puedes reeducar tu

cuerpo, tanto a nivel de figura como decías, como de relaciones sexuales y salud también, de que puedas estar bien.” (EM4, entrevista en profundidad a madres).

“O sea, yo creo que es fundamental y de hecho voy haciendo propaganda en todo el hospital, el hospital, el centro de salud, porque creo que es fundamental, y porque creo que sobre todo, además de todo el tema, a nivel muscular, a nivel de recuperación del suelo pélvico, y tal, el tema del dolor me llama mucho la atención, porque con mis amigas que hablo o con mi prima y tal, te cuentan que después de un año tienen dolor en la cicatriz y que tienen dolor durante las relaciones y que bueno, que eso es algo como que asumen, como algo que tiene que pasar y que bueno eso es lo que hay.” (GDM23, grupo de discusión a madres).

“Yo creo que fundamental. O sea, creo que independientemente de cómo se viva el parto, de como sea, tendrían que hacer una valoración posparto siempre. Siempre. Siempre porque, aunque no tengas dolor, aunque no tengas molestias, aunque haya sido espectacular... al final siempre hay alguna pequeña... yo tengo pacientes que tienen que estar viniendo una vez a la semana durante un montón de tiempo, y tengo pacientes que vienen un día, las valoro, están fenomenal, las doy cuatro recomendaciones y no las vuelvo a ver. Pero es que es el momento de detectar si hay algo.” (EPr10, entrevista en profundidad a profesionales).

Satisfacción

Los resultados obtenidos tras el tratamiento de fisioterapia especializada en suelo pélvico fomentan la funcionalidad del periné. Las mujeres que han acudido para tratamiento o valoración lo recomiendan no sólo a las mujeres que presentan complicaciones, sino a toda mujer después del parto.

“Tenía cierto desasosiego por si pudiera tener dolor ya que tuve un hematoma perineal más la episiotomía y un pequeño desgarro por el parto, que fue complicado y sin epidural. Con intentar masajear la zona de la cicatriz tenía molestias así que como para imaginar algo más fuerte. ¡Fisioterapia con diatermia me ha salvado!” (FOM17, foro online a madres).

“Es muy importante. Sí, desde mi primer parto me he tratado con fisioterapeuta y me ha ido genial, mi sexualidad ha mejorado bastante después de comenzar a ir a fisio de suelo pélvico” (FOM18, foro online a madres).

“Y ahora mismo, yo a mis amigas sí que se lo recomendaría porque yo... el cambio que he tenido en las relaciones sexuales. Influye yo creo todo, influye el tiempo. Pero influye también que... pues que he trabajado, o sea han trabajado esa parte conmigo y yo también, claro. Sí, sí, imprescindible.” (EM3, entrevista en profundidad a madres).

“Eh... la experiencia es buena, eh... tenemos bastante volumen de pacientes, mujeres posparto a partir de los 3-5 meses, eh... La mayoría vienen por problemas de dispareunias, incontinencias urinarias, algún prolapso y eh... el resultado general es satisfacto-

[Resultados]

rio para la mujer, contenta con el tratamiento y resultados positivos siempre y cuando la mujer se implica en el tratamiento y hace lo que se le pide, lo que se le dice. Eh... Bien, en general es un tratamiento agradecido del suelo pélvico en la mujer después del parto.” (EPr4, entrevista en profundidad a profesionales).

Desconocimiento

La fisioterapia del suelo pélvico no deja de ser una especialidad joven, y muchas mujeres aun no la conocen como tratamiento. En el estudio se observa que muchas de las participantes no conocían lo que la fisioterapia podía aportar en el posparto. La información es escasa por parte de otros sanitarios, lo que fomenta el desconocimiento.

“Soy sincera, con mi primer embarazo ni se me ocurrió. También es cierto que nadie me había remitido información sobre ello. Ahora que lo conozco, me parece algo imprescindible.” (FOM22, foro online a madres).

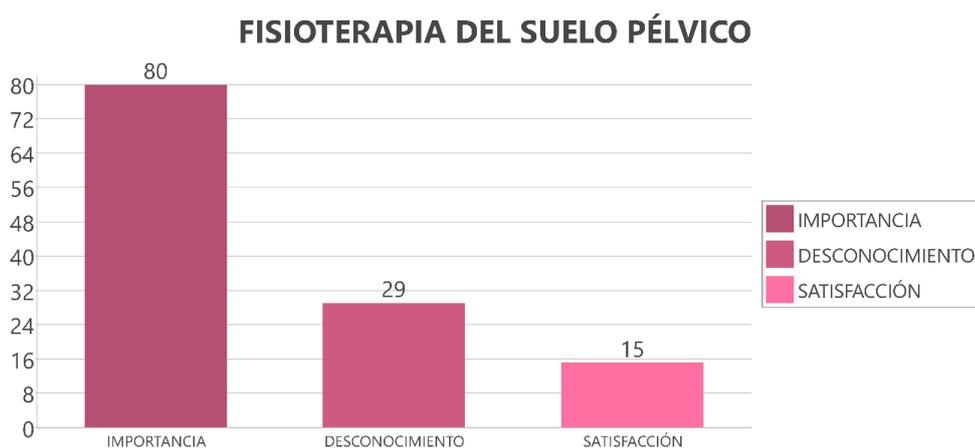
“De hecho, en la preparación al parto no hablan de la fisioterapia, y el ginecólogo tampoco habla del fisioterapeuta.” (GDM27, grupo de discusión a madres).

“No tengo ni idea, no he oído ni hablar de ello. No sé.” (GDM31, grupo de discusión a madres).

“Por la sexualidad no se viene, mayoritariamente.” (GDPr12, grupo de discusión a profesionales).

La fisioterapia del suelo pélvico es importante en el posparto, o al menos así lo detallan 25 mujeres puérperas de las 36 participantes, en donde detallan la importancia de ser valoradas, y de que un profesional especializado les trate y supervise los ejercicios. Con relación al desconocimiento, 7 mujeres de las 36 participantes describieron no conocer exactamente, la función del fisioterapeuta en el posparto.

Figura 38. Representación de las unidades de significado sobre la Fisioterapia del suelo pélvico en el posparto.



En relación con la satisfacción que les brinda la fisioterapia en suelo pélvico describen una gran mejora de los síntomas, siendo para ellas fundamental compartir con el resto de mujeres sus resultados y promover que acudan a un fisioterapeuta especializado.

Teoría Relacionada a la Fisioterapia del Suelo Pélvico Durante el Posparto

La relación entre las familias de la categoría Fisioterapia del Suelo Pélvico durante el posparto se expone en la red representativa de la teoría que la explica ([Anexo XIII](#)).

Lo más común es que estas mujeres describen a la fisioterapia del suelo pélvico como una especialidad importante y más aún en esta etapa, esto se debe a que dicha especialidad se focaliza en la funcionalidad del suelo pélvico y en este caso, tras el nacimiento, si este ha sufrido alguna alteración. Dentro de la funcionalidad del suelo pélvico, cabe destacar el papel que desempeña en la sexualidad que, tras el parto, puede verse modificada si el suelo pélvico pierde fuerza o presenta dolor, entre otras alteraciones. Todas aquellas mujeres que han acudido al servicio de fisioterapia de suelo pélvico durante el posparto han mostrado satisfacción con los resultados derivados de los objetivos que principalmente se centraban en recuperar su suelo pélvico de las secuelas del parto y la influencia del parto en la zona como, por ejemplo, la presencia de dolor en las relaciones sexuales. Es importante destacar que en muchas ocasiones ese dolor no es tan experimentado como temido. Recalcan que hablamos de una especialidad que no es conocida por todas las participantes, considerando que existe una gran falta de información con relación a lo que la fisioterapia puede aportar al suelo pélvico y en muchas ocasiones son ellas las que han obtenido la información por su cuenta, buscando una solución a su situación en el posparto en relación al suelo pélvico. Muestran cierta insatisfacción con relación a esta falta de información por parte de los profesionales de la salud o en relación con la falta de este servicio.

[Discusión]

[1. Cambios en el posparto 2. Sexualidad 3. Estrategias 4. Información 5. Fisioterapia en el suelo pélvico]

A lo largo de este capítulo se abordarán los resultados obtenidos en la investigación desde una mirada crítica, tomando como referencia los objetivos del estudio, con el fin de contrastar, argumentar y explicar similitudes y diferencias respecto a estudios ya publicados, en relación con el tema objeto de estudio.

La presente tesis se ha llevado a cabo para estudiar la experiencia de la sexualidad tras el parto desde la perspectiva de las mujeres puérperas, sus parejas y los profesionales de la salud. A continuación, se presentan los objetivos que fueron planteados en un inicio por los investigadores. Se ha planteado dicha tesis, para conocer los cambios físicos, emocionales y vitales que experimentan durante el posparto y la repercusión en relación con la sexualidad.

Del mismo modo, se esperaba conocer cuáles son las necesidades que presentan las mujeres, con el fin de mejorar el entendimiento de las circunstancias, mejorar la actuación y analizar la situación real actual que experimentan. Para comprender de una manera más integral el fenómeno, en el estudio se propuso conocer, además, cómo las parejas y los profesionales de la salud perciben las experiencias de las mujeres en torno a la sexualidad en este periodo.

Para conocer si estas mujeres estaban informadas sobre el posparto, los cambios que siguen al parto y la influencia en la sexualidad, se pretendía conocer la información que habían obtenido las mujeres de los profesionales de la salud. Y finalmente, investigar sobre la importancia que le daban las mujeres a la fisioterapia especializada en el suelo pélvico durante este periodo, especialmente con relación a la sexualidad.

Se presentan 5 apartados, correspondientes a los temas que han surgido en la investigación.

5.1. Cambios Físicos

5.1.1. Cambios en el Cuerpo

Los cambios que suceden en el cuerpo después del parto son revelados por los participantes como un elemento principal que influyen en la sexualidad de estas parejas. En relación con las mujeres participantes, de las 36 mujeres, 31 de ellas han referido en sus relatos cambios importantes en su figura, siendo estos principalmente en el abdomen, las piernas y los pechos. Las emociones y sensaciones negativas sobre su propio cuerpo están presentes en el discurso de estas madres. Bender et al. (2018) refiere que las mujeres no estaban listas para los cambios físicos que tuvieron lugar tras el parto. Las participantes en sus discursos comparten la percepción de sus cuerpos en términos negativos, afectando directamente en su autoestima repercutiendo en sus relaciones de pareja y sexualidad. Coincide este planteamiento con lo expuesto por Buurman y Lagro-Janssen (2013), Olsson et al. (2005) y Woolhouse et al. (2012) que constataron que la percepción de los cambios y su repercusión en la imagen corporal puede desencadenar en inseguridades de las mujeres, sintiéndose menos atractiva. En este sentido, Trice-Black y Foster (2011) afirmaron a través de sus resultados que las mujeres que no se sienten atractivas o deseadas por su pareja presentan un cambio en la función sexual, inhibiéndose.

Las mujeres informan que no consiguen adaptarse a los cambios corporales que se dan en el posparto, muchas de ellas niegan su cuerpo, expresan estar a disgusto con él, sienten que se trata de un cuerpo extraño. En el estudio realizado por Carvalho et al. (2017) especialmente se centran en la dificultad de volver a la forma física de antes del embarazo, estos resultados se ven también reflejados en los discursos de las mujeres de este estudio que, manifiestan no tener el control sobre su cuerpo, creando sentimientos de estrés y frustración. Es preciso citar en este

sentido a Olsson et al. (2005) que coincide en afirmar que la permanencia de los cambios a nivel corporal puede repercutir en las mujeres con niveles altos de ansiedad. Ante estas circunstancias según De Pierrepont et al. (2016) se enfrentan a un cuerpo cambiado que tienen que redescubrir y volver a controlarlo, lo que puede tardar.

En esta línea, es importante destacar que la zona genital se ve comprometida por el paso del bebé y la percepción del periné y la vagina también (Castro-Pardiñas et al., 2017). La afectación de la integridad del periné que se puede dar en el parto a través de lesiones se consideran clínicamente, como resultado normal del nacimiento (Skinner et al., 2017). Implica en la mujer algo más que un suceso normal, ya que implica un cambio a nivel estático (por presencia de prolapso), funcional (por la presencia de episiotomía) o estético del periné (la imagen externa de la vulva). En este sentido, Skinner et al. (2017) a través de entrevistas a 504 mujeres quisieron conocer la repercusión psicológica que implicaba la lesión en el periné. Las mujeres de dicho estudio verbalizaron experimentar vergüenza, además de sentirse estigmatizadas (Skinner et al., 2017). En los discursos de las mujeres del estudio, otra de las preocupaciones se centra en el estado de sus vaginas, refiriéndose a ellas como más grandes y diferentes, preocupando que sus parejas y ellas mismas no sientan del mismo modo que antes del parto. Encontramos resultados semejantes en los estudios de Olsson et al., 2005 y Serrano et al. (2020), que coinciden en afirmar que forma parte de las inquietudes tanto de ellas como de sus parejas.

Por otro lado, los hallazgos de Handelzalts et al. (2017) mostraron que la baja autoimagen genital es la principal variable asociada con la función sexual, depresión, ansiedad y angustia. Priddis Holly et al. (2014) exponen además que, los síntomas de incontinencia urinaria y fecal deteriora aún más la imagen propia, describiéndose estas mujeres así mismas como sucias.

Es de entender que estos cambios y la propia percepción de ellos afecten la función y satisfacción sexual durante el posparto. En su estudio Jawed-Wessel et al. (2017) correlacionaron la afectación de la imagen corporal y especialmente la autoimagen genital con la pérdida de la función sexual, especialmente en el primer año posparto. En esta misma línea, también, son los resultados de Martínez-Martínez (2017) reflejando que la preocupación de las mujeres sobre su propio cuerpo evita la implicación y el disfrute de las relaciones sexuales.

La distorsión de la imagen, afectan directamente el deseo de la deseabilidad y esto conlleva un obstáculo para la sexualidad (De Pierrepont et al., 2016). A las mujeres del estudio les preocupa no gustar a sus parejas o dejar de sentirse deseadas. Esta preocupación no se apoya en los resultados obtenidos en este estudio, los discursos de las parejas se refieren a los cuerpos de sus parejas como fuente de belleza y poder, tras haber engendrado y parido. Estos resultados son similares a los encontrados por Olsson et al. (2005) y Serrano et al. (2020) que muestran que esta insatisfacción por el cuerpo de la mujer puérpera no es compartida por sus parejas. Aunque, al igual que en los estudios previamente citados, las parejas se lo comunican, las mujeres del presente estudio y previos, sienten que ellos no son sinceros.

Cabe destacar que una menor proporción de las mujeres se sienten, en este estudio a gusto con su cuerpo, e incluso sienten un empoderamiento como resultado de haber sido capaz a dar a luz, ser capaz de dar el pecho y percibiendo su cuerpo como poderoso y bello. Varios estudios reflejan como el parto había aportado un nuevo significado al cuerpo a algunas mujeres que podían sentir el poder de su cuerpo (Olsson et al., 2005; Woolhouse et al., 2012).

Resumiendo, teniendo en cuenta las aportaciones dadas por las mujeres de este estudio, la percepción de la imagen corporal afecta de manera firme el comportamiento sexual. Estas

consideraciones basadas en las experiencias de las mujeres, coinciden con los resultados obtenidos por O'Malley et al. (2018) en su estudio, donde se argumentaba que estar a veces o nunca satisfecha con su propio cuerpo representaba un riesgo importante de pérdida de interés en la actividad sexual y de la lubricación, persistiendo hasta los 12 meses posparto.

El proceso vivido desde el embarazo hasta el parto se trata de un acontecimiento que marca las vidas de las madres y los padres, especialmente el parto. Algunas mujeres describieron la presencia de sus parejas como parte esencial del momento del parto y los padres describen la experiencia como única y emocionalmente fuerte, consideran que ha fortalecido la relación, ya que, la experiencia aumentaba su respeto y amor por sus parejas. Estos discursos son similares a los resultados obtenidos en el estudio Bohren et al. (2019), en el que se realizó una revisión sistemática sobre los estudios que hablaban de las experiencias y percepciones de los acompañantes en el parto. Bohren et al. (2019) presenta varios resultados que apoyan el impacto positivo en la sexualidad e intimidad de la presencia de las parejas en el parto.

Aunque la experiencia del parto no parece afectar negativamente la sexualidad, la presencia de secuelas o lesiones del periné relacionados con el parto que, previamente hemos hablado para describir cómo afectaban a la imagen corporal de la mujer puérpera, si afectan a otras dimensiones de la sexualidad. Es importante enmarcar qué tipos de partos tuvieron las mujeres participantes de este estudio para comprender las secuelas a las que se han referido en sus discursos. De todas las mujeres, en total 36, sólo una de ellas dio a luz por cesárea, el resto fue por parto vaginal y tan sólo 9 no tuvieron lesiones en el periné en el momento del parto. Del resto de las mujeres participantes 11 comunican haber sufrido desgarros, sólo dos de ellas indicaron el grado de afectación siendo una de 2º grado y otra de 3º grado, el resto sólo informaran

de haber sufrido un desgarro, sin especificar; a 9 de las mujeres se les practicó episiotomía de prevención; del resto, 4 mujeres presentaron episiotomía además de desgarro; y finalmente, 3 describen que necesitaron de un punto de sutura. Estos datos muestran que la mayoría de las mujeres de este estudio presentaron lesiones. Otras complicaciones, además de las laceraciones, que presentan las participantes derivadas del parto se centran en la continencia urinaria y presencia de prolapsos, relacionando estas como factor de impacto en sus relaciones. Estas secuelas consiguen distraer a la mujer del momento del encuentro sexual ya sea por alteraciones de sensibilidad, disfrute de los mismos, presencia de incomodidad o dolor y temor de empeorar los síntomas, lo que obliga en más de una ocasión a las mujeres a tomar la decisión de posponer los encuentros sexuales. En este sentido, Olsson et al. (2005) indicaron en su estudio que las mujeres que presentaban lesiones en el periné tras el parto en comparación con las mujeres que tenían un periné intacto experimentaban mayor dolor, menor satisfacción sexual y además, se veía afectado la calidad de los orgasmos, relacionando íntimamente las lesiones del periné y alteraciones sexuales. O'Malley et al. (2018) estudiaron la sexualidad de las mujeres con periné íntegro en comparación con las que presentaban lesiones y evidenciaron cómo los desgarros de 3º grado, el tipo de parto especialmente el uso de ventosas y la lactancia podrían afectar el interés sexual, la lubricación e incrementar el dolor durante las relaciones sexuales.

Son varios los estudios que al igual que O'Malley et al. (2018) revelan como el tipo de parto puede afectar significativamente las relaciones sexuales. En el caso del estudio llevado a cabo por Lipschuetz et al. (2015) se concluyó que los partos vaginales, especialmente los que necesitaron ser asistidos por instrumentalización mostraban una tendencia progresiva a presentar dolor o dispareunia. Además, mostraron que la cesárea programada presentaba la misma

tendencia. Estos datos que vinculan la cesárea con presencia de dolor también fueron respaldados por otros autores como McDonald et al. (2016). En el caso de este estudio, teniendo en cuenta los datos de la muestra, nos encontramos que las mujeres dieron a luz principalmente por parto vaginal a excepción de una mujer que dio a luz por cesárea. En los partos vaginales de las mujeres participantes, 4 se dieron con instrumentación siendo 3 partos con el uso de ventosas y un 4º por fórceps. Por lo que sabemos en relación con el tipo de parto y sexualidad de los estudios nombrados, las mujeres participantes no se ven representadas ya que, la mayoría dio a luz por parto vaginal sin instrumentalización. Podemos entender que, en el caso de estas participantes, el tipo de parto no tuvo una relación directa con la alteración en la sexualidad, especialmente. Coincide Gutzeit et al. (2020) al afirmar que el modo de parto no tiene un efecto significativo sobre la función sexual en el posparto.

Por último, es necesario entender cómo otros cambios físicos producidos por los cambios hormonales podrían afectar directamente la sexualidad. Se trata de la presencia de la atrofia vulvar y el descenso de la lubricación derivados de la hipoestrogenia que enmarca la lactancia y el posparto. Estas alteraciones físicas, según las madres, están empeorando sus experiencias sexuales debido a que no tienen deseo debido, en parte, a la incomodidad que sienten e incluso describen como su excitación y lubricación también se han visto modificadas. Varios autores refieren las hormonas como factor de influencia en la satisfacción sexualidad durante el posparto (Gutzeit et al., 2020; Martínez-Martínez et al., 2017; O'Malley et al., 2018).

Influencia de la Lactancia

La gran mayoría de los relatos de las mujeres sobre la lactancia están relacionados con los cambios que se han producido y cómo estos afectan su vida sexual. Esta afirmación se en-

cuenta avalada por el estudio de De Pierrepont et al. (2016) que reflejó el 45,3% lactantes reportan que la lactancia afecta a sus relaciones en general, y un 43% de las mujeres consideran que tiene un impacto sobre la reanudación sexual. En el caso de las mujeres del presente estudio centran los cambios relacionados a la lactancia con una disminución de la lubricación vaginal, sintiendo más incomodidad en las penetraciones, aumentando la sensibilidad mamaria y provocando una disminución del deseo sexual. En esta misma línea y coincidiendo con la repercusión de la lactancia en la sexualidad O'Malley et al. (2018) evidenciaron que estos cambios en la sexualidad se mantenían, al menos, hasta los 6 meses. Tanto las conclusiones de Gutzeit et al. (2020) como las de Martínez-Martínez (2017) describen estos cambios asociados a la lactancia y los relacionan con el descenso de los niveles de estrógenos, progesterona y andrógenos y altos niveles de prolactina.

Otra de las razones por las que las mujeres describen que la lactancia afecta a la sexualidad se basa en el poco tiempo disponible que tienen para estar con su pareja, debido a la alta demanda que el bebé requiere, coincide con este planteamiento el estudio de Serrano et al. (2020).

Así mismo, algunas de las mujeres relatan que mientras tienen relaciones sexuales, les incomoda que se produzca la liberación de leche de los senos. Muchas de ellas compartieron como este hecho les hacía sentir sucias y poco sexys, repercutiendo en su propia imagen del cuerpo. Varios autores ya han descrito este efecto causado por la liberación de oxitocina durante las relaciones sexuales que afecta a la satisfacción sexual de la mujer (Alp Yılmaz et al., 2019; Leeman & Rogers, 2012). Especialmente, Bender et al. (2018) afirma que la lactancia se convierte en un obstáculo para el deseo y el disfrute sexual.

No sólo se ve afectada por estas razones, sino que tanto las mujeres como las parejas que participaron en el estudio comentaron que tendían a evitar la estimulación de los pechos durante las relaciones sexuales. Es posible que dicha evitación estuviera relacionada con la posibilidad de provocar el reflejo de eyección, aunque lo que describen por lo general, es el cambio de roles. En este momento, el pecho ha dejado de ser una zona sexual, para convertirse, prioritariamente, para dar alimento al bebé. Este enfoque del rol del pecho se puede apreciar en diferentes estudios que enfatizan lo difícil y confuso que es para las mujeres y sus parejas la transición de rol sexual a nutritivo en el diario mientras amamanta y la vuelta de rol nutritivo a sexual durante las relaciones (DeMaria et al., 2019; Olsson et al., 2010; Trice-Black & Foster, 2011). De Pierrepont et al. (2016) relaciona esta incomodidad por el cambio de roles del pecho con el tabú que envuelve a las experiencias eróticas durante el embarazo.

Dolor

Con relación al dolor, las mujeres describen sentir molestias o dolor durante el posparto. Este dolor se hace evidente, en algunas ocasiones, con la reanudación de los encuentros sexuales, aunque una parte de las mujeres afirman que el dolor está presente en las acciones cotidianas como es andar, ir al baño o estar sentada, lo que empeora su calidad de vida. La presencia del dolor en estas mujeres hace más compleja la vivencia de la maternidad y la experiencia del posparto.

En general, las mujeres describen haber sentido dolor o molestia en su primera relación sexual, principalmente coital, de igual forma se expone en el estudio de DeMaria et al. (2019). Y este dolor se mantiene en los encuentros posteriores, persistiendo en muchos casos hasta el año. En el estudio realizado por McDonald et al. (2016), informaron que la mayoría de las muje-

res experimentan dolor en su primera relación sexual vaginal tras el parto y la dispareunia se mantiene tras un año del parto. En el presente estudio, 85% de las mujeres reportaron dolor en el posparto, de las cuales, 8 mujeres describieron haberlo superado a la hora de la intervención en el estudio y, sólo el 11% de la muestra no tuvo dolor al reiniciar las relaciones o al practicarlas.

Describen el dolor como hiriente, de gran intensidad, sensación de escozor, punzante, sensación de estrechez o quemazón y las mujeres que consideran que no se trata de un dolor fuerte lo describen como molestia o zona más sensible. Estos datos coincide con los expuestos por McDonald et al. (2016) que consultó a 1122 mujeres, que habían retomado las relaciones sexuales, cómo describirían en una palabra el dolor experimentado de las 15 palabras destacadas e incluidas en una encuesta. Las 6 palabras más seleccionadas se encontraba "tierno", "agudo", "ardiente", "penetrante", "dolorido" y "punzante", además, la mayoría lo clasificaban como "leve" o "incómodo" (McDonald et al., 2016).

Las mujeres sitúan el dolor en la zona externa focalizada en la zona de la cicatriz, otras mujeres describen como el dolor aparece con penetraciones profundas, asociado a ritmos y determinadas posturas o simplemente está presente durante toda la relación sexual e incluso dejando un dolor residual en la zona tras. Otras mujeres describen sentir la zona más sensible al tacto o roce, también en relaciones no coitales. Es por esta razón que, las parejas tienden a ser precavidas en los encuentros, intentando evitar provocar dolor. Por el contrario, nos describen que en la mayoría de los casos es inevitable, lo que les obliga a estar constantemente adaptando el momento. Muchas de las mujeres que tienen dolor durante las relaciones sexuales describen cómo están pendientes constantemente de todos los factores que pueden desencadenar dolor,

lo que hace que no estén focalizadas en sentir. En general, se encuentran en un estado de hipervigilancia, que les aleja de la excitación y la satisfacción sexual e incluso, la anticipación del dolor actúa directamente para perturbar la respuesta sexual tanto fisiológica como psicológica (Thomtén & Linton, 2013). Además, es destacable que la hipervigilancia para la sensación de dolor se asocia con un aumento de los índices de dolor, evitación y catástrofe (Thomtén & Linton, 2013).

Dentro de los relatos, algunas de las mujeres comparten que, si existe dolor durante las relaciones, esto les impide seguir con ellas y las interrumpen. Confirmando que, si están pendientes del dolor, no pueden estar disfrutando del encuentro.

Por otro lado, algunas mujeres que sienten deseo, prefieren no tener relaciones por el miedo a sentir dolor. Este enfoque es muy común ante las expectativas de dolor por el modelo de evitación, en las que las mujeres anteponen las expectativas de dolor a la experiencia por vivir. Según las conclusiones que obtuvieron De Judicibus y McCabe (2002), experimentar dolor o malestar con las relaciones sexuales provoca, probablemente, en las mujeres un deseo de evitación y una reducción en la satisfacción sexual. Es destacable los resultados del estudio de Thomtén y Linton (2013) que exponen que la evitación se convierte en un círculo vicioso que impulsa el proceso de cronificación, lo que da lugar a la incapacidad, el desuso y la depresión.

En lo que están de acuerdo la totalidad de las mujeres es que en presencia de dolor o molestia las prácticas sexuales se han vuelto no placenteras. Es posible que esto se deba a que el dolor reduce la excitación subjetiva (Thomtén & Linton, 2013). Por otro lado, es interesante observar que la presencia de dolor no frena a mantener relaciones sexuales a muchas de las mujeres del estudio. Ellas comparten un gran temor de que posponer las relaciones por presencia de

dolor tenga una posible repercusión en su relación de pareja o en la satisfacción de la propia pareja y deciden, aun sintiendo dolor o molestia, tener encuentros sexuales que, por lo general, se centran en la penetración (Thomtén & Linton, 2013). Se trata de un hallazgo interesante, debido a que según el estudio de Dewitte et al. (2017) las mujeres con dolor genital tienen el desafío de mantener una buena autoestima sexual. Las mujeres con dolor y que, a su vez, se sienten menos seguras, atractivas y apasionadas tienden a mantener las relaciones sexuales, probablemente como medio de alcanzar su meta futura como mujer deseada (Dewitte et al., 2017; Thomtén & Linton, 2013). En comparación las mujeres que muestran una visión más positiva de ellas mismas, tienen más probabilidad de dejar de tener relaciones sexuales como respuesta al dolor (Dewitte et al., 2017).

Las mujeres relacionan el dolor al trauma que ha experimentado el periné durante el paso del bebé en el momento del parto. En el presente estudio, 1 de las mujeres tuvo un parto por cesárea y 26 de las 36 mujeres sufrieron algún tipo de lesión en el periné durante el parto. Varios estudios revelan cómo afecta el tipo de parto y la presencia de lesiones en la satisfacción y funcionalidad sexual de las mujeres puérperas. Según McBride et al. (2017) en su estudio, argumenta con el trauma perineal afecta al 85% de las mujeres después del parto vaginal y este riesgo aumenta si se ha utilizado fórceps o ventosas y si se ha recurrido a la episiotomía o presenta lesiones del periné. En esta misma línea los hallazgos de McDonald et al. (2015) muestran que el grado en que las mujeres informan de dispareunia a los 6 y 18 meses después del parto está influenciado por los acontecimientos durante el trabajo de parto y el nacimiento. Por otro lado, Olsson et al. (2005) destaca cómo las mujeres con periné intacto o con un desgarro de 1º grado experimentan menor dolor y mejor satisfacción sexual que los que han sufrido desgarros mayo-

res o episiotomía. Por lo que se considera que las lesiones del periné están íntimamente relacionadas con la dispareunia. Coincide con estas conclusiones Martínez-Martínez (2017) destacando que el dolor aparece mayoritariamente en las lesiones del periné que han requerido sutura.

En cuanto al tipo de parto, las mujeres pertenecientes al estudio no encuentran relación con el dolor. Los estudios refieren que los partos con instrumentación son partos que acarrearán más complicación posparto y con ella, el dolor como primer síntoma o por lo menos el principal y más frecuente (O'Malley et al., 2018). En esta línea, Lipschuetz et al. (2015) destacan como los partos que han requerido de ventosas aumenta el riesgo de dispareunia. En el caso del presente estudio, muchas de las mujeres no muestran una relación sobre el posible daño del tejido perineal asociado al tipo de parto y la presencia de dolor, ya que, algunas describen partos rápidos sin apenas complicaciones y, por el contrario, presentan dolor. Sucede igual con la mujer del estudio que, tuvo a su bebé por cesárea, siendo para ella incomprensible sentir dolor si no ha presentado ningún estrés en la zona. Aunque existe bibliografía que indica que la cesárea de elección está asociado con la reducción de riesgos de experimentar dispareunia (O'Malley et al., 2018), existen otros estudios que indican que la cesárea puede convertirse en protector del periné a corto plazo, pero con el tiempo aumenta la incidencia de dolor durante las relaciones sexuales en estas mujeres (Lipschuetz et al., 2015). Lo cierto es que hay controversia en cómo afecta la cesárea a la aparición de dispareunia en el posparto, McDonald et al. (2015) postularon que los partos por cesárea o que han requerido instrumentación como es el caso de la ventosa, presentan una mayor prevalencia que las mujeres que dieron a luz por parto vaginal espontáneo. Es posible que las mujeres que han tenido un parto por cesárea tienen una recuperación más lenta, más aun si experimentan dolor (McDonald et al., 2015).

Por otro lado, la sequedad vaginal experimentado es otra de las relaciones que hacen las mujeres y sus parejas para explicar el dolor durante sus encuentros. Coinciden O'Malley et al., (2018) en destacar cómo la falta de lubricación se encuentra relacionada con el dolor en las relaciones sexuales a los 6 meses y puede llegar a perdurar hasta los 12 meses. En sus resultados, además, relacionan la presencia de dolor durante las relaciones el presentar bajo interés sexual y fuertemente ligado a haber sufrido dispareunia antes del embarazo (O'Malley et al., 2018). La falta de lubricación está relacionada con la influencia hormonal desencadenada por la lactancia (McDonald et al., 2015), pero no podemos obviar el factor de la falta de deseo en las mujeres y las complicaciones que perciben para excitarse, debido a las distracciones mentales (preocupaciones o miedos) y la falta de concentración que experimentan por la cercanía del bebé (Berghmans, 2018).

La experiencia del parto no parece ser un principal factor de impacto en la sexualidad de las mujeres. Comparten que no sienten especialmente relación entre el componente emocional del trauma del parto y la presencia de dolor. Este hallazgo entra en conflicto con las investigaciones llevadas a cabo por Serrano et al. (2020) en las que exponen cómo las experiencias traumáticas ocurridas durante el parto afectan a la mujer y su función sexual.

En cuanto a la opinión de los profesionales de la salud, ellos sí hablan del trauma psicológico del parto, relacionándolo con el dolor o miedo al dolor, aunque las madres de la muestra no estén del todo de acuerdo. Ellos refieren que las mujeres que han tenido un parto traumático muestran el dolor como principal secuela y suelen tardar más en recuperarse. Aunque creen, mayoritariamente, que la consecuencia es más una alteración física que psicológica, siendo esta menor pero también presente. Destacan también que, en las relaciones no sólo influye el dolor

por una lesión, sino que los profesionales dan importancia al contexto, siendo este importante para disfrutar de un encuentro sexual. Exponen que las mujeres a veces se respaldan en el dolor para evitar las relaciones ya que o están cansadas y agotadas (Alligood-Percoco et al., 2016) o cómo hemos visto en muchas de ellas, sienten su intimidad colmada gracias al vínculo con el bebé. Mientras, a otras mujeres, les preocupa cómo puede afectar las relaciones de pareja la evitación de las relaciones por la presencia del dolor (Dewitte et al., 2017).

Sin duda, tanto los resultados, cómo la evidencia consultada, la dispareunia es necesaria ser vista desde una perspectiva biopsicosocial, acentuando los aspectos psicosociales de la experiencia del dolor, tanto como el dolor presente, lo que puede estar afectando la experiencia sexual en el posparto (Thomtén & Linton, 2013).

Lubricación

La lubricación y el deseo son dos factores que las mujeres y las parejas del estudio refieren como los más afectados durante el posparto. Ya se ha descrito cómo la lactancia y la influencia hormonal durante este periodo puede repercutir en la lubricación durante los encuentros sexuales y cómo autores avalan esta relación (McBride et al., 2017; McDonald et al., 2017).

En la muestra del presente estudio, los profesionales de la salud reafirman lo descrito por las parejas e indican que es uno de los factores de mayor impacto que afectan las relaciones sexuales de estas parejas en el posparto.

Como exponen Leeman y Rogers (2012) en su estudio, la falta de lubricación no es general en todas las mujeres, ellos hallaron que en un 55% de su muestra, las mujeres informaron de una disminución de la lubricación y un 39% describieron un aumento de la lubricación vaginal.

Estos hechos se han encontrado en la muestra del presente estudio, ya que, sólo 15 de las mujeres participantes, compartieron sentir un descenso de la lubricación, mientras 13 mujeres informaron no verse afectada su lubricación o incluso verse aumentada.

La lubricación a la vez se encuentra ligada a otros factores como el nivel de excitación subjetiva que presenta la mujer durante las prácticas sexuales (Dawson et al., 2015; Sawatsky et al., 2018). En esta línea, Thomtén y Linton (2013) exponen que mantener relaciones sexuales en ausencia de la excitación adecuada y la respuesta de lubricación necesaria aumentaría la fricción ante la penetración y el riesgo de experiencia de dolor. Los intentos de mantener relaciones sexuales en ausencia de una excitación sexual adecuada darán lugar a un aumento de la fricción de la vulva y a un alto riesgo de que aumente la experiencia del dolor y se mantenga el temor al mismo.

Debido a que cómo se muestra en el [capítulo Resultados](#), estas mujeres describen un descenso de la excitación causado por la falta de concentración por la presencia de pensamientos que interceden en su atención en el momento sexual, la presencia de dolor o molestias o incluso los miedos y preocupaciones. Como bien expone en su modelo circular sobre sexualidad femenina, Basson (2015) reveló que incluso con el estímulo físico sexual adecuado, hay que tener otros factores como la atención focalizada, la situación de intimidad o el contexto seguro para que la excitación pueda darse y con ella la lubricación.

Placer

Las mujeres principalmente describen un cambio en la sensibilidad de la zona genital. Comentan que la presencia de dolor o mayor sensibilidad reporta en una relación poco placentera. Muchas de ellas describen no sentir placer, lo que impide el disfrute de las relaciones e

incluso lo relacionan con la incapacidad de alcanzar los orgasmos. En cuanto a la bibliografía encontrada, Hipp et al. (2012) concluyó que las mujeres que realizaban prácticas centradas en el coito sentían menor placer que las mujeres que realizaban otras prácticas como la masturbación o el sexo oral. Es posible que el posparto sea una etapa que exige otras prácticas menos coito-centristas para mejorar la calidad de las relaciones y la satisfacción sexual de las mujeres.

Por otro lado, existen autores que relacionan el nivel de placer con otros factores no tan físicos. Bender et al., (2018) describe el placer sexual desde una perspectiva multifocal aportando mayor peso al respeto, la confianza, el bienestar psicológico, y una buena intimidad con su pareja. En esta línea conceptual, McDonald et al. (2017) mostraron como factores principalmente asociados a la satisfacción emocional y el placer sexual a los 6 meses, el apoyo de sus parejas y la repartición de tareas. Remarcan que estos hallazgos posiblemente se relacionan con la disposición de tiempo libre para la mujer, que le permitía cuidarse y descansar.

5.1.2. Cambios Emocionales

Incertidumbre

Las mujeres comparten cómo, para ellas, la maternidad es compleja. La transición a la maternidad está acompañada de cambio y, las mujeres deben ir adaptándose continuamente a lo que acontece. Describen sentir muchos momentos de incertidumbre sobre cómo actuar y transmiten que experimentan múltiples inseguridades sobre su forma de ser o hacer. Carvalho et al. (2017) describen el posparto como una etapa de gran vulnerabilidad emocional. Del mismo modo, Ollivier et al. (2019) lo exponen como un tiempo de transición y cambios y, por lo tanto, lleno de incertidumbres.

Las principales inseguridades que presentan las mujeres en este periodo están vinculadas al cuidado del bebé. Tener la responsabilidad del bienestar del bebé resulta ser un complejo en la gran mayoría de las veces y, se debe a su vez a todos los acontecimientos que envuelven el posparto. Las mujeres comparten que se trata de una época llena de toma de decisiones, con el propósito de alcanzar soluciones ante problemas cotidianos que afectan el bienestar de la familia.

Especialmente, muestran inquietud con relación al rol como madres, como cuidadoras. De acuerdo con esta afirmación, los resultados de Göbel et al. (2020) indican que la inseguridad general de la madre se centra en su desempeño en el papel materno.

Las preocupaciones se basan en el cuidado del bebé, principalmente. La seguridad y el confort del bebé las mantiene en alerta e incluso en agitación continua, temiendo que no estén bien o que puedan sufrir. En cuanto al bienestar, les preocupa la temperatura de la sala, el cuidado del ombligo, la higiene y el descanso. Aunque sin duda, la lactancia y la alimentación se convierten en las principales preocupaciones que afloran en ellas sentimientos de inseguridad. Esto se debe a las complicaciones que conlleva el inicio de la alimentación del bebé en relación con el agarre, la presencia de grietas en el caso de lactancia materna y la preocupación de si es suficiente, si le está alimentando, si la mejor opción para el bebé y la familia. Tanto si eligen lactancia exclusiva, como si se decantan por lactancia mixta o artificial, las mujeres describen sentir esta presión tanto personal como del entorno que le aflora sentimientos de inseguridad. Estos hallazgos son similares a los que se obtuvieron en el estudio de Carvalho et al. (2017) en el que se realizó un grupo focal a 11 mujeres y se les preguntó cómo estaba siendo su experiencia con la maternidad. Los resultados de dicho estudio respaldan los obtenidos en el presente estudio,

afirmando que las tareas de la maternidad requieren entender y solventar problemas asociados al bienestar del bebé, lo cual les causa inseguridad. Además, recalcan, al igual que las mujeres del presente estudio, que las tareas son más complejas en madres primerizas, creando mayores inseguridades en estas.

En muchas ocasiones, el entorno es la fuente de dichas inseguridades, las mujeres se sienten juzgadas haciendo cuestionarse si realmente están siendo buenas madres y sus decisiones son las más acertadas para el bienestar del bebé y la familia (Kronborg et al., 2015).

En los relatos de las mujeres del estudio, también se evidencian inseguridades vinculadas a la sexualidad, que se ha visto modificada al adaptarse a la nueva realidad dentro del parto. De acuerdo con estos resultados, Dewitte et al. (2017) exponen que las mujeres con dolor presentaron una autoestima sexual menor, sintiéndose menos seguras, menos atractivas y apasionadas, sintiéndose menos competentes y valiosas para sus parejas en relación a las relaciones sexuales.

Estas inseguridades generan en las mujeres una sensación de fracaso como madres, ya que interpretan que lo están haciendo mal y, en ocasiones, describen no poder con todo a lo que se enfrentan en este periodo. En esta línea se muestran los resultados de Trice-Black y Foster (2011) que indicaron que las emociones conflictivas relacionadas con la inseguridad que, sienten las mujeres en el posparto, desencadenan en aislamiento, autosacrificio y pérdida de la identidad.

En cuanto a las percepciones de las parejas, describen a las mujeres fuertes en sus decisiones, indicando que las inseguridades que presentan son normales debido al desconocimiento

y la falta de experiencia con relación al cuidado del bebé. En cuanto a lo narrado por los profesionales de la salud, destacan que las inseguridades se centran en el cuidado de los bebés. Y añaden que en muchas ocasiones observan como las mujeres necesitan argumentos y razones para justificar sus tomas de decisiones, evidenciando que sienten inseguridad ante sus acciones.

Las madres comparten en sus relatos como la incertidumbre del posparto también se refleja en la presencia de miedos. Algunas inseguridades, se convierten en verdaderos temores. En algunas ocasiones, comparten inquietudes en cuanto al bienestar del bebé promovido por experiencias previas de personas de su entorno. Estos miedos forman parte de los factores que estresan a la madre durante este periodo.

Pero no sólo se enfocan en el cuidado y bienestar del bebé. Otro de los focos más destacados está orientado a la sexualidad. Las mujeres comparten con los investigadores como temen un nuevo embarazo o la presencia de dolor o daño ante las relaciones sexuales. De este modo, las mujeres recalcan que estos miedos les hacen querer retrasar los encuentros tras el parto. Estos datos fueron expuestos también en los resultados del estudio de Priddis Holly et al. (2014) destacando el gran impacto en las relaciones íntimas debido a que las mujeres no se encuentran mentalmente preparadas para retomar las relaciones, en gran parte por miedo. En esta línea de Pierrepont et al. (2016) expusieron que durante el periodo posparto están presentes ciertos miedos e inquietudes que ralentizan o paran la sexualidad.

El miedo que más expresan las mujeres está vinculado a las secuelas que han experimentado tras el parto en el periné. Temen retomar o practicar las relaciones sexuales por miedo a sentir dolor. Diferentes estudios que se detallan a continuación muestran como el miedo al dolor hace a las mujeres temer y posponer los encuentros sexuales. Los resultados aportados

por Priddis et al. (2014) exponen que además de tender a retrasar los encuentros, las mujeres tomaban analgésicos para combatir el dolor antes y después del encuentro. Dewitte et al. (2017) destacaron que las mujeres que mostraban más miedo al dolor eran las que tenían mayores expectativas en cuanto a la satisfacción de la sexualidad.

Por otro lado, las mujeres que habían tenido previamente experiencias de dolor durante las relaciones sexuales presentaban una mayor evitación a las relaciones, causado por el miedo a experimentarlo de nuevo. En este sentido, Thomtén y Linton (2013) argumentaron que las experiencias sexuales dolorosas que se han dado más de una vez estaban mayormente vinculadas a reacciones de miedo y evitación del dolor. Y evidenciaron cómo esta reacción de miedo afectaba negativamente al deseo, la excitación y la lubricación. Además, en su estudio destacan que las mujeres con dispareunia presentan un nivel alto de catastrofismo del dolor, lo que impacta negativamente la experiencia de futuros encuentros sexuales. Cabe destacar los hallazgos de Brauer et al. (2007) que exponen que el miedo relacionado con el dolor reduce la respuesta sexual genital y subjetiva en mujeres con y sin problemas sexuales. Este estudio argumenta que la disminución de la respuesta genital se debe a la distracción cognitiva de las señales eróticas, ya que las mujeres centran su atención en la amenaza del dolor. Como consecuencia, el deseo no se desencadena, al igual que la excitación o la lubricación causando de nuevo una experiencia dolorosa. De este modo, aparecería de nuevo los sentimientos de miedo al dolor de los próximos encuentros, perpetuando la evitación y el miedo (Brauer et al., 2007).

Fluctuaciones Emocionales

Las mujeres del presente estudio compartieron que experimentan grandes altibajos emocionales durante este periodo. Entienden que es una etapa en la que la estabilidad emocio-

nal es difícil de conseguir, debido a la transición hacia la maternidad han debido de adaptarse a estar agotadas, perder la intimidad, no tener tiempo y cuidar de un bebé dentro de unas exigencias sociales, además de los cambios hormonales y físicos que experimentan. Describen momentos de irritabilidad, que se entremezclan con tristeza, ahogo y aislamiento. Aunque todas, describen estar viviendo un momento único y feliz de tener a su bebé. Estos resultados coinciden con los que presentaron Trice-Black y Foster (2011) y Marquez y Rico (2016), que destacaron la presencia de sentimientos contradictorios que se entrelazan o incluso se experimentan a la vez. Indicando como emociones negativas la tristeza, la preocupación, la ansiedad, el aislamiento, el sacrificio y la pérdida de la identidad en contraposición a la felicidad y satisfacción de ser madre. La mayoría de las mujeres, al hablar de la maternidad, exponen que se trata de una experiencia muy positiva (De Judicibus & McCabe, 2002).

En relación a las emociones negativas, la tristeza puerperal se encuentra presente en los relatos de las mujeres. Esta tristeza puerperal la pone de manifiesto Rezaie-Keikhaie et al. (2020) cuyos hallazgos sugieren una prevalencia relativamente alta entre las mujeres durante el período posparto. Otros estudios están de acuerdo y enmarcan la incidencia, exponiendo que el 85% de las mujeres reportan “*baby blues*” o tristeza puerperal en el posparto, siendo mayor que la incidencia de depresión que se delimita al 20% (McBride et al., 2017). En el estudio realizado por Maliszewska et al. (2016) estudiaron los posibles factores que predisponen a sentir esta tristeza puerperal en las mujeres durante el posparto. Entre estos factores se encontraban presentar una personalidad más neurótica, debido a su escasa habilidad de adaptación, a ser más inestables emocionalmente y, además, mostraban una tendencia mayor a tener pensamientos y emociones negativas. La calidad del sueño sería otro de los factores que Maliszewska et al. (2016)

referencia como predisponente y añade la relación de pareja, su intimidad y la satisfacción con esta, recalcando la importancia de tener los apoyos que necesita. Coincidiendo con este mismo planteamiento Asselmann et al. (2020) sugieren que las mujeres especialmente menos estables emocionalmente, menos concienzudas y menos extrovertidas, así como las mujeres con menor apoyo social percibido, tienen un mayor riesgo de síntomas psicopatológicos elevados durante el período periparto.

Es importante tener en cuenta que la tristeza puerperal es un trastorno leve y autolimitado en el periodo posparto, pero que tiene un fuerte vínculo con la posibilidad de sufrir depresión o trastornos de la ansiedad durante el posparto más tardío (Maliszewska et al., 2016).

En relación a la sexualidad, los síntomas de tristeza, depresión y ansiedad están relacionados con una menor frecuencia e interés a las relaciones sexuales a las 8-12 semanas posparto y menos deseo a los 6 meses (De Judicibus & McCabe, 2002; Leeman & Rogers, 2012; Serrano et al., 2020). Las mujeres del presente estudio no relacionaron la tristeza puerperal con la alteración en la sexualidad, es posible que se deba a que, para ellas, existen factores más marcados que afectan directamente a la sexualidad, como es la falta de sueño, que indirectamente afecta a su estado emocional.

Presión

Parte de la presión percibida por las madres que han compartido en el estudio está relacionado con todo lo que la rodea el posparto. Esta presión hace que aumenta el estrés percibido durante este periodo y sufran mayor angustia.

El primero de los factores y el más predominante en sus relatos están vinculados al cuidado del bebé, la lactancia y la alta dependencia de este, que implica una dedicación casi en exclusividad al bebé (Carvalho et al., 2017). En los relatos de los profesionales denominaron esta plena dedicación como “infantocentrismo”, debido a la focalización en los cuidados del recién nacido.

Las mujeres describen que estos cuidados las exponen a un agotamiento extremo. Este aparece tanto por la falta de sueño, como por el llanto del bebé y la lactancia. Ante el comportamiento del bebé, existen las dudas de si sus acciones y decisiones son las correctas para el bienestar del bebé. Según Asselmann et al. (2020) tanto el cuidado del recién nacido como el aumento de posibles conflictos aumentan el estrés percibido después del parto. Por lo que el comportamiento infantil se convierte en un factor estresante para la madre, debido a que si el bebé llora en exceso, tiene problemas con la alimentación o presenta problemas para dormir, aumenta los niveles de angustia y estrés en la pareja (Henderson et al., 2019). Para las madres, la presencia de llanto en el bebé conlleva agitación emocional, debido a que se sienten responsables de no ser capaces de identificar la causa o evitar la situación que le está causando la irritabilidad o el llanto (Carvalho et al., 2017). Describen ser las principales responsables de aportar bienestar a su bebé, lo cual implica una fuerte presión, posiblemente derivadas de las construcciones sociales sobre la maternidad (Botía-Morillas, 2019).

En relación a la lactancia, las mujeres destacan lo complicado que es conseguir una lactancia exitosa. Los principales problemas se centran en el tipo de lactancia que hayan decidido para la alimentación de su bebé, siendo la lactancia exclusiva la más dependiente y la que cuesta más llevar hacia delante. Algunos de los problemas se basan en un buen agarre, en la subida de

la leche, el aumento de peso del bebé o los problemas digestivos que hacen cuestionar a la madre que no son capaces de alimentar a su bebé. En cuanto a lactancias mixtas o artificiales, estas preocupaciones no se dan, pero sí la inquietud de haber elegido bien o no y la sensación de culpabilidad. Todas ellas recalcan como influyen en su estado los comentarios del entorno sobre su capacidad de alimentar al bebé, sea cual sea la lactancia elegida (Kronborg et al., 2015). Perciben ser juzgadas tanto de la capacidad de dar el pecho, la cantidad de su leche en el caso de lactancia exclusiva; como si incorporar biberón puede afectar la alimentación y perjudicar la lactancia materna en el caso de las familias que eligieron lactancia mixta; como las que eligieron lactancia artificial por no haber elegido darle al bebé lactancia materna. En general esta percepción de ser juzgadas, aunque dependen de los comentarios del entorno, afectan creando presión en cuanto a los cuidados del bebé, debido a que hacen sentir a la madre que su decisión no favorece el bienestar de su hijo. Publicaciones como la de Botía-Morillas (2019) exponen que las mujeres que optaron por la lactancia exclusiva y tuvieron problemas, generaron sentimientos de culpa y llegando a realizar grandes esfuerzos para alcanzarla. Las que finalmente no pudieron amamantar a sus bebés tuvieron un impacto emocional importante, buscando cómo compensar esta incapacidad con mayores cuidados y sacrificios. Botía-Morillas (2019) teoriza que estos sentimientos negativos y los sacrificios posteriores se deben al discurso legítimo sobre la lactancia materna, socialmente construido. Del mismo modo, otros autores documentan como las expectativas generadas se basan en ideales difíciles de alcanzar y exponen como afectan a la madre, ejerciendo presión (Cappellini et al., 2019; Newman & Henderson, 2014). A veces, las expectativas y creencias vienen desde el entorno que aportan consejos y comentarios que, lejos de ayudar, infligen mayor presión a la madre, haciendo que estas se sientan juzgadas y, en ocasiones, desvalorizadas (Kronborg et al., 2015).

Otras esferas de la vida de las mujeres puérperas pueden ser las causantes de percepción de presión, como es el caso de la relación con sus parejas que puede ocasionar preocupaciones o, en cierto modo, algunos aspectos aumentar su carga o estrés. Las mujeres narran cierta incompreensión por parte de la pareja ante la nueva situación que viven.

El cansancio extremo, la falta de tiempo, la nueva organización, la alta demanda del bebé para los cuidados suponen para la mujer una alta exigencia y, según las mujeres, se encuentran, en muchas ocasiones, poco apoyadas o respaldadas, lo que les causa cierta desesperanza. Estos resultados parecen estar alineados con lo expuesto por Ollivier et al. (2019) que expresan como las mujeres perciben ser ignoradas por sus parejas en relación a las necesidades físicas, emocionales y psicológicas. Las mujeres destacan que el reparto de las tareas es donde más ven reflejadas esta falta de comprensión y apoyo. Describen ser ellas las que llevan la mayor carga de la casa y los cuidados, aun habiéndose repartido las responsabilidades. Es posible que en los cuidados y la lactancia la madre tenga una mayor implicación, especialmente si la lactancia es mixta o exclusiva, creando una repartición desigual de estas responsabilidades (Cost et al., 2016). Las expectativas generadas en relación a cómo iba a ser el posparto y los apoyos que iban a recibir pueden ser también las responsables de los sentimientos de las madres hacia sus parejas en este aspecto (Cost et al., 2016; De Pierrepont et al., 2016). Además, Cost et al. (2016) añadieron que las mujeres estaban más satisfechas cuanto mayor era el compromiso de la pareja en realizar las tareas, el cuidado del bebé y el apoyo a la lactancia.

Los problemas en la dinámica de la pareja que pueda estar promovido por falta de apoyo o comunicación, afectan negativamente a la pareja. Las mujeres comentan que la pareja discute más durante este periodo y afecta a su estado emocional, repercutiendo negativamente en su

relación de pareja, describen que se encuentran más alejados. El poco apoyo de la pareja, la poca intimidad que tienen en este periodo y la falta de comunicación puede desencadenar la pérdida de vínculo emocional de la pareja (Khajehei & Doherty, 2018; Martínez-Galiano et al., 2019). Además, De Judicibus y McCabe (2002) añaden que alrededor del tercer mes posparto, las mujeres reportan menor amor hacia sus parejas y una disminución de la expresión afectiva. Otro estudio destaca cómo la vuelta a las relaciones sexuales puede estar motivada por el deseo de conectar de nuevo emocionalmente y la búsqueda de volver a la normalidad con la pareja (Montemurro & Siefken, 2012; O'Malley et al., 2019; Olsson et al., 2005). En este sentido Martínez-Martínez (2017) expuso que las mujeres durante este periodo necesitan especialmente de sus parejas y esto les hace replantearse la vuelta a la sexualidad, a pesar que pueda afectar su propio bienestar.

Referente a las prácticas sexuales, las mujeres describen principalmente una falta de deseo, y asociado al cansancio extremo que experimentan, la sexualidad no forma parte de sus prioridades. Pocas mujeres del estudio retoman o mantienen relaciones sexuales por iniciativa propia, indican en sus relatos que sienten cierta obligación a retomarlas, ya sea con el objetivo de mejorar y normalizar la relación de pareja o por la insistencia de su pareja para retomarlas. Se hace evidente en sus relatos la falta de prioridad por sus necesidades y deseos. Coinciden estas narraciones con lo expuesto por diferentes estudios que indican que, para las mujeres, tener relaciones sexuales forma parte de los sacrificios que debe realizar para satisfacer y cubrir las necesidades de la pareja (Khajehei & Doherty, 2018; Priddis Holly et al., 2014; Woolhouse et al., 2014). Ollivier et al. (2019) destacan que las mujeres se sienten presionadas por sus parejas para retomar las relaciones sexuales y lo perciben como un deber. Del mismo modo, Tavares et al.

(2019) exponen que puede ser que las mujeres interpreten el deseo de sus parejas como una obligación e implique con ello un aumento de la culpabilidad por no practicar sexo en este periodo, algunas veces posponiéndolo durante varios meses y finalmente, se sientan presionadas para satisfacer el deseo de su pareja.

Ante esta posible malinterpretación que se traduce en presión a retomar o realizar las prácticas sexuales, Khajehei y Doherty (2018) plantean que es posible que falte comunicación en torno a las necesidades de cada uno, con respecto a la sexualidad. En el presente estudio, las parejas narraban comprender la situación en la que se encontraban y compartían sentir menos deseo desde que nació el bebé. Entienden que es una etapa complicada y recalcan que respetan los tiempos de su pareja para retomar las relaciones sexuales. Coincide Serrano et al. (2020) al exponer que las parejas son conscientes de cómo el posparto puede afectar la sexualidad y comprenden que se tratan de cambios temporales, a los que están dispuestos a esperar. Las parejas muestran preocupación sobre una buena recuperación del periné y recalcan la importancia de que la mujer se encuentre cómoda a la hora de retomar las relaciones sexuales (Olsson et al., 2005; Riggs et al., 2018). Todo ello refleja que es posible que la pareja no mantenga conversaciones sobre sexualidad durante este periodo. Según O'Malley et al. (2019) en su estudio, afirman que las mujeres describen no tener una buena comunicación con relación a la intimidad y las necesidades que puedan ser un apoyo para una buena satisfacción sexualidad y por lo tanto, de pareja.

Estas presiones y, por lo tanto, el aumento de estrés en la madre y la pareja se deben, en cierto modo, a que la maternidad no se expone tal y como es. Comparten que las experiencias reales de las mujeres durante el embarazo, parto, posparto y maternidad no se exponen quizás

porque es un tabú para la sociedad. Al no ser compartidas estas experiencias se consigue perpetuar mitos sobre la maternidad, coincide con este planteamiento Zambrano (2020).

En general, aunque se trata de una etapa de transición repleta de cambios a los que hay que adaptarse y, que, en ocasiones, estas adaptaciones cuestan, la imagen social de la maternidad está bañada de momentos únicos y sentimientos positivos, dibujando una cara de la maternidad idílica. Esta afirmación se corresponde con los resultados expuestos en el estudio de Trice-Black y Foster (2011) en el cual exponen que las construcciones socioculturales contemporáneas exponen una maternidad irreal que, impacta en las expectativas que se han generado las mujeres sobre la maternidad y el posparto.

En sus relatos, las mujeres resaltan lo difícil que ha sido adaptarse a la maternidad debido a que no se les ha mostrado esta desde todas las perspectivas, sólo la idílica. Consideran que, si la maternidad se expusiese tal y como es, ayudaría a las mujeres a comprenderse. Consideran principal visibilizar las experiencias y mostrar las emociones de las mujeres durante esta etapa. Si consiguiéramos desmitificar la maternidad, las madres conseguirían aumentar su confianza, encontrándose en entornos de confianza, para enfrentarse a la transición a la maternidad de una manera segura, como muestra el estudio de Muzik et al., 2015.

Existe una discrepancia entre la maternidad ideal y la real que llevan a las madres a sentir frustración y culpabilidad (Cappellini et al., 2019; Collins, 2020; A. Henderson et al., 2016; Lupton, 2011). A nivel social y cultural se ha construido el concepto de maternidad, determinando las normas, conductas y acciones que debe darse en una madre, tanto las apropiadas como las inapropiadas (Henderson et al., 2016). Y son estas construcciones los que generan sentimientos de frustración, culpabilidad y fracaso ante la imposibilidad de llegar a los estándares sociales

de la buena maternidad (Trice-Black & Foster, 2011). Los roles sociales que construyen la figura de la mujer representan grandes desafíos en este periodo. Las mujeres describen que las exigencias sociales no sólo para ser “buenas madres”, sino para ser “buenas esposas” y “mujeres trabajadoras”, lo que les hace sentirse sobrepasadas por la carga física, emocional y psicológica.

Sucede lo mismo en relación a la vuelta al trabajo que, supone para algunas mujeres un impedimento más para alcanzar a ser “buena madre”. Este aspecto se encuentra reflejado en el estudio de Aristegui et al. (2018), en el que se expone que una de cada cuatro españoles consideran que los hijos sufren más si trabaja la madre y 1 de cada 3 personas considera que la familia se ve perjudicada si la madre trabaja a tiempo completo. Es posible que estas creencias se deban a que, en España la carga familiar se centra en la mujer. Según los datos obtenidos por la INE en 2019, muestran que las mujeres españolas asumen mayoritariamente la carga del cuidado de menores siendo el tiempo que dedican de 38 horas, en comparación con los padres que destinan 23 horas a lo largo de la semana. Si observamos los datos de la Unión Europea (UE), aún son más distantes, siendo menor el tiempo de los hombres (21 horas semanales), pero el mismo en mujeres. Cabe destacar que el 95% de las mujeres españolas entre 25 y 49 años cuidan de sus hijos y/o hijas diariamente, en comparación con los hombres (68%). Estos datos reflejan cómo en la sociedad española, lo expuesto anteriormente, la mayor carga familiar y del hogar es asumida por la mujer (Instituto nacional de estadística, 2019).

Es posible que ante el contexto social al que se enfrentan estas mujeres, muchas de ellas describan la hora de volver al trabajo con pena. Es posible que la reincorporación a la vida profesional aumente, de nuevo, las exigencias de las madres del presente estudio. La vuelta al trabajo se convierte en fuente de más estrés, frustración, sentimiento de culpa y depresión, seguramen-

te por creer no cubrir las necesidades y deseos de sus hijos, como recogen los estudios (Walls et al., 2016). Coincide Botía-Morillas (2019) que defiende que para la madre cuyo trabajo y autonomía eran centrales en su vida, el hecho de tener un bebé e incorporarse al trabajo les supone una situación llena de contradicciones, ambivalencias y preocupaciones. Pero en la muestra del estudio, no todas las mujeres referían enfrentarse a este momento con tristeza, sino que algunas de ellas destacan la importancia de acudir al trabajo y dejar de pensar en los cuidados del bebé durante un periodo, sintiendo que es a la vez tiempo para ellas.

Se trata de una etapa, en general, exigente. Los participantes describen que la llegada del bebé ha forzado la reestructuración familiar, además de reconocerse a ellos mismos, deben de conocerse como padres, especialmente si se trata de su primer bebé. Esto implica, como se ha expuesto anteriormente, un gran esfuerzo tanto para la mujer como para su pareja. Pero a su vez, deben de reencontrarse como pareja dentro de la nueva situación. En esta línea, Olsson et al. (2005) expone que la transición a la maternidad y la paternidad requiere asumir nuevos roles y recalca que el paso del tiempo es necesario para encontrar la nueva normalidad.

Siempre que los participantes del estudio utilizaron el término “mala madre” fue para describir una acción que socialmente no estaba bien aceptada. El ideal de “madre perfecta” se basa en un modelo de maternidad dominante que espera que las madres centren su atención y su tiempo en el cuidado del bebe (Collins, 2020).

El hecho de obtener resultados como los que se exponen en el estudio, con relación a cómo esta etapa se evidencia la falta de prioridad, la autoexigencia y la baja autoestima en las mujeres, nos muestra cómo la madre está en una constante búsqueda de llegar a ser una “buena madre”. La literatura es extensa en cuanto a cómo la implicación de la madre requiere cen-

trarse en el cuidado de los demás anteponiendo estos, a los propios (Aristegui et al., 2018; Henderson et al., 2016; Montemurro & Siefken, 2012; Riggs et al., 2018; Zambrano, 2020).

Las madres participantes del estudio describen una maternidad llena de sacrificios a los que no estaban acostumbradas, ya no son dueñas de su tiempo, ni de su espacio y esto, les afecta más de lo que esperaban. Su dedicación plena al bebé durante este periodo es evidente en sus relatos, y muestran a la vez, preocupación por llegar a ser la mejor madre para sus bebés. Según los relatos de los profesionales, como se ha expuesto anteriormente, las madres se ven envueltas en un “infantocentrismo”. Para que sea posible esta dedicación, es de esperar que ellas mismas dejen sus prioridades en un segundo plano. Este tipo de crianza se asemeja al modelo de “maternidad intensiva” expuesta por Hays (1996), en el que el papel de la madre se centra en el cuidado de los hijos. Es esencial que el niño sea el eje principal de su atención y cuidados, llegando a ser su prioridad absoluta. Este tipo de crianza requiere mucho esfuerzo y tiempo por parte de la madre, ya que son las principales cuidadoras y facilitadoras de bienestar del bebé, lo que implica por parte de la madre mucha dedicación.

Swigart (1991) expone la “buena madre” como aquella que experimenta la maternidad de manera innata, siendo esta una fuente de satisfacción que apenas supone sacrificios. Muchas de las mujeres del estudio no lo experimentan de este modo, ya que son conscientes de los esfuerzos que implica e incluso, expresan el estrés que les supone asumir ciertas responsabilidades. Muestran de este modo que, aunque sus discursos queden lejos de los ideales de la “maternidad intensiva” de Hays (1996), siguen patrones de un ideal de maternidad dominante (Henderson et al., 2016; Newman & Henderson, 2014), lo que les obliga a esforzarse para alcanzar prácticas que siguen normas contemporáneas sobre la “buena maternidad” y la “buena

crianza” como otros autores describen (Budds et al., 2017; Lupton, 2011). Posiblemente estas mujeres midan la capacidad de ser madres a través creencias basadas en las claves de la “maternidad intensiva” (Henderson et al., 2016; Khalid & Hirst-Winthrop, 2020).

Las exigencias que ellas mismas se autoimponen para conseguir ser “buenas madres” o el constante intento de llegar a enmarcarse en una maternidad moralmente aceptada, les implica demasiado. Las madres están sujetas a la presión de ser la “madre perfecta”, lo que supone una expectativa poco realista, ya que los requisitos de la “maternidad intensiva” son demasiado exigentes. La discrepancia que se encuentran entre la maternidad a la que aspiran, la ideal y la maternidad que vivencian, la real, afecta negativamente a la autoestima y sensación de autoeficacia de la mujer, lo que la hace más vulnerable a experimentar sentimientos de culpabilidad, frustración, ansiedad y en ocasiones vergüenza (Cappellini et al., 2019; Collins, 2020; A. Henderson et al., 2016; Lupton, 2011). La culpa en el presente estudio es el sentimiento que más comparten las mujeres al describir la maternidad, como en otros estudios se observa. Es posible que este sentimiento de culpabilidad está relacionada con la discrepancia encontrada entre la maternidad ideal y la real y se intensifique ante el temor de ser juzgadas (Budds et al., 2017; Cappellini et al., 2019; A. Henderson et al., 2016; Trice-Black & Foster, 2011).

Se observa en las mujeres del estudio cómo el cuidado de los demás, no sólo de su bebé, influye en aumentar la carga emocional y psicológica. Como expone Montemurro y Siefken (2012) el ideal de “madre perfecta”, de “buena madre” requiere centrarse en cuidar a los demás en lugar de a sí mismas. Concluye señalando que las mujeres que se centran en cuidar a los demás y no reservan su espacio para su propio cuidado, puede desencadenar sentimientos como la frustración, estrés y agotamiento, especialmente en madres primerizas. Básicamente es lo que

exponen las mujeres del estudio que destacan que se han posicionado en un segundo plano. La falta de prioridad y las autoexigencias de estas mujeres se aprecian también en las relaciones de pareja y en los entornos íntimos. Las mujeres creen ser responsables de los cambios producidos en la pareja y realizan esfuerzos para mejorar y normalizar cuanto antes su relación. Como previamente se ha descrito, para las mujeres, tener relaciones sexuales es necesario para mejorar la relación, satisfaciendo y cubriendo las necesidades de la pareja (Khajehei & Doherty, 2018; Priddis Holly et al., 2014; Woolhouse et al., 2014).

Otro factor que incrementa el estrés de las mujeres durante este periodo está vinculado a que su autoestima se ha visto afectada por los cambios que se han producido. La falta de eficacia ante las nuevas situaciones o simplemente verse incapaces a llegar a realizar acciones cotidianas influyen en su forma de verse a sí mismas, generando inseguridades. Cost et al. (2016) mostraron cómo la baja autoeficacia percibida afectaba a nivel psicológico, presentando mayores inseguridades en la crianza.

Pero es clara la relación entre cambios en el cuerpo tras el parto y a lo largo de la lactancia con un aumento del nivel de estrés e insatisfacción de las participantes. Algunas mujeres destacan no reconocerse ante la imagen del espejo o se sienten ajenas a su cuerpo. DeMaria et al. (2019) habla en su estudio de un cuerpo “extraño”. Es posible que se deba a las expectativas generadas en torno a la maternidad que lejos está de la realidad, así lo refleja el estudio realizado por Prinds et al. (2019). El hecho de que los cambios físicos impliquen en las mujeres sentimientos negativos que afecten a las relaciones sexuales, está evidenciado en varios estudios (Basson, 2001; Carvalho et al., 2017; Olsson et al., 2005; Prinds et al., 2019; Woolhouse et al., 2012). Las narraciones de las mujeres del estudio revelan que las inseguridades se centran tam-

bién en las relaciones sexuales. Temen no gustar a sus parejas como antes y describen la necesidad de sentirse deseadas por sus parejas (Meltzer & McNulty, 2010; Montemurro & Gillen, 2013; Montemurro & Siefken, 2012). Por lo que las mujeres relatan tener relaciones sexuales pensando en satisfacer a su pareja con el componente añadido de sentir que no son deseadas o temiéndolo no gustarles como antes, estos hallazgos se vieron reflejados en estudios previos (Montemurro & Siefken, 2012; Ollivier et al., 2019; Olsson et al., 2005).

La maternidad como se ha expuesto está marcada de expectativas, de decepciones ante las expectativas que se habían generado a causa de una visión de la maternidad demasiado idealizada. Pero una parte de las mujeres del estudio percibieron esta etapa como de crecimiento y transformación personal. Las madres tenían en común que al compartir sus vivencias describían haber aceptado cada cambio. Tanto las parejas como los profesionales destacaron percibir en algunas mujeres este cambio positivo. En esta línea, Trice-Black y Foster (2011) destacaron que la manera de gestionar y ajustar las emociones que surgen en esta etapa, consiguen enriquecer la experiencia de la maternidad. E igualmente, Prinds et al. (2019) describieron como algunas mujeres compartían que la maternidad las había madurado, también hemos encontrado mujeres en este estudio que se sentían más maduras desde el nacimiento del bebé. De la misma manera, las mujeres también nos relataron que la experiencia del parto les había brindado la oportunidad de conocer más profundamente su cuerpo y les había dado una comprensión más amplia sobre la sexualidad (Montemurro & Siefken, 2012).

En general, la maternidad parece ser concebida por enclaves sociales que interfieren en las vivencias de las madres. Estas mujeres se han sentido y así lo han compartido “malas madres” en alguna ocasión durante el posparto. Este concepto es contrario al de “buena madre” y

se centra en aquellas mujeres que no siguen los estándares sociales de la maternidad. Según un estudio realizado en España, las “malas madres” son vistas como madres desnaturalizadas (Aristegui et al., 2018). Aunque muchas mujeres no se encuentren alineadas al concepto de la maternidad idealizada, si se encuentran expuestas a las exigencias de la ideología dominante (Cappellini et al., 2019; A. Henderson et al., 2016).

Cambios Emocionales que Influyen en la Vida Familiar

La maternidad que comparten las mujeres del estudio parece estar repleta de connotaciones tanto positivas como negativas que marcan el momento emocional que viven en cada momento. Ellas transmiten cómo la transición a la maternidad les parece un evento de vida abrumador, pero a la vez irremplazable. Comparten que la maternidad es una experiencia bonita e inexplicable, en general, resumen la maternidad con un balance positivo (De Judicibus & McCabe, 2002). Describen sentirse plenas, ilusionadas y felices, aunque experimentan algunas circunstancias difíciles que les impiden disfrutar como ellas quisieran cada instante. En el estudio cualitativo realizado por Khajehei y Doherty (2018) inciden en los cambios positivos a nivel psicológico que experimentan las mujeres al asumir el rol de madre, destacando que se sienten mejores personas, más maduras, relajadas y empoderadas.

Las parejas del presente estudio describen una transición a la maternidad o paternidad diferente a lo que esperaban, siendo algo más compleja, pero en general, un momento único y feliz en sus vidas. Los participantes comparten que se trata de una etapa en la que experimentan nuevas emociones, hasta ahora desconocidas. Según la literatura existente, la maternidad/paternidad se trata de un periodo de transición que puede llegar a ser un momento de gran felicidad y alegría, pero también conlleva asumir nuevos roles y aprender a identificarse como

madres y padres (Muisse et al., 2017). La forma de cómo viven y experimentan esta transición se puede ver afectado por las expectativas personales marcadas, hacia la maternidad, el bebé y la pareja. La capacidad de gestionar que tengan la pareja en esta etapa y la habilidad de enfrentarse a los nuevos retos facilitará una transición a la paternidad/maternidad exitosa que, según algunos autores requerirá de la adaptación a nivel individual y en pareja (Gosselin et al., 2020; Serrano et al., 2020; Poromaa et al., 2017).

La relación, según comparten, se ha visto afectada especialmente por el cansancio y la falta de intimidad, aunque destacan ver la relación reforzada y a ellos como pareja, más unidos y comprometidos. En esta línea los hallazgos del estudio de Riggs et al. (2018) evidenciaron que, para una pareja, ser padres suponía una mayor felicidad y conexión. A través de entrevistas semiestructuradas a varias parejas, pudieron concluir que, para estas, el haber tenido un bebé había supuesto un aumento del compromiso entre la pareja (Riggs et al., 2018). Además, destacaron que la capacidad de las parejas de superar momentos más estresantes repercute positivamente en la pareja, enriqueciéndola. La bibliografía descrita apunta hacia qué habilidades deben de tener la pareja para alcanzar el éxito. Martínez-Martínez et al. (2017) destacan la empatía de la pareja, el apoyo emocional, la colaboración y el reparto de las responsabilidades con relación al bebé y el hogar mejoran el vínculo familiar.

Por el contrario, también se ha evidenciado en la literatura cómo este periodo afecta negativamente a las parejas, creando una brecha o acentuando la que ya existía entre ellos. Bender et al. (2018) destacan que algunas mujeres pueden ver incrementado su estrés al no ser apoyadas por sus parejas, debido al aumento de carga familiar que asumen. Del mismo modo, Olsavsky et al. (2020) señalaron que no adaptarse a los roles familiares puede suponer una dis-

minución del ajuste de la relación entre la pareja. Conradi et al. (2017) expusieron que la falta de comunicación y la incapacidad de compartir o regular las emociones entre pareja es, en gran parte, responsable de la inadaptación a la etapa.

Desde el nacimiento, el bebé se ha convertido en el centro de atención de la familia, pero especialmente de la madre. Las mujeres describen haber generado un vínculo con el bebé especial, una conexión emocional. Según Gosselin et al. (2020), este apego afectivo de la madre hacia el bebé es característico de la identidad de la madre y lleva consigo implicaciones positivas en el desarrollo socio-emocional del bebé, la adaptación a la maternidad, el bienestar y salud perinatal. El vínculo generado está expuesto a la experiencia de crianza.

Algunas mujeres del presente estudio recalcaron la inquietud de no haber sentido este vínculo fuerte desde el inicio, tras el parto, sino según iba creciendo su bebé. Concuera con lo expuesto por Mutlu et al. (2018) que aludieron que el apego materno aumenta según crece el bebé. Es un dato importante para las mujeres, ya que muchas de ellas han descrito verse sorprendidas y culpables de no experimentar el amor que tanto se ha expuesto en foros donde se hablaba de la maternidad.

Este vínculo madre-hijo supone un riesgo para la relación de pareja. Algunas de las madres del estudio describen cómo este vínculo al situar al bebé en el centro de las atenciones ha podido suponer un desplazamiento de la pareja a un segundo plano. Algunas parejas describen sentirse excluidos, es posible que se deba a una falta de confianza en la relación y presentan preocupación por la posibilidad de rechazo o abandono, es por esta razón, que la desviación del interés de la madre hacia el bebé es considerada como una amenaza para su relación, según exponen Olsavsky et al. (2020).

Al igual que algunas mujeres consideran que este vínculo ha supuesto sentimientos encontrados en sus parejas, también describen todo lo contrario. Olsson et al. (2010) revelaron que algunos padres sentían estar excluidos de la relación entre madre y bebé y sentían que debían competir por la atención de su pareja. Mientras que otros padres evitaban roles tradicionales de paternidad, y generaban nuevos vínculos basados en las necesidades de la familia y aceptaban el vínculo de madre-hijo, porque ellos mismos generaban vínculos con el bebé. E igualmente coinciden, Bender et al. (2018) al describir la importancia de que la pareja sea capaz de afrontar la desviación del centro de atención a los cuidados del bebé y destacaron como esencial el rol activo de la pareja en el cuidado. Mutlu et al. (2018) destacan que los padres que muestran actitudes de adaptación a los nuevos roles proceden de una vida en pareja coherente y feliz, con buena comunicación y respeto. El hecho de que las parejas desarrollen fuertes vínculos con el bebé fortalece a la vez, la relación madre-hijo. Es por esto, que la satisfacción de la relación de la pareja se vea reforzada ante el aumento de vínculo y el apoyo emocional que brinda la pareja (Martínez-Martínez et al., 2017). Es importante cómo las parejas gestionan la llegada de un nuevo componente al hogar, a través de una participación activa y un buen ajuste emocional por parte de las parejas, ya que se ha mostrado que el ajuste de roles determina la satisfacción de pareja y el fortalecimiento de un vínculo sólido (Bender et al., 2018; Mutlu et al., 2018; Poromaa et al., 2017).

La preocupación de las parejas del impacto del vínculo de madre-hijo en la relación de pareja se centra en la desviación del interés de las relaciones sexuales, debido a que han dejado de ser una prioridad. Muchos autores han mostrado en sus estudios que la conexión emocional de la madre y el bebé repercute en la intimidad de la pareja e interfiere en la sexualidad, debido

a que la madre se encuentra colmada de intimidad y cercanía emocional (de Pierrepont et al., 2016b; Martínez-Martínez et al., 2017; Olsson et al., 2005; Woolhouse et al., 2012). La cercanía entre madre e hijo contribuye en la discordancia de deseo entre la pareja y puede acentuar la percepción de aquellas parejas que se sentían excluidos (Olsson et al., 2005).

3.6.1. Cambios Vitales

O'Malley et al. (2019) destacaron que ser madre por primera vez se trataba de un acontecimiento relevante en la vida de las mujeres. En el estudio, las mujeres que con anterioridad han disfrutado de otra maternidad destacan que viven la experiencia con madurez, más tranquilas y con menos miedos. Esta previa experiencia les aporta seguridad y saben gestionar, en cierto modo, las emociones negativas. Cabe destacar los resultados de Cost et al. (2016) que destacaron que las preocupaciones maternas son menores en madres experimentadas. Del mismo modo, Gutzeit et al. (2020) informaron que las madres primerizas eran más inseguras que las secundíparas o multíparas.

Como se ha expuesto anteriormente, hay muchos cambios asociados al nacimiento del bebé que afectan el núcleo familiar y a cada componente de manera individual, obligando a reajustar roles y comportamientos. El cuidado del recién nacido lleva consigo unas exigencias a las que se deben adaptar, ajustando las prioridades después del parto. Las mujeres participantes destacan que en cuanto el bebé se queda dormido, aprovechan para descansar o realizar tareas pendientes. Este cambio de prioridades puede afectar la relación de pareja debido a que el tiempo disponible no es empleado para compartir tiempo con la pareja o para el autocuidado.

La falta de tiempo y el agotamiento parecen ser los elementos principales en relación con los cambios vitales que experimentan las parejas. Según mostró Montemurro y Siefken

(2012), la barrera más mencionada por las mujeres durante el periodo posparto para mostrar interés sexual es el agotamiento, la falta de tiempo y la falta de sueño. DeMaria et al. (2019) concluyó que el nivel de fatiga o agotamiento extremo afecta la relación con el entorno, siendo la pareja la mayor perjudicada.

El agotamiento extremo es clave en el distanciamiento de la pareja. Las mujeres del presente estudio refieren como afecta dificultando la intimidad con su pareja. Según lo expuesto por Olsson et al. (2005) la fatiga, el agotamiento y la pérdida de sueño influyen en la sexualidad de la mujer disminuyendo el deseo. Woolhouse et al. (2012) destacaron que el agotamiento que sienten las mujeres es un fuerte inhibidor de la intimidad sexual. Al igual que otros autores que señalan el agotamiento como factor influyente en el desinterés sexual de las mujeres (Hipp et al., 2012; Jawed-Wessel et al., 2017; Khajehei & Doherty, 2018; Martínez-Martínez et al., 2017; Ollivier et al., 2019; Von Sydow, 2002).

Tal y como exponen las mujeres del estudio, la intimidad que anhelan no se centra en el acto sexual, sino en compartir tiempo juntos. Se muestra en los resultados del estudio que, las parejas expresan cierta discordancia entre las necesidades de intimidad y el deseo de mantener relaciones sexuales. Según el estudio de Bender et al. (2018), tanto las mujeres como sus parejas son conscientes de este desequilibrio que puede acentuar los problemas en torno a la sexualidad de la pareja.

5.2. Sexualidad

Como se ha ido exponiendo anteriormente, las parejas se han enfrentado a muchos cambios a lo largo del periodo posparto que han afectado a la sexualidad. El periodo que viven es muy exigente en muchos aspectos alterando el equilibrio que disfrutaban antes del parto.

En los relatos de las mujeres se ha observado cómo los cambios en el ámbito sexual se han dado a raíz de muchos otros aspectos que envolvían el parto y la nueva maternidad. La pérdida del deseo de las mujeres, en este periodo, parece ser el más acusado dentro de los cambios percibidos por las parejas en el estudio. En el estudio realizado por De Judicibus y McCabe (2002) destacaron como factores principales implicados en el descenso del deseo en la mujer puérpera los roles sociales en los que se encuentra la maternidad y el trabajo, el estado de ánimo, el cansancio, la satisfacción con la pareja y los cambios físicos que han experimentado. Además, se destaca el dolor o malestar como elemento que podría promover a la mujer a la evitación sexual por miedo o incomodidad (Carvalho et al., 2017; De Judicibus & McCabe, 2002). Es importante entender de manera global lo que implica esta etapa en la sexualidad de la mujer, no sólo focalizándonos en los cambios físicos e intrínsecos de la sexualidad o las relaciones íntimas de las parejas, sino también, en los aspectos sociales o personales que se han surgido con la crianza y la nueva maternidad (Trice-Black & Foster, 2011). Igualmente, Montemurro y Siefken (2012) comparten que la maternidad dificulta y aleja a la mujer de un clima adecuado para disfrutar de la sexualidad. Estos cambios coinciden con los expuestos a lo largo del presente estudio, cambios que han afectado el estado emocional, físico y los cambios vitales sucedidos en esta nueva etapa. Estos sitúan a la mujer en una etapa más compleja, moviendo los cimientos de su relación, pero también agitando su propia identidad. En este sentido existe una extensa literatura que expone el deseo como el elemento de la sexualidad más afectado el primer año posparto (Acele & Karaçam, 2012; Gutzeit et al., 2020; O'Malley et al., 2018; Olsson et al., 2005; Woolhouse et al., 2012).

Aun así, los relatos de las mujeres indican cómo una pequeña parte de la muestra sí se sentía atraída por la sexualidad en este periodo. Aunque algunas de las mujeres revelaban que aun sintiendo deseo, no llegaban a satisfacerlo, posponiendo los encuentros debido a la falta de coincidencia con su pareja y la presencia de preocupaciones entorno a la sexualidad como la posible presencia de dolor, la percepción de su imagen corporal o el miedo a dañarse la zona perineal. Este aspecto puede estar reflejado en cómo las mujeres del estudio disfrutaban más de una sexualidad adaptada al momento, en el que les dan más importancia a la intimidad, a través de los besos y las caricias que a las relaciones sexuales centrados en el coito (de Pierrepont et al., 2016; O'Malley et al., 2019).

Las parejas participantes evidencian la pérdida de interés hacia el sexo por parte de las mujeres en este periodo, pero no reflejaron ansiedad por reiniciar las relaciones o aumentar la frecuencia de estas. En general, comprendían que se trata de un periodo al que deben de adaptarse. Para las parejas es verdaderamente importante que la mujer se encuentre cómoda y se muestre decidida a tener dichos encuentros. Este planteamiento con lo expuesto por la literatura, en el caso del estudio realizado por Olsson et al. (2010) se exponía como las parejas comprendían que se trataba de una etapa transitoria, en la que la sexualidad no era la prioridad. Aunque se tratan de resultados contrarios a los expuestos por Schlagintweit et al. (2016) que reflejaban que el 90% de los nuevos padres experimenta angustia asociada a los cambios en la sexualidad. La contrariedad de los resultados puede deberse al método utilizado en cada estudio, en el caso de Olsson et al. (2010) la metodología se asemeja a la del presente estudio, debido a que se realizaron grupos de discusión y entrevistas individualizadas, es posible que al basarse ambos en la experiencia narrada, sea la razón de que concuerden los hallazgos. Mientras que

el estudio de Schlagintweit et al. (2016) se basó en pasar una encuesta online en el que se preguntaba en qué medida estaba de acuerdo con algunas afirmaciones en relación a las preocupaciones sexuales.

Cabe destacar que paralelamente a los relatos de las parejas del estudio, las mujeres se sentían presionadas a mantener relaciones sexuales, en muchos casos, promovido por creencias o preocupaciones de no satisfacer a su pareja o el temor de empobrecer la relación de pareja. Por lo que las mujeres aun sin sentir deseo, relatan haber mantenido relaciones sexuales con el objeto de cuidar a la pareja. McBride et al. (2017) expusieron que las mujeres mantenían relaciones sexuales por falta de seguridad emocional y sentimientos de culpa por no satisfacer a su pareja. En este sentido Tavares et al. (2019) concluyó que cuando los padres estaban más satisfechos sexualmente, el estrés de la mujer en relación a la sexualidad era bajo, por lo que aumentaban su satisfacción. Esta afirmación muestra que la razón de que las mujeres se encuentren más satisfechas y menos estresadas en la relación a la sexualidad es la satisfacción de las parejas. Se observa entonces, que la sexualidad de las mujeres en el periodo posparto, está impulsada por los intereses y necesidades de la pareja como ya expuso Hipp et al. (2012).

Durante las relaciones sexuales, la excitación percibida por las mujeres se encuentra también disminuida. Las mujeres del presente estudio relacionan la falta de excitación a la multitud de pensamientos o preocupaciones que les alejan de focalizar su atención al momento que acontece. Estos pensamientos o preocupaciones actúan como distractores que impiden percibir el encuentro con la concentración que se necesitaría para alcanzar una buena excitación y mantenerla. En esta línea, Berghmans (2018) concluyó que la presencia de dolor o la evitación al dolor, suponía una distracción importante, evitando que la excitación pudiera darse. De igual

manera, Leeman y Rogers (2012) evidenciaron que la falta de lubricación podría ser suficiente para que una mujer no alcanzase los niveles de excitación esperados. Además, la falta de privacidad e intimidad al tener al bebé en la habitación podrían distraer a la madre con tan sólo un ruido o el temor de ser observados por el bebé (Martínez-Martínez et al., 2017). Es importante tener en cuenta que cualquier pensamiento que no esté centrado en el acto sexual, como, por ejemplo, no sentirse a gusto con su cuerpo o la insatisfacción con la eyeción de leche durante el acto, supondría un descenso en los niveles de excitación (Serrano et al., 2020).

Quizás por este motivo, los orgasmos no se disfrutaban del mismo modo que antes del parto, según describen las mujeres han sentido un cambio en la rapidez de alcanzarlo y su intensidad. Coincidiendo con estos resultados Jawed-Wessel et al. (2017) describieron en su análisis que el 33% de las mujeres en las primeras 12 semanas después del parto habían presentado dificultad en alcanzar un orgasmo y mostraron que la dificultad descendía según el tiempo. En el presente estudio sólo 20 mujeres hablaron de su capacidad de alcanzar el orgasmo y 16 de ellas relataron sentir mayor obstáculo para llegar a él. Martínez-Martínez (2017) argumenta que para que la mujer sea capaz de alcanzar el orgasmo, es necesario que se encuentre en equilibrio físico y emocional. Por lo que todos los cambios que alejen a estas madres del bienestar físico y emocional pueden estar afectando el disfrute del orgasmo. En relación a la esfera del estado físico de la mujer, Olsson et al. (2005) puntualizaron que las mujeres con el periné íntegro describían mejores orgasmos que aquellas que habían sufrido suturas, del mismo modo lo expone (Martínez et al., 2014).

Por todo lo expuesto con anterioridad, es posible que la sexualidad después del parto sufra una inflexión importante. Las mujeres describen una sexualidad menos genitalizada, llena de

necesidades de cercanía y caricias, centradas en una intimidad emocional. En esta línea, Bender et al. (2018) añadieron la necesidad de estas mujeres de pasar tiempo juntos como pareja, de comunicarse y de sentirse apreciadas y amadas por la otra persona. Los relatos de las mujeres y sus parejas nos revelan que la sexualidad es individual, contextual y única. Se muestra de esta forma, cómo de importante son las experiencias de las mujeres y sus parejas para conocer las percepciones sobre la salud sexual en el posparto (Ollivier et al., 2019). Según DeMaria et al. (2019), al igual que observamos en los resultados del estudio, las experiencias de las mujeres difieren de las recomendaciones de la guías focalizadas en salud sexual. Lo que da valor a este tipo de estudios en los que se da a conocer las experiencias, expectativas y necesidades que tienen las mujeres en el posparto. Es evidente que las mujeres no se encuentran tras el parto, preparadas para afrontar la sexualidad tal y como la habían experimentado con anterioridad. El deseo se ha visto afectado y la necesidad de intimidad incrementado en este periodo (Olsson et al., 2010). Las parejas se enfrentan a un nuevo concepto de sexualidad, que deben de ir descubriendo para alcanzar un bienestar sexual.

La satisfacción sexual, en general, que experimentan las mujeres está ligada a la cantidad de cercanía con su pareja. Para las mujeres, la intimidad física y la emocional están intrínsecamente conectadas y se retroalimentan entre sí (Woolhouse et al., 2012). Ollivier et al. (2019) concluyeron que para que una mujer conecte sexualmente, necesita haber conectado emocional e intelectualmente. Es por esta razón, que las mujeres durante este periodo necesitan más que nunca esta conexión y cercanía con su pareja.

Ante el modelo del ciclo sexual femenino de Basson (2000) la respuesta sexual humana se entiende como un ciclo de motivación/incentivo basado en fases de respuesta fisiológica y

experiencia subjetiva. Según Basson (2015) describe, la conciencia del deseo puede no estar presente desde el inicio de la relación sexual, pero puede desencadenarse por la excitación sexual y la excitación sexual subjetiva en respuesta a un estímulo sexual relevante. Por el contrario, aun existiendo la suficiente motivación sexual y la presencia del estímulo adecuado en un contexto satisfactorio, la excitación y el placer pueden no darse si la atención no se encuentra focalizada en el momento presente, en la situación de intimidad y la estimulación sexual (Basson, 2015). Si ajustamos este modelo al presente en estas parejas podemos entender que la sexualidad experimentada a lo largo del posparto no correspondería a una verdadera disfunción, sino que sería consecuencia de la multitud de distracciones que alejan a la madre del momento sexual que presencia. Estas distracciones como la presencia del bebé, el agotamiento, el dolor, la percepción de su cuerpo, podrían estar interrumpiendo la respuesta sexual.

En la actualidad, las parejas no están preparadas para realizar una transición frente a los cambios que se producen en el posparto y la repercusión que estos tienen en su relación íntima de pareja, lo que hace evidente la necesidad de un trabajo que aborde la educación sexual, así como intervenciones centradas en las preocupaciones que las mujeres presenten en este ámbito (Olsson et al., 2005; Schlagintweit et al., 2016), enfocadas a la situación real de cada pareja, definiendo el concepto de salud sexual en el posparto (Bender et al., 2018; Ollivier et al., 2019) y favoreciendo que las parejas puedan explorar una sexualidad sin cargas emocionales ni expectativas (DeMaria et al., 2019; McBride et al., 2017; Ollivier et al., 2019).

Aparece para estas mujeres la necesidad imperiosa de entender la salud sexual desde otra perspectiva. Debe de comprenderse como un concepto fluido, que cambia a lo largo del tiempo de las personas, considerando que sufrirá transformaciones en diferentes momentos de

la vida, sin que ello, suponga una disfunción en la sexualidad. Además, es importante que sean ellas, las mujeres quienes definan su normalidad en la vida sexual durante este periodo (Ollivier et al., 2019). Este nuevo concepto debe de ser visibilizado, normalizado y reportado a las parejas, a través de educación sexual para favorecer que puedan explorar una sexualidad sin cargas emocionales ni expectativas (DeMaria et al., 2019; McBride et al., 2017; Ollivier et al., 2019).

5.3. Estrategias

Hasta ahora se han expuesto los cambios a los que se deben de enfrentar las parejas durante el periodo posparto. Estos cambios les suponen a las mujeres, cómo se ha observado, alteraciones en la relación con su pareja, con el bebé e incluso con ellas mismas, además de la relación con el entorno. Aceptar los cambios, promover cambios para mejorar algunos aspectos o buscar alternativas para solventarlos, forma parte de las estrategias que utilizan las parejas, y especialmente las mujeres, durante esta fase para controlar y manejar las secuelas.

Las mujeres expresan estar viviendo una etapa intensa con gran carga emocional, en la que han debido de acomodarse a nuevos roles que han azotado su vida. La transición a la maternidad supone una gran incertidumbre a la que deben de enfrentarse. Las mujeres exponen que se trata de un periodo que, además, por las circunstancias que lo envuelven, es difícil para gestionar exitosamente las emociones. Para poder hacer frente a esta influencia emocional, las mujeres comentan necesitar el apoyo de su pareja, pero también del entorno e incluso, destacan la importancia de apoyarse en otras madres como herramienta para afrontar la maternidad. En este sentido, encontramos que estos resultados concuerdan con lo expuesto por Priddis et al. (2014) que destacaron la importancia de grupos de apoyo de otras madres donde compartir estrategias y experiencias, que conseguían que la mujer se sintiera más comprendida y apoyada.

Otras mujeres destacaron la importancia de afrontar los cambios tal y como son e identificarlos desde la perspectiva positiva que conlleva una transformación y por lo tanto un crecimiento. Según Nieuwenhuijze y Leahy-Warren (2019), una mujer empoderada tiene una mayor capacidad de tomar decisiones tanto en relación a sus autocuidados como el de su hijo en este periodo. Muchos autores, han descrito este empoderamiento que experimenta la mujer como clave para gestionar la etapa del posparto. Woolhouse et al. (2012) enmarcaron este empoderamiento a la hora de gestionar los cambios en el cuerpo. Del mismo modo, los estudios de Khajehei y Doherty (2018) y DeMaria et al. (2019) destacaron la importancia de sentirse empoderadas al reiniciar las relaciones sexuales, favoreciendo la sexualidad de la pareja.

Ante los cambios físicos producidos durante esta etapa, las lesiones del periné han supuesto un gran impacto en su vida sexual. La presencia de dolor o molestia, e incluso el simple miedo a sentirlo, repercute en las preocupaciones de las mujeres y sus parejas de manera destacada. Se trata de un problema que sin duda les impide el disfrute de algunas prácticas sexuales, incluso ante la anticipación y evitación de este dolor, que provocará en la mujer una falta de interés clara. En el presente estudio se describen diferentes estrategias que las mujeres usan para evitar ese dolor como la aplicación de lubricantes o posturas menos dolorosas que les facilite controlar, además, la profundidad de la penetración. Algunas parejas, optaron por prácticas sexuales sin penetración (de Pierrepont et al., 2016) como la masturbación o el sexo oral; que se alejan de la expresión sexual coitocentralizada y hacía que las participantes se sintieran más seguras y tranquilas (De Pierrepont et al., 2016; Hipp et al., 2012; Jawed-Wessel and Sevic, 2017; Ollivier et al., 2019; Serrano et al., 2020). Incluso, gran número de mujeres afirmaban que las relaciones coitales no eran indispensables, generando un nuevo concepto de sexualidad que

se centraliza en la intimidad emocional, sin coito, como bien se ha expresado con anterioridad (Bender et al., 2018).

La percepción de la imagen corporal se ha visto afectada por los cambios producidos durante el embarazo y posparto. Las mujeres sienten haber perdido el control de su cuerpo, seguramente por la falta de tiempo para su autocuidado debido por la alta demanda del bebé y el agotamiento que experimentan. Enfrentarse a un nuevo cuerpo, el cual ha sufrido cambios les supone a la gran mayoría de las mujeres del estudio una merma en la autoestima (McBride et al., 2017). Las estrategias que han adoptado las mujeres del estudio para hacer frente a este cambio se basan por una parte en conseguir ese tiempo de autocuidados para realizar ejercicio físico (Bender et al., 2018), arreglarse para comenzar a verse bien y sentirse atractivas (Serrano et al., 2020). Especialmente, la percepción de sentirse deseadas por su pareja es clave para impulsar el bienestar de la mujer y reconciliarse con los cambios experimentados en su cuerpo. Estos hallazgos coinciden con lo expuesto en la literatura, en la que se muestra cómo de importante es para las mujeres sentirse deseadas, destacando una mejora en la autoestima y mejores reportes en relación al deseo, influyendo positivamente en la satisfacción sexual de la pareja (Hipp et al., 2012; McBride et al., 2017; Meltzer & McNulty, 2010).

En los relatos de las parejas, se observa como la falta de tiempo, la alta demanda del bebé y a su vez, el agotamiento que implica esta etapa hace a las parejas priorizar el descanso antes que los encuentros o el tiempo en pareja. Sin duda, la intimidad se ve empobrecida tanto en calidad como la cantidad de tiempo que dedica a la pareja y con ello la sexualidad.

Las mujeres dan gran importancia a los momentos de intimidad emocional, cercanía física y la comunicación. Describen sentir, en este periodo, más necesidad de estos encuentros que

la necesidad de relaciones coitales. Del mismo modo así lo expusieron otros autores como Bender et al. (2018) que añadieron que la intimidad es un factor predisponente en la satisfacción sexual. Martínez-Martínez (2017) coincide en remarcar que un aumento de la intimidad emocional conlleva un aumento de la satisfacción con la pareja y la sexualidad, coincidiendo con otros autores (De Pierrepont et al., 2016; McBride et al., 2017). Las participantes del presente estudio comparten que deciden tener relaciones sexuales por la conexión emocional que aporta a la pareja. De acuerdo con estos relatos, Woolhouse et al. (2012) coinciden en que para algunas parejas el sexo se convertía en una oportunidad para estar a solas y potenciar la conexión entre ellos. Por otro lado, también estuvieron de acuerdo en afirmar que otras parejas buscaban otros entornos para cultivar la intimidad (Woolhouse et al., 2012).

Las relaciones sexuales durante el periodo posparto, como bien se ha expuesto anteriormente, han sufrido una transformación. Las participantes hablan de mantener relaciones con sus parejas y aumentar la conexión, pero para ello es necesario que ellas se sientan cómodas y seguras, como ya expusieron DeMaria et al. (2019); y a la vez, necesitan sacar ese tiempo para compartirlo conjunto a su pareja. Lo que las mujeres participantes describen es que han tenido que organizarse y planificar los encuentros. Algunas describen salir de la rutina y otros cambiar hábitos y adaptarse a los tiempos disponibles que tenían, paralelamente a la rutina diaria. En este sentido, las mujeres muestran satisfacción por haber conseguido encontrar un hueco, conectar con su pareja, por el contrario, describen que son encuentros con falta de espontaneidad (O'Malley et al., 2019; Woolhouse et al., 2014).

5.4. Información

Tras el parto, las mujeres se han visto asaltadas por un complejo de cambios que desconocían. No habían sido informadas sobre cómo podrían modificar su vida y sus relaciones el hecho de ser madre. En el estudio, las mujeres transmiten esta desinformación y sienten que la maternidad no se expone con claridad en la sociedad. Muchas de las mujeres del estudio desconocían los cambios que supondría a nivel personal y relacional el acomodarse a la llegada del bebé, el impacto del parto en la zona perineal y la huella que dejaría a nivel sexual. En este sentido, Olsson et al. (2005) destacaron que las mujeres desconocían los cambios que se darían en su cuerpo y la permanencia de los mismos, mostrando ciertas inquietudes en relación a los cambios a nivel sexual. Ahondando en cuanto a los cambios, algunas mujeres desconocían el periné y las afectaciones que se podrían dar ante alteraciones de la musculatura del suelo pélvico. Buurman y Lagro-Janssen (2013) enfatizaron en el desconocimiento sobre la musculatura del suelo pélvico entre las mujeres tras el parto. Existe poca información sobre los cambios que afectarán el bienestar en la mujer, especialmente en torno a la sexualidad durante este periodo (O'Malley et al., 2018). Por la falta de información que presentan las parejas, la huella del impacto del parto y la llegada del bebé puede ser mayor. Las parejas se quejan en la poca comunicación en relación con el impacto negativo que puede generar en las esferas más personales o en la relación. Las parejas que no están preparadas para los cambios que van a sufrir, a su vez, desconocen que estrategias pueden utilizar para hacerlos frente (O'Malley et al., 2018).

Las mujeres que presentaron problemas en la funcionalidad del suelo pélvico, dolor o cambios en la función sexual, no preguntaron a los profesionales de la salud sobre ellos. Prefirieron buscar la información de manera alternativa, a través de redes sociales e internet. En el es-

tudio llevado a cabo por O'Malley et al. (2018) en el que estudiaron el bienestar sexual en primíparas, observó que al igual que las participantes del presente estudio, no planteaban cuestiones relacionadas con la sexualidad a los profesionales de la salud. Woolhouse et al. (2014) destacaron que tampoco los profesionales suelen realizar las preguntas adecuadas para conocer los problemas sexuales, sólo el 7% de las mujeres de su estudio informaron que los profesionales les habían preguntado por su salud sexual. En cambio, las mujeres del presente estudio sí informaron de que los profesionales les habían preguntado sobre el inicio de la sexualidad. Aunque, coincidieron en que las preguntas no profundizaban más allá de si habían retomado las relaciones y qué anticonceptivos debían tomar.

La posible razón de que la sexualidad no sea abiertamente comentada se deba a que sigue siendo un tabú difícil de abarcar, especialmente en el periodo posparto. En este sentido, Buurman y Lagro-Janssen (2013) expusieron que la mayoría de las mujeres con problemas a nivel del periné o cambios en la función sexual sentían vergüenza y decían no compartirlo. Según Abdool et al. (2009), las mujeres consideraban un verdadero tabú hablar de su sexualidad, más aún ante cambios en su función. Hablar sobre la sexualidad con claridad y sin reservas beneficiaría a las parejas, despojándoles de las expectativas que pudieran tener sobre el momento de la sexualidad (Serrano et al., 2020).

Aun así, una gran parte de las mujeres sí esperaban obtener la información sobre la sexualidad por parte de los profesionales y, demandan esta opción, que sin duda para ellas, sería una manera de abarcar la situación (Woolhouse et al., 2014). Incluso las parejas mostraban interés por haber sido informados sobre estos cambios, con el objetivo de haber sabido gestionar mejor tanto sus sentimientos de frustración como apoyar a su pareja más eficientemente

(Olsson et al., 2010). La importancia de educar a los nuevos padres, también lo expusieron los profesionales que destacaban la importancia de habilitar un entorno donde comunicar, conversar y explorar estas cuestiones tanto de manera individual, como en pareja o en grupo. Serrano et al. (2020) destacaron los beneficios en cuanto al ajuste psicosocial personal y de pareja que podría proporcionar estos entornos de comunicación sobre salud sexual.

Una mayor educación sobre la salud sexual durante el posparto, tanto para las mujeres como para las parejas, supondría conocer información relevante, estrategias eficientes y abordar preocupaciones que les afectan. A través de estos entornos de conocimientos sobre la salud sexual, se conseguiría normalizar las experiencias de los nuevos padres, mejorando el bienestar emocional y repercutiendo positivamente en la satisfacción sexual y relacional de ambas parejas (DeMaria et al., 2019; Khajehei & Doherty, 2018; Tavares et al., 2019). De Pierrepont et al. (2016) destacaron que las intervenciones dadas por los profesionales de la salud en relación con las preocupaciones sexuales tranquilizan y normalizan las experiencias, reduciendo las expectativas que podrían suponer el verdadero factor de estrés. Los autores, describen la intimidad de la pareja como la más expuesta y vulnerable, por lo que proporcionar luz a la sexualidad beneficiaría el bienestar relacional y sexual.

Sin duda, para alcanzar estos objetivos, se debería brindar más información y más especializada a los profesionales de la salud. Incluso, sería preciso garantizar un contexto adecuado para llevar a cabo el acompañamiento a las madres y las parejas. Según exponen O'Malley et al., (2019), la falta de recursos y tiempo sería el mayor impedimento para asegurar un asesoramiento adecuado, así lo exponen también matronas participantes en el presente estudio.

5.5. Fisioterapia del Suelo Pélvico

La fisioterapia del SP es esencial en el posparto para muchas de las madres participantes. Consideran que la valoración y el tratamiento debería de ser una visita más de la sanidad para el control del posparto. Conocen los beneficios que aporta la fisioterapia en este periodo, en el que, tras el parto, el suelo pélvico se ha visto afectado. Aunque algunas mujeres del estudio desconocían la musculatura del SP y sus funciones, al igual que la figura del fisioterapeuta en el posparto. En lo que están de acuerdo todas las mujeres es que la fisioterapia especializada en el suelo pélvico no es visualizada por los profesionales de la salud que han seguido su embarazo y, actualmente, su posparto. En este sentido, Buurman y Lagro-Janssen (2013) concuerdan en la falta de información que presentan las mujeres en relación a las disfunciones del SP y las alternativas de tratamiento, destacando que los profesionales de la salud, no informan a las madres.

Se ha hablado con anterioridad de las secuelas que suceden en el periné durante el embarazo y en el parto, pudiendo afectar a la integridad del suelo pélvico disminuyendo el tono, la fuerza, la capacidad de respuesta y sostén (Mendes et al., 2016). En ocasiones tras el parto las mujeres comienzan a presentar dolor, adherencias en la cicatriz de la sutura por episiotomía o desgarro y disfunciones asociadas a la continencia tanto urinaria como fecal. A todas ellas, se debe de incluir, además, los cambios ocurridos en la esfera sexual. Las mujeres del estudio relacionaron estos cambios como elementos de distracción y preocupación en el momento de mantener relaciones debido a que sentían que sus genitales habían cambiado y posiblemente no satisficieran a su pareja. Martínez et al. (2014) concluyó en su estudio, que las mujeres que habían mostrado cambios en la esfera pélvica y acudieron a fisioterapia especializada mejoraron su

percepción en cuanto a su imagen corporal. Es por todo ello que la fisioterapia, en este periodo, cobra una gran importancia previniendo o tratando las posibles disfunciones.

Algunas mujeres comparten en sus relatos que han acudido al fisioterapeuta y muestran estar satisfecha ya que no dudarían en recomendarla a toda mujer que tenga o no una alteración durante este periodo. En esta línea, Aalaie et al. (2020) exponen que la fisioterapia aumenta la tasa de bienestar y calidad de vida, reportando un alto éxito en las disfunciones del suelo pélvico. Otras mujeres reconocen haber realizado alguna vez ejercicios de entrenamiento del suelo pélvico de manera aislada y por su cuenta. En relación, Buurman y Lagro-Janssen (2013) concluyen que las mujeres que realizan entrenamiento del suelo pélvico por su cuenta, no saben cómo realizarlos verdaderamente, no alcanzando buenos resultados, también expuesto por otros autores (Encabo-Solanas et al., 2016; Skinner et al., 2017). Añaden que es importante para las mujeres acudir a un fisioterapeuta especializado que marque unas pautas de entrenamiento dependiendo de las capacidades de su musculatura (Buurman & Lagro-Janssen, 2013).

A modo de resumen, esta tesis aporta a la comunidad científica un acercamiento a la vivencia de la sexualidad en el posparto, mostrando las claves para su entendimiento y brindando una oportunidad para la mejora en el acompañamiento de estas mujeres puérperas.

El estudio recientemente publicado de Pardell-Dominguez et al. (2021) aporta resultados en la misma línea de esta tesis, exponiendo cómo experimentan la sexualidad las mujeres españolas en el periodo del posparto. Ambos estudios se diferencian en que la muestra se ha obtenido en zonas geográficas distintas de España. Este hecho refuerza los resultados obtenidos, ya que teniendo en cuenta que, tratándose de dos zonas del territorio español alejadas entre sí y con ligeras diferencias

culturales, la percepción de las mujeres puérperas ante la sexualidad es similar. En este aspecto, la interpretación podría ser que la conclusión extraída es posiblemente representativa de una mayoría de mujeres españolas durante posparto. Por otro lado, otra de las diferencias entre los citados estudios se encuentra tanto en el número de participantes como en la metodología empleada. El estudio de Pardell-Dominguez et al. (2021) realizó entrevistas en profundidad a 10 mujeres durante el puerperio, mientras que el presente estudio obtuvo los datos empleando tres técnicas de recogida de la información: entrevistas en profundidad, grupos de discusión y foro *online*; realizadas a 36 mujeres durante el postparto. Por otro lado, otra gran diferencia entre el estudio que compone esta tesis y el de Pardell-Dominguez et al. (2021) se centra en la triangulación de información obtenida, puesto que el presente estudio indaga en la percepción no sólo de las mujeres puérperas, sino de sus parejas y de los profesionales de la salud que las acompañan en este periodo.

[Aportación a la práctica profesional. Limitaciones y futuras líneas de investigación]

[1. Aportación a la práctica profesional 2. Limitaciones 3. Futuras líneas de investigación]

Aportación a la Práctica Profesional

A modo de cierre, con el fin de que este trabajo pueda servir de aplicación en el ámbito de la fisioterapia y de otros profesionales sanitarios que abordan el momento de la maternidad y el posparto, parece beneficioso reflexionar sobre las aportaciones dadas. Los datos y conclusiones obtenidos aspiran a que los profesionales de la salud puedan comprender en profundidad y en toda su magnitud, la influencia de los factores psicosociales (cognitivos, emocionales y conductuales) durante todo el proceso de la maternidad, especialmente en la vivencia de la sexualidad.

Teniendo en cuenta todo lo expuesto en el presente documento, podría considerarse importante para que los fisioterapeutas al igual que el resto de los profesionales entendiesen que los cambios producidos en este periodo deben ser abordados desde un cambio de perspectiva. Es necesario entender que se trata de un periodo complejo a nivel bio-psico-socio-sexual que va a repercutir en la vida de la mujer y su pareja. Es por esta razón que los profesionales de la salud deberían contextualizar y dimensionar la sexualidad durante este periodo, normalizando y aportando una visión más realista de los cambios a las mujeres y sus parejas, para que consigan realizar una transición a la paternidad libre de emociones que impliquen una carga para la mujer.

Los profesionales de la salud deberán abordar a las mujeres en el posparto desde una atención integral, ofreciendo un tratamiento integral y eficaz.

Limitaciones del Estudio

El presente estudio presenta limitaciones características del tipo de estudio cualitativo. Los resultados obtenidos en el estudio no abarcan la realidad desde una perspectiva única y objetiva, sino que corresponde experiencias de mujeres que relatan las vivencias de la sexualidad en este periodo. Aun así, esta metodología nos permite observar y analizar la naturaleza profunda de las realidades, mostrando el carácter relacional y dinámico del fenómeno.

Las técnicas de muestreo utilizadas para llevar a cabo el estudio, que constaba de muestreo por conveniencia y técnica de bola de nieve, implican que la muestra no es representativa de todas las mujeres puérperas y su sexualidad, lo que supone que la precisión de los datos no está garantizada ni es posible llegar a conclusiones generalizadas o categóricas. En la planificación del estudio se intentó reducir al máximo este sesgo, a través de la triangulación, tanto en participantes como en localidades, para ampliar la muestra, no centrando demasiado la mirada en un solo entorno.

Otra de las limitaciones puede ser que se deba a que algunos de los participantes mostrasen recelo de hablar sobre sexualidad con un profesional de la salud, en entornos privados en los que sólo se encontraba el investigador y el participante, o en grupos de discusión, en los que debían expresar intimidades a desconocidos, debido a que ellas mismas y las parejas consideraban que era aún un tema tabú. Para evitar que los participantes se encontrasen incómodos, se inició la conversación comunicándoles la garantía de la privacidad y destacando la protección de datos de los participantes por parte del grupo investigador y de los propios individuos.

En relación con la validez o credibilidad, otra limitación de la investigación cualitativa puede deberse a que prima en la investigación el criterio individual del investigador y la interpretación de los resultados, pudiendo interferir las creencias individuales en la interpretación de la realidad. Para evitarlo, se propuso la triangulación de métodos, de personas, de lugares y de investigadores, buscando maximizar la credibilidad del estudio. Del mismo modo, la objetividad de los resultados puede cuestionarse por el mismo motivo, ya que dependen en gran parte del investigador principal. Para ello, el estudio fue llevado a cabo por un equipo investigador y la categorización fue fruto del trabajo de los investigadores que pusieron en común tras su análisis.

Por último, existen ciertos factores de este estudio que no han sido controladas, ni se llevó a cabo una recogida específica de esos datos, creyendo que podrían ser de gran valor para la investigación. Hubiera sido de gran interés conocer la evaluación de la función sexual femenina a través de cuestionarios específicos como la versión española del *Female Sexual Function Index* (FSFI), para comparar la evidencia de los datos obtenidos a través de dichas encuestas y la experiencia percibida de las mujeres. Del mismo modo, se podría haber recogido información sobre antes del parto e incluso antes del embarazo, como por ejemplo la presencia de dispareunia o disfunciones previas.

Futuras Líneas de Investigación

Una vez desarrollado el proyecto, se observan ciertas necesidades a tener en cuenta que, junto con las limitaciones, podrían proporcionar una mayor profundización en el fenómeno a estudio.

Resultaría útil la realización de un estudio de metodología mixta analizando la sexualidad de las mujeres puérperas determinando así, la causalidad de ambos estudios, aportando un mayor enfoque de la sexualidad que experimentan en esta etapa.

Del mismo modo, puesto que esta investigación se realizó en mujeres y parejas españolas heterosexuales y con un nivel sociocultural medio alto, sería interesante repetir el estudio en diferentes entornos para poder tener un mayor concepto y conocimiento sobre el fenómeno, ya que los factores que afectan a la sexualidad pueden ser diferentes y más diversos.

Por otro lado, resultaría útil estudiar más profundamente el beneficio de la fisioterapia en la sexualidad en el periodo posparto. Sería relevante conocer las experiencias de las mujeres que han acudido a fisioterapia con el objetivo de mejorar la sexualidad durante este periodo. Esta necesidad surge debido a que las mujeres que comentaron haber tenido tratamiento de fisioterapia buscaban mejorar otros aspectos, siendo minoritariamente los relacionados con la sexualidad.

[Conclusiones]

[Conclusiones]

A la luz de los resultados del trabajo y posterior análisis se puede concluir que:

- Los cambios físicos que perciben las mujeres en relación con sus cuerpos después del parto, la lactancia, la presencia de dolor o molestias o haber tenido suturas ante episiotomía o desgarro repercuten en la experiencia sexual de la mujer en el posparto.

- La vivencia de la experiencia sexual de las mujeres se ve alterada, en función a las emociones que experimentan ante la nueva maternidad, como la incertidumbre, las inseguridades, la tristeza puerperal, la presión o el estrés percibido al igual que las expectativas que van asociadas con esta maternidad.

- El agotamiento, la falta de tiempo e intimidad generan un impacto negativo en la sexualidad de las mujeres en el posparto.

- Las mujeres no se encuentran preparadas para mantener relaciones en el posparto y se sienten presionadas a reiniciarlas, por las expectativas de llegar a ser una buena esposa, o por querer normalizar la nueva situación afectando lo menos posible la relación de pareja.

- La sexualidad en el posparto deja de ser prioridad para la mujer. Destacan que la falta de interés o de deseo es la mayor de las repercusiones en la sexualidad, sienten que tanto la excitación como la lubricación o el placer, al igual que la experiencia del orgasmo se ven disminuidas.

- Es necesario desarrollar un nuevo concepto de salud sexual en el posparto, debido a que la sexualidad se debe de concebir como un flujo dinámico a lo largo de la vida. Aparece en este periodo una nueva sexualidad, diferente a cómo se conocía. Esta se basa en una sexualidad menos genitalizada, basada en el acercamiento, las caricias y la comunicación.

[Conclusiones]

- Las parejas muestran comprensión ante los cambios que experimenta la mujer y a los que deben de enfrentar como pareja y familia. Ellos confirman que respetan la etapa y no les importa posponer la sexualidad a cuando ellas se sientan preparadas.

- Los profesionales de la salud conocen lo que experimentan las mujeres y sus parejas en el posparto, siendo conscientes de la necesidad de abordar de manera integral la sexualidad en este periodo.

- Es necesario abordar la sexualidad desde otra perspectiva y mejorar la satisfacción de las mujeres y sus parejas. El apoyo y la buena comunicación con la pareja es el pilar de esta etapa, para mejorar la satisfacción de la pareja que repercute en la satisfacción sexual. Precisan de mayor tiempo ya sea para ellas mismas como para estar en pareja para combatir la repercusión de la nueva vida en la experiencia de la sexualidad.

- La información que reciben las mujeres en relación con la etapa del posparto es escasa, no conociendo los cambios que van a sufrir de manera individual y en pareja. La información que precisan está dirigida a comprender mejor la etapa y los cambios que acontecen, y conocer estrategias para abordarlos. Esta información es importante que sea facilitada en entornos de salud que promuevan la comunicación y que no sólo se centren en la mujer, sino también en las parejas.

- Los fisioterapeutas son considerados como fundamentales para la valoración y el tratamiento de la esfera pélvica tras el parto. El conocimiento de la fisioterapia especializada es limitado por los entornos sanitarios, siendo desconocido para algunas de las mujeres. Las muje-

[Conclusiones]

res comparten que debería de considerarse con la importancia que tiene, ya que el cuidado del suelo pélvico y el abdomen son fundamentales en esta etapa del posparto.

[Publicaciones]

[Publicaciones]

La producción científica que ha generado la presente tesis:

1. Delgado, E. (26/10/2019). *Sexo después del parto* [Comunicación] I Congreso Internacional de fisioterapia de Castilla la Mancha. Colegio profesional de Fisioterapeutas de Castilla la Mancha. Toledo.
2. Delgado-Pérez, E., Rodríguez-Costa, I., Vergara-Pérez, F., Blanco-Morales, M., Torres-Lacomba, M. *Strategies adopted by women in resumption of sexuality after childbirth: a phenomenological approach*. Midwifery. En revision. ([Anexo XIV](#))
3. Delgado-Pérez, E, Torres-Lacomba, M., Pérez-Martín, Y., Rodríguez-Costa, I. *Nuevos conceptos de matenar. Un estudio cualitativo*. Gac. Sanit. En revisión. ([Anexo XV](#))

[Bibliografía]

[Bibliografía]

1. Aalaie, B., Tavana, B., Rezasoltani, Z., Aalaei, S., Ghaderi, J., & Dadarkhah, A. (2020). Biofeedback versus electrical stimulation for sexual dysfunction: a randomized clinical trial. *International Urogynecology Journal*, 1–9. <https://doi.org/10.1007/s00192-020-04373-7>
2. Abdool, Z., Thakar, R., & Sultan, A. H. (2009). Postpartum female sexual function. In *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* (Vol. 145, Issue 2, pp. 133–137). Elsevier Ireland Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2009.04.014>
3. Acele, E. Ö., & Karaçam, Z. (2012). Sexual problems in women during the first postpartum year and related conditions. *Journal of Clinical Nursing*, 21(7–8), 929–937. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03882.x>
4. Alligood-Percoco, N. R., Kjerulff, K. H., & Repke, J. T. (2016). Risk Factors for Dyspareunia After First Childbirth. *Obstetric Gynecol.*, 128(3), 512–518. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2017.03.040>
5. Alp Yılmaz, F., Şener Taplak, A., & Polat, S. (2019). Breastfeeding and Sexual Activity and Sexual Quality in Postpartum Women. *Breastfeeding Medicine*. <https://doi.org/10.1089/bfm.2018.0249>
6. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)* (American Psychiatric Pub. (ed.)). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

[Bibliografía]

7. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th Editio). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
8. Annells. (2003). Grounded theory. In Mosby (Ed.), *Schneider D, Elliott G, Lo-Biondo-Woog, Harber Nursing research: methods, critical appraisal and utilisation* (2ª ed).
9. Aristegui, I., Beloki, U., Royo, R., & Silvestre, M. (2018). Cuidado, valores y género: la distribución de roles familiares en el imaginario colectivo de la sociedad española. *Inguruak*, 65, 90–108.
10. Asselmann, E., Kunas, S. L., Wittchen, H. U., & Martini, J. (2020). Maternal personality, social support, and changes in depressive, anxiety, and stress symptoms during pregnancy and after delivery: A prospective-longitudinal study. *PLoS ONE*, 15(8 August), 1–18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237609>
11. Barbara, G., Pifarotti, P., Facchin, F., Cortinovis, I., Dridi, D., Ronchetti, C., Calzolari, L., & Vercellini, P. (2016). Impact of Mode of Delivery on Female Postpartum Sexual Functioning: Spontaneous Vaginal Delivery and Operative Vaginal Delivery vs Cesarean Section. *Journal of Sexual Medicine*, 13(3), 393–401. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.01.004>
12. Barrett, G., Pendry, E., Peacock, J., Victor, C., Thakar, R., & Manyonda, I. (2000). Women's sexual health after childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 107(2), 186–195. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2000.tb11689.x>

[Bibliografía]

13. Basson, R. (2000). The Female Sexual Response : A Different Model The Female Sexual Response : A Different Model. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(1), 51–65. <https://doi.org/10.1080/009262300278641>
14. Basson, R. (2001). Using a different model for female sexual response to address women’s problematic low sexual desire. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 27(5), 395–403. <https://doi.org/10.1080/713846827>
15. Basson, R. (2002). Rethinking low sexual desire in women. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109(4), 357–363. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2002.01002.x>
16. Basson, R. (2015). Human sexual response. In *Handbook of Clinical Neurology* (1st ed., Vol. 130, Issue 2013). Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-63247-0.00002-X>
17. Basson, R., Leiblum, S., Brotto, L., Derogatis, L., Fourcroy, J., Fugl-Meyer, K., Graziottin, A., Heiman, J. R., Laan, E., Meston, C., Schover, L., van Lankveld, J., & Schultz, W. W. (2004). Revised definitions of women’s sexual dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*, 1(1), 40–48. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2004.10107.x>
18. Bender, S. S., Sveinsdóttir, E., & Fridfinnsdóttir, H. (2018). “You stop thinking about yourself as a woman”. An interpretive phenomenological study of the meaning of sexuality for Icelandic women during pregnancy and after birth. *Midwifery*, 62, 14–19. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.03.009>

[Bibliografía]

19. Berghmans, B. (2018). Physiotherapy for pelvic pain and female sexual dysfunction: an untapped resource. *International Urogynecology Journal*, 29(5), 631–638. <https://doi.org/10.1007/s00192-017-3536-8>
20. Blasco, T., & Otero, L. (2008). Técnicas cualitativas para la recogida de datos en investigación cualitativa: La entrevista (II). *Nure Investigación*, 34, 1–6. <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/379/370>
21. Bohren, M. A., Berger, B. O., Munthe-Kaas, H., & Tunçalp, Ö. (2019). Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012449.pub2>
22. Bonilla, E., & Rodriguez, P. (1995). *Mas alla del dilema de los metodos. La investigacion en ciencias sociales* (pp. 1–293).
23. Botía-Morillas, C. (2019). ¿Deshaciendo o reproduciendo prácticas de género? Ambivalencias en madres primerizas y profesionales en España. *Revista Espanola de Investigaciones Sociologicas*, 166, 25–44. <https://doi.org/10.5477/cis/reis.166.25>
24. Brauer, M., ter Kuile, M. M., Janssen, S. A., & Laan, E. (2007). The effect of pain-related fear on sexual arousal in women with superficial dyspareunia. *European Journal of Pain*, 11(7), 788–798. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2006.12.006>
25. Bringer, J. D., Johnston, L. H., & Brackenridge, C. H. (2006). Using Computer-Assisted Qualitative Data Analysis Software to Develop a Grounded Theory Project. *Field Methods*, 18(3), 245–266. <https://doi.org/10.1177/1525822X06287602>

[Bibliografía]

26. Brito R., V. (2004). El foro electrónico: una herramienta tecnológica para facilitar el aprendizaje colaborativo. *EduTec. Revista Electrónica de Tecnología Educativa*, 17. <https://doi.org/10.21556/edutec.2004.17.532>
27. Budds, K., Hogg, M. K., Banister, E. N., & Dixon, M. (2017). Parenting agendas: An empirical study of intensive mothering and infant cognitive development. *Sociological Review*, 65(2), 336–352. <https://doi.org/10.1177/0038026116672812>
28. Buhling K.J., Schmidt S., Robinson J.N., Klapp C., S. G. & D. J. W. (2005). Rate of dyspareunia after delivery in primiparae according to mode delivery. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 124(1), 42–46. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2005.04.008>
29. Buurman, M. B. R., & Lagro-Janssen, A. L. M. (2013). Women's perception of postpartum pelvic floor dysfunction and their help-seeking behaviour: A qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(2), 406–413. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01044.x>
30. Callejo, J. (2002). Observación, entrevista y grupo de discusión: el silencio de tres prácticas de investigación. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 409–422. <https://doi.org/10.1590/S1135-57272002000500004>
31. Cano, A. (2008). Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: El grupo de discusión (I). *NURE Investigación*, 35, 1–4. <http://www.nureinvestigacion.es/index.php/nure/article/view/417>

[Bibliografía]

32. Gil, T. G. & Cano, A (2010). Introducción al análisis de datos en investigación cualitativa: tipos de análisis y proceso de codificación (II). *Nure Investigación, li*, 1–10. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7712262>
33. Cappellini, B., Harman, V., Marilli, A., & Parsons, E. (2019). Intensive mothering in hard times: Foucauldian ethical self-formation and cruel optimism. *Journal of Consumer Culture, 19*(4), 469–492. <https://doi.org/10.1177/1469540519872067>
34. Carr, W. K. S. (1988). Teoría Crítica de la enseñanza. La Investigación-acción en la formación del profesorado. Barcelona. Roca (ed.), *Teoría crítica de la enseñanza. La Investigación-acción en la formación del profesorado*.
35. Carvalho, J. M. das N., Ribeiro Fonseca Gaspar, M. F., & Ramos Cardoso, A. M. (2017). Challenges of motherhood in the voice of primiparous mothers: Initial difficulties. *Investigacion y Educacion En Enfermeria, 35*(3), 285–294. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v35n3a05>
36. Castro-Pardiñas, M. A., Torres-Lacomba, M., & Navarro-Brazález, B. (2017). Función muscular del suelo pélvico en mujeres sanas, puérperas y con disfunciones del suelo pélvico. *Actas Urológicas Espanolas, 41*(4), 249–257. <https://doi.org/10.1016/j.acuro.2016.11.007>
37. Citak, N., Cam, C., Arslan, H., Karateke, A., Tug, N., Ayaz, R., & Celik, C. (2010). Postpartum sexual function of women and the effects of early pelvic floor muscle exercises. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 89*(6), 817–822. <https://doi.org/10.3109/00016341003801623>

[Bibliografía]

38. Colás P, B. L. (1992). *Investigación educativa*. Alfar (ed.).
39. Collins, C. (2020). Is Maternal Guilt a Cross-National Experience? *Qualitative Sociology*. <https://doi.org/10.1007/s11133-020-09451-2>
40. Conradi, H. J., Noordhof, A., Dingemans, P., Barelds, D. P. H., & Kamphuis, J. H. (2017). Actor and Partner Effects of Attachment on Relationship Satisfaction and Sexual Satisfaction Across the Genders: An APIM Approach. *Journal of Marital and Family Therapy*, 43(4), 700–716. <https://doi.org/10.1111/jmft.12222>
41. Corbin, J. M. (2003). The body in health and illness. *Qualitative Health Research*, 13(2), 256–267. <https://doi.org/10.1177/1049732302239603>
42. Cost, K. T., Plamondon, A., Unternaehrer, E., Meaney, M., Steiner, M., & Fleming, A. S. (2016). The more things change, the more things stay the same: Maternal attitudes 3 to 18 months postpartum. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*, 105(7), e320–e327. <https://doi.org/10.1111/apa.13409>
43. D’Amato, L. G., & Krasny, M. E. (2011). Outdoor adventure education: Applying transformative learning theory to understanding instrumental learning and personal growth in environmental education. *The Journal of Environmental Education*, 42(4), 237–254. <https://doi.org/10.1080/00958964.2011.581313>

[Bibliografía]

44. Martínez_Martínez, A. P. (2017). *Estudio de la Satisfacción Sexual de la Mujer en el posparto. [Tesis de Doctorado de la Universidad de Murcia. Facultad de Enfermería]* *Digitum: Repositorio Institucional de la Universidad de Murcia*
45. Dawson, S. J., Sawatsky, M. L., & Lalumière, M. L. (2015). Assessment of Introital Lubrication. *Archives of Sexual Behavior*, 44(6), 1527–1535. <https://doi.org/10.1007/s10508-015-0519-z>
46. De Judicibus, M. A., & McCabe, M. (2002). Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. *Journal of Sex Research*, 39(2), 94–103. <https://doi.org/10.1080/00224490209552128>
47. de la Cuesta Benjumea, C. (2003). El Investigador Como Instrumento Flexible de la Indagación. *International Journal of Qualitative Methods*, 2(4), 25–38. <https://doi.org/10.1177/160940690300200403>
48. de la Cuesta Benjumea, C. (2017). El Investigador Como Instrumento Flexible de la Indagación. *International Journal of Qualitative Methods*, 2(4), 25–38. <https://doi.org/10.1177/160940690300200403>
49. de la Fuente, J. R., & Heinze, G. (2018). *Salud mental y medicina psicológica*. (3ª edición) Mc Graw Hill (ed.)
50. de Pierrepont, C., Polomeno, V., Bouchard, L., & Reissing, E. (2016). Que savons-nous sur la sexualité périnatale ? Un examen de la portée sur la sexopérinatalité – partie 1. *Journal de Gynecologie Obstetrique et Biologie de La Reproduction*, 45(8), 796–808. <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2016.06.003>

[Bibliografía]

51. De Souza, A., Dwyer, P. L., Charity, M., Thomas, E., Ferreira, C. H. J., & Schierlitz, L. (2015). The effects of mode delivery on postpartum sexual function: A prospective study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *122*(10), 1410–1418. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13331>
52. DeLancey, J. O. L., Kearney, R., Chou, Q., Speights, S., & Binno, S. (2003). The appearance of levator ani muscle abnormalities in magnetic resonance images after vaginal delivery. *Obstetrics and Gynecology*, *101*(1), 46–53. [https://doi.org/10.1016/S0029-7844\(02\)02465-1](https://doi.org/10.1016/S0029-7844(02)02465-1)
53. DeMaria, A. L., Delay, C., Sundstrom, B., Wakefield, A. L., Avina, A., & Meier, S. (2019). Understanding women's postpartum sexual experiences. *Culture, Health and Sexuality*, 1–15. <https://doi.org/10.1080/13691058.2018.1543802>
54. Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2004). *The Sage Handbook of Qualitative Research* (SAGE Publications (ed.); 4ª edición). <https://doi.org/10.1111/j.1467-839x.2007.00237.x>
55. Dewitte, M., De Schryver, M., Heider, N., & De Houwer, J. (2017). The Actual and Ideal Sexual Self Concept in the Context of Genital Pain Using Implicit and Explicit Measures. *Journal of Sexual Medicine*, *14*(5), 702–714. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.03.246>

[Bibliografía]

56. Doğan, B., Gün, İ., Özdamar, Ö., Yılmaz, A., & Muhçu, M. (2017). Long-term impacts of vaginal birth with mediolateral episiotomy on sexual and pelvic dysfunction and perineal pain. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 30(4), 457–460. <https://doi.org/10.1080/14767058.2016.1174998>
57. Eid, M. A., Sayed, A., Abdel-Rehim, R., & Mostafa, T. (2015). Impact of the mode of delivery on female sexual function after childbirth. *International Journal of Impotence Research*, 27(3), 118–120. <https://doi.org/10.1038/ijir.2015.2>
58. Emhardt, E., Siegel, J., & Hoffman, L. (2016). Anatomic variation and orgasm: Could variations in anatomy explain differences in orgasmic success? *Clinical Anatomy*, 29(5), 665–672. <https://doi.org/10.1002/ca.22703>
59. Encabo-Solanas, N., Torres-Lacomba, M., Vergara-Pérez, F., Sánchez-Sánchez, B., & Navarro-Brazález, B. (2016). Percepción de las puérperas y de los profesionales sanitarios sobre el embarazo y el parto como factores de riesgo de las disfunciones del suelo pélvico. Estudio cualitativo. *Fisioterapia*, 38(3), 142–151. <https://doi.org/10.1016/j.ft.2015.10.005>
60. Faisal-Cury, A., Menezes, P. R., Quayle, J., Matijasevich, A., & Diniz, S. G. (2015). The Relationship Between Mode of Delivery and Sexual Health Outcomes after Childbirth. *Journal of Sexual Medicine*, 12(5), 1212–1220. <https://doi.org/10.1111/jsm.12883>
61. Feroso, P. (1988). El modelo fenomenológico de investigación en pedagogía social. *Educación*, 15, 121–136. <https://doi.org/10.5565/rev/educar.541>

[Bibliografía]

62. Ferreira, C. H. J., Dwyer, P. L., Davidson, M., De Souza, A., Ugarte, J. A., & Frawley, H. C. (2015). Does pelvic floor muscle training improve female sexual function? A systematic review. *International Urogynecology Journal*, 26(12), 1735–1750. <https://doi.org/10.1007/s00192-015-2749-y>
63. Flick, U. (2007). Introducción a la investigación cualitativa. In Morata (Ed.), *Introducción a la investigación cualitativa (2ª)*.
64. Fodstad, K., Staff, A. C., & Laine, K. (2016). Sexual activity and dyspareunia the first year postpartum in relation to degree of perineal trauma. *International Urogynecology Journal*, 27(10), 1513–1523. <https://doi.org/10.1007/s00192-016-3015-7>
65. Fox, D. (1981). *El proceso de investigación en educación*. EUNSA (ed.).
66. Gadamer, H. G. (1997). *Mis años de aprendizaje*. Herder.
67. Galeano, M. . (2014). Diseño de proyectos en la investigación cualitativa. In Fondo editorial EAFIT (Ed.), *Teoría y praxis investigativa*.
68. Gibson, B. E., & Martin, D. K. (2003). Qualitative research and evidence-based physiotherapy practice. *Physiotherapy*, 89(6), 350–358. [https://doi.org/10.1016/S0031-9406\(05\)60027-2](https://doi.org/10.1016/S0031-9406(05)60027-2)
69. Giorgi, A. (1997). The theory, practice, and evaluation of the Phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of Phenomenological Psychology*, 28(2), 235–260. <https://doi.org/10.1163/156916297X00103>

[Bibliografía]

70. Giorgi, A. (2005). The phenomenological movement and research in the human sciences. *Nursing Science Quarterly*, 18(1), 75–82. <https://doi.org/10.1177/0894318404272112>
71. Giorgi, A., & Giorgi, B. (2003). The descriptive phenomenological psychological method. *American Psychological Association*. <https://doi.org/10.1163/156916212X632934>
72. Göbel, A., Stuhmann, L. Y., Barkmann, C., Schulte-Markwort, M., & Mudra, S. (2020). Becoming a mother: Predicting early dissatisfaction with motherhood at three weeks postpartum. *Midwifery*, 91. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102824>
73. Golmakani, N., Zahra Zare, Khadem, N., Shareh, H., & Shakeri, M. T. (2015). The effect of pelvic floor muscle exercises program on sexual self-efficacy in primiparous women after delivery. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 20(3), 347–353. <https://www.ijnmrjournal.net/text.asp?2015/20/3/347/157835>
74. Gosselin, N., Bedford, S., & Gosselin, J. (2020). Maternal Affective Attachment Bond Facilitators: A Systematized Review of the Literature. *Marriage and Family Review*, 56(7), 591–632. <https://doi.org/10.1080/01494929.2020.1737618>
75. Granero, M. (2015). Sexología basada en la evidencia: historia y actualización. *Revista Costarricense de Psicología*, 33(2), 179–197. <https://doi.org/10.22544/rcps.v33i2.34>

[Bibliografía]

76. Grzybowska, M. E., & Wydra, D. G. (2019). Is voluntary pelvic floor muscles contraction important for sexual function in women with pelvic floor disorders? *Neurourology and Urodynamics*, 38(7), 2001–2009. <https://doi.org/10.1002/nau.24109>
77. Guba, E. (1981). Criterios de credibilidad en la investigación naturalista. In *Gimeno I, Pérez A. La enseñanza: su teoría y su práctica*. Akal.
78. Gul, M., Huynh, L. M., El-Khatib, F. M., Yafi, F. A., & Serefoglu, E. C. (2019). A qualitative analysis of Internet forum discussions on hard flaccid syndrome. *International Journal of Impotence Research*. <https://doi.org/10.1038/s41443-019-0151-x>
79. Gutiérrez Teira, B. (2010). La respuesta sexual humana. *Actualización En Medicina de Familia*, 6(10), 543–546. Disponible en: http://amf-semfyc.com/upload_articles_pdf/La_respuesta_sexual_humana.pdf
80. Gutzeit, O., Levy, G., & Lowenstein, L. (2020). Postpartum Female Sexual Function: Risk Factors for Postpartum Sexual Dysfunction. *Sexual Medicine*, 8(1), 8–13. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2019.10.005>
81. Hammersley, M., & Atkinson, P. (1994). Etnografía. Métodos de investigación. In Routledge (Ed.), *Etnografía Métodos de Investigación*.

[Bibliografía]

82. Handelzalts, J. E., Yaakobi, T., Levy, S., Peled, Y., Wiznitzer, A., & Krissi, H. (2017). The impact of genital self-image on sexual function in women with pelvic floor disorders. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 211, 164–168. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.02.028>
83. Hays, S. (1996). *The cultural contradictions of motherhood*. New Haven: Yale University Press. (ed.).
84. Henderson, A., Harmon, S., & Newman, H. (2016). The Price Mothers Pay, Even When They Are Not Buying It: Mental Health Consequences of Idealized Motherhood. *Sex Roles*, 74(11–12), 512–526. <https://doi.org/10.1007/s11199-015-0534-5>
85. Henderson, J., Alderdice, F., & Redshaw, M. (2019). Factors associated with maternal postpartum fatigue: an observational study. *BMJ Open*, 9(7), e025927. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025927>
86. Hernández Carrera, R. M. (2014). La investigación cualitativa a través de entrevistas: Su análisis mediante la teoría fundamentada. *Cuestiones Pedagógicas*, 23, 187–210. <https://revistascientificas.us.es/index.php/Cuestiones-Pedagogicas/article/view/9815>
87. Hipp, L. E., Kane Low, L., & Van Anders, S. M. (2012). Exploring Women's Postpartum Sexuality: Social, Psychological, Relational, and Birth-Related Contextual Factors. *Journal of Sexual Medicine*, 9(9), 2330–2341. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02804.x>

[Bibliografía]

88. Ibáñez J. (1979). *Más allá de la sociología. El grupo de discusión*. Siglo XXI.
89. Im, E., & Chee, W. (2006). An online forum as a qualitative research method: Practical issues. *Nursing Research*, 55(4), 267–273. <https://doi.org/10.1097/00006199-200607000-00007>
90. Instituto nacional de estadística (INE). (2019). *Edad media a la maternidad por orden de nacimiento según nacionalidad de la madre*. <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1580&L=0>
91. Jamison, J., Sutton, S., Mant, J., & De Simoni, A. (2018). Online stroke forum as source of data for qualitative research: Insights from a comparison with patients' interviews. *BMJ Open*, 8(3), 1–12. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020133>
92. Jawed-Wessel, S., Herbenick, D., & Schick, V. (2017). The Relationship Between Body Image, Female Genital Self-Image, and Sexual Function Among First-Time Mothers. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 43(7), 618–632. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2016.1212443>
93. Jawed-Wessel, S., & Sevcik, E. (2017). The Impact of Pregnancy and Childbirth on Sexual Behaviors: A Systematic Review. *Journal of Sex Research*, 54(4–5), 411–423. <https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1274715>
94. John O. L. DeLancey, M. (2016). What's new in the functional anatomy of pelvic organ prolapse? *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 28(5), 420–429. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2017.03.040>

[Bibliografía]

95. Johnson, C. E. (2011). Sexual health during pregnancy and the postpartum. *Journal of Sexual Medicine*, 8(5), 1267–1284. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02223.x>
96. Kahramanoglu, I., Baktiroglu, M., Hamzaoglu, K., Kahramanoglu, O., Verit, F. F., & Yucel, O. (2017). The impact of mode of delivery on the sexual function of primiparous women: a prospective study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 295(4), 907–916. <https://doi.org/10.1007/s00404-017-4299-7>
97. Kanter, G., Rogers, R. G., Pauls, R. N., Kammerer-Doak, D., & Thakar, R. (2015). A strong pelvic floor is associated with higher rates of sexual activity in women with pelvic floor disorders. *International Urogynecology Journal*, 26(7), 991–996. <https://doi.org/10.1007/s00192-014-2583-7>
98. Kaplan, H. S. (1977). Hypoactive sexual desire. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 3(1), 3–9. <https://doi.org/10.1080/00926237708405343>
99. Keefe, R. H., Brownstein-Evans, C., & Polmanteer, R. S. R. (2018). The Challenges of Idealized Mothering: Marginalized Mothers Living With Postpartum. *Affilia - Journal of Women and Social Work*, 33(2), 221–235. <https://doi.org/10.1177/0886109917747634>
100. Kerlinger, F. (2002). *Investigacion Del Comportamiento*. McGraw Hill.
101. 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 and Marital Therapy*, 42(6), 484–493. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2015.1069433>

[Bibliografía]

102. Khajehei, M., & Doherty, M. (2018). Women's experience of their sexual function during pregnancy and after childbirth: A qualitative survey. *British Journal of Midwifery*, 26(5), 318–328. <https://doi.org/10.12968/bjom.2018.26.5.318>
103. Khajehei, M., Doherty, M., Tilley, P. J. M., & Sauer, K. (2015). Prevalence and Risk Factors of Sexual Dysfunction in Postpartum Australian Women. *Journal of Sexual Medicine*, 12(6), 1415–1426. <https://doi.org/10.1111/jsm.12901>
104. Khalid, F., & Hirst-Winthrop, S. (2020). 'Mammy's supposed to be strong and supportive—not sitting in a corner rocking and crying': an interpretative phenomenological analysis of British mothers' experiences of postnatal depression. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 00(00), 1–12. <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1830540>
105. Kramish Campbell, M., Meier, A., Carr, C., Enga, Z., Aimee, S., Reedy, J., & Zheng, B. (2001). Health behavior changes after colon cancer: A comparison of findings from face-to-face and on-line focus groups. *Family and Community Health*, 24(3), 88–103. <https://doi.org/10.1097/00003727-200110000-00010>
106. Kronborg, H., Harder, I., & Hall, E. O. C. (2015). First time mothers' experiences of breastfeeding their newborn. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 6(2), 82–87. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2014.08.004>
107. Latorre, A. (2003). *La investigación acción: Conocer y cambiar la práctica educativa*. Grao (ed.).

[Bibliografía]

108. Lawson, S., & Sacks, A. (2018). Pelvic Floor Physical Therapy and Women's Health Promotion. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 63(4), 410–417. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12736>
109. Leader-Cramer, A., Kenton, K., Davé, B., Gossett, D. R., Mueller, M., & Lewicky-Gaupp, C. (2016). Factors Associated With Timing of Return to Intercourse After Obstetric Anal Sphincter Injuries. *Journal of Sexual Medicine*, 13(10), 1523–1529. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.07.010>
110. Leal, I., Lourenço, S., Oliveira, R. V., Carvalheira, A., & Maroco, J. (2012). The impact of childbirth on female sexuality. *Psychology, Community & Health*, 1(1), 127–139. <https://doi.org/10.5964/pch.v1i1.13>
111. Leeman, L. M., & Rogers, R. G. (2012). Sex after childbirth: Postpartum sexual function. *Obstetrics and Gynecology*, 119(3), 647–655. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3182479611>
112. Lincoln, Y. S & Guba, E. G. (1990). Judging the quality of case study reports. *Internation Journal of Qualitative Studies in Education*, 3(1), 53–59. <https://doi.org/10.1080/0951839900030105>
113. Lipschuetz, M., Cohen, S. M., Liebergall-Wischnitzer, M., Zbedat, K., Hochner-Celnikier, D., Lavy, Y., & Yagel, S. (2015). Degree of bother from pelvic floor dysfunction in women one year after first delivery. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 191, 90–94. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2015.05.015>

[Bibliografía]

114. Lowenstein, L., Gruenwald, I., Gartman, I., & Vardi, Y. (2010). Can stronger pelvic muscle floor improve sexual function? *International Urogynecology Journal*, 21(5), 553–556. <https://doi.org/10.1007/s00192-009-1077-5>
115. Lupton, D. A. (2011). “The best thing for the baby”: Mothers’ concepts and experiences related to promoting their infants’ health and development. *Health, Risk and Society*, 13(7–8), 637–651. <https://doi.org/10.1080/13698575.2011.624179>
116. Lurie, S., Aizenberg, M., Sulema, V., Boaz, M., Kovo, M., Golan, A., & Sadan, O. (2013). Sexual function after childbirth by the mode of delivery: A prospective study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 288(4), 785–792. <https://doi.org/10.1007/s00404-013-2846-4>
117. De Judicibus, M.A. & McCabe, M.P (2002). Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. *Journal of Sex Research*, 39(2), 94–103. <https://doi.org/10.1080/00224490209552128>
118. Maliszewska, K., Świątkowska-Freund, M., Bidzan, M., & Preis, K. (2016). Relationship, social support, and personality as psychosocial determinants of the risk for postpartum blues. *Ginekologia Polska*, 87(6), 442–447. <https://doi.org/10.5603/GP.2016.0023>
119. Marquez Carrasco, Á. M., & Rico Neto, M. (2016). Influencia de los cambios psicosociales en la sexualidad posparto. *Revista Enfermera Docente*, 2(107), 26–31. <http://www.index-f.com/edocente/107pdf/10726.pdf>

[Bibliografía]

120. Martínez-Galiano, J. M., Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, J., Delgado-Rodríguez, M., Rubio-Alvarez, A., & Gómez-Salgado, J. (2019). Women's quality of life at 6 weeks postpartum: Influence of the discomfort present in the puerperium. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(2), 1–9. <https://doi.org/10.3390/ijerph16020253>
121. Martínez-Martínez, A., Arnau, J., Salmerón, J. A., Velandrino, A. P., & Martínez, M. E. (2017). The sexual function of women during puerperium: a qualitative study. *Sexual and Relationship Therapy*, 32(2), 181–194. <https://doi.org/10.1080/14681994.2016.1263389>
122. Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciencia e Saude Coletiva*, 17(3), 613–619. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300006>
123. Martinez, C. S., Ferreira, F. V., Castro, A. A. M., & Gomide, L. B. (2014). Women with greater pelvic floor muscle strength have better sexual function. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 93(5), 497–502. <https://doi.org/10.1111/aogs.12379>
124. Martínez, M. S. V. (2014). *Reflexión metodológica sobre un caso de docencia e investigación con métodos cualitativos: la trastienda del proceso investigador y su archivo como conceptos clave*. 177–198. <https://doi.org/10.5944/empiria.29.2014.12945>
125. Masters, W., & Johnson, V. (1966). Human sexual response. *Boston: Little, Brown*.

[Bibliografía]

126. Masters, W., & Johnson, V. (1970). *Human sexual inadequacy*. London, Churchill. Mickelson.
127. Mayan M. (2001). Una introducción a los métodos cualitativos. Módulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales. *Alberta: International Institute for Qualitative Methodology*, 34. <http://www.ualberta.ca/~iiqm//pdfs/introduccion.pdf>
128. Maykut, P., & Morehouse, R. (1999). *Investigación cualitativa. una guía práctica y filosófica*. Hurtado (ed.).
129. McBride, H. L., Olson, S., Kwee, J., Klein, C., & Smith, K. (2017). Women's Postpartum Sexual Health Program: A Collaborative and Integrated Approach to Restoring Sexual Health in the Postpartum Period. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 43(2), 147–158. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2016.1141818>
130. McDonald, E. A., & Brown, S. J. (2013). Does method of birth make a difference to when women resume sex after childbirth? *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 120(7), 823–830. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12166>
131. McDonald, E. A., Gartland, D., Small, R., & Brown, S. J. (2015). Dyspareunia and childbirth: A prospective cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 122(5), 672–679. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13263>

[Bibliografía]

132. McDonald, E., Gartland, D., Small, R., & Brown, S. J. (2016). Frequency, severity and persistence of postnatal dyspareunia to 18 months post partum: A cohort study. *Midwifery*, *34*, 15–20. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.01.012>
133. McDonald, E., Woolhouse, H., & Brown, S. J. (2017). Sexual pleasure and emotional satisfaction in the first 18 months after childbirth. *Midwifery*, *55*, 60–66. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.09.002>
134. McGovern, P., Dowd, B., Gjerdingen, D., Gross, C. R., Kenney, S., Ukestad, L., McCaffrey, D., & Lundberg, U. (2006). Postpartum health of employed mothers 5 weeks after childbirth. *Annals of Family Medicine*, *4*(2), 159–167. <https://doi.org/10.1370/afm.519>
135. Meltzer, A. L., & McNulty, J. K. (2010). Body Image and Marital Satisfaction: Evidence for the Mediating Role of Sexual Frequency and Sexual Satisfaction. *Journal of Family Psychology*, *24*(2), 156–164. <https://doi.org/10.1037/a0019063>.
136. Mendes, E. de P. B., de Oliveira, S. M. J. V., Caroci, A. de S., Francisco, A. A., Oliveira, S. G., & da Silva, R. L. (2016). Pelvic floor muscle strength in primiparous women according to the delivery type: Cross-sectional study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *24*, 9. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0926.2758>
137. Miquel, S., Bigné, E., Cuenca, A., Lévy, L., & Miquel M. (1997). *Investigación de mercados*. McGraw-Hill.

[Bibliografía]

138. Montemurro, B., & Gillen, M. M. (2013). How Clothes Make the Woman Immoral: Impressions Given Off by Sexualized Clothing. *Clothing and Textiles Research Journal*, 31(3), 167–181. <https://doi.org/10.1177/0887302X13493128>
139. Montemurro, B., & Siefken, J. M. (2012). MILFS and Matrons: Images and Realities of Mothers' Sexuality. *Sexuality and Culture*, 16(4), 366–388. <https://doi.org/10.1007/s12119-012-9129-2>
140. Morse, JM., Richards, L. (2002). Read me first for a users guide to qualitative methods. In 2002.
141. Moyano, N., & Sierra, J. C. (2015). Descifrando las disfunciones sexuales femeninas en el DSM-5. *Revista Argentina de Clinica Psicologica*, 24(3), 277–286. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281946988009>
142. Muise, A., Kim, J. J., Impett, E. A., & Rosen, N. O. (2017). Understanding When a Partner Is Not in the Mood: Sexual Communal Strength in Couples Transitioning to Parenthood. *Archives of Sexual Behavior*, 46(7), 1993–2006. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0920-2>
143. Munhall, P., & Oiler, C. (1986). Phenomenology: The method. In *Nursing Research: a qualitative perspective*. (pp. 69–84). <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

[Bibliografia]

144. Mutlu, B. R., Erkut, Z., Yildirim, Z., & Gündoğdu, N. (2018). A review on the relationship between marital adjustment and maternal attachment. *Revista Da Associacao Medica Brasileira*, 64(3), 243–252. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.64.03.243>
145. Muzik, M., Rosenblum, K. L., Alfafara, E. A., Schuster, M. M., Miller, N. M., Waddell, R. M., & Kohler, E. S. (2015). Mom Power: preliminary outcomes of a group intervention to improve mental health and parenting among high-risk mothers. *Archives of Women's Mental Health*, 18(3), 507–521. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0490-z>
146. Newman, H. D., & Henderson, A. C. (2014a). The modern mystique: Institutional mediation of hegemonic motherhood. *Sociological Inquiry*, 84(3), 472–491. <https://doi.org/10.1111/soin.12037>
147. Newman, H. D., & Henderson, A. C. (2014b). The modern mystique: Institutional mediation of hegemonic motherhood. *Sociological Inquiry*, 84(3), 472–491. <https://doi.org/10.1111/soin.12037>
148. Nieuwenhuijze, M., & Leahy-Warren, P. (2019). Women's empowerment in pregnancy and childbirth: A concept analysis. *Midwifery*, 78, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.07.015>
149. O'Brien, Bridget C., Ilene B. Harris, Thomas J. Beckman, Darcy A. Reed, and David A. Cook. 2014. Standards for Reporting Qualitative Research: A Synthesis of Recommendations. *Academic Medicine* 89(9):1245–51. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>

[Bibliografía]

150. O'Malley, D., Higgins, A., Begley, C., Daly, D., & Smith, V. (2018). Prevalence of and risk factors associated with sexual health issues in primiparous women at 6 and 12 months postpartum; A longitudinal prospective cohort study (the MAMMI study). *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1838-6>
151. O'Malley, D., Higgins, A., & Smith, V. (2015). Postpartum sexual health: A principle-based concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 71(10), 2247–2257. <https://doi.org/10.1111/jan.12692>
152. O'Malley, D., Smith, V., & Higgins, A. (2019). Women's solutioning and strategising in relation to their postpartum sexual health: A qualitative study. *Midwifery*, 77, 53–59. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.06.012>
153. Ollivier, R. A., Aston, M. L., & Price, S. L. (2019). Exploring postpartum sexual health: A feminist poststructural analysis. *Health Care for Women International*, 1–20. <https://doi.org/10.1080/07399332.2019.1638923>
154. Olsavsky, A. L., Mahambrey, M. S., Berrigan, M. N., & Schoppe-Sullivan, S. J. (2020). Adult attachment and jealousy of the partner–infant relationship at the transition to parenthood. *Journal of Social and Personal Relationships*, 37(6), 1745–1765. <https://doi.org/10.1177/0265407520908336>

[Bibliografía]

155. Olsson, A., Lundqvist, M., Faxelid, E., & Nissen, E. (2005). Women's thoughts about sexual life after childbirth: focus group discussions with women after childbirth. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(4), 381–387. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2005.00357.x>
156. Olsson, A., Robertson, E., Björklund, A., & Nissen, E. (2010). Fatherhood in focus, sexual activity can wait: New fathers' experience about sexual life after childbirth. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(4), 716–725. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00768.x>
157. Pardell-Dominguez, L., Palmieri, P. A., Dominguez-Cancino, K. A., Camacho-Rodriguez, D. E., Edwards, J. E., Watson, J., & Leyva-Moral, J. M. (2021). The meaning of postpartum sexual health for women living in Spain: a phenomenological inquiry. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03578-y>
158. Pérez Serrano, G. (1994). *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes I y II*. La muralla.
159. Pérez Serrano, M. G. (2007). Modelos de investigación cualitativa en educación social y animación sociocultural: aplicaciones prácticas. In *Contextos Educativos. Revista de Educación*.
160. Prather, H., Dugan, S., Fitzgerald, C., & Hunt, D. (2009). Review of Anatomy, Evaluation, and Treatment of Musculoskeletal Pelvic Floor Pain in Women. *PM and R*, 1(4), 346–358. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2009.01.003>

[Bibliografía]

161. Priddis Holly, and Schmied, V., & and Dahlen Hannah. (2014). Women's experiences following severe perineal trauma: a qualitative study. *BMC Women's Health*, 14(1), 32. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-14-32>
162. Primal's 3D Atlas of Human anatomy. (2018). *Muscles of female pelvic floor*. <https://www.anatomy.tv>
163. Prinds, C., Nikolajsen, H., & Folmann, B. (2019). Yummy Mummy — The ideal of not looking like a mother. *Women and Birth*, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.05.009>
164. Pujols, Y., Meston, C. M., & Seal, B. N. (2010). The association between sexual satisfaction and body image in women. *Journal of Sexual Medicine*, 7(2 PART 2), 905–916. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01604.x>
165. Ramírez Serna, A. M. (2016). La investigación cualitativa y su relación con la comprensión de la subjetividad. *RHS-Revista Humanismo y Sociedad*, 4(2), 1–9. <https://doi.org/10.22209/rhs.v4n2a02>
166. Rathfisch, G., Dikencik, B. K., Kizilkaya Beji, N., Comert, N., Tekirdag, A. I., & Kadioglu, A. (2010). Effects of perineal trauma on postpartum sexual function. *Journal of Advanced Nursing*, 66(12), 2640–2649. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05428.x>

[Bibliografía]

167. Rezaie-Keikhaie, K., Arbabshastan, M. E., Rafiemanesh, H., Amirshahi, M., Ostadkelayeh, S. M., & Arbabisarjou, A. (2020). Prevalence of the Maternity Blues in the Postpartum Period. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 49(2), 127–136. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2020.01.001>
168. Riggs, D. W., Worth, A., & Bartholomaeus, C. (2018). The transition to parenthood for Australian heterosexual couples: Expectations, experiences and the partner relationship. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1985-9>
169. Ruiz Olabuénaga, J. I. (2012). Metodología de la investigación cualitativa. In *Universidad de Deusto: Vol. Serie Cien* (5a edición).
170. Ruíz Olabuénaga, J. I. (1996). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Editorial Universidad de Deusto.
171. Sacomori, C., Virtuoso, J. F., Kruger, A. P., & Cardoso, F. L. (2015). Pelvic floor muscle strength and sexual function in women. *Fisioterapia Em Movimento*, 28(4), 657–665. <https://doi.org/10.1590/0103-5150.028.004.ao02>
172. Sawatsky, M. L., Dawson, S. J., & Lalumière, M. L. (2018). Genital lubrication: A cue-specific sexual response? *Biological Psychology*, 134, 103–113. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2018.02.003>
173. Sayed Ahmed, W. A., Kishk, E. A., Farhan, R. I., & Khamees, R. E. (2017). Female sexual function following different degrees of perineal tears. *International Urogynecology Journal*, 28(6), 917–921. <https://doi.org/10.1007/s00192-016-3210-6>

[Bibliografía]

174. Schlagintweit, H. E., Bailey, K., & Rosen, N. O. (2016). A New Baby in the Bedroom: Frequency and Severity of Postpartum Sexual Concerns and Their Associations With Relationship Satisfaction in New Parent Couples. *Journal of Sexual Medicine, 13*(10), 1455–1465. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.08.006>
175. Serrano Drozdowskyj, E., Gimeno Castro, E., Trigo López, E., Bárcenas Taland, I., & Chiclana Actis, C. (2020). Factors Influencing Couples' Sexuality in the Puerperium: A Systematic Review. *Sexual Medicine Reviews, 8*(1), 38–47. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2019.07.002>
176. Shenton, A. K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for Information, 22*(2), 63–75. <https://doi.org/10.3233/EFI-2004-22201>
177. Signorello, L. B., Harlow, B. L., Chekos, A. K., & Repke, J. T. (2001). Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: A retrospective cohort study of primiparous women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 184*(5), 881–890. <https://doi.org/10.1067/mob.2001.113855>
178. Skinner, E. M., Dietz, H. P., & Barnett, B. (2017). Psychological consequences of pelvic floor trauma following vaginal birth: a qualitative study from two Australian tertiary maternity units. *Archives of Women's Mental Health.* <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0802-1>

[Bibliografía]

179. Sobhgol, S. S., Priddis, H., Smith, C. A., & Dahlen, H. G. (2019a). Evaluation of the effect of an antenatal pelvic floor muscle exercise programme on female sexual function during pregnancy and the first 3 months following birth: Study protocol for a pragmatic randomised controlled trial 11 Medical and Health Sciences 11. *Trials*, 20(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3226-6>
180. Sobhgol, S. S., Priddis, H., Smith, C. A., & Dahlen, H. G. (2019b). The Effect of Pelvic Floor Muscle Exercise on Female Sexual Function During Pregnancy and Postpartum: A Systematic Review. *Sexual Medicine Reviews*, 7(1), 13–28. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2018.08.002>
181. Soler, P., Enrique, A, M. (2012). Reflexion sobre el rigor científico en la investigación cualitativa. *Estudios Sobre El Mensaje Periodístico*, 18, 879–888. http://dx.doi.org/10.5209/rev_ESMP.2012.v18.40966
182. Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research* (2ª ed). SAGE Publications.
183. Sundström Poromaa, I., Comasco, E., Georgakis, M. K., & Skalkidou, A. (2017). Sex differences in depression during pregnancy and the postpartum period. *Journal of Neuroscience Research*, 95(1–2), 719–730. <https://doi.org/10.1002/jnr.23859>
184. Swigart, J. (1991). *The myth of the bad mother: The emotional realities of mothering*. Doubleday Books.

[Bibliografía]

185. Tavares, I. M., Schlagintweit, H. E., Nobre, P. J., & Rosen, N. O. (2019). Sexual well-being and perceived stress in couples transitioning to parenthood: A dyadic analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 19(3), 198–208. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.07.004>
186. Taylor, S y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Taylor y Bogdan. Paidós.*
187. Taylor, S., & Bogdan, R. (2002). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Paidós (ed.) (3ª edición).*
188. Tennfjord, M. Kolberg, Hilde, G., Stær-Jensen, J., Siafarikas, F., Engh, M. E., & Bø, K. (2016). Effect of postpartum pelvic floor muscle training on vaginal symptoms and sexual dysfunction - Secondary analysis of a randomised trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 123(4), 634–642. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13823>
189. Tennfjord, Merete Kolberg, Hilde, G., Stær-Jensen, J., Siafarikas, F., Engh, M. E., & Bø, K. (2015). Coital incontinence and vaginal symptoms and the relationship to pelvic floor muscle function in primiparous women at 12 months postpartum: A cross-sectional study. *Journal of Sexual Medicine*, 12(4), 994–1003. <https://doi.org/10.1111/jsm.12836>

[Bibliografía]

190. Theodorsen, N. M., Strand, L. I., & Bø, K. (2019). Effect of pelvic floor and transversus abdominis muscle contraction on inter-rectus distance in postpartum women: a cross-sectional experimental study. *Physiotherapy (United Kingdom)*, 6–11. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2018.08.009>
191. Thomtén, J., & Linton, S. J. (2013). A psychological view of sexual pain among women: Applying the fear-avoidance model. *Women's Health*, 9(3), 251–263. <https://doi.org/10.2217/whe.13.19>
192. Trice-Black, S., & Foster, V. (2011). Sexuality of Women with Young Children: A Feminist Model of Mental Health Counseling. *Journal of Mental Health Counseling*, 33(2), 95–111. <https://doi.org/10.17744/mehc.33.2.p1ht7pt2533n3g2r>
193. Ulin, P. R., Tolley, E. T., & Robinson, E. E. (2006). *Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos*. Organización Panamericana de la Salud (ed.). <https://doi.org/10.1590/S0036-46652007000200015>
194. Valles, M. S. (2002). Entrevistas cualitativas. In *Cuadernos metodológicos* (Vol. 32). CIS-Centro de Investigaciones Sociológicas.
195. Valles, M. S. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social: Reflexión metodológica y práctica profesional*. Síntesis.
196. Van Anders, S. M., Hipp, L. E., & Kane Low, L. (2013). Exploring co-parent experiences of sexuality in the first 3 months after birth. *Journal of Sexual Medicine*, 10(8), 1988–1999. <https://doi.org/10.1111/jsm.12194>

[Bibliografía]

197. Vasilachis de Gialdino, I. (2006). Estrategias de investigación cualitativa. *Gedisa (Ed.), Biblioteca de educación*. <https://doi.org/978-84-9784-374-4>
198. Vivar, C., Arantzamendi, M., López-Dicastillo, O., & Gordo-Luis, C. (2010). La Teoría Fundamentada como Metodología de Investigación Cualitativa en Enfermería. *Index Enferm, 19*(4). <https://doi.org/10.4321/S1132-12962010000300011>
199. Von Sydow, K. (2002). Sexual enjoyment and orgasm postpartum: Sex differences and perceptual accuracy concerning partners' sexual experience. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 23*(3), 147–155. <https://doi.org/10.3109/01674820209074667>
200. Walls, J. K., Helms, H. M., & Grzywacz, J. G. (2016). Intensive Mothering Beliefs Among Full-Time Employed Mothers of Infants. *Journal of Family Issues, 37*(2), 245–269. <https://doi.org/10.1177/0192513X13519254>
201. Watson-Gegeo, K. A. (1988). Ethnography in ESL: Defining the Essentials. *Tesol Quarterly, 22*(4), 575–592. <https://doi.org/10.2307/3587257>
202. Woolhouse, H., McDonald, E., & Brown, S. (2012). Women's experiences of sex and intimacy after childbirth: Making the adjustment to motherhood. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 33*(4), 185–190. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2012.720314>

[Bibliografía]

203. Woolhouse, H., McDonald, E., & Brown, S. J. (2014). Changes to sexual and intimate relationships in the postnatal period: Women's experiences with health professionals. *Australian Journal of Primary Health*, 20(3), 298–304. <https://doi.org/10.1071/PY13001>
204. World Health Organization. (2019). *Sexual health*. https://www.who.int/topics/sexual_health/en/%0AYee,
205. Zambrano, Y. T. (2020). La Maternidad como ideal femenino, desde lo dominante, lo residual y lo emergente. *Perspectias Revista de Ciencias Sociales*, 9, 32–50. <https://doi.org/10.35305/prcs.v0i9.149>
206. Zichi Cohen, M., & Omery, A. (2003). Escuelas de Fenomenología: implicaciones para la investigación. In Universidad de Antioquía (Ed.), *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa* (pp. 160–182).

[Anexos]

- I.** Consentimiento informado
- II.** Guion de Entrevista de mujeres
- III.** Guion de Entrevista de parejas
- IV.** Guion de Entrevista de profesionales
- V.** Comité ético. CEIm.
- VI.** Análisis de los datos a través del Software MAXQDA Plus
- VII.** Mapa relacional de la Teoría sobre los Cambios físicos en el posparto.
- VIII.** Mapa relacional de la Teoría sobre los Cambios emocionales en el posparto.
- IX.** Mapa relacional de la Teoría sobre de los Cambios vitales en el posparto.
- X.** Mapa relacional de la Teoría sobre la Sexualidad en el posparto.
- XI.** Mapa relacional de la Teoría sobre las Estrategias en el posparto.
- XII.** Mapa relacional de la Teoría sobre la Información en el posparto.
- XIII.** Mapa relacional de la Teoría sobre la Fisioterapia del suelo pélvico en el posparto.
- XIV.** Artículo I
- XV.** Artículo II

Anexo I. Consentimiento Informado de la Tesis “Percepción de la Sexualidad de la Mujer Puérpera. Estudio Cualitativo”

Se le invita a participar en un estudio de investigación llamado “Percepción de la sexualidad de la mujer puérpera. Estudio cualitativo”. Se espera con este documento facilitarle una explicación clara de la naturaleza del mismo, así como del rol de las participantes y sus derechos durante el mismo. Le pedimos que lea detenidamente este documento y consulte cualquier duda antes de firmar el consentimiento informado.

El presente estudio es realizado por Esther Delgado Pérez, profesora de la Universidad Europea, doctoranda de la Universidad de Alcalá y fisioterapeuta especializada en uroginecología y obstetricia para el desarrollo de la tesis “Percepción de la sexualidad de la mujer puérpera. Estudio cualitativo”.

La investigación pretende profundizar en la sexualidad de las mujeres tras el nacimiento de un hijo con el objetivo de generar conocimiento que permita dar nuevas visiones, facilitando el asesoramiento de los profesionales de la salud que están vinculados a la salud de la mujer, aumentando la calidad de la atención prestada.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. Asimismo, la investigadora asegura la confidencialidad de la información recibida y el anonimato de las participantes mediante un codificado en el que se asignará un código fijo, por ejemplo: entrevistas de madres – EM; y un número que corresponderá por el orden de realización de la entrevista – EM1.

Así mismo, debe de comprometerse a no divulgar el contenido de las entrevistas, si en ellas ha existido la intervención de otras personas. De esta forma, se compromete a mantener la privacidad tanto de la persona como de la experiencia compartida.

Para participar en el estudio se le pedirá su intervención en una entrevista, individual y privada o un grupo de participantes y una encuesta online, donde se le pedirá responder, desde su propia experiencia a una serie de cuestiones sobre cómo ha vivido su sexualidad tras el nacimiento de su hijo. Para que la investigación pueda realizar el análisis de la información recibida, la entrevista será grabada mediante una grabadora digital, siendo eliminado el archivo una vez haya finalizado la investigación. La duración total de la entrevista está prevista que sea de 45-60 minutos aproximadamente.

Para garantizar la veracidad de los resultados obtenidos, la investigadora se compromete a poner a su disposición la transcripción de la entrevista realizada y los resultados finales del estudio.

La finalidad de dicho estudio es únicamente la creación de conocimiento científico y su destino final será la divulgación a la comunidad científica.

Los participantes pueden renunciar a participar en la investigación en cualquier momento del transcurso de la misma, sin que ello le perjudique en forma alguna. Tiene derecho a realizar aquellas preguntas que considere oportunas sobre la investigación en cualquier momento de la misma, así como a informar a la investigadora de si alguna pregunta le resulta incómoda o no quisiera responderla.

El participante podrá contactar con la investigadora en cualquier momento del estudio a través de la siguiente dirección de correo:

esther.delgado@universidadeuropea.es o hestherdelg@gmail.com

Atentamente, agradezco su participación.

Yo, (nombre del sujeto)
con DNI he recibido de Esther Delgado Pérez la información
clara y a mi plena satisfacción sobre el estudio “Percepción de la sexualidad de la mujer puérpe-
ra. Estudio cualitativo” en el que voluntariamente quiero participar.

- Declaro que he leído la Hoja de Información al Participante sobre el estudio citado.
- Se me ha entregado una copia de la Hoja de Información al Participante y una copia de este Consentimiento Informado, fechado y firmado.
- He tenido el tiempo y la oportunidad para realizar preguntas y plantear las dudas que poseía. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.
- Accedo a que el equipo vuelva a contactar con posterioridad para continuar con este estudio.
- Se me ha asegurado que se mantendrá la confidencialidad de mis datos.
- Se me ha asegurado que se mantendrá la confidencialidad de mis datos.
- El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento del mismo, por cualquier razón y sin que tenga ningún efecto sobre mi tratamiento médico futuro. En consecuencia, doy mi consentimiento para la participación en el estudio propuesto.

Fecha, lugar y firma del participante:

Firma del investigador:

DENEGACIÓN O REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO Después de ser informado/a de la naturaleza del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi DENEGACIÓN/REVOCACIÓN para su realización.

Fecha, lugar y firma del participante:

Firma del investigador:

El responsable del Tratamiento de los datos (Esther Delgado Pérez), en cumplimiento del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de éstos, en adelante RGPD, le informa que, si participa en este estudio, sus datos clínicos serán tratados por el equipo investigador para extraer conclusiones del Proyecto.

También podrán acceder a los datos las autoridades sanitarias y los miembros del comité ético si lo considerasen necesario. Todos los datos personales, serán tratados conforme a las leyes actuales de protección de datos, especialmente conforme al RGPD.

No será posible identificarle a usted a través de las comunicaciones que pudiera generar este estudio. Usted es el responsable de la veracidad y corrección de los datos que nos entrega y tiene la facultad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad y de oposición de sus datos de acuerdo con lo dispuesto en la normativa en materia de protección de datos. Para ejercerlos, deberá dirigirse por escrito a la dirección de correo electrónico esther.delgado@universidadeuropea.es , en cualquier caso deberá adjuntar una fotocopia de su documento nacional de identidad o equivalente. En caso de no estar de

acuerdo con el tratamiento realizado por nuestra Entidad o considerar vulnerados sus derechos, tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de datos.

Anexo II. Guion de Entrevista de Mujeres

Preguntas iniciales:

- ¿Has/habéis retomado algún tipo de relación sexual con tu/vuestra pareja tras el nacimiento del bebé?
- ¿Cómo estás/estáis viviendo esta nueva etapa (posparto)?
- ¿Cómo te/os sientes/sentís al reiniciar las relaciones sexuales?

DESEO SEXUAL

- ¿Tienes/tenéis pensamientos que te/os inciten tener relaciones sexuales? ¿Cómo son tus/vuestros pensamientos que te/os muestran tener interés sexual?
- ¿Qué te/os motivó a retomar las relaciones sexuales?
- ¿Qué predisposición tienes/tenéis a tener relaciones sexuales sola o con tu/vuestra pareja?
- ¿Crees/creéis que se ha modificado tu/vuestro interés hacia el sexo después del parto?
- Dime/decidme que factores crees/creéis que pueden influir
- ¿Crees/creéis que la lactancia puede influenciar en tu/vuestro deseo? ¿Piensas/pensáis en si estas/estáis satisfaciendo a tu/vuestra pareja? ¿Qué importancia que le das/dais a la sexualidad?

EXCITACIÓN

- ¿Sientes/sentís la misma excitación que antes?
- ¿Crees/creéis que tienes/tenéis pensamientos que interfieren en tu/vuestra actividad sexual? Poner ejemplos como tareas de casa, compra, ideas que te alejen del acto.

LUBRICACIÓN

- ¿Sientes/sentís que lubricas/lubricáis igual que antes del parto?

ORGASMO

- ¿Has/habéis experimentado cambios o dificultades a la hora de sentir o disfrutar los orgasmos?
- ¿Han cambiado en intensidad, facilidad, ...?

SATISFACCIÓN SEXUAL

- ¿Podrías/podrías describir tu/vuestra satisfacción en relación a los encuentros sexuales?
- ¿Crees/creéis que se han modificado tus/vuestras preferencias en relación a tiempos, a posturas, ... en la relación sexual?
- ¿Crees/creéis que hay algún factor que influya? (cansancio, comunicación con tu pareja, ...)

DOLOR

- ¿Durante las relaciones sexuales has/habéis experimentado dolor en algún momento o durante la práctica de la actividad sexual?
- ¿Podrías/podrías describir más el dolor que has/habéis experimentado durante las relaciones sexuales?
- ¿Crees/creéis que tiene alguna relación tu dolor con la experiencia del parto?
- ¿Sientes/sentisteis miedo a iniciar relaciones sexuales por la experiencia del dolor? ¿Por qué?

IMAGEN CORPORAL

- ¿Cómo sientes/sentís tu/vuestro cuerpo después del parto? ¿Has/habéis sentido un cambio en tu/vuestro cuerpo tras el parto?
- ¿Crees/creéis que tu/vuestra forma de sentir tu/vuestro cuerpo influye en tus/vuestras relaciones sexuales? ¿De qué forma?

ESTRÉS FAMILIAR/PAREJA/discordancia del deseo

- ¿Cómo vives/vivís el vínculo con tu/vuestro bebé? ¿En qué crees/creéis que este vínculo podría dificultar tus/vuestras relaciones con su/vuestra pareja?
- ¿Cómo crees/creéis que vive tu/vuestra pareja este vínculo?
- ¿Podrías/podríaís describirme cómo de satisfecha te/os encontras/encontráis con tu/vuestra pareja?
- ¿Qué necesidades no ves/veis cubiertas en tu/vuestra relación de pareja?
- ¿Crees/creéis que hay algún factor que influya en tu/vuestra satisfacción de pareja?
- ¿Qué preocupaciones en relación a las prácticas sexuales han surgido tras el nacimiento del bebé?

INSEGURIDADES

- ¿Podrías/podríaís decirme si te/os has/habéis sentido insegura/s en algún momento en esta nueva etapa? ¿En relación a qué?

DEPRESIÓN POSPARTO

- ¿Has/habéis experimentado cambios de ánimo en este periodo?
- ¿Cómo de estresante te/os resulta esta etapa?

TIPO DE PARTO

- ¿Crees/creéis que tu/vuestro parto ha influido en su/vuestro estado actual a nivel sexual, personal y con tu/vuestra pareja?

PROFESIONALES DE LA SALUD

- ¿Existe algún tema en el que necesitarías/necesitaríaís información por parte de los profesionales de la salud?
- ¿Cómo de importante es para ti/vosotras hablar con un profesional de la salud sobre la sexualidad?
- Descríbeme/describidme cómo de satisfecha te/os encontras/encontráis en relación al asesoramiento facilitado por tu/vuestra matrona y/u obstetra en relación al tema de la sexualidad
- ¿Qué opinas/opináis de la figura del Fisioterapeuta tras el parto? ¿Crees/creéis que es importante acudir a un Fisioterapeuta especializado para la valoración y cuidado del suelo pélvico y abdomen?

ACTITUDES SEXUALES

- ¿Podrías/podríaís describirnos qué prácticas sexuales realizas en este periodo?
- ¿Hay alguna práctica en la que disfrutes/disfrutéis más?
- ¿Cómo de frecuente utilizas/utilizáis esa práctica?
- ¿De las prácticas que realizas/realizáis hay alguna en la que disfrutes/disfrutéis más que antes? ¿y menos?

Anexo III. Guion de Entrevista de Parejas

Preguntas iniciales:

- ¿Cómo estás/estáis viviendo la paternidad?
- ¿Ha/habéis retomado algún tipo de práctica sexual con tu/vuestra pareja tras el nacimiento del bebé?
- ¿Cómo te/os has/habéis sentido al retomar las relaciones sexuales?

DESEO SEXUAL

- ¿Crees/creéis que se ha modificado tu/vuestro interés hacia el sexo después del parto?
- ¿Y el de tu/vuestra pareja?
- ¿Qué factores crees/creéis que pueden influir a la hora de tener o no relaciones sexuales?

EXCITACIÓN

- ¿Crees/creéis que se ha producido un cambio en la excitación durante las relaciones sexuales tanto de tu/vuestra mujer como el tuyo/vuestro?

LUBRICACIÓN

- ¿Has/habéis percibido en ti/vosotros o tu/vuestra pareja algún cambio o dificultad a la hora de sentir o disfrutar los orgasmos?
- ¿Han cambiado en intensidad, facilidad, ...?

ORGASMO

- ¿Has/habéis experimentado cambios o dificultades a la hora de sentir o disfrutar los orgasmos?
- ¿Han cambiado en intensidad, facilidad, ...?

SATISFACCIÓN SEXUAL

- ¿Podrías/podríais describir tu/vuestra satisfacción en relación a los encuentros sexuales?
- ¿Crees/creéis que se han modificado tus/vuestras preferencias en relación al tiempo, a posturas... en la relación sexual?
- ¿Crees/creéis que hay algún factor que influya? (cansancio, comunicación con tu pareja, ...)

DOLOR

- ¿Has/habéis notado algún tipo de incomodidad física de tu/vuestra pareja al iniciar las relaciones sexuales?
- Si es así, ¿Habláis de estas incomodidades físicas? ¿propones/proponéis alternativas para evitarlas?
- ¿Cómo crees/creéis que afectan estas incomodidades a vuestros encuentros sexuales?

IMAGEN CORPORAL

- ¿Te/os ha verbalizado en alguna ocasión la insatisfacción con estos cambios?
- ¿Cómo crees/creéis que lo está viviendo tu pareja?
- ¿Crees/creéis que su forma de sentir su cuerpo influye en sus relaciones sexuales? ¿de qué forma?

ESTRÉS FAMILIAR/PAREJA/discordancia del deseo

- ¿Crees/creéis que la pareja ha cambiado tras el nacimiento del bebé?
- ¿Cómo vives/vivís el vínculo con tu/vuestro bebé?
- ¿Podrías/podríais describirme cómo de satisfecha te/os encuentras/encontráis con tu/vuestra pareja?
- ¿Qué preocupaciones en relación a las prácticas sexuales han surgido tras el nacimiento del bebé?

INSEGURIDADES

- ¿Crees/creéis que esta nueva situación podría afectar a la seguridad de vuestra pareja?

DEPRESIÓN POSPARTO

- ¿Has/habéis notado cambios de ánimo en tu/vuestra pareja durante este periodo?
- ¿Cómo de estresante te/os resulta esta etapa?

TIPO DE PARTO

- ¿Puedes explicarnos como experimentó tu pareja el parto?
- ¿Crees/creéis que el parto ha influido en el estado actual a nivel sexual, personal y con su pareja?

PROFESIONALES DE LA SALUD

- ¿Has/habéis consultado información en diferentes fuentes sobre tu/vuestra relación o en relación a ella desde el nacimiento del bebé?
- ¿Crees/creéis estar informado/s sobre los cambios sucedidos por parte de los profesionales de la salud?
- ¿Cómo de importante es para ti/vosotros que un sanitario especializado te/os hable sobre la sexología en el posparto?

ACTITUDES SEXUALES

- ¿Podrías/podríais describirnos qué prácticas sexuales realizas en este periodo?
- ¿Hay alguna práctica en la que tu pareja disfrute más o menos que antes?

Anexo IV. Guion de Entrevista de Profesionales

Preguntas iniciales:

- ¿Podrías/podrías describirme como es tu/vuestra experiencia con las mujeres tras el parto?

DESEO SEXUAL

- ¿Cómo crees/creéis que cambia el deseo sexual en mujeres puérperas?
En su experiencia, ¿Cuáles crees/creéis que serían los factores más relevantes que influyen a las mujeres puérperas a la hora de tener o no relaciones sexuales con sus parejas?

EXCITACIÓN

- ¿Crees/creéis que es posible que la excitación en mujeres se vea modificada tras el parto?

LUBRICACIÓN

- ¿Crees/creéis que la lubricación es principal para que las mujeres estén satisfechas con sus encuentros sexuales?

ORGASMO

- En relación a las mujeres con las que has/habéis trabajado ¿te/os han informado de un cambio de sensación o de calidad del orgasmo tras el parto?
¿Cuál crees/creéis que serían los factores que podrían afectar la calidad del orgasmo tras el parto?

SATISFACCIÓN SEXUAL

- ¿Crees/creéis que la satisfacción sexual de estas parejas se ha visto modificada por el nacimiento del nuevo bebé?
Podrías/podrías describir tu/vuestra satisfacción en relación a los encuentros sexuales?

DOLOR

- ¿Crees/creéis que el dolor puede ser un impedimento a la hora de tener interés sexual, excitación y satisfacción sexual?
Como profesional, ¿Qué aportas/aportáis a una paciente con dolor tras el parto?

IMAGEN CORPORAL

- ¿Cómo viven las mujeres su cambio físico y psicológico tras el parto?

ESTRÉS FAMILIAR/PAREJA/discordancia del deseo

- ¿Crees/creéis que los nuevos roles familiares supondrían un estrés para obtener una buena satisfacción sexual?

INSEGURIDADES

- ¿Muestran las mujeres inseguridades en esta etapa?

DEPRESIÓN POSPARTO

- Es común que en el posparto las madres se encuentren más estresadas, ¿Cuál ha sido tu/vuestra experiencia con estas mujeres?

TIPO DE PARTO

- ¿Cómo crees/creéis de relevante el parto en la vida sexual de los padres en el posparto?

PROFESIONALES DE LA SALUD

- ¿Cómo pueden ayudar los profesionales de la salud en la mejor de las condiciones de esta pareja durante este periodo para la mejora de la percepción sexual?
- Descríbeme/describenos las razones por las que las mujeres están más preocupadas tras el parto y piden asesoramiento profesional.
- ¿Cómo de importante piensas/pensáis que es que un fisioterapeuta especializado en suelo pélvico valore a las mujeres tras el parto?

ACTITUDES SEXUALES

- ¿Piensas que estas mujeres han modificado sus conductas sexuales o actividades sexuales durante este periodo?

Anexo V. Comité Ético. CEIm



Área de Gestión Integrada de Salud de Talavera de la Reina
INFORME DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Virginia Arroyo Pineda, Secretaria del Comité Ético de Investigación del Área Integrada de Salud de Talavera de la Reina,

CERTIFICA

Que este Comité, en la reunión celebrada el 16 de julio de 2.019, ha evaluado la propuesta referida al estudio:

- **Título:** Percepción de la sexualidad de la mujer puerpera. Estudio cualitativo.
- **Código:** No tiene.
- **Código CEIm:** 35/19.
- **Tipo de estudio:** Proyecto de investigación de tesis doctoral.
- **Promotor:** No tiene.
- **Investigador:** Esther Delgado Pérez (Fisioterapeuta CLM).

Considera que:

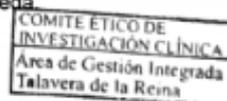
1. Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del proyecto en relación con los objetivos del mismo.
2. Que la capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar acabo el estudio.
3. Que no interfiere los postulados éticos y respeta los derechos fundamentales de la persona.

Este CEIm emite un **DICTAMEN FAVORABLE**.

Lo que firmo en Talavera de la Reina, a 28 de agosto de 2.019.

Fdo: Virginia Arroyo Pineda

Secretaria del CEIm





Área de Gestión Integrada de Salud de Talavera de la Reina
INFORME DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Virginia Arroyo Pineda, Secretaria del Comité Ético de Investigación del Área Integrada de Salud de Talavera de la Reina, hace constar que:

- En la reunión celebrada el 16 de julio de 2019 se decidió emitir el informe favorable correspondiente al estudio indicado en la página anterior.
- En dicha reunión se cumplieron los requisitos establecidos en la legislación vigente para que la decisión del citado CEIm sea válida
- La composición del CEIm que evaluó el ensayo fue la siguiente:

Presidente: Antonio Villar Ramos. Licenciado en derecho del AGI.

Vicepresidente: Gerardo Ávila Martín. *Lab Manager* de la Unidad de Investigación del Hospital Nacional de Paraplégicos.

Secretaria técnica: Virginia Arroyo Pineda. Farmacéutica de Área.

Vocales:

1. Joaquín Álvarez Gregori. Especialista en MFyC. Médico de Urgencias del HGNSP. Nuria
2. García Bonilla. Enfermera del Sº Farmacia del HGNSP.
3. Jaime González González, Especialista en MFyC. Médico de Atención Primaria.
4. Ana Cecilia Marín Guerrero. Técnico de Salud del AGI de Talavera.
5. Sofía Muro Ferrero. Enfermera, Supervisora HGNSP.
6. Clara Piqueras Romero. Farmacéutica Sº Farmacia del HGNSP.
7. Begoña Polonio López. Decana de la Facultad de Terapia Ocupacional, Logopedia y Enfermería de la UCLM.
8. Montserrat Pulido Fuentes. Profesora ayudante doctor de la Facultad de Terapia Ocupacional, Logopedia y Enfermería de la UCLM.
9. Juan Carlos Santos López. Presidente de la Cruz Roja de Talavera. Miembro no lego.
10. Esperanza Segura Molina. Farmacóloga clínica.

Lo que firmo en Talavera de la Reina, a 28 de agosto de 2019.

Fdo. Virginia Arroyo Pineda
COMITÉ ÉTICO DE
INVESTIGACIÓN CLÍNICA
Área de Gestión Integrada
Talavera de la Reina
Secretaria del CEIm

Anexo VI. Análisis de los datos a través del Software MAXQDA Plus

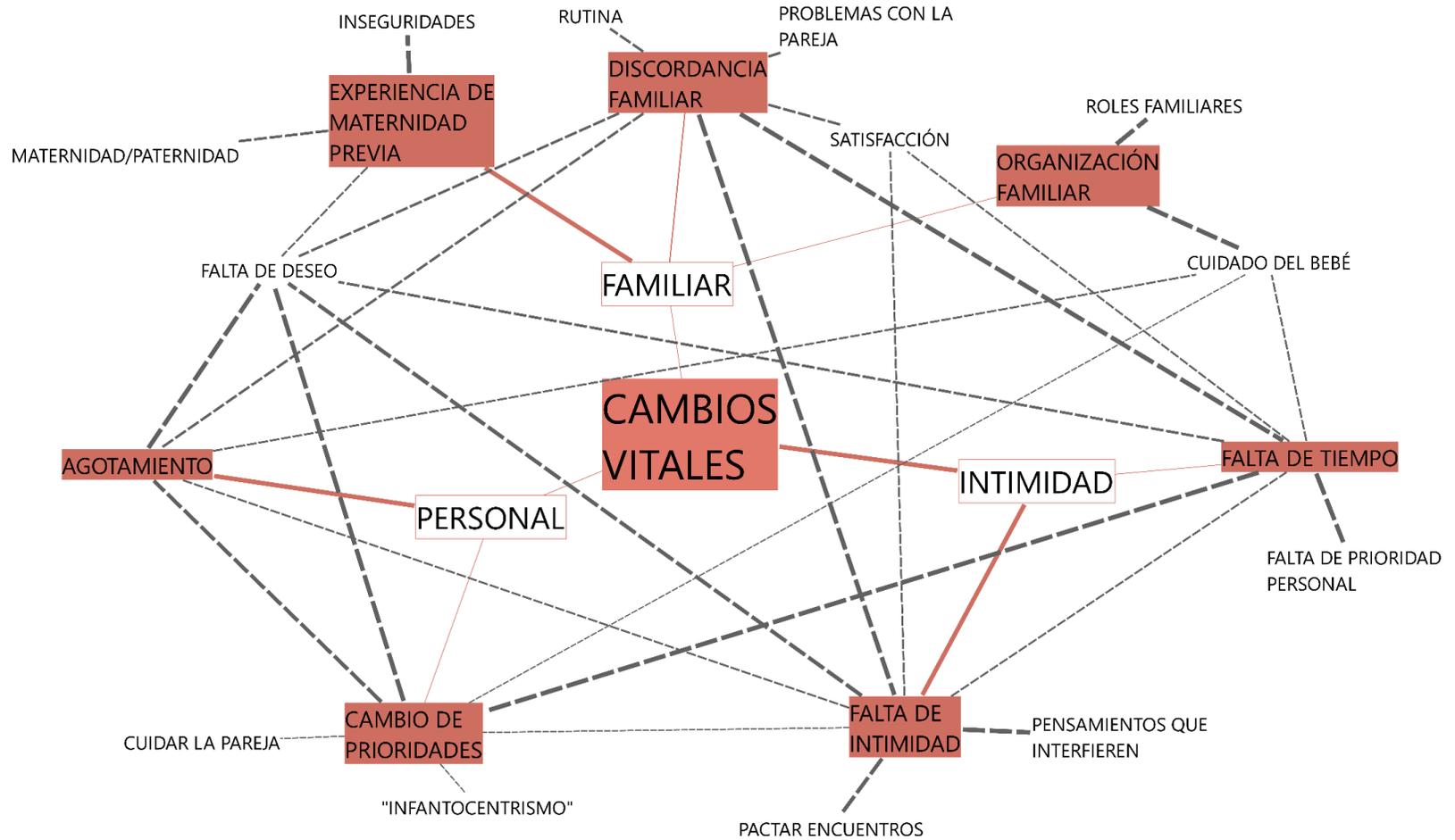
The screenshot displays the MAXQDA Plus software interface. At the top, there is a menu bar with options: Inicio, Importar, Códigos, Memos, Variables, Análisis, Métodos mixtos, Herramientas visuales, Informes, and MAXDictio. Below the menu is a toolbar with icons for various functions like MAXMapas, Matriz de código x documento, Matriz de relaciones de códigos, Mapa de código, Mapa de documento, Gráfico de comparación de documentos, Retrato del documento, Delineador de códigos, and Nube de palabras.

The main window is titled "Visor de documento: EM33 EM34 EM35 EM36 GRUPO MADRES (725 Párrafos)". It features a document viewer with a search bar and various editing tools. The document content is displayed in a central pane, showing text from several participants (EM33, EM34, EM35, EM36) discussing their experiences and feelings. The text is annotated with codes from a code system.

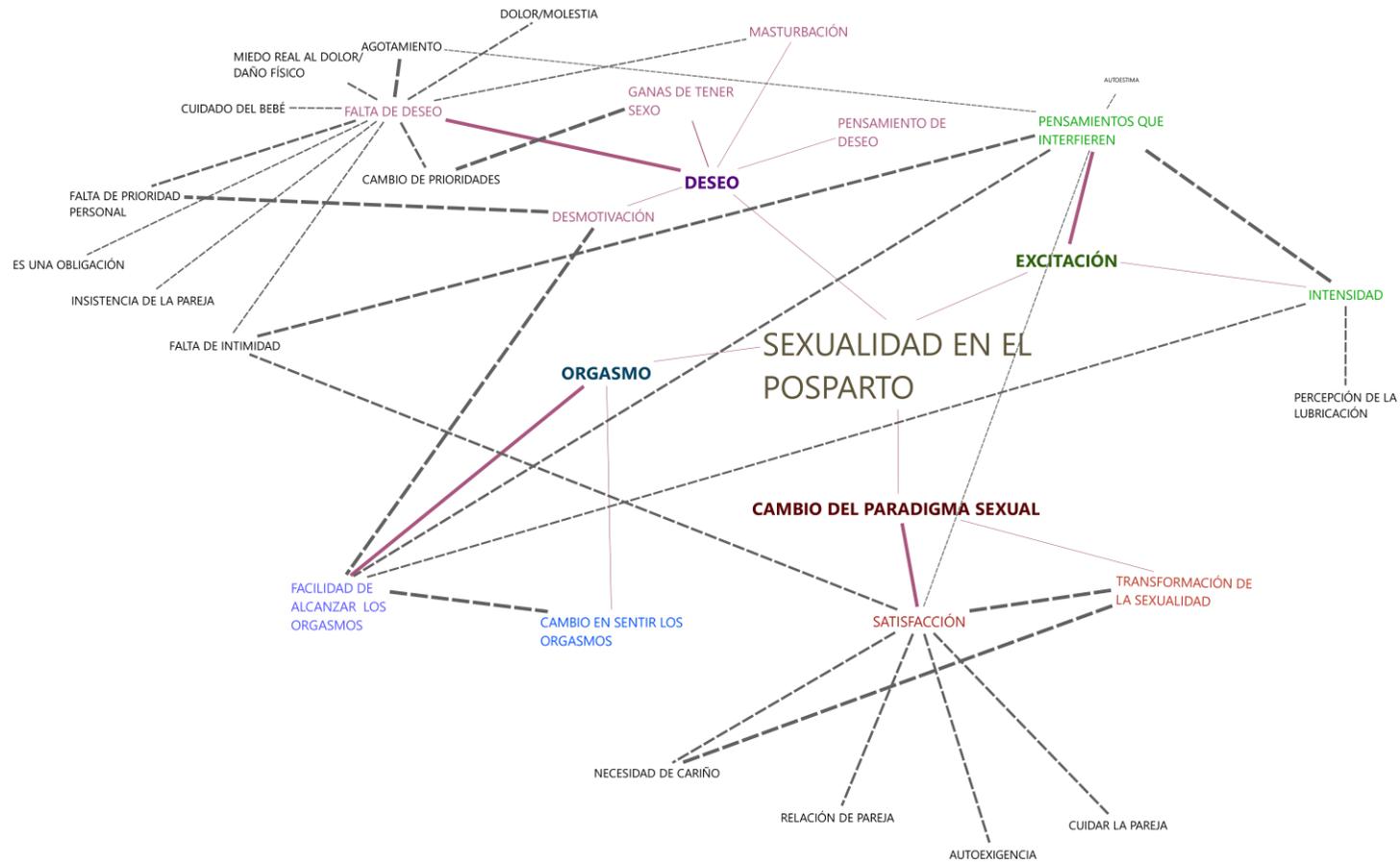
On the left side, there is a "Sistema de códigos" (Code System) pane showing a hierarchical structure of codes. The "Sistema de códigos" is expanded to show "CAMBIOS FÍSICOS" and "CAMBIOS EMOCIONALES". The "CAMBIOS FÍSICOS" code is selected, and its sub-codes are visible: "CAMBIOS EN EL CUERPO", "IMAGEN CORPORAL", "INFLUENCIA DEL PARTO Y SE...", and "INFLUENCIA HORMONAL".

On the right side, there is a "Listado de códigos" (Code List) pane showing a list of codes with their corresponding text segments. The codes listed include: "A LA HORA DE RETOMAR LAS RELACIONES", "necesidad sexual/miedo", "relaciones sexuales", "necesidad sexual/miedo *", "falta de deseo", "sexualidad", "ya conoces", "cansada", and "agotamiento/falta de deseo".

Anexo IX. Mapa relacional de la Teoría sobre de los Cambios vitales en el posparto.



Anexo X. Mapa relacional de la Teoría sobre la Sexualidad en el posparto.

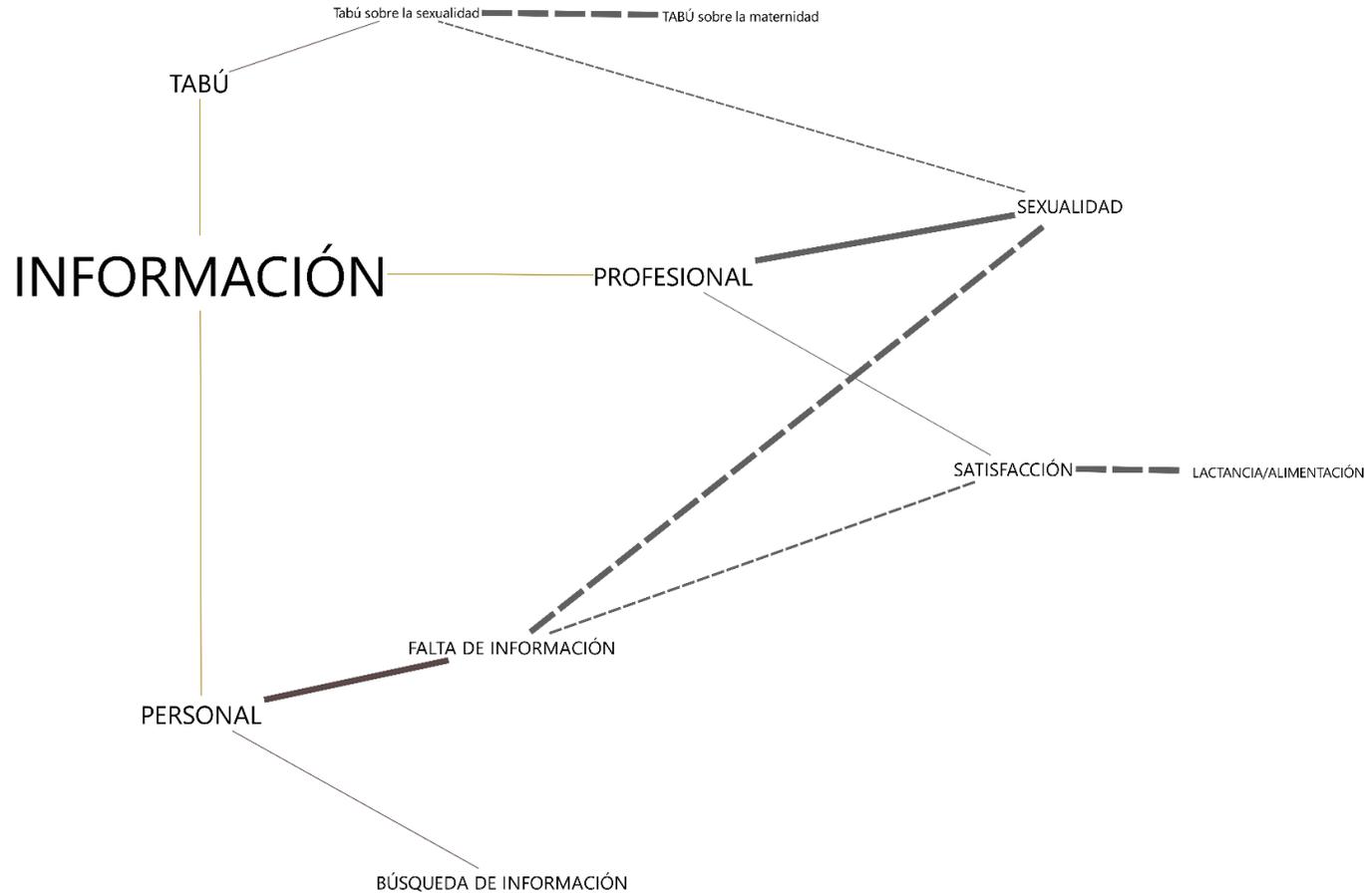


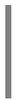


[Anexos]

| [Anexos]

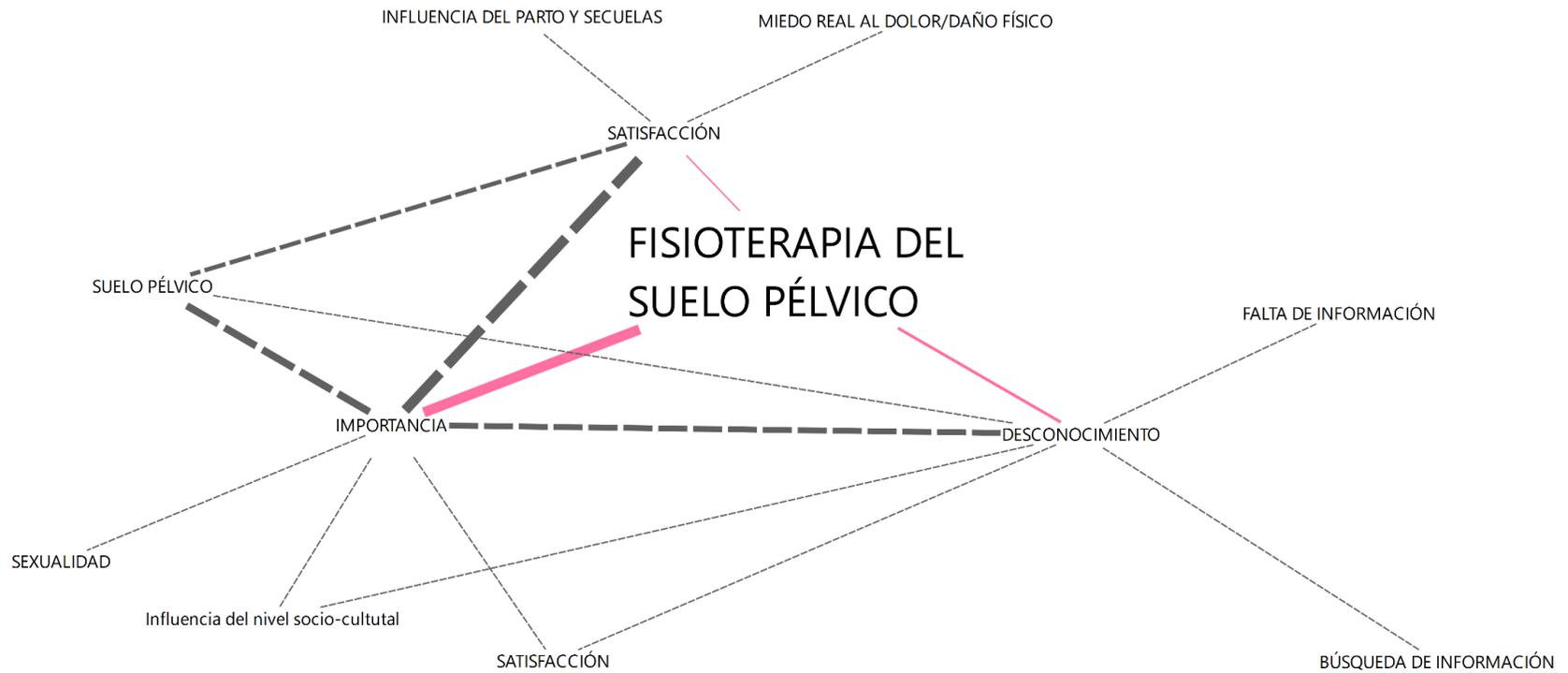
Anexo XII. Mapa relacional de la Teoría sobre la Información en el posparto.

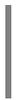




[Anexos]

Anexo XIII. Mapa relacional de la Teoría sobre la Fisioterapia del suelo pélvico en el posparto.





[Anexos]

STRATEGIES ADOPTED BY WOMEN IN RESUMPTION OF SEXUALITY AFTER CHILDBIRTH: A PHENOMENOLOGICAL APPROACH.

Abstract

Background:

The return to sexuality of women in the postpartum period is affected by the changes that occur in this period, experiencing a new reality to which they must adapt.

Objective:

The aim of this study was to find out the strategies used by BLINDED women to adapt to the changes that affect the first sexual relations after childbirth.

Design:

A qualitative study with a phenomenological approach was proposed based on three data collection techniques (in-depth interviews, focus groups and online forum).

Participants and setting:

Thirty-six women in the first six months postpartum from physiotherapy centres with maternal child speciality in several locations in Spain participated in the study. Women with different types of delivery, presence or absence of perineal trauma during delivery, previous deliveries and different types of breastfeeding were included.

Findings:

Among the strategies, closeness, support and understanding are those with which women deal with the new situation in order to improve the couple's relationship, intimacy and the vital changes that appear in the postpartum period. Changes and adaptations in sexual practices become a tool for coping with a new sexuality, especially if it is affected by the presence of pain or discomfort associated with physical changes. Having personal time facilitates emotional management and improvement of emotional changes related to the demands of motherhood.

Accepting the changes that motherhood brings is critical to dealing with the new situation.

Key conclusions:

Strategies used by women focus on acceptance, self-care, caring for their partner, having couple and personal time, and adapting encounters

Implications for practice:

The findings of this study are of interest to health professionals as it provides insight into how women cope with the changes that appear at this stage. In this way, they will be able to transmit to couples the alternatives they can adopt before the resumption of sexual relations, in order to improve satisfaction both as a couple and in terms of sexuality after childbirth.

Key words: Strategies, sexuality, intimacy, postpartum, emotional management, motherhood.

Introduction

Sexuality should be understood as a central aspect of the human being that is present throughout his or her life (World Health Organization, 2019) and is perceived differently at each stage. During the postpartum period, women face multiple physical, emotional and relational changes that inevitably affect their sexuality (Ollivier et al., 2019). The postpartum period is described, from a medical point of view, as the time needed after childbirth for the reproductive organs to return to their pre-pregnancy state, being approximately six weeks in length (McGovern et al., 2006).

The estimated time to resume sexual relations after childbirth varies between 6 and 8 weeks, but only 32% of the postpartum period is taken up again in this period (McDonald et al., 2017; McDonald et al., 2015). It is possible that the reason why women tend to delay it is because they are not yet ready due to the changes they are experiencing (Bender et al., 2018; DeMaria et al., 2019; O'Malley et al., 2018). Although between the third and sixth month postpartum most women return to sexual relations, some authors describe many as having at least one sexual problem (De Pierrepont et al., 2016; JawedWessel & Sevick, 2017; Johnson, 2011; Lurie et al., 2013).

The challenges faced by women during this period are largely due to the demanding nature of postpartum. After childbirth, women present physical factors such as the presence perineal trauma, with dyspareunia being the factor that affects sexual functionality and satisfaction (De Judicibus & McCabe, 2002; De Pierrepont et al., 2016; Leeman & Rogers, 2012; Lipschuetz et al., 2015; McBride et al., 2017; McDonald et al., 2016; O'Malley et al., 2018; Olsson et al., 2005; Priddis et al., 2014;

Serrano et al., 2020). Emotional factors also influence the experience of sexuality: depression, the responsibility to assume new roles, fears that accompany motherhood and the image distortion is common at this stage (Bender et al., 2018; Olsson et al., 2005). In addition, the sexuality of postpartum women is impaired by fatigue, extreme tiredness, lack of time for oneself or intimacy with the partner (Khajehei and Doherty, 2018; Woolhouse et al., 2012).

Studies show how these factors (physical, emotional, and vital) are responsible women showing less sexual interest or desire, lack of lubrication, arousal, and changes in sensitivity that hinder pleasure or orgasm, which implies less sexual satisfaction of the couple (De Judicibus and McCabe, 2002; Gutzeit et al., 2020; O'Malley et al., 2018; Olsson et al., 2005; Wallwiener et al., 2017).

The vast majority of studies focus on identifying the changes that occur at this stage and are responsible for change in sexual health sexual (Barrett et al., 2000; DeMaria et al., 2019; Jawed-Wessel et al., 2017; Leeman & Rogers, 2012; Woolhouse et al., 2014) although few analyses women's strategies for coping with change in sexual health from their own perspective and what it means for women. The study by O'Malley et al. (2019) exposes strategies at 12 months postpartum before the restart of coital relationships, the management of physical changes, as well as showing the strategies for overcoming psychological changes. In addition, Bender et al. (2018) describe women's needs for intimacy, communication and closeness in dealing with sexual experience at 6 and 12 months postpartum. The study by Priddis et al. (2014), performed on women who had suffered perineal trauma,

describes some of the strategies women use to cope with the new reality between 7 weeks and 12 years postpartum, without becoming the specific subject of study.

In view of the scarcity of studies in this field in postpartum periods given the scarcity of studies in this field in postpartum periods of less than 6 months, this research was proposed with the main objective of finding out the strategies used by Spanish women to adapt to the changes that affect the first sexual encounters after childbirth.

Methods

A qualitative, phenomenological study with a descriptive perspective was carried out (Giorgi, 2005; Giorgi and Giorgi, 2003). The research was carried out between June 2017 and May 2019. Five researchers conducted the study, two physiotherapists («BLINDED»

& «BLINDED») with expertise in women's health and three researchers ("BLINDED" & «BLINDED») with experience in qualitative research. The researcher («BLINDED»), whose specialized work is developed in the field of maternity focused on postpartum care, discovers the problems in sexuality to which women are exposed during this period and the little specific professional attention they receive. This way, the need arises to deepen how women adapt or adjust to the characteristic changes of the period that directly affect sexuality.

Recruitment and Inclusion criteria

The women were recruited in the context of private Physiotherapy Centres located in three different locations in ("BLINDED"). ("BLINDED"), two centres in Madrid ("BLINDED"), another in Toledo ("BLINDED") and finally, one in Talavera de la Reina ("BLINDED"). The selected centres had a specific unit in mother and child care, where the collaborating researchers carried out the recruitment of participants. The women had to be of legal age, physically and mentally able to understand and participate in the study and understand the Spanish language. Women who had given birth in the last 6 months were included, without excluding the type of delivery, presence or not of perineal trauma during delivery, previous deliveries or type of breastfeeding. All women with systemic or neurological diseases and/or cognitive problems were excluded, as well as those mothers who, during childbirth, she or her baby had problems requiring hospitalisation or loss of the baby due to perinatal death. The sample was selected by theoretical sampling (Ruiz Olabuénaga, 2012) by physiotherapists from private physiotherapy centres in each locality.

Data Collection

The PI carried out the data collection through different methods: 1) two conversation techniques: in-depth interviews (Taylor & Bogdan, 1987) and discussion groups (Ibáñez, 1979) and 2) a technique based on observation, through an online forum (Brito, 2004). For the development of these, PI was supported by a semi-structured interview guide (table 1). The place and the day of the interviews or discussion groups were agreed with the participants, being chosen preferably for the most intimate places, such as the participant's home and in the case of the discussion groups, in the collaborating physiotherapy centers. Concerning the online forum, it took place in a private room on the Facebook interface. The room was called "Sex After Childbirth" and was active between March

and May 2018, where the participating women presented their experiences over a full week on the topics shown in table 1.

Table 1. Issues covered in the interviews, the focus group and the online forum.

TOPICS
• Experience of the post-partum stage.
• Feeling when resumption of sexual activity.
• Phases of sexuality: sexual desire, arousal, orgasm. Identification of possible influencing factors.
• The perception of lubrication.
• The state of sexual satisfaction during this period.
• Experience of pain during sexual relations.
• Identification of concerns, fears associated with pain.
• Identification of body image and deepening in relation to the feelings aroused.
• Deepening of the family environment.
• Deepening of the couple's relationship, identifying possible changes after the birth of the baby.
• Identification of fears and insecurities that may arise after the birth of the baby.
• Emotional situation of the woman during this period. Post-partum sadness and/or depression.
• Inquire about the birth experience.
• Sexual attitudes in the postpartum period.

Data analysis

All interviews were recorded and transcribed entirely by the PI. For the coding of the fragments the qualitative analysis software MAXQDA in its 2018 version was used that facilitated the interactive process on which the theorization has been based (Bringer et al., 2006). After an in-depth reading, three members of the research team ("BLINDED" & "BLINDED") carried out an open, axial

and selective coding (Strauss and Corbin, 1998) and subsequently, they worked together to regroup and agree on the topics through the creation of a code book (Cano & González, 2010)) with the aim of generating a conceptual framework that would explain the phenomenon. Theoretical saturation was achieved with the contribution of GDM31, in the discussion group carried out with postpartum women. All data were processed following the validation process based on Guba's (1981) regulated criteria to establish scientific rigor: credibility, transferability, dependence and confirmability (Guba, 1981; Latorre, 2003). The triangulation of methods, researchers and locations, the reflection of the research team, the recording of the phenomenon, being as precise as possible, and the description of the methodology developed were guaranteed. Finally, the Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR) guidelines (O'Brien et al., 2014) were followed as an element to increase scientific rigor.

FINDINGS

The sample consisted of 36 women whose sociodemographic data are reflected in table 2, as well as the gynaecological and obstetric data in table 3. In relation to participation, 14 women formed the sample of the 3 discussion groups that were conducted in («BLINDED») (5 women), («BLINDED») (4 women) and («BLINDED») (5 women), 12 women were interviewed individually and 10 women participated in the online forum. The mean age of the 36 women was 34 years of age (within the range of 27-39 years), and the mean postpartum period ranged from 2 weeks to 4 months.

Table 2. Socio-demographic data of the participants.

Characteristics	n*	%
Years		
Between 25 and 30 years old	2	5.55
Between 31 and 35 years old	24	66.66
Between 36 and 39 years old	10	27.77
Parity		
Primiparous	21	58.33
Secundiparous	12	33.33
Multiparous	3	8.33
Marity Status		
Single	28	77.77
Married	8	22.22
Educational level		
Secondary Education	6	16.66
Higher Education	26	72.22
Master's or Doctorate	4	11.11

Note: n. number of participants; % percentage of participants

Table 3. Gynaecological and obstetric data, characteristics of the postpartum period and restart of relations.

Characteristics	n*	%
Type of delivery		
Vaginal without injury	10	27.77
Vaginal episiotomia or minor tears	23	63.88
Vaginal with 3rd degree tears	1	2.77
Dystocic birth or delivery	4	11.11
C-section or Caesareans	2	5.55
Breastfeeding		
Exclusive maternal	28	77.77
Mixed	4	11.11
Artificial	4	11.11
Resumption of sexual activity		
Not taken up	3	8.33
6-8 weeks after childbirth	23	63.88
3 months after childbirth	7	19.44
6 months after childbirth	3	8.33
Postpartum period of participation		
Less than a month	0	0
Between 1 and 3 months	8	22.22
Between 3 and 4 months	9	25
Between 5 and 6 months	19	52.77

Note: n. number of participants; % percentage of participants

Faced with the physical, emotional and vital changes characteristic of the postpartum period, women look for alternatives or strategies to improve their sexual satisfaction during the postpartum period and manage the new situation. Through the process of analyzing the collected material, 17 codes were identified and grouped into 3 categories. One of the categories was divided into two sub-categories, formed by 11 of the 17 codes (table 4). A total of 329 units of meaning related to the strategies used by women to cover physical, emotional and vital changes affecting sexuality were obtained. Theoretical saturation was achieved with the contribution of GDM31, in the discussion group with postpartum women.

Table 4: Strategies Categories and Codes

Categories	Sub-categories	Codes
Strategies to address physical changes		Adaptations in the encounters
		Pain and other dysfunctions
Strategies for dealing with emotional changes	Body image	Improve self-esteem
		Attraction to the couple
		Feeling like a woman
	Emotional management	Support from other mothers
		Need for a partner
		Partner support
		Good communication
		Acceptance
		Feeling powerful
		Self-care
More individual time		
Strategies to address life changes		Taking care of the couple
		Arrange encounters
		Need for affection
		Sexual preferences

Strategies to address physical changes affecting sexuality

Using lubricants, adopting new postures and avoiding postures that may lead to pain or discomfort, and even changing the pace or depth, are the most widely used strategies by these women to manage physical changes affecting sexual relationships and to facilitate sexual encounters.

"So, in the end we never... we never get to have sexual intercourse as you said before, so maybe we do more sex games and other kinds of things, but it still hurts me. (EM4, in-depth interview with mothers).

"Well, that's in some positions, when I'm on top, for example, there are many times when it hurts me, just as I don't know, a pain, I don't know, here, and then I change position, or maybe in

some positions like "on all fours", I also feel pain, I don't know, so that's it, I do feel pain in those two positions. (EM5, in-depth interview with mothers).

These strategies arise to manage the presence of physical alterations such as pain (59 fragments referred to it), also the fear of suffering it, or the lack of lubrication.

Women related this pain to sexual practices that were associated with penetration and it was present, for many of them, from the beginning of the relationships. They described this pain as sharp, with a feeling of tightness and often as a stinging sensation, as well as feeling it with great intensity. Other women did not talk about pain, but as a constant discomfort that does not allow them to feel pleasure in sexual relations. Women considered the presence of the scar (episiotomy or tear), lack of lubrication, friction or depth of penetration as possible causes.

On many occasions, women use sexual relations to test the condition of their genital area and take measures to improve.

"No, look, I think it has been a challenge... because previously eh... when... when I started sexual relations the same thing was happening to me, it hurt quite a lot... and as I continued having relationships I hurt less and less. So, it has been more of a challenge than a fear, a saying, well, it's like I've had to re-educate my entire genital system to sex again [...]" (EM7, in-depth interview with mothers).

"My first motivation was almost to "test" myself to see if I had a lot of pain- tension in the area of the episiotomy or the vaginal introitus." (FOM17, online forum to mothers).

Strategies for dealing with emotional changes affecting sexuality

Women describe the strategies they have used to cope with the emotional changes perceived through two subcategories, which focus on how to deal with Body Image and Emotional Management, as shown in Table 4.

Women use strategies focused on self-care and exercise to feel better and in response to physical changes and their impact on body image (32 fragments referred to this aspect).

Physical changes are generally perceived throughout the body, and especially in the breast and genital area, affecting their self-esteem and creating insecurities that extend to their partner.

"And not only about doing sport, but about getting up and telling you... my boy J breaks, because I get up and I paint my eye line and, in the hospital, I paint myself because if not... I mean, it's an idea I have, as I look bad, because I sink. Well, I get up and paint my eye line and my mascara, just like I put my clothes on, because if I don't look bad, and if you look deadly, then you'll see... it's true!" (GFM36, mothers discussion group).*

They describe with special emphasis the need to feel like before childbirth, to feel themselves and to feel attractive and desired by their partners, as fundamental to improve their perception and self-esteem.

"Eh... well, the other day I already had the need to put on a bra of mine that wasn't a nursing bra, because it's as if you're not looking good in a horrible nursing bra, with the discs, so it doesn't help. So, I've already decided that I'm going to wear my bra when I feel like it (laughs) [...] But it's very important because it's about starting to look like you used to look and to look good". (EM8, in-depth interview with mothers).

"Yes, what happens is that he also raises my self-esteem a lot in that aspect, so, well, to feel that he likes me because it also makes me a little get up." (EM8, in-depth interview with mothers).

On the other hand, the women expressed strategies for emotional management such as attendance and participation in meetings with other postpartum women, the support provided by their partner through good communication, the positive acceptance of the changes in the postpartum period, the enjoyment of an individual time in which to enjoy themselves and take care of themselves, thanks to walks, exercise or meeting friends and finally the performance of physical activity.

The puerperium is a time of great emotional intensity due to the emotional fluctuations that are related to the state of mind that is governed by emotional ups and downs, the duality of motherhood and even by the presence of puerperal sadness. In addition to these changes that they experience, it is a time when women feel a great insecurity related to the care of the baby, the stress suffered by the couple, the pressure exerted by the environment and society and the demands that the mother herself imposes.

Meetings with other women give confidence and serenity to listen and share opinions and experiences with other women who are living the same stage. At these meetings, they can talk about baby care, their emotions, and situations to deal with.

"I'm also helped by the opinions of other mums who have been through the same thing, it's a new world for me and unknown." (FOM20, online forum to mothers).

"[...] yes, you get together with mothers and you can talk to other mothers with more experience and that." (GFM28, discussion group to mothers).

The couple is another pillar on which these women can support themselves to face the changes and to deal with the most demanding aspects of the period. The couple becomes support and sustenance through good communication which facilitates the well-being of women, because they feel more understood and consider it to be the way to improve their relationship.

"Yes, then, because he has lived... I always find him not as a support, it's that we are one, that is, we both do the same thing, I don't consider that he helps me, but we both go and we both do things, maybe he doesn't clean the bathroom but he comes out of it, what do I know, come on, it's not: "do I bathe the girl?", no, he takes and bathes her or... in that aspect it's not that he helps me, no, it's that we share the task. (EM9, in-depth interview with mothers).

"We talk apart from the child about our things because it's a moment of change; I feel that he accompanies me and I accompany him. For the moment I think we are doing well (laughs). (EM4, in-depth interview with mothers).

This support is, in turn, the main way to deal with the intimate aspects of the couple, in sexuality. They need to be understood and understood by their partners in the face of the emotions and sensations that arise in sexual encounters after childbirth.

"The communication with my partner is very good and also helps me a lot in everything, which makes me feel very comfortable and ease my relationships." (FOM14, online forum to mothers).

To cope with the new situation, women tell how important it is to accept the changes in the post-partum period, which is an advantage over negative emotions that prevent them from living motherhood fully.

"For me, having three children. Physically, during my pregnancy, I've had good all three pregnancies and postpartum... I looked beautiful all the time. I was happy to be a mother again. And, yes, your body has changed, but yeah! That's how it is. I'm not the only one, it happens to every woman in the world. Anyway, so it hasn't influenced me..." (GFM34, focus group). (GFM34, mothers' focus group).

"Indeed, you learn to accept yourself". (GFM33, mothers' focus group).

Facing the changes being aware of the strength they demonstrate; this empowerment positively influences their self-image.

"I don't care because I have something that makes up for it, right? That's my daughter. And so, I... understand that my body has done wonderful things, and that I have to give it more importance than the pure purely aesthetic aspect." (EM1, in-depth interview with mothers).

"Well, I have felt empowered with the last birth". (MS12, in-depth interviews with mothers).

Individual time management that makes you feel your time again and finding time to enjoy herself and take care of herself, through walks, exercise or meeting friends and physical activity to reduce stress are also pointed out as positive strategies in the management of emotions.

"I have been able to dedicate more time to myself, to the children and to me, so that has made me more relaxed. (GFM28, mothers' focus group).

"Look for time to take care of yourself and pamper yourself." (GFM36, discussion group for mothers).

"But I believe that also resuming the practice of some physical exercise has been more than anything, for having those two hours that are for me." (GFM34, discussion group to mothers).

"And also, when you are in a bad mood, it lifts you up like crazy, to do sport. Because before I had this one, I started to do it, and not because of the physical aspect, but because I felt better, mentally. (GFM33, mothers' focus group).

Strategies for coping with life changes affecting sexuality

Women share the search for affection and the desire to care for their partner, as well as having experienced a change in sexual preferences and the need to arrange encounters, as strategies to cope with the new situation that they are experiencing with the arrival of the baby, obtaining 132 fragments in relation to these strategies.

They highlight their eagerness to take care of their partner, cultivating their relationship through encounters in order to combat the lack of intimacy and time or the few sexual encounters.

"Very good because for me it's like that, a moment that I have that right now there are not many such moments, we have a hard time finding the moment, so it's a moment in which, I don't know, for me it's like I share, because of the way he is, I don't know, I feel good. It brings me closer to him. (MS9, in-depth interview with mothers).

"I am satisfied with being able to have some intimacy with my partner..." (FOM19, online forum with mothers). (FOM19, online forum with mothers).

In order to be able to enjoy the encounters, they describe agreeing on the encounters and looking for the right moments to be together and to be able to have moments of intimacy with their partner, trying to combat the lack of availability of time presented by the woman due to the high demand of the baby and the exhaustion that accompanies it.

"I mean, it's a little bit like... it's forced to look for moments, you know? Although then you enjoy it more than that first time, I was afraid". (GDM25, mothers' focus group).

"And then we are going to do the strategy of: "come on, we are going to be like teenagers" [...] I am going to try or we want to try to do it this way, so that at least it is not too forced, or something... I don't know, that there is a little bit of desire at least on my part, because not... because not, I don't feel like it at all". (MS8, in-depth interview with mothers).

For women, their own encounters are the basis for affection and care. Demanding a different sexuality, which for the couple becomes a moment of intimacy, companionship, closeness and sensitivity focused on the skin, touch and caresses.

"It's no longer about having the relationship itself but about sharing a moment of us, you know, so maybe that makes me think more about wanting to have that moment. (MS9, in-depth interview with mothers).

"In my case, sexual desire has been directed more towards affection, the feeling of being understood, supported and accompanied. I don't have a genitalized sexual desire (neither with myself nor with others), but rather body, skin (caresses, massages). I think it is due to breastfeeding, to the dyad with the baby. I give the baby everything he needs, and sometimes, I would like to be the one who feels cared for and protected". (FOM13, online forum for mothers).

Similarly, sexual preferences have been modified, characterizing this stage by its poor versatility in positions, games and practices. They are shorter encounters, with preferences defined by the objective of finishing and avoiding pain.

"Me, at the time of the day also, because before, I was a morning person. And now, as she sleeps at night, you have to do it at night, otherwise in the morning, it's like I said, a stress of: 'Come on, come on, the child is crying, and I don't know what'" (GFM29, mothers' focus group).

"No, the thing is that maybe they are...I mean, it's like.... Of course, unconsciously, maybe I want it to be quicker, to go more to the point (laughs)". (EM8, in-depth interview with mothers).

"Mmm, now, I enjoy oral sex more than penetration, so to speak" (MS4, in-depth interview with mothers). (MS4, in-depth interview with mothers).

Relationship between categories of strategies for sexual relations in the postpartum period

Strategies become necessary for women from the outset and arise simultaneously with the desire to resume sexual relations. Physical and emotional changes are present from childbirth and together they bring with them vital changes to cope with.

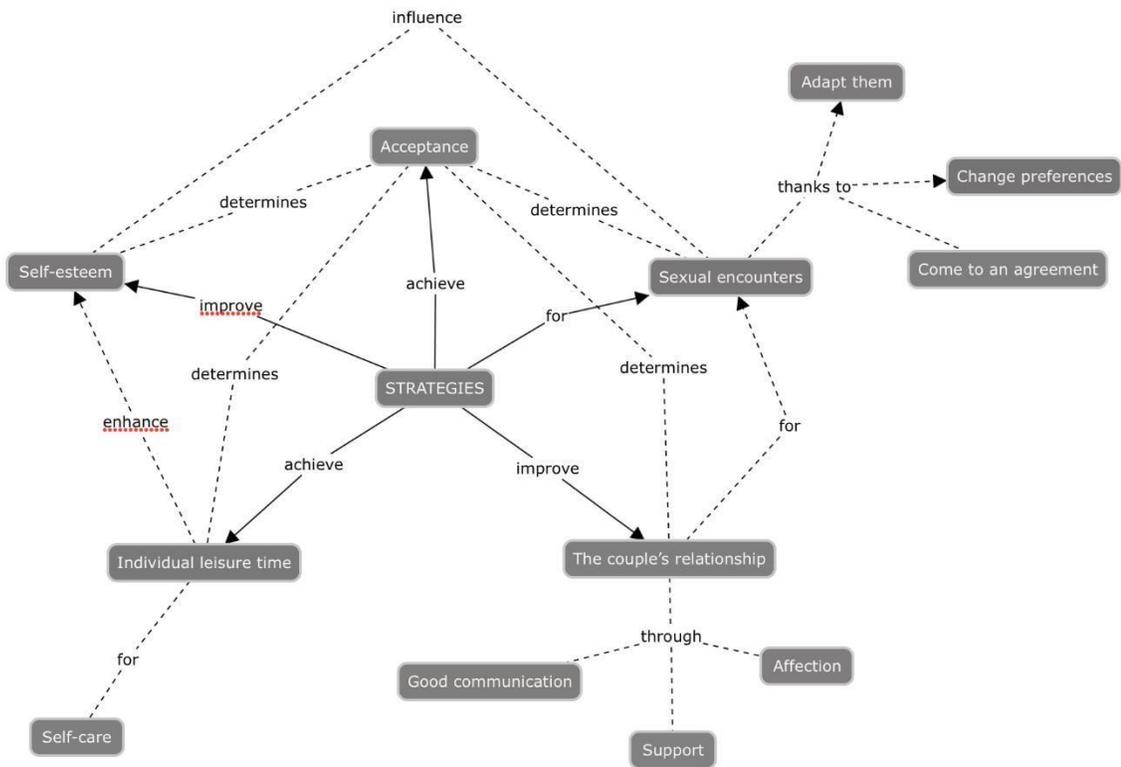
Figure 1 shows the network of connections between the strategies adopted by women when resumption of sexual activity during the postpartum period. In relation to sexuality, they need to find alternatives focused on how to cope with sexuality and they achieve it by agreeing on encounters, adapting and modifying sexual activities. In this way, the encounters themselves become their own strategy to facilitate, care for and improve the couple's relationship, according to the women. In the same way, the improvement of partner relationships contributes to more successful sexual encounters, since support and communication are key to feeling understood by their partners.

On the other hand, women show the need for affection that they sometimes obtain through sexual encounters, since they are moments of intimacy between the couple. These encounters influence and are related to women's self-esteem, sometimes boosting their perceived self-image, and in others, favored by feeling desired by their partner. Getting this individual time is essential for women to invest in taking care of themselves and exercising, so that women can invest it in taking care of themselves and exercising.

Having this time boosts self-esteem as it makes it easier for women to focus on their needs, in this case those related to physical care. Finally, acceptance of the new situation is a determining factor in improving sexuality. Understanding the situation and accepting it would have a positive effect on the couple's relationship, would improve the perception of one's own body and would make it possible to understand that this is a new stage in which sexuality has been modified and, therefore, encounters and preferences have been influenced. This acceptance would also be a determining factor for women to allow themselves space and time to take care of themselves, understanding that in order to better manage the new situation, it is essential to take care of themselves.

Having this time boosts self-esteem by making it easier to focus on your needs, in this case related to physical care. Finally, the acceptance of the new situation is decisive to improve sexuality. Understanding the situation and accepting it would positively condition the relationship as a couple, improve the perception of one's own body and make it possible to understand that it is a new stage in which sexuality has been modified and, Therefore, encounters and preferences have been influenced. This acceptance would be both decisive for women to allow themselves space and time to take care of themselves, understanding that in order to better manage the new situation it is essential to take care of themselves.

Figure 1. Network of Strategies adopted in sexual relations by women in the postpartum period.



Discussion

The present study explores the strategies women use to address the difficulties that emerge from childbirth and up to 6 months postpartum in resumption of sexual activity. A recent study (O'Malley et al., 2019) showed interest in finding these strategies through in-depth interviews with Irish women who were in a late postpartum period (mean 27 months postpartum). Compared to this, the present study focuses on the less late postpartum period (up to 6 months), studying the phenomenon in the first months postpartum. In this way, we can learn about the experiences of the restart of sexual encounters without suffering distortions, since, as some studies have shown, memory can be altered over time (Diamond et al., 2020; Sekeres et al., 2017). It is of great interest to

researchers to know how women cope with the changes that appear at this stage in which most women restart their sexuality after childbirth. Being for many women the stage of major changes. This period was determined taking into account that, between 6 and 12 months postpartum, women begin to solve the problems that affect sexuality, improving sexual function, although without reaching pre-pregnancy levels (De Pierrepont et al., 2016; Jawed-Wessel & Sevick, 2017; Johnson, 2011; Lurie et al., 2013). On the other hand, compared to the study conducted by O'Malley et al. (2019), the present study exhibits a greater depth in the phenomenon thanks to the triangulation of data collection methods (in-depth interviews, focus groups and online forum) and by conducting it in different locations.

The fact of choosing a qualitative study from a phenomenological perspective is due to the concern to deeply understand the reality of these women in the restart of relationships and subsequent encounters through their feelings, and not only focusing on specialized guides (DeMaria et al., 2019). For this reason, the study focused on the strategies that these women present through their experiences and how they influence the management of their sexuality during the postpartum period.

Although as stated in a large number of studies, many women do not resume intercourse in the 6-8 week period after childbirth (Barrett et al., 2000; McDonald et al., 2015, 2017; McDonald & Brown, 2013; O'Malley et al., 2015) in others, as is the case in the present study (63.88%), the majority of women resumed relationships during this period (Acele and Karaçam, 2012; Jawed-Wessel and Sevick, 2017). It is possibly related to the fact that the majority of the sample in this study did not suffer lacerations in vaginal delivery (27.77%) or if they did, they were minor (63.88%). According to

JawedWessel & Sevick (2017) women who have had vaginal births report the earliest time to resume sexual encounters.

One of the biggest problems encountered by women when resumption of sexual activity is based on the high prevalence of pain in the perineal area, including the fear of feeling it or damaging the area, having a major impact on their sexual identity and directly affects intimate relationships with their partners (Priddis et al., 2014). Many women, worried about the footprint that can leave in their relationships, decide to resume coital relations, motivated by taking care of the couple, putting their partner's desires before their own (Martínez-Martínez et al., 2017; O'Malley et al., 2019). As in the study by O'Malley et al. (2019) some women in the present study use sexual intercourse with their partner to test the state of their perineum after childbirth and to assess functionality after childbirth.

Dyspareunia becomes one of the most recurrent problems in the restart of sexual relations after childbirth (de Pierrepont et al., 2016; Martínez-Martínez et al., 2017; McDonald et al., 2016), with 40% experiencing it at 3 months, reducing to 28% at 12 months and 1 in 5 women still experiencing pain at 18 months (McDonald et al., 2016). This leads women to approach pain from different aspects such as the use of lubricant, adopting positions that involve less pain and where they can control the depth of penetration. These results are consistent with those of O'Malley's study (2019). In other cases, the couple adjusted sexual practices during this period. As other authors have already revealed, practices that included penetration were not the preferred ones in this period (de Pierrepont et al., 2016). The privileged practices were oral sex and masturbation, they are the first practices to be taken up, as women showed that they felt more confident with them, moving away from the socially constructed concept or sexual expression based on intercourse (de Pierrepont et al.,

2016; Hipp et al., 2012; Jawed-Wessel and Sevick, 2017; Ollivier et al., 2019; Serrano Drozdowskyj et al., 2020). Indeed, as Bender et al. (2018) rightly describes, for many women physical intimacy does not include coital relations, thus defining a new concept of sexuality based more on emotional than physical intimacy.

Women are in a transition to a new reality, from the moment of childbirth, they are exposed to changes that they have to cope with. The lack of time for self-care, the physical change linked to pregnancy and subsequent childbirth, the change of priorities and the high demand of the baby lead to an increase in stress that is reflected in self-esteem (McBride et al., 2017). Authors such as Serrano (2020), support the contributions provided by our participants, in which they revealed that self-care through sports activity or grooming (make-up, clothing style...) brought benefits to their own image (Serrano et al., 2020). Bender et al. (2018) in her qualitative study also reflected the benefits of doing sport and feeling attractive. Other studies indicated that feeling desired by their partner produced a positive effect on their self-esteem, which was reflected in an increase in sexual desire and predisposition to have sex with their partner (Hipp et al., 2012; McBride et al., 2017; Meltzer and McNulty, 2010).

This period brings with it a restructuring of the woman and it is common for them to express that they feel disconnected from themselves and their bodies, without being able to control them (Serrano et al., 2020). This same author, in this study, indicates and supports the results of the present study, in which body acceptance is fundamental for healthy sexual functionality. Other authors have shown that, after childbirth, many women recognize experiencing changes through childbirth that give them greater knowledge and respect for their bodies, appreciating what their bodies have been able to achieve, strengthening a relationship or feeling of empowerment that brings them fem-

inity to their figure and makes them feel more attractive (de Pierrepont et al., 2016; Khajehei & Doherty, 2018; O'Malley et al., 2019; Olsson et al., 2005; Priddis et al., 2014; Prinds et al., 2019; Serano et al., 2020; Woolhouse et al., 2012).

On the other hand, the postpartum period is considered a time of uncertainty, in which the mother takes on a new role associated with motherhood, which has to be intertwined with other roles that are formed in the family. This transition to motherhood, again, makes women emotionally vulnerable, surfacing many insecurities (Carvalho et al., 2017; Ollivier et al., 2019). Our participants described that sharing with others who are experiencing the same situation as them, both in motherhood support groups and breastfeeding groups, brought them serenity and emotional well-being, these supports have been previously described by some studies (Priddis et al., 2014). In addition, they feel the need for support through the advice of health professionals who can address concerns about baby and postpartum care. This need is supported by many other studies which also show that they do not feel accompanied during the postpartum period, because, according to them, medical check-ups during this period are insufficient (Barrett et al., 2000; Bender et al., 2018; DeMaria et al., 2019; O'Malley et al., 2019; Olsson et al., 2005).

The postpartum period is intrinsically a transformation of women, couples and families. These changes, in the case of the participants of this study, manage to deal with them together with their partner. The couple's commitment to upbringing or sharing household tasks leads to an increase in emotional satisfaction that is closely linked to the couple's sexual satisfaction (Cost et al., 2016; Martínez-Martínez et al., 2017; McDonald et al., 2015, 2017). Other studies endorse these findings in relation to the fact that the communication in the couple, that the woman feels understood and supported, gives the couple a window of intimacy that facilitates the satisfaction (Bender

et al., 2018; de Pierrepont et al., 2016; Khajehei, 2016; O'Malley et al., 2019; Schlagintweit et al., 2016). In the same way, they describe how connection and closeness with their partner positively influences sexuality, due to a new way of understanding and expressing intimacy as a couple (Conradi et al., 2017; de Pierrepont et al., 2016; Ollivier et al., 2019; Woolhouse et al., 2012).

Women and their partners are not prepared for possible changes and how they impact on their intimate relationship (Martínez-Martínez et al., 2017). This shows the need for sex education and interventions focused on addressing the concerns that arise in relation to sexuality (Olsson et al., 2005; Schlagintweit et al., 2016). It is important, in turn, in addition to providing information that fits the reality that couples live, to create a broader definition of postpartum sexual health (Bender et al., 2018; Ollivier et al., 2019) enabling couples to explore new sexuality free of emotional burdens, such as guilt, which are based on beliefs or expectations of previous sexuality (DeMaria et al., 2019; McBride et al., 2017; Ollivier et al., 2019). That is why acceptance of the changes and the new situation can lead women to experience sexuality in a more satisfying way (Martínez-Martínez et al., 2017; Ollivier et al., 2019; Serrano et al., 2020; Woolhouse et al., 2012).

Limitations

Since this is a study describing women's experiences with their sexuality, it is possible that some participants showed some reluctance to speak openly in front of a health professional or in the case of the focus groups in front of the rest of the mothers, since it may still be considered a taboo issue that they find difficult to talk about (Montemurro et al., 2015). Another limitation of the study is that the women in the sample were heterosexual, depriving us of the knowledge of how women

with non-heteronormative relationships experience this stage. On the other hand, the fact that the women in the study had a medium-high socio-cultural level prevents learning about strategies in other socio-cultural settings.

Ethical approval

Ethical approval was granted by the Clinical Research Committee of the «BLINDED» (CEIm 35/19). In all cases, participant consent was obtained. The study has been carried out in accordance with The Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki).

Declaration of competing interest None declared. **Funding sources**

No funding.

References

Acele, E.Ö., Karaçam, Z., 2012. Sexual problems in women during the first postpartum year and related conditions. *J. Clin. Nurs.* 21, 929–937. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03882.x>

Barrett, G., Pendry, E., Peacock, J., Victor, C., Thakar, R., Manyonda, I., 2000. Women's sexual health after childbirth. *BJOG An Int. J. Obstet. Gynaecol.* 107, 186–195. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2000.tb11689.x>

Bender, S.S., Sveinsdóttir, E., Fridfinnsdóttir, H., 2018. “You stop thinking about yourself as a woman”. An interpretive phenomenological study of the meaning of sexuality for Icelandic women during pregnancy and after birth. *Midwifery* 62, 14–19. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.03.009>

Bringer, J.D., Johnston, L.H., Brackenridge, C.H., 2006. Using Computer-Assisted Qualitative Data Analysis Software to Develop a Grounded Theory Project. *Field methods* 18, 245–266. <https://doi.org/10.1177/1525822X06287602>

Brito R., V., 2004. El foro electrónico: una herramienta tecnológica para facilitar el aprendizaje colaborativo. *Educec. Rev. Electrónica Technol. Educ.* <https://doi.org/10.21556/edutec.2004.17.532>

Cano Arana, A., González Gil, T., 2010. Introducción al análisis de datos en investigación cualitativa: tipos de análisis y proceso de codificación (II). *Nure Investig.* 1–10.

Carvalho, J.M. das N., Ribeiro Fonseca Gaspar, M.F., Ramos Cardoso, A.M., 2017. Challenges of motherhood in the voice of primiparous mothers: Initial difficulties. *Investig. y Educ. en Enferm.* 35, 285–294. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v35n3a05>

Conradi, H.J., Noordhof, A., Dingemanse, P., Barelds, D.P.H., Kamphuis, J.H., 2017. Actor and Partner Effects of Attachment on Relationship Satisfaction and Sexual Satisfaction Across the Genders: An APIM Approach. *J. Marital Fam. Ther.* 43, 700–716. <https://doi.org/10.1111/jmft.12222>

Cost, K.T., Plamondon, A., Unternaehrer, E., Meaney, M., Steiner, M., Fleming, A.S., 2016. The more things change, the more things stay the same: Maternal attitudes 3 to 18 months postpartum. *Acta Paediatr. Int. J. Paediatr.* 105, e320–e327. <https://doi.org/10.1111/apa.13409>

De Judicibus, M.A., McCabe, M., 2002. Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. *J. Sex Res.* 39, 94–103. <https://doi.org/10.1080/00224490209552128>

de Pierrepont, C., Polomeno, V., Bouchard, L., Reissing, E., 2016. Que savons-nous sur la sexualité périnatale? Un examen de la portée sur la sexopérinatalité – partie 1. *J. Gynecol. Obstet. Biol. la Reprod.* <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2016.06.003>

De Pierrepont, C., Polomeno, V., Bouchard, L., Reissing, E., 2016. Que savons-nous sur la sexualité périnatale ? Un examen de la portée sur la sexopérinatalité-Partie 2 What do we know about perinatal sexuality? A scoping review on sexoperinatality-Part 2. *J. Gynecol. Obstet. Biol. la Reprod.* 45, 809–820. <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2015.11.001>

DeMaria, A.L., Delay, C., Sundstrom, B., Wakefield, A.L., Avina, A., Meier, S., 2019. Understanding women's postpartum sexual experiences. *Cult. Heal. Sex.* 1–15. <https://doi.org/10.1080/13691058.2018.1543802>

Diamond, N.B., Armson, M.J., Levine, B., 2020. The Truth Is Out There: Accuracy in Recall of Verifiable Real-World Events. *Psychol. Sci.* <https://doi.org/10.1177/0956797620954812>

Giorgi, A., 2005. The phenomenological movement and research in the human sciences. *Nurs. Sci. Q.* 18, 75–82. <https://doi.org/10.1177/0894318404272112>

Giorgi, A., Giorgi, B., 2003. The descriptive phenomenological psychological method. *Am. Psychol. Assoc.* <https://doi.org/10.1163/156916212X632934>

Guba, E., 1981. Criterios de credibilidad en la investigación naturalista, in: Gimeno I, Pérez A. *La Enseñanza: Su Teoría y Su Práctica.* Akal, Madrid.

Gutzeit, O., Levy, G., Lowenstein, L., 2020. Postpartum Female Sexual Function: Risk Factors for Postpartum Sexual Dysfunction. *Sex. Med.* 8, 8–13. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2019.10.005>

Hipp, L.E., Kane Low, L., Van Anders, S.M., 2012. Exploring Women's Postpartum Sexuality: Social, Psychological, Relational, and Birth-Related Contextual Factors. *J. Sex. Med.* 9, 2330–2341. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02804.x>

Ibáñez J., 1979. Más allá de la sociología. El grupo de discusión. Siglo XXI, Madrid.

Jawed-Wessel, S., Herbenick, D., Schick, V., 2017. The Relationship Between Body Image, Female Genital Self-Image, and Sexual Function Among First-Time Mothers. *J. Sex Marital Ther.* 43, 618–632. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2016.1212443>

Jawed-Wessel, S., Sevick, E., 2017. The Impact of Pregnancy and Childbirth on Sexual Behaviors: A Systematic Review. *J. Sex Res.* 54, 411–423. <https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1274715>

Johnson, C.E., 2011. Sexual health during pregnancy and the postpartum (CME). *J. Sex. Med.* 8, 1267–1284. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02223.x>

Khajehei, M., 2016. Prevalence and Risk Factors of Relationship Dissatisfaction in Women During the First Year After Childbirth: Implications for Family and Relationship Counseling. *J. Sex Marital Ther.* 42, 484–493. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2015.1069433>

Khajehei, M., Doherty, M., 2018. Women's experience of their sexual function during pregnancy and after childbirth: A qualitative survey. *Br. J. Midwifery* 26, 318–328. <https://doi.org/10.12968/bjom.2018.26.5.318>

Latorre, A., 2003. La investigación acción: Conocer y cambiar la práctica educativa. Barcelona.

Leeman, L.M., Rogers, R.G., 2012. Sex after childbirth: Postpartum sexual function. *Obstet. Gynecol.* <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3182479611>

Lipschuetz, M., Cohen, S.M., Liebergall-Wischnitzer, M., Zbedat, K., Hochner-Celnikier, D., Lavy, Y., Yagel, S., 2015. Degree of bother from pelvic floor dysfunction in women one year after first delivery. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 191, 90–94. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2015.05.015>

Lurie, S., Aizenberg, M., Sulema, V., Boaz, M., Kovo, M., Golan, A., Sadan, O., 2013. Sexual function after childbirth by the mode of delivery: A prospective study. *Arch. Gynecol. Obstet.* 288, 785–792. <https://doi.org/10.1007/s00404-013-2846-4>

Martínez-Martínez, A., Arnau, J., Salmerón, J.A., Velandrino, A.P., Martínez, M.E., 2017. The sexual function of women during puerperium: a qualitative study. *Sex. Relatsh. Ther.* 32, 181–194. <https://doi.org/10.1080/14681994.2016.1263389>

McBride, H.L., Olson, S., Kwee, J., Klein, C., Smith, K., 2017. Women's Postpartum Sexual Health Program: A Collaborative and Integrated Approach to Restoring Sexual Health in the Postpartum Period. *J. Sex Marital Ther.* 43, 147–158. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2016.1141818>

McDonald, E., Gartland, D., Small, R., Brown, S.J., 2016. Frequency, severity and persistence of postnatal dyspareunia to 18 months postpartum: A cohort study. *Midwifery* 34, 15–20. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.01.012>

McDonald, E., Woolhouse, H., Brown, S.J., 2017. Sexual pleasure and emotional satisfaction in the first 18 months after childbirth. *Midwifery* 55, 60–66. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.09.002>

McDonald, E., Woolhouse, H., Brown, S.J., 2015. Consultation about Sexual Health Issues in the Year after Childbirth: A Cohort Study 42, 354–361.

McDonald, E.A., Brown, S.J., 2013. Does method of birth make a difference to when women resume sex after childbirth? *BJOG An Int. J. Obstet. Gynaecol.* 120, 823–830. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12166>

McDonald, E.A., Gartland, D., Small, R., Brown, S.J., 2015. Dyspareunia and childbirth: A prospective cohort study. *BJOG An Int. J. Obstet. Gynaecol.* 122, 672–679. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13263>

McGovern, P., Dowd, B., Gjerdingen, D., Gross, C.R., Kenney, S., Ukestad, L., McCaffrey, D., Lundberg, U., 2006. Postpartum health of employed mothers 5 weeks after childbirth. *Ann. Fam. Med.* 4, 159–167. <https://doi.org/10.1370/afm.519>

Meltzer, A.L., McNulty, J.K., 2010. Body Image and Marital Satisfaction: Evidence for the Mediating Role of Sexual Frequency and Sexual Satisfaction. *J. Fam. Psychol.* 24, 156–164. <https://doi.org/10.1037/a0019063>.Body

Montemurro, B., Bartasavich, J., Wintermute, L., 2015. Let's (Not) Talk about Sex: The Gender of Sexual Discourse. *Sex. Cult.* 19, 139–156. <https://doi.org/10.1007/s12119-014-9250-5>

O'Brien, B.C., Harris, I.B., Beckman, T.J., Reed, D.A., Cook, D.A., 2014. Standards for reporting qualitative research: A synthesis of recommendations. *Acad. Med.* 89, 1245–1251. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>

O'Malley, D., Higgins, A., Begley, C., Daly, D., Smith, V., 2018. Prevalence of and risk factors associated with sexual health issues in primiparous women at 6 and 12 months postpartum; A longitudinal prospective cohort study (the MAMMI study). *BMC Pregnancy Childbirth* 18, 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12884-0181838-6>

O'Malley, D., Higgins, A., Smith, V., 2015. Postpartum sexual health: A principle-based concept analysis. *J. Adv. Nurs.* 71, 2247–2257. <https://doi.org/10.1111/jan.12692>

O'Malley, D., Smith, V., Higgins, A., 2019. Women's solutioning and strategising in relation to their postpartum sexual health: A qualitative study. *Midwifery* 77, 53–59. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.06.012>

Ollivier, R.A., Aston, M.L., Price, S.L., 2019. Exploring postpartum sexual health: A feminist poststructural analysis. *Health Care Women Int.* 1–20. <https://doi.org/10.1080/07399332.2019.1638923>

Olsson, A., Lundqvist, M., Faxelid, E., Nissen, E., 2005. Women's thoughts about sexual life after childbirth: focus group discussions with women after childbirth. *Scand. J. Caring Sci.* 19, 381–387.

Priddis Holly, and Schmied, V., and Dahlen Hannah, 2014. Women's experiences following severe perineal trauma: a qualitative study. *BMC Womens. Health* 14, 32. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-14-32>

Prinds, C., Nikolajsen, H., Folmann, B., 2019. Yummy Mummy — The ideal of not looking like a mother. *Women and Birth* 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.05.009>

Ruiz Olabuénaga, J.I., 2012. Metodología de la investigación cualitativa, 5a edición. ed, Universidad de Deusto. Bilbao.

Schlagintweit, H.E., Bailey, K., Rosen, N.O., 2016. A New Baby in the Bedroom: Frequency and Severity of Postpartum Sexual Concerns and Their Associations With Relationship Satisfaction in New Parent Couples. *J. Sex. Med.* 13, 1455–1465. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.08.006>

Sekeres, M.J., Moscovitch, M., Winocur, G., 2017. Mechanisms of Memory Consolidation and Transformation 17–44. https://doi.org/10.1007/978-3-31945066-7_2

Serrano Drozdowskyj, E., Gimeno Castro, E., Trigo López, E., Bárcenas Taland, I., Chiclana Ac-tis, C., 2020. Factors Influencing Couples' Sexuality in the Puerperium: A Systematic Review. *Sex. Med. Rev.* 8, 38–47. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2019.07.002>

Strauss, A., Corbin, J., 1998. *Basics of qualitative research*, 2^a ed. ed. SAGE Publications, Lon-dres.

Taylor, S y Bogdan, R., 1987. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Taylor y Bogdan.pdf.

Wallwiener, S., Müller, M., Doster, A., Kuon, R.J., Plewniok, K., Feller, S., Wallwiener, M., Reck, C., Matthies, L.M., Wallwiener, C., 2017. Sexual activity and sexual dysfunction of women in the perinatal period: a longitudinal study. *Arch. Gynecol. Obstet.* 295, 873–883. <https://doi.org/10.1007/s00404-017-4305-0>

Woolhouse, H., McDonald, E., Brown, S., 2012. Women's experiences of sex and intimacy af-ter childbirth: Making the adjustment to motherhood. *J. Psychosom. Obstet. Gynecol.* 33, 185–190. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2012.720314>

Woolhouse, H., McDonald, E., Brown, S.J., 2014. Changes to sexual and intimate relationships in the postnatal period: Women's experiences with health professionals. *Aust. J. Prim. Health* 20, 298–304. <https://doi.org/10.1071/PY13001> World Health Organization, 2019. *Sexual health*.

Acknowledgements.

We would like to thank the physiotherapy centres that collaborated in the study and all the women who made time in the chaos of motherhood and whose experiences made this study possible.

NUEVOS CONCEPTOS DE MATERNAR. UN ESTUDIO CUALITATIVO

Resumen:

El objetivo de este artículo ha sido explorar las experiencias de las mujeres que cuidan a sus hijos en el postparto y quieren ser entendidas por la sociedad, sin ser juzgadas. La metodología elegida ha sido cualitativa, utilizándose como técnicas de recogidas de datos las entrevistas en profundidad, los grupos de discusión y el foro online. Participaron las mujeres y parejas cuyas mujeres habían dado a luz en los últimos 6 meses. También se incluyeron profesionales de la salud especialistas en el ámbito. Los resultados muestran tres categorías principales: falta de prioridad, autoexigencia y alteración de la autoestima. Se concluye que la maternidad debe de ser redefinida, ya que las mujeres viven bajo la presión de ser las “madres perfectas”. Es importante que la madre se permita no alcanzar los requisitos impuestos. La simple aceptación de los límites de la maternidad ayudará durante esta transición.

Palabras clave: maternidad, cuidar, sociedad, transición.

Abstract

The aim of this paper has been to explore the experience of women who take care of their children in the post-partum and they want to be understood by society, without being judged. The methodology chosen has been qualitative, and deep interviews, focus groups and online forum has been used as tools to recollect the data. Women who have given birth in the last 6 months and her couples take part in the study. Health professionals specialized

in this topic also participated. Results shown three main categories: lack of priority, self-demand and self-stem disorders. It is concluded that maternity should be redefine since as women life under the pressure of being “perfect mothers”. It is important that the mother let herself not to achieve the imposed requirements. The simple acceptation of the maternity limits will help this transition.

Key words: maternity, care, society, transition.

Introducción:

Tanto el embarazo, parto, posparto y maternidad son experimentados de manera diversa, y en muchas ocasiones, las vivencias generadas no se exponen a una sociedad, que las silencia e invisibiliza a las mujeres ¹. Son pocos los foros en los que se habla abiertamente sobre los desafíos a los que se enfrentan las mujeres durante su maternidad. Factores contextuales, económicos, sociales, la raza, la etnia determinan su vivencia ². Las madres buscan constantemente enmarcarse dentro de una maternidad moralmente aceptable ³.

La maternidad ha sido idealizada y en muchas ocasiones no es una elección aceptada plenamente por las madres, sino que responde a un tema sociocultural ⁴ que ha responsabilizado a las madres del cuidado de los hijos. Datos obtenidos del INE revelan que las mujeres dedican 38 horas semanales, en comparación con las 23 horas que lo hacen los hombres⁵.

Nuestra sociedad ha construido el ideal de “madre perfecta” basado en un modelo de maternidad dominante, culturalmente aprobado, que espera que las madres dediquen

toda su atención en torno a los hijos, sacrificando sus propias necesidades ^{6,7}. Hays (1996) la define como “maternidad intensiva”. Se apoya en tres conceptos principales: el niño como centro de toda atención, la crianza y los cuidados son lo más importante para las madres y los métodos de crianza son intensos ⁸.

Di Quinzio, 1999 habló del término “maternidad esencial”. La madre se centra exclusivamente y desinteresadamente en el cuidado de sus hijos ⁹. La sensibilidad y la empatía son cualidades inherentes en la mujer y la dotan de capacidades idóneas para el cuidado y el sacrificio por los demás ⁶. Para algunos autores, la maternidad se vive como fuente de satisfacción y no requiere sacrificio alguno, siendo la manera de criar innata de las madres ¹⁰.

En el diálogo de la “maternidad intensiva” se defiende la implicación de los progenitores en el desarrollo neuropsicológico ³. La mayoría de los estudios se centran en la diada madre-hijo y concluyen que esta interacción moldea el desarrollo socioemocional de los niños ^{11,12}. Este discurso del desarrollo del niño sirve como defensa de las ideologías de la “maternidad intensiva”. De este modo, la implicación que aporta la madre para el mejor desarrollo del hijo y su socialización, se convirtió en parte integral de la identidad ^{3,13}.

En un estudio cualitativo de Reino Unido, las madres primerizas mostraban confianza en que, gracias a la estimulación, sus hijos obtendrían un extra de aprendizaje y avanzaría su desarrollo. Compartieron con los investigadores inquietudes como que el hecho de cuidar al bebé no era suficiente ¹³. Esta dedicación las obligaba a adaptar sus conductas al concepto

de maternidad deseada, un hecho que se observaba incluso durante el embarazo, adaptando sus hábitos y mejorando su alimentación ^{3,14}

Aportar cuidados al niño y ser la facilitadora de su desarrollo, se han convertido en exigencias propias de la maternidad, repercutiendo en la experiencia de las madres, especialmente las primerizas que intentan ajustar sus prácticas para satisfacer las demandas percibidas. En muchos casos, estas madres tienen la sensación de no alcanzar sus altas expectativas, lo que deriva en sentimientos de culpabilidad ¹³.

Así, las madres están sujetas a la presión de ser la “madre perfecta”, una expectativa poco realista, ya que los requisitos de la “maternidad intensiva” son demasiado exigentes. Esto afecta negativamente a su bienestar mental, su autoestima y autoeficacia, generando sentimientos de culpa, ansiedad y estrés ^{2,4,15}. La culpa es la sensación más referida por las madres y es posible que surja de la discrepancia entre las expectativas de una madre real y la ideal, complicándose con el temor de ser juzgada por los demás ^{4,13,14,16}.

El objetivo de este estudio es visibilizar las experiencias y mostrar las emociones de las mujeres que, aunque buscan cuidar, entender y escuchar a sus hijos y satisfacer necesidades y deseos de estos, incluso por delante de sus propios intereses, quieren ser entendidas por la sociedad, sin ser juzgadas.

Método:

Este artículo surge de un estudio más amplio que analiza las experiencias de las mujeres durante el posparto. Es un estudio cualitativo de tipo fenomenológico con perspectiva descriptiva^{17,18} que busca conocer cómo experimentan el periodo posparto las mujeres ante los desafíos de la maternidad. Se llevó a cabo entre junio de 2017 y mayo de 2019 en Centros de Fisioterapia privada, que disponían de especialidad materno-infantil situados en Toledo, Talavera de la Reina (Toledo) y Madrid. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Área de Salud de Talavera de la Reina.

En el estudio se quería conocer la experiencia de las mujeres durante el posparto, enfocado desde diferentes perspectivas, por lo que se requirieron madres en periodo posparto, sus parejas y profesionales de la salud. Los profesionales colaboradores de los centros de Fisioterapia realizaron la captación. Las mujeres y sus parejas debían de ser mayores de edad, presentar capacidad física y psíquica para comprender y participar en el estudio y entender la lengua castellana.

Se incluyeron las mujeres y parejas cuyas mujeres habían dado a luz en los últimos 6 meses, sin excluir el tipo de parto, presencia o no de lesión en el periné durante el parto, partos previos o tipo de lactancia. Se excluyeron todas aquellas mujeres y parejas que no firmaron el consentimiento informado, presentaban alguna enfermedad sistémica o neurológica y/o problemas cognitivos, y aquellas madres que durante el parto ella o su bebé tuvieron problemas con necesidad de hospitalización o pérdida del bebé por muerte perinatal.

Los profesionales fueron captados a través de la técnica de bola de nieve. Se incluyeron todos aquellos profesionales que fueran especialistas en el cuidado de la mujer (ginecólogos, matronas y fisioterapeutas), que asistiesen en la actualidad a las mujeres en el periodo posparto. Todos firmaron el consentimiento informado antes de participar.

El equipo investigador estuvo formado por cuatro investigadoras, dos de ellas fisioterapeutas especializadas en la salud de la mujer y otras dos en investigación cualitativa. La recogida de datos fue realizada por la investigadora principal a través de dos técnicas de conversación (entrevistas en profundidad y grupos de discusión) y una técnica basada en la observación (foro online) en la que sólo participaron madres. Se elaboró una guía de entrevista semiestructurada (*Tabla 1*). El foro online “Sexo después del parto” era de carácter privado y estuvo activo entre marzo 2018 y mayo 2018. Se encontraba vinculado a una página privada de la interfaz de Facebook y semanalmente se abría debate siguiendo los temas de la guía (*Tabla 1*) para que las madres interactuasen.

Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas íntegramente. La codificación y categorización de los relatos se realizó a través de 3 de los miembros del equipo investigador, en un inicio de manera individual y con una codificación abierta y posteriormente en conjunto para consensuar y triangular la codificación y categorización ¹⁹. La herramienta utilizada para la codificación de los fragmentos fue el programa informático de tipo cualitativo MAXQDA en su versión 2018.

Temas
¿Cómo estás/estáis viviendo esta nueva etapa (posparto)?
¿Cómo sientes/sentís tu/vuestro cuerpo después del parto?
¿Cómo te/os sientes/sentís al reiniciar las relaciones sexuales?
¿Cómo vives/vivís el vínculo con tu/vuestro bebé?
¿Cómo de estresante te/os resulta esta etapa?
¿Podrías/podríais decirme si te/os has/habéis sentido insegura/s en algún momento en esta nueva etapa?
¿Crees/creéis que hay algún factor que influya en tu/vuestra satisfacción de pareja?

Tabla 1: Guía de la entrevista

Resultados:

La edad media de las 36 mujeres fue de 34 años (rango de 27-39 años); la edad media de las 8 parejas fue de 38 años (rango de 32-48 años; la edad de los bebés variaba desde el primer mes y una semana hasta los 6 meses (media 4 meses y 2 semanas). Para la mitad de los participantes (50%) se trataba de su primer bebé, para la otra mitad de su segundo bebé (41%) y su tercer bebé para el 9%. La totalidad eran heterosexuales. Los profesionales de la salud fueron 15; seis matronas, cinco fisioterapeutas y cuatro ginecólogos con una media de 15 años de experiencia (rango de 2-35 años) (tabla 2).

Características	n	%
Madres	36	
Edad		
Entre 25 y 30 años	2	5.55
Entre 31 y 35 años	24	66.66
Entre 36 y 39 años	10	27.77
Paridad		

[Anexos]

	Primípara	21	58.33
	Secundípara	12	33.33
	Múltipara	3	8.33
Estado civil			
	Casada	28	77,77
	Soltera	8	22,22
Nivel educativo			
	Educación secundaria	6	16.66
	Educación superior	26	72.22
	Máster o Doctor	4	11.11
Parejas		8	
Edad			
	Entre 30 y 35 años	2	25
	Entre 36 y 39 años	3	37.5
	40 años o más	3	37.5
Paridad			
	Primípara	4	50
	Secundípara	3	37.5
	Múltipara	1	12.5
Estado civil			
	Casado	5	62.5
	Soltero	3	37.5
Nivel educativo			
	Educación secundaria	1	12,5
	Educación superior	3	37,5
	Máster o Doctor	4	50
Profesionales		15	
Matronas		6	40
Fisioterapeutas		5	33,33
Ginecólogos		4	26,66
Edad			
	Entre 30 y 35 años	4	26,66
	Entre 35 y 40 años	5	33,33
	40 años o más	6	40
Años de experiencia			
	Menos de 10 años	6	40
	Entre 10 y 14 años	3	20
	Entre 15 y 19 años	2	13,33
	Entre 20 y 24 años	1	6,66
	Más de 25 años	3	20

Tabla 2. Datos de los participantes

Se unificó el término de “Nuevas maternidades” para nombrar la categoría y fueron identificados 440 fragmentos, los cuales se agruparon en tres temas principales: falta de prioridad, autoexigencia y autoestima.

"Nuevas maternidades"	Falta de prioridad personal	Cuidado de su bebé
		Cuidados de la pareja
		Falta de autocuidados
	Autoexigencia	"Ser una súper madre"
		Frustración
		"Ser una obligación"
	Autoestima	Imagen corporal
		Miedo a no gustar
		Transformación personal

Tabla 3. Categoría "Nuevas maternidades"

- **Falta de prioridad:**

La *falta de prioridad personal* describe como la mujer antepone el bienestar del bebé, de la pareja o la familia sin tener en cuenta sus necesidades. Este tema revela una falta de prioridad personal: el cuidado de otros como la pareja o el bebé y la falta de autocuidados.

Además de los *cuidados propios del bebé*, las mujeres priorizan a sus necesidades, los *cuidados de la pareja*. En muchos casos, las mujeres narran que, para satisfacer a sus parejas, ceden a nivel sexual.

Las exigencias de la maternidad les impide disponer del tiempo para *su autocuidado*. Al buscar ese tiempo para ellas, se encuentran culpables. Estas emociones son comunes en las madres participantes y los propios profesionales son conscientes de ellas.

Falta de Prioridad	
Cuidado de su bebé	<i>“Eh, no he sacado tiempo para poder hacer ejercicio, no he sacado tiempo para hacer nada que no sea estar con él, pero es que tampoco he querido, ni quiero, todavía. Por eso me estoy planteando si vuelvo a trabajar, si no.” (GFM27, Grupo focal a madres).</i>
Cuidados de la pareja	<i>“[...]es un poco más la parte que te queda de pensar que tienes que cuidar a tu pareja en ese sentido porque, claro, ellos no sufren tantos cambios en su cuerpo ni tantos cambios hormonales” (EM4, entrevista en profundidad a madres).</i>
Falta de autocuidados	<i>“Sí que me siento a veces mal, cuando la dejo en plan ¡Jo! Y es una hora, que no es mucho... pero.” (GF25, grupo focal a madres).</i> <i>“Claro, nadie les dice eso. Les dicen que todo al bebé, ¿no? Y que... y se sienten mejores madres si están desaliñadas cuidando a su bebé o eso es quizás lo que se espera de ellas, a lo mejor, ¿no? Entonces, si, si sienten que dicen a su madre o a su suegra quédate un momentito con el bebé que voy a ducharme, voy a dormir, se sienten malas madres.” (GFPr14, grupo focal a profesionales).</i>

Autoexigencia:

Este tema muestra cómo las madres sienten mayor exigencia para alcanzar sus expectativas. Relatan encontrarse en una etapa de alta exigencia reflejándose en los subtemas encontrados: *“ser una súper madre”, frustración y “obligaciones como mujer”*.

Las mujeres exponen cómo sienten la obligación de *“ser súper madres”*. Pretenden alcanzar el máximo rendimiento, queriendo dar lo mejor de ellas, sin importar si sobrepasan sus propios límites o capacidades. En la época que viven, las demandas son mayores que en otras etapas de su vida. Aparecen sentimientos como la frustración o la resignación, ocasionándolas mayor estrés. Esta autoexigencia a la que se ven sometidas es, a la vez, percibida por sus parejas y los profesionales de la salud que las atienden.

El momento de la reincorporación a la vida laboral, se trata de un nuevo cambio a afrontar. Ceder el cuidado de su bebé, incrementa las emociones negativas y la exigencia para llegar a ser igual de eficaces en su trabajo y en su nueva vida personal.

Del mismo modo, la maternidad ideal a la que están expuestas las mujeres afloran sentimientos que comparten a través de sus relatos. Especialmente exponen su *frustración* ante la realidad de la maternidad.

Las exigencias que las propias madres presentan, se amplían también en sus relaciones de intimidad y sexualidad. De nuevo, sienten la obligación de retomar y mantener relaciones sexuales con sus parejas. Forman parte de sus *obligaciones como mujer*.

Autoexigencia	
"Ser una súper madre"	<p><i>"Pero tengo días que es absolutamente agotador. Que cuando llegan las 8 de la tarde, me meto en el baño y hecho 4 lágrimas y digo: "no puedo más, hoy no puedo más ya... hoy me siento desbordada, superada por la situación". Porque quieres llegar a todo... y sientes que no llegas a nada. Y eso, para mí, es lo más complicado." (EM1, entrevista en profundidad a madres).</i></p> <p><i>"[...] yo creo que lo que más le ha costado a mi mujer, si tuviera que hablar, más que hormonal, más que cualquier cambio de este tipo, ha sido el hecho de comprobar que con una bebé por muy buena que sea, no le cunde el tiempo para hacer todas las cosas que quiere hacer al día, lo que más con diferencia; si tuviera que destacar algo claramente, clarísimamente, sería eso." (EP2, entrevista en profundidad a padres).</i></p> <p><i>"Ha ido todo bastante normal, hasta que se ha incorporado otra vez a trabajar. Que ahí, lo que la he visto un poco, como la sensación de que todo la sobrepasa, ¿no? Ha vuelto como, con sus cosas, sus dos trabajos. Entonces si le ha resultado bastante, bastante cuesta arriba. Entonces, en cuanto a eso, sí que la he visto un poquito más afectada. Al no tener, al no verse capaz de cosas que antes lo hacía con la gorra pues ahora, le cuesta llevarlo a cabo." (GFP8, grupo focal a padres).</i></p>
Frustración	<p><i>"Porque la gente te dice que es maravilloso y está súper feliz y yo por qué no estoy así", encima te autocastigas, de "yo quiero estar bien y no lo estoy". Pero porque te han contado una realidad que no es." (GFM36, grupo focal a madres).</i></p> <p><i>"Pues bueno, a veces la maternidad, es un poco... estresante según las expectativas que tuvieras de antes o no." (GFPr13, grupo focal a profesionales).</i></p>

Obligaciones como mujer	<p><i>“Incomoda, estaba incomoda. Estaba... no forzada. Porque el pobre mío, todo lo contrario, me ha respetado un montón. Pero por mí misma, era como un deber que me...”</i> <i>(EM11, entrevista en profundidad a madres).</i></p>
-------------------------	--

Autoestima:

Se encuentran fragmentos vinculados a la imagen corporal y cómo repercuten en su experiencia como madres y mujeres. Se observaron tres subtemas principalmente: *imagen corporal, miedo a no gustar y transformación personal*.

Algunos de estos cambios se centran en el cambio de la percepción de la *imagen corporal*. Es frecuente que muestren dificultad a la hora de asimilar estos cambios, y en muchas ocasiones, afectando a su propia *autoestima*.

Para ellas estos cambios influyen en su relación de pareja, en el acercamiento y en los encuentros sexuales. Convirtiéndose en una preocupación más ante el cambio de imagen. La influencia de estos cambios en las relaciones sexuales o de pareja les crea gran inseguridad, surgiendo en ellas el *miedo a no gustar* a sus parejas, como lo hacían antes del parto.

Aparte de las emociones negativas que surgen en las madres, existe una parte de estas mujeres que desvelan otros sentimientos vinculados a los cambios que se suceden en el puerperio. Estos nuevos sentimientos se generan desde una perspectiva de adaptación y coherencia hacia los cambios que acontecen. Se trata de una *transformación personal* que

implicaría comenzar a reconocerse en esta etapa, como madres, mujeres y esposas, empoderando su imagen y su autoestima.

Autoestima	
Imagen corporal	<i>“Es que todo, es que no te reconoces, vamos, yo no me reconozco a mí misma... por lo menos. [...] Yo es que no soy capaz de mirarme en el espejo directamente...” (EM1, entrevista en profundidad a madres).</i>
Miedo a no gustar	<i>“Pues a ver. Pues... mal. La verdad que mal. Porque también él... él esperaba que fuese la misma leona en la cama, ¿sabes? Y... no, ya no.” (EM2, entrevista en profundidad a madres).</i> <i>“Y me da como miedo que él, como sé que a él le gustaba mucho como era antes, me da miedo que no le guste la que soy ahora, ¿sabes? Entonces un poco ahí, a veces...” (EM2, entrevista en profundidad a madres).</i>
Transformación personal	<i>“Nos revela el amor incondicional, es una oportunidad única para aprender a amarnos a nosotras mismas de manera incondicional, igual que amamos al bebé. El poder de sanar nuestra autoestima y amor propio que seguro nos llevará a buen puerto en el futuro.” (FOM13, foro online a madres).</i> <i>“Pues, yo creo que sí, yo creo que le ha afectado para bien. [...] Si le ha cambiado, le ha cambiado para bien, desde luego.” (GFP8, grupo focal a padres).</i>

Se quería hacer hincapié en la importancia de aportar mayor información real en el posparto desde el campo de la Salud. Esto podría servir para normalizar las vivencias de las madres y calmar los sentimientos encontrados, evitando la culpabilidad y mejorando el cuidado personal, entendiendo que, para cuidar, es necesario cuidarse primero a una misma:

“Y parece que incluso te sientes tú culpable y mala madre por sentir lo que sientes, o por pensar lo que piensas eh... No sé yo creo que a lo mejor sí que habría que informar más sobre el postparto y el... el emocionalmente los cambios que vas a tener, o que puedes tener.” (EM8, entrevista en profundidad a madres).

Discusión:

El presente estudio buscaba explorar cómo las madres se enfrentan a la maternidad en una sociedad tan exigente. Las participantes muestran sus creencias siguiendo el modelo de “maternidad intensiva”⁸, exponiendo su falta de prioridad personal. La evidencia ha mostrado que las madres asocian la implicación plena en el cuidado de los hijos como uno de los factores principales para llegar a ser una “buena madre”^{1,4,6,10,20}. Las madres sentían que era su obligación y el deseo el cuidar y criar, siendo la responsabilidad más importante de la madre²¹.

Según Swigart (1991) “la buena madre” antepone el cuidado de sus hijos, considerando la maternidad una fuente de satisfacción y no requiriendo sacrificio alguno²². Las madres participantes del estudio no lo sienten así. Las mujeres siguen los patrones sobre la maternidad^{4,21}, observándose un esfuerzo en alinear sus prácticas a las contemporáneas prescritas^{3,4,13}.

Se observa, una discrepancia personal sobre la maternidad ideal y la real que llevan a las madres a sentir frustración y culpabilidad^{3,4,6,14}. En los relatos de las mujeres, se puede apreciar que el intento de enmarcarse dentro de una maternidad aceptada, les hace sentir culpables, avergonzadas si no habían actuado dentro de los ideales de la maternidad^{3,4,13,14,16}. Montemurro (2012) muestra que las mujeres que se centran en cuidar a los demás, puede conducir a la frustración, el estrés y el agotamiento⁷.

Es posible que la reincorporación a la vida profesional aumente, de nuevo, las exigencias de las madres. La vuelta al trabajo se convierte en fuente de más estrés por creer no cubrir las necesidades y deseos de sus hijos, como muestran los estudios ¹⁵ y en ocasiones los deseos de las propias madres de mantenerse cerca de sus bebés ²³. Aristegui (2018) observó que 1 de cada 4 personas consideraban que los niños sufren más con madres trabajadoras ¹⁰. Las mujeres de este estudio perciben ante la reincorporación laboral mayor exigencia y falta de eficacia e implica un incremento de malestar emocional en la mujer por las exigencias que se marcan ⁸.

Otro factor importante que eleva el nivel de estrés e insatisfacción, se debe a los cambios sufridos en su cuerpo. DeMaria (2019) describe que las madres percibían su cuerpo “*extraño*” ²⁴. Posiblemente se debe a las expectativas que se marcan las mujeres no coincidiendo con la realidad²⁵. El conflicto con la imagen corporal provoca que las mujeres presenten emociones y sensaciones negativas que pueden abarcar incluso problemas con su pareja ²⁵⁻²⁹. En nuestro estudio, las madres relatan sentir miedo de no gustar a sus parejas, lo que provoca inseguridades que se trasladan a las relaciones íntimas. Muchas mujeres comparten, la necesidad de sentirse deseadas para que mejore su autoestima, referenciado por otros autores ^{7,30,31}. Así en la transición a la maternidad, la sexualidad es fluctuante hasta el primer año ^{32,33}. Uno de los elementos que lo hacen complejo son los sentimientos de culpa que sienten las mujeres por no satisfacer a la pareja. Por lo tanto, ceden a los deseos de mantener relaciones de su pareja con el miedo añadido de no gustarles ^{7,27,34}. Trice-Black mostró que las mujeres comunicaron el temor de no satisfacer a sus parejas en el ámbito

sexual, halagando, incluso, sus habilidades sexuales fingiendo orgasmos ¹⁶. Y otros autores han reflejado conductas parecidas en las que han adaptado prácticas sexuales a la nueva situación ^{7,35}.

Por último, una parte de las mujeres describieron la maternidad desde la aceptación y la transformación personal en todos los ámbitos. Mujeres que optaron por experimentar la maternidad siguiendo sus propias creencias y que, aun hallando una maternidad compleja, han sabido hacerle frente. Esta transformación es percibida también por las parejas que refieren un cambio positivo en la mujer. La evidencia también lo ha descrito así, desde cambios que se han obtenido a través de las dificultades ¹⁶; hablando de la madurez que han percibido tras el nacimiento ²⁵; o incluso, conociendo la capacidad de su cuerpo y a su vez, hallando una comprensión más profunda de su sexualidad ⁷.

Es importante recalcar que el modelo de maternidad puede ser reconstruido, convirtiéndose en un concepto plural. Las mujeres deben de ser libres de elegir cómo vivir la maternidad, ajenas a construcciones sociales, religiosas o culturales. Para alcanzarlo, es importante deconstruir la imagen de madre perfecta, apoyando y reforzando los puntos fuertes que presentan para fortalecer su autoestima en la labor de madre ². Si se desmitificara la maternidad, las madres conseguirían aumentar su confianza, para enfrentarse a la transición a la maternidad de una manera segura ³⁶.

Limitaciones:

Aunque en el estudio se ha controlado la validez a través de la triangulación de, no se obvia que los resultados de la investigación, no son generalizables fuera de la población de estudio. Las participantes eran españolas blancas sin complicaciones económicas. Sería interesante haber abierto la muestra a mujeres adolescentes, solteras, homosexuales, de otras razas o con ingresos económicos bajos para conocer sus vivencias, ya que se entiende que serán diferentes por el mero hecho de enfrentarse a mayores desafíos.

Conclusión:

La maternidad lleva consigo un cambio natural en las prioridades de la madre, anteponiendo los cuidados del bebé y la familia. El rol de la maternidad está acompañado por grandes exigencias que tanto las mujeres como la sociedad normalizan. Intentan alcanzar un ideal de maternidad que despierta en las mujeres sentimientos de frustración. La autoestima también se encuentra afectada e influyen en su propia aceptación corporal y en las relaciones de pareja, sintiendo una mayor inseguridad.

En cuanto al proceso de la maternidad, las mujeres que han aceptado la maternidad y experimentándola desde la propia referencia interna, han tenido una transformación que va más allá de lo físico o lo emocional, descubriendo una etapa nueva que desvela un gran empoderamiento.

La maternidad debe de ser redefinida, ya que es evidente que las mujeres tienen probabilidad de presentar sentimientos ambiguos. Es importante que la madre se permita a sí misma no buscar alcanzar los requisitos impuestos por la sociedad. La simple aceptación de los límites ayudará a las mujeres durante esta etapa de transición.

Aprobación del comité ético:

Aprobado con el código CEIm 35/19 por el Comité Ético de Investigación del Área Integrada de salud de Talavera de la Reina del Hospital Nuestra Señora del Prado.

Declaración de intereses:

Ninguna declarada.

Bibliografía:

1. Zambrano YT. La Maternidad como ideal femenino, desde lo dominante, lo residual y lo emergente. *Perspectias Rev Ciencias Soc.* 2020;(9):32–50.
2. Keefe RH, Brownstein-Evans C, Polmanteer RSR. The Challenges of Idealized Mothering: Marginalized Mothers Living With Postpartum. *Affil - J Women Soc Work.* 2018;33(2):221–35.
3. Lupton DA. “The best thing for the baby”: Mothers’ concepts and experiences related to promoting their infants’ health and development. *Heal Risk Soc.* 2011;13(7–8):637–51.
4. Henderson A, Harmon S, Newman H. The Price Mothers Pay, Even When They Are Not Buying It: Mental Health Consequences of Idealized Motherhood. *Sex Roles.* 2016;74(11–12):512–26.

5. Instituto nacional de estadística (INE). Edad media a la maternidad por orden de nacimiento según nacionalidad de la madre. 2019.
6. Collins C. Is Maternal Guilt a Cross-National Experience? *Qual Sociol.* 2020;
7. Montemurro B, Siefken JM. MILFS and Matrons: Images and Realities of Mothers' Sexuality. *Sex Cult.* 2012;16(4):366–88.
8. Hays S. *The cultural contradictions of motherhood.* New Haven: Yale University Press., editor. 1996.
9. Di Quinzio P. *The impossibility of motherhood: feminism, individualism and the problem of mothering.* Reino Unido: Routledge.; 1999.
10. Aristegui I et al. Cuidado, valores y género: la distribución de roles familiares en el imaginario colectivo de la sociedad española. *Inguruak.* 2018;(65):90–108.
11. Behrendt HF et al. Like mother, like child? Maternal determinants of children's early social-emotional development. *Infant Ment Health J.* 2019;40(2):234–47.
12. Akcinar B, Shaw DS. Independent Contributions of Early Positive Parenting and Mother–Son Coercion on Emerging Social Development. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2018;
13. Budds K et al. Parenting agendas: An empirical study of intensive mothering and infant cognitive development. *Sociol Rev.* 2017;65(2):336–52.
14. Cappellini B et al. Intensive mothering in hard times: Foucauldian ethical self-formation and cruel optimism. *J Consum Cult.* 2019;19(4):469–92.
15. Walls JK, Helms HM, Grzywacz JG. Intensive Mothering Beliefs Among Full-Time Employed Mothers of Infants. *J Fam Issues.* 2016;37(2):245–69.

16. Trice-Black S, Foster V. Sexuality of Women with Young Children: A Feminist Model of Mental Health Counseling. *J Ment Heal Couns*. 2011;33(2):95–111.
17. Giorgi A. The phenomenological movement and research in the human sciences. *Nurs Sci Q*. 2005;18(1):75–82.
18. Giorgi A, Giorgi B. The descriptive phenomenological psychological method. *Am Psychol Assoc*. 2003;
19. Cano Arana A, González Gil T. Introducción al análisis de datos en investigación cualitativa: tipos de análisis y proceso de codificación (II). *Nure Investig*. 2010;(li):1–10.
20. Riggs DW, Worth A, Bartholomaeus C. The transition to parenthood for Australian heterosexual couples: Expectations, experiences and the partner relationship. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):1–9.
21. Newman HD, Henderson AC. The modern mystique: Institutional mediation of hegemonic motherhood. *Sociol Inq*. 2014;84(3):472–91.
22. Swigart J. *The myth of the bad mother: The emotional realities of mothering*. New York: Doubleday Books; 1991.
23. Botía-Morillas C. ¿Deshaciendo o reproduciendo prácticas de género? Ambivalencias en madres primerizas y profesionales en España. *Rev Esp Investig Sociol*. 2019;166:25–44.
24. DeMaria AL et al. Understanding women’s postpartum sexual experiences. *Cult Heal Sex*. 2019;1–15.
25. Prinds C, Nikolajsen H, Folmann B. Yummy Mummy — The ideal of not looking like a mother. *Women and Birth*. 2019;1–8.

26. Carvalho JM das N, Ribeiro Fonseca Gaspar MF, Ramos Cardoso AM. Challenges of motherhood in the voice of primiparous mothers: Initial difficulties. *Investig y Educ en Enferm.* 2017;35(3):285–94.
27. Olsson A et al. Women’s thoughts about sexual life after childbirth: focus group discussions with women after childbirth. *Scand J Caring Sci.* 2005;19:381–7.
28. Woolhouse H, McDonald E, Brown S. Women’s experiences of sex and intimacy after childbirth: Making the adjustment to motherhood. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2012;33(4):185–90.
29. Basson R. Using a different model for female sexual response to address women’s problematic low sexual desire. *J Sex Marital Ther.* 2001;27(5):395–403.
30. Montemurro B, Gillen MM. How Clothes Make the Woman Immoral: Impressions Given Off by Sexualized Clothing. *Cloth Text Res J.* 2013;31(3):167–81.
31. Meltzer AL, McNulty JK. Body Image and Marital Satisfaction: Evidence for the Mediating Role of Sexual Frequency and Sexual Satisfaction. *J Fam Psychol.* 2010;24(2):156–64.
32. Serrano Drozdowskyj E et al. Factors Influencing Couples’ Sexuality in the Puerperium: A Systematic Review. *Sex Med Rev.* 2020;8(1):38–47.
33. O’Malley D et al. Prevalence of and risk factors associated with sexual health issues in primiparous women at 6 and 12 months postpartum; A longitudinal prospective cohort study (the MAMMI study). *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018;18(1):1–13.
34. Ollivier RA, Aston ML, Price SL. Exploring postpartum sexual health: A feminist poststructural analysis. *Health Care Women Int.* August 2019;1–20.
35. Tavares IM et al. Sexual well-being and perceived stress in couples transitioning to parenthood: A dyadic analysis. *Int J Clin Heal Psychol.* 2019;19(3):198–208.

36. Muzik M et al. Mom Power: preliminary outcomes of a group intervention to improve mental health and parenting among high-risk mothers. Arch Womens Ment Health. 2015;18(3):507–21.

