





Universitat Autònoma de Barcelona

**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  [http://cat.creativecommons.org/?page\\_id=184](http://cat.creativecommons.org/?page_id=184)

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <http://es.creativecommons.org/blog/licencias/>

**WARNING.** The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>

TESIS DOCTORAL



---

El significado de la sexualidad para las mujeres  
españolas durante el puerperio.

---

Análisis teórico para reconstruir los cuidados  
enfermeros.



Lidia Pardell Domínguez

PROGRAMA DE DOCTORADO EN MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA



**Universitat Autònoma  
de Barcelona**

PROGRAMA DE DOCTORADO EN MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

**TESIS DOCTORAL**

El significado de la sexualidad para las mujeres españolas durante el  
puerperio.

Análisis teórico para reconstruir los cuidados enfermeros.

Doctoranda: Lúdia Pardell Domínguez

Director: Dr. Juan Manuel Leyva del Moral

Tutor: Dr. Albert Selva O'Callaghan

Barcelona, 2021

## AGRADECIMIENTOS

Hace cuatro años empecé lo que en el día de hoy es mi mayor logro académico. Un trabajo de esfuerzo, entusiasmo, ilusión, lágrimas y aprendizaje. Recuerdo cuando el Dr. Juan Leyva me planteó este camino; me sentí retada, orgullosa pero asustada. Asustada por no cumplir las expectativas, por perderme en esta lucha. Mi suerte fue la experiencia trabajando con Juan durante la tesina, durante estos cinco años me he dado cuenta de que un buen docente consigue llegar al alumno casi sin quererlo; un buen investigador logra con su cuestionamiento constante cautivar al otro; y un buen académico no pierde de vista su razón de ser: el conocimiento y su transferencia. Juan y su trabajo encienden mis ganas de progresar, mi agradecimiento persistirá para siempre.

En estos tiempos donde ir a la universidad es más un privilegio que no un derecho, me siento en deuda con los que tanto se esforzaron, y siguen haciéndolo, para asegurarme una vida feliz, mis padres. Junto con mi hermana, Laura, siempre han sido mi motor principal. Mi carburante, Ignasi, el que tiene más ganas que nadie de que consiga esta meta, de que cumpla mi lista postdoctorado, a él le agradezco su presencia día a día. A mi amigos/as, y mi familia les agradeceré la celebración posterior.

Ahora que empiezo a conocer el mundo investigador desde dentro, me asombra la dedicación, empatía y solidaridad que he encontrado en los compañeros. La Universitat Autònoma de Barcelona me abrió sus puertas sin cerrarme ninguna ventana, mi primera impresión cuando empecé el máster fue la vitalidad de la Dra Maria Dolors Bernabeu, la buena relación con otras universidades y docentes, sentí la importancia de la colaboración y el trabajo en equipo. Muy de cerca he podido vivir esta ayuda mutua, con el Dr Patrick Palmieri he encontrado un gran soporte, junto con él y otros compañeros: Sandra Cesario, Joan Edwards, Mariela Patricia Aguayo, Rebeca Gomez, incrementan mis ganas de continuar indagando. Especialmente, mi compañera doctoranda, ya

oficialmente doctora Ariadna Huertas, con su trabajo me dio el empujón final para lograrlo. No voy a pasar por alto la libertad y confianza depositada en mi evolución por mi tutor Dr. Albert Selva.

A las principales protagonistas, las participantes, que con sus palabras no solo me ayudaron a mí sino a futuras mujeres, mi agradecimiento es especial. Agradezco su tiempo, valor y sinceridad; solo espero que con mi trabajo consigamos, juntas, visibilizar vuestras realidades.

Llegados a este punto se me ocurren una cantidad importante de personas que en su momento influyeron en mí, en mi educación y en mi forma de ver la vida. Este manuscrito también es para ellas, porque, aunque ya no me acuerde de sus nombres, y haya olvidado, en cierta manera, su repercusión en mí, se merecen unas palabras de gratitud y un eterno lugar en mi ser. Y ya para finalizar el reconocimiento de mis externos y externas voy a dedicarme unas líneas, más llanas y simples, solo para mí misma. Unas líneas para agradecer mi constancia, fortaleza y ambición, para aplaudir este largo camino, que, aunque no ha sido fácil, como siempre me digo, ha pasado bastante rápido y, al final, solo buenos recuerdos quedan.

# ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	9
<b>ABSTRACT</b> .....	11
<b>1. <u>INTRODUCCIÓN</u></b> .....	13
1.1. <i>CONTEXTUALIZACIÓN: MOTIVACIONES E INTERESES EN LA SEXUALIDAD DE LAS MUJERES EN EL POSTPARTO.</i> .....	13
1.1.1. <i>Interés personal</i> .....	13
1.1.2. <i>Interés profesional</i> .....	14
1.1.3. <i>Interés sociocultural</i> .....	15
1.2. <i>DESCRIPCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DE LA SITUACIÓN A INVESTIGAR</i> .....	16
1.2.1. <i>Estudio previo fenomenológico</i> .....	16
1.2.2. <i>¿Qué es la sexualidad?</i> .....	17
1.2.3. <i>¿Qué es la salud sexual?</i> .....	19
1.2.4. <i>Revisión sistemática</i> .....	21
1.2.5. <i>Contextualización del seguimiento postparto: situación actual.</i> .....	25
1.3. <i>MARCO TEÓRICO</i> .....	28
1.3.1. <i>La sexualidad a través de la historia</i> .....	28
1.3.1.1. <i>PRIMEROS ESCRITOS</i> .....	28
1.3.1.2. <i>BIOLOGÍA Y NATURALEZA SEXUAL</i> .....	30
1.3.1.3. <i>EL MATRIMONIO Y EL SEXO: OBJETIVO PROCREADOR</i> .....	34
1.3.1.4. <i>TRANSCICIÓN A UN NUEVO PLANTEAMIENTO DE LA SEXUALIDAD</i> .....	36
1.3.1.5. <i>LA CARNE</i> .....	37
1.3.1.6. <i>CAMINO A LA DEFINICIÓN DE SEXUALIDAD</i> .....	40

1.3.2.	<i>Concepción y destino de la mujer con la evolución de las civilizaciones.....</i>	45
1.3.2.1.	HIPÓTESIS SOBRE LA IMPOSICIÓN MASCULINA .....	45
1.3.2.2.	DE LA VIDA COMUNITARIA AL IMPERIALISMO.....	47
1.3.2.3.	EDAD MEDIA Y EDAD MODERNA: LA MUJER MANOSEADA .....	52
1.3.2.4.	DE LA REVOLUCIÓN FRANCESA AL SUFRAGIO UNIVERSAL .....	55
1.3.3.	<i>La maternidad .....</i>	60
1.3.3.1.	EL SENTIMIENTO MATERNAL.....	60
1.3.3.2.	ESTADÍSTICAS DE GÉNERO: CUIDADOS FAMILIARES, DOMÉSTICOS Y LABORALES .....	65
1.3.3.3.	EL MOVIMIENTO FEMINISTA .....	67
1.3.3.4.	LA ETAPA DEL PUERPERIO .....	74
1.3.4.	<i>Teorías enfermeras aplicadas a la mujer puerperal .....</i>	81
1.3.4.1.	LA TEORÍA DEL CUIDADO TRANSPERSONAL DE JEAN WATSON .....	81
1.3.4.2.	RAMONA T. MERCER Y LA MATERNIDAD COMO UN PROCESO .....	85
<b>2.</b>	<b><u>HIPÓTESIS</u></b> .....	90
<b>3.</b>	<b><u>OBJETIVOS</u></b> .....	91
<b>4.</b>	<b><u>MARCO METODOLÓGICO</u></b> .....	92
4.1.	<i>DISEÑO DEL ESTUDIO .....</i>	92
4.1.1.	<i>Elección metodológica .....</i>	92
4.1.2.	<i>Posicionamiento onto-epistemológico.....</i>	93
4.1.3.	<i>Dimensión metodológica y perspectiva teórica.....</i>	95

4.1.4.	<i>Teoría Fundamentada</i> .....	96
4.2.	TRABAJO DE CAMPO .....	99
4.2.1.	<i>Muestreo y recolección de la muestra</i> .....	99
4.2.2.	<i>Fuentes de datos: entrevistas en profundidad y revisión de la literatura</i> .....	102
4.2.3.	<i>Análisis de los datos</i> .....	106
3.2.3.1.	PRIMER CONTACTO CON LOS DATOS: CÓDIGOS Y CATEGORÍAS .....	109
3.2.3.2.	PREGUNTAS, MEMOS Y DIAGRAMAS .....	113
3.2.3.3.	CODIFICACIÓN AXIAL: DESGLOSE DE CATEGORÍAS .....	118
3.2.3.4.	CODIFICACIÓN SELECTIVA: EMERGENCIA DE LA CATEGORÍA CENTRAL 126	
3.2.4.	<i>Criterios de Rigor</i> .....	131
3.2.4.1.	CREDIBILIDAD .....	133
3.2.4.2.	TRANSFERIBILIDAD .....	134
3.2.4.3.	CONSISTENCIA .....	134
3.2.4.4.	CONFIRMABILIDAD .....	135
3.2.5.	<i>Ética del estudio</i> .....	136
<b>4.</b>	<b><u>RESULTADOS Y DISCUSIÓN</u></b> .....	138
4.1.	INTRODUCCIÓN .....	138
4.2.	EXPOSICIÓN Y DISCUSIÓN DE LAS METACATEGORÍAS.....	142
4.2.1.	<i>Expectativas internas y externas como madre</i> .....	145
4.2.2.	<i>Asumiendo roles de género</i> .....	158
4.2.3.	<i>Reconstruyendo la realidad de un postparto idealizado</i> .....	168
4.2.4.	<i>Ayuda profesional desincronizada</i> .....	187
4.2.5.	<i>Sexualidad y maternidad: instinto versus cultura</i> .....	195



5.	<b><u>LIMITACIONES</u></b> .....	214
6.	<b><u>RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA</u></b> .....	217
7.	<b><u>CONCLUSIONES</u></b> .....	222
8.	<b><u>LÍNEAS DE FUTURO</u></b> .....	227
9.	<b><u>BIBLIOGRAFIA</u></b> .....	229
10.	<b><u>ANEXOS</u></b> .....	252
10.1.	<i>ANEXO 1: Artículo Fenomenológico</i> .....	253
10.2.	<i>ANEXO 2: Tabla resumen de los resultados de la Revisión Sistemática</i> .....	266
10.3.	<i>ANEXO 3: Guiones entrevistas semiestructuradas</i> .....	287
	<i>Entrevista a las mujeres</i> .....	287
	<i>Entrevista a la pareja</i> .....	294
	<i>Entrevista a los profesionales</i> .....	297
10.4.	<i>ANEXO 4: Hoja informativa del estudio</i> .....	299
10.5.	<i>ANEXO 5: Consentimiento informado</i> .....	301
10.6.	<i>ANEXO 6: Posicionamiento de la investigadora principal</i> .....	303
10.7.	<i>ANEXO 7: COREQ Checklist</i> .....	307
10.8.	<i>ANEXO 8: Aprobación CEIC</i> .....	309

## *RESUMEN*

Introducción: El postparto es un periodo que influye en todas las dimensiones de la mujer, ya sea física, emocional, estructural o social. La sexualidad se caracteriza por su multifactorialidad, siendo alterada por experiencias vitales. De este modo, se entiende que la mujer puerperal luchará por encajar esta sexualidad transformada durante todo el proceso de cambio. Este proceso se dificulta cuando la propia mujer desconoce el significado de la sexualidad para ella misma y entra en conflicto con su nueva identidad de madre. Las dudas que presenta se agrandan cuando recibe información externa contradictoria; el abordaje de los/las profesionales de salud durante el postparto va enfocado a la recuperación física con una visión sexual y maternal basada en protocolos biomédicos estandarizados, que conlleva a la invisibilidad de la mujer. Este estudio nace para explicar la sexualidad de las mujeres durante el puerperio y comprender los factores que intervienen en este proceso, para así ayudar a crear nuevas estrategias de cuidados e intervención.

Metodología: Estudio cualitativo utilizando Teoría Fundamentada Constructivista para crear una teoría que permita explicar y dar significado al fenómeno de la sexualidad femenina durante el postparto. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en la Experimentación Animal y Humana de la Universitat Autònoma de Barcelona. Para obtener los datos se realizaron 26 entrevistas semi estructuradas, donde participaron 27 participantes. El muestreo teórico condujo a reclutar 19 mujeres primíparas españolas en pleno postparto, 4 parejas de mujeres primíparas españolas, y 4 profesionales de salud (2 ginecólogos y 2 matronas). Para el análisis de los datos y obtención de resultados se utilizó el método de las comparaciones constantes.

Resultados: Las mujeres puérperas viven su sexualidad de forma manipulada. Esta manipulación se construye a través de unas expectativas sobre la maternidad que han ido creando a través de su cultura y educación donde la sexualidad normativa ocupa un lugar secundario en sus prioridades, pero presente respecto la pareja. El rol que asumen como mujer y madre las hace acarrear conductas de género en el liderazgo de los cuidados del bebé y del hogar, influyendo en la imagen asexual de la madre. La idealización sociocultural de la maternidad conduce a sentimientos frustrados que hacen replantear el concepto del amor maternal y la figura de la buena madre como instinto propio. El conocerse a una misma facilita el poder dar sentido a una sexualidad que hasta ahora ha sido vivida como manipulada y planteada por los profesionales de la salud desde la visión biomédica y coitocéntrica llevando a la mujer a cuestionarse su propia función sexual.

Conclusiones: Comprender el significado de la sexualidad femenina durante el posparto como una necesidad humana individual más allá de su relación con el hombre o con su cuerpo físico, presente en el postparto, aunque de distinta forma a lo esperado o querido, es el primer paso para poder plantear nuevas estrategias de intervención que faciliten y ayuden a estas mujeres a vivir este periodo tan influyente de manera más satisfactoria. No únicamente en el ámbito sanitario asistencial, sino en el docente, gestor e investigador. Transmitir unos conocimientos realistas y conscientes sobre la sexualidad femenina supondría un avance tanto científico como social.

Palabras clave: sexualidad, postparto, salud de la mujer, teoría fundamentada, investigación cualitativa.

## *ABSTRACT*

Introduction: Postpartum is a period that influences all dimensions of women, whether physical, emotional, structural or social. Sexuality is characterized by its multifactoriality, being altered by life experiences. In this way, it is understood that the puerperal woman will struggle to accommodate this transformed sexuality throughout the process of change. This process becomes difficult when the woman herself is unaware of the meaning of sexuality for herself and comes into conflict with her new identity as a mother. The doubts he presents are magnified when he receives contradictory external information; the approach of health professionals during postpartum is focused on physical recovery with a sexual and maternal vision based on generalized protocols, which leads to the invisibility of the real woman. This study was born to know the discursive experiences of puerperal women about their concept of sexuality and interpret the factors that intervene in this conception, in order to help create new care and intervention strategies.

Methods: A qualitative study was carried out using Grounded Theory since it was intended to create a theory that would explain and give meaning to the phenomenon of postpartum female sexuality. Specifically, it focused on Constructivist Theory. The study was approved by the Ethics Committee in Animal and Human Experimentation of the Universitat Autònoma de Barcelona. To obtain the data, 26 semi-structured interviews were carried out, in which 27 participants participated. The theoretical sampling led to the recruitment of 19 Spanish primiparous women in postpartum period, 4 partners of Spanish primiparous women, and health professionals, 2 gynecologists and 2 midwives. For the analysis of the data and obtaining the results, the method of constant comparisons was used.

Results: Postpartum women experience their sexuality in a manipulated way. This manipulation is constructed through some expectations about motherhood that they have been creating through their culture and education where normative sexuality occupies a secondary place in their priorities, but present with respect to the couple. The role they assume as a woman and a mother make them carry out gender behaviors in the leadership of the care of the baby and homecares, influencing the asexual image of the mother. The sociocultural idealization of motherhood leads to frustrated feelings that makes rethink the concept of maternal love and the figure of the good mother as own instinct. Knowing oneself facilitates being able to give meaning to a sexuality that until now has been experienced as manipulated and proposed by health professionals from the biomedical and coitocentric perspective, leading women to question their own sexual function.

Conclusions: Understanding the meaning of postpartum female sexuality as an individual human need beyond its relationship with the man or with his physical body, present in the postpartum, although in a different way than expected or wanted, is the first step to be able to propose new intervention strategies that facilitate and help these women to live this influential period in a more satisfactory way. Not only in the healthcare field, but also in the teacher, manager and researcher. Transmitting adequate and conscious knowledge about female sexuality would mean both a scientific and a social advance; it is through the word when changes are initiated.

Keywords: sexuality, postpartum, woman's health, grounded theory, qualitative research.

## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1. *CONTEXTUALIZACIÓN: MOTIVACIONES E INTERESES EN LA SEXUALIDAD DE LAS MUJERES EN EL POSTPARTO.*

#### 1.1.1. *Interés personal*

Este trabajo nace de las propias dudas de una mujer, de cómo sus semejantes eran capaces de vivir tales procesos como la gestación, el parto, la lactancia, y poder continuar con su vida sexual, con todo lo que estos cambios significan: los miedos a que el cuerpo se vuelva diferente, las sensaciones, el trauma tanto físico como emocional que el parto pueda desempeñar. Durante toda la vida la investigadora había visualizado la maternidad como felicidad, ilusión, la razón de ser; hasta que poco a poco las dudas se abrieron paso. A través de las dudas, la curiosidad condujo a la investigadora a repreguntar la situación. Michel Foucault (1984) planteaba: “¿Y si no consiste, en vez de legitimar lo que ya se sabe, en emprender el saber cómo y hasta dónde sería posible pensar de otro modo? (p. 12). En base a esta reflexión queda claro que, en ocasiones, las personas se tienen que alejar de ellas mismas, dado que el conocimiento no es reforzar lo que ya se sabe, sino ir más allá (Foucault, 1984). De las ganas de conocer la situación y cambiar la visión previa que se tenía surgió esta investigación, el querer saber y pensar de una manera diferente al que hasta ahora se creía correcto.

### 1.1.2. *Interés profesional*

Enfermería es conocida por ofrecer cuidados a las personas. Las principales teorías enfermeras enfocan sus investigaciones e hipótesis en los cuidados, en las necesidades, o la visión bio-psico-social, es decir, en entender a la persona en su totalidad y lograr un círculo sano de su ser (Alligood y Marriner, 2011). La mujer que acaba de ser madre precisa de cuidados específicos, dado que sus necesidades han sido modificadas y su círculo precisa reestructuración. Mediante el contacto y el debate con diversas matronas, la figura más próxima durante el acompañamiento en la maternidad, se evidenció el hecho que, la sexualidad, después de dar a luz, es de las necesidades menos tratadas e investigadas.

La enfermera asistencial debe aplicar unas intervenciones basadas en la evidencia científica; a través de la búsqueda, comprensión y contrastación de la información se pueden cambiar situaciones que hasta ahora parecían correctas, pero no las más adecuadas y beneficiosas para la persona. La enfermera investigadora es la encargada de que existan estas guías de prácticas clínicas, y la enfermera gestora la que coordina la evidencia y los recursos con la práctica. Es preciso que las enfermeras no olviden todas sus facetas y cualidades, ya que en conjunto y colaboración ofrecen su mejor versión de sí.

### 1.1.3. *Interés sociocultural*

Más allá de buscar razones personales o profesionales para dar sentido a esta investigación, toda motivación tiene que surgir de cómo se puede ayudar a la situación de la población. La mujer y la maternidad llevan siglos unidas, estas dos se unen mediante la sexualidad, e irónicamente se ha pensado más de una vez que lo que lleva a la maternidad, desaparece con ella, el sexo. Esta idea de la sexualidad de la mujer limitada a la reproducción y a la maternidad data de las primeras civilizaciones, siendo Simon de Beauvior (1949) en su obra “El segundo sexo” quien críticamente excavó en los versos que tantos filósofos y pensadores han pronunciado. No sorprende si se escucha que con la maternidad la mujer alcanza su destino fisiológico, perpetuando la especie; Rousseau (1762) la consagraba a la maternidad y al marido. En el contexto sociocultural español, la mujer proviene de un estatus opresivo dictatorial a través de unos mandatos jerárquicos entre sexos donde la construcción de la sexualidad ha sido formada en el marco de la heterosexualidad (Osborne, 2012).

Estas premisas de la mujer y de su sexualidad incita interés en preguntarse cómo y de qué manera influye el contexto sociocultural en el fenómeno de la sexualidad femenina en el postparto. Concretamente, se estudia una población conformada por mujeres de clase media en una sociedad europea occidental. Como se mencionará más adelante, Briggidi et al., (2021) plantea, desde la visión de la interseccionalidad, que ciertos grupos dotados de unos privilegios sociales, son estudiados y observados desde la rigidez y la homogeneidad. Partiendo de esta situación, este estudio pretende comprender y profundizar en este grupo social desde el interior vivencial de cada persona.



## 1.2. DESCRIPCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DE LA SITUACIÓN A INVESTIGAR

### 1.2.1. Estudio previo fenomenológico

En el 2017 se realizó un estudio fenomenológico donde participaron diez mujeres primíparas que hacía menos de 12 meses que habían dado a luz. Se llevó a cabo un estudio descriptivo mostrando las experiencias propias de dichas mujeres donde los resultados ofrecían una línea importante de investigación para mejorar las intervenciones enfermeras en la salud sexual femenina. Las principales conclusiones fueron (Pardell et al. 2020) (**Anexo 1**):

- La sexualidad se presenta como una necesidad básica difícil de abordar y entender.
- En el postparto la sexualidad parece inexistente, tanto enfermería como las mujeres la invisibilizan.
- Los cuidados de enfermería en el postparto se minimizan y van enfocados a el/la recién nacido/a.
- La no representación de la figura de la madre en la sociedad lleva a que las mujeres vivan la maternidad y la sexualidad de forma inesperada.
- Las mujeres demandan visibilización y poder entender lo que realmente experimentarán.
- La sexualidad tratada desde el modelo biomédico se confiere igual en todas las mujeres entendiendo la penetración como sexualidad completa. Esta idea social de una única sexualidad repercute en la libre vivencia de las mujeres.
- Los factores relacionales, emocionales y culturales influyen en la sexualidad de forma igual o mayor que los físicos.
- El tipo de parto es independiente a la vivencia de una sexualidad alterada o no.

Partiendo de estas conclusiones surgió la necesidad de profundizar, ampliar, dar nombre, sentido y explicación a la situación en cuestión. En la voluntad del saber, Michel Foucault (1976), habla sobre como con la sociedad moderna aparece la necesidad de controlar el sexo mediante el lenguaje y los discursos; comparte los innumerables relatos que en tan poco tiempo aparecieron sobre el sexo, intentando encontrar la evidencia y la verdad. A este hecho Foucault lo llamó la *scientia sexualis*, es decir, obtener placer mediante la verdad del placer y del sexo. Transformando la sexualidad y la ars erótica en una ciencia con visión médica (Foucault, 1976). Esta necesidad de poner un nombre a todo y de tenerlo clasificado, es la manera que las personas acceden al control sobre las cosas, sin proporcionar margen a la diversidad, entrando en conflicto si las cosas no se presentan como blanco o negro. En el postparto ocurre un fenómeno parecido, la gran precisión sobre su desarrollo, el inmenso conocimiento sobre tipos de partos, suelo pélvico, lactancia, cuidados del recién nacido, salud sexual, depresión postparto, a veces puede nublar la pequeña excepción. Esa pequeña excepción es la mujer individual que frente a tanta información puede no encontrarse reconocida.

### 1.2.2. ¿Qué es la sexualidad?

Poniendo atención en la descripción actual de la sexualidad según la World Health Organization (WHO) es:

Un aspecto central de las personas, presente en todas las etapas de la vida, influenciada por factores biológicos, psicológicos, sociales, políticos, culturales, legales, históricos, religiosos y espirituales, los cuales están en interacción. En la sexualidad encontramos el sexo, las identidades de género, roles, orientación sexual, erotismo, placer, intimidad y reproducción. Puede ser vivida mediante los sentimientos, pensamientos, fantasías, deseos, creencias, valores, prácticas,

relaciones, comportamientos, que no necesariamente serán experimentados o expresados por todo el mundo (WHO, 2006, p. 5).

De este modo se entiende que es un aspecto multifactorial creado individualmente que va evolucionando y cambiando según las personas y por múltiples causas.

Se trata de una definición amplia y da a entender que cada persona vive y construye su sexualidad individualmente según el periodo que esté viviendo; por lo tanto, en el postparto cada mujer podría experimentar su sexualidad de distinta manera. Si se retrocede a las conclusiones del estudio fenomenológico se puede visualizar que en sus vivencias coinciden en la limitación de una expresión libre (Pardell et al., 2020).

Se evidencia así la importancia de progresar no tanto en las definiciones, sino en las concepciones que hoy en día se tiene de lo que es para la mujer la sexualidad, lo que es para la mujer ser mujer, y lo que es para la mujer el postparto y la maternidad. El primer problema aparece cuando se aspira a entender la sexualidad masculina y femenina como igual; sería correcto si dicha contemplación no basara las evidencias solo en la visión masculina; sin embargo, en la mayoría de ocasiones, la marca de agua del heteropatriarcado sigue influyendo en las definiciones y creencias tanto individuales como colectivas. Con una simple búsqueda en Internet se identifica una incertidumbre en las definiciones de hombre y mujer. Según la Real Academia Española (2021):

-Hombre: ser animado racional, varón o mujer.

-Mujer: persona del sexo femenino.

Por lo tanto, desde el momento en que la definición de mujer aparece dentro de la del hombre, el problema se hace evidente.

### 1.2.3. *¿Qué es la salud sexual?*

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006):

La salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad; no es la mera ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para alcanzar y mantener la salud sexual, deben empeñarse todos los esfuerzos para que se respeten, protejan y se garantice el ejercicio de los derechos sexuales de todas las personas. (p. 5).

En el 2011 se aprobó, en España, la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR) con el objetivo de ofrecer una atención de calidad a la salud sexual y reproductiva en el Sistema Nacional de Salud. En la introducción de este documento se habla sobre los derechos sexuales de las personas y los derechos reproductivos donde especifican el derecho a decidir y a garantizar la atención sanitaria prenatal y postnatal, destacando el derecho a decidir sobre su plan de parto, de cuidados en el embarazo, en el postparto, sobre el recién nacido, o sobre la lactancia y sus pertinentes permisos. En el siguiente punto nombran todas las convenciones, leyes y declaraciones internacionales y nacionales sobre los derechos de la mujer (ENSSR, 2011). Años más tarde, en el 2018 se vuelve a abrir el debate a raíz del aumento de violaciones, acoso sexual, pornografía y consumo de drogas, dando paso a un plan operativo aprobado en junio de 2019. Este comité basa su programa en las siguientes definiciones de salud sexual:

Se entiende la salud sexual integral como el mayor grado posible de disfrute de una sexualidad saludable, placentera e igualitaria que fomente la

corresponsabilidad y la igualdad en las relaciones afectivas y sexuales, el bienestar emocional, y el uso de los métodos anticonceptivos y de prevención” Estrategia de Salud Sexual (ESS, 2019, p. 3).

Igual que se ha comentado en la definición de sexualidad, se necesita entender la sexualidad femenina antes de poder hablar de igualdad. Se necesita mencionar la sexualidad individual antes de presuponer la relación compartida. Se necesita que la idea de que son precisos los anticonceptivos para prevenir complicaciones no esté en la misma definición de salud sexual, llevando a pensar que la mujer siempre cargará con las posibles complicaciones.

Seguido de la definición de salud sexual se muestra el abordaje de esta misma:

El abordaje de la salud sexual integral que se incluye en las diferentes líneas específicas debe contemplar de forma transversal los determinantes sociales, culturales, económicos y de género, así como los diferentes contextos de vulnerabilidad y diversidad en los distintos grupos poblacionales (grupos etarios, diversidad funcional, diversidad sexual y de género, etnia, violencia sexual y personas con enfermedades crónicas, incluyendo personas con el VIH) tomando como base los principios de universalidad, calidad equidad que inspiran el conjunto de acciones del SNS. (ESS, 2019, p. 3).

Resulta primordial disfrutar de un plan de salud sexual, no obstante, lo que se viene a estudiar en esta tesis aparece como la gran ausencia en las guías nacionales. No hace falta que la mujer tenga una Infección de Transmisión Sexual (ITS), sea homosexual, haya sufrido una violación o presente alguna drogadicción para preocuparnos de la sexualidad de la mujer. Como plantean Brigidi et al., (2021) los colectivos privilegiados, en este caso, la mujer occidental de clase media-alta, resultan invisibles o poco

estudiados; estos presentan un estigma al ser considerados acomodados, y cargando la culpa de incrementar las desigualdades de género o clases sociales, alimentando así el patriarcado. Esta laguna en la investigación se ve presente en el planteamiento de la salud sexual; si se echa un vistazo siglos atrás, el cuestionamiento de la sexualidad si no estaba regulada y normativizada ya existía, es decir, toda aquella práctica sexual fuera de lo común era cuestionada. Toda persona que no cumplía con lo aceptable, es decir, los grupos vulnerables, era visto como pecado y aberración, con su consecuente estudio: sexualidad de los niños, enfermos mentales y criminales, obsesiones, ensoñaciones y manías (Foucault, 1976), abandonando en un silencio la sexualidad de los llamados privilegiados que encajan en la normalidad descrita. Actualmente, la sexualidad suele analizarse desde otra perspectiva, pero con los mismos ojos. La visión biomédica limita la descripción de la sexualidad, centra su atención en los grupos de riesgo y olvida la visión holística. Simon de Beauvoir (1949) comentaba “cuando diferenciamos ‘sexual’ de ‘genital’, la noción de sexualidad se vuelve borrosa” (p. 103).

#### *1.2.4. Revisión sistemática*

Para conocer en profundidad la literatura presente sobre esta temática se realizó una revisión sistemática siguiendo el método PRISMA (Moher et al., 2009), la cual fue publicada en el repositorio Prospero de la University of York (PROSPERO 2018 CRD42018092255). Para encontrar dicha literatura las bases de datos utilizadas fueron las siguientes: Pubmed, Cinhal, Scopus, Cochrane, Cuiden, Cuidatge, Lilacs. Mediante los operadores booleanos se combinaron las palabras claves, algunas de las cuales fueron: *sexuality, sex, sexual health, coitus, puerperium, postpartum, dyspareunia, perineum, women, partner, husband, spouse, newborn, infant, nurse, midwife, self-esteem, myths, affection* y palabras similares, cadauna mezclada (and/or).

La selección de la muestra consistió en distintas fases (ver diagrama 1):

1. Clasificación de todos los resultados encontrados.
2. Eliminación de duplicados.
3. Cribaje por:
  - 3.1. Título
  - 3.2. Resumen
  - 3.3. Texto completo

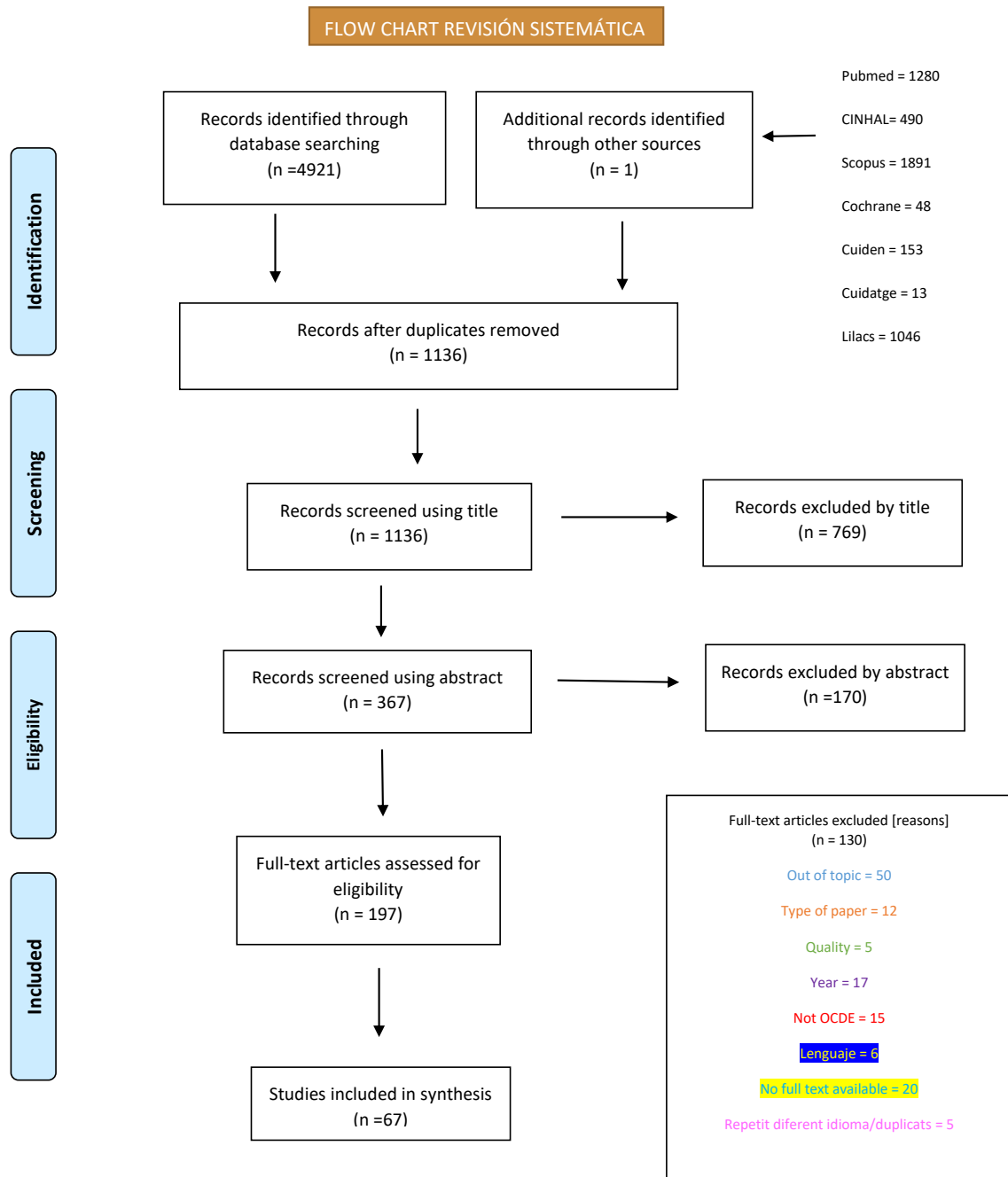
El cribaje estuvo en manos de un grupo de 8 investigadores e investigadoras; por parejas seleccionaron los mismos títulos y así asegurar una fiabilidad del 95%, en caso de no coincidir, la investigadora principal revisó las discordancias y tomó las decisiones oportunas.

Se incluyeron estudios cuantitativos y cualitativos, mixtos y revisiones que trataran sobre la sexualidad postparto de las mujeres. Se excluyeron artículos con visión de los/las profesionales, de embarazos no deseados, o con mujeres con antecedentes de agresiones o abusos. Los estudios con mujeres con patología mental o menores de 18 años también se excluyeron. Los artículos incluidos debían pertenecer a la Organization for Economic Co-operation and Development (OCDE). La fecha de publicación dató desde el 2000 hasta la actualidad.

Se utilizaron distintas herramientas de lectura crítica para asegurar la calidad de los títulos seleccionados: the Critical Appraisal Skills Programme for the qualitative studies (CASP), the Critical Appraisal Skills Programme for a case control studies (CASP), the Critical Appraisal Skills Programme for Cohort Studies (CASP), the Critical Appraisal Skills Programme for randomised controlled trial (CASP) and the Critical Appraisal

Skills Programme for systematic review (CASP) (todas ellas disponibles en <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>).

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med

6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097



Los 67 artículos finales se repartieron entre los 8 miembros del equipo investigador para su análisis pertinente. Los datos se extrajeron y colocaron en una hoja Excel previamente confeccionada. Las temáticas que se valoraron en los artículos fueron:

- Dinámica sexual en el postparto: prácticas sexuales en las primeras relaciones postparto, tiempo de inicio sexual, estado de la libido, frecuencia, problemas sexuales, etc.
- Tipo de parto y dispareunia: valorar la influencia del tipo de parto en la sexualidad y la dispareunia, estado del suelo pélvico.
- Reestructuración de roles: influencia del bebé en la mujer y la pareja, repartición de tareas y cuidados, dinámica relacional de la pareja.
- Impacto cultural: influencia de la cultura y la sociedad sobre la maternidad y la sexualidad, facilidad para tratar temas sexuales, impacto de la imagen corporal sobre la autoestima.
- Profesionales sanitarios: resolución de dudas del postparto, información sexual recibida.

Los resultados extraídos establecieron la base comparativa y de referencia para la investigación en cuestión. En el **anexo 2** se presenta una tabla resumen extraída de la tabla Excel que se utilizó para clasificar los 67 artículos. Los principales hallazgos obtenidos muestran estudios centrados en clasificar el retorno a la sexualidad cuando hay la primera penetración, pasando por alto toda actividad sexual lejos del coito. No obstante, aquellos que mencionan otras prácticas sexuales reflejan experiencias positivas en las mujeres. Este enfoque en la penetración conduce a focalizar la sexualidad y la salud sexual en el cuerpo físico y su recuperación. Distintos estudios (Kahramanoglu et al., 2017; McDonald et al., 2015; Rathfisch et al., 2010; Radestad et al., 2008; Laganà et al., 2015) defienden la necesidad de restablecer todas las áreas de la mujer, tanto física,

emocional como de identidad para disfrutar de una buena sexualidad. De este modo, aunque se intuye una relación directamente proporcional de mayor grado de trauma perineal con mayor disfunción sexual, no hay evidencias suficientes para determinar que la parte física es la mayor influyente en la disfunción. Como factor a destacar, la mayoría de los estudios abordan parejas heterosexuales, resaltando los roles marcados de hombre y mujer, esta última cargando con el peso doméstico, influenciando negativamente en su sexualidad. Según la región cultural, Gómez Cantarino et al., (2016) destacan que estos roles son más o menos estrictos, y la mujer siente más o menos necesidad de satisfacer sexualmente a su marido.

Pocos estudios (Woolhouse, McDonald y Brown., 2014; Chivers et al., 2010; Olsson et al., 2005; Cappell, Macdonald y Pukall., 2016; Williams et al., 2005; Priddis, Dahlen y Schmied., 2013; Bender, Sveinsdóttir y Fridfinnsdóttir., 2018) se centran o mencionan el abordaje de los profesionales de la salud, la evidencia indica una presencialidad escasa en cuanto a la salud sexual, con una información limitada recibida por las mujeres, conduciendo a interrogarse si estarán realmente preparadas para tener sexo. Esta dificultad para tratar temas de sexo, según O'Malley, Higgins y Smith (2015), proviene de la dificultad de poder definir correctamente la sexualidad, llevando a centrar el abordaje en el cuerpo físico.

#### *1.2.5. Contextualización del seguimiento postparto: situación actual.*

El puerperio o postparto es la etapa que se inicia justo después del parto, 1-2 horas una vez expulsada la placenta. Durante este periodo la mujer restablecerá su cuerpo al estado inicial y va acompañado por cambios psicológicos, endocrinos, genitales, físicos y sociales (Salim y Gualda, 2010). En el contexto español la clasificación más común para

describir el postparto consta de 3 estadios: puerperio inmediato (las primeras 24-48 horas), el postparto precoz (2-10 días postparto), el postparto alejado (hasta el 40 día postparto) y el postparto tardío (hasta los 6-12 meses) (Romano et al., 2010). Es un periodo de duración indefinida; es decir, según cada mujer, se extenderá más o menos en el tiempo. Por lo tanto, es una etapa de la vida de las mujeres que obliga a prestar atención. Durante este periodo se produce una disminución del deseo sexual, de la frecuencia del coito, de la satisfacción sexual y de la satisfacción de la relación con la pareja (De Judicibus y McCabe, 2002). De este modo, la necesidad de la sexualidad estará alterada. El seguimiento por parte de las enfermeras es imprescindible para ayudar a descubrir soluciones.

La figura de la enfermera como se ha mencionado consiste en asistir y acompañar a la mujer en su proceso, no solo de enfermedad, sino de vida o situacional. Huyendo de la visión biomédica procura entender a la persona en su totalidad, ya que la sexualidad pierde sentido si se trata de enfocar desde la mirada coitocéntrica, genital y reproductiva.

Durante la maternidad la mujer se enfrenta a grandes cambios y recibe mucha información y muy diversa. La matrona (enfermera especialista obstétrico/ginecológica) es la profesional que acompaña a la mujer en todo el proceso; no obstante, en lo que a sexualidad se refiere, la evidencia indica que sólo un 23% de las mujeres a los 3 meses postparto fueron preguntadas por su salud sexual, y solo un 18% por problemas con su pareja (Woolhouse, McDonald, y Brown, 2014). De los 67 títulos revisados en la revisión sistemática en 10 se hablaba significativamente sobre la información recibida de los profesionales de la salud, algunos estudios coinciden en que las mujeres sienten que si recibieran más información sobre los cambios que puedan vivir en las relaciones sexuales les ayudaría a experimentarlo mejor (Woolhouse, McDonald, y Brown, 2014; Williams et al., 2005; Olsson et al., 2005; Priddis, Dahlen y Schmied, 2013; Bender,

Sveinsdóttir y Fridfinnsdóttir, 2018; Cappell, McDonald y Pukall, 2016). En las revisiones médicas les comentan que a las 6 semanas ya se les 'permite' tener relaciones sexuales (entendidas como relaciones genitales insertivas) porque supuestamente físicamente están preparadas, pero no emocionalmente (Woolhouse, McDonald y Brown, 2014; McDonald, Woolhouse y Brown, 2015).

O'Malley, Higgins y Smith (2015) intentaron definir la salud sexual postparto, analizando 91 artículos de metodología diversa, y concluyeron que dicha problemática no era reconocida por los profesionales. Los autores identificaron que a los 3 meses postparto un 83% de las mujeres tenía un indicador de trastorno de su salud sexual y, a los 6 meses, un 64%, y de estas solo un 15% lo comentó con los profesionales. McDonald y Brown (2013) refuerzan la evidencia insuficiente de la sexualidad en el postparto y la formación de los profesionales. Su estudio se centraba en el tipo de parto y la posible afectación de las prácticas sexuales, y subrallan la falta de información de los libros de obstetricia y los pocos estudios realizados. Esta escasez repercute en poder plantear e iniciar nuevas líneas de actuación e intervención. Por este motivo, resulta fundamental continuar investigando esta temática.

### 1.3. MARCO TEÓRICO

#### 1.3.1. *La sexualidad a través de la historia*

Como se ha mostrado, cuando se habla de sexualidad y se intenta interpretar como se entiende hoy en día, la mayoría de las veces se remonta al cristianismo para darle sentido, al ser el contexto más familiar. La mujer con su rol procreador, el pudor en las relaciones sexuales, el sentimiento de pecado o la culpabilidad. Se relacionan estas ideas con el cristianismo pensando que anteriormente la sexualidad no estuviese reprimida, y la población disfrutase de un sexo más abierto y libre. No obstante, las bases se encuentran en las primeras civilizaciones, la antigua Grecia, Roma, o incluso, la Prehistoria. Es por ello que para poder comprender la sexualidad actual es imprescindible dar un salto hacia atrás unos 6000 años.

##### 1.3.1.1. PRIMEROS ESCRITOS

En las primeras menciones sobre la sexualidad en la Antigüedad se explican los principales conceptos con relación al placer. En ese periodo histórico el lenguaje era muy rico y presentaban diferentes conceptos para describir actos sexuales concretos (Foucault, 1984).

El acto, el deseo y el placer en su conjunción formaban una fuerte unidad. El acto sexual iba ligado al placer, y la naturaleza conducía hasta lo que proporciona placer. Platón (*Leyes, I, 624a-650b*) añadía que su interpretación no puede lograrse sin la privación, es decir, tiene que haber cierto sufrimiento para que haya placer; este sufrimiento lo experimentaba el alma mediante los recuerdos, así cuando el cuerpo tenía carencia, el alma recordaba lo que le aportaba el placer.

Los griegos cuando estudiaban la sexualidad buscaban encontrar qué lleva al deseo. Más allá de explicar el acto sexual en sí, o las reacciones del cuerpo, querían ver qué fuerza y qué moral llevaba al acto. Para estudiar esta dinámica primero intentaron cuantificar el número y frecuencia de actos sexuales, el funcionamiento del esperma y su influencia con enfermar si se expulsaba demasiado. Aristóteles (*Política, II, 14, 1207a*) refirió que este exceso podría producirse por un deseo de 'cosas' inapropiadas o porque no se disfrutaba de como se debía. En toda aphrodisia (todo lo que aporta el placer) existía una polaridad, por lo tanto, implicaba dos actores, cada uno con su función, un hombre ejercía la actividad y el otro dejaba dominarse; bien podía ser una mujer, un niño o un homosexual (Foucault, 1984). En toda relación sexual se establecía una relación de poder, como si de una relación social se tratara. Kate Millet (1969), en la política sexual, pretende relacionar las relaciones sexuales entre sexos con una visión política. La pasividad en la mujer no era cuestionada, se veía un hecho natural y necesario. Estas ideas de pasividad sexual en la mujer siguen arraigadas en la sociedad actual. En el contexto español, Osborne (2012), plantea que el papel de la mujer durante el franquismo giraba en torno a su abnegación, sacrificio, modestia y obediencia hacia el hombre, eliminando toda sexualidad propia de la mujer. La misma autora expresa que este silencio envolvente conlleva a no tener memoria sexual histórica. En la antigüedad no existía prohibición de prácticas sexuales, no fue hasta la era después de Cristo cuando se empezaron a repudiar ciertas prácticas sexuales, hasta entonces se daba más importancia al control de uno mismo y al uso de la aphrodisia que no al tipo de placer. Se observa pues como el hecho de asignar un rol pasivo a la mujer en manos de un hombre no es nada nuevo y la construcción social ha calado hondo.

Poco a poco la fuerza del matrimonio fue desplazando las relaciones amorosas entre hombres, y la importancia que se dió en Grecia a este tipo de placer se fue apagando en

la época romana. El amor por los hombres que había sido dotado como una de las formas más altas del amor dejará de ser estudiado para centrarse en el cuestionamiento del estilo de vida, la estética de la conducta y la relación con uno mismo, con los otros y con la verdad (Foucault, 1984). Al no ser un placer dentro del matrimonio y para procrear será puesto en duda.

Más allá de la erótica o atracción, los romanos buscaron explicar el amor y su origen. Distintas teorías hablaban de la mitad perdida, la amistad, el asociar el amor del alma al cuerpo. Sócrates y Diotímia (citado en Foucault, 1984) plantean explicar el amor desde el sujeto, no desde el objeto querido. Actualmente se explica el amor por lo que el otro despierta en cadauno: las mariposas en el estómago, la felicidad, las ganas de ver al otro. Esteban (2011) en su estudio del amor, observa la mayor influencia cultural del amor en la vida de las mujeres. En todo este camino se olvida replantear que quiere cada una. Los filósofos antiguos reducían la problemática a encontrar la verdad.

Aunque la cultura de aquel momento disfrutaba de una sexualidad más amplia en comparación al cristianismo, practicaban un régimen estricto muy ligado a la moral. Aristóteles (*Ethica Nicomachea*, II, 1103a-1109b) presentó el término: templanza, era el punto medio entre exceso y defecto, aplicado en cualquier aspecto de la vida, pero en especial frente al sexo, no obstante, no había prohibición ni castigo, si no se conseguía esta templanza.

#### 1.3.1.2. BIOLOGÍA Y NATURALEZA SEXUAL

La primera explicación de la atracción sexual recae en la necesidad de reproducirse. Galeno (citado en Foucault, 1984) justificaba que dicha atracción era debido a la anatomía

y condiciones físicas. A partir de los órganos que permiten la fecundación y mediante la capacidad del placer, un placer muy fuerte, el alma deseará utilizar estos órganos.

Todo hombre que presentaba una alteración sexual era cuestionado de su virilidad, relacionaban la capacidad sexual espermática o de erección como un rasgo masculino (Areteo citado en Foucault, 1984). Los que no cumplían con unas directrices eran vistos como enfermos, débiles, afeminados o viejos. Se interpreta como la figura de la mujer se presentaba como pasiva, toda mujer que presentaba mayor impulso sexual se consideraba enfermera (Sorano citado en Foucault, 1984). En todo momento la sexualidad se describía a partir del hombre. Hombre y mujer presentaban, y presentan, unos estereotipos asignados según las necesidades y gustos del grupo dominante, según su conveniencia, ya sea agresividad, inteligencia y fuerza en el hombre; pasividad, ignorancia y docilidad en la mujer (Millet, 1969).

En la Edad Antigua donde saber la verdad sobre los placeres, el amor o la existencia era debate constante, Seudo-Luciano (citado en Foucault, 1984) establece un debate en los amores, sobre diferencias entre el amor por los hombres y el amor por las mujeres. La defensa en el amor por las mujeres reside en el explicado hasta ahora, su función natural de reproducción. Cuenta que la naturaleza pone alma a los objetos, los seres vivos son perecederos, pero mediante los nacimientos se evita el fin. Con la división de los sexos se consigue la perpetuación, por tanto, es necesaria la atracción mutua. Así lo femenino tiene que actuar como femenino y lo masculino como masculino, toda desviación significaba una decadencia; en cierto punto, coincide con Irigaray (1992) en defender la diferenciación sexual para no exterminar la especie humana. Por el contrario, otra visión del debate defendía las uniones de amistad entre hombres, y como una vez superadas las primeras necesidades, una vez la especie está asegurada con los placeres hacia las mujeres, aparece el amor por los hombres a raíz de una curiosidad superior. Se establece



una relación de enseñanzas entre discípulo y maestro. El hombre va más allá de los animales, no busca solo reproducción sino filosofar (Seudo-Luciano, citado en Foucault, 1984). De todo lo expuesto se puede observar como la mujer en la sexualidad o en el amor juega un papel secundario incuestionable, su biología y naturaleza queda limitada a una sola función.

Tal como se ha mencionado anteriormente las bases de la sexualidad del siglo XXI recaen en la antigua Grecia, se puede observar la similitud entre las conductas antiguas y el régimen católico, intentando buscar siempre la basante científica. La tendencia a la economía estricta, las alteraciones de la persona por practicar ciertas conductas sexuales, la necesidad del dominio del placer, la represión sexual. Estas bases impregnan la sociedad actual de las tradiciones griegas, latinas, orientales, judías y cristianas, ya sea mediante el arte, los mitos y los pensamientos (Irigaray, 1992); aunque conocer el pasado es un requisito para evitar viejos errores. Millet (1969) prefiere centrarse en el presente, en la realidad del patriarcado actual que establece las bases del poder, de la conducta y de las relaciones sociales. Se reafirma la cultura sobre la biología como responsable de la desigualdad sexual.

Centrando la atención en la sexualidad de la mujer desde el funcionamiento de su cuerpo resulta un acto complejo de entender. Ella presenta el clítoris y la vagina, el primero recibirá estímulos durante toda la vida, incluso antes que la vagina, pero esta será la protagonista de las relaciones sexuales ya que en ella encaja el pene y se transforma en erótica, de este modo, la mujer será forzada a vivir su sexualidad a través de las contracciones de su vagina (Beauvior, 1949), aunque el clítoris sea el único órgano sexual, ya que posee el tejido erógeno con su capacidad de provocar orgasmos (Millet, 1969). A diferencia del hombre, que en el acto tiene un inicio, nudo y desenlace cerrado, con la erección se muestra la necesidad y con la eyaculación de semen finaliza la actividad; en

la mujer resulta imprevisto, incluso como si no tuviera final (Beauvior 1949). Kinsey (1953) refería que la anatomía de la vagina muestra que no está innervada. Los nervios que hay están en la base del clítoris, notará el pene por el tono muscular vaginal, no por los nervios. No obstante, entender el placer y orgasmo femenino es complejo, ya que no solo depende de la fisiología sino de toda la situación que vive la mujer. La pasividad, masoquismo y narcisismo, que más adelante se tratará, con la visión orgánica de Freud, tendrían su origen en la cultura (Millet, 1969), es decir, la conducta de la mujer frente la sexualidad no será por cuestiones biológicas, sino contextuales. Las primeras experiencias sexuales compartidas pueden repercutir en ella, incluso puede tener relaciones sin quererlas, el hombre puede acceder a ella, puede haber fecundación sin que ella tenga placer. Si el pene no está erecto no puede haber relación, el hombre presenta ventajas biológicas y sociales, sus características globales le conceden una situación privilegiada.

Se puede observar cómo actúa la sexualidad femenina, no es una necesidad concreta, la mujer quiere que la persona que desea tenga unas características concretas, unos valores, un gusto, olfato y tacto específico. Despierta una lucha contra su pasividad autoimpuesta que la conduce a buscar potencia, y su narcisismo por agrandar que la guían a buscar ternura; tendrá que conquistar el placer mediante una implicación vital. Cuando se excite su organismo se activará, se inervarán las zonas erógenas, se inflamarán los tejidos eréctiles, tendrá secreciones, elevación de la temperatura, pulso y respiración. La mujer tendrá que estar psicológicamente activa, positiva, desear la relación. La mujer rechazará las actividades con coito que precisen de tensión, cambios constantes, ya que rompen el encanto y fluidez (Beauvior 1949). Así pues, a modo de generalización, la mujer, por sus condiciones biológicas y psicológicas, presentará una llegada al orgasmo más costosa que el hombre.

### 1.3.1.3. EL MATRIMONIO Y EL SEXO: OBJETIVO PROCREADOR

Hasta ahora se ha visto la relación de la sexualidad con la búsqueda de la verdad, con la sociedad y el poder, y con la moral. Son rasgos no muy alejados de los de hoy en día. Las civilizaciones antiguas se organizaban en familias, el hombre era el patriarca y establecía un vínculo con la comunidad más fuerte que en la actualidad. Para asegurar una descendencia y perpetuación de la propiedad, hombres y mujeres se unían en matrimonio para su conveniencia. Matrimonio y sexualidad resultará una unión a analizar. Históricamente se ha comprendido el sexo para crear, siendo la mujer madre y el hombre padre de familia, entendiendo la pareja como vínculo generador (Irigaray, 1992).

Ya en la antigua Grecia se creía que el marido tenía que procurar ser prudente y no llevar a la mujer por el mal camino. Aristóteles (*Política*, III, 1277a-1278a) recogió ciertos comportamientos adecuados para la mujer en frente del hombre: ser honesta, con modales discretos y reservados. La sexualidad de la mujer impuesta por el patriarcado estaba destinada a limitar el placer femenino, vivido como un sometimiento, por lo tanto, la mujer combatía el poder masculino con frigidez y castidad (Millet, 1969). El pudor de una esposa no debe caer con el vestido que se quita, decía Plutarco en los preceptos conyugales (citado en Foucault, 1984). Plutarco destaca que la esposa tiene que ser diferente, debe hacer brillar lo que hay de virtuoso en ella. Haciendo referencia a la virtud como constancia y afecto hacia el marido. La relación sexual conyugal debería servir de instrumento para formar una relación afectiva simétrica y reversible. En cierta manera, aunque las diferencias son grandes, actualmente, la pareja busca la sexualidad más lejos de lo físico, la unión que se consigue con el compañero/a es más compleja que en una relación sexual al azar.

Platón (*Leyes*, IV, 721a-721d) unirá a hombre y mujer para el objetivo común de la descendencia y honor, en el matrimonio veía la obligación de insertar todos los placeres sexuales como justificación de proporcionar hijos a la ciudad y poder subsistir. Aristóteles (*Ethica Nicomachea*, VII, 1152b-1154b) hablará de la condición natural reproductora y familiar, sin mencionar en ningún momento los tipos de relaciones sexuales entre marido y mujer, únicamente el mandato del hombre hacia la mujer. Aunque marido y mujer tuvieran obligaciones morales entre ellos, el marido tenía libertad para tener relaciones sexuales fuera del matrimonio, y así obtener placer, ya que en las relaciones matrimoniales el objetivo era la reproducción. Por este motivo la mujer tenía más importancia que la cortesana, por su finalidad (Foucault, 1984). Al tener este fin reproductivo la abstinencia en las mujeres no estaba tan reconocida, en algún escrito se planteó la virginidad en las chicas y si era beneficiosa o no; por ejemplo, Sorano (citado en Foucault, 1984) en el tratado de las enfermedades de las mujeres, menciona que mantener la virginidad puede conllevar patología debido a la no evacuación de los placeres; por el contrario, otros filósofos creían que al mantener la virginidad ayudaba al control de una misma. Establecía que para el matrimonio la mujer tenía que ceñirse a criterios orgánicos y no sentimentales, una vez tuviera la primera menstruación estaba lista para el matrimonio y para el sexo (Foucault, 1984). No obstante, la virginidad se les presentaba a las chicas con un precio tan alto que el momento de perderla era decisivo en sus vivencias posteriores. Tenían miedo a la violencia del acto ya que muchos varones descargaban su potencia. La primera penetración normalmente no era agradable, las chicas preferían probar otros placeres más suaves; sentían humillación al ser tratadas al gusto del hombre. También vivían con preocupación el quedarse embarazadas, muchas después del acto iban corriendo a limpiarse y expulsar el semen (Beauvoir, 1949).

Balzac (1829) decía: “en el amor, si no tenemos en cuenta el alma, la mujer es como una lira que solo libra su secreto a quien la sabe tocar” (p. 49). Ciertamente, la mujer viviría mejor su primera experiencia sexual si no fuera tan planeado, si el chico se limitara a prestar atención a la chica, si se hablara. La falta de educación influía negativamente en la chica, podía llegar a pensar que su máxima sexualidad eran los besos.

Hoy en día continúa habiendo primeras experiencias similares, donde la chica inexperta sufre más que goza en la primera relación. Se educa a las chicas pensando que con la pérdida de la virginidad ya serán activas sexualmente, ya conocerán el sexo, pero porque se entiende la penetración como el sexo real, y se entiende que el sexo con el chico es la única forma posible de tener sexo. La chica enfoca su madurez, su existencia adolescente en este acto, haciéndola creer que con la pérdida de la virginidad trascenderá.

Foucault (1984) decía:

Estamos en un mundo muy fuertemente marcado por la posición central del personaje masculino y por la importancia otorgada al papel viril en las relaciones de sexo. Estamos en un mundo donde el matrimonio se valoriza lo bastante como para considerarse como el mejor marco posible para los placeres sexuales. (p. 37).

#### 1.3.1.4. TRANSCICIÓN A UN NUEVO PLANTEAMIENTO DE LA SEXUALIDAD

En los inicios de nuestra era se inició una reflexión moral sobre la actividad sexual, dando paso a un régimen más austero. Con el peso de la religión en la sociedad toda conducta estaba ligada entorno al obrar en nombre de Dios. Los excesos y malas conductas empezarán a precisar de abstinencia y virginidad, reduciendo la sexualidad al matrimonio y cumpliendo la fidelidad más estricta vista hasta entonces. El cuerpo femenino se negativizó en forma de pecado, causando mayor sometimiento y

humillaciones a modo de castigo; de esta manera el cuerpo pasó a formar parte del estado (Osborne, 2012).

La sexualidad estará comprendida por la dualidad masculina y femenina; el amor por los chicos dejará de ser un tema de estudio. Con este nuevo planteamiento la explicación de la unión hombre y mujer dará inicio al amor romántico. La mujer se presentará como una figura pura, que esperará virgen hasta el matrimonio, esta virginidad será una marca de divinidad, un estilo de vida. Su integridad moral y física se mantendrá con el cumplimiento de la espera, una espera que tanto hombre y mujer vivirán simétricamente para unirse en un matrimonio espiritual. El hombre permanecerá abstemio hasta encontrar la mujer digna de ser amada, una vez encontrada pondrán a prueba su amor recíproco, la virginidad será esencial para el dominio de uno mismo (Foucault, 2018). Estos inicios del único amor verdadero persistirán hasta nuestros días, la espera a la persona indicada, la sexualidad entorno al amor profundo. Muchas mujeres continuarán cuestionando el acto sexual fuera de toda relación sentimental.

#### 1.3.1.5. LA CARNE

Término cristiano destinado a explicar las relaciones entre el cuerpo, el deseo, concupiscencia y la libido (Foucault, 2018). Con el cristianismo arraigado toda conducta sexual pasaba por la visión e intención de Dios. Como en la Antigüedad, la máxima expresión de las relaciones sexuales era la procreación, no obstante, en el cristianismo toda voluntad y finalidad era en nombre del Señor. El fin de las relaciones era una descendencia a imagen de Dios, por tanto, el acto sexual debía cumplir unos criterios de bondad y amor, y seguir la ley. Mediante lecciones de la naturaleza se basaban las relaciones sexuales, a través del Logos, del estudio, se entendía la naturaleza animal, la

naturaleza humana, la relación cuerpo y alma, y el saber de la Creación y el Creador (Clemente de Alejandría, *El Pedagogo*, I, 55, 2).

El cristianismo no concibe la naturaleza dentro del hombre como ser social, sino como una intención procreadora, una fuerza que si escapabas de ella o practicas actos sexuales fuera de los órganos de fecundación o en exceso te castigará con consecuencias (Clemente de Alejandría, *El Pedagogo*, II, 20, 4). Se imponía la restricción de mantener relaciones sexuales durante la menstruación, que era vista como impura. Las relaciones durante el embarazo estaban prohibidas. Por último, relacionaba las enfermedades y debilidades de un uso excesivo del sexo, ya que en la eyaculación el hombre utilizaba una fuerza violenta para poder crear descendencia, dicha fuerza en abuso era perjudicial.

Con la carne nace el sentimiento profundo del pecado, toda aquella falta que escape de la mirada de la gente no lo hará de la propia consciencia. Cada persona actúa como propio juez, si se intenta ocultar un pecado no se disminuye la gravedad, sino que se es consciente de la importancia (Foucault, 2018). Hoy en día continúa arrastrándose el miedo a ser juzgados, la vergüenza de practicar según qué actos sexuales. Clemente de Alejandría (*El Pedagogo*, II, 98) destacó que utilizar palabras obscenas, hacer malos gestos, tener relaciones con prostitutas o tratar a la propia mujer como prostituta eran actos de pecado. Ningún pecado escapaba de la mirada de Dios. Una vida de pecado, conducida por la intemperancia lleva al hombre a la corrupción, y como consecuencia al abandono del Señor. Adán sucumbió a los deseos ignorando las leyes del tiempo; esa vivencia a edad temprana impidió el buen aprendizaje.

A raíz de esta moral de las prohibiciones sexuales nació una práctica, también sexual, de virginidad. Su elaboración y profundizar dio forma a la concepción de la carne. Aunque el cristianismo siguió los pasos del paganismo en la prohibición de prácticas sexuales concretas, y en cierto modo ya se practicaba la abstinencia; la virginidad cristiana

contemplaba un estilo de vida de santificación. La virginidad cristiana versus la pagana se diferenciaba por la recompensa, la primera estaba movida por el amor por Dios, en la segunda no obtenían nada a cambio (San Juan Crisóstomo citado en Foucault, 2018). A medida que el cristianismo fue adquiriendo poder y la sociedad se fue reorganizando según sus mandamientos, la virginidad pasó a formar parte de la organización del monacato, como una técnica de dominio de uno mismo y de los otros (Foucault, 2018). La virginidad no era entendida como una prohibición al comportamiento humano sino como una relación fundamental con Dios.

En el cristianismo la descripción de la sexualidad recaía en la cantidad y continencia de las relaciones sexuales destinadas a la procreación, por lo tanto, no estudiaron los tipos de prácticas y deseos en sí. En ese período la libido era una necesidad marcada por Dios, creando un deseo espiritual. San Agustín (*Confesiones*, VIII, 17) explicaba cómo en el momento del orgasmo el cuerpo estaba sometido a tal poder que se podía perder la conexión con Dios y no ser dueño de uno mismo, de esta manera, se buscaba abtenerse de dicho momento lo máximo posible. El deseo era visto como una debilidad e incluso se soñaba con poder procrear sin placer.

Foucault (2018) pretende plasmar que la carne era un modo de transformación y conocimiento de uno mismo mediante las relaciones con la verdad y el mal. No sería correcto decir que con el cristianismo se inició un código estricto de los actos sexuales y que anteriormente no hubo represión, ni que el matrimonio y la procreación no existieran, no obstante, el cristianismo los hizo suyos.



### 1.3.1.6. CAMINO A LA DEFINICIÓN DE SEXUALIDAD

En una sociedad cada vez más inmersa en el catolicismo en todos los aspectos de persona individual y de comunidad, la represión sexual fue adquiriendo más poder. La pastoral cristiana, a partir de la Edad Media, quiso regularlo todo, a través de las confesiones explícitas de los supuestos actos de pecado conseguía una descripción exhaustiva de las prácticas sexuales: posiciones, frecuencia, gestos, estado de ánimo, conocimiento de las intenciones del otro, signos de deseo y aceptación. La naturaleza de la relación sexual reducía completamente la práctica sexual al marco de la pareja, siempre practicándose de escondidas, y rechazando toda conversación sobre sexo. El placer sexual no se admitía fuera del matrimonio, el lazo conyugal debía ser suficientemente fuerte para evitarlo. Musonio Rufo (*Disertaciones*, XIIIa) defendía que en la relación conyugal debería existir una simetría, respetando la fidelidad tanto del hombre como de la mujer. El hombre tenía el derecho de dirigir la familia, pero en lo perteneciente a los placeres se debería respetar la igualdad, sino daba pie a pensar que la mujer presentaba más capacidad de controlarse que el hombre. Por lo tanto, al hombre se le prohibió tener relaciones sexuales con la sirvienta del hogar, que hasta entonces había sido permitido. Una de las justificaciones para la búsqueda del placer fuera de la mujer era para que la esposa no pagara con los desenfrenos y los excesos del hombre, creyendo que, biológicamente, el hombre presenta más necesidad sexual (Millet, 1969).

Foucault (1976) planteó la hipótesis que para dominar la sexualidad era necesario reducirla al lenguaje, a partir de ese punto la sociedad empezó a profundizar en el estudio del cuerpo, a querer describir las disfunciones sexuales y a entrelazarlas con las patologías mentales; de la necesidad de control se centralizó la sexualidad en la parte física que a la larga daría paso al enfoque biomédico. Aunque en otros períodos también se estudió los regímenes que favorecían el bienestar del cuerpo siempre fue mediante

una focalización en el presente y en la relación espíritu-cuerpo. Con la burguesía se empezó a mostrar interés en la herencia biológica, otro factor que promovió la visión cuerpocentrista; se centraron en la preservación del cuerpo y en la longevidad que más adelante, entre el siglo XVII-XVIII, se inició la preocupación del término población, el querer conocerla, estudiar sus ciudadanos, el control de natalidad, dando control y poder completo a los dirigentes sobre la sexualidad de las personas (Foucault, 1976). En estas reflexiones se observa lo que Foucault planteó como la *Scientia Sexualis*, el saber llevará al placer, el poder controlar lo incontrontrable dará al hombre el control. Con esta sabiduría sexual se percataron de la situación global, de las pandemias, de las enfermedades de transmisión sexual, dando problemática a nivel social, con este descubrimiento, la sexualidad pasó de ser cuestionada según clases sociales a una visibilización más amplia (Foucault, 1976). El control de la sexualidad condució a crear pautas de conducta tanto de género como de estructuración familiar o de códigos de vestimenta. Esta educación sexual a nivel social continuó presente, y con mucha vivacidad, en la España dictatorial, siendo el género un condicionante a nivel ideológico, organizacional y educativo (Osborne, 2012).

A través del discurso se pudo rechazar toda forma de sexualidad no reproductiva, los placeres periféricos, y las prácticas sin fin. Con los discursos se incrementaron las condenas judiciales. A través de todos estos cambios es cuando apareció el término sexualidad, aproximándose a la realidad que tenemos en nuestros días. Foucault (1984) reflexiona que significó un cambio más amplio que de simple vocabulario, surgió un desarrollo global de conocimiento, tanto biológicos como de comportamientos, apoyándose en instituciones religiosas, judiciales, pedagógicas y médicas. Mediante la sexualidad se expresará y entenderá como la persona se comporta, como debería comportarse, como vive los placeres, sus sentimientos y sensaciones. Las sociedades

modernas fueron creando una experiencia con la cual las personas podían reconocerse como individuos con una sexualidad.

A raíz de esta unión del sexo con el comportamiento y con el conocimiento de la persona nacerá el psicoanálisis, a grandes rasgos la teoría de los psicoanalistas en lo perteniente a la mujer defiende el destino de la mujer y su situación como una lucha contra la frustración de inferioridad y como, su felicidad, dependerá de la aceptación de su sumisión natural frente al hombre. En las interpretaciones sexuales se basan en la virilidad para explicar todo proceso; a la libido se la reconocía como una fuerza con carácter viril, igual que el orgasmo, por tanto, toda mujer que llegara al orgasmo era considerada viriloide (Beauvior, 1949). Freud (1976) refería que el erotismo masculino recaía en el pene, este era visto como algo del mismo hombre y algo diferente, en el pene podía trascender. La mujer primero presentaba un erotismo clitoriano, y una vez pasada la infancia, en la maduración, pasaba a un erotismo vaginal. En el caso de no superar la fase clitoriana se decía que la mujer no había evolucionado, comprendiendo el sexo vaginal como la expresión completa de las mujeres, todas las otras formas eran erróneas. El no poder trascender por la ausencia de pene la mujer no puede definirse, convirtiéndose ella entera en objeto. En este conflicto de sus tendencias viriloides y femeninas recae la explicación de su destino.

Los psicoanalistas se centran en la relación del hombre con su cuerpo, y este con la sociedad y con la naturaleza que lo envuelve. Al ser cuerpos sexuados en sus relaciones participa la sexualidad, pero una sexualidad como hecho, esta actitud limitada y estanca supuso y supone una repercusión de expresión y definición de la sexualidad femenina. Con el estudio pobre de la libido femenina ignoraron el efecto ambivalente del hombre sobre la mujer, simplemente definieron la angustia de la mujer frente al hombre como un deseo frustrado (Beauvior, 1949). Stekel (citado en Beauvior 1949) habló de la llamada

del deseo femenino de la naturaleza como atracción y repulsión, la mujer al ver el hombre con temor vivirá la desfloración, la penetración, el embarazo, el dolor con angustia frenando su deseo. En este juego de querer y no querer la mujer era acusada de coquetería.

Con la definición de sexualidad sobre la mesa se entendió que no solamente existía un amor carnal. Este no era duradero, en los inicios de los amantes o de toda relación se buscaba en el otro ser insustituibles, este erotismo era y es perecedero. El acto sexual ya no era un reto, sino una simple práctica para saciar necesidades. La sexualidad humana va más lejos que una simple saciedad, por esto, en las relaciones matrimoniales, la mujer y/o el hombre empieza a fantasear (Beauvior, 1949). La sexualidad es más compleja que el amor físico, o el amor espiritual, la autora, destaca que debería ser libre y autónoma. La sexualidad de la mujer estará presente en todas partes, la mujer burguesa depositaba su sexualidad en su reino que era la casa. Ella distribuía los muebles, las texturas, los olores, la estética. Su hogar era su propiedad, su manera de expresarse. Según la cultura la mujer presentaba una sexualidad u otra, las mujeres más frías tenían una actitud más puritana y limpia, las mujeres mediterráneas presentaban más deseos carnales con tolerancia a la mugre. Cómo se presentaba la mujer frente la sociedad era un indicador de su sexualidad, su forma de vestir indicaba el status social y el narcisismo femenino, a través de su estilo se definía. No obstante, tenía que vigilar de no insinuar demasiado; su marido le cuestionaba la vestimenta (Beauvior, 1949). A las mujeres actuales se las sigue juzgando por su apariencia, si muestran demasiado las culpan de provocadoras, y sino de mojigatas.

Con los movimientos feministas de la última mitad del siglo XX, se empezó a poner en duda las teorías psicoanalistas de Freud que se basaban en la biología y conductas según el sexo, para plantear otras prácticas femeninas totalmente contrarias a lo que hasta

entonces había sido toda sexualidad femenina: pasividad, masoquismo y abnegación. Millet (1969) teorizó sobre la influencia de la sociedad y el patriarcado sobre la actitud de la mujer. Con la universidad, formación, sindicatos empezó el activismo y independencia, el auge del cuestionamiento llevaba a poder dar explicación de la situación femenina, se reivindicaron rasgos que se les había impuesto como naturales. Empezaron a dar voz a otros tipos de sexualidades, no solamente al placer vaginal. Despentes (2006) niega que el masoquismo de la mujer de buscar lo que la destruye sea por deseos hormonales, esta cultura predispone a la mujer de disfrutar con su impotencia, de la superioridad del otro hacia ella. Este reciente cuestionamiento de la sexualidad femenina hace que aún no se haya podido desarrollar como tal. Hasta los años setenta del siglo XX no se hablaba públicamente del orgasmo femenino, este reconocimiento supuso otra cadena para la mujer, si no se conseguía se vivía como un fracaso, era visto como obligatorio en la relación sexual, y la razón del poder del hombre sobre ella, por lo tanto, la masturbación aun continuaría como pecado. Hoy día aún la chica espera que, con el hombre, se consiga la sexualidad plena y este le enseñe su propio cuerpo. La no masturbación y experimentación con una misma implica que la mujer no sepa que la excita, cuales son sus fantasías, al no conectar con ella no puede saber quién es, su sexo está bajo el poder del otro. A la mujer se la enseña a ser decente y pura, a conocer al otro mejor que a ella misma, si se centra y libera su lado sexual correrá el peligro de ser excluida. Además, el miedo de romper con lo que se espera de ella influirá en como vive el placer; el deseo sexual no es difícil de activar, pero la libido es compleja de hacer cuadrar de lo que realmente la despierta con lo que le gustaría que la despertara (Despentes, 2006). Cuando hoy en día hablamos de que la mujer se empodere de su sexualidad no debemos confundir en practicar la sexualidad como un hombre, sino como cadauna quiera y sienta (Woolf, 1929).

### *1.3.2. Concepción y destino de la mujer con la evolución de las civilizaciones*

#### 1.3.2.1. HIPÓTESIS SOBRE LA IMPOSICIÓN MASCULINA

Hasta ahora se ha intentado dar explicación a la sexualidad, entender sus inicios para ser capaces de analizar la situación actual. Su unión con la situación socioeconómica y cultural permite observar la influencia en su vivencia; de este modo, es preciso contextualizar el desarrollo de las civilizaciones a lo largo de los siglos y cómo el concepto de mujer se ha ido formando. Distintas teorías se han formulado para descubrir el momento en que el hombre inició su opresión al sexo opuesto. Aunque hay algunas teorizaciones en relación a cierto momento de la historia donde el orden cultural se transmitía de madres a hijas, su escasa corroboración y la cultura patriarcal actual, sitúan este matriarcado en la línea de lo inexistente (Irigaray, 1992). Millet (1969) refuerza que encontrar el motivo o momento desencadenante de la opresión resulta complicado debido a la escasez de pruebas.

Aunque la condición física femenina se interprete como un limitante para su posicionamiento social, lo que realmente definirá su valor será el contexto económico y social. Por ejemplo, en la Prehistoria, la debilidad física de la mujer sería un impedimento frente al hombre; no obstante, en la revolución industrial o en los trabajos no forzosos será independiente ser hombre o mujer. De igual manera se vería afectada la carga maternal; si a la mujer se le exige muchas procreaciones sus tareas domésticas serán demasiadas, si lo escoge libremente y obtiene ayudas sociales, las cargas serán menores y podrá incluso trabajar. La persona se valorará según unos valores determinados establecidos, estos valores no serán fundamentados en la biología, sino en los prejuicios sociales y desde una perspectiva determinada (Beauvior, 1949); el patriarcado, entendido como concepto políticosocial, no nace con la biología, sino a raíz de valores

sociales (Millet, 1969). Los sucesos históricos se guiaron de unas acciones e impulsos salidos de la necesidad y el interés colectivo, el hombre fue creando la sociedad, y la mujer se dejó en sus manos, se crearon los derechos masculinos y no los de la humanidad. La fuerza física únicamente daba una opresión temporal, se necesitó dar un sentido de deber y virtud a la servidumbre (Pardo, 2018). La relación biología y cultura lleva a la desigualdad, ambas con significancia suficiente para su influencia, rechazar la repercusión biológica sería negar la clave para interpretar dicha opresión (Irigaray, 1992).

El trabajo doméstico de la mujer deja de tener interés frente a la producción del hombre, el sexo femenino siente su primera derrota. El hombre al imponerse frente a la mujer adquiere el derecho paterno y descubre su capacidad generadora (Bachofen, 1987; Millet, 1969), todo lo que le pertenezca se transferirá a los hijos y no a las mujeres, la familia patriarcal se basará en la sociedad privada (Engels, 1884). La mujer al no tener capacidad ni recursos económicos propios se verá en manos del hombre, él será su soberano, a través de su poder se podrá permitir cultivar su futuro y de las poblaciones venideras, aumentando su capacidad disminuirá la de la mujer. La igualdad solo será posible cuando los dos sexos tengan los mismos derechos jurídicos (Beauvior, 1949):

La mujer sólo se podrá emancipar cuando pueda tomar parte en una gran medida social en la producción y el trabajo doméstico sólo la reclame en una medida insignificante. Es algo que sólo se ha hecho posible en la gran industria moderna, que no sólo admite a gran escala el trabajo de la mujer, sino que lo exige formalmente. (p. 200).

A modo de resumen se puede ver como distintas teorías intentan explicar el surgimiento del patriarcado. Ya sea por causas biológicas o sociales, el hombre se afirmó como soberano, alienándose con la naturaleza y con la mujer para reconquistarlas, de este

modo la mujer surgió como alteridad (Beauvior, 1949), como sexo femenino, naciendo así la dualidad de los sexos. Según Witting (1992), siendo la opresión la que crea los sexos, y no al revés. Esta autora, reconoce que en el momento que existen diferencias y, por lo tanto, diferentes clasificaciones, se establece un orden, sea económico, político o ideológico. En el sexo masculino y femenino, existe diferencia categórica, con una división, resultante de unas diferencias naturales, que lleva a unas consecuencias sociales que desembocarán en la dominación de uno sobre el otro. Por lo tanto, Witting, intenta explicar que el patriarcado no nace de una naturaleza establecida, ya que el concepto de los sexos aparece a manos de la sociedad.

A partir de entonces, ya fuera como esclava o como diosa, la mujer nunca volvió a escoger su propio destino. Como dijo Frazer (citado en Beauvior, 1949): “Los hombres hacen los dioses, las mujeres los adoran” (p. 145). Con el patriarcado la vida sexual comunitaria empezó su camino a la pareja y a la monogamia, apareciendo la posesión de la mujer a manos del hombre (Millet, 1969).

#### 1.3.2.2. DE LA VIDA COMUNITARIA AL IMPERIALISMO

En los inicios de la Antigüedad las civilizaciones vivían en pequeñas comunidades, en un marco donde predominaban los centros cívicos y la vida pública política; los individuos seguían una ética centrada en el control sobre uno mismo, pero con relación a los demás, mediante un estatuto la persona guiaba su vida. Los filósofos debatían y buscaban la verdad sobre la existencia, sobre uno mismo; a través de la moral intentaban dar forma a la persona (Foucault, 1984). Estos planteaban un examen de conciencia para poder llegar al dominio de sí, la persona debía reconocer sus debilidades para llegar a ser su propio dueño; con el control de sí ellos mismo se convertían en objeto de placer



(Séneca, *Epístolas Morales a Lucilo*, IX, 75, 18). El maestro les sometía a pruebas de riquezas, deberes públicos y preocupación por la gloria póstuma; querían entrenar el alma para ser satisfecha con los bienes accesibles, las cosas reales y presentes, evitando lujos y soberbia. Era fundamental cumplimentar los deberes como hombre público (Foucault, 1984). Cuando el marco político y social va perdiendo control de las ciudades, y las personas empiezan a aislarse y ser más dependientes de sí mismos, buscan conductas centradas en la propia persona. Aparece una actitud individualista, la persona adquiere un valor en su singularidad y cierta independencia del grupo social. La vida privada y sus relaciones familiares aumentan dando importancia al patrimonio y las actividades domésticas. La persona se considerará a sí misma objeto de conocimiento y de acción (Foucault, 1984). Platón (*Apología de Sócrates*, 17a-42a) utilizó el discurso de Sócrates para destacar la importancia de cultivarse a uno mismo para estar bien con uno y con los demás, ante la actitud de las personas, se cuestionaba porque no trabajaban el alma mediante el conocimiento y la razón, considerando el alma la parte psicológica. Igual que se cuidan los pies, lo ojos, el cuerpo, se debería cuidar el alma.

Antiguamente el cuidado de sí estaba relacionado con el pensamiento y la medicina, es decir, medicina y filosofía, como decía Plutarco (citado en Foucault, 1984), era un solo y mismo campo. Los males del cuerpo y del alma estaban comunicados, la afección de uno se veía reflejado en el otro, los excesos del cuerpo afectaban al alma, y los defectos del alma afectaban físicamente. En la actualidad, las alteraciones del alma muchas veces pueden pasar inadvertidas. En aquél entonces la medicina no se centraba únicamente en poner un remedio a la enfermedad, sino que se basaba en el conocimiento de la manera de vivir, de la relación de uno mismo con el cuerpo, con los alimentos, el descanso, las actividades o el medio ambiente. Este último era considerado como portador de efectos

positivos o negativos, el cuerpo se vería alterado por las interferencias. La estación del año, el momento del día, la edad, eran considerados valores médicos (Foucault, 1984).

El valor del matrimonio en aquel entonces recaía en la perpetuación de la herencia y la reproducción, Hierocles (citado en Foucault, 1984) defendía que es la propia naturaleza la que lleva a la especie humana a vivir en comunidad, y a su vez, en matrimonio. El ser humano al ser binario está destinado a vivir en pareja, y la pareja buscará vivir en sociedad. Con el matrimonio se facilitaba la procreación, mediante el lazo conyugal se conseguía una estabilidad que favorecía la educación de los hijos, el vivir en pareja daba facilidades y comodidades, y podían formar una familia que era la base para la ciudad (Foucault, 1984). Por lo tanto, el matrimonio no solo se concibe por la procreación, ya que cualquier especie puede hacerlo, sino en la propia necesidad de comunidad. P. Veyne (citado en Foucault, 1984), defiende que en la sociedad pagana no todo el mundo se casaba, sino aquellos que querían transmitir el patrimonio a descendientes y para perpetuar la casta de los ciudadanos. Con patrimonio se referían a todos sus bienes, incluida la mujer, esta era considerada objeto. En la corriente del estoicismo que buscaba una vida tranquila con el seguimiento de las reglas y los hechos, apoyaba el matrimonio como norma de la naturaleza. El ser humano se ve impulsado a él siguiendo el razonamiento, como es un miembro de la comunidad y del género humano deberá perpetuar la existencia, sino fallará con su deber (Foucault, 1984). Se puede observar la semejanza con el pensamiento actual, lo que dicta la sociedad es lo que prevalece, si lo normal es casarse la población querrá casarse, si incumple la regla será visto como extraño.

De forma esperada escribieron sobre como podía afectar al hombre el matrimonio, se escribió que con el matrimonio el hombre se apartaba de la reflexión causando perturbación del alma; al estar casado debía cumplir unos deberes como calentar el agua,

acompañar a los niños, relacionarse con los suegros, etc. Estos deberes eran vistos como obligaciones que molestaban al hombre sabio impidiendo que se ocupara de él mismo (Epicteto citado en Foucault, 1984). La mujer era vista como una carga, en l'antigua Grecia la mujer estaba sometida, pero tenía cierta autonomía en cuestión de desobedecer y hacer dramas, este hecho disgustaba a los maridos (Beauvior, 1949). De muy lejos viene el pensar que el hombre con el matrimonio pasará a ser un esclavo de la mujer y perderá la libertad. El matrimonio aún sigue viéndose con cadenas.

En la unión matrimonial los esposos debían mantener un modelo de intercambio, el marido guiaba a la mujer, le daba consejos, lecciones y la dirigía en las labores de ama de casa; ella debía preguntar lo que no sabía y aprender para la próxima vez (Jenofonte, *Económico*, VII). El hombre siempre se realzaría frente a la mujer con unas virtudes que en ella siempre serían inferiores y darían pie a su subordinación (Aristóteles, *Política* II, 1262b). Hombre y mujer colaboraban para el bienestar del hogar, el primero aportaba y la segunda organizaba y conservaba. En las sociedades griegas los asuntos familiares eran privados y no intervenía ninguna organización pública. En Grecia para asegurar el hogar, promover estrategias de campo y los intereses económicos el padre transfería la hija al marido como asunto privado; a raíz del imperio romano el matrimonio empezó a hacerse público y a depender de dos partes, mediante una ceremonia se unía a la pareja en un acto público y con medidas legislativas. La mujer romana respecto la griega estuvo más integrada socialmente, aunque más ligada de forma legal. En Roma marido y mujer compartían los bienes, la mujer era ama del hogar, acompañaba al marido en vínculo sagrado. Podía salir a comer, al teatro, era respetada (Beauvior, 1949).

Con la caída de las ciudades como estados y la aparición de un imperialismo centralizado con grandes monarquías, las personas perdieron el control frente a poderes superiores que no podían modificar. Con las filosofías helenísticas se empezó a cultivar

la autonomía (Ferguson, 2017). Se iniciaron las administraciones con sus diferentes categorías: oficiales, financieros y gobernadores (Syme, 1979). Las nuevas reglas políticas dificultaron el cultivo de sí y la relación con uno mismo como sujeto ético de sus propias acciones, alterando las relaciones con los otros, las relaciones matrimoniales y de la sociedad. Con la diferenciación de clases más marcada, la herencia enfocó la importancia en los hijos más que en el grupo familiar, la mujer ganó algo de libertad de elección en cuanto al matrimonio, el padre o tutor perdió poder sobre la hija, a diferencia de las leyes atenienses, el padre no podía disolver el matrimonio. Las clases más bajas, al no tener tanto interés económico establecían matrimonios personales para compartir la vida (Foucault, 1984). Aunque el género femenino ganara autonomía en la familia el poder central puso su tutela personal en ella, legalmente estaba ligada. Al darle independencia como esposa, hija, hermana, realzan la inferioridad como mujer, como sexo femenino, condenándola a una libertad vacía. Su capacidad legal y económica era nula (Beauvior, 1949). Se entiende pues que la mujer podía ejercer un rol determinado establecido, podía ser la esposa que fuera a comprar, cenar, bailar; la hija que se casara; o la hermana que jugara y aprendiera con el hermano. Pero lejos de estos estándares la mujer no podía evolucionar ni prescindir del hombre. Beauvior (1949) remarcó que en el matrimonio nunca hubo reciprocidad, era establecido por hombres, la diferencia era si la tutela de las mujeres estaba en manos del padre, del hermano o del marido. Aunque la mujer llegara a un sitio elevado, a ser reina, no significó su soberanía.

Uno de los primeros cambios que empezaron a verse en el matrimonio a partir de los filósofos del Imperio, fue el afecto y la ética del honor conyugal, llevando a reflexionar sobre el papel del hombre y de su lazo con la mujer, no solamente de conducta y funciones en el oikos, sino del papel como hombre racional y relacional. Esta ética no se elaboró desde cero, ya existía, pero en el imperio se establecieron unos criterios que la

fortificaron (Foucault, 1984). Aristóteles (*Política*, V, 1309a-1309b), por ejemplo, dió más importancia a la relación de sangre que al afecto entre cónyuges.

El paso más grande en el arte de estar casado vino de la mano de enlazar el cuidado de sí con el cuidado de la pareja. Al entender al ser humano como individuo cuya naturaleza lo empuja a una vida compartida, es necesario enlazar la relación con uno mismo y la relación que instaura con el otro y, al mismo tiempo, como se relaciona con la mujer, ya que es esencial para la existencia, es decir, si el hombre cuida a la mujer y el matrimonio, se está cultivando a sí mismo. La esposa era valorada como el otro, pero el marido debería al mismo tiempo, reconocerla como unidad con él mismo. Por lo tanto, la diferencia respecto al matrimonio en las primeras etapas de la antigua Grecia fue notable sobretodo en la relación marido y mujer (Foucault, 1984). Con la entrada del cristianismo en el derecho romano se inició un cambio en la opresión de la mujer (Beauvior, 1949).

### 1.3.2.3. EDAD MEDIA Y EDAD MODERNA: LA MUJER MANOSEADA

Más allá de las directrices del catolicismo respecto al papel de la mujer y el matrimonio, de las relaciones conyugales de comunidad y reciprocidad, y la supuesta amistad, la realidad de la mujer continuaba siendo, en la Edad Media, un objeto traspasable de padre a marido. Estaba protegida por la ley como propiedad del hombre y como madre de los hijos, su agresión costaba un precio. Igual que en Roma, cuando reinó el imperio de Carlomagno, la tutela volvió a ser una carga pública i no familiar, la mujer volvió a cambiar de manos. Con la consolidación del feudalismo y la herencia, la condición de la mujer se volvió insegura, hubo confusión entre los derechos públicos y los privados, por lo que la mujer podía ser o bien despreciada o bien elevada. El orden estaba en manos

de la fuerza y las armas, la mujer no podía tener bienes si no eran heredados, e igualmente dependía de un tutor masculino; la mujer consistía en una función de traspaso de propiedades, como en Grecia. A diferencia de la gens romana, la propiedad no era familiar, sino de soberanos (Beauvior, 1949). Se puede decir que la condición de la mujer estaba en un vaivén según el tipo de reinado y sociedad del momento. Con la aparición de los trovadores y el amor cortés en Occitania la condición de la mujer, sobretudo en el amor, la brindó de cierto prestigio. Los triángulos amorosos con los amantes adquirieron cierto drama. La mujer fue empujada a buscar el consuelo de los matrimonios crueles en manos de los amantes, el sentido del amor recayó en el adulterio (Engels, 1884). Las costumbres sexuales de la Edad Media adquirieron un aire libertino y licenciosas, por lo tanto, las prostitutas no eran tan solicitadas ya que los hombres podían encontrar placer más fácilmente; con la familia burguesa y su monogamia en el matrimonio el hombre tenía que buscar fuera del hogar la alegría. La prostitución se mantuvo al margen de la sociedad con un papel muy importante, aunque el cristianismo no lo despreciara lo aceptaba como mal necesario. Según San Agustín (*Confesiones*, VI, 15, 25) las prostitutas aseguraban el orden contra el libertinaje, este pensamiento se continúa escuchando declaró Despentes (2006), como si el hombre fuera incapaz de controlar sus impulsos. Las prostitutas, artistas, las mujeres con talentos, en cierta medida, disfrutaban de una libertad relativa, al no tener familia, no había figura masculina que directamente la oprimiera, estaban al margen de la sociedad. Esta libertad que emanaban aumentaba la atracción que sentían los hombres por ellas, al ser libres la lucha por poseerlas resultaba más interesante (Beauvior, 1949).

A partir del siglo XVI las costumbres feudales desaparecieron del todo y las leyes empezaron a cambiar hasta formar el Antiguo Régimen, otra vez, la suerte de la mujer se vuelve a alterar. El hombre querrá encadenarla al hogar, mediante el derecho

canónico, romano y germánico las sociedades europeas redactaron los códigos y las leyes. La capacidad de la mujer fue cuestionada, todos los discursos encerraban la idea de la estupidez y fragilidad femenina; la veían como una persona malvada, caprichosa y alborotadora, por lo tanto, no podían ser aceptadas como testimonios en el testamento. Estos comportamientos les servían como justificante para crear leyes contrarias a ellas, empezó un retroceso que les impedía ejercer labores masculinas, volvieron a ser tuteladas. El marido era responsable de su esposa y esta no podía relacionarse con nadie. Las que no se casaban se enviaban al convento, perdían dignidad social y su falsa libertad era interpretada como desobediencia y pecado. Todas esas mujeres que realizaron proyectos comparables a los de los hombres son las que las instituciones sociales exaltaron por su situación jerárquica o religiosa, pasando por alto su sexo. (Beauvior, 1949).

A partir del siglo XVIII y con el prelude de la revolución francesa la cultura fue extendiéndose, aparece el mundo intelectual y la vida mundana. La mujer de altas sociedades adquiere importancia en los salones, su libertad e independencia incrementan, aunque las costumbres continúan severas: la mujer presenta una baja educación, necesita casarse y seguir una moral rigurosa. Las más inteligentes buscaron posibilidades de crear proyectos sobretodo en ambientes culturales, la mujer francesa obtuvo más poder (Beauvior 1949; Badinter 1980). No obstante, la independencia material era necesaria para tener libertad interior. Las mujeres no se esforzaban en tener riquezas ya que si las tuvieran las tendrían que esconder, ya que no podían ganar dinero y si lo ganaban la ley las impedía poseerlo (Woolf, 1929).

#### 1.3.2.4. DE LA REVOLUCIÓN FRANCESA AL SUFRAGIO UNIVERSAL

En la revolución se pudieron distinguir dos clases sociales en las mujeres:

- La mujer trabajadora: esta presentaba más independencia, podía tener un comercio, ir a las tabernas, producir, ser socia del marido. Sin embargo, continuaba teniendo las cargas de la maternidad y la dependencia económica. Al ser necesaria para el hombre, este la respetaba. Estas mujeres podrían haber luchado por sus derechos, pero la tradición de submisión se lo impidió (Beauvior, 1949).
- La mujer burguesa: algunas se unieron por la causa de la libertad, Olympe de Gouges redactó los derechos de las mujeres (1789) pero fue sentenciada a muerte por sus ideas políticas. Surgieron grupos femeninos que consiguieron alguna victoria como el divorcio o la herencia igualitaria entre hijos e hijas. Por el contrario, la mayor parte de la feminidad burguesa estaba muy integrada en la familia y a su situación económica favorable, este hecho hizo que no sintieran solidaridad (Beauvior, 1949).

Al finalizar la revolución la sociedad volvió a estar sometida. El estatuto francés fue elaborado en tiempo de dictadura militar, por lo tanto, la mujer solo era concebida como madre, y la madre no encontró la dignidad en este rol. La mujer solo podía optar al divorcio si el hombre era infiel, si lo era ella podía ser ejecutada; con este pecado traicionaba al marido y a la sociedad, por tanto, recibía un castigo público. Incluso en el siglo XIX durante unos años se disolvió el divorcio, la sociedad jerarquizada volvió fuerte viendo la familia como base social indispensable (Beauvior, 1949). Con la familia como base, a la mujer le correspondía, por naturaleza, los cuidados domésticos. La mujer que continuaba como un bien inmueble del marido era mantenida y ligada por el hombre, se le negó toda formación y la capacidad para formarse como individuo, la



educación fue mínima hasta finales del siglo XIX que empezaron a surgir centros universitarios femeninos, siendo el primer paso a la igualdad (Millet, 1969). Las mujeres fueron enseñadas a cultivar su imagen, para ser coquetas y a desear el matrimonio, la idea del príncipe azul las empujaba a buscar en él la felicidad. El marido no acostumbraba a preguntar por los sentimientos de ella, daba por sentado su abnegación. Cuando la mujer empezó a tomar conciencia de sí y pudo liberarse del matrimonio trabajando, empezó a reivindicar sus derechos. Esta lucha representó una carga moral importante, debido a que las ventajas del matrimonio y privilegios que les presentaban parecían el camino más fácil (Beauvior, 1949). Hoy en día, el matrimonio en el sentido estricto del concepto ya no presenta el mismo valor que antaño, ahora la equivalencia estaría en las parejas estables. La necesidad sexual tampoco es un factor promotor de esta búsqueda, ya que mantener relaciones fuera de cualquier lazo relacional ya no es signo de pecado.

España siempre fue unos pasos por detrás, la mujer española era más dócil, rezadora e ignorante, no obstante, ambos sexos siempre presentaron por igual un gran sentimiento nacional, católico y del hogar. Ella vivía en una sumisión paternal y religiosa, solo leía libros santos y salía para ir a misa, educaba a sus hijos duramente y conocía todos los remedios caseros. Lejos estaban de las mujeres francesas del mismo siglo. Cuantos más derechos políticos adquiría el hombre más profundo era la caída de ella, que seguía los ideales de ellos. El hombre podría ser muy innovador e idealista en la sociedad, pero en su casa seguía con una tradición inmutable. La mujer siempre encontraba en Dios la fuerza consoladora (Pardo, 2018).

Con la aparición de las fábricas y las máquinas, hubo una emancipación de la clase trabajadora, llevando a un socialismo y, por lo tanto, a la mujer trabajadora. Esta al salir del hogar ganó libertad, consiguió introducirse en la economía y ser productiva

socialmente. Con las máquinas la diferencia física quedó anulada. Esta consiguió introducirse en el mundo laboral gracias a la necesidad de mano de obra. Con el trabajo la mujer logró la dignidad de ser humano. No obstante, su condición en las fábricas no fue buena, sufrió una explotación mayor que la del hombre y no era remunerada de forma igualitaria. Los empresarios las prefirieron debido a que hacían su labor mejor y a menor precio que el hombre. La mujer se conformó con los salarios bajos ya que su aportación a la familia era considerada como una ayuda no como imprescindible para cubrir las necesidades. En el siglo XIX empezaron a ser respaldadas por algunas leyes. Stuart Mill intentó la primera propuesta del voto femenino oficial en 1867, las mujeres no se mostraron muy solidarias mirando por el interés de clase. Con el sufragio, el cristianismo vio una ventaja al ver el gran número de conservadoras. El socialismo se alió con el feminismo a favor de la igualdad de sexos, buscando un interés propio en la lucha de jerarquías (Beauvior, 1949). Chimamanda (2014) defiende que género y clase social es diferente, si solo se lucha por los derechos humanos se estaría negando que existe un problema de género, que la mujer no ha sido reprimida durante siglos.

Durante el siglo XX, poco a poco, los distintos países y estados americanos fueron adquiriendo la capacidad plena política. La familia como grupo perdió fuerza, el individuo se antepuso a la unidad, sobretodo en Estados Unidos, a raíz del capitalismo moderno, con el divorcio activo, los esposos actuaban como socios. En Europa esta evolución fue más lenta. Hasta mediados del siglo XX el estatuto de la mujer casada no modificó el derecho de obediencia, aunque el padre continuó siendo el cabeza de familia, decidiendo estilo de vida, amistades, residencia, y la mujer continuó encargándose de las labores domésticas. A causa de este individualismo el amor conyugal adquirió más fuerza, se dio importancia a los sentimientos individuales. Con la aparición de estos

sentimientos se integró el amor sexual con el amor conyugal, empiezan a solicitar consejeros y libros para el placer femenino (Beauvior, 1949).

El movimiento feminista en España fue más lento. Pardo Bazán (2018), en un viaje a París vio que en otros países las mujeres estaban más activas y pensó que ambas posiciones eran necesarias, tanto la radical como la persistente, esta última, aunque no luche ferozmente va depositando victorias en el vaso, hasta que un día desborde, decía. Vio como en España romper con la cultura sería más difícil, no por leyes, sino por tradición. Pardo Bazán (2018) decía que las peticiones eran tan grandes porque al menos les concedieran alguna de las cosas. Este conformismo representa al sexo femenino, el hombre concedía algún derecho para mantener a las mujeres una temporada sin causar altercados. En el siglo XX, este silencio no se pudo contener más y la palabra de la mujer despertó para no callar más. La única ola que cambia algo es un tsunami, dice Alderman (2016), hay que derrocar casas y destruir la tierra si quieres estar segura de que nadie te olvidará.

El cambio de la mujer española se inició en la clase obrera, con los problemas económicos del mundo industrial y sus consecuentes factores sociales, la mujer trabajadora a raíz de las huelgas se inicia en la batalla. Al estar en juego el sustento de los hijos, a la mujer, esta causa, le despierta interés. Con la entrada gradual de la mujer en la vida española se inicia el cambio familiar, uniendo los relatos de Badinter (1980) que refería que, con la instrucción de la mujer, esta aprende a cuidar de los hijos creando un ambiente familiar óptimo. El hogar se transformará en un lugar íntimo basado en unos lazos amorosos y relajados, creando el clima adecuado para el cambio. Esta falsa ilusión de poder en la mujer se utilizó para fortalecer su posición como guardiana del hogar y de la moral (Osborne, 2012).

En 1945 después de la Segunda Guerra Mundial se formó la Organización de las Naciones Unidas (ONU), un año más tarde La Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer se convirtió en el primer órgano mundial centrado en la igualdad de género. En 1980 son muchos los países, que, tras más de 100 años del inicio del sufragismo de las mujeres, la mujer puede votar. En el 2018 un 9,8% de países tenían jefas de Estado o de gobierno en todo el mundo (ONU, 2020).

### 1.3.3. *La maternidad*

#### 1.3.3.1. EL SENTIMIENTO MATERNAL

En la Prehistoria las herencias y propiedades no tenían valor, su existencia no se cuestionaba, por lo tanto, no existía miedo a la muerte; este fue un periodo donde los hijos eran vistos como una carga y no como un beneficio. Hubo infanticidios y la mujer no sentía orgullo maternal, sino que lo vivía como un castigo doloroso e inútil. Con el establecimiento de las primeras comunidades la maternidad supuso para la mujer un sedentarismo que la ligaba al hogar, al cuidado de los hijos y a centrarse en actividades de cuidadora. Este rol asumido llegó a convencer a la mujer de que estas funciones naturales eran su proyecto, su razón de ser. Su existencia recaía pasivamente a su destino biológico (Beauvior, 1949). Si se recuerda el apartado donde se planteaba el momento de la imposición masculina, se hipotizaba que la opresión llegó a manos del hombre por los valores que asignaron a unas cosas y otras, siendo la situación social la determinante, y no la condición biológica. Del mismo modo ocurre con el instinto maternal, según el momento histórico y la importancia que se le asignaba a la maternidad, esta adquiría más o menos sentimiento hacia este rol, hoy en día, el instinto maternal se contruye a partir de la experiencia de vida de cadauna, siendo, en gran medida, una elección (Brigidi, 2014).

Como se ha contemplado en los distintos conceptos de la familia a través de las etapas históricas, se ha comprobado que hasta no muy recientemente la relación padres hijos no estaba ligada a la ternura ni al respeto mutuo. Más bien, el/la hijo/a era un simple instrumento de trascendencia, incluso la atención y cuidados que requería eran vistos como un estorbo y sacrificio. Muchas familias enviaban a los hijos con nodrizas ya fuera por economía, por supervivencia o por cuestiones físicas o morales. La mujer que daba

la vida por su hijo se presenta como un mito; las circunstancias materiales y la comunidad apartaban a los hijos en planos secundarios. Las que tenían recursos veían esta ocupación como indigna para ellas, así que también hacían uso de las nodrizas. El desinterés depositado en los niños llevaba a la alta mortalidad, no al revés. La muerte en esa época era un accidente banal que se solucionaba con otro nacimiento, la que vivía más intensamente la muerte del hijo era considerada desajustada. En el siglo XVIII aparecieron los discursos de culpabilidad hacia la madre para despertar el sentimiento maternal. Cambió la imagen de la madre, la educación de los niños, se ordenó la lactancia materna. Con la idea del amor se iluminó a la madre, el objetivo era crear niños que trajeran riqueza al estado (Badinter, 1980).

Rousseau (1762) en su defensa de la familia exponía que era la más antigua de todas las sociedades, donde el padre cubre las necesidades, y luego el vínculo se disuelve. La continuidad del vínculo pasará a ser voluntario, libre. Si la familia presentaba unas buenas bases, y como decía él, la primera etapa marca profundamente las siguientes, entonces la familia persistía. De igual manera defendía la influencia de las madres en la educación de los hombres, ya que ellas eran las que los criaban. En sus discursos encerraba a la mujer en la maternidad como único propósito natural de ella. A algunas mujeres les dio alegría y sentimiento de utilidad y, a otras, les nació una presión social de ser madres sin quererlo, llevándolas a una frustración por no encontrar la felicidad en ello (Badinter, 1980). Toda aquella mujer que no lo vivía de forma feliz era cuestionada por su salud mental, aunque tarde o temprano, el amor maternal llegaba (Brigidi, 2014).

Para despertar el amor maternal empezaron a ligar la maternidad con la naturaleza, igual que antiguamente donde la mujer se dejaba ir a la voluntad natural. En la lactancia explicaron que la leche aportaba todos los nutrientes necesarios para el bebé, y que, igual

que en las tribus salvajes donde los niños crecen tan sanos, los europeos necesitaban de la lactancia para no parecer enfermizos. Cuanto más alejada estaba una sociedad de la naturaleza y mayores riquezas tenía menos responsabilidad maternal presentaban las mujeres. En los animales la cultura no afecta a su instinto, es un instinto que no se pierde por el interés. A partir del siglo XIX se consigue eliminar la indiferencia maternal, aparece una voluntad de querer alimentar al bebé, se retira la faja de los niños y se incrementa la higiene; la madre tendrá que estar más pendiente. Al haber más interacción aumenta el vínculo. La preocupación de la salud hará que se consulten a médicos de familia (Badinter, 1980).

En el siglo XX el sentimiento de mala madre aumenta, le costará desprenderse de los hijos/as, disminuirán los ingresos en internados, controlarán la fecundidad para asegurar una descendencia bien educada, todos los hijos serán queridos por igual. Toda madre que se apartaba por cualquier motivo del ideal de madre se la juzgaría, ya fuera por no mostrar ternura, por no sacrificarse, por trabajar, y si el hijo enfermaba o presentaba una mala conducta sería culpable. El padre por su complejidad y actitud de trascendencia no estaba construido para estas tareas, en cambio la madre, por su carácter pasivo y afectivo, estaba destinada a estos cuidados (Badinter, 1980). Estos ideales formaron la familia pronatalista, basada en el amor romántico con dependencia amorosa, jurídica y económica; la mujer basaba su rol en ser esposa y mujer, cuidadora del hogar (Osborne, 2012). Poco a poco, cuando la figura del padre dejó de ser el rey de la familia, el estado empezó a vigilarlo; el borracho y holgazán que no educara a sus hijos sería juzgado; aparecen los jueces de menores y educadores sociales; se empezó a pedir muestras de afecto del padre, pero no era obligatorio. No fue hasta el último cuarto del siglo XX cuando la mujer empezó a querer compartir la crianza con el padre, la dualidad de las funciones de mujer y de madre son más presentes, la naturaleza de la crianza entra

en disputa con la voluntad laboral, las mujeres iniciaron su decisión de querer dejar a los hijos para trabajar. Con la madre fuera de casa el Gobierno tubo que crear guarderías, las ayudas para las mujeres trabajadoras no fueron rápidas, las bajas maternales no eran suficientes, el porcentaje de lactancias maternales disminuyó. La mayoría de esas mujeres que decidieron ser madres y trabajadoras no consiguieron quitarse la culpa de sus sentimientos (Badinter, 1980).

Beauvior (1949) en el segundo sexo, expone relatos de distintas madres contando sus experiencias y en ellas se puede observar la dificultad de la crianza, como el supuesto instinto maternal desaparece. Las distintas actitudes dependían de la situación en concreto de cada una y la forma de afrontarlo. El primer error en la maternidad es asumir que la madre con un hijo se ve realizada, y el segundo es decir que el hijo solo será feliz en brazos de su madre. Cuando se engendra se asume un compromiso, es un compromiso que no es impuesto por la natura, por lo tanto, no es correcto hablar de madres desnaturalizadas, porque no es la natura quien crea la conducta moral de la madre. A las mujeres se les prohibía por costumbre, tradición, educación y cultura unas responsabilidades y actividades masculinas, y se les ponía una muñeca en brazos (Beauvior, 1949). Como la procreación es natural se da por supuesto que el embarazo y la maternidad responderán a un comportamiento determinado (Badinter, 1980). La madre como perfecta, disponible y presente no existe; la relación madre e hijo/a no sigue una naturalidad, se debería basar en responsabilidades (Briggidi, 2014).

Otro factor que hace reflexionar sobre la naturalidad de la maternidad es la definición en sí de madre. Hasta hace bien poco no se concebía una madre que no estuviera ligada a un marido y a una familia (Badinter, 1980). Es decir, una madre no es madre si no es con relación al marido o al hijo. Las funciones de padre, madre e hijo eran establecidas por la sociedad de cada momento, si a la sociedad le interesaba el hijo se centraba en la



madre como educadora de él. La importancia de la madre siempre se definía según las necesidades externas. Cuando la mujer empezó a educarse, y a adquirir conciencia de sí más allá de esposa o madre, empezó a distanciarse de la crianza. Pardo Bazán (2018) defendía que, si se educaba moralmente a la mujer, sin fomentar este sentimiento en profundidad, la misma perfección de la mujer, y su autoconocimiento favorecerían el terreno afectivo y, este sentimiento, brotaría. Entonces, si se entiende que la mujer con la educación e independencia empezó a poder escoger libremente, y diversas decidieron no coger el camino de la maternidad, aquellas que sí que lo sintieron ¿podría ser un sentimiento parecido al instinto? Pero entendiéndolo como un sentimiento que nace de la propia voluntad de la mujer y no de la presión social. Entonces este sentimiento podría ser real.

Con la aparición de la anestesia en los partos y las inseminaciones artificiales se empezó a dominar la función reproductora, pudiendo reducir el número de embarazos e integrar los hijos a su vida. La mujer empezó la liberación de su naturaleza y la conquista del control de su cuerpo, empieza una disociación entre función sexual y función reproductora. Reduciendo la servidumbre reproductiva aumentó el papel económico, aunque esto supuso y sigue suponiendo una batalla, el poder conciliar la reproducción de la producción (Beauvior, 1949).

En la sociedad actual la maternidad se presenta como el aspecto más relevante y glorificado de la condición femenina, y a través de ella el dominio de la mujer se ha intensificado. Pero no es un dominio del todo real, se le dice a la madre que ella sabe lo que es bueno para su hijo o hija, se le da este poder, pero el Estado manda una bomba de información sobre lo que pueden o no comer, beber, fumar, ingerir, ver, leer, distraer. Se le quiere dar un protagonismo a la madre con el instinto maternal, para que ella deje a un lado la paternidad activa y cargue con la maternidad (Despentes, 2006).

### 1.3.3.2. ESTADÍSTICAS DE GÉNERO: CUIDADOS FAMILIARES, DOMÉSTICOS Y LABORALES

Desde que la mujer accede al mundo laboral ha presentado una lucha constante en la conciliación de la maternidad con el trabajo, y en la equidad entre ella y su pareja tanto con los cuidados del recién nacido como con las tareas domésticas. El Instituto Nacional de Estadística (INE) realiza distintos estudios para analizar la situación de la mujer en España y Europa y concluye que, aunque cada vez el mundo laboral está más equilibrado, este equilibrio no se traspasa al hogar, donde las mujeres continúan asumiendo la mayor parte de las tareas domésticas y familiares. La capacidad de combinar vida personal y laboral vendrá en relación con la organización social: flexibilidad de los horarios de trabajo, infraestructura y oferta de servicios de guarderías (INE, 2016). Aunque el movimiento feminista se encendió con fuerza en los años setenta, no ha tenido un seguimiento a nivel organizativo en respecto a los cuidados de los niños/as ni del hogar, el espacio público ha quedado despreocupado (Despentes, 2006).

Cada cuatro años la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de trabajo, y cada año, el INE, presentan encuestas sobre las condiciones de vida y laborales. Miden las horas semanales dedicadas al cuidado de personas dependientes (niños/as o adultos/as), horas semanales dedicadas a la educación de los/las hijos/as, nietos/as, a la cocina y tareas domésticas. En el 2016 tanto a nivel Estatal como Europeo el porcentaje de mujeres de 18 o más años que dedicó al menos varios días a la semana al cuidado y educación de los/las hijos/as, a cocinar o a las labores domésticas, era superior al tiempo dedicado de los hombres, en todos los casos (INE, 2016).

En una comparativa entre hombres y mujeres en los distintos países de la Unión Europea en la realización de tareas domésticas, cuidado de los/las niños/as y cocina, en todos los estados, la proporción de mujeres es muy superior a la de los hombres. En el 2016, el 92% de las mujeres de 25-49 años cuidaba de los/las hijos/as a diario, en comparación

con un 68% de los hombres. Las mayores distancias entre hombres y mujeres se observó en Grecia (95% Mujeres, 53% Hombres) y Malta (93%, 56%). Las que menor distancia cursaban fueron Suecia (96%, 90%) y Eslovenia (88%, 82%). España presentó un 95% de las mujeres respecto un 68% de los hombres. En lo concerniente a las tareas domésticas y cocina, el abismo aumentó aún más. En el 2016 en la Unión Europea un 79% de mujeres realizaba dichas tareas diariamente, en comparativa de un 34% de los hombres. Las mayores diferencias recaían en Grecia (85%, 16%) e Italia (81%, 20%), y las menores fueron Suecia (74%, 56%) y Letonia (82%, 57%). España presentó un 84% de las mujeres respecto un 42% de los hombres (Eurostat, 2017).

En base a las estadísticas de empleo y cuidado de los/las hijos/as, se observa que a mayor número de hijos/as mayor diferencia entre tasas de empleo entre hombres y mujeres. La media de tasa de empleo en la Unión Europea en 2016 era de un 72% en los hombres respecto un 61% en las mujeres, esta diferencia aumenta con el número de hijos/as. La tasa de empleo en las mujeres sin hijos era del 65%, mientras que la de los hombres era un 73%. La tasa aumentó en las mujeres con un/a hijo/a a 71%, de igual manera la del hombre pasó a un 85%. En las mujeres con dos hijos/as se mantuvo en un 70%, y en hombres subió a un 89%. En las mujeres con 3 o más hijos/as decayó a un 55%, y en los hombres a un 84%. Ahora, valorando el porcentaje de jornada laboral, casi 1/3 de las mujeres trabajan a tiempo parcial. La jornada reducida es característica en las personas que precisan conciliación laboral y familiar, no obstante, esta reducción no es equitativa entre hombres y mujeres. En el 2016, en la UE, el 32% de las mujeres ocupadas tuvieron una jornada reducida, en comparación con un 9% en los hombres.

Estas referencias que ponen en relieve las diferencias de género muestran que aún, en el día de hoy, el espacio entre mujeres y hombres es inmenso. La cultura marca como se afrontan las situaciones vitales, las decisiones, esta misma encuesta de Eurostat y INE,

midió los hitos importantes en la vida: en las mujeres de la UE en el 2016 marcharon de casa de sus padres 2 años antes que los chicos, se casaron antes en casi todos los estados miembros, y tenían el primer hijo antes, siendo en España a los 31 años.

Badinter (1980) ya mencionó que estas irregularidades en el grado de implicación tanto en los cuidados del niño/a como en las labores del hogar llevaba a una insatisfacción, creando un problema en la pareja. Es evidente, o debería serlo, que la situación actual no es tan drástica como hace 200 o 300 años, al menos, no en todas las familias. No obstante, la diferencia sigue presente, las madres, que ahora la gran mayoría trabajan, se encuentran con menos tiempo libre, cargan con las tareas del hogar, y la presencia del hombre es en forma de ayuda.

#### 1.3.3.3. EL MOVIMIENTO FEMINISTA

Se podría decir que el momento de mayor fuerza femenina o más bien, de mayor importancia para el futuro del feminismo fue el siglo XX. Viniendo de un período de retroceso como fue el XIX, que probablemente fue el motor para que estos últimos cien años la causa femenina empezara a contar con victorias. Se ha podido observar como, a través de las civilizaciones, se ha ido definiendo la existencia de la especie humana y, en consecuencia, la posición de la mujer. Aunque este manuscrito trate de dar sentido a la sexualidad de las mujeres es imposible hablar de sexualidad femenina sin hablar de sexualidad masculina, ya que esta ha sido desarrollada a partir del sexo masculino. Del mismo modo el rol de las mujeres, que aún arrastran, fue conferido por el pensamiento y la moral de los hombres. Woolf (1929) decía que la mujer era el animal más discutido del universo, se sorprendió al observar la gran cantidad de libros escritos por hombres sobre las mujeres, y ni uno escrito por mujeres sobre los hombres. Pero en estos libros

escritos por hombres, poco se puede aprovechar para saber de la mujer, sus contenidos, según Woolf, estaban marcados por la emoción. Cuando la mente piensa y escribe desde la emoción sus conclusiones no presentan base científica ninguna, decía.

Cuando un hombre habla de sí mismo no se especifica como hombre, se da por hecho, en cambio, una mujer al describirse declara que es una mujer como factor relevante (Beauvior 1949); casi todo lo que se sabe de las mujeres y su historia ha sido escrito por hombres, todo el pasado, pensamientos, verdades y falsedades podría ser puesto en duda (Poulain de la Barre, 2018). En una sociedad que siempre ha sido masculina, con los poderes políticos, públicos y sociales a manos de hombres, la mujer nunca se ha conformado como grupo en sí mismo (Lévi-Strauss, 1974). Esta dominación proporciona a las mujeres datos, ideas, hechos, que forman una construcción politicosocial influyendo en sus pensamientos, actos y relaciones (Witting, 1992). Bel Olid (2017) habla de que las mujeres han aprendido su feminidad a través de la submisión, de negarse a sí mismas y de la idea de que los otros, sean hijos, amigos, y hombres en general, son más importantes que una misma. Todas las relaciones y descripciones han sido creadas a través de ellos (Woolf, 1929), y ahora, que hombres y mujeres prácticamente pueden trabajar en los mismos sitios, las mujeres son productivas, independientes, tienen poder económico y pueden acceder al nivel del hombre, a la mujer le continúa suponiendo un problema definirse como mujer. En su lucha a favor de la igualdad a veces se puede confundir adquirir el rol de hombre como igualdad, este hecho sería nefasto, decía Woolf (1929), lo interesante es ver las diferencias y hacerlas complementarias, crear un mundo de variedad para obtener lo mejor de cadauno. Al fin y al cabo, cuando se habla de conseguir una igualdad, se están comparando ambos sexos, tratando de que la mujer se asemeje al hombre (Irigaray, 1992). La mujer se aliena mediante la sociedad, ¿cómo se puede definir a la mujer sin partir de la imagen del hombre? Se deberá trabajar para que

con unos mismos derechos el sexo femenino se exprese como realmente quiera. Este trabajo recaerá en manos de estas. “Si queremos unas políticas más justas no tenemos que querer que las mujeres lleven los pantalones, sino que todos los que manden se pongan faldas” (Olid, 2017, p. 118).

La conformación de los individuos ha ido variando según las necesidades de cada sociedad. El misterio que envolvía a la mujer se presentó como una dificultad para el hombre y su sabiduría, esta incertidumbre no solo influyó en el hombre, sino que el mismo misterio afectó en el propio autoconcepto de la mujer. En los periodos, como el siglo XVIII, donde la mujer se aproximó al hombre, fue porque no se dio tanto hincapié en la magia. Reconocer al sexo femenino como un ser humano no era infravalorar al hombre, este no perdía su riqueza, su intensidad, ni las relaciones entre sexos. Ver a la mujer como humana no la suprimía del amor, la poesía, o la aventura, sino que hacían verdaderas sus conductas, sus sentimientos, sus pasiones (Beauvior, 1949). Stendhal (citado en Beauvior, 1949) como vio la verdad en las mujeres, las amó profundamente. Defendió su inteligencia, rehusó su maldad, proclamó que la incapacidad de ellas para expresarse, de salir de sus tascas aburridas, de poder optar a la educación, las llevó a esclavas rutinas. Las animó a no decaer en las costumbres ni perder su autenticidad, nunca las describió a partir del hombre, sino con su propio destino. En sus teorías defendía la felicidad individual a raíz de la realidad humana.

A la población le incomoda hablar sobre feminismo, sobre el género, incluso muchas personas piensan que ya no hay diferencias de género, o que es una causa secundaria, como si este tipo de opresión fuera menos importante que otras (Despentes, 2006), y visualizan a las mujeres activistas, como infelices solitarias con un odio hacia el sexo masculino y hacia los cánones establecidos de feminidad. Este desconocimiento sobre la situación desigual de género viene de la costumbre, si se ve la misma cosa una y otra

vez, acaba siendo normal (Chimamanda, 2014). Hay una novela feminista, *El Poder*, de Naomi Alderman (2016) donde las mujeres desarrollan un superpoder que usan a su favor para liberarse de la opresión de los hombres, distintas mujeres relatan sus experiencias donde todas han sido pisoteadas o agredidas por ellos. Al final la sociedad se convierte en un mundo de mujeres, que usan su poder para mantener al hombre pasivo y subleado. Mantienen a los hombres para la procreación, pero solo a los obedientes, buenos y limpios; los otros son considerados peligrosos, menos inteligentes y poco trabajadores, con el cerebro en los genitales. Al cabo de los siglos los hombres no recuerdan el tiempo donde ellos cometieron actos atroces contra el sexo femenino, piensan que desde los orígenes de la especie la crueldad ha sido de las mujeres. Los manuscritos y textos históricos han sido copiados miles de veces, todos por mujeres, por lo tanto, ellas podrían haber manipulado e introducido errores para dar fe a su visión. No tendría sentido escribir sobre hombres fuertes y mujeres débiles, sería pecado. En referencia a la necesidad de cambiar la cultura de Chimamanda (2014), Alderman (2016) coincide; lo que se piensa hoy en día sobre la mujer es porque el pasado así lo ha contado, si se va repitiendo lo mismo, aunque se sepa que no es lo correcto, se seguirá negando que pueda haber un cambio.

Despentes (2006) expone que, desde la Biblia, toda mujer que acusaba al hombre de haberla violado era puesta en duda. Pardo Bazán (2018), cita a Stuart Mill como referencia a la relación del hombre con la mujer, él, hasta que no conoció a su mujer siempre vio al sexo femenino con incompreensión, como un concepto abstracto, no entendía su situación. Al escuchar y entender su incapacidad empezó su defensa a favor de sus derechos. A raíz de conocer bien a la mujer pudo establecer una relación de igualdad, al posicionarse como seres iguales, el vínculo afectivo y de amistad adquirió

sentido, la confianza e intimidad absoluta los llevaron a la verdad. Lo que tantos poetas imaginaron, él lo llevó al terreno real.

En la mujer independiente de Beauvior (1949) expresa que, si la mujer tiene que ser un individuo completo, como el hombre, tiene que ser sexuada; pero si renuncia a su feminidad para ser como él, renunciará a su humanidad. Se vuelve a la idea errónea de que para tener la igualdad se tiene que ser como el hombre, y renunciar a ser mujer. Pero lo que se entiende de mujer es lo que la tradición, puesta por los hombres, ha dicho que es. Beauvior (1949) decía que la renuncia a esta feminidad era renunciar a unas costumbres y moda, la que no quería enfrentarse a la sociedad tenía que vivir como mujer, incluso para su propia satisfacción de mujer verdadera quería cumplir con su destino. Para ser una persona completa tenía que acceder al mundo masculino, esto requería actitudes masculinas que no gustaban, por esto la mujer se centró tanto en la feminidad. Sexualmente sucedía lo mismo, la que quería afirmarse y someter al hombre lo incomodaba, ya que este quería sentir que él era el conquistador. En la sociedad actual, más que nunca, la mujer está sometida a la feminidad normativa, es decir, expone su cuerpo a múltiples modificaciones siguiendo unas normas de estética que coincidan con lo que manda la sociedad, y esta misma sociedad es la que permite a la mujer tener una libertad corporal e intelectual mayor que en cualquier civilización (Despentes, 2006). Se podría decir que es la mujer más libre y más esclava. La explotación, según Irigaray (1992) empieza con la diferencia sexual, como se hablaba anteriormente, al existir dos sexos aparece la necesidad de clasificar uno respecto al otro. La autora protege la idea de crear una cultura de lo sexual, es decir, defender y respetar las diferencias de los dos sexos para conseguir la igualdad.

Para que el sexo femenino triunfe primero tiene que olvidarse de sí mismo, el derrotismo de la mujer la lleva a conformarse con un éxito banal, poniendo límites a sus ambiciones.



La mujer que acaba de llegar al mundo de los hombres, está muy ocupada buscándose, decía Beauvior (1949), cuando se vea como persona y no como mujer podrá llegar a la genialidad. La mujer se define a través de los otros, de su cuerpo y la relación con el mundo, no por hormonas ni instintos. Butler (2010) también defiende esta definición de las personas a través del cuerpo y la relación con los otros, la supervivencia depende de la relación con los demás, una relación que permite el deseo sexual, el tacto, el olor, el aprendizaje, la amistad, todo aquello, según Butler, que alimenta el sentimiento y el deseo de estar vivas; se necesita el cuerpo para poder representar el género y la sexualidad de cadauno. A raíz de esta unión, el cuerpo nunca será del todo de una misma.

Como bien se ha hablado anteriormente, el ser humano es un ser social, que necesita vivir en comunidad, por tanto, este vínculo descrito por Butler es indisoluble. No obstante, en la mujer, esta dependencia y derrotismo del que se hablaba hacen que estos lazos sean más indestructibles. Este pesimismo del sexo femenino la condena a la inmovilidad, este pesimismo surge del error de pensar que la función de la mujer recae en su función reproductora, limitando las otras actividades humanas que hacen de la persona un individuo único. Este individuo único también puede ser la mujer, con su destino propio, independiente de la familia que quiera o no, con una felicidad y dignidad personal (Pardo, 2018).

El género es el responsable de describir a las personas y establecer como tienen que ser según su condición biológica. Mujeres y hombres nacen con unas diferencias naturales, pero quien decidirá sobre sus condiciones será la sociedad (Chimamanda, 2014); el género presenta carácter cultural y define la personalidad según la categoría sexual (Millet, 1969). Judith Butler (2006) reconoce el cuerpo como el primer desencadenante del género, desde el nacimiento los otros lo evaluarán y lo clasificarán. Con el cuerpo la

persona se expresa y genera actos asimilados de la sociedad, el género es una construcción a partir del cuerpo que intentará reproducir unas expectativas sociales para conseguir una normalización y mantener un orden establecido. La feminidad, como ejemplo de las conductas establecidas, según Despentes (2006) es hipocresía, es saber servir, actuar como un ser inferior, intentar gustar a los hombres, no llamar la atención, no ser autoritaria, no hablar de dinero ni querer poder, no buscar prestigio, no ser demasiado graciosa. Ella ve el feminismo como una revolución, un movimiento tanto de mujeres como de hombres que cambie la visión y la situación del mundo actual. No es simplemente igualar hombre y mujer. La dificultad para conseguir una revolución sexual y llegar hasta la igualdad nace de las raíces tan fuertemente adheridas en la mentalidad patriarcal, como se exponía al inicio sobre la sincronía entre relación sexual y relación social, el primer paso para la revolución estaría en manos de la abolición de tabúes e inhibiciones sexuales (Millet, 1969).

La aproximación de la mujer al hombre, en referencia a sus derechos, data de hace relativamente poco. Pongamos que hace unos 50 años que sus derechos se han empezado a igualar de forma significativa, estos 50 años son como un prólogo si los comparamos con los miles de años que llevan los relatos de la desigualdad de sexos. Es una lucha que aún le queda muchísimo para batallar. Centrarse en intentar buscar y conocer a la mujer es necesario, pero también lo es empezar a estudiar al hombre, a la masculinidad, pero desde una visión diferente a la propuesta hasta ahora. Las vivencias de la maternidad, de su sexualidad, de su persona frente al mundo dependen de ello.

#### 1.3.3.4. LA ETAPA DEL PUERPERIO

Como bien se ha introducido anteriormente, el puerperio es un periodo de restablecimiento de la mujer, es un proceso de complejidad y de durada imprevista. Dependerá de cada mujer y su contexto, de su tipo de parto, de la lactancia, del bebé, hasta que ella se encuentre que ha vuelto a un estado parecido al de antes del embarazo. Con el parto y su expulsivo se inicia el puerperio inmediato, es interesante conocer el tipo de parto, que, aunque no será el más influyente en su sexualidad, según la mujer será un factor a tener en cuenta. El parto consiste en un proceso fisiológico donde el feto es expulsado desde la cavidad uterina hasta el exterior del organismo. Los tipos de parto son (Departament de Salut, 2009):

- Parto normal: Inicio espontáneo, fisiológico, sin complicaciones ni intervenciones.
- Parto medicalizado: los profesionales intervienen con fármacos o instrumentos.
  - o Anestesia epidural: administración farmacológica de anestésicos en el espacio epidural.
  - o Inducción: provocar el parto, por gestación prolongada o situación de riesgo, mediante oxitocina para iniciar las contracciones, y si precisa, administración de prostaglandinas para la maduración del cuello del útero.
  - o Fórceps: palas articuladas que ayudan en el descenso y rotación de la cabeza del bebé. Se precisa, generalmente, de episiotomía.
  - o Espátulas de Thierry: calzador que facilita el descenso por el canal del parto. Parecido a las cucharas de los fórceps, pero sin articulación ni rotación de la cabeza.

- Vacuum: ventosa que se coloca en la cabeza del bebé y mediante el vacío tracciona el feto.
- Cesárea: intervención quirúrgica que mediante una incisión en el abdomen se extrae al bebé. La recuperación e ingreso hospitalario será mayor, requerirá de sondaje vesical, precisará de ayuda para la alimentación del bebé, permanecerá en dieta absoluta las primeras 24 horas, la actividad física será progresiva y sin levantar peso.

Una práctica aún utilizada, aunque la evidencia clínica no la destaca por tener beneficios, y que data del s. XVIII, es la episiotomía. Técnica que justificaba la reducción de riesgo de desgarro perineal, de la disfunción del suelo pélvico, y de la incontinencia doble. Más adelante se vió que no debía aplicarse a no ser que hubiera necesidad clínica como: parto instrumentado o sospecha de compromiso fetal. Aunque hay distintos tipos y planos para realizarla, la más común es la episiotomía mediolateral. La NICE (National Institute for Health and Care Excellence) llevó a cabo una revisión sistemática con los métodos más eficaces de reparación: suturar los desgarros de primer y segundo grado mejora la cicatrización a la sexta semana; la sutura continua en los músculos perineales disminuye el dolor e incomodidad y mejora la satisfacción; la reparación en dos planos disminuye la dispareunia, tirantez y ayuda a sentir el área perineal de forma normal (Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, 2014; Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, 2017).

El parto más común en el contexto español es el parto hospitalario con anestesia epidural en el 81% de los casos. Las cesáreas rondan entre el 10-30% según el centro hospitalario. Una vez se da a luz al hijo o hija se inicia el puerperio, que, desde el punto de vista físico, dura entre 6 y 8 semanas, es decir, contemplando la restauración del cuerpo de la mujer (Departament de Salut, 2009). Sus otros aspectos podrán tardar más o menos en

encontrar su estabilidad. La clasificación del puerperio en las guías de la Generalitat de Cataluña es:

- Puerperio inmediato (primeras 24 horas): a grandes rasgos se caracteriza por la aparición del calostro si la mujer decide dar lactancia materna, el útero disminuye de tamaño, se eliminan los loquios, se inicia la ingesta y deambulación.
- Puerperio precoz (primeros 10 días): se establece la lactancia materna, el útero se contrae para recuperar el tamaño inicial, disminuyen los loquios, y puede aparecer estreñimiento.
- Puerperio tardío (primeras semanas): si la madre da el pecho no aparecerá la menstruación; si no lo da, hacia la quinta o sexta semana empezará a menstruar. Se recomienda acudir al ginecólogo o matrona para asesoramiento anticonceptivo y exploración de órganos genitales.

Otros aspectos que van recuperando su estado anterior son el endometrio, el lecho placentario, el cuello uterino, la vagina y la vulva, y la musculatura pélvica. La vagina y la vulva, aunque disminuirán de tamaño, no volverán a su condición anterior y, el tono muscular deberá trabajarse precozmente con los ejercicios de Kegel para una buena recuperación. Del mismo modo el peritoneo y la pared abdominal podrán trabajarse para conseguir un mejor estado. En lo que al peso concierne la mujer irá perdiendo peso, líquidos y electrolitos, la mayoría de las mujeres vuelven a su peso inicial a los 6 meses del embarazo. Dando atención a los cambios hormonales, uno de los más importantes se dará con la restauración de la menstruación y ovulación, que variarán según cada mujer y según la lactancia. Las que no dan el pecho pueden tardar entre 7 y 9 semanas, y las que sí lactan pueden alargarse hasta las 35 semanas postparto (Departament de Salut, 2009; Departament de Salut, 2018; Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad,

2014; Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, 2017). Los cambios hormonales principales son:

- Estrógenos: variarán en función de la lactancia. Las que no dan el pecho alcanzarán los niveles normales foliculares a las 3 semanas, en las que amamantan este proceso se larga, la amenorrea es propia de la hipoestrogenesis.
- FSH y LH: los niveles estarán bajos en los primeros 10-12 días, después se regularán según la lactancia.
- Lactógeno placentario: no presente en el primer día postparto.
- Hormona coriogonadotropa: bajada en las primeras 72 horas, desaparece entre el 11-16 día postparto.

Respecto a su situación emocional, será diferente en cada mujer, normalmente las primeras horas hay una mezcla entre cansancio y felicidad, donde es importante preservar la intimidad. En los días siguientes continuará la explosión de sentimientos: tristeza, alegría, apatía, angustia, tranquilidad (Departament de salut, 2009). Para ayudar y conseguir un refuerzo positivo emocional del recién nacido con los padres, se recomienda el contacto piel con piel, siempre que sea posible. El Departamento de Investigación y Salud Reproductiva de la OMS en Ginebra (1999) asegura que no hay ningún procedimiento que se le tenga que aplicar al recién nacido que justifique la separación de su madre. Para los padres resultará favorecedor para el aprendizaje emocional y para conocer sus señales. (Departament de Salut, 2009; Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, 2017; Sanidad, 2014).

Otras de las cuestiones que deberá tener en cuenta la mujer en el puerperio es la alimentación del bebé, existiendo las alternativas de lactancia materna, artificial o mixta. Aunque biológicamente la lactancia materna es la más adaptada para las necesidades del niño o niña (Departament de Salut 2009), cualquiera de las opciones será la indicada

mientras sea la madre la que realmente lo decida. La OMS (2021) reconoce que prácticamente todas las mujeres tienen la capacidad de amamantar, siempre y cuando tengan la información y el apoyo familiar y profesional. Recomienda la lactancia materna exclusiva durante 6 meses, luego la introducción de alimentos progresivamente, y mantener la lactancia hasta los 2 años o más.

La guía práctica clínica del Sistema Nacional de Salud (SNS) (2014) establece, basándose en la literatura científica, los cuidados de la madre en el puerperio. Promueve el apoyo necesario para crear un ambiente de confianza y poder fomentar el vínculo madre/padre e hijo/a. Durante la estancia hospitalaria se controla la madre con las constantes vitales, la involución uterina, posibles sangrados, distensión de la vejiga, entre otros signos de alarma. Si ha precisado de episiotomía o cesárea se controlarán los posibles puntos de infección. Se realizan las pruebas de laboratorio pertinentes y se pone énfasis en el control del dolor. En lo pertinente a la sexualidad plantean tres puntos (Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, 2014):

- Preguntar si presenta algún problema al mantener relaciones sexuales (dispareunia).
- Aconsejar lubricantes con base acuosa para aliviar la molestia al concebir relaciones sexuales.
- Si tras varias visitas sigue manifestando ansiedad por realizar el coito, tendría que derivarse a un/a especialista.

Se observa que el planteamiento que se usa es el de la condición física. En el primer punto se pregunta si tiene problemas en la penetración, dando por sentado que habrá tenido práctica sexual y de tipo penetrativa. En el segundo punto directamente se plantea dar un lubricante para aliviar molestias, dando por sentado que tendrá molestias y la mejor solución será que continúe practicando sexo, pero con lubricante. Y en el tercer

punto, dando por sentado que tenga ansiedad, se deriva al especialista. En ningún momento se profundiza en saber si le preocupa algo de la sexualidad, que es para ella la sexualidad, porque puede presentar dispareunia o como vive en este momento la sexualidad. Por otro lado, en la guía del Departamento de Salut de la Generalitat (2009) se da un enfoque más adaptado a la mujer en particular, destacando que la mujer puede tener relaciones siempre y cuando encajen con sus necesidades. Da incapié en no iniciar relaciones por satisfacer la pareja, y en practicar relaciones sexuales que no incluyan penetración, aunque si las desean las pueden practicar.

Es importante preocuparse por el área psicoemocional de la mujer, en este periodo que ya se ha destacado por presentar grandes cambios y experiencias emocionales, Rubin (citado en el Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, 2014) identificó tres etapas por las que las mujeres asumían su nuevo rol:

- Etapa de aceptación: los primeros días la madre presenta actitud pasiva y dependiente. Escucha sugerencias, duda sobre decisiones y se preocupa de sus necesidades.
- Etapa de apoyo: es la etapa de transición, recupera energía y experimenta mayor bienestar físico. Se seguirá sintiendo insegura como madre, pero participará de forma activa y tomando decisiones. Necesitará confirmación de su rol.
- Etapa de adopción de nuevas responsabilidades: adoptará conductas independientes en su nuevo rol maternal. Normalmente ocurre cuando ya le han dado el alta y está en su casa.

Estas nuevas responsabilidades le podrán traer sentimientos de pérdida, aunque habitualmente se encuentre feliz e ilusionada, puede experimentar decepción y llantos, aumentando la fatiga. Estos cambios de humor pueden ir ligados a cambios hormonales bruscos. Normalmente suele ser leve y transitorio (Ministerio de sanidad, servicios



sociales e igualdad, 2014), pero si persiste es posible que la madre experimente depresión postparto, por esto, las guías clínicas incluyen un apartado para poder detectar dicho trastorno.

#### *1.3.4. Teorías enfermeras aplicadas a la mujer puerperal*

Que a día de hoy se pueda entender la enfermería como profesión, pero sobretodo, como disciplina es gracias a muchas enfermeras que durante el siglo pasado reivindicaron su posición y crearon nuevos estilos y cuidados para mejorar la salud de las personas. La enfermería va más allá de ofrecer unos cuidados a los/las pacientes; la enfermería profundiza en las personas para crear teorías que serán imprescindibles para la práctica enfermera. Florence Nightingale fue una mujer revolucionaria que consiguió formar a grupos de mujeres en el arte de la enfermería (Alligood 2006, citado en Alligood y Marriner, 2011), podría decirse que en un momento social donde la mujer aún no contaba con los privilegios de la libertad individual, pudo organizar los inicios de la enfermería. A raíz de este movimiento se tuvo que ir estableciendo la base científica de la enfermería, no fue hasta pasada la primera mitad del siglo XX que empezó a surgir el término de ciencia enfermera, hasta entonces la bibliografía era escasa. En el siglo actual el mayor número de escuelas de doctorado y grados en enfermería ha ido asociado a un mejor desarrollo de la filosofía y ontología enfermera (Alligood y Marriner, 2011).

##### 1.3.4.1. LA TEORÍA DEL CUIDADO TRANSPERSONAL DE JEAN WATSON

Las teóricas enfermeras constantemente cuestionan los cuidados enfermeros para crear nuevos modelos que coordinen la buena práctica enfermera con las necesidades de las personas. Es interesante desarrollar las actividades de enfermería mediante un modelo teórico, en este caso, el que mejor se adapta a la interpretación que se quiere hacer sobre la sexualidad y las mujeres en el postparto es la filosofía de Jean Watson y su teoría del cuidado transpersonal. La teoría no solo influye en la enfermería asistencial sino también en la investigadora. Watson (2008) piensa en la teoría como una manera de ver las cosas,

más allá de evidenciar o validar un hecho, trata de expresar mediante conocimientos, reflexión, experiencia e ideas, un fenómeno.

Esta tesis pretende interpretar un fenómeno en concreto, la sexualidad de las mujeres en el postparto, darle un sentido y conocer su modo de actuación y el porque. Watson (2008) se respalda en la comprensión para describir la función de enfermería. Entender a la persona que se tiene delante más allá de la imposición y control. Propone una teoría que sea tanto científica como humanitaria, entrelazando ambas ramas, propone 10 factores que son la base de la ciencia del cuidar en un marco mente-cuerpo-espíritu. Estos estarán relacionados con la curación y cuidado transpersonal, el momento y la ocasión del cuidado, los tipos de cuidado, la conciencia del cuidado, la energía de la conciencia. Todos estos aspectos confluyen en un concepto que denomina *caritas*, que significa valorar, apreciar, prestar atención especial y afectuosa (Watson, 2007). Aplicando esta filosofía la enfermera o matrona debería conseguir establecer una relación con la mujer púérpera, donde la acompañe para dar sentido al proceso que está viviendo; fomentando la expresión de sentimientos, aceptación de las emociones y haciéndola protagonista de su salud.

A continuación, se presentan los 10 factores que propone Watson, mediante una tabla, para aplicar unos cuidados apropiados y se relacionan con un ejemplo para atender la sexualidad de la mujer en el postparto. Es importante tener en cuenta que la enfermera que acompaña a la mujer en todo el proceso maternal es una enfermera especialista formada específicamente en este ámbito; la especialidad de matrona es un buen ejemplo de lo importante que es seguir investigando y creando teorías para poder ofrecer la mejor formación y el mejor acompañamiento:

Figura 2: Los 10 factores de J. Watson aplicados

Los 10 Factores y Proceso del Cuidar	Descripción mediante ejemplo
<b>Valores humanísticos y altruistas</b>	La matrona o enfermera, facilitará una práctica centrándose en el momento y lugar donde está sucediendo el cuidado. Procurará crear un ambiente de empatía. Se centrará en María* como mujer individual y única.
<b>Inculcación de fe y esperanza</b>	La matrona debe presentar unos valores que la ayuden a sentir satisfacción con una misma y pueda dar sentido de su propio ser. Con los valores establecidos la matrona podrá promocionar unos cuidados positivos a María y establecer una relación para adoptar juntas unas conductas de salud. Deberá entender qué es para María su sexualidad y qué representa en el postparto.
<b>Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás</b>	Es vital que la matrona reconozca sus sentimientos y los acepte, si ella lo consigue será más fácil que María conecte con la matrona y pueda abrirse. Le explicará que su cuerpo ha cambiado, sus pechos están sensibles, quiere volver a sentir placer como antes, aunque su mente está en su hija. Esto le provoca miedo por distanciarse del marido.
<b>Desarrollo de una relación de ayuda- confianza</b>	A través de la confianza y la empatía se podrá establecer una relación de ayuda, la matrona deberá escuchar y mostrarse receptiva, así María siente la seguridad de poder expresarse.
<b>Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos</b>	Cuando la mujer experimenta el postparto pueden salir tanto sentimientos positivos como negativos, la matrona deberá estar preparada para comprender a María tanto en el ámbito intelectual como emocional. La paciente presenta carga mental ya que en ella recae el peso de la lactancia materna, la niña siempre la reclama a ella quitándole tiempo para ella misma.
<b>Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones</b>	La matrona tiene la autonomía para saber enfocar el problema y poder ofrecer unas soluciones. Se centrarán en el cuerpo y mente cambiados de María, en como influye en su salud mental y sexual. Buscarán soluciones para su estado físico y emocional. Entender la

	sexualidad de María en este momento la ayudará a saber enfocarla, y tratar la parte física del suelo pélvico ayudará en la sensibilidad del tono muscular. A demás, la matrona podrá ofrecerle lubricantes que puedan ayudar a la estimulación.
<b>Promoción de la enseñanza-aprendizaje interpersonal</b>	Este punto hace referencia a las facultades de la matrona para que promueva el autocuidado de María, debe ofrecerle la información y acompañamiento necesario para que ella se responsabilice de sus necesidades. Le explicará como se desenvuelve el postparto y la sexualidad, posibles situaciones, para que María viva un autoconocimiento que la lleve a un crecimiento personal. Podrá ofrecerle grupos de ayuda y de madres.
<b>Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual</b>	La sexualidad es un aspecto afectado por muchos factores, por lo tanto, es muy importante destacar este punto. La matrona deberá conocer que es para María la sexualidad, si es una necesidad importante, si está preocupada por el cambio, si ha tenido otras veces algún problema sexual. Llevar la sexualidad más allá de la condición física y crear un ambiente adecuado para discutir el tema.
<b>Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas</b>	Es fundamental conocer las necesidades de la matrona y de la paciente, y colocarlas en una pirámide para ver qué importancia se da a unas y a otras. Las necesidades de mayor rango a nivel físico son la alimentación, hidratación, ventilación y eliminación; las necesidades de mayor rango a nivel psicofísico son la actividad, el descanso y la sexualidad. Respetar estas necesidades llevarán a poder satisfacer las necesidades psicosociales e intra-interpersonales.
<b>Permisión de fuerzas existenciales-fenomenológicas</b>	Reconocer la situación en cuestión para ayudar a María a comprender el fenómeno. Se facilitará a María que se conozca a sí misma para poder hacer un buen análisis y una buena intervención.

\*María se presenta como un nombre ficticio

Todos estos factores tienen que ejercerse desde el cuidado transpersonal; así, la enfermera o profesional que esté delante de las personas atendidas debe tener un compromiso moral con intención de fomentar la dignidad humana y la curación, para que la persona pueda verse a sí misma con un significado propio en la existencia.

Watson clasifica la sexualidad como una necesidad psicofísica de rango mayor y, expone que es necesario satisfacer las necesidades de rango menor antes de asumir las de rango superior, por lo tanto, será vital la visión integral de las mujeres para abordar aquellas necesidades insatisfechas que puedan interferir en la satisfacción de la sexualidad (Raile y Marriner, 2011). Si conectamos la visión holística de Watson en los cuidados de enfermería y la visión de la sexualidad entendida como una suma de la persona, se entrevé la necesidad de entrelazar ambas para conseguir la comprensión personalizada y actuar según cada individuo. Enfermería comprende la parte más humanista de la medicina; así, desmedicalizar la sexualidad e interpretarla fuera de la biología y reproducción tendría que ser un nuevo paso para poder aplicar la visión holística que caracteriza esta profesión. Esta tesis se encuentra delante de unas mujeres que experimentan un cambio en todas las dimensiones de su persona y presentan un seguido de dudas para responder. Con la filosofía y modelo de Jean Watson se propone establecer una relación enfermera-paciente, en este caso, sobretodo con la comadrona, de ayuda y confianza.

#### 1.3.4.2. RAMONA T. MERCER Y LA MATERNIDAD COMO UN PROCESO

La identidad de la persona se ve caracterizada por los roles que asume al largo de su vida. El proceso de convertirse en madre, de adoptar el rol materno lo estudió Ramona T. Mercer y desarrolló un modelo enfermero partiendo de la base de los trabajos de su

mentora Rubin, y otros/as investigadores/as. Para dar sentido a su teoría deben tenerse en cuenta los siguientes factores (Mercer, 2004):

- Adopción del rol materno: proceso durante el cual la madre crea el vínculo con el/la hijo/a y aprende a desarrollar el rol con satisfacción.
- Identidad materna: verse a sí misma como madre.
- Percepción de la experiencia del nacimiento: como vivió la madre el parto y el nacimiento.
- Autoestima: como cree la mujer que la ven y como acepta esta visión de los demás.
- Autoconcepto: como se ve la mujer a sí misma, el grado de satisfacción en esta visión y la similitud o equilibrio entre como se ve y como le gustaría ser.
- Flexibilidad: los roles no son fijos, no es importante quien lo desarrolle. Capacidad de la madre de ser flexible al cambio de rol durante el desarrollo del hijo/a.
- Actitudes respecto a la crianza: creencias de la madre sobre la crianza.
- Estado de salud: percepciones del estado de salud.
- Ansiedad: vivir las situaciones estresantes como amenazas.
- Depresión: presentar síntomas depresivos que afectan el estado de salud.
- Tensión debida al rol: la dificultad de la madre para afrontar el rol materno.
- Gratificación-Satisfacción: recompensa que siente la mujer en relación al hijo/a y al rol materno.
- Unión: hace referencia al vínculo afectivo del rol paternal que se establece con un individuo. La madre con el padre, el padre con el/la hijo/a, el/la hijo/a con la madre.

- Temperamento del niño/a: actitud del bebé. Mensajes que envía a la madre difíciles de interpretar creando frustración.
- Estado de salud del niño/a: enfermedades que pueda tener el/la hijo/a y que influyan en la unión.
- Características del niño/a: Temperamento, apariencia y estado de salud.
- Señales de los/las lactantes: conductas que despiertan una respuesta maternal.
- Familia: grupo comprendido por los padres y el/la hijo/a, y las parejas dentro del grupo total (madre-hijo/a, padre-hijo/a, madre-padre).
- Funcionamiento de la familia: actividades y relaciones entre la familia, los grupos en la familia, y las relaciones con la sociedad.
- Padre o compañero: ayuda en el rol materno, sus interacciones disminuyen la tensión y facilitan el rol materno.
- Estrés: desencadenantes que se perciben como positivos o negativos.
- Apoyo social: ayuda recibida y que proporcionan bienestar. Puede ser apoyo emocional, informativo, físico y de valoración.
- Relación madre-padre: relación de la pareja, los valores, objetivos y acuerdos deseados entre los dos.

Se ha mencionado anteriormente los grandes cambios a distintos niveles que experimenta la mujer en el postparto. Esta teórica especifica en estos factores todas las cuestiones que se verán alteradas y/o que se tendrán que tener en cuenta a la hora de entender la conformación del rol materno. Es decir, todo lo que vivirá la madre que influirá en su persona y, por lo tanto, en su sexualidad. El buen desarrollo del rol maternal facilitará que las personas se identifiquen. En la teoría de Butler (2010), expuesta en el punto anterior, se mostraba como a través del cuerpo la persona podía relacionarse con el mundo y, a través de él, formarse como individuo, identificarse. En



el rol maternal el suceso es parecido, la madre, a través de su cuerpo experimenta el embarazo, el nacimiento, el cuidado del hijo, la relación con la pareja, y mediante los factores expuestos por Mercer (2004), se identificará como madre. La autora pensó, después de sus múltiples investigaciones, que la maternidad no es una imposición o una acción natural, sino que es un proceso que se va aprendiendo y evolucionando al largo de la vida de la madre, por tanto, esta se va convirtiendo en madre (Mercer, 2004). En este proceso influirán los factores mencionados anteriormente. Otro aspecto que ayudará a la vivencia de la mujer es el cuidado de la enfermera; Mercer (2006) refiere que es muy importante el cuidado que recibe la mujer durante el embarazo y el primer año después del parto, provocando consecuencias a largo plazo para madre e hijo/a si no se siente acompañada. Las enfermeras son las profesionales más próximas durante la maternidad de la mujer.

El modelo que planteó Mercer surgió de los círculos concéntricos de Bronfenbrenner (1979), estos círculos constan del microsistema que es el entorno inmediato (familia, bebé, relaciones entre ellos, apoyo social), el mesosistema (guardería, escuela, entorno laboral, comunidad más inmediata) y, el macrosistema (entorno cultural particular, el contexto sociopolítico) (Mercer y Walker, 2006). En la adopción del rol materno aparecen 4 fases (Mercer, 2006):

- 1- Anticipación: empieza en la gestación, aparecen los primeros pensamientos, expectativas, imaginación y relación con el feto.
- 2- Formal: empieza con el nacimiento, es el aprendizaje y activación del rol. Pasó a llamarse: consecución, práctica y recuperación física. Normalmente alberga las 2 primeras semanas postparto.

- 3- Informal: la madre empieza a hacer actividades suyas, su propia manera de actuar no transmitida por la sociedad. Encaja el rol con el estilo de vida. Esta fase se extiende a los 4 meses y cogió el nombre de Normalización.
- 4- Personal: el momento en que interioriza el rol. Aparece la armonía y confianza. Se le puso el nombre de Integración de la identidad maternal.

Con los años, profundizó y observó que este rol no se finaliza, se va recreando y reformulando la madre, así surgió el “convertirse en madre”, como referencia a un crecimiento continuo. La teórica mostró necesidad en continuar investigando en la maternidad y en formar a enfermeras específicamente para acompañar a las mujeres en esta transición. La creación y validación de instrumentos de valoración enfermera es fundamental para aplicar unas buenas intervenciones (Mercer, 2006; Mercer y Walker, 2006).

El proceso de convertirse en madre requiere un extenso trabajo psicológico, social y físico. Durante esta transición, una mujer es más vulnerable y se enfrenta a grandes retos. Las enfermeras tienen una extraordinaria oportunidad de ayudar a las mujeres a aprender, ganar confianza y experiencia a medida que asumen su identidad como madres. (Mercer, 2006, p. 649).

## 2. HIPÓTESIS

Como se ha explicado en el primer punto, la justificación del estudio nace de las limitaciones y necesidades encontradas en una investigación previa que analizó los discursos reales de las mujeres puerperales desde un punto de vista fenomenológico (Pardell et al. 2021). Se observó que las descripciones de las vivencias sexuales de dichas mujeres mostraban una sexualidad coito-céntrica, con una carga estereotipada y estigmatizada en relación a la sexualidad femenina estandarizada y, concretamente durante el postparto, donde las madres sentían que su condición de mujer desaparecía y con ella, su sexualidad, y los cuidados enfermeros que recibían no iban dirigidos ni a su sexualidad ni a su situación emocional. Estas conclusiones se complementaron con los resultados obtenidos de la revisión sistemática que, de igual forma, destacaron la necesidad de una atención profesional más presente y adecuada a la sexualidad femenina y, una visión multifactorial de esta. Estos preceptos condujeron a plantear la siguiente pregunta de investigación:

*¿Cómo es la sexualidad de las mujeres durante el puerperio en España?*

Al realizar investigación cualitativa es preferible, por consistencia ontoepistemológica, no plantear hipótesis y enfocar el estudio a partir de una idea. En esta investigación, se partió de la idea de que las mujeres en el postparto encuentran alterada su sexualidad y que los profesionales de enfermería no ofrecen los cuidados adecuados.

### 3. OBJETIVOS

Por consiguiente, los objetivos formulados para responder a dicha pregunta son:

- Objetivo general: Explicar las vivencias de la sexualidad de las mujeres en el postparto.
- Objetivos específicos:
  - Analizar la influencia de la pareja y del recién nacido/a en la sexualidad de las mujeres en el postparto.
  - Describir la repercusión del tipo de parto en la sexualidad postparto.
  - Identificar la concepción que tienen las mujeres sobre los cuidados de enfermería durante el postparto.
  - Comprender la influencia sociocultural en la construcción de la experiencia de la sexualidad en las mujeres durante el puerperio.

## 4. MARCO METODOLÓGICO

### 4.1. *DISEÑO DEL ESTUDIO*

#### 4.1.1. *Elección metodológica*

Al querer comprender la naturaleza de una experiencia, la metodología más acertada para llevar a cabo los objetivos era la metodología cualitativa. Cuando Denzin y Lincoln (2011) hablan de la investigación cualitativa, la sitúan en un contexto histórico a través del cual ha ido reformulándose. A lo largo del siglo XX hasta la actualidad, su posicionamiento y paradigma ha sido cambiante, pasando por el positivismo, postpositivismo, perspectivas de interpretación como la hermenéutica, el estructuralismo, la semiótica, la fenomenología, estudios de culturas y feminismo. Por lo tanto, formulan que es un multimétodo focalizado que estudia los fenómenos en su situación natural y trata de entenderlos a partir de los significados que las personas expresan. Dicha metodología trata de descifrar los pensamientos y comportamientos de la gente; por lo tanto, será necesario acercarse a ellas y así, poder explorar las áreas en las cuales se quiera encontrar un nuevo conocimiento (Stern 1980, citado en Strauss y Corbin, 2002). A través de este posicionamiento se puede estudiar una situación social y comprenderla.

La investigación cualitativa presenta unas características que guían la aplicación de esta metodología. Se basa en una perspectiva holística de contemplar la totalidad de la situación, las explicaciones surgen de los datos, es decir, presenta un carácter inductivo de comprensión de la realidad a través de los discursos de las protagonistas. Una vez se realiza la interpretación, esta es contrastada con los sujetos, sin que haya manipulación del contexto. Este será imprescindible para comprender a las personas estudiadas. Cada

una presentará su propia realidad, sin generalización, y adquirirá un papel activo de conocimiento, al extraer las interpretaciones se tendrá en cuenta cada posible punto de vista. El proceso de recogida y análisis de los datos es un proceso flexible, artístico, donde será fundamental establecer una relación de calidad entre la investigadora y el sujeto (Sarrado et al., 2004).

Viendo la multidimensionalidad de la investigación cualitativa se observa que no existe un único paradigma y posicionamiento para llevarla a cabo, es aplicada en diferentes disciplinas (Denzin y Lincoln, 2011) por lo tanto, interaccionan distintas perspectivas y métodos de investigación. Strauss y Corbin (2002) destacan la importancia de escoger bien estos métodos según los objetivos planteados. Al buscar nuevas maneras de comprender la sexualidad femenina en el periodo postparto y querer explicarlas teóricamente, la Teoría Fundamentada emerge como el proceso adecuado.

#### *4.1.2. Posicionamiento onto-epistemológico*

En la introducción se habló de la idea de pensar de otro modo, observar un objeto, una idea, un proceso conocido, e intentar desaprender lo sabido y darle otro significado. La posición establecida en esta tesis recae en crear una teoría que reconstruya la sexualidad femenina en el postparto lejos de entenderla como una sexualidad coito-céntrica dirigida al hombre, con un abordaje sanitario basado en la dimensión física y biomédica, donde la maternidad es idealizada y visualizada como un proceso instintivo natural dirigido por la abnegación de la madre hacia su bebé donde no existe lugar para la sexualidad.

Este posicionamiento hace referencia a la dimensión onto-epistemológica, es decir, estudiar la naturaleza de una realidad (Denzin y Lincoln, 2011) adoptando un visión y comprensión de esta realidad de forma determinada. La investigación cualitativa ha ido

atravesando distintas etapas, una inicial más tradicional guiada por el positivismo; más adelante adoptó un aspecto modernista con paradigmas postpositivistas, dando paso a perspectivas más interpretativas y constructivistas (Denzin y Lincoln, 2011). Este último, el paradigma interpretativo o constructivista es la posición desde la cual se dirige esta tesis, como se ha mencionado anteriormente, el propósito es el de crear un nuevo conocimiento de algo que ya se conocía. Sarrado et al., (2004) destacan la importancia de tener claras las dimensiones desde las cuales se lleva a cabo la investigación en cuestión, para poder conseguir las metas establecidas. Estas dimensiones hacen referencia a la ontología, epistemología, metodología, método y estrategia que se llevarán a cabo.

El constructivismo parte de entender la realidad como plural, construida experiencial y socialmente, donde el sujeto adopta un modelo interactivista y subjetivista, estableciendo una relación entre la investigadora y el investigado. Siempre se percibirá el fenómeno desde las explicaciones de las personas protagonistas, por lo tanto, será fundamental contextualizar dicho sujeto en sus valores socioculturales (Sarrado et al., 2004). Los significados están contruidos por los seres humanos y por sus relaciones con el mundo que ellos mismos interpretan, si no hubiera conciencia humana no habría interpretación ninguna del mundo (Crotty, 1998). Así, como estos significados están contruidos por las personas, estos discursos siempre estarán filtrados por el lenguaje, género, clase social, raza y etnia de cada uno, de este modo, las herramientas interpretativas siempre buscarán comprender que hay detrás del fenómeno en cuestión (Denzin y Lincoln, 2011).

En resumen, el paradigma constructivista presenta una ontología relativista, donde existen múltiples realidades; una epistemología subjetivista donde el conocimiento sale del conjunto entre investigador y sujeto de estudio; siguiendo una metodología naturalista. No obstante, a este paradigma se le suma una visión extra del modelo

feminista. Este estudio aparte de analizar un fenómeno natural, como es la sexualidad femenina en el postparto, asume que esta realidad está interferida por diferencias de género, por lo tanto, la experiencia vivida estará narrada desde una comunidad oprimida (Denzin y Lincoln, 2011); anteriormente, se mencionó que, mediante la interseccionalidad no solo de género sino de clase social, se pretendía dar voz propia a unas mujeres clasificadas en un rol y estatus social homogenizado. Se habló de la interseccionalidad para encarar esta tesis, siendo importante, como dice Crenshaw (1989), entender el movimiento feminista desde todas sus distintas integrantes. Solamente, con la comprensión real de cada identidad (raza, sexo, clase social) se podrá avanzar en la lucha de los derechos. Finalmente, la visión desde la disciplina de enfermería que se centra en la persona como un complejo bio-psico-social, hacen que el paradigma constructivista sea el adecuado debido a su dimensión holística, de entender la realidad como una pluralidad de factores.

#### *4.1.3. Dimensión metodológica y perspectiva teórica*

Siguiendo la línea establecida por la ontología y la epistemología del estudio, el siguiente paso es el diseño de este, es decir, la dimensión metodológica. Para obtener los datos que aportarán el conocimiento con su consecuente teoría, es preciso escoger unas técnicas de recogida de datos coherentes a los valores establecidos. Esta metodología será conducida por la perspectiva teórica, que conforma el marco teórico filosófico que pone en contexto al investigador, su lógica y criterio (Crotty, 1998).

Anteriormente, se introdujo que la metodología utilizada es la Teoría Fundamentada. Dicha metodología encuentra su perspectiva teórica en el interaccionismo simbólico (Crotty, 1998), descrito por Blumer (1982) como un enfoque definido del estudio de la vida de los grupos humanos y del comportamiento. Defiende que los actos del ser



humano están conducidos por lo que significan las cosas para él, este significado surge de la interacción social de cada persona con los otros, y estos significados pueden manipularse mediante un proceso interpretativo que realiza cada persona al encontrarse con dichas cosas. El interaccionismo simbólico como perspectiva teórica supone un enfoque para entender y explicar la sociedad y el mundo humano, mediante este enfoque se fundamentan un conjunto de supuestos (Crotty, 1998). Se considera que el grupo humano está formado por individuos de acción; dichas acciones conformarán la cultura, es decir, todo lo que las personas hacen se convierte en cultura. El grupo humano precisa de interacción entre los miembros, interacción derivada de la respuesta o relación con los demás. En la interacción también entran los objetos, ya sean físicos, sociales o abstractos. De acuerdo con el interaccionismo simbólico, el ser humano se conforma como estructura propia y conocimiento de sí. Por lo tanto, al interactuar con el mundo, puede identificarse a sí mismo, situarse, e interpretar su situación y su contexto para actuar (Blumer, 1982).

La sexualidad de las mujeres puerperales es un proceso vivido individualmente por cada mujer, por lo tanto, cada una le otorga su propio sentido en función de su realidad contextual. Esta experiencia se conforma de la interacción de estas mujeres con su alrededor, con su pareja, con el/la bebé, su familia, con su contexto sociocultural, y sus experiencias anteriores.

#### *4.1.4. Teoría Fundamentada*

La metodología que mejor se adapta a los objetivos de esta tesis es la Teoría Fundamentada Constructivista propuesta por Kathy Charmaz (2006). El origen se encuentra en dos sociólogos, Barner Glaser y Anselm Strauss que, a través de su

colaboración en estudios hospitalarios mediante la observación y las conversaciones, ofrecieron un análisis teórico de determinados sucesos. Es decir, observaron que, a raíz de explorar los comportamientos humanos, sus relaciones, sus experiencias, se podía dar respuesta y significación a fenómenos naturales. De esta forma, desarrollaron métodos y estrategias sistemáticas que si se aplicaban en distintos ámbitos servían para llevar a cabo una investigación (Charmaz, 2006). El primer libro publicado de estos dos autores fue "The Discovery of Grounded Theory" en 1967. La Teoría Fundamentada Clásica, la inicial, consistía en un método muy explícito y mecánico para el análisis, con un paradigma más positivista, donde los datos emergentes están separados de la investigadora. Charmaz (2006), pensó que la investigadora, al ser parte del mundo que se estudia, está unido en cierta manera con los datos. Por lo tanto, la teoría que se construye está influenciada por todas las interacciones de las personas con el mundo.

La Teoría Fundamentada Constructivista de Charmaz (2008), explica que su visión de los métodos no es de aplicarlos como prescripciones indisolubles, sino como referencia de principios y prácticas. Cuando se habla de teoría, Straus y Corbin (2002) la confieren como: "un conjunto de categorías bien construidas, interrelacionadas de manera sistemática mediante oraciones que indican relaciones, para formular un marco teórico que explica algún fenómeno social, psicológico, educativo, de enfermería o de otra clase" (p. 33). Charmaz (2006) indica que para llegar a la teoría se deben aplicar unos métodos que consisten en unas guías sistemáticas pero flexibles para recolectar y analizar los datos. Al final quien guía el proceso es el/la propio/a investigador/a, por lo tanto, será un proceso imaginativo y personal mediante el cual se podrá observar el mundo de los sujetos investigados desde su propio ser. Charmaz (2006) describe la Teoría Fundamentada como una manera de aprender sobre el mundo que se estudia y un método para desarrollar teorías para entenderlo. Ella cree, a diferencia de Glaser y

Strauss, que ni los datos ni la teoría se descubren, sino que se construyen a partir del pasado y presente, y mediante las interacciones con la gente, perspectivas y prácticas de búsqueda.

Durante la teorización intervienen múltiples factores, se precisa indagar desde distintos puntos de vistas, y analizar qué implicaciones tendrá. El proceso de crear, relacionar y reformular conceptos presenta sus bases en la inducción y deducción, es decir, de encontrar el origen de los conceptos a partir de los datos, de cada caso particular se extrae la idea general, o al revés, de lo general a lo particular; de los datos que extrae la investigadora y de las relaciones entre ellos, busca cada particularidad. Cuando se interpreta en el proceso analítico se habla de deducción. La teoría emergerá de los datos, por lo tanto, será posible generar conocimiento, aumentar su comprensión y poder aplicar mecanismos de acción (Strauss y Corbin, 2002).

Expuestas las motivaciones y objetivos que se quieren conseguir con el estudio y el punto de partida y visión que mueve a la investigadora, se observa la idoneidad de utilizar la Teoría Fundamentada Constructivista. Se parte de una formación profesional enfermera que guía a la investigadora a adoptar una visión holística integral de la persona, como ente individual, pero en relación con su entorno; aplicada en este caso a comprender la sexualidad femenina en el postparto, con todo lo que conlleva la sexualidad en sí misma, la figura de la mujer, y la maternidad hoy en día. Mediante la Teoría Fundamentada se proporcionará un nuevo conocimiento o, al menos, una nueva perspectiva explicativa, a las experiencias de las mujeres respecto a su sexualidad en el periodo postparto, y conseguir iniciar un nuevo planteamiento en la gestión del fenómeno.

## 4.2. TRABAJO DE CAMPO

### 4.2.1. Muestreo y recolección de la muestra

Para confeccionar la muestra de la cual se extraerán los datos se debe partir de la pregunta de investigación (Strauss y Corbin, 2002), en este caso sobre la experiencia de las mujeres puerperales respecto su sexualidad. Por lo tanto, dicha muestra partirá de las mujeres que estén viviendo el postparto. Para poder seleccionar la muestra en teoría fundamentada se utiliza el muestreo teórico. Consiste en ir recolectando datos a raíz de la emergencia de conceptos que van derivando de la teoría en construcción y de las comparaciones constantes. De esta manera se irá en busca de los lugares, personas y acontecimientos que puedan dar respuesta a los interrogantes, dar diferentes perspectivas, y descubrir variaciones entre los conceptos para hacer más densas las categorías (Strauss y Corbin, 2002). Es decir, la muestra no está predeterminada, sino que evoluciona durante el proceso; el muestreo es acumulativo, cada acontecimiento aumenta los datos y el análisis. Durante el muestreo inicial se pretende crear categorías, por este motivo interesa recolectar datos variados de distintas propiedades. Para poder llevar a cabo todo el proceso de recopilación de datos se utilizan preguntas analíticas y el método de comparaciones constantes. La investigadora busca las posibles variaciones de las dimensiones de un concepto y las relaciones entre ellos (Strauss y Corbin, 2002). Por ejemplo, cómo afectó la lactancia a la sexualidad, la existencia de diferencias según el tipo de lactancia; cómo influye el abordaje recibido por los profesionales, si hay diferencia según el sexo del profesional; las repercusiones en la sexualidad según la presencia de la pareja en las tareas domésticas, observar si influyen las bajas paternas, entre muchos otros.

Este estudio estableció unos criterios de inclusión y exclusión para conformar la muestra guiados por el interés de la investigadora y las evidencias previas, siempre teniendo en cuenta los objetivos establecidos.

- Criterios de inclusión:

- Mujeres que hubieran dado a luz durante los 12 últimos meses. Interesaba que el suceso fuera reciente y no dejar que el paso del tiempo interfiriera en los recuerdos del postparto (Gómez-Restrepo y Cruz, 2017; Neusar, 2014).
- Mujeres primíparas. Estas mujeres viven por primera vez dicha experiencia y no está alterada por situaciones ya vividas, aunque sí por ideas socioculturales.
- Mujeres residentes y que hubieran dado a luz en España. Interesaba observar cómo es la experiencia en el contexto sociocultural español y en el sistema sanitario nacional español.

- Criterios de exclusión:

- Mujeres menores de edad.
- Mujeres que presentaran alguna incapacidad física o psicológica que impidiera su participación.
- Mujeres con barrera idiomática (delimitando el idioma al catalán o castellano).
- Mujeres en situación de privación de libertad.

La mayor obtención de las participantes se consiguió gracias a la ayuda desinteresada de una comadrona que ejerce en una clínica privada de la provincia de Tarragona. La matrona adquirió el papel de “gatekeeper” (McFadyen y Rankin, 2016), seleccionaba las posibles mujeres según los criterios establecidos y se encargaba de hacer de puerta de

entrada y gestión de posibles participantes. Se realizaba una llamada telefónica donde el primer contacto de la mujer era con la matrona que ya conocía. Esta les explicaba a grandes rasgos el estudio que se estaba realizando, si les interesaba conocer más les facilitaba el teléfono a la investigadora principal la cual les comentaba en profundidad el motivo del estudio y los objetivos, dejando claro la confidencialidad de los datos obtenidos, la libertad de participar o abandonar el estudio en cualquier momento, y el fin académico y profesional de dicho estudio. También se contactaba con las mujeres en la consulta propia de la comadrona, la cual les facilitaba una hoja informativa del estudio con el teléfono de contacto de la investigadora. La otra parte de la muestra se obtuvo a través del método de bola de nieve, es decir, con el boca a boca de las participantes (Naderifar, Goli y Ghaljaei, 2017). En el caso de querer participar se acordaba un día y hora para realizar la entrevista. La investigadora siempre se desplazaba al lugar donde prefiriera realizar la entrevista la participante, y se adaptaba a su horario. Hay que tener presente que se trataba de mujeres con un/a recién nacido/a, por lo tanto, su disponibilidad era escasa. Dependían de si trabajaban o no, si podían compaginarse con la pareja o si el/la bebé las dejaba tener un rato de tranquilidad para poder realizar la entrevista.

Cuando el muestreo teórico guiaba a los/las investigadores/as a recolectar alguna participante en concreto se habló con las participantes y con la matrona y se le facilitó, a la investigadora, otros contactos de posible interés. En el apartado del análisis de los datos se especificará como se fue creando la muestra según la creación de la teoría.

La recolección de datos siempre resulta una etapa compleja y de dificultad, normalmente los/las investigadores/as no tienen acceso a todas las personas y lugares que querrían, de este modo, deberán aprovechar y sacar el máximo partido de los datos que hayan podido conseguir (Strauss y Corbin, 2002). Glaser (2002) hace una comparación sobre la

accesibilidad de las entrevistas respecto los documentos que puedan encontrarse publicados; ambos ofrecen en mayor o menor medida datos sobre lo que se está estudiando, con las entrevistas se consiguen conceptos emergentes reales de la vivencia personal pero su aplicación resulta de gran esfuerzo, coste, tiempo y adaptación.

#### 4.2.2. *Fuentes de datos: entrevistas en profundidad y revisión de la literatura.*

En Teoría Fundamentada hay distintas maneras de obtener los datos, como entrevistas, observaciones, documentos, registros, películas (Strauss y Corbin, 2002). En este caso, se contempló que la mejor manera de captar los datos y conseguir los objetivos, era mediante entrevistas en profundidad, cuyos datos se compararon con la literatura ya existente. Esta herramienta era la más adecuada ya que pretende dar voz al sujeto de estudio. Denzin y Lincoln (2011) exponen que una entrevista es una conversación, donde se escuchan las respuestas a las preguntas planteadas. Con la entrevista en profundidad se permite explorar el fenómeno de forma particular a través de la persona que lo ha vivido directamente. Las entrevistas encajan perfectamente con la Teoría Fundamentada porque ambas son flexibles, abiertas, emergentes pero guiadas de una estructura y dirección (Charmaz, 2006).

El tipo de entrevistas que se realizaron fueron las semiestructuradas, donde existe un guion previo con las temáticas que quiere tratar el/la investigador/a. Se realizan preguntas abiertas, generales, para que la participante pueda desarrollarlas, expresarse y plantear su experiencia de manera natural. En el transcurso de la entrevista irán apareciendo temas de interés que el/la investigador/a tendrá que aprovechar para profundizar y relacionar con temas tratados anteriormente en otras entrevistas, y así, plantear nuevas preguntas (Polit y Beck, 2010).

El guion de la entrevista se confeccionó con las áreas de observación que interesaba profundizar. Estos conceptos pueden ser planteados por intereses que han surgido de la literatura anterior, experiencias previas o estudios ya realizados. Estos primeros planteamientos no surgen de los datos reales de la presente investigación, por lo tanto, serán provisionales y con probabilidad de ser descartados cuando aparezcan nuevos datos. A medida que se iban realizando entrevistas y analizando, el guion evolucionaba, por tanto, la entrevista tuvo siempre un carácter abierto y flexible. Cuanto menor estructurada se desenvuelva la entrevista más libertad presentará la participante para expresar lo que realmente es importante para ella (Strauss y Corbin, 2002). A grandes rasgos se plantearon cuestiones relacionadas con la experiencia del parto, los cuidados del bebé, lactancia, vivencia emocional, vivencia de la sexualidad, sentirse preparada física y emocionalmente, diferencias en la sexualidad pre y post embarazo, comprensión de la pareja respecto a su sexualidad, motivaciones para tener relaciones sexuales, sexualidad individual, interpretación de la sexualidad, rol profesional, autocuidado, sexualidad y sociedad, y la atención recibida en el postparto por parte de enfermería. En el **anexo 3** se puede ver la evolución del guion de la entrevista y como se eliminaban e introducían cuestiones a medida que se realizaba el análisis de los datos. Otra evolución importante a destacar es la poca experiencia inicial de la investigadora principal, estudiante de doctorado; a medida que iba avanzando en el número de entrevistas estas se desarrollaron con mayor fluidez y conexión, factores fundamentales para hacer sentir a la participante la mayor comodidad posible. Charmaz (2006) hace referencia a la repercusión de la relación entrevistador/a-entrevistado/a, destacando factores sociodemográficos como posibles alteradores de la relación de confianza establecida. En este caso, la mayor parte de entrevistas se realizaron entre mujer y mujer, hecho favorecedor. Los fenómenos poco explorados o incluso silenciados acostumbran a crear en las mujeres la necesidad de expresarse y reivindicarse, aumentando la calidad de las



respuestas (Charmaz, 2006). Al tratar temáticas personales, la investigadora siempre anteponía el bienestar de la participante sobre la obtención de los datos. En el caso de que las participantes no entendieran una pregunta, se les ofrecía un ejemplo como método de comparación; si alguna pregunta no acababa de responder algún interrogante, se reformulaba más adelante, de diferente manera, para dar pie a nuevas reflexiones de las mujeres, y evitar dar respuestas por sentadas.

Al iniciar la entrevista, primeramente, se explicaba a la mujer o participante como se desarrollaría la misma y los temas que principalmente se tratarían. Se entregaba una hoja informativa (**Anexo 4**) en caso de que no la tuvieran, y se las invitaba a firmar el consentimiento informado (**Anexo 5**) una vez resueltas todas las posibles dudas sobre el estudio. Sobre todo, se destacaba la confidencialidad de su persona y la libertad de decidir abandonar el estudio o la entrevista en cualquier momento. Una vez se iniciaba la entrevista se ponía en marcha la grabadora. No se utilizaron los nombres reales de las participantes ni ningún otro dato que pudiera revelar su identidad.

Lo ideal en la realización de entrevistas y su pertinente análisis es tener tiempo entre entrevista y entrevista, para poder hacer una buena lectura de la transcripción y comenzar el proceso analítico-reflexivo (Strauss y Corbin, 2002); no obstante, el miedo de perder participantes te obligaba a realizar 2 o 3 entrevistas en una semana, hecho que no te permitía profundizar; fue posible destacar factores clave a plantear en la siguiente, pero no en el nivel de meticulosidad requerido. Por este motivo, se reajustó el proceso de captación de participantes de modo que hasta que no estuviera analizada la entrevista no se procedería a realizar la siguiente. Este método supuso un ritmo más lento en todo el proceso, pero más efectivo y riguroso. Las entrevistas se realizaron desde octubre del 2019 hasta mayo del 2020. 8 entrevistas fueron realizadas entre marzo y mayo del 2020, coincidiendo con el estado de alarma por la pandemia del Covid-19, por lo tanto, se

realizaron por videollamada. Como punto a favor, se podría destacar que la familiaridad y tranquilidad, en muchos casos, de utilizar la videollamada que la pandemia trajo al mundo, facilitó la participación en el estudio.

Todas las entrevistas fueron realizadas por la autora de la tesis, siguiendo un guion, pero dando el espacio y naturalidad preciso para que las mujeres se expresaran cómodamente y conseguir “rapport” con ellas, es decir, crear un espacio de confianza y seguridad, y lograr que se abrieran (Taylor y Bogdan, 1987) para conversar sobre sus experiencias sexuales y maternas durante el postparto. Todo el proceso analítico y de muestreo fue supervisado por el director de la tesis, experto en metodología e investigación cualitativa, y en experiencias sexuales y reproductivas de las mujeres.

Hasta llegar a la saturación teórica se realizaron un total de 26 entrevistas, contando un total de 27 participantes, de los/las cuales fueron: 19 mujeres, 4 parejas masculinas y 4 profesionales de la salud (dos comadronas y dos ginecólogos). Una de las entrevistas a las mujeres fue con una pareja de mujeres, ambas habían vivido la experiencia como pareja y como mujer que da a luz. Las entrevistas fueron grabadas digitalmente, con el permiso de las participantes, y posteriormente transcritas mediante un software informático *transcribe.wreally*®. Una vez transcritas las entrevistas se enviaban a las participantes para comprobar su veracidad. La duración de las entrevistas osciló entre los 31 y los 96 minutos, con una media de 56 minutos. Como se ha comentado, la saturación teórica se consiguió tras realizar 26 entrevistas. Glaser y Strauss (1967) referían que al construir teoría la regla general es reunir datos hasta que todas las categorías estén saturadas, es decir, cuando ya no aparecen datos nuevos importantes, las categorías están bien desarrolladas en dimensión y propiedad, y las relaciones establecidas entre categorías están bien construidas (Strauss y Corbin, 2002). Cabe destacar por su importancia en conseguir la saturación teórica y la creación de teoría,

aunque más adelante se mencionará, que, durante todo el proceso analítico, se plasmaron en memos todas las reflexiones, cuestiones, hipótesis y pensamientos que la investigadora extrajo en dicho proceso (García Vivar et al., 2010).

Aunque la construcción de la teoría se crea a partir de personas particulares, se deben utilizar todos los datos que se extraen de los documentos; en este caso, se realizó una revisión sistemática, explicada en la introducción. Toda la información existente influye en menor o mayor medida sobre el objetivo y sobre la validación y verificación de la teoría en construcción (Charmaz, 2006). Glaser y Strauss (1967) defendían la fusión entre el trabajo de campo de las entrevistas con los antecedentes, no solamente para situar en contexto, sino para utilizar los datos que se puedan extraer de los documentos y ayudar a generar la teoría.

#### 4.2.3. *Análisis de los datos*

Strauss y Corbin (2002) refirieron que el análisis es la interacción entre los investigadores y los datos; una mezcla entre arte y ciencia ya que se basa en los datos, pero se requiere de imaginación y creatividad para formar los códigos, categorías, memos, hacer comparaciones y crear esquemas y diagramas. El análisis se inicia con la primera entrevista.

Cuando ya se dispone de la transcripción literal de la entrevista, y la investigadora se sienta delante del texto, empiezan los procedimientos; es decir, mediante la lectura empieza la descripción, interpretación y organización de los datos. Esta organización viene de la mano de la acción de codificar, en otras palabras, es el proceso de conceptualizar y reducir los datos para elaborar categorías y relaciones entre los conceptos. Estos conceptos (categorías) son la base de la teoría, representan los

fenómenos. La codificación resulta una herramienta de ayuda para poder abarcar la gran cantidad de datos, poder definirlos, crear significados y relaciones entre ellos (Strauss y Corbin, 2002).

El método que se utiliza para crear estos códigos y categorías, las relaciones entre ellas, y llegar a construir la teoría toma el nombre de "*El método de las comparaciones constantes*". Desde el inicio de codificar los primeros datos se usa este método para diferenciar conceptos y poder establecer comparaciones. Se compara cada suceso con otros para encontrar similitudes y diferencias, las comparaciones ayudan a entender el mundo, poniendo en un objeto la dimensión del otro para poder llegar a comprender lo desconocido (Glaser y Strauss, 1967). En primer lugar, se comparan datos con datos de una misma entrevista, y se relaciona con diferentes entrevistas. Todas las reflexiones y memos serán de utilidad para realizar comparaciones, siempre se deberá visualizar cada acontecimiento desde distintos puntos de vista, evitando así la primera versión imaginada. Con las comparaciones constantes se evita prejuzgar conceptos como irrelevantes y observar los sucesos desde la visión de la entrevistada (Charmaz, 2006).

El proceso de codificación en el método de las comparaciones constantes presenta distintas fases (Glaser y Strauss, 1967; Strauss y Corbin, 2002; Charmaz, 2006) y ha sido descrito como un proceso analítico de alta complejidad (Carrillo, Leyva-Moral y Medina, 2010):

- Codificación abierta: consiste en abrir el texto e ir desglosando ideas, significados y pensamientos para nombrarlos como conceptos. Los datos serán analizados buscando similitudes y diferencias. Todos esos datos con características parecidas o con cierta relación se agruparán en una misma categoría. Cuando esta está bien definida facilita recordarla y poder desarrollarla en propiedades y dimensiones. Las propiedades son las características que definen las categorías,

y las dimensiones es la localización de una propiedad en un rango. Habitualmente se inicia la codificación abierta “línea por línea” para ir creando los códigos, seguidamente se analiza “párrafo a párrafo” cuando ya se ha iniciado la creación de categorías y se quiere especificar la codificación. Por último, en la codificación de texto entero, la investigadora se plantea qué está sucediendo de manera general. Los criterios del análisis deben llevar el estudio a que encaje con las experiencias de las participantes y que sea relevante con las interpretaciones y relaciones de los procesos. La codificación rigurosa y cautelosa favorecerá que los/las investigadores/as frenen su posicionamiento personal durante el proceso y vean con otros ojos lo que les es familiar.

- Codificación axial: es el proceso de relacionar las categorías a sus subcategorías. Las categorías se enlazan según sus propiedades y dimensiones. El objetivo es reagrupar los datos que fueron separados en la codificación abierta, esta agrupación pretende dar explicaciones más precisas de los fenómenos y desarrollar mejor las categorías. Todas las codificaciones no siguen una secuencia, es decir, cada codificación puede aparecer en primer lugar, o más tarde. Las subcategorías responden preguntas sobre los fenómenos, representan la explicación del proceso, y la categoría la estructura, son necesarias ambas para explicar por qué y cómo ocurren los sucesos. Los diagramas aparecerán cuando empiece a haber relación de categorías y subcategorías, para facilitar la descripción.
- Codificación selectiva: esta codificación consiste en integrar y refinar la teoría, las categorías se integran y forman un esquema teórico mayor, en este punto es cuando los datos se transforman en teoría. Cuando se habla de construir hace referencia a reducir los datos de muchos casos a conceptos, convirtiéndolos en conjuntos de afirmaciones de relación que se podrán usar para explicar lo que

ocurre. Para integrar la teoría primero se tiene que descubrir la categoría central, que representa el tema principal de la investigación. En este caso la sexualidad de las mujeres en el postparto. Las categorías cuentan parte de la historia, pero no representan el significado completo, por lo tanto, con la categoría central se reúnen conjuntamente para formar un todo explicativo. Una vez integradas las categorías se debe refinar la teoría, consiste en la revisión del esquema para comprobar su consistencia, encontrar brechas y poder completar las categorías que estén poco desarrolladas. A través del esquema teórico se debe poder explicar la mayor parte de los casos. Existirá variabilidad entre las participantes que se encuentran en diferentes puntos de las dimensiones de sus propiedades.

La Teoría Fundamentada busca construir teoría más que comprobarla. Esta construcción no nace de un solo caso, sino del proceso de codificación teórica explicado anteriormente. Mediante la formulación de preguntas sobre un caso y pensando comparativamente, nacen las propiedades y dimensiones de los conceptos (categorías) creando un mundo lleno de posibilidades de relación con otros casos. Los datos pueden presentarse como incidentes, ideas, acontecimientos, actos a los cuales, los/las investigadores/as, les asignarán un nombre representativo, los códigos. (Straus y Corbin, 2002).

### 3.2.3.1. PRIMER CONTACTO CON LOS DATOS: CÓDIGOS Y CATEGORÍAS

Pasando de la teoría a la práctica, los siguientes apartados explicarán el proceso real que se llevó a cabo, siguiendo los pasos descritos anteriormente, para llegar a construir la teoría. El primer contacto con los datos fue mediante la codificación abierta. Cuando se habla del primer análisis que se realizó se habla de un análisis descriptivo donde se

asignaron etiquetas, códigos, en los relatos de las primeras participantes que servían para ordenar las ideas expresadas. Strauss y Corbin (2002) hablan del microanálisis, consiste en un análisis detallado, línea por línea, normalmente utilizado en los inicios para generar categorías iniciales y empezar a relacionarlas entre ellas. A medida que se iba avanzando con las entrevistas se podía observar la frecuencia y contexto de aparición de los códigos y las categorías.

Se confeccionó una tabla para facilitar visualmente, las categorías que se iban creando con sus códigos.

**Figura 3: Primeros esbozos de categorías y códigos**

<b>CATEGORIA</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>ALGUNOS CÓDIGOS</b>
<b>Roles</b>	Compara y explica las relaciones entre las funciones que realiza la madre, el padre y figuras externas (familia, amigas, abuelas)	Rol de madre, cambio, fatiga, perspectiva de género, compartir tareas, antes y ahora, rol padre, rol madre, lo normal, adaptación
<b>Posición Madre</b>	Lugar que ocupa la mujer en la sexualidad y postparto, desde una visión tanto interna como externa. Cómo se ve ella misma y cómo es vista por los otros. Cómo se ve ella tanto en la maternidad, como con el bebé, en el cambio de rol.	Rol de madre, emocional, mujer, dudas, tiempo, espacio, autocuidado, sobrecarga, sola, segundo plano, importante, ideas anteriores, miedos, comparación, recuperación
<b>Bebé</b>	Características relacionadas con el bebé, ya sean cuidados, alimentación, descanso y/o vínculo. Todo lo que	Fatiga, tiempo, dependencia, vínculo, instinto, ideas anteriores, cuidados, carácter,

	influye de alguna manera sobre la mujer y su sexualidad.	natural/biológico, descanso nocturno
<b>Lactancia</b>	Agrupar las experiencias de las mujeres en referencia a la lactancia. Cómo lo ha vivido la mujer.	Lactancia, dolor, dudas, influencia, ideas anteriores, diferente, no esperado, abandono, vergüenza, sacrificado.
<b>Rol profesional</b>	Área que hace referencia al mundo laboral de la mujer, del hombre, y cómo se ven ahora en este rol.	Baja maternal, baja paternal, laboral, aspiraciones, ganas de trabajar, guardería.
<b>Sexualidad</b>	Discursos directos de la sexualidad, relaciones interpersonales, físicas, emocionales, evolución con los meses, interpretación, sexualidad individual y compartida, reproducción, etc.	Sexualidad, dolor, cambio, fatiga, dudas, perspectiva de género, tiempo, influencia, libido, importante, suelo pélvico, embarazo, ideas anteriores, antes y ahora, lo normal, recuperación, diferente, tabú, cumplir/ceder.
<b>Imagen Corporal</b>	Grupo que hace referencia a los cambios corporales de la mujer, cómo los vive, cómo lo expresa, y cómo afecta en la sexualidad.	Imagen corporal, influencia, embarazo, oculto, problema, micromachismo, vergüenza, físicamente, autoestima, ritmo cuerpo.
<b>Impresiones Profesionales</b>	Rasgos que destacan las mujeres sobre el rol de los profesionales de la salud que se han encontrado, ya sean ginecólogos/as, comadronas,	Profesionales, seguimiento, ayuda, soporte, entender, desinformación, ginecólogo/a, limitado, enseñar/informar,



	enfermeras; tanto en el embarazo, como en el parto o postparto.	educación maternal, guía, individualizar
<b>Gestión de la Salud Sexual</b>	Cómo los/las profesionales encaran el seguimiento de la sexualidad en el puerperio	Seguimiento, tipo de parto, comadrona, entender cuarentena, puntos sutura, salud sexual, anticoncepción, alta hospitalaria
<b>Sociedad</b>	La influencia de la sociedad en la mujer, hombre, sexualidad, etc. Aparece en diferentes grados, desde el grupo social cercano, al grupo social maternal (grupos lactancia, mamis), a una sociedad general.	Sociedad, mujer, perspectiva género, embarazo, comparación, soporte, maternidad, lo normal, hombres, familia, grupo social, juzgar, oculto, tabú, cultural, no esperado/realidad, consejos, igualdad
<b>Calificativos Post Parto</b>	Características descritas por las mujeres de cómo viven el postparto, pueden ser adjetivos negativos o positivos.	Postparto, duro, difícil, cuarentena, sobrepasada, oculto, sola, horrible, genial, prioridades, llorar, sobrecarga, intenso, esfuerzo, bien
<b>Pareja</b>	Categoría que engloba la relación con la pareja de la participante, los hombres. El rol que desarrollan, cómo son vistos por ellas. También se añade algún código que hace referencia a la pareja como las dos partes.	Pareja, ayuda, expresar, soporte, rol padre, entender, comunicación, otras actividades, cultivar, paternidad, abandono, compenetración, implicación

### 3.2.3.2. PREGUNTAS, MEMOS Y DIAGRAMAS

El microanálisis exige examinar e interpretar los datos, en este caso los datos eran las entrevistas y los memos que se iban registrando. Para realizarlo es fundamental ir cuestionándolo y comparándolo todo (Strauss y Corbin, 2002). Durante todo el proceso de recolección de datos y análisis se iban anotando los memos, que ayudaban a reflejar pensamientos, cuestiones, reflexiones, diagramas, que en cualquier momento podían sentirse importantes de dejar escritos. Estas preguntas y memos, del mismo modo, ayudaban a guiar el muestreo teórico. En esta fase se empezó a utilizar Atlas.ti como programa informático para ayudar en todo el proceso analítico. Sirvió para codificar, crear categorías, anotar memorándums, relacionar conceptos y crear diagramas (San Martín, 2014).

Las categorías iban emergiendo y relacionándose, creando la base de la teoría. Estos mecanismos de abstracción, reducción y relación forman las bases de la codificación teórica (Strauss y Corbin, 2002). Cuando se realizaron las primeras conexiones entre códigos y categorías a fin de visualizar cómo se relacionaban entre sí, surgió un primer diagrama que permitía observar qué lazos se establecían entre las distintas categorías. Este diagrama adquirió una forma circular donde el centro es la sexualidad y el postparto. A su alrededor aparecen las diferentes categorías que se pueden relacionar de arriba abajo, de izquierda a derecha, y viceversa. El diagrama se presenta en la siguiente página.

Cuando se habla de preguntas se diferencian distintos tipos: las que ayudan a identificar lo que pueden estar diciendo los datos (preguntas sensibilizadoras), las que ayudan al proceso de conectar conceptos (preguntas teóricas), las que dirigen el muestro (preguntas estructurales) o las que guían las entrevistas (preguntas guía) (Strauss y Corbin, 2002). Las preguntas llevan a leer y releer las entrevistas que se iban realizando;

Charmaz (2006) especifica que la primera lectura de la entrevista nunca debería ser la última, en ellas están los datos, y muchos no saldrían del primer análisis. Las comparaciones ayudan a observar un suceso profundamente para encontrar sus propiedades y dimensiones, estas no serán fáciles de encontrar y ver si no se usan las preguntas y comparaciones, ya que muchas veces las personas caen en las propias interpretaciones y pensamientos anteriores, que impiden la deconstrucción (Strauss y Corbin, 2002). Lamont, citado en Strauss y Corbin (2002) recomendaba el uso de estas preguntas para despertar la escritura, ya que ayudan a desbloquear a los/las investigadores/as.



El diagrama que se acaba de mostrar surgió a modo de reflexión del proceso de construcción, donde 12 categorías están resaltadas con un tamaño más grande. En el centro del mapa se encuentra intencionadamente la **sexualidad**, interrogante principal del estudio, para clarificar las relaciones que establece con el resto de las categorías. A su lado le acompaña el postparto, que, aunque no era una categoría en sí es el período en concreto que se analiza, aparece como código. Desde sexualidad y postparto se van abriendo diferentes códigos que iniciarán la interpretación de dicha sexualidad. Hacia abajo se desenlaza el/la **bebé**, figura coprotagonista en este proceso; de su mano le acompaña la **lactancia**, una de las preocupaciones más importantes entre las madres. El bebé presenta los códigos: pendiente y tiempos, directos con la sexualidad, entreviendo la manera en cómo este afecta en la sexualidad de la madre, siendo también la fatiga, o el colecho, importantes para la lactancia. Entre el bebé y la lactancia se encuentran diferentes **emociones y descripciones** utilizadas por las participantes; estas se unen a la vez con el postparto. En el lado derecho del postparto y sexualidad aparecen los **profesionales de la salud y salud sexual**, de estas categorías se han remarcado los códigos principales: el seguimiento con una llamada a la individualización, las dudas y emociones vividas llevando a las experiencias inesperadas, y la desinformación que da paso a la necesidad de grupos de ayuda para tratar la parte emocional muchas veces invisible en el abordaje de la sexualidad donde solo se enfoca en la parte física, y en los anticonceptivos, dando de alta cuando esta parte física está correcta, y llevando a cuestionarse si realmente están preparadas. De los profesionales se destaca el soporte recibido de los grupos de lactancia.

Volviendo al centro del diagrama, hacia el otro lado de la sexualidad, a la izquierda, se separan los **roles**, el rol de mujer y el rol de madre, juntándose en el equilibrio, y guiándolas al espacio demandado por ellas para reencontrarse como persona

independiente. En el rol de madre se despliegan diferentes códigos que explican la **posición de la madre** en la sexualidad, en la **sociedad**, en el vínculo con el recién nacido o hacia la **pareja**, colocada en la parte superior del diagrama. La sociedad se ubica en la parte izquierda, y se relaciona directamente con la lactancia mediante las bajas maternales, poco justas según las participantes. Indirectamente, la sociedad, también va unida al poco reconocimiento que presenta la maternidad. El código tabú también aparece de la sociedad uniéndose con la sexualidad, igual que lo hace el juzgar, buscando siempre una normalidad en las prácticas sexuales, en la interpretación de la sexualidad, en lo correcto o incorrecto del sexo, aceptado por la sociedad. Este código también se une con el sentimiento de mala madre, provocado por la sociedad, o por la sobrecarga que recibe la madre por coger más responsabilidades de las que le tocaría. Por último, la sociedad establece la parte cultural del que es ser madre y de las tareas tradicionalmente asignadas al género femenino. La cultura está en interacción con el instinto que mueve la parte biológica, y con el vínculo establecido con el hijo. Observando el rol de la mujer, dejando de lado la parte maternal, se ha destacado el segundo plano debido a que las participantes remarcaban este abandono de ellas mismas, del autocuidado, relacionado con el **rol profesional** y la **imagen corporal**. De la imagen corporal es importante destacar la autoestima, con una fuerte influencia de las redes sociales, hoy en día tan presentes. Esta autoestima es clave para el sentimiento de sentirse deseada y aumentar la libido. Aquí aparece la categoría de la pareja, fundamental en cómo la mujer acostumbra a vivir la sexualidad, pasivamente y enfocada al hombre, en cómo la pareja ocupará a partir de ahora la vida de la participante, y en cómo este adoptará el rol de padre guiado por la madre. La pareja es reconocida por la ayuda que supone en el postparto, en la crianza, y dependerá de su grado de implicación. Las mujeres resaltan la importancia de la comunicación y expresión de sentimientos para disminuir las discusiones y cultivar la relación, además de mejorar la sexualidad compartida. La pareja

y la sexualidad se unen en el código de cumplir/ceder que, al mismo tiempo, este es causa de la primera sexualidad; la mayoría de las mujeres confiesan plantearse tener una primera experiencia sexual para satisfacer a la pareja, ya que se sienten culpables; esta acostumbra a realizarse con penetración y suele resultar dolorosa; estos dolores mejoran con el paso de los meses y respetando el ritmo del cuerpo, influyendo de nuevo en el deseo sexual. Las participantes destacan la importancia de ser ellas el centro durante las primeras relaciones sexuales postparto a fin de ser respetadas y seguir sus ritmos. Estas primeras experiencias están asociadas a las dudas y desinformación en referencia a los profesionales de la salud, cerrando, de esta manera, el diagrama.

### 3.2.3.3. CODIFICACIÓN AXIAL: DESGLOSE DE CATEGORÍAS

Strauss y Corbin (2002) plantearon la importancia de la matriz, necesaria para ubicar el fenómeno en un contexto. Durante la codificación axial se pretende profundizar en las categorías y darles más significado, llegando al punto de crear subcategorías. En este estudio, más que subcategorías se redefinieron las primeras para reorganizarlas, algunas diseminándose para crear nuevas. Este proceso de reconstrucción se llevó a cabo mediante las preguntas: cuándo, dónde, por qué, cómo y con qué consecuencias sucede dicho fenómeno. De este modo se consiguió contextualizar los fenómenos en una estructura condicional y analizar en qué circunstancias surgen tales problemas. Por ejemplo, una mujer expresa que la lactancia materna influye en su sexualidad. ¿Cómo influye? ¿Por qué? ¿Pasará lo mismo con la lactancia artificial? ¿Este mismo fenómeno se puede relacionar con otras mujeres? Los propios datos que se iban obteniendo junto a los memos y preguntas que los/las investigadores/as se iban planteando llevaron a buscar más respuestas en distintas participantes. Mujeres con parto natural, mujeres con parto por cesárea; mujeres con lactancia materna, mujeres con lactancia mixta y mujeres

con lactancia artificial; mujeres en distintos periodos desde el parto. Anteriormente se ha comentado que la muestra final estuvo formada por mujeres, parejas y profesionales. Las necesidades del estudio llevaron a buscar en otras personas lo que estaba ocurriendo en estas mujeres, siempre enfocando las entrevistas desde la pregunta de investigación, la sexualidad de las mujeres puerperales. Aunque la experiencia vivida es personal de cada mujer, se ha mencionado anteriormente la importancia de las interacciones y relaciones con el mundo que las rodea, influenciando en cómo se actúa, se piensa y se vive. Por lo tanto, se consideró importante buscar más allá de los discursos propios de las mujeres para construir la teoría. Algunos ejemplos de preguntas que hicieron incrementar la muestra fueron:

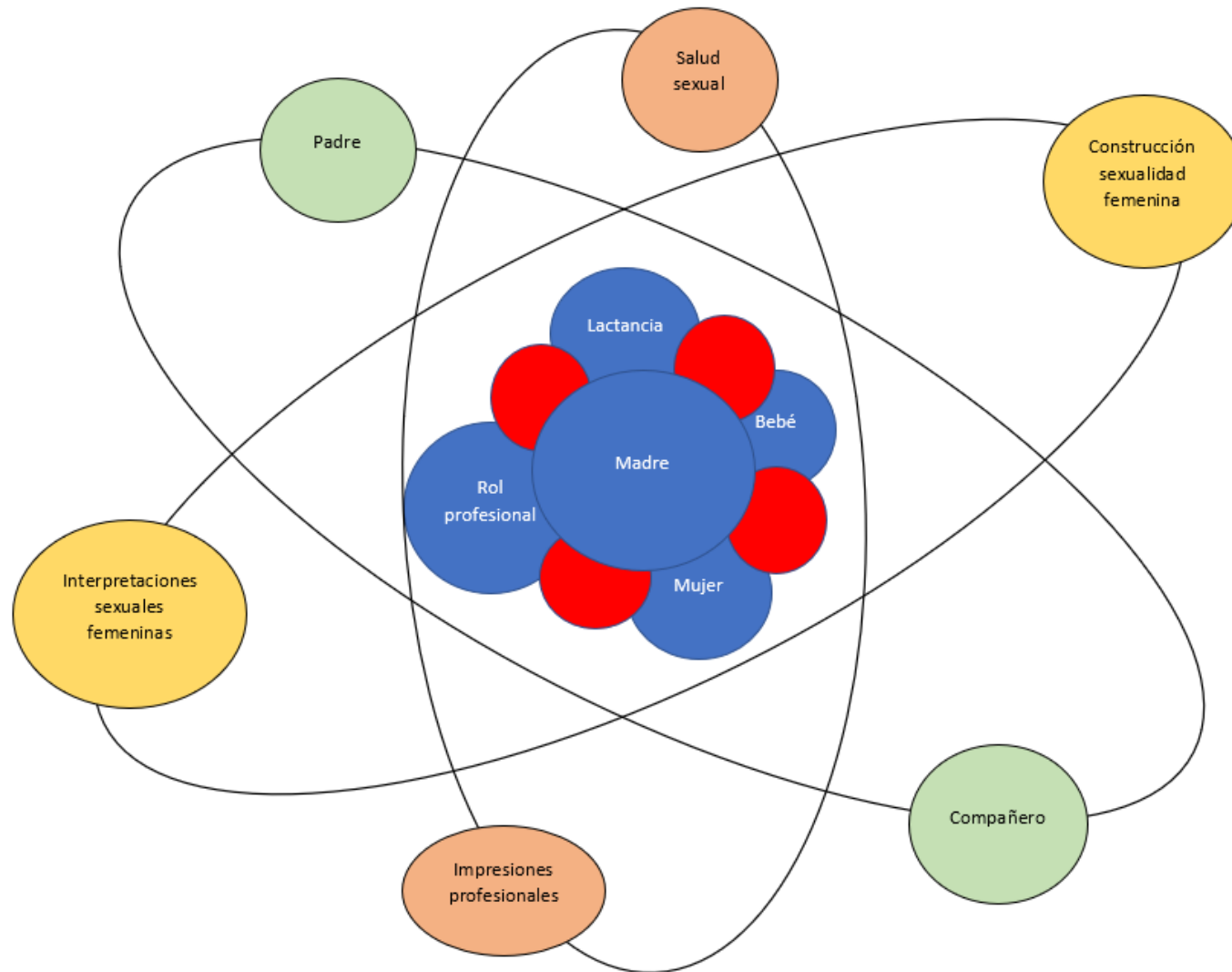
- ¿Por qué la mujer se siente presionada por la pareja para tener relaciones, aunque diga que no le insiste?
- ¿Por qué la mujer está diciendo que el seguimiento postparto fue limitado?
- ¿Qué hace que la mujer viva con más presión el postparto respecto a su pareja, lo vivirá la pareja con la misma presión?
- ¿Qué seguimiento están recibiendo estas mujeres? ¿Cuál es el protocolo profesional que se tiene que seguir respecto a la salud sexual?
- ¿Cómo se complementan ginecología y matrona para el abordaje de las mujeres?
- ¿Cambia de alguna manera la vivencia sexual de la mujer con una pareja homosexual?
- ¿Cuándo nace el miedo a que la pareja sea infiel?

Con la ayuda de estas preguntas se fue formando el muestreo teórico y, a su vez, llevaba a replantear la situación. Una vez realizado el primer diagrama de códigos y categorías e identificar las relaciones que se establecían entre cada categoría que se había utilizado en el primer análisis, donde se había situado la sexualidad en el centro, se empezó a



reestructurar el mapa analítico inicial. Los marcos conceptuales nacen de hacer una codificación alrededor de un concepto, son mecanismos fundamentales que ayudan a encontrar relaciones (Strauss y Corbin, 2002). En el siguiente apartado se muestra un mapa conceptual con el desglose de categorías:

**Figura 5: Mapa conceptual, Desglosando categorías**



De entrada, la sexualidad que se había posicionado en el centro del mapa debía modificarse; en un principio ayudó para ver la conexión con el día a día de las mujeres, y con los diferentes ámbitos de sus vidas, pero para entender y dar sentido al fenómeno, se debía enfocar desde otra perspectiva. Para lograrlo el análisis tenía que pasar de la sexualidad a la mujer, concretamente hacia el cambio de mujer a madre. La diferencia principal es que en el postparto nace un/a bebé, pero también una madre. Se diferenció la mujer de la madre; situando a esta nueva madre en el centro del mapa. Este mapa adquiere la forma de un átomo; con su núcleo compuesto de protones y neutrones, que en este caso se extrapola a la figura de la madre. Aparece una categoría de madre formada de las palabras principales que utilizaron las participantes, de lo que ellas explican que conlleva ser madre, sobre todo enfocado desde la diferencia de la categoría de ser mujer; hasta ahora este papel era el que las identificaba. Al lado de "Madre" está el/la niño/a, la lactancia y el rol profesional, tres aspectos fundamentales descritos por la mujer, pertinentes a su rol, al núcleo, pero clasificados independientemente.

Con los conceptos de mujer y madre desligados, se planteó la dinámica de los factores externos a ella, naciendo la nube de electrones atraídos por el núcleo. Se cuestionó cuál es la visión que tienen las participantes de sus parejas. Por un lado, se encuentra el hombre como pareja, una pareja anterior al/la bebé, a todo el proceso, un compañero en todo el gran cambio, un soporte, descrito por la mayoría. Por lo tanto, se creyó conveniente diferenciar la pareja emocional, la ayuda más cercana expresada y como ellas los describen; de la pareja como padre del hijo/a, como responsable de los cuidados y paternidad, una parte más distanciada de ella, en cierta manera, con un papel propio en todo el proceso. Conceptos diferentes pero similares al mismo tiempo, por esto siguen la misma órbita. Con los profesionales, nace otra trayectoria de electrones, por una parte, las opiniones de las mujeres, y el abordaje que realzan de la salud sexual por otra, estas

dos categorías se unirán más tarde en una misma categoría. Las actuaciones de estos profesionales son la base para generar opiniones en las mujeres, por consiguiente, esta relación debería formar una única categoría. Finalmente, una vez analizadas las categorías y con el mapa adquiriendo una forma preliminar, se reflexionó sobre lo siguiente: si tal como se expone en el inicio, la sexualidad está presente en todas las categorías y se relaciona directamente con los roles que se desarrollan y con la transición de mujer a madre, y siguiendo con la necesidad de descifrar por qué la sexualidad se desenvuelve de una manera o de otra, o por qué en un momento o en otro, y por qué lo viven como lo viven, ¿por qué se agrupa la sexualidad en una única categoría? ¿Por qué se está interpretando como un aspecto cerrado e inmutable?

A raíz de estas preguntas se establecieron dos diferencias: por una parte, se hallaban los discursos que las mujeres verbalizaban, lo que ellas describen como sexualidad, lo que ellas viven como relaciones sexuales, lo que ellas quieren; y por otra parte estaba la interpretación que se extrae con el resto de categorías, cómo se construyen sus pensamientos, cómo llegan a tener esta idea de la sexualidad.

Llegados a este punto se vio conveniente lanzar una mirada atrás; la gran cantidad de datos, códigos y conceptos hacían más problemático su manejo, así que era necesario reducir los datos. Se realizó un desglose de categorías, reformulándolas, describiendo fenómenos más concretos en sus propiedades y dimensiones. Dicho fraccionamiento fue de utilidad para entender la situación global y poder visualizar sus relaciones en conjunto. El siguiente paso era poner orden. Como explican Carrillo, Leyva-Moral y Medina (2010) hay un momento en la codificación axial que pasas de lo particular a lo general. Las categorías se reagrupan en campos para identificar similitudes, aparecen las metacategorías. Este proceso surge de la necesidad de entender que algunos conceptos no pertenecen a una misma categoría, pero tienen relación, esta codificación es posible

cuando las categorías ya están bien formadas y se quiere establecer una relación de significado entre ellas. A continuación, se presentan las metacategorías que surgieron:

**Figura 6: Categorías y Metacategorías Finales**

METACATEGORÍA	DESCRIPCIÓN	CATEGORÍAS
<b>Asumiendo los roles de género</b>	Explica qué implica socialmente el rol de mujer/madre en la maternidad, y el rol de padre/hombre en la paternidad. Cómo el género influye en la sexualidad de las mujeres	Roles Él me ayuda
<b>Expectativas internas y externas como madre</b>	Se centra en cómo influye la transición de ser madre en la sexualidad. Como difiere la mujer de la madre, y cómo esta piensa que tiene que comportarse para ser buena madre.	Posición (madre y mujer) Lactancia Bebé Rol profesional
<b>Reconstruyendo la realidad de un postparto idealizado</b>	Expone emociones reales descritas por las madres huyendo de la idealización de la maternidad y el postparto, en relación a su sexualidad.	Adjetivos postparto Interpretaciones sexuales femeninas Yo sola no podría con todo esto
<b>Ayuda profesional desincronizada</b>	Muestra como las mujeres perciben el acompañamiento de los/las profesionales sanitarios/as	Impresiones de los profesionales Atendiendo a la Salud Sexual
<b>Sexualidad y maternidad: Instinto versus cultura</b>	Describe la dualidad en los discursos sobre	Influencias socioculturales El cuerpo de la mujer

	naturaleza/instinto y cultura/aprendizaje.	Construyendo la sexualidad femenina
--	---	--

#### 3.2.3.4. CODIFICACIÓN SELECTIVA: EMERGENCIA DE LA CATEGORÍA CENTRAL

En este momento la meta final era conseguir crear una categoría central con el objetivo de poder explicar el fenómeno que se estaba investigando de manera que en ella se integraran todas las categorías y metacategorías establecidas hasta el momento. El propósito de tener una categoría central consiste en narrar con pocas palabras la realidad de las participantes (San Martín, 2014). Como bien se ha explicado, la codificación selectiva trata de integrar y refinar las categorías para llegar a construir la teoría. Esta teoría deberá ser correspondida con las participantes, no en la totalidad, pero sí en los conceptos generales. Los diagramas en esta fase son más importantes que nunca, ya que son capaces de mostrar visualmente lo que con palabras resultaría más complejo. Ayudarán a plasmar claramente la teoría. La categoría central presenta un poder conceptual mayor y, en ella, se encuentran las características de las categorías, mediante esta categoría la investigadora forma un todo explicativo (Strauss y Corbin, 2002).

El proceso analítico para llegar a obtener la teoría que explique el fenómeno a estudio está en constante movimiento, requiere de revaloraciones, enfoques desde distintas perspectivas, precisa alejarse y acercarse al mismo tiempo (Strauss y Corbin, 2002). A raíz de reformular y mediante el método de comparaciones constantes surgió la categoría central: "Mi sexualidad manipulada". Dicha categoría es el nexo de unión de las categorías y mediante la cual profundizará para dar paso a las categorías finales, a través de ella se unirán y cobrarán sentido completo.

A continuación, se desarrollarán las metacategorías individualmente para entender cómo repercute en la sexualidad de las participantes; se dará sentido a cómo puede

influir la maternidad, la pareja, el recién nacido, el autoconcepto, la sociedad, para llegar al punto clave, a esta sexualidad manipulada. La mujer tiene su propia idea formada de qué es la sexualidad, qué lugar ocupa en su pirámide de las necesidades, cómo la utiliza y se presenta en su día a día. En el postparto también, en mayor o menor medida tiene una teoría de cómo se desarrolla esta sexualidad en este momento que nunca antes ha vivido. No obstante, estas ideas sólo son hipótesis que cuando dan paso a una realidad o se profundiza en dar forma y encontrar el origen de estas, aparecen raíces y núcleos que explican cómo chocan con los verdaderos sentimientos y deseos de las mujeres. Es decir, las mujeres se encuentran viviendo una sexualidad que debería ser unipersonal pero realmente ni está confeccionada por lo que ellas de verdad sienten ni son conscientemente dueñas de esta, sino que está manipulada a distintos niveles, tanto por ellas mismas, por los antecedentes, por sus raíces culturales, vividas como una imposición que pasa desapercibida; como por factores externos directos y procesos de cambio.

La mujer vive una transición de rol, de concepto. Cuando pasa a ser madre sus prioridades, tareas y metas se reformulan, su sexualidad vive una reconstrucción. Busca donde encajarla según los estímulos que recibe, tanto internos como de su alrededor. El postparto se le aparece como un viejo conocido del que ha ido escuchando hablar superficialmente pero cuando se encuentra cara a cara con él la realidad se le presenta inesperada. Este camino no lo realizan solas, aunque, en ocasiones, la ayuda profesional recibida no es la más oportuna.

Las 5 metacategorías finales son las siguientes:

**Asumiendo los roles de género:** Esta metacategoría explica las funciones que corresponden a cada rol según su género, es decir, según la sociedad ha dictado que sean. El género influye en cómo deben vivir la mujer y el hombre la sexualidad o cómo



deben repartirse las tareas del/a recién nacido/a y del hogar. Como se mostró en el segundo mapa conceptual se divide la categoría de pareja en “compañero” y “él me ayuda”, esta última hace referencia al papel de padre, al rol paternal, un rol que independientemente de la madre se tendría que construir y actuar por sí mismo, por tanto, no necesitaría la madre para desarrollarse. “Asumiendo roles de género” quiere enseñar qué papeles aparecen en los discursos de las mujeres y cómo interactúan entre sí, como se interrelacionan. Busca encontrar las similitudes en los diferentes discursos e identificar cómo influye el género en estos roles, y directamente, en su sexualidad.

**Expectativas internas y externas como madre:** explica los discursos del que es ser mujer y ser madre, el equilibrio entre estos dos roles y la compatibilidad e incompatibilidad entre ellos, y con la sexualidad. Se unieron las categorías de “posición de la madre”, que hacía referencia a la visión de la sociedad sobre la maternidad y sexualidad, “la lactancia”, “el bebé” y “el rol profesional”. Este último se introdujo en esta metacategoría ya que es una parte de la vida de las participantes que se ve condicionado o incluso, perjudicado, por estas mismas expectativas de la sociedad en el rol de la madre.

**Reconstruyendo la realidad de un postparto idealizado:** a lo largo de las experiencias explicadas, las mujeres coinciden en afirmar que hay mucha parte idealizada y/o escondida de la sexualidad, maternidad, postparto o del bebé. Esta metacategoría visibiliza las emociones reales expresadas sobre cómo las mujeres viven el postparto, de todo lo que comporta esta etapa. Está formada por la diversidad de adjetivos utilizados para describir el postparto, “las interpretaciones sexuales” que hacen las mujeres (subgrupo que apareció de dividir la sexualidad en: la realidad de las mujeres y base de la sexualidad femenina), y “yo sola no podría con todo esto” (persona con quien comparte y ha decidido vivir el proceso). Esta última categoría pretende comentar las necesidades reales de las mujeres de tener su pareja al lado y a la vez reclamar esta

sobrecarga autoimpuesta por ellas misma que acaba haciendo su postparto objeto de otros.

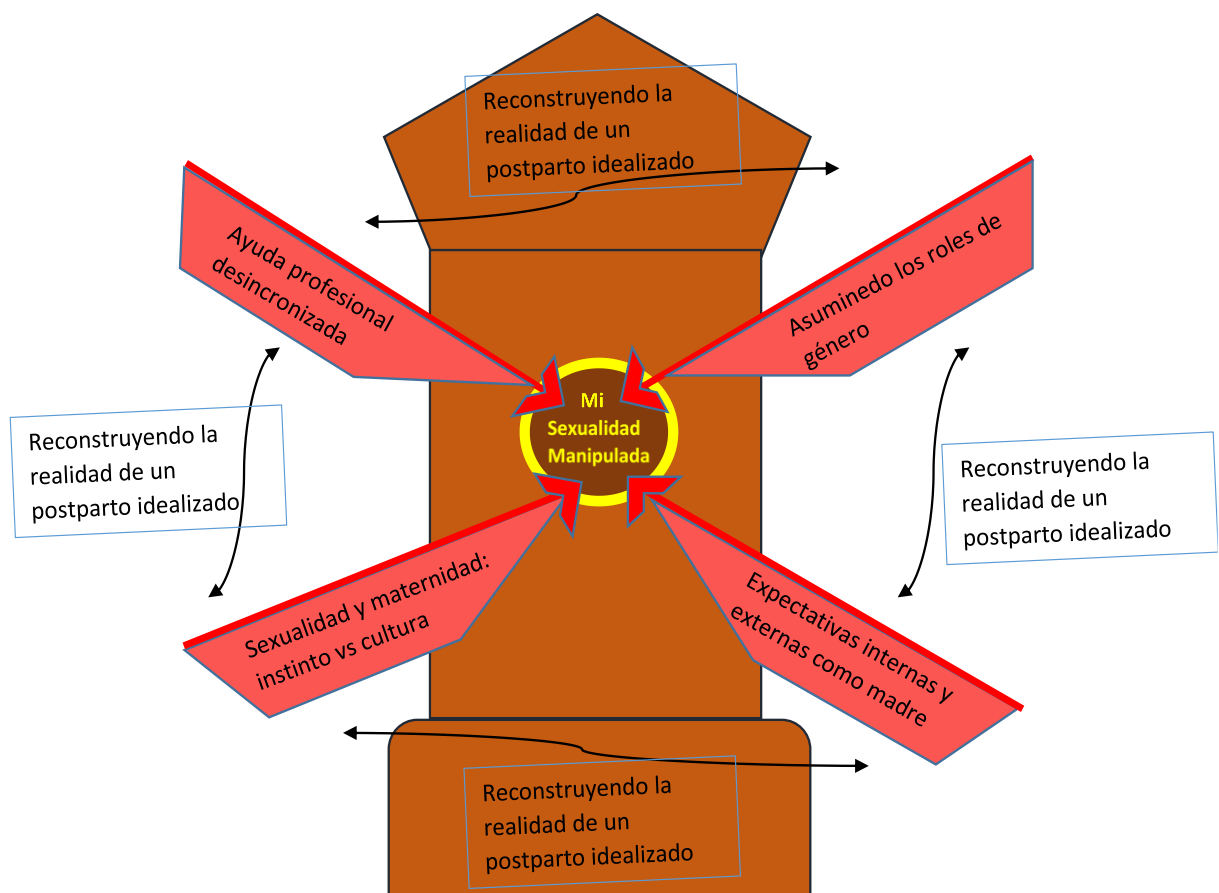
**Ayuda profesional desincronizada:** se unieron las categorías de “impresiones de los profesionales” y “atendiendo a la salud sexual”. Las mujeres no niegan tener ayuda y soporte de los/las profesionales, pero no de la manera que necesitarían, es decir, los tratos y cuidados que reciben los agradecen, pero no son los más indicados, expresan necesidades que quedan sin resolver, dudas, por lo tanto, demandan nuevas intervenciones, sobre todo una vez dan a luz y la madre queda en un rincón y a veces, con sensación de estar perdida. El sistema sanitario tiene establecidos unos protocolos de actuación que no se acaban de adecuar a la realidad sexual de las mujeres.

**Sexualidad y maternidad: instinto vs cultura:** esta metacategoría explica el debate existente entre lo espontáneo y lo aprendido. En las otras categorías aparece el factor social que influye de una manera u otra en las mujeres, en los roles, en el día a día, por qué las madres actúan de una manera o de otra, por qué los padres no se les reconoce con tanta importancia, por qué no piensan en sexualidad si hablan de preliminares. Este factor social muchas veces es cuestionado o interferido por lo que muchas han descrito como instinto o naturaleza, maneras innatas y naturales de actuar, atributos de cuidadoras en las mujeres, despistados en los hombres o con más deseo sexual, importancia de la imagen corporal presente en las mujeres más que en las madres o en los hombres. Por tanto, este grupo recoge todas estas cuestiones.

A continuación, se presenta un diagrama donde se ven estas relaciones de una manera más visual. Un molino de viento. El molino representaría a la mujer, una estructura que ya está formada, construida con las instrucciones e interacciones con otros/as; el punto central, el eje del movimiento hace referencia a la categoría principal, “Mi Sexualidad Manipulada”, de ella surgen y encajan las meta categorías, todas de la misma medida,

con la misma fuerza y relacionadas entre sí. Cuando llega una nueva ráfaga de viento las hace mover, hacia un lado o hacia el otro, más rápido o más lento, en este caso, la realidad del postparto, una meta categoría ni más ni menos importante que las otras, pero con cierto aire propulsor. Se podría pensar que el molino solo girará hacia un mismo lado ya que está diseñado para que así sea, no obstante, cada molino, cada mujer tiene su propia esencia. Es decir, por mucho que las mujeres tengan unos rasgos comunes o parecidos, unas características que vienen impuestos con el género, una misma estructura, cada una es diferente y necesitarán vivir su sexualidad a su manera.

**Figura 7: Diagrama final-La Categoría central en movimiento**



En todo el proceso de refinar e integrar se fueron revalorando los códigos creados hasta ahora, muchos podían fusionarse en uno solo ya que el significado era el mismo. Finalmente, se obtuvieron un total de 395 códigos explicativos. La sensibilidad teórica, que hace referencia al insight, es decir, a la capacidad de discernir entre lo importante y lo superficial (García Vivar et al., 2010), se encontró presente en todo el desarrollo del análisis y recogida de datos, fue fundamental para poder comprender lo que se estaba analizando y ser capaces de evitar juicios preconcebidos mientras se construía la teoría. En el siguiente apartado se expondrán los criterios de rigor para asegurar la calidad de los datos y el rigor científico, de manera que se consiguiera validar la teoría construida.

#### *3.2.4. Criterios de Rigor*

Antes de dar paso a explicar los criterios de rigor siguiendo la teoría de Lincoln y Guba (1987), se expondrá la posición la investigadora en todo el proceso de análisis y recolección de datos. En investigación cualitativa el instrumento de recolección y análisis de datos es la propia investigadora (Rager, 2005). De este modo, la interacción entre la investigadora e investigación es inevitable, repercutiendo directamente tanto en una como en la otra. Los datos y la investigadora estarán moldeados respectivamente. La investigadora se verá sensibilizada por los fenómenos investigados, la clave recaerá en saber mantener el equilibrio entre objetividad y sensibilidad. La primera es necesaria para ser imparcial a la hora de interpretar, y la segunda es fundamental para captar las sutilezas de significado y poder relacionar conceptos. Un cierto grado de subjetividad es innegociable, por este motivo la investigadora deberá adoptar las medidas necesarias para minimizarla. La objetividad permitirá mostrarse abierta y escuchar lo que las participantes tienen que decir, y la sensibilidad observar más allá de lo conocido. La sensibilidad se cultiva trabajando con los datos, cuestionándolos y comparándolos; la

objetividad se logra utilizando distintos puntos de vista, literatura anterior, aplicando distintas formas de recolección de datos (Strauss y Corbin, 2002).

Rew, Bechtel y Sapp (1993) citado en Strauss y Corbin (2002) utilizan el yo (self) para todo el proceso de recolección y análisis, destacando unas características que todo/a investigador/a debería presentar: idoneidad, autenticidad, credibilidad, intuición, receptividad, reciprocidad y sensibilidad. En toda investigación cualitativa es preciso que el/la investigador/a haga una descripción reflexiva de su biografía personal, de este modo consigue aproximarse al mundo a través de un conjunto de ideas, una estructura, para ver cómo entiende la realidad, desde qué punto parte, y de qué modo plantea las preguntas. Entender su punto de partida ayuda a conocer su acto investigativo (Denzin y Lincoln, 2011). En el **anexo (6)** se presenta a la investigadora.

Asegurar la credibilidad y calidad de los estudios cualitativos siempre ha sido tema de debate, donde muchos/as investigadores/as cuantitativos/as han puesto en cuestión la validez de los criterios cualitativos; Lincoln y Guba (1987) presentaron unos estándares para asegurar la confianza (*trustworthiness*) cualitativa coincidiendo con los estándares del rigor en investigación cuantitativa. Adoptaron una perspectiva paralela, presentaron cuatro criterios para asegurar la fiabilidad cualitativa: credibilidad, consistencia, conformabilidad y transferibilidad. Estos criterios correspondían a la validez interna, fiabilidad, objetividad y validez externa de los criterios cuantitativos (Polit y Beck, 2010; Lincoln y Guba, 1986). En el **anexo (7)** se encuentra el checklist de COREQ, utilizado para asegurar los criterios de rigor en investigación cualitativa (Tong, Sainsbury y Craig, 2007). A continuación, se exponen los cuatro criterios según Lincoln y Guba (1987):

#### 3.2.4.1. CREDIBILIDAD

La credibilidad es el factor que se centra en demostrar la veracidad del estudio, la confianza de poder relacionar los datos extraídos con el fenómeno que se quería estudiar.

Para trabajar desde la credibilidad proponen unas técnicas que guiarán el proceso:

- Compromiso prolongado: estar en un contacto intenso y largo con el fenómeno para procurar encontrar fuentes de distorsión.
- Observación persistente: es un complemento del compromiso prolongado donde se focaliza la búsqueda en esos elementos que puedan alterar la recolección y análisis de los datos.
- Triangulación: consiste en utilizar distintas técnicas de recolección de datos y enfoques para obtener una comprensión profunda del fenómeno. En esta tesis se partía de un primer estudio fenomenológico en el cual se entrevistaron 10 mujeres y, de una revisión sistemática donde se analizaron, a través de 8 investigadores/as, 67 artículos sobre la sexualidad femenina en el postparto que crearon el marco de antecedentes. Estas dos fuentes sirvieron para asegurar una continuidad y veracidad del fenómeno que se estaba investigando mediante las entrevistas en profundidad. La combinación de múltiples métodos, materiales, perspectivas e investigadores/as es una estrategia que aporta rigor, amplitud y profundidad.
- Interrogatorio entre pares: el “feedback” con el director de la tesis mantuvo a la investigadora principal en la línea de búsqueda, ayudando a plantear cuestionamientos, desarrollar ideas y presentar distintas visiones del fenómeno.
- Contrastación con las participantes: las transcripciones y los resultados fueron revisados por las participantes para que dieran su aprobación de lo que se estaba y se había construido; ver si encajaban sus vivencias con la teoría construida. No

se recibieron peticiones de modificaciones, pero durante el proceso de recolección hubo 3 casos que enviaron mensajes de audio vía WhatsApp para añadir información que se les había olvidado comentar durante la entrevista.

#### 3.2.4.2. TRANSFERIBILIDAD

Hace referencia a la capacidad de poder replicar los resultados en otros contextos. Se basa en explicar en profundidad el contexto del estudio y de las participantes para que si se deseara utilizar los resultados obtenidos o parte de ellos en otro momento o lugar se pueda valorar su adecuación. Para conseguir la transferibilidad fue preciso hacer una descripción sociodemográfica del grupo de las participantes, y la descripción del contexto donde se realizó el estudio. Anteriormente se ha explicado en profundidad el muestreo que se realizó, las participantes que participaron, donde se llevó a cabo el estudio e incluso la contextualización de los/las investigadores/as. Se ha remarcado la construcción de la teoría como un proceso único que trata de dar nuevos significados a conocimientos previos, es decir, de reconstruir conceptos y dar distintos puntos de vista. Por lo tanto, es fundamental tener presente que la transferibilidad de una misma teoría o un mismo estudio nunca será del todo posible, ya que cada participante es única y tiene su forma de vivir y ver el fenómeno, no obstante, podría dar entrada o base científica a posteriores investigaciones.

#### 3.2.4.3. CONSISTENCIA

Este criterio se centra en la estabilidad de los datos, es decir, si se podrían replicar los resultados si se volviera a realizar la misma investigación, con las mismas participantes en el mismo contexto. Para conseguir dicha replicabilidad se ha detallado anteriormente,

en el trabajo de campo, todos los pasos, meditaciones, cuestiones, y pensamientos que se llevaron a cabo hasta llegar a construir la teoría, por lo tanto, siguiendo estos pasos la investigadora podría guiarse de ellos y llegar a reproducir el estudio en otro momento.

#### 3.2.4.4. CONFIRMABILIDAD

La confirmabilidad se centra en la objetividad, anteriormente comentada. Este criterio busca que los datos sean representativos de los discursos de las participantes y que, la investigadora, a través de las interpretaciones no se deje llevar por sus prejuicios, pensamientos o intereses propios. Se ha presentado anteriormente la postura de la investigadora, y así conseguir superar las limitaciones y establecer una neutralidad; con el objetivo del estudio constantemente presente se consiguió no desviar la visión hacia aspectos irrelevantes. Como decía Charmaz (2006): “No somos observadores científicos que podamos descartar el escrutinio de nuestros valores alegando neutralidad y autoridad científicas” (p. 15). Siempre habrá cierta subjetividad en la manera en que cada persona analiza y redacta los datos, encontrar el equilibrio entre objetividad y sensibilidad ya se ha explicado en el rol de la investigadora, es importante recordar todas las estrategias que se pueden adoptar para no salir del camino de la objetividad, ya sea mediante la triangulación, la descripción detallada del estudio, los guiones de las entrevistas, los verbatim de las participantes, la contextualización y la retroalimentación con los/las otros/as investigadores/as. Strauss y Corbin (2002) proponen el término alerta roja, como herramienta para descubrir cuándo se están introduciendo sesgos, creencias o suposiciones personales. Expresan que es inevitable ya que todos somos el resultado de la cultura, experiencia y educación, lo necesario es saber reconocer cuando hay una alerta roja, cuando se está analizando a las participantes



y cuando a uno/a mismo/a, para ser capaces de retirarnos y examinar la voz propia de estas mujeres.

### 3.2.5. *Ética del estudio*

En cuanto a los aspectos éticos del estudio hay varios puntos a tener en cuenta. El primer paso fue conseguir la aprobación del Comité Ético de Experimentación Animal y Humana (CEEAH) de la UAB (#3647) En el **anexo (8)** puede verse la documentación reglamentaria que muestra la aprobación del CEEAH.

Una vez asegurada la ética del estudio el siguiente paso recaía en la conformación de la muestra, al tratar con situaciones íntimas y personales de las mujeres era fundamental que las que libremente quisieran participar se sintieran seguras y a gusto en el momento de contar sus vivencias. No obtuvieron ninguna remuneración o recompensa por su participación, ya que el objetivo era que su participación y relatos fueran auténticos y sin coacción ninguna.

Antes de participar se les presentaba una hoja informativa, anteriormente citada y anexada, donde podían encontrar toda la información pertinente del estudio: temática, objetivos, metodología, entrevistas, información de contacto, confidencialidad de los datos y participación libre y voluntaria. Una vez accedían a participar se les hacía rellenar y signar un consentimiento informado para dejar constancia de que habían sido informadas del estudio, de la voluntariedad de su participación, de la confidencialidad de los datos y de su capacidad de poder abandonar el estudio en cualquier momento que ellas decidieran. En este documento fue en el único donde aparecían sus nombres, sin ir ligados a ningún dato de sus discursos. No había asociación entre la persona y la entrevista. Las entrevistas estaban codificadas con un número al azar. Toda la

documentación y entrevistas relativas a las participantes solo eran consultadas por los/as 2 investigadores/as, nadie más tenía acceso a ellas. Corbin y Morse (2003) defienden que cuando una investigación está realizada desde la sensibilidad y guiada por los aspectos éticos, resulta un proceso en que ambos, investigador/a y participantes, obtienen beneficios.

Todos estos aspectos fueron planteados siguiendo los principios éticos universales del Código Nuremberg (1947), la Declaración de Helsinki (2013), la Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos (Unesco, 2005), el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS, 2017) y respetando la Declaración de los derechos humanos (ONU, 1948).

## **4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

### *4.1. INTRODUCCIÓN*

Para entender y dar significado a los resultados del estudio hay que tener presente dos aspectos básicos: los objetivos y la metodología que se ha seguido para encontrar una respuesta adecuada concordante a estos objetivos. Con relación a los objetivos, es preciso hacer una retrospectiva hacia los inicios de la investigación. Como meta central se pretendía explicar las vivencias de las mujeres puerperales en relación a su sexualidad. Específicamente se quería observar la influencia del tipo de parto, el papel de la pareja y del recién nacido, comprender la repercusión de la sociedad en los discursos de estas mujeres, y profundizar en los cuidados que ofrece enfermería en este período concreto.

En referencia al segundo factor importante para ofrecer unos resultados solventes se encuentra la metodología, explicada en profundidad en el apartado anterior. Los objetivos planteados buscaban responder a un fenómeno natural específico a través de la experiencia humana, por lo tanto, se optó para realizar Teoría Fundamentada. Esta metodología pretende construir una teoría interpretativa mediante los datos que se obtienen de una muestra compuesta teóricamente a través de las comparaciones constantes.

Para llegar a obtener unos resultados representativos de los relatos de estas participantes se llevaron a cabo 26 entrevistas hasta conseguir la saturación teórica. Como se indica en el marco metodológico contribuyeron 27 participantes que se conforman de: púerperas, parejas de las púerperas y profesionales de la salud.

- Puérperas: grupo formado por 19 mujeres de primer hijo o hija con una edad media de 35 años (24-43), 17 de las cuales residentes en Cataluña, las dos restantes en otras comunidades de España. Todas las participantes se identificaban como heterosexuales a excepción de 2 chicas (pareja). Estas últimas solicitaron realizar la entrevista de forma conjunta. Los niveles educativos de las participantes diferían entre formación profesional media y enseñanzas universitarias. La tabla 1 muestra los datos sociodemográficos de las participantes.
- Parejas: se entrevistaron cuatro hombres primerizos con edad media de 37 años residentes en Catalunya en el momento de la entrevista. La tabla 2 muestra los datos sociodemográficos de las parejas participantes.
- Profesionales de la salud: la muestra fue conferida por dos ginecólogos (Alan y Carlos) y dos comadronas (Teresa y Lucía), en activo profesionalmente y con amplia experiencia tanto en sanidad pública como privada. Los nombres utilizados son pseudónimos.

Con los objetivos en mente y a fin de iniciar la exposición de los resultados obtenidos, cabe recordar que estos se obtuvieron de la integración de la lectura en profundidad de las transcripciones, del análisis comparativo constante de estas junto con las notas memorísticas; así mismo, la revisión sistemática realizada y el estudio fenomenológico previo aportaron información relevante a la investigadora, aunque formalmente no fueron incluidos como datos. A raíz de las primeras ideas surgieron los códigos, para dar paso a las categorías y seguidamente a las metacategorías. Finalmente apareció la categoría central, aquella que explica todo el fenómeno y da sentido a la teoría.

**Figura 8: Datos Participantes**

Código	Edad	Estado Civil	Residencia	Ocupación	Meses bebé	Lactancia	Tipo de parto	Centro Salud	Retorno sexualidad coital	Dispareunia
1 Maggie	41	Soltera (en pareja)	Pueblo TGN	Analista programadora	7	Materna	Eutócico (puntos por desgarro)	Privado	2 meses	Sí
2 Hope	40	Casada	Pueblo TGN	Consultora Recursos Humanos	8	Artificial	Cesárea programada	Privado	3-4 meses	Sí
3 Alicia	24	Soltera (en pareja)	Pueblo TGN	Administrativa	5	Materna	Cesárea	Privado	2 semanas	Sí
4 Beth	29	Casada	Pueblo TGN	Higienista dental (empresaria)	5	Materna	Cesárea programada	Privado	5 semanas	Sí
5 Susan	37	Soltera (en pareja)	Pueblo TGN	Profesora Educación Infantil	8	Materna	Distócico (episiotomía, fórceps)	Privado	5 semanas	Sí
6 Nathy	32	Casada	TGN	Aux. Enfermería	6 y 1/2	Materna	Eutócito, provocado	Público	2 m y 1/2	No
7 Lisa	39	En pareja	Pueblo TGN	Profesora Formación Profesional	4	Materna	Eutócico	Privado	5 semanas	Sí
8 Isis	36	Casada	Pueblo TGN	Pedagoga	4 y 1/2	Mixta	Distócico (fórceps, episiotomía)	Privado y Público	-	--
9 Rose	42	Soltera (en pareja)	TGN	Profesora Educación Secundaria	6	Materna	Distócico (episiotomía, fórceps)	Privado y Público	2-3 meses	Sí
10 Kate	29	Pareja	BCN	Enfermera + pedagoga	7	Mixta	Eutócico (puntos por desgarro)	Público	3	Sí
11 Helena	43	Pareja de hecho	TGN	Química, funcionaria	5	Materna	Cesárea	Privado y Público	-	--
12 Olivia	35	Casada	TGN	Profesora Educación Infantil	5	Artificial	Cesárea	Privado	3	No
13 Tina	31	Casada	TGN	Química	5	Materna	Cesárea	Privado y Público	3 (+/-)	No
14 Georgia	34	Casada	Pueblo TGN	Profesora Educación Secundaria	7	Mixta	Eutócico	Privado	3 semanas	No
15 Fiona	36	Casada	TGN	Dependiente	7	Mixta	Distócico (ventosa, puntos por degarro)	Privado y Público	2 meses	Sí
16 Diana	36	Casada	Ciudad BCN	Enfermera	19	Materna	Distócico (episiotomía)	Privado	1 mes y 1/2	Sí
17 Paola	34	Casada	Ciudad BCN	Mozo de escuadra	2	Mixta	Eutócico	Privado	1 mes y 1/2	Sí
18 Cara	33	Soltera (en pareja)	Madrid	Sexóloga	7	Materna	Eutócico	Público	4 meses	Sí
19 Oana	33	Pareja	Cambiante	Turismo	7	Materna	Eutócico	Privado	1 mes y 1/2	Sí

**Figura 9: Datos Parejas**

Código	Edad	Estado Civil	Residencia	Ocupación	Meses bebé	Lactancia	Tipo de parto	Centro Salud	Retorno sexualidad coital	Dispareunia
H1 Jack	42	Casado	Pueblo TGN	Arquitecto Técnico	7	Mixta	Distócico (fórceps, episiotomía)	Privado y Público	--	--
H2 Marcos	40	Separado. Pareja actual	Pueblo TGN	Desempleado.	12	Mixta	Eutócico	Privado	5 semanas	Sí
H3 Nico	33	Pareja de hecho	Ciudad TGN	Celador	9	Artificial	Cesarea	Privado	Pasado quarentena	No
H4 Bruno	33	Pareja	Cambiante	Turismo	7	Materna	Eutócico	Privado	Pasado quarentena	Sí

#### 4.2. EXPOSICIÓN Y DISCUSIÓN DE LAS METACATEGORÍAS

Para dar paso a la presentación de las metacategorías que convergen en una categoría central interpretativa del fenómeno de la sexualidad femenina en el postparto, primero quiere darse incapié en dicha categoría. Se buscaba dar una respuesta, a poder ser, sencilla y comprensible, al significado de la sexualidad para las mujeres puérperas y de utilidad para proporcionar unos cuidados enfermeros adecuados. Tras profundizar e interpretar sus discursos, comparándolos con los antecedentes y reflexionándolos como investigadora y ser humano, la categoría central emergió para mostrar que las mujeres durante el postparto viven su sexualidad de forma manipulada.

Es fundamental retroceder al marco teórico y confirmar que, tras siglos de hipotetización y indagación sobre el placer, la aplethodisía y las relaciones sexuales, se llega a la sexualidad moderna considerándolo un concepto multifactorial y abstracto, individual de cada persona, pero con un marco fijo establecido. Este marco es el que ha mantenido y mantiene a la mujer, y otros grupos oprimidos, en la manipulación. De tal manera que aún siendo seres sexuales libres no se ven ni se sienten como tal. La mujer desde el nacimiento sufre esta manipulación sexual, al largo de su crecimiento irá expresando rasgos individuales, deseos propios, expresiones personales, pero dentro de un marco permitido. La maternidad, como hecho trascendental, marca un antes y un después, cambiando el concepto de mujer por el de madre, y por ende directamente se cambia el concepto de la sexualidad, incluso sin dejar a la propia mujer que lo desarrolle y lo descubra por si sola, porque la maternidad ya tiene establecidos sus patrones sexuales socialmente aceptados. Y, aunque la mujer se convierta en madre, por muy madre que sea seguirá siendo mujer, seguirá teniendo sus rasgos, deseos y expresiones, algo cambiados igual sí; pero no por el hecho de estar cambiados o distintos a ojos externos, dejará de ser sexual. Un ser sexual hacia su hijo/a, hacia su pareja, hacia sus padres, y,

por supuesto, hacia la sociedad en general. Este antes y este después que marcan un cambio en la vida, en la pareja, en la madre, en sus rutinas, en su tiempo libre, en sus aspiraciones, tendría que ser un cambio natural de la propia protagonista. No obstante, se ha observado que en ella influyen factores externos que van incidiendo en su manera de vivir su cuerpo, en su manera de sentir la maternidad, en su manera de criar o alimentar al hijo, en su manera de fregar la casa, en su manera de volver a trabajar, en su manera de ser mujer. Se llega al punto donde las mujeres, no saben lo que pueden o no pueden hacer, no saben si enseñar su cuerpo es empoderamiento o cosificación, no diferencian si lo que hacen lo hacen mostrando y luchando por su libertad o como marca de esclavitud. Lo más importante, es que en todas estas construcciones de cómo vivir el cuerpo, sentir la maternidad, alimentar al hijo, cuidar la casa, volver a trabajar o ser mujer, hay sexualidad, siempre y cuando se entienda como un fenómeno que va más allá del coito y los genitales. En cómo la mujer se mira a sí misma, se relaciona, se entrega al otro o a una causa, se organiza, se está expresando sexualidad. Esta sexualidad existe y está presente, incluso cuando se esconde o se niega, sigue presente; cuando hay dolor está presente; cuando se cede delante del otro está presente; eso sí, cabe señalar que la sexualidad durante el postparto está presente, así como en la transición de mujer a madre pero de forma manipulada como ya se ha mencionado y se explicará detalladamente a continuación.

Antes de exponer los resultados, un breve recordatorio de las categorías y metacategorías que conforman esta sexualidad manipulada. La mujer se enfrenta al postparto con unas **expectativas internas y externas como madre**, estas expectativas influyen en su manera de ver la sexualidad puerperal, la sexualidad una vez se es madre; presenta un debate mental sobre la *posición de la madre y de la mujer*, cómo cree que tiene que comportarse al ser madre, cómo puede sentirse mujer en esta nueva etapa. Hay tres aspectos categóricos que influyen directamente en esta formación de identidad: *la*



*lactancia, el bebé y el rol profesional.* Frente a esta situación **asume unos roles de género;** debido a la educación y cultura aprendida, la madre y el padre actuarán tanto en su sexualidad, como en los cuidados del bebé y del hogar, según su género. Sus *roles* están caracterizados, mayoritariamente, por el género. La mujer en esta estructura organizativa visualizará la figura del padre como *una ayuda*. Durante el proceso entran en conflicto *sentimientos* inesperados que la lleva a **reconstruir la realidad de un postparto idealizado** en todos los sentidos. Se encuentra *interpretando la sexualidad femenina:* aspectos que no se había planteado, dudas, miedos. Remarca una importancia especial a su compañero/a, destacando que *sola no podría con todo esto*. Este miedo o sensación de soledad aparece también en la *atención de la salud sexual*, la mujer recibe el acompañamiento profesional como una **ayuda desincronizada**, es decir, sus *impresiones* muestran que se siente atendida, agradecida y destaca la importancia de los profesionales, pero también observa unas limitaciones en cuanto a su sexualidad. Estas limitaciones en describir y entender la sexualidad vienen, en gran parte, por la **dualidad entre els instinto y la cultura**. *Cómo se construye la sexualidad femenina, cómo esta sexualidad gira entorno al cuerpo de la mujer y a su estado físico; las influencias socioculturales* ponen en reto el saber discernir entre lo aprendido de lo natural, afectando en que la mujer pueda crear, sin manipulación, su propia experiencia.

#### 4.2.1. *Expectativas internas y externas como madre*

Esta metacategoría explica la adaptación de las mujeres al rol de madre, es decir, la adaptación de su sexualidad una vez adopta esta nueva faceta. Muestra los factores que influyen en como ellas se desarrollan y crean la imagen previa que tenían sobre ser madre y, consecuentemente, como interfiere en su expresión sexual. Es importante recordar que el término sexualidad engloba tanto expresiones físicas como de identidad, adquiriendo en el significado de madre una nueva manera de expresarse como persona sexual. En otras palabras, cómo el ser madre las hace sentir y expresarse sexualmente.

Se observa una lucha de identidades donde las participantes lidian con quién eran antes, quién son ahora y cómo quieren o creen que deben ser. Este proceso de cambio es descrito por Meleis (2010) como una transición; los seres humanos al largo de su vida experimentan momentos críticos que conllevan reformas en su persona o en su contexto. Durante este desarrollo, la mujer púérpera padece una alteración en su bienestar, en su salud y en su capacidad de cuidar de sí misma. La transición llevará de un estado estable a otro; en ocasiones se precisa del soporte de enfermería para facilitar dicho proceso (Meleis, 2010). Cuando las participantes explican cómo se ven ellas como mujeres y como madres, lo hacen describiendo una transición compleja con un gran cambio de roles, rutinas, sexualidades, muchas veces inesperada y dura, pero según ellas: *“que vale la pena”*. Es decir, que, aunque resulte a veces complicado y exhausto, ser madres les proporciona una gran satisfacción que compensa los malos momentos. La mujer se ve guiada por su moral, que, de acuerdo con Foucault (1984) se construye en base a unos códigos sociales y por la propia persona; así, la mujer gestiona su maternidad empujada por unas ideas y conceptos positivos de la maternidad que entran en conflicto con sus sentimientos y necesidades individuales.

*“Esto [ser madre] ha costado y lo estoy trabajando, lo estoy trabajando con reflexoterapia, Flores de Bach, porque te encuentras con veintipico de años viajando, siendo autosuficiente económicamente, arriba abajo. Luego te encuentras que conoces al amor y este tiene un niño, y bueno va, empiezas a trabajar esto de ser tú a ser dos y después ser madre, que no tienes la libertad que tenías y esto cuesta. Bueno, cuesta en el hecho del postparto. Sí, he tenido momentos de llorar, momentos de que el cuerpo te cambia, que el pelo se te cae,...” Susan*

En el día a día las nuevas madres plantean que ya no tienen la libertad de hacer lo que quieran cuando quieran; ahora se encargan del bebé, así como de todas las tareas habituales, a veces con poco soporte y sintiéndose emocionalmente inestables. Se encuentran realizando un rol totalmente nuevo y desconocido, en un periodo de recuperación física y mental; esta recuperación la viven con dolores, cambios hormonales, inseguridades, dudas, cambios corporales y pérdida de identidad y/o libertad. Destacan que es muy importante tener momentos para ellas mismas, de estar solas para poder afrontar mejor la situación, aunque resulte complicado encontrar estos momentos, ya que como dicen muchas de ellas *“tengo el bebé enganchado las 24 horas del día”*. Distintos estudios presentan la idea expuesta por muchas mujeres de ver el/la recién nacido/a como una distracción, transformando no solo el rol y estructura familiar, sino influyendo en el momento de mantener relaciones sexuales, en la libido y placer (Olsson et al., 2005; Trutnovsky et al., 2006; Yee et al., 2013; Bender et al., 2018). Así pues, la existencia del bebé influye en su nuevo rol y este, a su vez, influencia la sexualidad de las mujeres.

*“Dependencia”* es la palabra más utilizada para explicar la relación con el/la niño/a; otras utilizan sinónimos como *“pack”* o *“anexo”*. Este vínculo influye en como ellas gestionan su tiempo y espacio, remarcando que resulta complicado encontrar un momento para ducharse o tener relaciones sexuales; estas últimas en particular, precisan de que la mujer

esté evadida de su entorno y no estar pendiente del bebé constantemente, hecho que les dificulta la obtención de placer. Durante las entrevistas una participante plantea la relación entre tener tiempo para ellas solas y la libido concluyendo que es necesario desprenderse del bebé y realizar actividades al margen de este para mejorar la salud mental y, por consiguiente, su salud sexual.

El “*cuidarse para cuidar*” se lleva predicando desde la antigüedad, tiempo en el que se cumplían estrictamente los regímenes de entrenamiento, ya fuera a nivel alimentario, físico o sexual, creían en el cultivo de sí mismas para el buen funcionamiento global (*Ethica Nicomachea X*, 1172a-1181b). Las participantes estaban de acuerdo con esta afirmación y la relación causa-efecto implícita en el mismo. Cuando solo están pendientes y centradas en el bebé se observa una sensación de pérdida de tiempo, o de sentimiento de inutilidad; otras mujeres destacan que este rol cuidador es fundamental y, por el contrario, se sienten imprescindibles, por esto, muchas veces, les cuesta dejar al/la niño/a una vez se hace mayor. Un estudio realizado por Rosebrock, Hoxha y Gollan (2015) sobre las reacciones emocionales durante el embarazo y postparto, indica que durante el postparto la mujer vive la exposición a estímulos más intensamente, sobretodo de los negativos, y por esta razón, podría estar más pendiente del bienestar del bebé.

*“Tenía que aceptar en el momento en el que estaba y no sentirme mal de no hacer nada, porque estar con un bebé es no hacer nada, entonces pues... eso me duró un mes esa sensación de estoy perdiendo el tiempo” Beth*

*“Te agobias si estás todo el rato con el niño y solo con el niño 24 horas, al final te agobias, necesitas tu espacio, entonces yo a los 7 meses para mí lo más importante es que yo pueda ir a yoga cada día, es que yo necesito ir cada día, cada día, y tener mi espacio y cuando me reincorpore al trabajo pienso tener mi yoga también, y si no es*

*cada día pues tres o cuatro veces a la semana, sí, lo necesito, o sea, para mí y para mi estado emocional, psicológico, todos los niveles necesito mi yoga , y si no tuviera mi yoga pues tampoco el sexo iría bien, ¿sabes? O sea, al final hace que puedas tener o no puedas tener sexo dependiendo de cómo te sientes, si tú te sientes mal no vas a querer tener relaciones sexuales con nadie, ni tú contigo mismo, en cambio si te sientes bien pues sí” **Kate***

El tiempo y la fatiga son dos aspectos principales e interrelacionados destacados por las participantes. Se ha hablado de la dependencia del bebé y el tiempo que supone para la madre pero también representa una carga física y mental provocando fatiga, agravándose si presentan poco descanso nocturno, hecho que con los meses mejora influenciando positivamente en todos los ámbitos de la madre. En un periodo donde el tiempo es una de las necesidades de la sociedad, Briggidi et al., (2020) plantea la economía del tiempo, donde la mujer se encuentra en una lucha constante para conciliar el trabajo, el/la hijo/a y su pareja, llevando a frustración, igual que expresan las participantes, si no existe coordinación.

Uno de los orígenes comunes negativos para la práctica sexual es la fatiga, influyendo en la frecuencia y satisfacción sexual (De Judicibus y McCabe, 2002; Olsson et al., 2005; Yee et al., 2013; Bender et al., 2018). Las participantes que tienen un descanso reparador se consideran privilegiadas. También remarcan que a medida que el/la niño/a va creciendo, interaccionan más y aumentan las ganas de pasar tiempo con él/ella y afirman que el comportamiento de su hijo/a se puede ver afectado por el comportamiento y estado de ánimo de los padres y madres.

*“Es que no descansar por la noche va mal para todo, para ir a trabajar, para tu día a día, para tu carácter, por todo, es que el no dormir es muy pesado, lo más negativo”*

**Maggie**

*“Si tú estás agitada el bebé está agitado, y es que se ve, se ve, nosotras somos muy tranquilas, mucha calma, y las niñas están muy calmadas, tenemos una amiga que es puro nervio, y tiene dos monstruos, son dos monstruos esos niños, son muy majos, son muy buenos, muy cariñosos, pero son dos monstruos [risas]”* **Diana y Paola**

Cómo la madre afronta los cuidados del bebé es otro factor importante en su rol, muchas presentan dudas e inseguridades. Tener experiencia facilita la adaptación y mejora la gestión emocional, no obstante, se ven inmersas en un constante aprendizaje y adaptación, tanto ellas al/la recién nacido/a como este/a a ellas. En los primeros meses, sobretodo si presentan cólicos y llantos constantes, las madres lo describen como un periodo complicado y frustrante, llegando a causar nerviosismo en ellas e impotencia de no poder solucionarlo. De la misma manera, en las madres, el nivel de responsabilidad que se ven ejerciendo les causa temor, padeciendo por si no sabrán realizar el rol de forma adecuada y con miedo de que les pueda pasar alguna cosa mala; comentan tener el radar constantemente puesto. El poder desconectar de este radar mediante la seguridad en sus actos como cuidadoras favorece el poder disfrutar sexualmente, aunque en estos momentos su sexualidad las lleve a focalizarse en el bebé.

*“De no estar siempre con la presión de si respira y está bien. Y ¿ahora porque llora? Y esta ansiedad de estar todo el rato pendiente, [...] Y necesito sacarme la ansiedad de encima de responsabilidad, que es una tontería porque no dejas de ser madre pero siempre me ha dado la sensación de que siempre estará bien atendida cuando esté con otro, y quizás estoy allí, soy torpe, soy muy torpe, y si se me cae y no sé qué [risas]”*

**Georgia**

Las mujeres que realizan lactancia materna coinciden en afirmar que esta les crea una dependencia más fuerte, afectando a la hora de tener tiempo para una misma o hacer planes sociales. Refieren problemas relacionados con la propia lactancia tales como la

aparición de grietas, dolores, mastitis, y/o sangrados, y, por tanto, demandan más información y ayuda profesional. Muchas agradecen los consejos de amigas o buscar información por su cuenta, y coinciden en tener pensamientos de abandono en alguna ocasión. Piensan que los profesionales le restan importancia y se sienten mal cuando les ofrecen cambiar a lactancia artificial o añadir suplementos de leche de fórmula, ya que lo viven como un fracaso maternal. Ausona Bieto (2015) en su tesis doctoral plantea que sus participantes plasmaron estas sensaciones, llevándolas a informarse profundamente para justificar sus actos de amamantamiento. Cuando, nuestras participantes describen o recuerdan la lactancia utilizan expresiones como: *"horroroso"*, *"inesperado"*, *"dudas"*, *"aprendizaje"*, *"te quita libertad"* o *"vaca lechera"*. No obstante, piensan que es uno de los roles más importantes que realizarán y fundamental para su hijo/a. Estas confesiones coinciden con un estudio realizado por Gutiérrez-Martínez (2020) en México sobre la lactancia, expresando tanto la atadura que comporta y la idea social tan fuertemente arraigada sobre el vínculo y la lactancia, hecho que consideran puede obtenerse de muchas otras formas a parte de la lactancia. Las participantes de esta tesis confesaron que una vez tienen que dejar de dar el pecho lo pueden vivir, en algún caso, como un duelo y con sensación de dejar de ser imprescindibles, pero reconocen que la lactancia artificial proporciona mayor libertad y mejora la calidad de vida. Alguna participante incluso se plantea si volvería a dar lactancia materna en futuras ocasiones. Aunque muchas expresan esta sensación de ser fundamentales para sus hijos/as con la lactancia, a excepción de una participante, no conciben, o al menos, no mencionan el acto sexual que envuelve el amamantamiento, e incluso, subrayan el aumento de actividad sexual una vez abandonan este acto.

*“Como que lo más importante es lo que estás haciendo tú, lo tengo clarísimo, es la lactancia materna, es lo que tienes que hacer en este momento, darle de comer, quiero decir, vale bañarlo sí, pero como que tampoco es tan importante”* **Rose**

*“La lactancia para mí era como el miedo más grande, más que parir, más que todo, era como mi miedo, ¿sabes? Que no pudiese dar el pecho entonces tenía como 1000 dudas”* **Oana**

*“También hay muy poco soporte con el tema de la lactancia, eso tampoco ayuda, yo considero que también la lactancia hoy en día no es fácil, antes quizás las mujeres tenían muchos más hijos, las abuelas estaban mucho más cercanas, podían ayudar mucho más en este sentido porque estaban mucho más experimentadas, pero ahora hay muy poca cultura de lactancia, de saberlo hacer bien a nivel experimental, y las mujeres están muy dejadas en este sentido”* **Carlos**

Por otra parte, las madres que realizan lactancia artificial o mixta expresan que querían una participación igualitaria con la pareja, en alguna ocasión destacan que se han sentido desplazadas por los profesionales. Durante la revisión de las guías clínicas se observó la profundización de la lactancia materna al contrario de la artificial (Departament de Salut, 2018; SNS, 2014). Dan las gracias por no haber realizado lactancia materna ya que consideran que es un esfuerzo que puede influir mucho a nivel emocional y hacer más difícil el postparto. Khajehei y Doherty (2017) en su estudio sobre la depresión postparto, relacionan la lactancia materna con presentar más probabilidad de depresión post parto, que al mismo tiempo desemboca a disfunción sexual y a una relación con la pareja menos satisfactoria. Con la lactancia mixta se puede vincular fácilmente a la pareja y tener más libertad, y al mismo tiempo conseguir los beneficios de la leche materna. Las tres participantes que realizaron lactancia mixta explican problemas a la hora de dar el



pecho, igual que las mujeres de lactancia exclusiva, con dolor y necesidad de información.

*“Suerte que no di pecho, si hubiera dado pecho y además tal como me encontraba...  
bff.. No sé si me hubiera recuperado tan bien, a nivel anímico” Olivia*

*“Nos ha ido bien [mixta] para los dos porque es una manera que él ha hecho vínculo con la niña y entonces al menos un bibi al día no se lo saco, y a mí me va bien porque si salgo, él le da” Isis*

*“El tema de la lactancia es chungo, al principio duele, sacas sangre, tienes mastitis, los primeros meses, sí que la tienes a ella, pero no la disfrutas, ahora la disfrutas más”*

*Susan*

Las participantes expresan una sensación de desvinculación entre las parejas y la lactancia materna dado que sienten que estas no comprenden la importancia que supone para las madres; pueden realizar comentarios que afectan a las madres y a su compromiso con la elección. Algunas confiesan que les gustaría recibir más reconocimiento y ser comprendidas por todo el esfuerzo que realmente es. Muchas mujeres expresan libertad cuando la finalizan (Bender, Sveinsdóttir y Fridfinnsdóttir, 2018; Carvalho, Gaspar y Cardoso, 2017). Algo parecido sucede con el permiso maternal laboral, tal y como se explica más adelante en la metacategoría *“asuminedo roles de género”*, algunas participantes no encuentran lógico los permisos de lactancia, expresan que la OMS recomienda seis meses de lactancia y el Estado solo les proporciona tres; también ven injusto que una mujer realizando lactancia materna y otra haciendo artificial tengan la misma baja. Gutiérrez-Martinez (2020) también afirma la necesidad de ser reconocidas por el rol de amamantar, no obstante, centra más la cuestión en las dificultades para conciliar maternidad y trabajo laboral tanto en lactancia materna como artificial, que no en las diferencias entre sí. Al final ambas mujeres se encuentran

cargando el peso con poco soporte del Estado, y poniendo en manos ajenas sus decisiones maternas.

Las mujeres creen que los grupos de lactancia ayudan a solucionar dudas, aunque algunas remarcan que quizás se tendría que informar más y antes sobre estos grupos para iniciar una formación lo más temprano posible. También subrayan la importancia de la profesional que dirige el grupo ya que es primordial conectar y no sentirse juzgadas.

*“Ostras, pues estate más pendiente, porque igual no sé, cualquier cosa, o porque tengo el niño en el otro brazo o lo que sea. Cosas de estas. En eso sí que a veces hemos tenido la sensación de: es que no me entiendes, es que no te puedes poner en mi lugar porque no me entiendes, porque incluso explicándotelo continuas, es que no te puedes poner en mi... no entiendes cómo me siento, porque claro para mí esto es un cambio, pero claro para él no” Lisa*

*“Yo más que desvincular, se desvinculan ellos, o te hace responsable de todo, es como: yo no le puedo dar pecho, tú eres la que tienes que hacer. Yo es como me he sentido con él. El niño llora: es que quiere teta, el niño llora: es que quiere teta, y así todo el día” Fiona*

El rol profesional de las participantes se encuentra entre dos vertientes; por un lado, hay algunas que refieren que no tienen ganas de volver a trabajar ya que quieren pasar más tiempo con el/la bebé, lo/la ven demasiado pequeño/a, y están realizando lactancia; y las que presentan ganas de reincorporarse para recuperar su espacio, el rol anterior de mujer y poder socializar. Estas últimas, cuando admiten estos sentimientos comentan que quizás no es del todo correcto confesarlo. Estos pensamientos radican en las ideas históricas donde la mujer tiene que ocuparse de los hijos y sino será criticada por no ejercer su rol debidamente; es decir, una maternidad manipulada. Cuando Giddens

(1995) habla de la modernidad, entendiéndola como la cultura más actual de los últimos siglos, con un modus operandi de control y organización globalizada, expresa esta idea de las experiencias secuestradas, y remarca la sexualidad como uno de los aspectos de la vida diaria más controlados. Las personas presentan una lucha para identificarse y la naturalidad desaparece a manos del hombre y la sociedad, cuando hay un desequilibrio o un temblor en la identidad aparece la angustia; la mujer puérpera refleja esta angustia cuando intenta encajar su identidad con el rol maternal establecido, los recursos para hacer frente a esta situación de intranquilidad irónicamente recaen en encajar socialmente. Esta situación lleva al término descrito por Giddens (1995) como seguridad ontológica, que al mismo tiempo que se consigue históricamente un control exhaustivo de la vida individual también existe una fragilidad importante en la psicología de cada uno/a. Es a través de los mitos que se consiguen las costumbres y, consecuentemente el control; mediante la religión, lenguaje, cuentos, canciones, cine, los mitos se hacen realidad, hasta tal punto que la mujer puede creerse menos mujer sino se encarga de las tareas del hogar o no renuncia a su rol laboral (Beauvior, 1949).

*“Yo tengo amigas que priorizan, que les llena mucho profesionalmente escalar, cada vez llevar un grupo más grande de gente, o tener más categoría, a mí no, pero también porque quizás es lo que he vivido yo, mi madre dejó de trabajar cuando éramos pequeñas y para mí es el mejor regalo que me ha hecho, es cuidarnos y estar siempre” Tina*

Hay otros factores que influyen en el posicionamiento de querer volver a trabajar o no, como puede ser el descanso nocturno o la disponibilidad de la pareja, distintas madres remarcan el cansancio de no dormir, estar por el niño, trabajar, siendo un conjunto difícil de combinar. El hecho de volver a trabajar también las puede hacer sentir más útiles, ya que como se decía, algunas estar todo el día en casa les da la sensación de que no hacen

nada, incluso las mujeres que no desean reincorporarse admiten que es necesario tanto para ella como por el vínculo padre-hijo/a, además, refieren que el volver a trabajar les devuelve su identidad, ganas de arreglarse, e indirectamente, las ganas de sexo.

*“Como te explico, yo en casa soy la mamá, es lo que digo me pongo los tejanos, las bambas, salimos a pasear y tal, y claro aquí soy la directora, entonces el rol de ser mujer aquí lo tengo que tener, entonces el primer día que empecé a trabajar dije: ¡por fin! ¡tacones! ¡traje! ¡me tengo que arreglar!” Hope*

*“Ya no tendré la implicación en el trabajo que tenía antes, antes como que tenía más disposición de todo, horaria, de hacer cualquier cosa, ahora no, ahora tengo otra prioridad, voy al trabajo porque tengo que ir pero...” Rose*

En el tema laboral aparecen debates sobre diferencias y posibilidades entre mujeres y hombres, creando en algunos casos necesidades y obligaciones de no poder reincorporarte. Reclaman soluciones y opciones que realmente sean útiles y adecuadas, el rol de las mujeres ha cambiado generacionalmente, hoy en día la mayoría de madres trabajan y se les continúa pidiendo la misma implicación en el hogar, siendo supermamá, o como expresa Brigidi (2014): “*multitasking*”. Cuando se habla de las motivaciones e implicaciones a nivel laboral refieren que ahora presentarán más limitaciones horarias y, en algunos casos, menos ganas de implicarse.

*“Mucha gente te dice: bueno ahora por el segundo, ¿no? Ahora por el segundo. Pero pienso: ostras, el segundo, ¿que es para mí tener un segundo hijo? Volver otra vez a dejar el trabajo con 36 años, qué es un trabajo que a mí no me aseguran porque yo voy por proyectos, no soy fija, ¿volver a no tener tiempo para mí? Aún seguimos con el rol este. Te dice la OMS que tienes que dar el pecho hasta los 6 meses, pero las bajas son de 4 meses, la mujer cada vez trabaja más, lo que te he dicho antes, mi madre trabaja, yo no tengo a nadie con quién dejarla” Isis*

*“Mis motivaciones no, pero mi tiempo...pero a mí sí que me gustaría volver a trabajar, lo que pasa es que tampoco tenemos a alguien, ¿sabes? que cuidaría a la niña, así que ahora mismo es un poco...” Oana*

Pocas mujeres identifican claramente y mencionan la construcción social de lo que supone el rol de madre, de como culturalmente presentan unos rasgos que parecen inherentes y que inconscientemente desarrollan, como si guiaran todo el proceso maternal o asumieran responsabilidades que creen que no les corresponden. Como diría Friedan (2009) permanece como el malestar que no tiene nombre, aquel estado que, aunque las inquieta continúan ejerciendo su rol establecido. Esta construcción también influye en cómo se ven delante del/a recién nacido/a, qué es para ellas ser buena madre, presentar el rol de cuidadora, de la responsable de la salud y cuidados del hijo/a; lo que han visto en casa y lo que han aprendido, les produce inquietud y angustia si no cumplen con estos baremos, ya sea no pasando todo el tiempo con el/la bebé, dejarlos con otras personas o fracasando con la lactancia. Para conseguir que la mujer, la madre, viva estos roles de forma libre primero se tiene que desarrollar y comprender como persona (Beauvior, 1949), conocerse a ella misma individualmente. Winnicot (1965) defendía que la abnegación no era suficiente para ser buena madre, se necesitaba capacidad de adaptación al/la recién nacido/a.

Los datos indican que las mujeres sienten que la gente cree que por ser madres ya lo tienen que saber hacer todo, dando las cosas por supuestas. Las persigue el concepto de la madre ideal mencionado en Rousseau (1762) donde tienen que ser ejemplares y vivir la maternidad como su único consuelo, este hecho provoca angustia en las madres primerizas con sus sentimientos encontrados, que según Soler (2006) en una actualización de Lacan, la madre recurre a la abuela en búsqueda de ayuda. Diferentes participantes acuerdan que se tiene que realizar un trabajo interno para equilibrar

tiempo con el/la hijo/a y con una misma, ya que es necesario para la salud mental. Por ejemplo, las participantes destacan los cambios entre el rol que tenían antes de ser madres, un rol de libertad, independencia, con el rol de madre donde poder tener tiempo para una misma se dificulta, siendo los primeros meses duros y de adaptación. Recuperan el rol de mujer independiente cuando se reincorporan a trabajar, el hecho de arreglarse y dejar al/la bebé las hace recuperar la sensación de mujer. Debaten qué les hace ser mujeres y qué madres, y si son compatibles los dos roles; una participante refiere que no quiere ser *“la típica madre de estar todo el día con el bebé y solo hablar de bebés”*; quiere tener su espacio. Otra no sabe si prefiere trabajar o estar en casa; una expresa que ahora la madre tiene que estar para su hijo, ya que es lo natural; alguna comenta que dejas de ser tu para ser madre, siendo la maternidad lo más importante que hará en su vida. Al final se entiende que salir de casa es ser mujer y estar con el/la niño/a es ser madre. La sensación de ser buenas o malas madres es una constante en los discursos, ligado con lo que interpretan del que es ser buena o mala madre, o lo que se espera de ellas. En conjunto se extrae que su sexualidad va enlazada con su sentimiento e interpretación del que entienden que es ser mujer y su tiempo para serlo, en la maternidad reciben un bombardeo de información y emociones que evocan sobre el/la niño/a, viendo la imagen de madre con aires asexuales. Uno de los tabús expuestos en el Segundo Sexo (Beauvior 1949) es esta visión de la madre como ser no sexual, cómo el hombre puede encontrar en la mujer la esencia de madre que la aleja de la atracción, llevando a la cuestión: ¿una madre no es mujer? En todos los distintos discursos de las participantes sobre su situación con la maternidad está presente la mística de la feminidad expuesta por Friedan (2009) donde tratan de identificarse a través del otro, su individualidad está en manos externas.

*“Es como si tuviera una idea de lo que significa ser una buena madre, pero es que no me lo dices tú, no me lo dice nadie, pero me lo dice todo el mundo, ¿sabes? Es algo que no te verbalizan igual, pero está implícito” Kate*

#### 4.2.2. *Asumiendo roles de género*

Esta categoría explica el papel que llevan a cabo las diferentes personas durante el puerperio y como el género influye en sus tareas. Cuando se habla de sexualidad el género también juega sus cartas, determinando qué papel tendrá el hombre y cuál la mujer. El género determina cómo se debe expresar cada grupo sexual; en la feminidad gira entorno a una sexualidad entregada al otro/a, buscando complacer y ser admirada; cuando llega el puerperio, las mujeres expresan un cambio físico y de identidad que entra en conflicto con las bases sexuales del género femenino, de este modo, al no encajar con la sexualidad anteriormente reconocida supone para ellas unas creencias de falsa inexistencia sexual.

Durante el postparto se identifican dos elementos principales, los progenitores, las dos bases que formarán el desarrollo tanto del bebé como de la familia. No obstante, estas bases no son homogéneas y se observa que una de ellas carga más peso: las mujeres destacan que ellas son las líderes y guías de los cuidados y tareas domésticas, en menor o mayor medida tienen un porcentaje más elevado de responsabilidades, aunque repartan las tareas el peso principal recae en las madres; se quejan de que, si ellas no van detrás de sus parejas, muchas veces no sale de ellos mismos de forma espontánea. Estas sensaciones y confesiones coinciden con los datos presentados anteriormente sobre la distribución de tareas del hogar y estructura familiar. Durante el tiempo de confinamiento por el Covid-19, Briggidi et al. (2021) realizaron un estudio que analizaba la carga de peso de hombres y mujeres al estar los dos en casa, viendo como estas últimas

asumían mayor responsabilidad; la organización familiar corroboró las desigualdades de género, incluso con la mujer-madre trabajadora e independiente económicamente (Briggidi et al., 2020).

Pese esta situación, la conclusión identificada en los discursos de las participantes acaba siendo que ellos ayudan y, valoran, como muy importante, este soporte. La colaboración en casa va estrechamente relacionada con el soporte emocional y la satisfacción sexual; tres estudios realizados en Australia muestran esta correlación: De Jucidibus y McCabe (2002) en un estudio de cohortes con una muestra de 104 participantes analizaron que uno de los principales predictores para una menor satisfacción sexual es la relación emocional con la pareja. Khajehei (2006) hizo una encuesta a 325 mujeres, las que presentaron una relación emocional no satisfactoria con sus parejas, tenían mayor riesgo de presentar disfunción sexual. Similarmente, en un cuestionario realizado a 1239 mujeres australianas a los 3, 6, 12 y 18 meses postparto, sobre la satisfacción emocional, sexual y factores asociados, se observó que las mujeres que estaban satisfechas con la contribución de sus parejas en las tareas del hogar estaban más contentas sexual y emocionalmente (McDonald, Woolhouse y Brown, 2017). En Suecia, Ahlborg et al., (2005) mostraron resultados parecidos, con una muestra de 820 participantes, compuesta de hombres y mujeres, aunque puntualizaron que los hombres presentaban menor visión y sensación de problemas relacionales que las mujeres. La comunicación fue descrita como fundamental para la relación.

*“Bueno él a veces... y que le digo: oye que hay que hacerlo, oye que hay que hacerlo, y a lo mejor a la cuarta, quinta vez, venga vamos, y: lo ves, en un par de horas está todo hecho, y yo: ya, pero son 2 horas que no tengo”Olivia*



*“A ver estando de baja obviamente haces un poco más tú porque yo estoy todo el día aquí al final, y quizás las cosas de casa antes si que hacíamos 50-50 y, ahora, quizás hay cosas que hago más, pero bueno cuando volvamos a trabajar volverá a ser lo mismo y él bueno, no es que me ayude es que hace de padre, siempre decimos lo de me ayuda” Tina*

*“¡Uy! ¡Muy fácil! Yo las hago todas [tareas] y él no hace casi ninguna” Helena*

La baja laboral por maternidad juega un papel clave en la distribución familiar. Ambos miembros de la pareja creen que es necesaria la igualdad, aunque otras piensan que primero sería interesante dar más importancia a las bajas maternales y, sobre todo, a los permisos de lactancia, y otras les gustaría que fueran igualitarias, siempre y cuando la pareja realmente “colabore”, en caso contrario creen que es mejor que las parejas se reincorporen al trabajo. El hecho de que las parejas vuelvan a trabajar repercute en la balanza de tareas; muchas ven obvio que si ellas están en casa más tiempo se tengan que hacer cargo tanto del bebé como del hogar. Puede ocurrir que la mujer se encuentre en una situación complicada, como puede ser la maternidad, y se culpe a ella misma, o incluso, a la pareja, por tomar unas decisiones poco adecuadas. López (2019) basándose en las teorías de Butler, responsabiliza a la acción política de las condiciones de vida; por ejemplo, en la adecuación de las bajas maternales y paternales, las jornadas reducidas o los permisos de lactancia. Este nivel de autoexigencia que la mujer asume ya sea para demostrar su capacidad o porque no le queda otra, crea una falsa sensación de mujer liberada. El poder trabajar, ser madre, ganar dinero y decidir, lleva a la ilusión de creer que la mujer ha conseguido el sueño de liberación del patriarcado (Briggidi et al., 2020).

Aunque la corresponsabilidad y parentalidad positiva son ideas clave representadas en el Plan Integral de Apoyo a la Familia (PIAF) 2015-2017, como factores importantes en

la calidad de vida familiar, y reconocidas internacionalmente (Comas-d'Argemir, San Román., y Marre 2016), los padres y madres continúan removiendo mundo para que se les facilite los permisos y facilidades para su conciliación familiar y laboral. Es curioso destacar que hasta hace prácticamente 25 años no existía en España un acuerdo sobre política familiar, siendo Convergència y Unió en el 1997 el promotor. A raíz de ahí se formaron las bases para que en el 2001 se aprovara el primer PIAF.

El PIAF 2015-2017 considera la familia como la unidad social primaria de la sociedad, con un papel económico, social y político imprescindible para la cohesión y sostenibilidad social y económica. En relación a la maternidad la ubica como punto central de la familia, con la situación de baja natalidad, se instauran complementos para animar a tener más hijos. Como anteriormente se comentaba en la corresponsabilidad, en España continúa viéndose como un problema de la mujer. En el plan familiar se visualiza positivamente el aumentar los meses de paternidad con la involucración en los cuidados, aunque no hay ninguna novedad que estimule a los hombres en su compromiso familiar (Comas-d'Argemir, San Román., y Marre 2016). Como se ha mencionado otras veces, el cambio de mentalidad tradicional se tendrá que luchar poco a poco.

*“No equitativo pero la ayuda se nota, yo soy muy independiente, quiero decir, que también soy muy de tirar para adelante y no necesito a nadie para nada, pero sí que claro, noto la diferencia del primer mes que él estaba y yo podía estar dedicada al bebé mientras el hacía la comida, limpiaba las cuatro cosas que necesitábamos, a encontrarme de repente sola en la misma situación” Alicia*

*“Es que yo la situación que me he encontrado... Entonces es como que sí, encuentro perfecto que tengan una baja sí, pero encuentro que si él... por ejemplo, al niño lo hubiéramos dado el biberón y hubiese sido los dos igual vale, pero al darle pecho yo*

*sola, cargármelo todo, y yo verlo aquí que jugaba a la play, a mí eso me ha matado, me mataba, yo ya te digo que había días que lo hubiera dejado, es que lo hubiera dado una patada. Entonces claro, por una parte, pienso que sí que es muy importante que el padre tenga la misma baja que la madre, pero claro, por lo que yo he vivido pienso jolín, por estar en casa jugando a la play ves a trabajar, es que es muy contradictorio”*

**Fiona**

*“La ventaja que también tuve yo, es que tanto ella como yo estábamos de baja desde buen inicio, yo no me esperé a hacerla más tarde ni nada, la hicimos los dos a la vez, así yo podía ayudarla a ella, así que bien” Nico*

Sus palabras explican que, a veces, ellas no dejan que las parejas se desarrollen como padres e intentan imponer sus maneras de hacer; algunas afirman que al pasar más tiempo con el/la bebé saben lo que funciona mejor. Una participante refiere que esta sobrecarga autoimpuesta influye en el estado mental y emocional, porque aceptan tareas que no les corresponden, esta afirmación concuerda con la idea de las madres de presentar, sobre todo, mucha carga mental. Así, la paternidad se ve interferida por el exceso de responsabilidad maternal y, de forma no intencionada las mujeres dificultan que las parejas desarrollen su rol y responsabilidades, promoviendo el hecho que las parejas se ‘acomoden’ y disfruten de un rol secundario. De la misma manera, muchas de las participantes consideran que, al pasar más tiempo con el/la bebé, o por la lactancia, ellas acaban creando más vínculo con él/ella y, los primeros meses, su rol es más importante. En este vínculo madre-hijo/a, una participante destaca la naturaleza sexual de la madre hacia el bebé, viendo como la sexualidad se transforma, en otras palabras, relaciona el instinto maternal de cuidar y evocarse, en este periodo concreto, al/la recién nacido/a como un factor intrínseco.

*“Yo creo que la mujer en general sí, incluso en mi caso también me pasaba de: ya lo hago yo, ya lo hago yo, pero mi pareja es muy feminista, y además no solo ideológicamente si no el día a día, y cree en la igualdad de compartir, somos los dos padres 50%, yo creo que quizás sí que es verdad que tienes la sensación de que tienes que hacerlo tú, pero me ha machacado todo mucho: no, tenemos que hacer los dos [risas] un poco pesado [risas]” **Georgia***

*“Si tú no eres capaz de ponerte límites ni poner límites a los demás, ¿cómo vas a poder delegar? Porque al final estás cogiendo tareas que no te corresponden, pero es que las quieres hacer tú porque quieres controlar tú todo como madre, o sea, cuando nace un hijo nacen dos padres, y nace una madre, y esta madre si tú eres muy controladora y quieres hacerlo todo tú, al final no dejas que el otro tenga el espacio para desarrollarse, entonces también tienes que ser capaz de verlo y decir: ostras, te estoy quitando tu espacio, igual si le dejara su espacio te sorprendería el buen padre que es, pero como no le dejas... ¿sabes?” **Kate***

Estas diferencias de roles influyen en que las participantes no se sientan entendidas por las parejas y sientan incompreensión de lo que supone estar 24 horas con el/la bebé, sobre todo entre las que realizan lactancia materna, ya que no reciben el reconocimiento del esfuerzo, o les gustaría que estuvieran más pendientes de las cosas. En todo el proceso del embarazo y postparto las madres se informan y leen sobre el tema, asisten a las clases de educación maternal y visitas médicas, y no siempre acompañadas de sus parejas; Ausona Bieto (2015) indica que esta tendencia de documentarse profundamente sobre el proceso maternal en las mujeres es su manera de empoderarse para justificar sus decisiones. El hecho de ser mujer condiciona que se vean sometidas a la presión de ejercer el rol cuidador; educar más a la pareja e incrementar su involucración en los cursos de preparación al parto y en las visitas correspondientes, hace pensar a las

participantes que ayudaría a la vinculación, de lo contrario las acaban haciendo responsables a ellas. Se remarca la importancia de la coordinación y comunicación entre padre y madre ya que muchas veces es fácil caer en discusiones. Este ambiente y esta diferenciación de roles y tareas establecidas influirá negativamente en las vivencias sexuales. En el postparto, se ha mencionado que la mujer, o más bien, la madre, se ve como una figura con poca sexualidad, y si la hay se enfoca hacia al marido, en los comentarios que reciben se puede ver esta referencia, las participantes confiesan haber escuchado, en ocasiones, frases de lástima a esos esposos que estarán una temporada sin tener relaciones sexuales; nunca escuchan halagos hacia ella o preocupación sobre cómo lo viven emocionalmente. Por tanto, según su género se espera una actitud sexual distinta.

*“Y tener a alguien que te ayude, porque muchas veces estás dando el pecho y es como: venga, a ver si termino rápido que tengo que hacer aquello, tengo que hacer lo otro... No lo disfrutas de la misma manera como si tuvieras algo más a mano, en plan bueno, yo me puedo sentar aquí tranquilamente, voy a dar el pecho y cuando termine voy a tener la cena en la mesa o aquello recogido, lo que sea. Supongo que igual hay alguna persona que hace lactancia artificial, y tiene la pareja en casa, o tiene un horario normal su pareja y se van compaginando los trabajos del hogar, pues puede ser, pero en mi caso no.” **Nathy***

*“Yo conozco muchas parejas que el hombre no hace nada de nada y me revienta, me da rabia, porque también es hijo, ¿me entiendes? Y lo que no soporto yo es que los hombres, la mayoría de hombres, no todos, que sean así, de que la mujer es la que se encarga de todo, de la casa, del niño, ¿y tú qué tienes que hacer? ¿El hombre que hace? Va a trabajar y apalancado en el sofá, ¿no? O sea, la casa, el crío, todo los dos, yo no encuentro justo de que mucha gente lo haga esto, no lo encuentro justo, es*

*como si la mujer fuera una esclava y no es así, el esclavo no es ninguno, ninguno de los dos, los dos tienen que ser tal para cual, así pienso yo, creo yo que hay mucho machismo también ¿eh?" Marcos*

Como se ha mencionado anteriormente el vínculo que se crea con la madre o con el padre es diferente, siendo más fuerte en la madre. Muchas de las participantes piensan que, como ellas pasan más tiempo con el/la bebé, esto influye en crear un vínculo más fuerte, otras ven la lactancia materna como un factor principal, la mayoría recalcan que con el embarazo ya cogen ventaja. Sea como sea, este vínculo acaba dando más responsabilidades a la madre y muchas justifican esta sobrecarga de diferentes maneras: *"el padre trabaja y estudia", "el niño tiene mamitis", "se calma con ella", "reclama pecho", "él es autónomo", "él está arreglando el piso", "es algo cultural"*. En los casos donde la pareja se ha acogido a la baja maternal, o han hecho una repartición igualitaria, las participantes reconocen la suerte que tienen y que no todas sus amigas están en la misma situación y no se imaginan poder realizarlo solas. No obstante, la participación de las parejas dependerá de lo que las parejas se quieran involucrar y de las ganas de aminorar las tareas a la madre, afirman algunas participantes. Aquellas que realizaron lactancia artificial defienden que esta, ayuda a vincular mucho más al padre. En un estudio cualitativo que observó las percepciones de los jóvenes sobre los estereotipos de género, maternidad y empleo, concluyó que los discursos se centraban en la biología y psicología atribuida a la mujer para su capacidad natural para el cuidado del hijo o hija; esta capacidad no la presentaban los hombres, tenían limitaciones en el ámbito emocional y doméstico, hecho que justificaba su menor participación. Con estos argumentos se acreditaba que fuera la madre la que redujera o abandonara su ámbito profesional. A esta situación se le sumó la presión recibida por la empresa de trabajo que no facilita los

permisos maternales o paternales, influyendo negativamente en la persona (Garrido-Luque, Álvaro-Estramiana y Rosas-Torres, 2018).

*“A ver, yo le digo que él vive muy bien, pero en realidad él no tiene la culpa, es decir, como los dos hemos estado siempre tan ocupados, el rol de las tareas siempre ha sido de los dos, y con la niña igual, lo que pasa es que la niña tiene una mamitis que es brutal, entonces ¿qué pasa? que le intenta dar de comer pero la niña solo me está mirando a mí, y solo quiere dormir conmigo, solo quiere brazos conmigo, entonces claro, te encuentras que el rol de las tareas, ya no hablo de tareas de la casa, pero dentro del rol de las tareas al final yo le digo: es que vives súper bien, siempre tengo que dormir la yo, si yo salgo a las 3 me toca la siesta con ella o dormir la, porque a veces sí que puedo dejarla en la cuna, pero otras no hay manera, entonces ese rato tengo que estar con ella, no puedo estar haciendo otras cosas, si yo le tengo que dar la comida porque se encapricha en que se la dé yo intentamos cambiar pero es que.... Ya supongo cuando sea más grande entenderá. Y me toca a mí siempre dormir la, es que jo, yo le digo tú tienes un mundo de color para hacer lo que te dé la gana, luego sí que es cierto que yo hago mucho porque el ahora está con el Máster, es cortito y lo tiene que acabar y nosotros nos tenemos que apoyar, no es que esté en el bar viendo el fútbol, él también viaja en el trabajo, entonces llegas entre semana y no está, o se va de madrugada y viene por la noche, entonces sí que es cierto que se nota más cuando está” Hope*

*“Hay momentos en los que sientes por más que yo pensaba que todo iba a poder ser 50-50, no es verdad, porque con la lactancia al final el 90% del trabajo lo haces tu, pero sí que es verdad y en todo momento he sentido... Nunca he tenido queja, nunca he pensado... la gente es que te dice que discutes un montón, nunca me ha pasado, nunca, porque al final creo que hemos hecho un buen equipo y desde ese sentido la sexualidad también se vive de otra forma” Cara*

El rol de los/as abuelos/as también resulta importante para tener ayuda y mejorar la coordinación. Curiosamente siempre se habla más de la abuela que del abuelo, recordando la condición de mujeres cuidadoras; varias participantes expresan la educación recibida en casa y las referencias que han vivido desde pequeñas. En los casos que no han tenido ayuda de las abuelas confiesan que les hubiera ido bien tenerla. Hoy en día las abuelas y las madres trabajan y resulta más complicado tanto para la crianza como para el hogar, y muchas veces acaban pidiendo permisos o alargando bajas sin poder reincorporarse a trabajar para cuidar de los/as hijos/as, hecho que en los hombres no es tan frecuente o es cuestionado si lo hacen. De la misma manera, la paternidad se encuentra en una situación donde actuar como corresponde resulta un hecho destacable, es decir, cuando un padre realiza el rol de padre con la misma dedicación que la madre, es visto como un hecho inusual y se aplaude, lo que destacan las madres es que se tendría que normalizar y vivirlo como un acto corriente. Salguero Velásquez (2008), que entrevistó a varones a propósito de la paternidad, destaca la presión social de cómo debe actuar el hombre, y que, aunque cada vez la inclusión del hombre como miembro activo afectivo está más presente en la familia, continúan dependiendo de la mujer en su instrucción. La educación patriarcal recibida y los peldaños dispuestos por los escasos permisos y adecuaciones laborales repercute en su participación (Izquierdo y Zicavo, 2015). Se observan cambios de roles respecto a las generaciones anteriores y, aunque el rol principal en los primeros meses delante del bebé sea de la madre, sobre todo con lactancia materna, las parejas son fundamentales para la crianza como en los otros ámbitos. En el caso de la pareja de mujeres, expresan que ellas ven en su propio caso y en amistades, cómo influye el género de la pareja, habiendo en las mujeres más colaboración y comprensión a partes iguales que respecto a los hombres.



*“Sí, yo creo que sí, por las amigas que tenemos y lo que hemos visto, porque incluso yo creo que solo (dicen dos nombres de una pareja) yo creo que él se involucra en todo mucho con los niños, el resto de parejas que conocemos que han tenido niños, ellos como que han delegado mucho en la mujer” **Diana y Paola***

*“Por ejemplo, mi pareja se ha cogido una reducción de jornada y es como: ah! ¿y tú no te la has pedido? y yo: no, solo se la puede coger uno, y él por cuestiones prácticas... Y es como: es padre, es igual de padre que yo, es un progenitor de los dos que hay, yo lo que puedo hacer a parte es dar el pecho y ahora que estoy dejándolo los dos igual, pero sí...” **Georgia***

#### 4.2.3. *Reconstruyendo la realidad de un postparto idealizado*

De acuerdo con los relatos de las participantes el postparto es una etapa compleja. “Duro” es de los adjetivos más utilizados por las mismas, después se utilizan otros sinónimos como “difícil” o “complicado”, pero a grandes rasgos los primeros meses, a diferencia de lo que podían haber escuchado, no son fáciles para ellas. Balzac (1844) en sus relatos envolvía la maternidad como la felicidad esperada que acababa en contradicción, empezando por el embarazo hasta la lactancia, viviéndose como una esclavitud. Relatos similares presenta Friedan (2009) al hablar de las crisis de identidad, o mejor, de la identidad sacrificada; aunque se centre en la población estadounidense, coincide con las expresiones de las participantes. La autora discute la necesidad del ser humano de crecer y llegar a su máximo potencial y sentido de la existencia, y cómo entra en conflicto con las mujeres y la maternidad, que pueden ver amenazado su desarrollo como personas. A lo largo de los discursos aparecen afirmaciones parecidas y se repite la necesidad de verbalizar emociones y experiencias reales tanto del postparto como de la sexualidad; la maternidad se describe como algo idealizado, el postparto resulta

invisible, y las mujeres, las nuevas madres, se encuentran perdidas. Beauvior (1949) proclamaba que la maternidad podía conducir a una decepción ya que las mujeres esperaban que este suceso justificara sus vidas, y realmente, en los discursos, las mujeres reivindican esta idealización. “*Sola*” se presenta como otro adjetivo utilizado para definir esta etapa, aunque expresen soporte y respaldo de la pareja en la mayoría de los casos. Coinciden en la importancia del soporte externo (ya sea de la pareja o bien de los profesionales sanitarios), la ausencia del cual las hace sentirse abandonadas, o rebajadas a un segundo plano. En este nuevo rol de madre se hace evidente el poco tiempo para ellas mismas ya que su papel principal es cuidar del/a recién nacido/a, esta situación en este periodo de reestructuración física y mental constante las hace sentir, con palabras expresadas por ellas: angustia, tristeza, desesperación, miedo, impotencia, dudas, inseguridad, fatiga, saturación y ansiedad. Las participantes afirman sentir cambios emocionales sin saber el por qué y con dificultades para controlarlos, provocando llantos en distintas ocasiones. Por estos motivos es tan importante y demandada la ayuda y soporte para afrontar mejor esta etapa. Sócrates defendía la filosofía de conocerse a una misma, de cultivar el alma y entender mediante la razón el proceso que se está viviendo; Plutarco predicaba que para salvarse uno debe vivir cuidándose sin cesar (citados en Foucault, 1984)

*“Cuando estás en el hospital sabes que tienes a alguien al lado que te puede ir asesorando... Y, cuando llegas a casa no es pánico, pero es un poco de: ostras, ahora estamos solos, a ver qué tenemos que hacer, qué tenemos que dejar de hacer, ahora por qué llora, por qué deja de llorar, lo estoy haciendo bien, lo estoy haciendo mal, tiene frío, no tiene frío” Nico*

*“Un día que me vi... me había manchado toda por la noche, la niña había echado, había sudado muchísimo porque me había dado como un poco, tal vez de subida, y*

*estaba toda manchada, con una cara, unos pelos, y recuerdo estar aquí en el sofá sentada, con el camisón abierto, un dolor en los pezones que tenía, llenos de grietas, me dolía muchísimo, llorando del dolor y del malestar psicológico, yo estaba aquí con la niña enganchada al pecho, llorando y pensando: no puedo más... No puedo más, no tenía tiempo ni de ducharme, ni de nada, cuando venía alguien, tipo mi madre o mi suegra, aprovechaba para ducharme" **Nathy***

*"Porque claro, hace que te sientas sola, es como lo que te he explicado antes, él se quedaba dormido con el niño y yo aquí, y era como: ¿hola? Y necesitas que te toquen, que te abracen, que te digan: estoy aquí, ¿cómo has pasado el día? Una pregunta tan sencilla como: ¿qué tal el día? Con eso yo ya me doy por satisfecha, porque ya sabes que a esa persona le preocupas, si no tienes eso también apaga y vámonos" **Olivia***

La lactancia, los cólicos, la fatiga y el cambio de vida son los principales desencadenantes de estas emociones. Las mujeres confiesan que pueden llegar a entender que haya madres que sufran depresión postparto, por el grado de intensidad con la que viven este periodo. Una minoría lo ha vivido más positivamente y relativizando la complejidad de la situación y, en algún caso, se expresa la compensación de la parte positiva y bonita de la experiencia, el hijo o hija. Se coincide con la expresión: "bonito pero intenso". Sobretudo destacando que con el paso de los meses y con la adaptación, la cosa mejora y vale la pena, se empieza a ver la luz.

*"Ella tuvo una época de cólicos, la época de cólicos fue súper dura, y claro, además, mi pareja estaba trabajando fuera, y no lo tenía aquí, estaba sola, hubo un momento de no puedo más, de hecho, una vez cuando ella tuvo cólicos, a 39 de fiebre, que solo necesitaba dormir, entonces estaba aquí con mi madre, mi madre pobre decía: tú duerme. Me despertaba cuando tenía hambre y continuaba durmiendo, la puntualización es el dormir, pero para lo demás, todo bien" **Maggie***

Las mujeres indican que el postparto y la maternidad es algo desconocido hasta que lo vives en primera persona; por esto reclaman hacer visible este periodo de forma realista, para así evitar que se pueda vivir de forma insatisfactoria o decepcionante. Durante la lactancia aparece el mismo problema, muchas participantes expresan que no esperaban que fuera así, lo tenían idealizado, veían la gente dar el pecho a cualquier parte y parecía fácil. Socialmente se tiende a explicar las partes agradables de la maternidad y ocultar u olvidar las situaciones difíciles. Hoy en día, con las redes sociales, aún se muestra más una irrealidad, incrementando la angustia a las madres al no coincidir con su experiencia real del postparto. Por este motivo subrayan que es muy importante hacer acción comunitaria, compartir experiencias con otras madres y sentir y ver lo que realmente es la maternidad y el postparto. Con otras palabras, saber que existen dos versiones tal y como lo expresa Cara: *“la parte tradicional, el amor romántico, que lo bonito de la vida es el bebé, y la parte desde el feminismo, que no te engañen, es duro, las dos partes son necesarias”*.

*“Los cuidados que tú tienes que hacer y la atención que tú le das a tu hijo, cómo lo haces tú, es como que no está visibilizada, no está visibilizada en ningún lugar. No sabemos todo hasta que no tienes un hijo, tú no te das cuenta de todas las cosas que nos rodean, y tú tenías otra idea preconcebida de lo que era la maternidad, y sí que es guay, está muy bien y todo lo que tú quieras, pero luego está como la parte oscura de la maternidad, qué es la parte depresiva, la parte de que tienes cambios de humor, la lactancia, si no se te engancha bien, o sea, al final, son como pequeñas cosas que hacen que la maternidad tenga dos caras, la cara visibilizada por la sociedad, que es fantástica, porque claro, si no la parte reproductiva de la mujer se iría al traste, y la otra parte de que no está tan bien, que lo pasas mal, que el niño no duerme, que el niño no come, son muchas cosas y hasta que no acabas de conocer a tu hijo, bueno, que no lo acabas de conocer nunca porque va cambiando, porque esto es otra cosa,*

*porque al cambiar tan constantemente tú te tienes que adaptar a varias situaciones constantemente" Kate*

Anteriormente se ha comentado que la pareja es el pilar principal de la madre, sin el cual muchas expresan que no lo hubieran conseguido. Aún así, hay un trabajo de esfuerzo y comunicación para que las dos partes no solo vayan, sino que creen un mismo camino. Las mujeres indican que el postparto es un periodo que pone a prueba la solidez de la pareja, llegando a ser responsable de separaciones en casos de crisis. Las participantes afirman que es habitual discutir con más frecuencia con la pareja durante los primeros meses postparto. Todas coinciden en que es muy importante buscar y tener momentos juntos, no ser padres o madres, sino miembros de una pareja. Buscar, planificar y ejecutar actividades más allá del hijo/a puede resultar complicado, hecho que algunas participantes lo describen como sentirse olvidadas, o no tan atendidas como antes, e insisten en la importancia de hacer cosas juntos, como pareja y como familia. Lo que sí que destacan es que una vez se incorpora la pareja a trabajar mejoran las discusiones. La naturaleza del ser humano busca aproximación no solo sexualmente sino para formar una comunidad (Musonio Rufo, *Disertaciones*, XIIIa), será fundamental para el funcionamiento de la familia tanto el equilibrio sexual entre la pareja como la unión y objetivos comunes. Tal y como explicaba Butler (2010), los seres humanos se configuran por las relaciones que establecen entre ellas, de este modo, resultará imprescindible establecer un buen vínculo entre los progenitores para el buen desarrollo sexual y emocional.

*"Hasta que no vives esa sensación es que no tienes ni idea. Entonces claro, también piensa que depende de tu carácter, si eres una persona más positiva o que te coges las cosas con más optimismo o así, pues también depende de la pareja que tengas, también te puede ayudar más a que te recuperes antes, pero claro, si tienes una pareja*

*que todo lo deja para ti y tal, te lo tienes que comer tú sola, claro, es más complicado”*

**Lisa**

*“Intentamos sino lo forzamos, aunque no sea por la noche, pues por la tarde o algo, pues intentamos hacer algo al menos un plan de pareja si se puede, yo no te digo cada semana, pero si alguna vez al mes” Hope*

*“Él estaba más para la niña no por mí, se habían perdido ciertas cosas que hacíamos antes, como por ejemplo cada día me hacía un masaje en los pies, esto hace tiempo que no me lo hace” Rose*

La sexualidad durante el postparto resulta desconocida, llena de estereotipos que las mujeres han recibido históricamente sobre este periodo. Aunque la sexualidad es vivida e interpretada individualmente por las experiencias que ha experimentado la persona a lo largo del tiempo, hay una serie de características y semejanzas que sobresalen de esta etapa. Para empezar, la mayoría de las mujeres comentan que los primeros meses no piensan en sexualidad, las primeras relaciones acostumbran a ser compartidas, con penetración, y la gran parte expresa tener molestias o dolor. Las experiencias iniciales pueden ser un poco inesperadas o chocantes, alguna lo recuerda como “horrorosas”, con un cuerpo no preparado y sin placer; no más de 4 participantes lo describen como mejor de lo esperado. Cuándo es el momento adecuado para tener penetración, continúa siendo tema de debate, aunque distintos estudios coinciden en que se debe esperar a los fenómenos involutivos del útero, a la finalización de pérdidas hemáticas y curación de laceraciones; unos defienden que no hay un periodo concreto (Salim y Gualda, 2010; Acele y Karaçam, 2011; Enderle et al., 2013), O’Malley, Higgins y Smith (2015) afirman que ronda las 6-8 semanas. Los porcentajes representativos del primer coito a las 8 semanas son de un 51,4% según el estudio de Fodstad, Staff, y Laine (2016); Woolhouse, McDonald y Brown (2014) en su estudio, añaden que la penetración a las 6 semanas es

realizada por un 41% de la muestra, no es hasta los 6 meses que el porcentaje llega al 94%; este porcentaje es parecido con un 92,40% a los 6 meses (Triviño-Juarez et al., 2018). Estos datos muestran en números cuando las mujeres realizan sexo con penetración, en esta tesis se observa que no hay un patrón fijo ya que cada mujer presenta un ritmo y situación concreta, en general, estas mujeres no se habían planteado en profundidad como podían sentirse con su sexualidad; es habitual pensar que puede aparecer dolor, tener dudas sobre cómo será el coito, pensar en si se recuperará la actividad y el deseo sexual postparto.

*“Al principio ni te lo planteas, entonces poco a poco nos empezamos a plantear a volver a tener relaciones, y la primera vez que lo intentamos la verdad es que fue fatal, tampoco me esperaba que fuera fatal y me fue bastante mal... Yo tenía dolor, incluso probé de utilizar un lubricante de estos naturales, pero incluso así no podía”*

**Maggie**

*“Nosotros empezamos las relaciones sexuales mucho antes de lo indicado a las 2 semanas ya fue la primera vez, sacar las grapas y empezar a tener relaciones sexuales, duele más, tienes que ir vigilando, no son plenamente satisfactorias, pero sí que podía tenerlas”* **Alicia**

*“Porque tienes ganas, tienes ganas de volver a una normalidad, aún que tú sepas que el hecho de que estás dando el pecho, el deseo sexual por cansada que vas, hormonalmente supongo que tampoco, y muchas cosas, pero sí que tienes ganas de estar con tu pareja, y eso te lleva a: venga, vamos a ver cómo va, cómo está la cosa. Y después como te encuentras que te duele, te hace como miedo de algo pasa, a ver si me habrá quedado algo mal, a ver si lo estoy haciendo mal, entonces te vienen un montón de dudas de: Dios, a mí nadie me ha dicho cuántos puntos llevo, si realmente puedo, no puedo, tengo que esperar más tiempo, o no sé”* **Rose**

*“Ella estaba como bueno, distanciada, lógicamente pienso que su cuerpo y todo, la mente, su pensamiento está centrado en otro punto que no es el de tener relaciones sexuales” Bruno*

La dispareunia lleva a varias mujeres a plantearse si presentan algún problema, si no han curado bien, si es normal, incluso en las cesáreas se extrañan ya que su suelo pélvico debería estar intacto. No solo afecta la variable física en la sexualidad, pero el estado del suelo pélvico según el tipo de parto es un factor a tener en cuenta. En la literatura previa hay distintas conclusiones, unos destacan que hay relación entre la dispareunia y disfunción sexual según si ha habido desgarro o no (Radestad et al., 2008; Van Brummen et al., 2006; Unsal-Boran et al., 2013). Las mujeres con parto vaginal con sutura o episiotomía tienen un Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) inferior respecto a las de perineo intacto, habiendo diferencias en el deseo sexual, excitación o orgasmo (Dogan et al., 2017; Leeman et al., 2016; Rathfisch et al., 2010). Una de las escalas más utilizadas para valorar la función sexual femenina es el IFSF, siendo una escala que presenta 6 dominios diferentes (deseo, dolor, lubricación, orgasmo, excitación y satisfacción) con un máximo de 36 puntos (Rosen et al., 2000; Blümel et al., 2004).

El dolor no cambia según el tipo de episiotomía (midline, mediolateral o lateral), la dispareunia está presente en todos los casos (Fodstad, Staff y Laine, 2014; Necosalova et al., 2016). Los datos indican que el coito no llega a ser igual de placentero que antes del parto hasta pasado el tiempo, siendo, en ocasiones, un trabajo de paciencia y esfuerzo para que la penetración sea completa y satisfactoria, según explican nuestras mujeres. Aunque el porcentaje de relaciones con penetración a los 18 meses postparto sea de un 98%, un 24% de la muestra de un estudio realizado por McDonald et al., (2015) sigue presentando dispareunia; las mujeres con cesárea de urgencias, extracción con vaccum o cesárea electiva tienen mayor dolor que las de parto vaginal con perineo intacto, y



presentan mayor dificultad para reprendre el sexo vaginal a las 6 semanas posparto. Unos resultados parecidos, exponen Bertozzi et al., (2010) con una prevalencia de dispareunia de 15,2% en parto vaginal espontáneo, 16,9% en cesáreas y 27,9% con vacuum. Por el contrario, Klein et al., (2009) muestran mayor dispareunia en parto vaginal a los 3 meses que en las cesáreas. El dolor perineal tanto en posición estirada, sentada o en movimiento es mayor con desgarro de segundo, tercer o cuarto nivel respecto al perineo intacto (Andrews et al., 2008; Pérsico et al., 2013). Otro indicativo negativo para la sexualidad es el desgarro anal (Brubaker et al., 2008); los fórceps o partos traumáticos incrementan el riesgo de estos (Marsh et al., 2011).

Estas dudas que presentan las mujeres sobre la normalidad de su vagina cuando notan dolor en el postparto se pueden responder con las estadísticas previas, donde la mayoría de las mujeres (85,7%) presentan dolor en las primeras relaciones con penetración después del parto, un 44,7% continúan padeciendo a los 3 meses, un 43,4% a los 6 meses, un 28,1% a los 12 meses y un 22,6% a los 18 meses postparto (McDonald et al., 2016). Presentar dolor durante la penetración repercute directamente en la vida sexual (Rosen y Pukall, 2016), las mujeres que no lo sufren tienen mejores resultados de lubricación, excitación y dolor (Lagaert et al., 2017). El grado de afectación del perineo es importante para la identidad sexual, repercutiendo negativamente a nivel psicológico y físico, llevando a frustración, rabia y sentimiento de pérdida (Priddis, Dahlen y Schmied, 2013). En algunos estudios no hay diferencias significativas globales según el tipo de parto, sin embargo, hay características individuales a destacar: niveles de función sexual disminuida por precisar sutura, mayor trauma en el perineo mostrando menor deseo sexual al ser tocadas o acariciadas (Rogers et al., 2009; McDonald et al., 2015), mayor orgasmo y satisfacción sexual en el grupo cesárea que en el vaginal (Crane et al., 2013). Lurie et al., (2013) destaca el reinicio del coito antes en el grupo de vagina intacta y, Song

et al., (2014) muestra diferencias significativas en la excitación entre las mujeres con vagina intacta y episiotomía. Sea el parto que sea, Kahramanoglu et al., (2017) concluye que el tipo de parto no puede ser visto como un único factor en la determinación de la satisfacción sexual, por lo tanto, no se puede determinar sin tener en cuenta otros factores (McDonald et al., 2015; McDonald y Brown, 2013; Rathfisch et al., 2010; Radestad et al., 2008; Lagana et al., 2015).

Tres participantes explican buscar otras sexualidades diferentes a la penetración que no moleste tanto. McDonald y Brown (2013) especifican que la actividad sexual se reemprende antes que el sexo vaginal, con un 53% y un 41% respectivamente, a las 6 semanas. En un estudio descriptivo realizado en Estados Unidos exponen que las mujeres practican sexo oral antes que la penetración o antes que recibir sexo oral, también disfrutaban más con la masturbación (Hipp, Kane Low y Van Anders, 2012). Otro estudio en Canadá donde participaron 77 mujeres, 67 refirieron tener algún tipo de actividad sexual después del parto, 7 solo fue masturbación, de las 60 restantes realizaron coito, y de estas, solo 9 tuvieron otra actividad diferente a la penetración. Un 76% de las mujeres activas sexualmente llegaron al orgasmo a partir de la semana 8 postparto (Chivers et al., 2010).

Las 19 mujeres coinciden en una reducción de la libido, del deseo sexual, incluso en aquellas que han continuado presentando libido y tenían ganas de relaciones, el deseo era menor, por lo tanto, el tener relaciones o no, depende más de encontrar el momento, la disponibilidad y el tiempo, que no de las ganas; de esta manera la frecuencia y duración de las relaciones siempre es menor. Esta disminución de la libido coincide con distintos estudios previos, donde expresan que la satisfacción sexual, tanto física como mental, en comparación a la situación antes del embarazo se ve disminuida (Sok et al., 2016), a las 12 semanas postparto expresan disminución del deseo sexual, de la frecuencia coital, de la satisfacción sexual y de pareja, comparándolo con los 6 y 12 meses

del postparto que la frecuencia va aumentando (De Judicibus y McCabe, 2002; De Souza et al., 2015).

En el uso de los placeres de l'antigua Grecia, hablaban del kairos, del momento oportuno, en este caso para tener relaciones sexuales; en el postparto las mujeres hablan de este momento, en cierta manera tienen sus directrices para que el acto sexual tenga lugar. El kairos no solo reúne condiciones para que se lleve a cabo, sino que da un resultado positivo. Por lo tanto, en el postparto, no siempre el mejor momento por disponibilidad llevará a un resultado satisfactorio para la mujer. Aún así, alguna comenta que, al tener menos frecuencia, cuando tienen relaciones, algunas veces son más intensas, más placenteras. En muchos casos también expresan ganas de otras expresiones de sexualidad, más contacto con la pareja, abrazos, caricias, besos, es más, en alguna ocasión han notado que la pareja no estaba tanto por ellas y lo han vivido negativamente. Pocas participantes refieren masturbarse, o bien porque no han tenido necesidad, o porque el tiempo es limitado y el que tienen están con el/la bebé.

*“Como era la primera vez pues sí, sí, hicimos más preliminares de la cuenta y luego sí hubo penetración, pero muy despacio, y muy a poco a poco, y lo que sí que hemos notado es que claro, imagínate, si lo hacemos con preservativo tengo más sequedad vaginal que si lo hacemos sin preservativo, y uso anticonceptivos, por ejemplo, ¿sabes? Es diferente” **Kate***

*“Imagínate que ganas ningunas, y ahora mmmm, la verdad que menos [duele menos penetración], sí que noto pero soportable, es bastante soportable, no es como el principio que era como para, no puedo, no puedo, no puedo” **Hope***

*“Pasó la cuarentena, porque la cuarentena debe ser para... Eso que reflexionas y debe ser para los partos naturales, con los partos sin episiotomía, supongo que no debe ser cuarentena, debe ser mucho más” **Rose***

Cuando piensan en la sexualidad en el postparto hacen referencia a un antes y un después, el ritmo del cuerpo es diferente y biológicamente la madre está por el/la recién nacido/a comenta alguna participante, de la misma manera, con los meses van notando como el cuerpo se reactiva, sobre todo cuando se finaliza la lactancia. Estos datos se corroboran con un estudio de Trutnovsky et al., (2006) donde a los 6 meses postparto un 61% de la muestra consideraron que su vida sexual había cambiado respecto antes del embarazo, y un 58% confesaron que la frecuencia coital había disminuido; la importancia que las mujeres le daban a la sexualidad estaba aumentada respecto el embarazo, pero no antes del embarazo. Las mujeres que no presentaban problemática antes del embarazo, ahora presentaron al menos una alteración sexual (deseo, lubricación, orgasmo, satisfacción o dispareunia) (Rathfisch et al., 2010; Khajehei et al., 2015) apareciendo, sobre todo, a los 3 meses postparto (McDonald, Woolhouse y Brown, 2015). Si ya existía alguna disfunción antes del embarazo esta aumentó durante el embarazo y postparto, hasta los 6 meses que empezó a disminuir (Yildiz, 2015). Van Brummen et al., (2006) y Khajehei et al., (2015), coinciden en que una tardanza en retomar la actividad sexual en el postparto aumenta el riesgo de presentar disfunciones sexuales a los 12 meses postparto.

*“Es verdad que las relaciones sexuales compartidas bajan absolutamente, nosotros tardamos en recuperar nuestras relaciones compartidas 4 meses, no tienes ni tiempo, ni espacio, ni energía [...] Yo tardé 4 meses quizás. Fue justo cuando debía ser. Aún así, a su tiempo y ritmo, ¿eh? Te quiero decir, ni mucho menos recuperar la sexualidad compartida como la tenía antes, para eso tampoco siento que esté preparada” Cara*

Individualmente, para cada participante, puede ser una necesidad más o menos importante dentro de sus necesidades, pero coinciden que en la pareja es un factor que

se tiene que cuidar. En muchos casos el inicio de las relaciones compartidas recae en los pensamientos hacia las parejas, solo una de las participantes se describe como más activa sexualmente que su pareja. Cuando se habló de la templanza en la introducción, se entendió que consiste en el bienestar de la persona consigo misma, para serlo tiene que encajar con la moral de la sociedad sino presentará intranquilidad. Tendrá que existir un equilibrio entre lo que se piensa, se siente, se dice y se hace; si se deja llevar por un placer que luego la atormentará no será libre, por lo tanto, no habrá templanza. La templanza de la mujer, viene de una historia ligada al hombre, sus pensamientos y acciones giran entorno a él. Cuando la puérpera cede sexualmente frente a su pareja, no lo hace porque se sienta forzada, sino porque en ella viven unas creencias, una logos, que la llevan a atender sexualmente al marido para sentir que está actuando correctamente, esta acción la aproxima a la templanza. En sus discursos son habituales comentarios como: “no puedes decir siempre que no”, “todo se tiene que empezar”, “una vez empiezas ya te entran las ganas”, “se tiene que cuidar [a la pareja] para que no se canse”. Resaltan mucho la comprensión y paciencia de las parejas, aunque su dedicación y pensamientos hacia ellos estén muy presentes. Este enfoque hacia el hombre condena la sexualidad de la mujer a la esclavitud, si se lee la problematización de los placeres en Foucault (1984) hay un punto donde se destaca la libertad y la verdad, antiguamente iba dirigido al hombre que se dejaba llevar por los placeres, cayendo en la esclavitud de los deseos, nunca cuestionando la figura de la mujer; si se analiza se observa el problema real de su placer, en el momento en que vive pensando cómo expresar su sexualidad y cómo enfocarla hacia el hombre, se vuelve esclava de los deseos del otro.

*“No estamos hablando solo de sexo, para nada, cuando hablamos de sexualidad hablamos de todo, de la relación de pareja, sí, tiene que haber una complicidad, tiene que haber... tienen que ir los dos a la 1, si ella ve que en ese momento tiene que ser*

*un poco más madre, él tiene que ser un poco más padre también y no tan hombre, la relación de pareja es quizás la que hay que reforzar no tanto como la sexualidad, la sexualidad vendrá si la relación de pareja está reforzada, ya vendrá después la sexualidad más carnal me refiero”Lucía*

Otra motivación para iniciar las relaciones sexuales es la curiosidad de ver cómo son, o las ganas de volver a la normalidad. Chaparro, Pérez y Sáez (2013) muestran que al cuarto-quinto mes postparto un 69,8% de las mujeres reinician la actividad sexual porque ellas lo desean; un 56,6% confiesan que la primera experiencia no fue satisfactoria, el IFSF fue mayor en las mujeres que iniciaron las prácticas sexuales por propia decisión. Ahora bien, durante el postparto las mujeres explican que lo que más les apetece, como se mencionaba en el párrafo anterior, es el afecto. Cuando se plantea a las participantes que es para ellas la sexualidad, sus descripciones van encarradas a la penetración, relaciones sexuales compartidas y sexo, a medida que se profundiza aparecen otras descripciones como comunicación, expresión, compartir el cuerpo. A raíz de estas reflexiones se consigue sacar a la luz lo que ellas realmente necesitan y quieren. Estas descripciones centradas en el otro surgen de la visión de la sexualidad a nivel social como ciencia, es decir, actuando de una forma determinada, y de la visión médica centrada en la variante física, donde todo abordaje sexual va enfocado al control de la población, por ejemplo, las consultas de salud sexual se centran en los anticonceptivos orales o en la recuperación física.

*“Cuando empecé a sacarme el pecho note que empezaba a volver a tener flujo, no tenía nada de flujo vaginal mientras daba lactancia, y ahora tengo mucho más, ahora noto mucho más la ovulación que antes de tener al niño, y entonces ya cuando vuelves yo supongo que el cuerpo se vuelve a activar, ¿no? Y aquí fue cuando yo empecé a notar que tenía más ganas, es cuando empecé a volver a tener flujo, nose.*

*Y no hay nada en concreto, supongo también cuando ya empiezas a dormir más y estás más descansado también empiezas a tener más ganas” Tina*

*“Fue acabar el puerperio, acabe la primera regla y bueno, venga va, vamos, más que preparada era como pobre.... Más que yo por él, venga va, pues vamos a intentarlo, oye si veo que no pues nada, y no bien, bien, no tuve mucho dolor” Olivia*

Las participantes de este estudio piensan que la lactancia influye negativamente en su sexualidad; los pechos se vuelven más sensibles, a las parejas les puede causar miedo o inseguridad, algunas destacan que las relaciones pueden ser desagradables física y mentalmente, presentan repulsión de tener leche en los pechos, y les afecta a sus imágenes de mujeres. El significado de los pechos cambia, antes siento un estímulo sexual y ahora una herramienta para alimentar (Olsson et al., 2005; Trutnovsky et al., 2006; Trice-Black 2010). Esta tristeza de ver su cuerpo y pechos cambiados también aparece en los relatos de Badinter (1980) y Beauvior (1949). La lactancia materna, aparece como un indicador de menor satisfacción sexual con la pareja (Cost et al., 2016; McDonald, Woolhouse y Brown, 2017; Trutnovsky et al., 2006) asociándose con un inicio más tardío en la primera relación (Rowland et al., 2005) y mayor dispareunia (Lagaert et al., 2017; Solana-Arellano et al., 2008). Solo una participante ve la lactancia materna como un periodo sexualmente muy fuerte e importante. Como se ha mencionado, la interpretación de la sexualidad como uniforme e inmutable conlleva a que la mujer se vea poco sexual, incluso para ella misma, cuando su cuerpo se ve alterado o no cumple con unos requisitos establecidos.

*“Era como: ¡madre mía! entre lo gorda que estoy, que tengo molestias, que no estás lubricando y los pechos que no paran de salir leche, es asqueroso [risas] es una situación súper asquerosa, que lo haces más por él que por ti” Beth*

*“Yo ahora siento que tengo una sexualidad muy despierta, pero porque mi cuerpo lo está, ¿cómo no voy a...sabes? La propia lactancia es tan bestia que no puedes decir, no puedes pensar que no sea sexual, para mí es eso, pero entiendo que a nivel general no se entienda así, de hecho, a veces digo esto y es un poco tabú y, de hecho, hay gente que cuando digo esto a través de las redes: pero, pero entonces, ¿para ti qué es sexualidad? Porque estás diciendo de verdad que la lactancia es un acto sexual. Como que estás cometiendo... ¿sabes?” **Cara***

El sangrado vaginal postparto también se identifica como una dificultad para favorecer la sexualidad, así como la fatiga, el tiempo limitado, los cambios hormonales o de imagen corporal. Físicamente el suelo pélvico está alterado, y es necesario realizar ejercicios hipopresivos para mejorar el tono; las participantes buscan momentos para hacerlos, en pocos casos las mujeres se exploran su suelo. Existe un miedo anticipado de cómo estará la vagina, de cómo y qué sentirás, por esto, es muy importante centrar la atención en ellas, en las mujeres, durante las relaciones sexuales.

*“Bastante aprensiva, entonces yo tenía miedo porque yo pensaba: buf, si me hacen episiotomía luego... esto... Seguro va a doler un montón hasta que se acabe de curar, verás tú... Además, quieras que no pasa un niño por allí, pues igual los músculos están rozados, la pared luego duele, y lo tenemos como muy negativizado, y para mí luego fue mejor” **Nathy***

La sensibilidad en el tacto es un factor fundamental, Basilio (citado en Foucault, 2018) expresaba que el tacto es el sentido más intenso en las relaciones sexuales, por lo tanto, la alteración de la sensibilidad de las mujeres en el postparto supondrá un reto añadido a su vivencia. Las mujeres expresan preocupación por la afectación del perineo y la repercusión sobre la vejiga, el dolor, incontinencia, relación sexual y sensibilidad, pero al principio piensan que es parte de tener un/a hijo/a, que es normal (Williams et al.,



2005). Mencionan como fundamental tener buena comunicación con la pareja, poder expresar lo que sientes, si tienes ganas, si duele, respetarse. Pero, además, hablar de sexualidad y de qué tipo de sexualidad prefieren, este tema no es muy comunicado entre las parejas.

*“Siempre se habla, a lo mejor no es nuestro tema más... yo soy bastante cortada, soy bastante cortada para esto, pero sí, dentro de lo que cabe tenemos una buena comunicación pero, pero después de haber tenido al niño lo hemos hablado en plan de que, a ver cuando, tal... Sí, uff estoy cansado, pues yo también, ¿sabes? Tampoco lo hemos hablado largo y tendido”* **Helena**

Las mujeres resaltan mucho la importancia de que los dos quieran lo mismo o que se consiga un equilibrio en temas de sexualidad. El postparto es un periodo de cambio y adaptación y, en ocasiones, cuesta ponerse en la piel del otro/a y entender su postura, ponerse de acuerdo en qué momento es mejor para los dos. Bender, Sveinsdóttir y Fridfinnsdóttir (2018) exponen la necesidad de expresar la intimidad emocional por parte de las mujeres, muchas encuentran de ayuda poder hablar de lo que sienten, sin ir más lejos, se puede expresar sexualidad con un abrazo, un beso o un te quiero, incrementando la satisfacción de la mujer. Aunque haya diferencias, Schlagintweit, Bailey y Rosen (2016) defienden que las dos partes de la pareja se preocupan por los problemas sexuales, para la mujer la importancia está en los cambios hormonales, el cansancio, la frecuencia del coito, las diferencias en la libido, la imagen corporal, los pechos y las dudas en la primera relación sexual postparto.

*“Cuando hacemos las clases de preparación al parto hay un día que hablamos del posparto y allí se habla de las relaciones sexuales y siempre les digo: tenéis que tenerlas cuando vosotras queráis. Y siempre se hace miraditas en plan... Yo creo que bbfff, a lo mejor a veces cuando empiezan se sienten un poco cohibidas”* **Teresa**

*“Es súper importante sí, sí, totalment, si mi marido no fuese una persona activa dudo que estaría con él, o sea no, es súper importante para mí el deseo, y el sexo es súper importante en una pareja, y en general para uno mismo incluso” Beth*

*“Piensa que es muy importante estar sexualmente bien, yo creo que es importante en la pareja. Pero quiero decir, eso que tengas tantas tantas ganas, o sea, no tienes tantas ganas, pero en parte también tienes ganas porque lo que te aporta te gusta. Pero es aquello decir tenemos que buscar el momento de cuidar esta parte, bueno además que él también te busca claro” Lisa*

La presencia del bebé juega un papel importante, algunas mujeres prefieren tener al/la recién nacido/a en la misma habitación ya que se quedan más tranquilas si lo/a tienen controlado/a, y otras les da respeto o las distrae si lo/a tienen cerca, provocando que necesiten más concentración, no obstante, todas comentan tener el radar conectado. La pareja tiene que aprender nuevas estrategias o posponer el sexo para ocuparse del bebé (Olsson et al., 2005; Trice-Black, 2010).

*“Lo sacamos de la habitación sí, porque a mí me distrae, o sea, tú imagínate hacer el amor con tu hijo al lado, no estás pendiente y que tampoco es como que te genera repulsión, algo de ternura y algo más como sexual” Kate*

Durante el embarazo las participantes refieren tener la libido aumentada y la mayoría de las parejas presentan dudas y miedos a la hora de tener relaciones sexuales, este miedo vendría fundado por las creencias pasadas sobre la peligrosidad de las relaciones sexuales en el útero y el feto (*El Pedagogo II*, 88). Una mujer verbaliza tener más masturbación y más cuidado con las posturas debido al miedo. Otra considera que si tienes relaciones durante el embarazo ayudará a tenerlas después, basándose en experiencias de amigas. Profundizando, una mujer, refiere que sí que tenía la libido

aumentada pero por como sentía su cuerpo, la vagina, no le apetecía que fueran compartidas.

*“Durante el embarazo tuvimos tres tipos de relación y no penetración, pero el tema era ese, el respeto por no hacerme daño, no hacer daño a la niña, y al final tú también no te sientes, ¿cómo te tienes que mover? Que dice: es que no me puedo mover” Susan*

*“Durante el embarazo sí, además más, tenía más ganas que nunca, pero una pasada eh, pero muchas más, porque yo tampoco he sido nunca muy fogosa, pero durante el embarazo es que tenía unas ganas, te lo juro, y lo tenía contento todo el día” Fiona*

Solo dos de las 19 participantes refieren no haber retomado las relaciones sexuales siendo el cansancio el factor principal, la libido está disminuida y priorizan otras cosas. Las dos se disculpan con las parejas, aunque estas tampoco muestran muchas ganas. Una refiere miedo a tener dolor, que le cueste, hecho que influye mentalmente, no quiere que a la larga suponga un problema. Ahora mismo es más importante el cariño y más adelante llevará al sexo, a la liberación física necesaria. Por otra parte, sí que realiza masturbación, ya que es más fácil la excitación y tiene curiosidad por el funcionamiento. Con la pareja aún no ha llegado el momento, refiere que dejar de estar pendiente de la niña es difícil. La otra mujer confiesa que tienen el sexo apartado, están muy cansados y una vez lo dejas cuesta más empezar. Explica tener ganas, pero no tiempo, refiere tener pereza del sexo, de masturbarse. Admite que la pareja no la busca y ella tiene miedo a preguntarle o presionarle. Menciona que no se ve atractiva y se siente insegura para afrontar el sexo. Ella lo vive como una etapa, de momento no lo considera un problema, le preocuparía si se alargara cómo afectaría a la pareja, igual llevaría a buscarlo fuera. Hablando con amigas lo viven igual, ella se queda más tranquila de no ser la única.

*“Ya ha salido el tema: bueno, un día de estos dejamos a la niña con mi madre y vamos a comer los dos. Es que justamente ayer mismo ya lo hablamos, de: ostras, algún momento de estos nuestros los tenemos que recuperar” Isis*

*“El sexo lo hemos apartado aunque sí que tenemos la complicidad, seguimos teniendo el cariño cuando estamos en la cama solos, si está el niño allí al lado, pero estamos tan cansados que solamente... y supongo, también, cuando lo dejas, volver a empezar es difícil, es una asignatura que tengo muy pendiente” Helena*

#### 4.2.4. Ayuda profesional desincronizada

Desde el embarazo y los primeros meses del puerperio la mujer toma como referencia a los/as profesionales de la salud para que la ayuden a afrontar los cambios a que se somete; este acompañamiento es bien recibido y necesario; no obstante, durante el postparto las mujeres refieren sentirse perdidas y/o con poca información por parte de estos/as, y coinciden en que la figura de la madre desaparece después del parto, hecho por el cual en multitud de ocasiones tienen que buscar información por internet o a través de amigas. Estas fuentes de información pueden llevar confusión al no tener bases científicas, por este motivo, es fundamental la educación sexual por parte de profesionales (Yee et al., 2013).

*“En el momento que tú das a luz ya se acabó todo. Sí, ya fuera, ya fuera, ya es tu problema, ¿no? No, no lo veo bien, para nada, para nada” Beth*

*“Yo entiendo que ellos [profesionales] han visto embarazadas, a lo mejor van por la 5325 pero para mí es la primera vez, entonces, cosas que ellos dan por hecho para mí echo de menos que te expliquen, ya te digo, si no lo quieren repetir tantas veces que*

*te den un papelito o algo en el que te vayan diciendo... Que sepas cómo va a ser el proceso," Helena*

Pese a que el trato recibido se describa como correcto, las mujeres indican que sienten que no han estado bien informadas de las visitas pertinentes ni de los pasos a seguir durante el puerperio. Solo un 23% de las mujeres a los 3 meses post parto han sido preguntadas sobre su salud sexual directamente, o sobre problemas con la pareja (18%) según Woolhouse, McDonald y Brown (2014). Sobre todo, las participantes de esta tesis destacan el tema de la lactancia como problema que preocupa más y quedan muchas dudas e inseguridades sin abordar. Aún más, alguna mujer informa que se sintió poco respaldada y con la sensación de que los profesionales sanitarios le quitaban importancia a la lactancia. De la misma manera se reclama más soporte emocional y formación de los cambios que pueden sufrir, algunas proponen algún grupo donde se puedan compartir experiencias y tener soporte y asesoramiento cuando aún están en el hospital, sobre todo de lactancia, y por parte de enfermería que son las que están presentes en todo momento. Algunas de las mujeres refieren sentirse juzgadas, sobre todo durante la lactancia o por ser primerizas. Muchas reconocen que ellas mismas tampoco prestan atención y que les gustaría que, de alguna manera, se las obligara a hacer un seguimiento más exhaustivo. El poder hablar sobre el tema y tener un seguimiento para saber cuándo están preparadas para tener relaciones es vivido como una necesidad (Olsson et al., 2005); el saber si lo que están viviendo es normal o si hay más mujeres que les pasa lo mismo. En las revisiones médicas les comentan que a las 6 semanas ya podrán practicar sexo, que estarán preparadas, sin embargo, sienten que quizás físicamente sí lo están, pero no emocionalmente (Woolhouse, McDonald y Borwn, 2014). Médicamente, la recuperación del cuerpo marca el momento ideal para iniciar las relaciones sexuales, siendo la curación del suelo pélvico y restablecimiento físico de la mujer (Salim y Gualda, 2010).

Diferentes estudios coinciden y clasifican la primera relación sexual en el momento que hay penetración. El debate se inicia cuando se quiere describir correctamente sexualidad y actividad sexual. La focalización en la penetración deja en el olvido toda aquella actividad que no sea coito; las evidencias sobre actividad sexual más allá del sexo vaginal no abundan, sin embargo, muestran un inicio primario y con vivencias más positivas para las mujeres (Hipp, Kane Low y Van Anders, 2012). O'Malley, Higgins y Smith (2015) plasman la dificultad de tratar la necesidad sexual postparto, con el foco problemático en la definición de conceptos: sexualidad, salud sexual y función sexual. Si el seguimiento profesional se centra en el cuerpo físico, solo se centra en la mujer sin disfunción o enfermedad sexual. En esta interpretación desaparece el concepto de sexualidad y dificulta la visión multifactorial y holística de las experiencias sexuales en el postparto.

*“Pero después en el CAP, emm.. no te explican, la parte emocional también se tendría que trabajar ¿no? Y hay cosas que no te enseñan y que quizás también se tendrían que trabajar, porque después te encuentras que dices: ¿qué hago? estoy sola, ¿quién te lo enseña esto?, ¿quién te enseña a gestionar todas estas emociones? Porque todo son emociones y sentimientos que tienes dentro, ¿no? De la niña, del dolor, de la emoción, que te sientes que no tienes el cuerpo como lo tenías, que llega el verano y no tienes ropa... normal, acabas de parir, todo.” Susan*

*“Porque vino la comadrona y me lo dijo: no lo tolere, no lo aceptes, di que no, si tú has decidido que quieres [lactancia materna] no lo aceptes, y ella me enseñó, me puso el bebé como lo tenía que poner, por eso te dije, yo la tengo como un Dios, pero porque fue la única que me ayudó con todo, venga haz esto ponte allí, y venga ..... que no pasa nada, ánimate, y yo creo que esto es lo que tendrían que hacer más las enfermeras, ya no la comadrona, sino las enfermeras que son las que tienen más trato*

*contigo una vez tienes el bebé, eso lo eché mucho de menos y después también pues más revisiones” Fiona*

En temas de salud sexual coinciden en el poco seguimiento recibido. Chivers et al., (2010) muestran que un 30% de las mujeres recibieron información sobre salud sexual perinatal, y a un 60% les hubiera gustado recibir esta información. Durante el postparto, las participantes recibieron una visita a los 10 días aproximadamente y una última a los 40 días; expresan que una vez pasada la cuarentena se les da el alta, si no presentaban problemas físicos, indicando que ya podían tener relaciones sexuales; del que más recuerdan hablar es de anticonceptivos. Explican recibir poca información que a la larga les produjo dudas e incertidumbre, ya sea de cuantos puntos tuvieron, de los sangrados abundantes, sobre ejercicios de suelo pélvico, incontinencia, flujo, dispareunias o de la buena o mala curación de la zona perineal; es común utilizar recursos privados o soportes de familiares o amigas. La realización de fisioterapia del suelo pélvico puede ayudar a la tonicidad, no obstante, no se destacan resultados significativos en la función sexual a los 6 meses (Kolberg Tennfjord et al., 2016); aunque se empiezan a iniciar estudios donde se aplican terapias de rehabilitación y ejercicios del suelo pélvico (Citak et al., 2010; Dean et al., 2008). Priddis, Schmied y Dahlen (2014) remarcan la importancia de continuar investigando sobre el perineo y la necesidad de un seguimiento postparto exhaustivo por parte de los profesionales para mejorar las experiencias. Una experiencia psicológica negativa en relación al tipo de parto se asocia a una peor satisfacción sexual (Handelzalts et al., 2018). La información y seguimiento es fundamental, incluso una participante refiere que nadie le ha hablado sobre sexualidad, quizás porque tubo una cesárea, expresa que está viviendo un proceso nuevo y desconocido, que los profesionales pueden dar por supuesto. McDonald, Woolhouse y Brown (2015) expresan el bajo porcentaje de profesionales que preguntan sobre sexualidad y la difícil

accesibilidad a ellos. Otra participante con cesárea expone que al no ser parto vaginal la autorizaron a tener relaciones cuando quisiera, que no tendría problemas ya que la zona no estaba alterada, confiesa muchas dudas y necesidad de que se trate la parte emocional de la mujer. El trabajo del alma es fundamental para el buen funcionamiento del cuerpo (Foucault, 1984). Rufo de Éfeso (citado en Foucault, 1984) defendía que las relaciones sexuales deberían estar motivadas tanto por el cuerpo como por la mente; en el postparto, cuando se interpreta que la mujer puede tener relaciones gracias a su recuperación física se le mandan señales contradictorias a su sentimiento real. Aunque el grado de afectación del perineo es indicador de presentar dispareunia, hay otros factores que aumentan la prevalencia: depresión postparto, fatiga, lactancia materna, soporte social y estrés (Alligood-Percoco, Kjerulff y Repke, 2016), o antecedentes de dolores pélvicos y genitales previos (Glowacka et al., 2014). Por lo tanto, cuerpo y mente serán importantes. Algunas se quedaron sorprendidas cuando los profesionales les decían que podían tener relaciones, lo reciben de manera inesperada ya que no se lo habían planteado aún y queda lejos de su realidad. En cierta manera, se les está diciendo que ya están preparadas para tener sexo, pero ellas mismas no lo viven así, manipulando su sexualidad, es decir, de su discurso se extrae que, aunque el profesional les diga que ya están preparadas ellas confiesen que no lo están, por lo tanto, no están viviendo su sexualidad como querrían, sino precipitadamente, se les está manipulando o alterando su sexualidad. En las mujeres, la relación de su estado mental con su fisiología sexual es recíproca (Beauvior, 1949), por lo tanto, el miedo que puedan tener a las relaciones sexuales postparto dificultara la experiencia, siendo fundamental el abordaje emocional para el tratamiento físico.

*“Ese momento en el que la matrona te dice: ya puedes tener relaciones sexuales coitales con tu pareja, vamos a hablar de anticoncepcion, ese momento es un shock,*



*o sea, a mí me dio un bajonazo increíble, me pareció que estaba tan fuera de lugar, que estaba tan lejos de mi realidad, sé que es protocolo lo que hay que hacer y está bien que te informen, pero es verdad que tú lo sientes tan lejos, o sea, el tema sexual es físico, pero también es emocional, también hay una parte mental, entonces bff es que no solo es físico, yo entiendo que vale, ya está, ya te han quitado los puntos, ya puedes tener relaciones sexuales, pero es que encima creo que no es verdad, incluso a nivel físico, es que la sensación es de tu cuerpo ha cambiado tanto que el primer mes... yo te estoy hablando que estoy en el séptimo mes y mis últimas relaciones sexuales han sido dolorosas, ¿sabes?" **Cara***

*"Yo creo que sí, porque te genera mucha incertidumbre, porque te dan el alta en la cuarentena y ala ya esta.. y ya está no, porque a mí me duele, no sé si puedo seguir o no, yo hago los ejercicios y tengo dolor y sigo sangrando, ¿será peligroso, no será?"*

### **Diana y Paola**

Por otro lado, demandan más seguimiento e insistencia sobre sexualidad ya que, aun que no lo tengan en mente, después se dan cuenta que es un tema importante que necesita ser tratado y enfocado por los/as profesionales, sin dar nada como sabido y, a veces, se arrepienten de no haber preguntado cuando podían. Algunos estudios coinciden en que la mayoría de mujeres creen que si recibieran más información sobre los cambios que pueden experimentar en las relaciones sexuales les ayudaría a vivir mejor esta transición (Woolhouse, McDonald y Brown, 2014; Williams et al., 2005; Olsson et al., 2005; Priddis, Dahlen y Schmied, 2013; Bender, Sveinsdóttir, y Fridfinnsdóttir, 2018; Cappell, Macdonald y Pukall, 2016). Muchas proponen grupos de madres donde poder intercambiar experiencias tanto de sexualidad como emocionales para poder adaptarse al nuevo rol, las propias mujeres saben que es un proceso individual, algunas

lo recuperan antes y otras más tarde y son conscientes que puede ser un tema difícil de tratar y lento de recuperar.

*“Cuando fui a hacer la visita de los puntos no tocamos el tema [sexualidad] y me arrepiento, porque ahora sí que sería yo la que le preguntaría en plan: ¿y como lo tengo esto para?... No, a mí me hubiera gustado más seguimiento, pero físico mío de lo que hemos comentado antes, que quizás la mujer no está... no está preocupada para ella misma y, entonces, si a mí me hubieran dicho vente a visitar más a menudo pues yo hubiera ido, pero como solo me hicieron una visita y es la que... Pues haces lo que te dicen y quizás si te ven de qué parto has tenido, quizás sí que necesitas un poco más de seguimiento” **Rose***

*“O los hipopresivos, yo porque antes en mi gimnasio ya había hecho y los había visto pero mucha gente de mi edad no sabe que esto existe o que todo el mundo se mataría hacer abdominales normales que después son contraproducentes, que quizás falta un poco de información, o yo, por ejemplo, el ginecólogo, a la visita de los 3 meses le dije: ¿puedo empezar a hacer hipopresivos? –Claro, ya podrías haber empezado antes. Y claro, si no pregunto yo pues tampoco sé si me lo hubiera dicho ¿no? ¿sabes? Bueno me falta un poco de información quizás” **Tina***

*“Yo creo que no, porque teniendo en cuenta lo que te había dicho antes de que todavía es un tema a veces tabú, yo creo que nosotras deberíamos ser quizás más activas, bueno yo hablo por mí, a lo mejor en otros centros o en otros sitios haya otros protocolos, pero a veces tampoco nosotros somos tan activos, no lo tenemos protocolizado, no lo tenemos dentro de nuestra guía de actuación en el posparto, ¿qué tenemos que hacer? Pues mirar las perdidas, ver la lactancia, no sé que. El sexo no está, siempre sale por el método anticonceptivo es un poco secundario: ¿qué vas a hacer para no quedarte embarazada? uy si yo...! Entonces ya puede ser que saque el*

*tema pero no lo tenemos como algo importante, dentro de nuestras funciones, y yo creo que deberíamos” Lucía*

Las madres comentan que con las comadronas pueden tener más confianza, en general, ya que tienen más contacto y hablan de distintos temas; con los ginecólogos tienen la impresión que se centran en temas médicos, físicos y biológicos. En general hablar sobre sexualidad con los/as sanitarios/as no presenta ningún tabú para las mujeres, no obstante, el tiempo disponible dificulta el abordaje de temas no prioritarios. Por otra parte, reconocen que quizás hablarlo en grupo puede resultar incómodo para ciertas personas. Estos cuidados estandarizados y generalizados, limitados en un estanco periodo de tiempo, impiden atender de forma individual la sexualidad de la mujer, Butler (2002) defiende la necesidad de vivir una sexualidad individual y de alejarse de lo estipulado socialmente.

*“Con la comadrona, eeee, bueno fue un día que me explicó lo de la bola, los ejercicios, y yo le dije: ¿y el tema de tener relaciones? y me dijo: es lo mejor que te puede ir. Me lo explicó: cuando contraes... es algo que tendríais que ir haciendo para tú también recuperarte, y siempre lo hemos hablado muy natural, o sea, no, no ha sido un tema tabú, o sea, quizás ella no me ha sacado el tema, cómo va por faena a través de mi duda sí que lo estuvimos hablando y bien, y con mi pareja delante, así que ningún problema, y todo muy natural” Isis*

#### 4.2.5. *Sexualidad y maternidad: instinto versus cultura*

Como se ha mostrado, la sociedad está presente en el día a día, en los discursos, en los pensamientos, en los actos individuales y colectivos. Es imposible hablar de sexualidad, maternidad, postparto, sin pensar en el factor cultural que hay detrás. Esta realidad se hace evidente en la distribución de tareas del hogar, cuidados del bebé, en como la mujer se concibe como mujer y como se desarrolla como madre, por tanto, esta metacategoría explica que hay detrás del proceso que vive la mujer durante el postparto. A la hora de desarrollar los roles ya se ha explicado la influencia del género, aunque la repartición se intenta o se comenta que es de un 50% aparece un trasfondo donde las mujeres guían y “tiran del carro”, alguna destaca el instinto natural de hacerlo mejor, y otras la educación y cultura recibida, en otras palabras, lo que han visto en casa. A raíz de este planteamiento aparece la discusión del natural y lo cultural, una mezcla discursiva difícil de separar.

A lo largo del tiempo a la mujer siempre se la ha asociado a la naturaleza, vista por el hombre como ambivalente: vida y muerte, libre y sometida, semejante y desconocida (Beauvior, 1949) esta relación con la natura influye en las creencias de que la mujer presenta más instintos que los hombres, más sometida a su condición biológica e influenciada por las hormonas. En sus relatos las mujeres indican que la sociedad espera que sean responsables de la crianza y de las tareas del hogar, ya que son reconocidas como cuidadoras. Las participantes comentan que poco a poco va cambiando la carga de la mujer, pero que es un proceso lento el cambiar la imagen social. También explican que se aplaude y destaca cuando el hombre desarrolla el rol de padre, viéndolo como un acto especial y fuera de lo esperado. Socialmente no se facilita ni la inclusión del hombre en la crianza, ni de la mujer en el mundo laboral, llevando a cuestionar qué les supone ser madres, causando problemas cuando se plantean serlo. Badinter (1980) relacionó que

a mayor nivel de instrucción menor sentimiento maternal, cuando la mujer se reconoce como ser individual el deseo maternal baja escalones en sus prioridades. La estabilidad socioeconómica cada vez dicta más los ritmos reproductivos, dificultando la reproducción a las mujeres jóvenes, llevando a infertilidades y frustraciones a edades avanzadas.

*“Imagino que es porque venimos de donde venimos, yo entiendo que por esto, lo típico que antes el padre iba a trabajar y la madre se quedaba haciendo trabajos de casa y a cuidar del hijo, de la hija, de los hijos, de las hijas, él venía a mesa puesta y continuaba ocupándose la madre de todo, hasta ahora ha sido cultural” **Jack***

*“Porque aún tenemos este rol las mujeres, suerte, que no debería ser suerte, que ahora los padres tienen más bajas paternas porque antes solo tenían 15 días o o solo la hospitalización y ya está, pero es que debería ser suerte que la mujer también tuviera más tiempo, porque dicen: lactancia, sí, os podéis hacer reducción de jornada de lactancia, pero ¿qué tienes? Una hora del día, ¿cuántas veces come un niño? ¿Qué supone dar de mamar? No es una hora, entre que quiere un pecho, quiere el otro, te preparas, no se que, se coge, se duerme, ahora se vuelve a despertar, te tiras más tiempo. Entonces no, y es porque la sociedad aun está encaminada en este rol de la mujer y lo llevamos dentro, ¿eh? Yo reconozco que me sale... Es tema cultural” **Isis***

*“El rol que nos han asignado en cierto modo influye, da por hecho que tú tienes, o la sociedad da por hecho que tú tienes que cuidarlo, pero hoy en día hay padres que se quedan con los niños encantados de la vida y nadie lo señala, y nadie los mira, al revés, dice: o que padre tan apañado, que marido que bien cuida al niño, que no debería decir eso porque realmente debería ser lo normal, pero aún falta mucho tiempo para que esto pase” **Helena***

*“Porque hay una parte en la que tengo que reconocer una naturaleza femenina que es la que es, por más que yo antes pensaba otra cosa y ahora lo estoy cambiando, ahora lo tengo más claro que nunca, nuestro papel ahora mismo es fundamental, es decir, no quiere decir que sea vital, nuestra cría puede sobrevivir si la cuida otra persona con el mismo entusiasmo y como nosotras lo hacemos, pero con sus consecuencias, es decir, creo que nuestro papel es de vital importancia, que con el tema de la lactancia hacemos, o sea, nuestra función es como pocas cosas he visto yo en este mundo, o sea, nunca hubiera pensado que la lactancia tenía tantísimo poder y era tan importante, y que nuestro papel porque, ya no solamente es con nuestra cria, sino que me doy cuenta de que precisamente esto es lo que necesita nuestra sociedad, nuestro mundo, y por lo que vivimos este sistema que es totalmente antihumano, y anti personas, y anti vida, ¿no? Cara*

El hecho de que la sociedad, las redes sociales, la publicidad plasmen una idealización de la maternidad, del vínculo romántico madre-hijo/a, afecta negativamente en las mujeres sobretodo a nivel emocional, produciendo sensaciones que no imaginaban cuando se ven desarrollando el rol, o interfiriendo en los deseos reales de ser o no ser madre. Brigidi (2014) realiza un estudio donde analiza recursos audiovisuales que describen la maternidad, y mayoritariamente, aparece como preciosa, llena de felicidad, siendo un cambio positivo y de realización para la madre. La figura de la madre se hace invisible y, aún más, la sexualidad en el postparto, creando una imagen asexuada de estas, indicando a la mujer que deja de ser independiente y útil en el sistema productivo para que pase a ser la responsable de los hijos. Las madres no están representadas socialmente, y si se muestra, solo aparece la parte bonita y no se da voz a la parte más real, confiesan algunas participantes. A través de esta idealización, ya tratada anteriormente, aparecen dudas del puerperio, las participantes acostumbran a realizar hipótesis comparativas con otras madres. Formulan suposiciones y comparaciones

respecto a su situación con otra diferente, las participantes refieren que lo hacen seguramente como método de justificación de porque las cosas les van mal o que quizás, si fuera de otra manera, les hubiera ido mejor. Este rompecabezas que supone para ellas es el resultado de los prejuicios sociales, la imagen de la maternidad siempre ha jugado el papel de alabanza o rechazo según la importancia social que haya adquirido el niño o niña (Beauvior, 1949).

*“Todavía cuesta un poco aceptar de que es normal decidir tener o no tener familia y que tú puedes ser feliz y tener una vida plena igual sin hijos que con hijos, pero como nos han inculcado toda la vida que lo que toca y lo que socialmente es lo mejor visto y lo correcto tener familia, todo el mundo va un poco por ahí. Realmente hay muchas mujeres que no tienen instinto maternal, que no les apetece tener familia, es como que es lo que toca, me he casado, llevo no sé cuánto tiempo con mi marido, y ahora hay que tener hijos” **Lucía***

*“Creo que la maternidad está un poco como denostada socialmente, es como que pasas un poco, desde el punto de vista, o sea, desde el exterior pasas un poco a un segundo plano, la maternidad se aplaude mucho desde el contexto judeocristiano, pero a nivel social es como que ya no eres la productiva, la mujer emprendedora que va y viene en su moto ¿no?, a mí me costó mucho, yo todavía no... no he vuelto a coger mi moto desde hace un montón de tiempo, entonces sí, es como que de cara al sistema pierdes un poco de nivel, y no es verdad.” **Cara***

Las primíparas se ven en la posición de sentirse novatas en el rol de madre, lo viven como un proceso de aprendizaje, adaptación, pero muchas veces conducido por un instinto que según ellas: “les sale de dentro”. No obstante, cargan con la presión social de si están desarrollando el rol correctamente; por esto, resulta habitual sentirse juzgadas y recibiendo consejos de terceras personas haciéndolas sentir que todo el mundo sabe más

que ellas. Estos sentimientos en ocasiones las conduce a verse como malas madres si no cumplen con el que socialmente es interpretado como correcto, o no lo viven como socialmente está reconocido, pueden pensar que en alguna cosa se están equivocando.

*“Yo no creo que sea instintivo, yo creo que también es aprendido porque tú tienes referencia, ¿no? Lo que tú has visto de madres, esa referencia hace que tú tengas una idea preconcebida de que es para ti una buena madre, y una buena madre claro, tiene que atender a su hijo y también tiene que escuchar lo que le dice su madre de pautas, porque lo que te dice tu madre de pautas es igual que...” **Kate***

*“Sí que me he dado cuenta de que es un gran problema, la familia, los amigos, en el hecho este de que te dan consejos, y todo lo que haces tú lo haces mal y todo lo que dicen los otros es lo correcto, y lo que haces tú nunca es lo correcto y que estás loca, tocando los límites del respeto, y sí que he encontrado que esto es un punto muy duro de sobrepasar, desde el embarazo, desde el momento que estás embarazada” **Alicia***

Otro aspecto social influyente en la concepción de las mujeres es la imagen que tienen del propio cuerpo, concretamente en el postparto las participantes explican que han sufrido un cambio importante que, muchas veces, las puede hacer sentir que no son ellas mismas, no se reconocen; el hecho de no poder ponerse la ropa de antes del embarazo también las afecta emocionalmente; sexualmente tienen que gestionar como se pueden volver a sentir atractivas y sentirse mujeres deseadas. La percepción corporal que presentan las mujeres en este periodo es fundamental para afrontar su sexualidad, hay una relación evidente entre la satisfacción sexual y la autoimagen (Olsson et al., 2005; Bender, Sveinsdóttir y Fridfinnsdóttir, 2018). Hay un empobrecimiento de la imagen corporal en el postparto (Pauls et al., 2008), factores físicos como la afectación del perineo dificultarán la autoestima, o la imagen que representa la vagina (Zielinski et al., 2017).



*“Difícil porque dices bfff ¿Qué me pongo? ¿Cómo me voy a arreglar? Ahora hay momentos que me pruebo la ropa de embarazada que llevaba, o los jerseys que llevaba no me los quiero poner porque pienso que todo el invierno pasado fui igual, ¿qué pasa? Pues bueno, estás así un poco que no sabes, que no te acabas de sentir tú misma, que no estás cómo estabas, que te ha cambiado el cuerpo, todo, te cambia todo, hasta el cabello me ha cambiado, ¿sabes? Pero bueno, poco a poco...” Susan*

Se ve reflejada la importancia e influencia que la sociedad evoca en el aspecto físico, y sobre todo, en la imagen sexualizada de las mujeres, la cosificación. En relación con la sexualidad algunas expresan que afecta a la libido ya que no se sienten atractivas, y otras, comentan que se sienten seguras delante la pareja y que el sexo va más allá de la imagen. Solo una participante comenta que es muy importante para ella sentirse deseada, ser capaz de vivir su cuerpo de otra manera. El hecho de no sentirse atractivas interfiere en la seguridad de afrontar el sexo y de encararse a su pareja, y pueden llegar a pensar que no lo atraen. La idea de atraer al hombre con su aspecto y, así, encontrar el amor y ser feliz, fue la base de los siglos pasados; la mujer se presentaba en sociedad como un ser sexual (Beauvior, 1949) y aún quedan restos en la obsesión del aspecto físico. MacKinnon (1989) piensa que el enfoque en el cuerpo físico viene de la imposición masculina a través de la sexualidad llevando a la desigualdad de género y la jerarquía social. Se puede extraer de sus discursos que la sexualidad es un aspecto que conforma la totalidad social a través de la cual se define el género, es decir, esta sexualidad es la causante de las desigualdades. Saez, Valor-Segura y Expósito (2012) realizaron un estudio en España con una muestra de 251 participantes, mujeres y hombres, analizando la cosificación como subyugación de la mujer, los resultados mostraron una mayor cosificación vivida en las mujeres, con una relación importante con el sentimiento de empoderamiento, creando una falsa sensación de autonomía en ellas. Este estudio defendió la continuidad

del estado patriarcal mediante medidas sexistas que valoran a la mujer por su apariencia física.

*“Ha sido cuando ya he vuelto a tener un poco mi cuerpo que ya he bajado bastantes kilos, porque también engordé un montón, que él [pareja] ya más normal, que me busca más, me toca más, cosa que antes había dejado un poco de...” **Beth***

*“La sexualidad no es solamente el físico, es que haya otras cosas que a ti te hagan tener esas ganas, que no sea puramente algo físico, entonces el hecho de que tu físico o el de tu pareja haya cambiado, no te debería porque afectar, a mí no me afecta”*

**Diana y Paola**

*“Porque te hace sentir inferior, te hace sentir poca mujer, no deseada, claro que no te sientes guapa, tienes muchas inseguridades en ese momento” **Fiona***

Aunque comentan que sabían que el cuerpo cambiaría y que se han tenido que mentalizar, este cambio afecta, en menor o mayor grado; algunas lo viven como un rechazo, un vacío, que no encajan, otras lo van asimilando y se aceptan, pero confiesan cierto grado de preocupación, y otras se ven bien, no obstante, refieren que si su cuerpo no se hubiera recuperado o no hubieran perdido peso si que lo vivirían peor. Además, la disponibilidad no facilita las cosas, la gran mayoría no disponen de tiempo para cuidarse o ir al gimnasio. Acele y Karaçam (2011) destacan que un 47,4% de las mujeres no se sienten satisfechas con su físico durante el postparto. Buscan volver a la forma física anterior del embarazo, pero les resulta complicado, se centran en los cuidados del bebé (Carvalho, Gaspar y Cardoso, 2017). El poco tiempo que tienen lo dedican a cuidarse y arreglarse, algunas de ellas remarcan esta importancia explicando que se han cuidado mucho en el gimnasio, con nutricionista o control de la dieta. La influencia de las redes sociales está presente en algunos discursos donde destacan las chicas que están fantásticas después de dar a luz, esta visión irreal del postparto produce un coste para

las mujeres, y sobre todo, para las madres delante de la sociedad, que no encajan en los cánones de belleza. Verdú Delgado (2018) publicó un artículo sobre el peso de los medios de comunicación en la cosificación de las mujeres, y una de sus conclusiones hace referencia a esta influencia psicológica que sufren las mujeres que acaba haciéndolas partícipes de su propia esclavitud corporal. Muchas veces relacionan la imagen física tanto de figura corporal como del estilo de ropa en como se expresan ellas, ya sea como madre o como mujer; muchas participantes relacionan un estilo más informal y deportivo con el nuevo rol de madre, y confiesan sentirse mujeres cuando se arreglan, van a la peluquería o se ponen tacones. Inconscientemente expresan la influencia social en la autoestima que puedan presentar con su cuerpo, hablan de una seguridad transmitida por la pareja de poder presentarse tal y como son, pero a la hora de salir a la calle aparecen las inseguridades, por ejemplo, qué estilo y tipo de ropa es adecuado que lleven y cual no.

*“Ahora estoy super delgada y bien, me queda barriguilla... pero no tengo estrías, no me ha quedado nada... también me cuidé mucho y claro, no me han quedado ni estrías, nada, zero. Bueno lo único si pudiera hacer abdominales recuperaría el abdominal y estaría plana, completamente, pero bueno, pero bien físicamente” Hope*

*“Es tan fuerte lo que ocurre en el cuerpo y es tal el coste que tenemos las mujeres sobre ello, rompes completamente con el sistema, el canon de belleza, con el peso que tiene sobre las mujeres y es muy difícil de recuperar, sobre todo al principio, ¿no? Ese comentario me pareció la sociedad, es como lo que se vive y lo que nos ocurre en la mente cuando nos sabotamos, el “que me está pasando ahora”, ¿no? y es verdad que es... que es que la imagen física por mucho que lo vayas trabajando, es muy duro porque tiene mucho peso en la sociedad que tenemos” Cara*

*“Es como que pasas a otro nivel, ¿no? El otro día vi un anuncio que ponía, o sea, unos tacones súper largos y ponía: single, y entonces ponía unas bambas: with one child, y unas Crocs: with two childs, y realmente es un poco así, o sea, yo no voy a ir en tacones a pasear con mi hijo, pero sí que me los puedo poner en alguna ocasión, no tiene porqué, ¿no? Pienso que las madres no estamos representadas, es como estamos como en un plano secundario” **Kate***

Si bien la sexualidad está presente en el día a día, continúa siendo un tema tabú, las participantes están de acuerdo, expresan que es un tema que a la gente le da vergüenza hablar, algunas refieren que no hablas de tu vida sexual, no es natural, si se habla son comentarios o para bromear, es muy íntimo e incómodo. Este aire de vergüenza y pecado se ha visto descrito a lo largo de la historia de la sexualidad, presentado en la introducción, donde se tenía que actuar de cierta manera y llevar un régimen de los placeres estrictos para tener control de uno/a mismo/a, y no fracasar delante de Dios o de la comunidad. Muchas mujeres encuentran difícil poder hablar sobre sexualidad con la pareja o amigos (Woolhouse, McDonald y Brown, 2014). Las participantes expresaron la dificultad de poder hablarlo abiertamente según el ambiente y que se enfoca como si fuera un problema. Algunas piensan que es imprescindible que haya más educación sexual en los institutos, con más implicación de padres y madres, incluso, algunas confiesan que nunca lo han hablado con ellos/as, niegan haber recibido información, y destacan que el sexo era un tema incógnito en la familia, otras lo podían hablar con la madre libremente.

*“La gente no habla. También depende de los amigos, depende el vínculo que tú tengas con tu amigo, pero yo creo que el tema sexual se habla con comentarios, ¿no? Pues, por ejemplo, si te gusta alguien, pues va, cómo fue la primera noche, pues bien ¿no?, ¿sabes? Pero no, porque creo que también, si entras en detalle... la gente no hace*

*falta que me lo explique, ¿sabes? Que a veces ha pasado, que no hace falta que me expliques nada, te lo has pasado bien pues venga ajajaj yo creo que es esto, es en plan ha estado bien, tal. Yo que sé, pues la gente habla de la frecuencia, nose. Es algo que tampoco no, no es un tema que que sea cómodo, ¿no? como es tan íntimo y tan personal... A no ser que, a lo mejor, tengas un problema de algo, pero normalmente es: me lo he pasado bien y ya está" Lisa*

En un estudio realizado por Gómez Cantarino et al., (2016) en las zonas rurales de España, se destaca la importancia religiosa en las creencias personales, en la pareja se vive la sexualidad como una unidad, atendiendo a los intereses sexuales de los dos, aún no sintiéndose preparadas para el coito en el postparto lo practicaban para satisfacer al marido. Según el contexto donde se criaron les resultaba más o menos fácil hablar sobre sexo, teniendo prejuicios y miedos por el que podría decir la gente. En las zonas más urbanas resulta más sencillo expresarse abiertamente y encontrar la implicación de la pareja en todo el proceso (Gómez Cantarino y Moreno Preciado, 2012). Los participantes varones refirieron que, entre su sexo, normalmente, al hablar de sexualidad se expresa en forma de competición y comparación, pudiendo ser una manera de sacarle importancia. Durante el postparto, la sexualidad también resulta uno de los temas menos trabajados; las mujeres afirman que *"la gente te lo cuenta mucho todo, entre madres hay mucha comparación, no obstante, de sexualidad no se escucha mucho, no tienes la misma facilidad para hablarlo que de la lactancia o del niño"*. Parece que cada vez hay más avance en sexualidad entre los jóvenes comenta alguna; por otro lado, otras remarcan que solo superficialmente, no se habla de consentimientos, de sexualidades, de libertades, y aquí recae para ellas la importancia de una buena educación para llegar más allá del que socialmente se ve; las redes sociales no facilitan esta concienciación y resulta complicado saber cómo enfocar la educación.

*“En el postparto no, en todo, yo por ejemplo sí que es algo que he tenido mucha libertad pero de manera personal, no porque mi familia lo hable con libertad, si se habla es para hacerle burla, quiero decir, no te paras a hablar con alguien de tu vida sexual después del parto, no es una conversación que puedes tener como: cómo va el pecho, cómo va no sé que, no sale de manera natural, siempre es a consecuencia de, hablamos de la sexualidad porque dices: me duele y no he podido, y sí que hay tabú en el hecho de... De que nadie lo habla, una mujer por norma general no te dice: pues he estado 6 meses sin tener relaciones sexuales por el cansancio, lactancia, por la inseguridad, porque no sé qué... No se explica esta parte, quizás porque eres más reservada, pero considero que el hecho de que seas reservada es porque hay una vergüenza, hay un tabú.”* **Alicia**

*“¿La sexualidad? Sí, cada vez menos, pero sigue siéndolo, yo por ejemplo me he criado en una familia en la que si aparecían dos personas en una cama se cambiaba de cadena, entonces... Y siempre me ha dado mucho...en el ambiente en el que he vivido, siempre me ha dado mucho reparo hablar abiertamente, tengo amigas que no, que de hecho es como: chicas me sobra información, no hace falta que me contéis tantas cosas”* **Helena**

*“Porque creo que no se habla, sí que lo hablabas pues sí, he hecho esto, he hecho lo otro. A nivel profundo de sexualidad como importa, porque yo lo considero importante, sí que creo que es un tabú, todo y que se habla de sexo, que está en la tele, pero no se habla de lo que realmente importa, y creo que hay muchas cosas que aún son tabú, y son tabú porque yo creo que si se hablara mucha gente se sentiría que realmente hay cosas que no nos gustan o no sé, creo que sí que es un tabú”*

**Georgia**

En las entrevistas se plantea si existe una normalidad en el sexo, parece que están de acuerdo en afirmar que cada uno/a lo vive individualmente y es muy personal. No obstante, socialmente se reconoce esta normalidad para no desencajar ni ser juzgadas. Desportes (2006) expresa esta dificultad social de confesar las fantasías y deseos sexuales, creyendo que la imagen que se puede mostrar entrará en conflicto con la identidad social. De la mano de esta idea mencionan la incapacidad de expresar patologías sexuales que puedan presentar, haciendo que estas incrementen causando dolor físico y emocional. A lo largo de los volúmenes de Foucault se visualiza como la sexualidad siempre ha ido ligada al bien y al mal, a las restricciones y a la asociación de patologías, incluso mentales, de ciertas prácticas sexuales. Estas bases llevan a las vivencias de normalidad actual, incluso en lo que a frecuencia se refiere, una persona o una pareja, que practica, o quiere tener sexo 1 vez al mes se verá como un problema, y al revés, la que quiera 2 veces al día se pensará que algo no funciona bien. Soto Heredero (2021) presenta un estudio cuestionando la normalidad en dicha sexualidad, reconociendo una unión inquebrantable construida por modelos que la perpetúan, estos modelos fueron construidos por hombres blancos en el siglo XIX, coincidiendo, como anteriormente se ha tratado, con el nacimiento de la sexualidad moderna.

*“Es que la normalidad hoy en día es tan amplia, porque la gente aprende en la sexualidad por las películas y por los amigos y, además, esto es un inconveniente porque en las películas allí salen unos tíos, chicos y chicas, que son unos campeones, que no tenemos todas las condiciones físicas de esos chicos que salen en las películas [risas] entonces muchas veces esto genera un poco de frustración, porque claro, no somos eso” Alan*

*“Lo que pasa es que realmente todavía a estas alturas yo creo que vivimos en una época donde todas estas cosas son las enfermedades que sufren las mujeres en silencio,*

*son muy pocas las mujeres que llegan a la consulta y te dicen no puedo tener relaciones sexuales, o tengo mucho dolor, o no tengo ganas independientemente de que hayan parido o no, porque cuando han parido es un poco que tienen una justificación y sí que puede ser que te lo digan más, pero si es en condiciones normales, una mujer normal es muy difícil que venga y te digan es que tengo problemas con el sexo y necesito ayuda [...] Entonces todas estas cosas, muchas veces no lo exponen, no te lo dicen y se queda ah. Si realmente se tratase con naturalidad y lo notaran como una parte más del cuerpo, como si fuera el brazo, todo esto se ahorrarían. Más fácil, oye en la vulva me ha salido esto, cuando tengo relaciones me duele aquí, si me penetra me hace así. Pero claro estos son temas... que sí que hay mujeres que lo tratan con naturalidad, pero la mayoría... Ahí está lo que digo yo, las enfermedades ocultas de la mujer" **Lucía***

Culturalmente la sexualidad se ha construido hacia el hombre, expone una mujer, debido a esto pensamos que estos presentan más necesidad sexual, como mencionan algunas participantes, y se negativiza a la mujer si es activa. Millet (1969) expone que científicamente la mujer presenta mayor capacidad sexual que el hombre. Las mujeres se han adaptado a una sexualidad pasiva y de objeto, enfocada al hombre, de aquí recaen las descripciones de sexualidad enfocadas en la penetración y al compartir, y las dudas que presentan algunas mujeres cuando solo tienen orgasmos estimulando el clítoris, añade una participante, hecho más habitual de lo que se piensa. Estas conclusiones se enlazan con lo descrito en la introducción, el placer clitoriano no da satisfacción moral, decía Beauvior (1949), las mujeres tienden a buscar el placer vaginal para satisfacer al hombre. De esta manera surgen problemas sociales cuando el hombre no respeta ni entiende la sexualidad de la mujer y se respalda en la cultura de la infidelidad expresada por distintas participantes como: "buscar a fuera lo que no tienes en casa"; esta cultura lleva a las mujeres a contar los días que hace que no tienen relaciones. Algo parecido sucede



en las mujeres ecuatorianas durante el climaterio, Leyva-Moral (2013) estudió este fenómeno y vio como su cultura las hace adoptar un posicionamiento concreto en cuanto a la sexualidad y la relación marital, creando miedo a ser abandonadas por otra mujer. Se observa como los sucesos naturales que vive la mujer respecto a su condición sexual le afecta a su libertad. Plutarco (citado en Foucault, 1984) justificaba esta búsqueda del placer fuera del matrimonio para que la mujer no sufriera los excesos del hombre; esta afirmación ha causado que hoy en día el hombre piense que su sexualidad tiene que ser vivida activa y agresivamente y, que la mujer, se sienta objeto e insegura al satisfacer a su pareja.

*“Si tú no tienes, por lo que sea, por educación, por cultura, no tienes las herramientas para deconstruir esa idea, pues es posible que tú te amoldes claro, porque tu papel como te han dicho a ti que es el de mujer, como es la mujer sexual que es el satisfacer y el ser objeto de deseo, pues claro, tu función realmente es esa, la de satisfacer al otro y no la de poder darte tú y poner en el centro tu sexualidad, y más teniendo en cuenta que vivimos en un sistema en el que la sexualidad se ha construido por y para los hombres” **Cara***

*“Yo como profesional no tengo la percepción esta porque ya te digo que tampoco lo comunican, pero bueno si es fácil pensarlo y más con la situación en que una mujer es normalmente la que está más en casa, más encerrada y la pareja sale, y la mujer pues está más estancada sobre todo a nivel laboral y, si encima piensa que no hay relaciones pues que tenga el miedo de que la pareja busque por otra parte” **Carlos***

*“Siempre les digo: a ver, penetración podéis, claro, pero con preservativo, pero es que las relaciones sexuales son mucho más que todo eso, pero bueno. Pero esto es por el sistema que hemos tenido hasta ahora también, ya se relacionaba las relaciones*

*penetración-procreación y es como que no había nada más, ahora va cambiando, poco a poco va cambiando” Teresa*

La maternidad es un periodo muy sexual, describe una de las madres, es un periodo de redescubrirse, centrado en la lactancia y en la cría, no tanto en ella misma, no tan enfocada en el hombre, por este motivo muchas veces se describe el postparto como asexual. Ella refiere una sexualidad muy despierta, atendiendo lo que le pide, tiene presente a su pareja, pero no ocupa el primer lugar en este momento. Cuando Badinter (1980) habla sobre el amor maternal no se equivoca cuando expresa que hay distintos tipos; cada mujer se presentará a su hijo/a de una forma distinta, y estas maneras de relacionarse con el/la bebé entrarán dentro de su sexualidad. Durante las entrevistas se discutió qué las hacía sentir madres, y coincidían con la autora que es un proceso de aprendizaje, amor y respeto hacia el/la hijo/a. A veces, la sociedad las puede acusar de ser madres desnaturalizadas, siendo irónico que esta no naturalidad sea impuesta por la sociedad y no por la propia naturaleza.

Cuando se habla de sexualidad compartida, de cómo se han visto sexualmente hacia sus parejas, coinciden en que no se han sentido presionadas directamente, aunque normalmente ellos las buscan más, pero sí que tienen lástima y “*les sabía mal*”, llegando a disculparse por la situación, ejerciéndose ellas mismas presión. Muchas mujeres tienen miedo de no sentirse preparadas para retomar el sexo en el postparto (Carvalho, Gaspar y Cardoso, 2017) y la pareja presenta dificultades para entender la situación (Williams et al., 2005), hecho que hace que ellas mismas se presionen para mantener relaciones sexuales y satisfacer las necesidades del otro (Priddis, Dahlen y Schmied, 2013). Von Sydow (2002) remarca la percepción diferencial de ambos sexos, no solo en el postparto, para entender el placer sexual del otro, dificultando concretamente la sexualidad del puerperio.

*“Se trata de que estemos bien los dos, y yo, bueno, yo he ido cediendo creo que más de lo que él ha cedido en este sentido, pero no siempre se gana, o sea, el sexo tiene que ser, cómo se dice, consentido por los dos, o sea, ya no solo consentido, sino que tengo ganas, yo no quiero tener sexo si él no tiene ganas” Georgia*

Olid (2017) relata que cuando las mujeres hablan con amigas y se cuentan que sus parejas las presionan para tener relaciones, se contestan: *“es normal, los hombres son así”*. Y entre chicos, se ve con naturalidad que los amigos cuentan que por fin han convencido a su pareja para tener sexo. Ambos, mujeres y hombres, viven la presión social de sus roles establecidos. Ni todos los hombres son así, ni las mujeres tienen que justificar sus actos. En el postparto destacan que son comprensivos y que entienden que se puedan sentir cansadas. Olsson et al., (2005) y Cappell, MacDonald y Pukall (2016) comentan que, en el postparto, la pareja vive discordancias, no presentan la misma libido y es necesario el diálogo para satisfacer las necesidades. Dos participantes mencionan que quizás su aspecto físico hace que no las busquen tanto. A veces quedan preguntas sin contestar y puede llevar a pensar por qué no hay relaciones, de la no comunicación pueden aparecer dudas e inseguridades. Aquí se inicia un debate sobre el ceder y las relaciones consentidas, las participantes están de acuerdo en que, a veces, se tienen relaciones sin querer para hacer feliz a la pareja, siendo la parte que no quiere la que cede, por el contrario, también se puede pensar que la parte que quiere tenerlas cede otras veces y no las tienen. San Pablo (citado en Foucault, 2018) hablaba del matrimonio como una igualdad hacia los dos lados, tanto en privilegios como derechos, incluyendo el cuerpo de cada uno; esta idea de la persona como propiedad puede verse en los discursos de las mujeres cuando hablan de no poder negarse frente al hombre, o viceversa. Repiten la importancia de la comunicación y comprensión, entender que necesita el/la otro/a, la mayoría de las mujeres lo viven con frustración y dolor, con mucha presión delante la

pareja si no te acompaña en redescubrir la sexualidad. Es importante cómo volver a verse atractivas y deseadas, no obstante, una participante añade que la sexualidad no es solo física, por lo tanto, no tendría que afectar que la pareja cambie.

*“Sí que es verdad que a veces pensaba, porque pasaron eso, una semana, 15 días sin tener relaciones y nosotros llevamos 8 años juntos y no había pasado nunca, y yo me sabía mal por él, pero él me decía: yo tampoco estoy, tú tranquila, porque tampoco estoy, porque estamos reventados y ahora mismo no... Y también me decía: no es que no te desee, pero no es lo mismo” Beth*

*“Poca sexualidad, poca, yo creo que ella... tampoco lo hemos hablado mucho eh esto, ella creo que no tenía ganas, y por mi parte, me da un poco de respeto, de no hacerle daño, me da mucho respeto estas cosas, entonces yo quizás tampoco la presiono a ella en el sentido de tener relaciones sexuales, el tema este me da respeto de hacerle daño, y ella sí que lo hemos hablado alguna que otra vez, tampoco está muy receptiva, con mucho deseo...” Jack*

Por último, se hace mención a la posible influencia de la edad con la maternidad y con la sexualidad. Algunas participantes piensan que cuando más joven más energía tienes y mejor recuperación, no obstante, no presentas tanta experiencia ni madurez. Con los años se ha ido retardando la edad de reproducción; como se ha comentado el sistema socioeconómico no facilita los ritmos biológicos, llevando a una desinformación y nula visualización sobre la realidad de las mujeres. Por tanto, se podría relacionar que el instinto maternal se ve alterado por las necesidades culturales, la sociedad lleva a la mujer a ser trabajadora, ser productiva y poner limitaciones a la reproducción, haciendo dificultosa las dos vertientes; la mujer al adoptar un nuevo rol y alejarse de la antigua imagen de la madre cuidadora ha ampliado sus horizontes y esta visión de diferentes opciones, la llevan a cuestionarse si realmente quiere o no ser madre.

Al final, la mayor parte de las decisiones recae en las necesidades sociales, no en el instinto maternal. Beauvior (1949) dijo: “La humanidad no es una especie animal, es una realidad histórica” (p. 118), es decir, no sufre pasivamente la naturaleza, sino que la asume de forma objetiva, por lo tanto, la condición sexual y biológica de la mujer no es la única determinante en su persona, estas afirmaciones confirman la influencia socioeconómica sobre la postura de las mujeres en la maternidad y en la sexualidad. Como expone Badinter (1980) la sociedad jugó con el instinto maternal para que las mujeres sintieran que su existencia dependía de ello y se promoviera la natalidad y calidad de vida infantil. De hecho, aún se visualiza la maternidad como definición de la mujer adulta, esto ha repercutido en envolver el acto de la reproducción en un negocio, donde la procreación artificial se vuelve excesiva (Irigaray, 1992). Por lo tanto, la sexualidad se presenta manipulada por las necesidades sociales, dominándola a niveles conceptuales, de identidades, físicos y emocionales.

*“Evidentemente que la cosa cultural te dice esto, que si lo quieres hacer lo puedes hacer, pero si no. Creo que en el fondo, y muchas mujeres en un momento determinado dice no, yo no, yo no, yo no, pero luego se quedan como con ganas, entonces pasa como esas cosas que las mujeres con 40 años dicen: ah ¿y yo? Entonces corre, corre, corre, y entonces está lleno de chicas de 40 años que tienen que hacer virguerías, fecundaciones in vitro, los óvulos de donantes incluso, tiene que ser con óvulos de donante, pero yo creo que sí, que todos tenemos [instinto], pero con las mujeres mucho más, no sé porque, no sé si porque la naturaleza te está recordando constantemente tu condición de madre, que el hombre estas cosas no son tan sensibles, pensamos en cosas más sencillas” Alan*

*“Incluso desde el feminismo hablar de esto con transparencia es una emergencia, porque el problema de infertilidad en nuestra sociedad es enorme, genera muchísimo dolor, muchísimo dolor, no está la información encima de la mesa, yo lo he empezado*

*a ver ahora con el embarazo, pero es que es verdad que el tiempo corre en nuestra  
contra, o sea, para un hombre no es tanto problema, y la sociedad no acompaña  
nuestros ritmos biológicos” **Cara***

## 5. LIMITACIONES

En investigación cualitativa se ha explicado la importancia de contextualizar tanto la muestra como a los/as investigadores/as para poder replicar los resultados, y entender el significado completo de la teoría sustantiva. Esta muestra estaba formada básicamente por mujeres madres trabajadoras con un estatus socioeconómico medio, por lo tanto, su situación era considerada privilegiada. Es importante destacar la condición de mujeres autosuficientes e independientes, donde su educación seguramente fue destinada a no ser únicamente amas de casa, pero criadas por amas de casa, o al menos, con unos roles familiares marcados por el género. Estos factores se han visto reflejados en cómo afrontaban la dualidad de mujer y madre, de responsabilidades familiares, y el lugar que ocupaba la sexualidad. Seguramente, si se analizara un contexto sociocultural distinto, tanto el concepto de sexualidad como de maternidad adquirirían distinta perspectiva. Dicho de otro modo, esta realidad planteada en este estudio no es representativa en todos los contextos, por lo tanto, es fundamental entender y prestar atención a la muestra seleccionada para que la teoría explicativa adquiriera sentido.

Otro aspecto que hubiera sido interesante de plantear para el sentido completo de la sexualidad era la representación de la madre soltera, figura cada vez más presente en el primer mundo. No obstante, la única mujer que cumplía los criterios no quiso participar; sus argumentos defendían que al no tener pareja no encajaría con la temática del estudio. Su justificación confirma los hallazgos encontrados en el sentido que se le da a la sexualidad socialmente. El no encontrar participantes respondiendo a las necesidades del muestreo, se concluyó que este colectivo aún no estaba tan presente. No obstante, no se menosprecia la importancia de este grupo en la significación de la sexualidad femenina en el postparto.

Al tratar aspectos íntimos y personales como es la sexualidad, es inevitable pensar hasta qué punto la mujer se siente abierta y cómoda durante la evolución de las entrevistas semiestructuradas. Lo primero que se procuró fue que siempre fuera ella la que decidiera el momento y lugar de la entrevista, así ofrecer el mejor escenario para su tranquilidad. Las preguntas abiertas facilitaron el poder explicar sus experiencias, no obstante, sus respuestas siempre iban más encaradas en otros aspectos de la maternidad, que no tanto en la sexualidad. El rol de la investigadora procuró conducir las vivencias en relación a su sexualidad, aunque la mayoría de discursos se centraron más en la parte física y emocional, que no tanto en la concepción e interpretación individual. A medida que se iban haciendo más entrevistas fue posible ir mejorando el abordaje y poder obtener más respuestas.

Cuando el muestreo llevó a reclutar participantes varones salió a la luz la mayor dificultad de selección del sexo masculino, intuyendo que, o bien la temática resultaba más incómoda al género opuesto, o bien las mujeres presentan mayor disposición de colaboración. Finalmente, cuatro hombres aceptaron participar y aportaron los datos necesarios para responder las dudas y confirmar los hallazgos.

Estar inmerso en un estudio da la sensación que nunca se dedica el tiempo suficiente, o que se desearía, y más si se le suma una pandemia mundial. Los factores psicológicos y emocionales de los investigadores son una limitación en mayúsculas. La situación de cambio de concepción de las rutinas, vida social, vida laboral, que no solo ha repercutido a nivel de carga de trabajo sino de forma de trabajar, suponen una alteración de la gestión del estrés y dedicación a uno mismo. Sin embargo, el contexto es el que hace que cada tesis sea única. En otras palabras, las limitaciones expuestas es importante conocerlas y dejarlas reflejadas, pero no únicamente para tener presente las posibles debilidades, sino para comprender, realmente, como se plantó, germinó y floreció.



Igual de importantes se presentan las fortalezas de este estudio, que si se recuerda de la introducción se realizó una amplia revisión sistemática de la evidencia existente hasta el momento que complementó las fuentes de datos. Junto con la contextualización y desarrollo de la evolución histórica fueron indispensables para la contrastación de la teoría emergente y para la comprensión del fenómeno. A demás, los resultados fueron verificados con las participantes y con un experto en investigación cualitativa.

Una de las bases, sino la más importante, es el muestreo teórico. Este guio toda la recolección y análisis de los datos hasta formar la mejor muestra que pudiera dar un significado auténtico. A través de él se fue en búsqueda de mujeres, no solamente residentes en Cataluña, sino a nivel estatal. Resultó necesario explorar más allá de la realidad catalana, con su sistema de salud específico y su contexto sociocultural, para poder comprender cómo se formaba este fenómeno. Abrir la muestra a los interrogantes que iban surgiendo era la mejor manera de poder ofrecer una muestra que fuera lo mayor transferible y representante posible. De este modo, al hablar de las participantes, se hace referencia a mujeres españolas, no solamente catalanas, aunque mayormente lo fueran, debido a la confirmación que las españolas significaron para los resultados.

Cabe destacar la poca evidencia existente en España al respecto, la sexualidad en el postparto se presenta como una temática hasta ahora poca reconocida o mal planteada. Esta tesis se presenta como una llave para poder abrir una nueva forma de abordar la salud sexual de la mujer a través de la humanización del cuidado.

## 6. RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA

Las implicaciones para la práctica adquieren una importancia especial si se quiere que la investigación llevada a cabo no quede reflejada simplemente en papel. Aquí se proponen mejoras de conducta y de abordaje para poder cambiar las experiencias de las futuras madres. Retrocediendo a las páginas iniciales del manuscrito, se destacaron los tres roles de la enfermería. El rol académico e investigador, el rol asistencial y el gestor. Como bien se ha explicado, la enfermera investigadora capta la realidad para poder plantear nuevas formas de hacer y transmitir sus hallazgos con la docencia, la gestora evalúa las evidencias y cómo se podrían aplicar a los servicios, y la asistencial evoca todos estos conocimientos en la práctica. Por lo tanto, es indispensable que las tres sean una.

En esta tesis se ha escuchado la demanda de las mujeres a la asistencia recibida en el postparto. No obstante, las dudas que presentan y la experiencia que viven, empieza con el embarazo. Las clases de educación maternal van muy centradas al bebé, a sus cuidados, a los cambios durante el embarazo, destinando una sola sesión al postparto, una sola sesión para hablar de todos los cambios que supone el postparto, y dentro de estos la sexualidad. Una sexualidad encarada desde la vertiente física y el refuerzo emocional. Las participantes confesaron que hasta que no lo vives no sabes lo que es, aunque escuches que no todo es bonito, ellas prefieren pensar que sí, por lo tanto, al llegar el momento empizan las dudas. Es complicado llegar a influir en ellas durante el embarazo, pero ir recordándoles e insitiendo en las partes negativas puede mitigar el daño. Esta investigación ha ido destinada a conocer el postparto, por lo tanto, no se pueden especificar acciones reales previas a este.

El postparto se inicia tras el nacimiento del bebé, y muchas reflejaron el inicio del sentimiento de abandono en el propio hospital. La primera intervención debería correr

a manos de la enfermera de maternidad; muchas veces se presta atención a la matrona o ginecóloga, pero en sus discursos, las mujeres hicieron referencia a la presencia de la enfermera. El puerperio inmediato está repleto de cambios físicos y emocionales para la madre, que si no se contemplan a tiempo suponen un incremento de sus dudas cuando llega a casa, afectando a su sexualidad. Además, se le suma el primer contacto con la lactancia y, remarcando las palabras usadas por las participantes, debería haber un experto o referente en lactancia en todos los hospitales. Viendo la gran preocupación sobre la lactancia de estas mujeres, con sus pertinentes consecuencias físicas, de responsabilidades y sexuales, el hospital debería asegurar que la mujer se va a casa con este problema solucionado, o al menos, informada de los recursos disponibles si le aparecen dudas. Mayoritariamente el problema recae en el personal disponible y la ratio enfermera paciente, no obstante, la formación centrada en maternidad para todo el personal de enfermería de la planta debería ser un requisito.

Al llegar a casa, la mujer expresa que espera deseosa la visita con el pediatra, ginecólogo o matrona, ya que siente seguridad de poder resolver sus dudas o escuchar que todo evoluciona correctamente. Una alarma advierte que también presentan dudas sobre su estado normal sexual pero sus ganas de preguntar no están al mismo nivel que de la lactancia o cuidados del bebé, muchas veces porque reciben de los profesionales que su estado físico ya les permite tener relaciones o que con el tiempo todo se recuperará. Frente a esta situación esta tesis pretende reeducar en sexualidad a los profesionales, para hacer comprender que la sexualidad va más allá de recuperar el suelo pélvico o usar más lubricantes. Por lo tanto, invertir tiempo y créditos en la universidad para la buena formación en sexualidad supondría un avance y mejor gestión del tiempo de las consultas, y de la sociedad en general. El conocer la realidad permite aplicar un buen tratamiento para cambiar las vivencias de las mujeres y evitar que estos sucesos se

repitan. Si durante las consultas la mujer se siente comprendida, o incluso, el profesional ayuda a que la propia mujer se conozca a sí misma, o sea capaz de captar lo que no está funcionando en su sexualidad, directamente se estará influyendo a distintos niveles. Se modificará su manera en que concibe la sexualidad, la presión que se somete ella misma y en cómo recibe la presión externa, el significado de la lactancia y el vínculo que crea con el bebé, la capacidad de poder deshacerse de ciertas responsabilidades que no le pertocan, evitándose vivir el postparto de forma inesperada, o al menos, reconduciendo estos sentimientos. Añadir que la presencia del padre tanto en las clases prenatales como en los seguimientos postparto, reducirían la presión de las madres; no obstante, educar en este sentido recae a manos de la política social más que en la profesión sanitaria.

La falta de formación ha sido destacada en las entrevistas por los propios profesionales, donde ginecóloga y matrona ofrecen unos cuidados desincronizados, es decir, se presentan como independientes y nula comunicación. El formar un equipo multidisciplinar permitiría compartir observaciones sobre cada mujer, cada una en su especialidad, pero complementándose. Los equipos de atención primaria se caracterizan, o deberían caracterizarse por esta unión y coordinación entre médico, enfermera, trabajadora social, psicóloga, etc. No sería descabellado pensar que la mujer puerperal se beneficiaría de una atención integral, e incluso, con opción a psicólogos o sexólogos en caso de necesidad. Uno de los problemas principales es la falta de tiempo en las consultas donde se hace inviable el poder tratar todas las dimensiones de la mujer, haciendo que el eje gire entorno a lo básico: recuperación física, estado emocional decente, lactancia y cuidados del bebé. Por otro lado, las guías clínicas y protocolos al no contemplar la sexualidad en sí misma, se enfocan a lo anteriormente dicho, por lo tanto, el profesional que sigue estas guías, lógicamente, si tiene que recortar, recortará en este aspecto. Aquí es donde entraría la enfermera y políticas gestoras, que conociendo las

evidencias que esta tesis plantea, podría redistribuir tanto los protocolos como la distribución de las consultas. Por ejemplo, crear cuestionarios destinados a conocer cómo vive la mujer la sexualidad sería una primera intervención que no supondría un esfuerzo añadido al profesional, y facilitaría que ellas se prestaran más atención a sí mismas y descubrieran posibles alteraciones escondidas.

Otro factor destacado por las participantes fue la necesidad de poder contar con grupos de ayuda que no hablaran solamente de lactancia, sino que pudieran hablar de cualquier tema, incluyendo la sexualidad. Confesaron el alivio que sienten cuando se ven reflejadas en otras madres, el poder escuchar que no son las únicas que experimentan frustración, que les duele el tener coito, que no sienten ganas de compartir su cuerpo, que se sienten malas madres, que todo el peso recae en ellas. Muchas veces encuentran este respaldo en las redes sociales, leyendo por internet o en libros, y no se niega la utilidad de ciertas páginas, pero el poder contar con el sistema sanitario, que es el referente en cuanto a promoción y prevención de la salud, en este caso, salud sexual, es un derecho. Un inconveniente que reflejan es la desinformación de dónde poder acudir, algunas incluso se dan cuenta que pueden optar a visitas o grupos de ayuda una vez ya han pasado el mal trago, por eso demandan que al salir del hospital deberían tener agendadas las próximas visitas y los recursos a los que pueden optar. Incluso, aprovechar la evolución telemática que la pandemia ha traído, podría facilitar transmitir la información o ofrecer un recurso informático donde las mujeres puedan acceder a información, consultar dudas, comunicarse con los profesionales o hasta compartir experiencias con otras madres.

Las experiencias expresadas, ya fueran de asistencia pública o privada, han mostrado afirmaciones similares, por lo tanto, se puede pensar que no es una cuestión de recursos o estructuración, sino más bien de la comprensión y la importancia que se le da a la

sexualidad o salud sexual, y más aún durante el postparto, creando una imagen donde aparece inexistente. El simple hecho, como se explicaba, de ser tratada en un grupo no vulnerable, donde se presupone que no presenta riesgos importantes sociales, que puedan incluso suponer un problema de salud pública, repercute en el desinterés o despreocupación hacia este grupo de mujeres independientes, causando una falsa sensación de control. Asimismo, se propone revisar las guías de salud sexual y reproductiva de modo que todos los grupos sean representados, aportando una nueva imagen de salud sexual más lejos que el simple bienestar con su satisfacción sexual, ya que muchas veces esta satisfacción no viene por el propio placer y bienestar de la mujer individual, sino por su capacidad de encajar con lo socialmente estipulado.

Enfermería siendo una disciplina mayormente formada por mujeres, debería luchar por aplicar en sus cuidados políticas de género, incrementar la investigación para abrir nuevas líneas que exploren no solamente la sexualidad, sino todos aquellos factores que aún continúan influenciando negativamente en la salud de la mujer por su condición de mujer. Esta tesis ha pretendido entender y dar voz a ese grupo de mujeres que, día a día, luchan por entenderse y encajar en un mundo que les exige constantemente ser mujeres-madres perfectas.

## 7. CONCLUSIONES

Para formar una teoría se necesita una primera contextualización, una explicación previa de lo que hasta ahora se conoce, informarse sobre el estado actual del tema. Grandes teóricas y teóricos, filósofos y filósofas, historiadores e historiadoras han desarrollado la sexualidad en sus obras o, al menos, la han mencionado, resultando siempre un apartado importante en la comprensión del ser humano. Siempre se parte de unas ideas anteriores que hacen replantear ciertas creencias, en este caso, como se sienten las mujeres con su sexualidad, como influye la maternidad en la sexualidad y cómo es su concepción de ser mujeres. A veces sorprende el desconocimiento que la propia mujer puede tener de su historia, ¿Por qué se piensa como se piensa? ¿Por qué se siente como se siente? ¿Por qué le han enseñado de esta manera?

Existen muchas mujeres, y más hoy en día que está tan presente la idea de defender los derechos, la igualdad, que se pueden sentir perdidas, cuestionándose el verdadero motivo por el cual tanta gente reivindica una situación a su favor si ni ellas mismas son capaces de formar su propia realidad, e incluso, juzgándose a sí mismas por no percatarse de lo que implica ser mujer. Este manuscrito ha procurado defender la capacidad de poder desenterrar una realidad tan presente pero oculta al mismo tiempo a través del conocimiento y replanteamiento, dicho de otro modo, su meta era interpretar la realidad de la sexualidad de las mujeres en el postparto mediante sus discursos y compararlos con un pasado, conceptos preestablecidos y antecedentes similares, y ser capaces de reformular lo ya conocido para hacer nacer otros puntos de vista que ayuden al abordaje de los profesionales de la salud en esta necesidad.

Aferrándose a las palabras de Virginia Woolf (1929), esta teoría no pretende imponer una verdad absoluta, sino exponer cómo se ha formado todo este conjunto de ideas que

procuran explicar la sexualidad femenina en el postparto con sus posibles limitaciones y controversias. A continuación se presentan las conclusiones extraídas:

1. La sexualidad durante el puerperio se explica como una sexualidad manipulada y se evidencia cómo el contexto influye en la creación que las mujeres hacen de su sexualidad en el postparto. Cuando se habla de manipulación se pretende sacar a la luz como, a través de intervenir y controlar los conceptos, las acciones, la moral, las creencias, los sentimientos, entre otros, se llega a influir en la realidad de las personas. En el postparto, la mujer vive su sexualidad sin que sea su sexualidad, ella presenta unas expectativas que se ha ido creando al largo de su vida sobre la maternidad y como debe comportarse sexualmente una mujer al ser madre, asumiendo un rol de género que, quiera o no, la guiarán en su transición de identidad, afectando, como se ha ido viendo, a su expresión sexual. Toda esta situación la lleva a reconstruir una realidad que no se asemeja tanto a lo que había esperado y/o escuchado creando en ella emociones contradictorias, que conducen a cuestionar sobre la naturalidad de las elecciones maternas y sexuales. A este contexto se le suma una visión sanitaria limitada tanto en tiempo como en concepto sobre la sexualidad femenina afectando negativamente en la vivencia sexual de las mujeres puerperales.

Al utilizar la expresión mi sexualidad manipulada se quiere precisar que, de hecho, es una sexualidad propia de la mujer, la ha construido ella al largo de su vida, no obstante, a través de lo que ha ido recibiendo, si se puede decir, de forma impuesta de su exterior. Es decir, una persona, ella sola, puede tejer una bufanda con sus manos, le puede dar la forma y tamaño que quiera, pero el hilo que ha utilizado se lo dió el vecino de enfrente, aunque ella quería comprar otro; la aguja con la que tejió se la prestó su madre que aprendió de su abuela; y las instrucciones para tejer las sacó de un programa de



televisión; de este modo obtiene una bufanda propia pero manipulada por lo que ha ido recibiendo de su entorno. Lo que se intenta explicar es que, el contexto en el que se desarrolla la sexualidad femenina en el postparto interfiere manipulándola de tal forma que todo lo que lleva siglos definiendo a la mujer (cosificación, cuidadora, ama de casa, madre y reproducción) se junta en un mismo periodo de tiempo, con sus pertinentes consecuencias: una sexualidad manoseada.

Se podría pensar que todo en este mundo está manipulado, no solo la sexualidad femenina o el concepto de mujer, y no se podría ni afirmar ni negar esta conclusión. No obstante, si se puede reflexionar hasta qué punto algo no está funcionando bien y se puede intervenir para que funcione algo mejor. Con esta tesi se puede concluir que la sexualidad de la mujer está alterada a todos sus niveles: experimenta cambios físicos en sus órganos sexuales, en su imagen corporal, cambios de cómo se ve ella y cómo la ven los demás, cambios de prioridades, de deseos, hormonales, cambios sociales, cambios familiares, cambios con su pareja, que, en conjunto, hacen que su sexualidad se reformule.

Como bien se ha relatado a lo largo del manuscrito, la sexualidad femenina se ha ido creando destinada a ser compartida y adaptada a las necesidades del sexo opuesto, este hecho ha conducido a que se cuestione el propio buen funcionamiento sexual al no coincidir con lo establecido. Este acto se acentúa en el postparto debido a la inmensa metamorfosi que vive la mujer, y nos conduce a la explicar la segunda conclusión:

2. Durante este cambio la mujer recibe un asesoramiento de los profesionales que ha sido denominado como limitado e inadecuado, en lo referente a su sexualidad. La visión biomédica y la organización del sistema de salud ha conducido a promover la visión coitocéntrica y control de reproducción, haciéndolos

máximos representantes de la salud sexual de la mujer. Las repercusiones se expresan en dudas e indiferencia de las mujeres hacia su sexualidad en el postparto, convirtiendo el concepto de la sexualidad como un simple acto de calmar la libido.

3. Este abordaje sanitario conduce a generalizar las mujeres, la sexualidad y todas las experiencias puerperales, pretendiendo conseguir clasificar y entablar en blanco o negro, la salud sexual, y en concreto, la salud sexual de las mujeres privilegiadas, llegando a pensar que, por su condición socioeconómica, no presentarán alteraciones o situaciones de riesgo de interés social para dedicar investigación.
4. Asimismo, incrementar los estudios destinados a analizar la realidad de las mujeres puerperales ayudará a poder crear protocolos de intervención multidisciplinarios que, a día de hoy, resultan inexistentes. Las guías clínicas y las consultas de seguimiento se enfocan a los cuidados del recién nacido, a la lactancia y, en lo que a salud sexual se refiere, únicamente tratando problemas y fisioterapia de suelo pélvico y métodos de anticoncepción, obviando, o haciendo pinceladas únicamente, de la globalidad del fenómeno. Crear estrategias de intervención y acompañamiento en salud sexual, donde la mujer sea consciente y participativa de su propia sexualidad, se presenta como una obligación tanto para su bienestar como para la mejora en la formación de los profesionales.
5. Es en la educación y docencia impartida donde se transmiten los conocimientos, la profesión enfermera se caracteriza por presentar una visión holística que le permite observar a la persona como individuo único en su situación característica, no obstante, si el concepto de sexualidad está mal entendido o mal enfocado, la escucha activa se queda a medias. Por lo tanto, educar en sexualidad

y maternidades es prioritario para poder aprovechar esta disciplina sanitaria que tantas horas dedica al cuidado del paciente.

El sentimiento de soledad y sobrecarga que pueden experimentar estas mujeres en la maternidad no es solamente un problema individual de cada una, es una situación que debería ser atendida desde la estructuración de la sociedad en lo pertinente a las conductas de género. El crear medidas que integren ambos sexos, que faciliten la conciliación familiar, la vida laboral y la liberación maternal, agilizaría el cambio a un nuevo pensamiento igualitario que conduciría a vivir la sexualidad puerperal libremente.

## 8. LÍNEAS DE FUTURO

Cuando se realiza una investigación, de ella se espera que aparezcan o se deriven nuevos interrogantes que conducirán a proyectos posteriores. Del presente estudio no únicamente se pueden plantear cuestiones destinadas a la disciplina enfermera, sino también enfocadas a conductas de género y/o feministas. Y si se profundiza, conectar la disciplina de enfermería con la problemática de género aparece como una necesidad tanto para la salud de la mujer como para su evolución y reconocimiento igualitario. Recogiendo la situación de la mujer en la actualidad y, concretamente, después de analizar el significado de la sexualidad femenina en el postparto, temáticas tales como las que se presentan a continuación resultan interesantes de profundizar para enriquecer los cuidados que enfermería pueda ofrecer:

- Sexualidad femenina en el postparto en distintos grupos socioeconómicos y culturales.
- Formación y educación sexual recibida durante la formación enfermera.
- Influencia de las redes sociales en la concepción e imagen corporal femenina.
- Sexualidad femenina en el postparto en madres solteras.
- Sexualidad femenina en el postparto por grupos generacionales.
- Identidad de la mujer más allá de la maternidad.
- Influencia social sobre las decisiones maternas.

Enlazar la disciplina enfermera con el feminismo es una prioridad, tanto para aumentar la calidad de los cuidados que pueda ofrecer enfermería como la del propio colectivo. Crecer y evolucionar significa abandonar conductas y pensamientos que se piensan propios de la disciplina e incluso se sienten identificativos, pero solo impiden la autonomía de la/el enfermero/a. Enfermería, por ser un colectivo mayoritariamente formado por mujeres, acarrea un peso patriarcal que limita su desarrollo. Por lo tanto,

plantear líneas de investigación enfocados en los cuidados de enfermería en la salud de la mujer o en la comprensión de la mujer aparecen como sinónimos. Cuanto más se amplie el conocimiento sobre la mujer más facilidad tendrá enfermería para ofrecer una atención adecuada.

## 9. BIBLIOGRAFIA

- Acele, E. Ö., y Karaçam, Z. (2011). 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>
- Ahlborg, T., Dahlöf, L.G y Hallberg, L. (2005). Quality of the intimate and sexual relationship in first-time parents six months after delivery. *The Journal of Sex Research*; 42(2): 167-174. DOI: 10.1080/00224490509552270
- Alderman, N. (2016). *El Poder*. Rocabolsillo.
- Alejandro, C. (1998). *El pedagogo*. Editorial Gredos.
- Allgood, M. R., y Marriner Tomey, A. (2011). *Modelos y Teorías en Enfermería*. Editorial Elsevier.
- Allgood-Percoco, N. R., Kjerulff, K. H., y Repke, J. T. (2016). Risk Factors for Dyspareunia after First Childbirth. *Obstetrics and Gynecology*, 128(3), 512-518. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001590>
- Andrews, V., Thakar, R., Sultan, A., y Jones, P. (2008). Evaluation of postpartum perineal pain and dyspareunia-A prospective study. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 137(2), 152-156. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2007.06.005>
- Aristóteles. (1988.). *Política*. Editorial Gredos.
- Aristóteles. (1985). *Ética Nicomáquea*. Editorial Gredos.
- Ausona i Bieto, M. (2015). Alletaments de llarga durada i altres usos de la corporalitat en la criança. Universitat de Barcelona.
- Bachofen, J.J. (1987). *El matriarcado*. Ediciones AKAL.

- Badinter, E. (1980). *¿Existe el amor maternal? Historia del amor maternal. Siglo XVII al XX.* Paidós/Pomaire.
- Balzac, H. (1829). *The physiology of marriage.* Project Gutenberg.  
<https://www.gutenberg.org/files/16205/16205-h/16205-h.htm>
- Balzac, H. (1844). *La mujer de treinta años.* Editor digital: Titivillus.
- Beauvoir, S. (1949). *El segundo sexo* (Feminismos). Ediciones Cátedra.
- Bender, S. S., Sveinsdóttir, E., y 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(August 2017), 14-19. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.03.009>
- Bertozzi, S., Londero, A., Fruscalzo, A., Driul, L., y Marchesoni, D. (2010). Prevalence and risk factors for dyspareunia and unsatisfying sexual relationships in a cohort of primiparous and secondiparous women after 12 months postpartum. *International Journal of Sexual Health*, 22(1), 47-53.  
<https://doi.org/10.1080/19317610903408130>
- Blümel, J.E., Binfa, L., Cataldo, P., Carrasco, A., Izaguirre, H., y Sarrá, S. (2004). Índice de Función Sexual Femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Rev Chil Obstet Ginecol*; 60(2): 118-125. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262004000200006>
- Blumer, H. (1982). *El interaccionismo simbólico: perspectiva y método.* Hora, S.A. Barcelona
- Brigidi, S. (2014). Experiencias encarnadas. Representaciones audiovisuales de madre(s) y maternidad(es). *J Med Mov.* 10(3): 118-126.  
[https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/125083/RMC\\_2014\\_vol10\\_num3\\_original2\\_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/125083/RMC_2014_vol10_num3_original2_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

- Brigidi, S., Mancinelli, F., Leyva-Moral, J.M., y Ausona i Bieto, M. (2021). Privilegios, género y “dignidad del tiempo” en mujeres-madres-trabajadoras en la época de la covid-19. Catarata (Ed.), *La vida cotidiana en tiempos de la COVID. Una antropología de la pandemia* (pp.141-155). Los libros de la Catarata.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Brubaker, L., Handa V.L., Bradley, C.S., Connolly, A., Moalli, P., Brown M.B., y Weber, A. (2008). Sexual function 6 months after first delivery. *Obstet Gynecol*; 111(5): 1040-1044. doi: 10.1097/aog.0b013e318169cdee.
- Butler, J. (2002). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”*. Editorial Paidós.
- Butler, J. (2006). *Deshacer el género*. Editorial Paidós.
- Butler, J. (2010). *Marcos de guerra*. Editorial Paidós.
- Cappell, J., Macdonald, T. K., y Pukall, C. F. (2016). For new mothers, the relationship matters: Relationship characteristics and postpartum sexuality. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 25(2), 126–137. <https://doi.org/10.3138/cjhs.252-A5>
- Carrillo Pineda, M., Leyva-Moral, J.M., y Medina Moya, J.L. (2010). El análisis de los datos cualitativos: un proceso complejo. *Index de Enfermería*; 20(1-2). <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000100020>.
- Carvalho, J. M. N., Gaspar, M. F. R. F., y Cardoso, A. M. R. (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>



- Chaparro, M.G., Pérez, R.V., y Sáez, K.C (2013). Función sexual femenina durante el período posparto. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 73(3), 181-186. [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322013000300005](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322013000300005)
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory. A practical guide through qualitative análisis*. Sage publications.
- Charmaz, K. (2008). Constructionism and the grounded theory. In J. A. Holstein & J.F. Gubrium (Eds.), *Handbook of constructionist research* (pp. 397-412). New York: The Guilford Press.
- Chimamanda. (2014). *Todos deberíamos ser feministas*. Literatura Random House.
- Chivers, M. L., Pittini, R., Grigoriadis, S., Villegas, L., y Ross, L.E. (2010). The relationship between sexual functioning and depressive symptomatology in postpartum women: A pilot study. *Journal of Sexual Medicine*, 8(3), 792-799. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.02154.x>
- Citak Bilgin, N., Cam, C., Arslan, H., Karateke, A., Tug, N., Ayaz, R., y Celik, C. (2010). Postpartum sexual function of women and the effects of early pelvic floor muscle exercises. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*; 89(6): 817-22. DOI:[10.3109/00016341003801623](https://doi.org/10.3109/00016341003801623)
- Código de Núremberg. (1947). Tribunal Internacional de Núrember, experimentos médicos permitidos. <http://www.san.gva.es/documents/151744/228971/36codigodenuremberg.pdf>
- Comas-d'Argemir, D., Marre, D., y San Román, B. (2016). La regulación política de la familia. Ideología, desigualdad y género en el Plan Integral de Apoyo a la

Familia. Política y Sociedad. 53(3): 853-877.

[http://dx.doi.org/10.5209/rev\\_POSO.2016.v53.n3.48880](http://dx.doi.org/10.5209/rev_POSO.2016.v53.n3.48880)

Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) y Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos*. CIOMS. [https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline\\_SP\\_INTERIOR-FINAL.pdf](https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf)

Corbin, J., y Morse, J.M. (2003). The unstructured interactive interview: issues of reciprocity and risks when dealing with sensitive topics. *Qualitative Inquiry*, 9(3): 335-354. <https://doi.org/10.1177/1077800403009003001>

Cost, K. T., Plamondon, A., Unternaehrer, E., Meaney, M., Steiner, M., y 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>

Crane, A.K., Geller, E.J., Bane, H., Rujin, J., Myers, E., y Matthews, C.A. (2013). Evaluation of pelvic floor symptoms and sexual function in primiparous women who underwent operative vaginal delivery versus cesarean delivery for second-stage arrest. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*; 19(1): 13-16. doi:10.1097/SPV.0b013e31827bfd7b.

Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*. 1989(1), Article 8: 139-167 <http://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>

- Critical Appraisal Skills Programme. (2021). CASP Checklists. [CASP CHECKLISTS - CASP - Critical Appraisal Skills Programme \(casp-uk.net\)](#)
- Crotty, M. (1998). *The foundations of social research. Meaning and perspective in the research process*. Allen&Unwin.
- Dean, N., Wilson, D., Herbison, P., Glazener, C., Aung, T., y Macarthur, C. (2008). Sexual function, delivery mode history, pelvic floor muscle exercises and incontinence: A cross-sectional study six years post-partum. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*; 48(3): 302-311. <https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.2008.00854.x>
- De Judicibus M.A., y McCabe M.P. (2002). Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. *The Journal of Sex Research*. (39): 94-103. DOI:10.1080/00224490209552128
- De la Barre, P. (2018). *De la educación de las damas*. Clásicos del Feminismo, Cátedra.
- Denzin, N.K., y Lincoln, Y.S. (2011). *El campo de la investigación cualitativa. Manual de investigación cualitativa. Vol I*. Gedisa Editorial.
- Departament de Salut. (2009). *Educación maternal: preparación para el nacimiento*. Generalitat de Catalunya. [http://comatronas.es/contenidos/2012/03/textos/Preparacion\\_para\\_el\\_nacimiento.pdf](http://comatronas.es/contenidos/2012/03/textos/Preparacion_para_el_nacimiento.pdf)
- Departament de Salut. (2018). *Guía para embarazadas*. Generalitat de Catalunya. [guia-embaras-castella.pdf \(gencat.cat\)](#)
- De Souza, A., Dwyer, P.L., Charity, M., Thomas, E., Ferreira, C.H.J., y 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>
- Despentes, V. (2006). *Teoría King Kong*. Literatura Random House.
- Doğan, B., Gün, I., Ozdamar, O., Yilmaz, A., y Muçu, 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>
- Enderle C.F., Pereira da Costa Kerber, N., Lerch Lunardi, V., Magroski Goulart Nobre, C., Mattos, L., y Fonseca Rodrigues, E. (2013). Condicionantes y/o determinantes del retorno a la actividad sexual en el puerperio. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*; 21(3): 719–25. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000300010>
- Engels, F. (1884). *Origin of the family, private property, and the state*. Marx/Engels Selected Works.
- Esteban, ML. (2011). *Crítica del pensamiento amoroso*. Edicions Bellaterra.
- Eurostat (2017). La vida de las mujeres y los hombres en Europa – un retrato estadístico. European Union. <https://www.ine.es/prodyser/myhue17/bloc-3d.html?lang=es>
- Ferguson, J. (2017). *Moral values in the ancient world*. Routledge Library Editions.
- Freud, S. (1976). *Obras completas*. Amorrortu Editores.
- Friedan, B. (2009). *La mística de la feminidad*. Feminismos, Ediciones Cátedra.
- Fodstad, K., Staff, A. C., y Laine, K. (2014). Effect of different episiotomy techniques on perineal pain and sexual activity 3 months after delivery. *International*

Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction, 25(12), 1629–1637.

<https://doi.org/10.1007/s00192-014-2401-2>

Fodstad, K., Staff, A. C., y 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>

Foucault, M. (2018) *Historia de la Sexualidad IV. Las confesiones de la carne*. Siglo XXI

Foucault, M. (1984). *Historia de la Sexualidad III. El cuidado de sí*. Siglo XXI.

Foucault, M. (1984). *Historia de la Sexualidad II. El uso de los placeres*. Siglo XXI.

Foucault, M. (1976). *Historia de la Sexualidad I. La voluntad del saber*. Siglo XXI.

García Vivar, C., Arantzamendi, M., Lopez-Dicastillo, O., y Gordo Luis, C. (2010). La teoría fundamentada como metodología de investigación cualitativa en enfermería. *Índex de Enfermeria*; 10(4): 283-288. DOI:10.4321/S1132-12962010000300011

Garrido-Luque, A., Álvaro-Estramiana, J. L., y Rosas-Torres, A. R. (2018). Estereotipos de género, maternidad y empleo: un análisis psicológico. *Pensando Psicología*, 14(23). doi: <https://doi.org/10.16925/pe.v14i23.2261>

Giddens, A. (1995). *Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea*. Ediciones Península.

Glaser, B.G. (2002). Constructivist grounded theory? *Forum: qualitative social research*. 3(3). Art 12. <http://www.qualitative-research.net/fqs/>

Glaser, B.G y Strauss, A.L. (1967). *The Discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research*. AldineTranscation.

- Glowacka, M., Rosen, N., Chorney, J., Snelgrove-Clarke, E., y George, R. B. (2014). Prevalence and predictors of genito-pelvic pain in pregnancy and postpartum: The prospective impact of fear avoidance. *Journal of Sexual Medicine*, 11(12), 3021-3034. <https://doi.org/10.1111/jsm.12675>
- Gómez Cantarino, S., Pinto, J., Fabião, J., García, A., Abellán, M., y Rodrigues, M. (2016). The importance of religiosity/spirituality in the sexuality of pregnant and postpartum women. *PLoS ONE*; 11(6): 1-16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156809>
- Gómez Cantarino, S., y Moreno Preciado, M. (2012). La expresión de la sexualidad durante la gestación y el puerperio. *Cultura de Los Cuidados. Revista de Enfermería y Humanidades*; 16(33): 67-74. <https://doi.org/10.7184/cuid.2012.33.09>
- Gómez-Restrepo, C., y Cruz, V. (2017). Sesgo de recuerdo en psicoanálisis. *Revista de Psicoanálisis*. [https://www.researchgate.net/publication/320206126\\_Sesgo\\_de\\_reuerdo\\_en\\_Psicoanalisis](https://www.researchgate.net/publication/320206126_Sesgo_de_reuerdo_en_Psicoanalisis)
- Gutiérrez Martínez, A.P. (2020). ¿Y tú, das pecho o biberón? Narrativas, identidad de género y lactancia materna. *Desacatos*, 63: 104-121. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7525818>
- Handelzalts, J. E., Levy, S., Peled, Y., Yadid, L., y Goldzweig, G. (2018). Mode of delivery, childbirth experience and postpartum sexuality. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 297(4), 927-932. <https://doi.org/10.1007/s00404-018-4693-9>
- Hipp, L. E., Kane Low, L., y 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>

Instituto Nacional de Estadística (INE). *Mujeres y Hombres en España 2020: Conciliación trabajo y familia* (2016). INE.

[https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=INESeccion\\_C&cid=1259950772779&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalle&param3=1259924822888](https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259950772779&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalle&param3=1259924822888)

Irigaray, L. (1992). *Yo, Tú, Nosotras*. Feminismos. Ediciones Cátedra.

Izquierdo, L.E., y Zicavo, N.M. (2015). Nuevos padres: construcción del rol paternal en hombres que participan activamente en la crianza de los hijos. *Revista de Investigación en Psicología*; 18(2): 33-55. DOI:10.15381/rinvp.v18i2.12082

Jenofonte. (1993). *Recuerdos de Sócrates. Económico. Banquete. Apología de Sócrates*. Editorial Gredos.

Kahramanoglu, I., Baktiroglu, M., Hamzaoglu, K., Kahramanoglu, O., Ferda Verit, F., y 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>

Khajehei, M., Doherty, M., Tilley, P. J. M., y 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>

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>

- Khajehei, M., y Doherty, M. (2017). Exploring postnatal depression, sexual dysfunction and relationship dissatisfaction in Australian women. *British Journal of Midwifery*, 25(3), 162–172. <https://doi.org/10.12968/bjom.2017.25.3.162>
- Kinsey, A., Pomeroy, W.B., Martin, C.E., y Gebhard, P.H. (1953). *Sexual behavior in the human female*. Saunders Company/Indiana University Press.
- Klein, K., Worda, C., Leipold, H., Gruber, C., Husslein, P., y Wenzl, R. (2009). Does the mode of delivery influence sexual function after childbirth? *Journal of Women's Health*, 18(8), 1227–1231. <https://doi.org/10.1089/jwh.2008.1198>
- Lagaert, L., Weyers, S., Van Kerrebroeck, H., y Elaut, E. (2017). Postpartum dyspareunia and sexual functioning: a prospective cohort study. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 22(3), 200–206. <https://doi.org/10.1080/13625187.2017.1315938>
- Laganà, A.S., Burgio, M.A., Ciancimino, L., Sicilia, A., Pizzo, A., Magno, C., Buttice, S., y Triolo, O. (2015). Evaluation of recovery and quality of sexual activity in women during postpartum in relation to the different mode of delivery: a retrospective análisis. *Minerva Ginecol*; 67(4): 315-20.
- Leeman, L., Rogers, R., Borders, N., Teaf, D., y Qualls, C. (2016). The Effect of Perineal Lacerations on Pelvic Floor Function and Anatomy at 6 Months Postpartum in a Prospective Cohort of Nulliparous Women. *Birth*, 43(4), 293–302. <https://doi.org/10.1111/birt.12258>
- Lévi-Strauss, C. (1974). *Antropología Estructural*. Ediciones Paidós.
- Leyva-Moral, JM. (2013). El climaterio y las inmigrantes ecuatorianas: una experiencia natural en manos de otros. *Index de Nefermería*; 22(4): 204-208. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000300003>



- Lincoln, Y.S., y Guba, E.G. (1986). But is it rigorous? Trustworthiness and authenticity in naturalistic evaluation. *New directions for program evaluation*, n° 30.
- Lincoln, Y.S., y Guba, E.G. (1987). *Ethics: The failure of positivist science*. Speeches/Conference Papers Washington, DC.
- López, S. (2019). *Los cuerpos que importan en Judith Butler*. Dos Bigotes.
- Lurie, S., Aizenberg, M., Sulema, V., Boaz, M., Kovo, M., Golan, A., y 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>
- MacKinnon, C.A. (1989). *Hacia una teoría feminista del Estado*. Feminismo, Ediciones Cátedra.
- Marsh, F., Rogerson, L., Landon, C., y Wright, A. (2011). Obstetric anal sphincter injury in the UK and its effect on bowel, bladder and sexual function. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 154(2), 223–227.  
<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2010.09.006>
- McFadyen, J., y Rankin, J. (2016). The role of gatekeepers in research: learning from reflexivity and reflection. *Journal of Nursing and Health Care*, 4(1). DOI: 10.5176/2345-718X\_4.1.135
- McDonald, E. A., y 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>
- McDonald, E., Woolhouse, H., y Brown, S. J. (2015). Consultation about Sexual Health Issues in the Year after Childbirth: A Cohort Study. *Birth*, 42(4), 354–361.  
<https://doi.org/10.1111/birt.12193>

- McDonald, E. A., Gartland, D., Small, R., y 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>
- McDonald, E. A., Gartland, D., Small, R., y 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>
- McDonald, E., Woolhouse, H., y Brown, S. J. (2017). Sexual pleasure and emotional satisfaction in the first 18 months after childbirth. *Midwifery*, 55(July), 60–66. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.09.002>
- Meleis, A. (2010) *Transitions Theory. Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company. [https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions\\_theory\\_middle\\_range\\_and\\_situation\\_specific\\_theories\\_in\\_nursing\\_research\\_and\\_practice.pdf](https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory_middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf)
- Mercer, R. T. (2004). Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment. *Journal of Nursing Scholarship*; 36(2): 226-232. doi: 10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x.
- Mercer, R. T., y Walker, L.O. (2006). A Review of Nursing Interventions to Foster Becoming a Mother. *JOGNN*; 35(5): 568-582. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00080.x>
- Mercer, R. T. (2006). Nursing support of the process of becoming a mother. *JOGNN* 35 (5), 649-651. DOI: 10.1111/J.1552-6909.2006.00086.x
- Millet, K. (1969). *Política Sexual*. Feminismos, ediciones Cátedra.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2019). *Estrategia de Salud Sexual (Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva del SNS)*.

[https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Plan\\_Operativo\\_ENSS\\_2019\\_20.pdf](https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Plan_Operativo_ENSS_2019_20.pdf)

Ministerio de sanidad, política social e igualdad. (2011). *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*.

<https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>

Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. (2014). *Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Obstétrica Ginecológica (Matrona)*. Sanidad.

[http://comatronas.es/contenidos/2017/11/Programa\\_formativo\\_matrona\\_V01.pdf](http://comatronas.es/contenidos/2017/11/Programa_formativo_matrona_V01.pdf)

Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. (2014). *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio*. Sistema Nacional de Salud (SNS).

<https://webcge.consejogeneralenfermeria.org/profesion/guias-clinicas/send/69-otros-documentos/1304-real-decreto-de-23-de-octubre-por-el-que-se-regula-la-prescripcion-enfermera>

Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. (2017) *Manual básico de obstetricia y ginecología*. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

[https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/b4e5eb6e-95b6-47fa-8d71-8234e284c52c/6B5DACE8-E074-4104-B6BC-2FD8A8AD4573/df42b241-737e-4415-9932-30fe103aa141/Manual\\_obstetricia\\_g.pdf](https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/b4e5eb6e-95b6-47fa-8d71-8234e284c52c/6B5DACE8-E074-4104-B6BC-2FD8A8AD4573/df42b241-737e-4415-9932-30fe103aa141/Manual_obstetricia_g.pdf)

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., y Altman, D.G (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Journal of Clinical Epidemiology*, 62(10), 1006–1012. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2009.06.005>

- Musonio Rufo (1995). *Disertaciones. Fragmentos menores*. Editorial Gredos.
- Naderifar, M., Goli, H., y Ghaljaei, F. (2017). Snowball sampling: a purposeful method of sampling in qualitative research. *Strides in Development of Medical Education*. 14(3): e67670. <https://doi.org/10.5812/sdme.67670>
- Necosalova, P., Karbanova, J., Rusavy, Z., Pastor, Z., Jansova, M., y Kalis, V. (2016). Mediolateral versus lateral episiotomy and their effect on postpartum coital activity and dyspareunia rate 3 and 6 months postpartum. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 8, 25–30. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.01.004>
- Neusar, A. (2014). To trust or not tu trust? Interpretations in qualitative research. *Human Affairs* 24, 178-188. <https://doi.org/10.2478/s13374-014-0218-9>
- Olid, B. (2017). *Feminisme de Butxaca*. Angle Editorial.
- Olsson, A., Lundqvist, M., Faxelid, E., y 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>
- O’Malley, D., Higgins, A., y 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>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). *Nutrición: Lactancia materna exclusiva*. OMS. [https://apps.who.int/nutrition/topics/exclusive\\_breastfeeding/es/index.html](https://apps.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/index.html)
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2020). *Cronología Mujeres del Mundo*. ONU mujeres.

<https://interactive.unwomen.org/multimedia/timeline/womenunite/es/index.html#/1940>

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1948). *La Declaración Universal de Derechos Humanos*. ONU. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). (2005). *Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. UNESCO. [URL\\_ID=31058&URL\\_DO=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTION=201.html](https://www.unesco.org/unesco/declaracion-universal-sobre-bioetica-y-derechos-humanos)

Osborne, R. (2012). *Mujeres bajo sospecha. (Memoria y sexualidad, 1930-1980)*. Editorial Fundamentos.

Pardell-Dominguez, L., Palmieri, P.A., Dominguez-Cancino, K.A., Camacho-Rodriguez, D.E., Edwards, J.E., Watson, J., y 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>

Pardo Bazán, E. (2018). *La mujer española y otros escritos*. Clásicos del feminismo, Cátedra.

Pauls, R. N., Occhino, J. A., Dryfhout, V., y Karram, M. M. (2008). Effects of pregnancy on pelvic floor dysfunction and body image; a prospective study. *International Urogynecology Journal*, 19(11), 1495-1501. <https://doi.org/10.1007/s00192-008-0670-3>

Pérsico, G., Vergani, P., Cestaro, C., Grandolfo, M., y Nespoli, A. (2013). Assessment of postpartum perineal pain after vaginal delivery: prevalence, severity and determinants. A prospective observational study. *Minerva Ginecol*; 65(6): 669-78.

Platón. (1999.). *Diálogos: leyes*. Editorial Gredos.

- Platón. (1871). *Obras completas: La apología de Sócrates*. Edición de Patricio Azcárate.
- Polit, D., y Beck C.T. (2010). *Essentials of nursing research. Appraising evidence for nursing practice*. Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins
- PROSPERO                      2018                      CRD42018092255                      Available                      from:  
[https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display\\_record.php?ID=CRD42018092255](https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?ID=CRD42018092255)
- Priddis, H., Dahlen, H., y Schmied, V. (2013). Women's experiences following severe perineal trauma: A meta-ethnographic synthesis. *Journal of Advanced Nursing*, 69(4), 748–759. <https://doi.org/10.1111/jan.12005>
- Priddis, H., Schmied, V., y Dahlen, H. (2014). Women's experiences following severe perineal trauma: A qualitative study. *BMC Women's Health*, 14(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-14-32>
- Rådestad, I., Olsson, A., Nissen, E., y Rubertsson, C. (2008). Tears in the vagina, perineum, sphincter ani, and rectum and first sexual intercourse after childbirth: A nationwide follow-up. *Birth*, 35(2), 98–106. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2008.00222.x>
- Rager, K.B. (2005). Compassion stress and the qualitative researcher. *Qualitative Health Research*, 15(3): 423-430. doi: 10.1177/1049732304272038
- Rathfisch, G., Kucuk Dikencik, B., Kizilkaya Beji, N., Comert, N., Ismet Tekirdag, A., y 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>
- Real Academia Española. (2021). *Diccionario de la lengua española*. <https://dle.rae.es/hombre>

- Rogers, R. G., Borders, N., Leeman, L.M., y Albers, L.L. (2009). Does Spontaneous Genital Tract Trauma Impact Postpartum Sexual Function? *Journal of Midwifery and Women's Health*, 54(2), 98-103. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2008.09.001>
- Romano M., Cacciatore, A., Giordano, R., y La Rosa, B. (2010). Postpartum period: three distinct but continuous phases. *Journal of Prenatal Medicine*. 4 (2): 22-5. <http://europepmc.org/article/MED/22439056>
- Rosebrock, L., Hoxha, D., y Gollan, J. (2015). Affective reactivity differences in pregnant and postpartum women. *Psychiatry Research*, 227(2-3), 179-184. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.04.002>
- Rosen, R.C., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., Ferguson, D., y D'Agostino R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of femal sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(2): 191-208. DOI: 10.1080/009262300278597
- Rosen, N. O., y Pukall, C. (2016). Comparing the Prevalence, Risk Factors, and Repercussions of Postpartum Genito-Pelvic Pain and Dyspareunia. *Sexual Medicine Reviews*, 4(2), 126-135. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2015.12.003>
- Rousseau, J. (1762). *Emilio, o de la educación*. Alianza Editorial.
- Rowland, M., Foxcroft, L., Hopman, W.M., y Patel, R. (2005). Breastfeeding and sexuality immediately post partum. *Canadian Family Physician*; 51: 1366-1367. <https://www.cfp.ca/content/cfp/51/10/1366.full.pdf>
- Saez, G., Valor-Segura, I., y Expósito, F. (2012). ¿Empoderamiento o subyugación de la mujer? Experiencias de cosificación sexual interpersonal. *Phsycosocial Intervention*; 21(1): 41-51.

<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1132055912700637?token=A5A91A8A27DF8110FE1531E078942BBC3D32A1AA03F79CF8D955559CAFB5D686AE857174406A9B3EE9C6F1C3ACD864EA&originRegion=eu-west-1&originCreation=20211017183900>

Salguero Velásquez, M.A. (2008). Identidad de género masculino y paternidad. *Enseñanza e investigación en psicología*; 13(2): 239-259.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29213204>

Salim, N.R., y Gualda, D. (2010) Sexuality in the puerperium: the experience of a group of women \*. *Rev Esc Enferm USP*, 44 (4), 888-895. DOI:10.1590/S0080-62342010000400005

San Agustín. (2010). *Confesiones*. Editorial Gredos.

San Martín Cantero, D. (2014). Teoría fundamentada y Atlas.ti: recursos metodológicos para la investigación educativa. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 16(1), 104-122. <https://atlasti.com/wp-content/uploads/2014/05/San-Martin-2014.pdf>

Sarrado, J.J., Clèries, X., Ferrer, M., y Kronfly, E. (2004). Evidencia científica en medicina: ¿única alternativa? *Gac Sanit*; 18(3): 235-44.

<https://scielo.isciii.es/pdf/gs/v18n3/revision2.pdf>

Schlagintweit, H. E., Bailey, K., y 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>

Séneca. (1986). *Epístolas morales a Lucilio*. Editorial Gredos.



- Sok, C., Sanders, J.N., Saltzman, H.M., y Turok, D.K. (2016). Sexual Behavior, Satisfaction, and Contraceptive Use Among Postpartum Women. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 61(2), 158–165. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12409>
- Solana-Arellano, E., Villegas-Arrizón, A., Legorreta-Soberanis, J., Cárdenas-Turanzas, M., Enzaldo de la Cruz, J., y Andersson, N. (2008). Dispareunia en mujeres después del parto: Estudio de casos y controles en un hospital de Acapulco, México. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, 23(1), 44–51. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892008000100006>
- Song, M., Ishii, H., Toda, M., Nakamura, T., Nakai, Y., y Shimoya, K. (2014). Association between sexual health and delivery mode. *Sexual Medicine*, 2(4), 153–158. <https://doi.org/10.1002/sm2.46>
- Soto Heredero, C. (2021). La construcción de la normalidad en la sexualidad contemporánea. *Journal of Feminist, Gender and Woman Studies*; 10: 21-30. DOI.org/10.15366/jfgws2021.10.003
- Strauss, A., y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Editorial Universidad de Antioquia.
- Syme, R. (1979). *Roman Papers*. Oxford University Press.
- Taylor, S.J y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Kolberg Tennfjord, M., Hilde, G., Stær-Jensen, J., Siafarikas, F., Engh, M. E., y 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>

Tong, A., Sainsbury, P., y Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6): 349-357.

[http://cdn.elsevier.com/promis\\_misc/ISSM\\_COREQ\\_Checklist.pdf](http://cdn.elsevier.com/promis_misc/ISSM_COREQ_Checklist.pdf)

Trice-Black, S. (2010). Perceptions of Women's Sexuality Within the Context of Motherhood. *The Family Journal*, 18(2), 154–162.

<https://doi.org/10.1177/1066480710364130>

Triviño-Juárez, J. M., Romero-Ayuso, D., Nieto-Pereda, B., Forjaz, M., Oliver-Barrecheuren, C., Mellizo-Díaz, S., Avilés-Gámez, B., Arruti-Sevilla, B., Criado-Álvarez, J.J., Soto-Lucía, C., y Plá-Mesrte, R. (2018). Resumption of intercourse, self-reported decline in sexual intercourse and dyspareunia in women by mode of birth: A prospective follow-up study. *Journal of Advanced Nursing*, 74(3), 637–650. <https://doi.org/10.1111/jan.13468>

Trutnovsky, G., Haas, J., Lang, U., y Petru, E. (2006). Women's perception of sexuality during pregnancy and after birth. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 46(4), 282–287. <https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.2006.00592.x>

Unsal Boran, S., Cengiz, H., Erman, O., y Erkaya, S. (2013). Episiotomy and the Development of Postpartum Dyspareunia and Anal Incontinence in Nulliparous Females. *Eurasian Journal of Medicine*, 45(3), 176–180.

<https://doi.org/10.5152/eajm.2013.36>

- Van Brummen, H. J., Bruinse, H.W., Van de Pol, G., Heintz, A.P.M., y Van Der Vaart, C.H. (2006). Which factors determine the sexual function 1 year after childbirth? *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 113(8), 914–918. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2006.01017.x>
- Verdú Delgado, A. (2018). El sufrimiento de la mujer objeto. Consecuencias de la cosificación sexual de las mujeres en los medios de comunicación. *Feminismo/s*; 31: 167-186. DOI: 10.14198/fem.2018.31.08
- 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>
- Watson, J. (2007). Watson's theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Texto & Contexto Enfermagem*; 16(1): 129-135. DOI:10.1590/S0104-07072007000100016
- Watson, J. (2008). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring. Revised Edition*. University Press of Colorado.
- Williams, A., Lavender, T., Richmond, D.H., y Tincello, D.G. (2005). Women's experiences after a third-degree obstetric anal sphincter tear: A qualitative study. *Birth*, 32(2), 129–136. <https://doi.org/10.1111/j.0730-7659.2005.00356.x>
- Winnicott, D.W. (1965). *El proceso de maduración en el niño (Estudios para una teoría del desarrollo emocional)*. Editorial Laia/Barcelona.
- Witting, M. (1992). *El pensamiento heterosexual y otros ensayos*. Editorial Egales.
- Woolf, V. (1929). *Una habitación propia*. E-Bookarama Editions.

- Woolhouse, H., McDonald, E., y 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>
- World Health Organization. (2006). Defining sexual health. Sexual health document series. WHO Publications, (January), 1–35.  
[https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/defining\\_sexual\\_health.pdf](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf)
- World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *Clinical Review & Education. JAMA*; 310(20): 2191-2194.  
<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1760318>
- Yee, L.M., Kaimail, A.J., Nakagawa, S., Houston, K., Kuppermann, M. (2013). Predictors of postpartum sexual activity and function in a diverse population of women. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 58(6), 654–661.  
<https://doi.org/10.1111/jmwh.12068>
- Yildiz, H. (2015). The relation between prepregnancy sexuality and sexual function during pregnancy and the postpartum period: A prospective study. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 41(1), 49–59.  
<https://doi.org/10.1080/0092623X.2013.811452>
- Zielinski, R., Low, L. K., Smith, A. R., y Miller, J. M. (2017). Body after baby: A pilot survey of genital body image and sexual esteem following vaginal birth. *International Journal of Women's Health*, 9, 189–198.  
<https://doi.org/10.2147/IJWH.S123051>

## 10. ANEXOS

## RESEARCH ARTICLE

## Open Access

# The meaning of postpartum sexual health for women living in Spain: a phenomenological inquiry



Lidia Pardell-Dominguez<sup>1</sup> , Patrick A. Palmieri<sup>2,3,4,5\*</sup> , Karen A. Dominguez-Cancino<sup>5,6,7</sup> ,  
Doriam E. Camacho-Rodriguez<sup>5,8</sup> , Joan E. Edwards<sup>4,9</sup> , Jean Watson<sup>10,11</sup>  and Juan M. Leyva-Moral<sup>1,4,5</sup> 

## Abstract

**Background:** Sexual health is a multidimensional phenomenon constructed by personal, social, and cultural factors but continues to be studied with a biomedical approach. During the postpartum period, a woman transitions to mother, as well as partner-to-parent and couple-to-family. There are new realities in life in the postpartum period, including household changes and new responsibilities that can impact the quality of sexual health. This phenomenon is understudied especially in the context of Spain. The purpose of this study was to describe the lived experience of postpartum sexual health among primiparous women giving birth in Catalonia (Spain).

**Methods:** This was a phenomenological study with a purposive sample of primiparous women. Data was collected through semi-structured interviews until saturation. Analysis followed Colaizzi's seven-step process with an eighth translation step added to limit cross-cultural threats to validity. Also, the four dimensions of trustworthiness were established through strategies and techniques during data collection and analysis.

**Results:** Ten women were interviewed from which five themes emerged, including: Not feeling ready, inhibiting factors, new reality at home, socio-cultural factors, and the clinician within the health system. Returning to sexual health led women to engage in experiential learning through trial and error. Most participants reported reduced libido, experienced altered body image, and recounted resumption of sexual activity before feeling ready. A common finding was fatigue and feeling overloaded by the demands of the newborn. Partner support was described as essential to returning to a meaningful relationship. Discussions about postpartum sexual health with clinicians were described as taboo, and largely absent from the care model.

(Continued on next page)

\* Correspondence: Patrick.Palmieri@bisa.org; patrick.palmieri@uwikner.edu.pe; ppalmieri@atsu.edu

<sup>2</sup>Vicerrectorado de Investigación, Universidad Norbert Wiener, Av. Arequipa 444, 15046 Lima, Peru

<sup>3</sup>College of Graduate Health Studies, A. T. Still University, 800 West Jefferson Street, Kirksville, MO 63501, USA

Full list of author information is available at the end of the article



© The Author(s). 2021 **Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated in a credit line to the data.

(Continued from previous page)

**Conclusion:** Evidence-based practices should incorporate the best evidence from research, consider the postpartum sexual health experiences and preferences of the woman, and use clinician expertise in discussions that include the topic of postpartum sexual health to make decisions. As such, human caring practices should be incorporated into clinical guidelines to recognize the preferences of women. Clinicians need to be authentically present, engage in active communication, and individualize their care. More qualitative studies are needed to understand postpartum sexual health in different contexts, cultures, and countries and to identify similarities and differences through meta-synthesis.

**Keywords:** Pregnancy, Postpartum, Sexual health, Sexuality, Body image, Social support

## Background

Sexuality is central to being human with an evolving meaning across the lifespan [1] that encompasses gender role, sexual identity and orientation, eroticism, pleasure, and intimacy [2]. Influenced by the dynamic interplay of variables [3] such as biological, psychological, social, economic, political, cultural, ethical, legal, historical, religious, and spiritual factors [4], sexuality is the integration of life experiences manifesting as a multidimensional phenomenon. Sexuality is embedded differently within cultures [5] through conventions, assigned roles, and behaviors that express sexual desires, diverse emotion and power relationships [6], mediated by the beliefs, values, attitudes, feelings and position in society [7]. As a subjective experience, sexuality depends on the person, and usually their partner, in the context of bodies, feelings, and emotions [8]. Sexuality emerges as what has been learned culturally, historically, and socially without an emphasis on the biomedical roles of biology and reproduction [9]. In the context of women, however, sexuality is influenced by significant life events and experiences associated with pregnancy, childbirth, and motherhood [10, 11].

### Sexual health and women

Recognized as a basic human need to honor and celebrate the essence of humanity, sexuality is a central concept for sexual health [12], with least three related functions: reproduction, pleasure, and communication [13]. For a woman, sexual health is expressed in the sexuality constructed by personal, social, and cultural factors. Since the early 1970's, sexual health began shifting from a biomedical phenomenon defined by physical properties to "the integration of the somatic, emotional, intellectual and social aspects of sexual being in ways that are positively enriching and that enhance personality, communication and love" [14]. Today, sexual health is "a state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity" [15]. With this evolution, sexual health promotion was one of the five core reproductive and sexual health services

included in the Millennium Development Goals [16], and carried forward into the Sustainable Development Goals [17]. As a basic human right [18], women have the right to pursue a fulfilling, satisfying, safe, and pleasurable sexual life [19, 20].

The trajectory for sexual health during motherhood begins with pregnancy, progresses to birth, and evolves through postpartum. Despite the postpartum period being largely defined by physical changes across the three phases emphasized in the biomedical model of childbirth, the new mother also experiences psychological, relational, and social changes [21, 22]. Although the postpartum period is characterized by similar physical changes, the return to pre-pregnancy sexual health is individual, personal, and changes with time [23]. Complications, such as pelvic floor disorders [24–26], can negatively affect the sexual health of primiparous women with recovery taking between 3 and 18 months [27–30]. The longer recovery often results in decreased emotional satisfaction, new relationship problems, and inadequate sexual pleasure [31].

### Postpartum sexual health

Conceptually [8] and clinically [11], postpartum sexual health is not well defined and lacks sufficient published research to be well understood. As a concept, postpartum sexual health has been described by four interrelated dimensions, including: physical, psychological, relational, and social [8]. For women in varied contexts, unique cultures and different countries, shifting roles and evolving responsibilities in the postpartum period negatively impact their sexual desire as well as satisfaction [32–44], and even stimulates fear [45]. Researchers, primarily from economically developed countries, have reported a variety of issues that impact the overall experience of women when returning to sexual activity, including: dyspareunia [22, 34, 36, 40, 41, 46–52], decreased libido [51, 53–55], problems achieving orgasm [11, 46, 48, 56], negative body image [32, 53, 54], fatigue and sleep deprivation [53–55, 57], relationship dissatisfaction [43, 57], household responsibilities [54], and concern about satisfying partner [22, 39, 42, 43, 46, 48, 58,

59]. Also, women report emotional concerns and personal conflicts [50, 53, 54, 60, 61], such as feeling guilty for their problems and failing their partners [51, 53, 54] and even depression [34, 46, 55, 57, 62]. These sexual health issues are reported to persist for 12 months and longer following birth [11, 38, 40, 41, 56].

Sexual health has been described as a taboo topic for conversation for women seeking health services [58, 63]. While some women reluctantly engaged their healthcare providers in discussions about sexual health [39, 47], other women, as reported in Spain [33], lacked the prerequisite knowledge about sexual health to seek help during the postpartum period. When seeking help from their providers, women believed that their concerns were trivial, or the information they received was not helpful [64]. More adaptative to changes in their sexuality than their partners [65], women in the postpartum period hesitantly return to sexual activity without guidance from their providers to satisfy their partners or to feel attractive and desired [43, 59]. Regardless of the explanation, the available evidence suggests increased couple time, effective communication, partners engaged in newborn care, and shared household responsibilities [53, 54, 60, 61] decreases conflicts and increases intimacy resulting in improved postpartum sexual experiences.

More qualitative research is needed to address the 'dearth of evidence' [11] about how women experience their sexual life during the postpartum period. This is especially important since researchers report sexual activity is not delayed due to delivery type, whether vaginal with or without episiotomy or caesarean, and laceration status [38, 39], even at 12 to 18 months postpartum [37, 41]. Sexual health cannot be studied in isolation as a physical concept [59]; instead, it should be explored as a multidimensional phenomenon focused on the 'whole woman.' As such, clinicians need to assess, identify, and intervene to improve the sexual health of individual women, taking into consideration their perspective, as part of holistic care [66].

In the Spanish context, there are five studies reported in the literature that explore any aspect of postpartum sexuality [32–35, 67], with minimal focus on sexual health. Two of the Spanish postpartum and sexuality studies used observational methods to understand the mode of birth and postpartum sexual functioning in Madrid [34] and self-esteem and self-image of women in Navarra [32]. The other three studies were ethnographies focused on sexuality and religiosity/spirituality in Castilla-La Mancha [35], sexual experiences of Spanish and immigrant women in Palma de Mallorca [67], and the expression of sexuality socially and professionally in Madrid [33]. There were no studies specific to sexuality or sexual health identified for the distinct culture in the large region of Catalonia (Spain). This phenomenological

research was conducted to explore and describe the lived experiences of postpartum sexual health of primiparous women in Catalonia (Spain).

## Methods

### Design

A phenomenological method [68] was used to answer the research question for the study: What is the meaning of sexual health for women during the postpartum period? Descriptive phenomenology guides researchers to capture the reality of phenomena through probing the subjective consciousness of the individual [69]. This approach is commonly used to study poorly understood aspects of experiences [70]. For this reason, this study used participant subjectivity to illuminate the meaning of their experiences as they were experienced [71]. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Universitat Autònoma de Barcelona (Protocol #3647).

### Sampling and participants

A purposive criterion sampling technique [72] was used to identify women who experienced the phenomenon of interest [73]. The recruitment was assisted by a midwife practicing in Tarragona (Southern Catalonia) who informed potential participants about the study. Contact details were collected from the women who expressed interest in the study. To be eligible to participate, women had to have given birth for the first time (primiparous) within the last year in a Catalan hospital. Women were excluded if they were < 18 years old, gave birth to more than one infant (twins or triplets), did not speak Catalan or Spanish languages, or had cognitive disabilities. The women were contacted by telephone by the principal investigator and if they agreed to participate, a specific date and place was arranged for the interview. Skype® was also offered to participants as an interview format to facilitate recruitment [74]. The participant enrolment process was closed when the interviews provided no new information, or the information was redundant to the point of data saturation [75, 76]. Saturation was anticipated to occur between six and fifteen participants [71, 77–79].

### Data collection

Data were collected in Catalan or Spanish through semi-structured interviews with the participants between March and June 2017. The primary investigator conducted the digitally recorded interviews as recommended by Rubin & Rubin [80] to help the women express themselves freely in describing their experiences and identifying their perceptions about their postpartum sexual health. The interview guide developed for this study focused on exploring six areas referenced in the



literature [1, 8, 10], including: 1) resuming sexual activity; 2) experiences; 3) emotions and feelings; 4) role of the partner; 5) influence of the infant; and 6) support from clinicians (health professionals). The interview questions (Table 1) facilitated a conversation where the researcher listened to the participants describe their lived experiences [80]. In order to explore the six areas of interest, the researcher minimally guided [81] rather than directed or controlled [82] the conversation. As new areas emerged, such as the significance assigned to sexuality by society, the topics were incorporated into the continuing interview process [83]. Each participant signed an informed consent, approved by the research ethics committee, prior to beginning the interview. Participants were able to withdraw at any time during the study. Anonymity was assured by replacing real names with pseudonyms and no financial incentives were provided to the participants.

**Data analysis**

The data were manually analyzed in Spanish with the seven-step method described by Colaizzi [84], including: 1) familiarization, 2) identifying significant statements, 3) formulating meanings, 4) clustering themes, 5) developing an exhaustive description, 6) producing the fundamental structure, and 7) seeking verification of the fundamental structure. As the data were analyzed in Spanish but needed to be reported in English, an eighth translation and interpretation step was added to the method. This included a qualified native bilingual translator (Spanish-English) producing an English language final report with verbatim data [85, 86] and an external

bilingual expert review of the final codes, categories, and exemplar quotes [87]. Ten women were interviewed before reaching data saturation. Each interview lasted about 45 min (ranging from 31 to 56 min), with eight conducted in person and two conducted via Skype\*.

**Trustworthiness**

To ensure the trustworthiness of the data, methodological strategies to establish credibility, transferability, dependability, and confirmability guided the process [88, 89]. The strategies incorporated into this study included audit trail, bracketing, coding checking, categorizing, constant feedback, continual data interaction, participant confirmation, peer debriefing, structural corroboration, and referential adequacy [90–93]. The data translation was completed in an iterative process including continual discussion with the research team to preserve data integrity [85]. In order to maintain the authenticity of the meaning for dissemination [86], the source and target language codes, categories, and exemplar quotes were reviewed by three external bilingual experts. Finally, the 32-item Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research [94] checklist was applied to this study to provide a thorough, transparent, and trustworthy account of the data collection process, analysis, and the relationship to the findings.

**Results**

All ten participants were primiparous heterosexual women, mostly with professional employment and living in Tarragona (Catalonia, Spain), with an average age of 33 years (range of 28 to 36). The complete demographic data for each participant is provided in Table 2. From the transcribed data, a total of 207 descriptive codes were identified. After grouping these codes by similarity, interrelated themes emerged from the data. The five themes that described the meaning of postpartum sexual health, included: 1) not feeling ready, 2) inhibiting factors, 3) new reality at home, 4) socio-cultural norms, and 5) clinicians within the health system. To evidence these themes, exemplar quotations from the participant interviews were selected and provided by theme in the analysis below.

**Not feeling ready**

The theme ‘not feeling ready’ refers to the wide array of emotions and feelings women experienced after giving birth, either in relation to their sexual health, motherhood, or the new relational context. Almost all the women reported being willing to and trying to have intercourse with reservation about their readiness. They described being motivated by the desire to return to what they perceived to be the ‘normal’ (pre-pregnancy) way in relationships. Although they did not feel directly

**Table 1** Questions for semi-structured interviews

---

- In general, how would you describe your sexuality? What is the meaning of sex for you?
- What was your sexual experience the year prior to pregnancy?
- In what ways did you think having a child would impact your sexuality and your sex life?
- At what point did you feel ready to return to sex? Why? What prompted this decision?
- How would you describe your ability to manage things after the baby was born? What support did you receive from your partner?
- What has been the impact of childbirth on your relationship? How does sex impact your partner?
- What physical changes to your body did you notice most during pregnancy? How did these changes impact your sexuality? Do you have any concerns now? Tell me more ...
- What is your motivation for having sex now? Has this changed from the past? Tell me more ...
- When thinking about the care provided by health care providers during your pregnancy, what was their role in taking care of your sexuality? Before birth? After birth? Now?
- Is anything else that you would like to discuss?

---

**Table 2** Participant Characteristics

Participant	Age	Civil status	Infant age	Intercourse after birth	Episiotomy	Baby feeding
Georgina	35–39	Cohabiting	3 months	40 days	yes	Breastfeeding
Irene	30–34	Cohabiting	6 months	60 days	yes	Mixed lactation
Raquel	35–39	Married	7½ months	105 days	yes	Artificial lactation
Laura	30–34	Married	7½ months	60 days	yes	Artificial lactation
Silvia	30–34	Cohabiting	5 months	Not yet	yes	Breastfeeding
Patricia	25–29	Cohabiting	6½ months	60 days	yes	Artificial lactation
Olivia	30–34	Cohabiting	11½ months	30 days	no, Caesarean	Artificial lactation
Vanesa	30–34	Cohabiting	4 months	45 days	yes	Artificial lactation
Esther	30–34	Married	4 months	90 days	yes	Breastfeeding
Ruth	35–39	Married	4 months	Not yet	yes	Breastfeeding

pressured, some women stated they wanted to please their partners, so they did not always feel rejected.

"You have to have willpower, we have to try to do it at least once a week because otherwise it [intercourse] will be more difficult, right? [...] Because later it will be worse. Yes, you must make an effort" (Irene).

Almost all the women reported they had no sexual desire; describing their return to an active sexual relationship as complicated and scary, especially because they feared the unknown including the prospect of physical pain with intercourse. Several women reported they dwelled more on their fears rather than the possibility of enjoying sexual activity. Half the women confessed they did not feel ready to resume intercourse, either due to physical and/or emotional reasons.

"Okay, I still do not feel one hundred percent ready, and except for the last two times, which have been normal, with the rest I had to be careful because I still had difficulties" (Raquel).

The loss of libido, changing roles, breastfeeding, awareness of the newborn, and feeling that the 'entire weight' of the new family fell on them, contributing to the women feeling sad, seeking to escape, and thinking they were unfit mothers. The women felt alone as their husbands returned to work, increasing their sense of overload and their insecurity about not knowing how to care for their newborn.

"At first, I told him, I was very happy before [having the baby]. I could not deal with everything. The first month and a half I was sunk; the whole day having the baby hooked to my breast, I was alone, he went to work right away, you know?" (Vanesa)

To mitigate these feelings, the women needed to find a moment for themselves to feel liberated; to recover their physical and mental energies. Almost all the women reported they were able to cope with their situation when their partners were understanding and supportive. Feeling respected and encouraged by their partners gave the women a sense of security, a peace of mind.

"My husband supports me in all of this. He is a very quiet person, you know? He helps me with the baby [...] He understands that there are times when I do not feel like it [having sex] or that I am not motivated. And yes, he gives me all the support" (Laura).

**Inhibiting factors**

The 'inhibiting factors' describes the physical experiences of the women during the postpartum period, especially during 'la cuarentena', a culturally-based family ritual to support the new mother during the 40 days following birth that includes no sexual activity [95, 96]. In terms of resumed sexual activity at the time of their interview, only two women remained celibate. Nevertheless, their experience was congruent with the other women. In general, the women described the pain and discomfort they experienced with the first vaginal penetration. Almost all participants highlighted the principal problem as the episiotomy stitches hampering their return to sexual activity.

"Resuming sexual intercourse was hard, very hard. The truth is that ... it was very difficult for us. Firstly because, well, I do not know if it was normal or it was not normal, but the stitches took a long time to reabsorb and everything really hurt" (Raquel).

Other problems described by the women were bleeding, feeling dirty, pelvic floor problems, and sensitivity alterations.

"I was not in the mood for sex. It was because of the bleeding... I felt dirty, it was very unpleasant. You have the period every month and it is uncomfortable, but this [postpartum] it was different, harder. I was thinking all the time that I needed to wash myself down there" (Patricia).

The women associated sexual activity as intercourse; indicating there was no foreplay or other physical contact with their partners or with themselves. Most of the women had no sexual desire; reporting vaginal dryness and other physical changes that hampered intercourse. The two women who reported feeling sexual desire following childbirth, also were less concerned about their physical changes. The women indicated a lack of time and decreased libido led to "fast sex", with no prior stimulation. The women recognized this might have limited their sexual desire.

"During the 'cuarentena'? No, not by any means, not desire, not motivation. Following the 'cuarentena', it took us a while to start having sex. I've noticed that I do not have as much desire as I used to; before giving birth, we had sex at least once a week, and now maybe once every other week or every 3 weeks. I think it's because of the libido, I don't know where it's gone [laughs]" (Laura).

The women explained they had to go slowly with intercourse, trying to move into 'gentle' positions, and stopping when they felt unable to continue. Both the rhythm of the sexual relationship and the frequency of intercourse changed; however, the women felt this was common while worrying they would not recover to their previously satisfying sexual health.

"We went very little by little, without doing any uncomfortable positions. I didn't feel bad at any time; I knew if it went wrong, I could stop and try again. Finally, it was good, very good indeed" (Patricia)

The physical changes associated with childbirth led to negative reports of sexual health during the postpartum period. Although the women did not report feeling rejected by their partners, they were acutely aware the physical changes (e.g. round belly and stretch marks) negatively impacted their self-image, made them feel less attractive, and reduced their libido. The women also stressed they perceived their breasts much differently; previously a symbol of femininity and sensuality, they were basically a 'feeding machine' for the baby with almost no sensitivity.

"Besides all your body changes, there are also the breasts; they are not as they were before giving birth. You are there the whole day watching your baby suckling and ... that negatively influences your libido, for sure. Now when my partner touches them, he does it in another way it's ... it's weird, now it's weird" (Esther).

#### New reality at home

The 'new reality at home' theme describes the impact of the arrival of the newborn regarding changes in family roles, distribution of household responsibilities, care of the newborn, and the sexual relationship. More than half the women reported their relational priorities significantly shifted after childbirth. The women devoted most of their time to caring for their baby; contributing to the feeling of losing their womanhood and producing the nostalgia for needing their personal space. Following the birth, the women felt overloaded until they found a harmony with their baby. Many women used the expression "24/7", referring to the total dependence of their baby, which caused distress. They highlighted the need for balance in caring for their baby and attending to their partner; achieving this relational balance required mutual support and reciprocal collaboration.

"We want the baby a lot and, but you know? You have a child, fact; but you also have a partner, right? We are aware that the baby will always be here, and we will give him what is right and everything, but we also need to have this "couple moment" (Patricia).

In addition to reducing sexual desire, breastfeeding was also described as a stressful and worrisome burden. The women wondered if they were correctly feeding their babies. And, they felt completely 'tied down' by breastfeeding, their exclusive responsibility. In contrast, the women fondly described the intensely close bond that emerged between themselves and their baby while wondering with frustration where is their partner in this picture.

"And he [partner] seemed to have no child, and even worse, as breastfeeding is 'a maternal thing', he was there as a movie extra. When breastfeeding came to an end, oh gosh! What a change! What a relief!" (Raquel).

The inability to sleep at night was highlighted as a critical problem by all the women. Those who could rest properly felt more energetic, both regarding their ability to engage in sexual activity as well as care for their baby. Rest required support from their partners, while good

communication was important when the women felt tired. However, the communication was not always good as the loss of their role as a woman coupled with being a new mother led some couples to distance themselves from each other. There were more arguments, especially about the distribution of household tasks and the care of their baby. Some women reported feeling that they were the only one leading the way while their partners were merely bystanders. The lack of personal time and the distancing required couples to 'book' a time for intimacy. This translated into scheduled versus spontaneous sexual activity, further hindering their sexual desire. Finally, more than half the women felt the presence of their baby in their bedroom was a negative factor for intercourse. With the baby present, the women felt uncomfortable as the total loss of privacy resulted in feeling less intimate.

"The crib is in the next room, there's no privacy, you know? We're tired, we want to go fast and of course, it [having sex] takes time" (Ruth)

#### Socio-cultural norms

There were beliefs and preconceived ideas the women mentioned as being part of their social and cultural backgrounds which influenced their sexuality after childbirth. All the women stressed they avoided preconceived ideas about sexual health during the postpartum period to experience it calmly and naturally.

"And the best thing you can do for everything, is to carry nothing, no preconceived ideas. But nothing uh, neither during pregnancy, nor in childbirth, nor in the postpartum, nor in relationships, nothing. That is, whatever happens you will manage it the best you can." (Raquel).

The women felt the pressure exerted on them by society was unhelpful in dictating how they should live and in what way they should behave as a mother. They felt all the responsibility for the household was theirs. The society expected them to know how to do everything and how to satisfy everybody except themselves. This pressure provoked tiredness and negatively affected their sexual health.

"And on top of that [becoming a mother] you have to know everything, that is, you have to be a mother, a woman, a housewife and a friend, and you have to be perfect and stupendous at all times, and this is hard. Am I supposed to be ready for ... [sex], you know? When I am exhausted? Excuse me, but no! The mother is in charge of everything, no matter if you are young or old, if you are expert or

novice ... it seems that you have to know from the first day how to change a diaper!" (Raquel).

Some of the women mentioned the difficulties and negative parts of motherhood, especially in relation to their sexual health, were not explained by anyone. They reported everyone tended to idealize the arrival of the baby or overlooked the difficult situations. When the preconceived ideas and incorrect expectations clashed with the reality of their lived experience, the women felt as if they were doing things wrong. All the women agreed the discussion of postpartum sexual health was taboo, as the topic provoked shame in both the mothers and the other people in their world. The women argued more information needed to be shared with them, including life experiences from other mothers, to understand the meaning of being the new mother in the context of being part of a couple.

"It is not difficult for me to talk about sex, but I do believe that there are people who are quite shy in this regard, not me I repeat. Your friends and relatives don't explain anything to you about sex, they may want to, but they don't do it" (Esther)

On the other hand, having the support of friends and other mothers helped the women to have a better experience, and to understand what was happening by giving them an opportunity to exchange information freely among equals. Sharing their own experiences reassured them of their normalcy. Interestingly, more than half the women tended to seek normalcy, defined, in their own words, as "*what others do*".

"If you go and someone tells you 'it was the same for me too!' or 'I don't know if that is normal either', it's like you go home more calmly, because I'm not the only one, right?" (Esther).

Another relational factor identified in the collective experiences of the women was their personal interpretation of sexual health; this was quite similar for all of them. The women emphasized their need to connect with their partners positively and actively. Although they wanted to have sex with their partners as in the past, this was difficult after childbirth since the women needed to prioritize their baby.

"It [having sex] was one of the hardest parts of the difficulties of having a child, I'd say the hardest. You think that everything is going to be perfect after having the baby, but it turns out that it's not all that perfect and sex, at all!" (Raquel).

#### Clinicians within the health system

Finally, the women felt their experiences with the health system in the postpartum period could have been much better. Most participants confessed to having personal doubts in the postpartum period, mainly about their ability to care for their baby. Although all the women attended postpartum maternal education classes, they felt lost and alone; not only in relation to caring for their baby, but also in resuming sexual activity.

"Yes, at some point I had many doubts, too many. I became an expert in reading, oh my God! Anything that happened to the baby, anything that I experienced looking after him ... it was huge. You have many, many doubts. You are completely lost" (Ruth).

The women recognized their exclusive interest in caring for their baby resulted in neglecting themselves and experiencing postpartum sexual health in an unexpected way. They believe the clinicians should be responsible for preparing them to manage the changes they would experience. The women wanted to talk openly, explicitly, and without generalizations, with someone about their sexual health in the postpartum period. Above all, the women wanted their clinicians to be honest and direct about their sexual health, without glossing over the negative aspects and addressing the real difficulties they would most likely experience following childbirth.

"They [clinicians] prepare you for the postpartum, yeah, but just physical things down there, nothing about sexuality. They told us before we left hospital, that you may have a bad time, you may cry, but I didn't think it would be like this" (Vanesa).

Several participants stated that they preferred to consult the internet instead of their clinicians as their primary source of information.

The women emphasized that their need to share their sexual experiences with their healthcare provider could be addressed with a protocol-based post-natal follow-up, to provide time with the healthcare provider to speak about their sexual health. Also, the women thought they should be able to speak to other mothers about their problems, including their sexual health. Four of the participants admitted they felt neglected, as the attention of their clinicians focused exclusively on the baby. Almost all the mothers had doubts about their sexual health; in particular, they feared having pain or uncomfortable feelings during intercourse, they were uncertain about when they should resume sexual activity, and they wanted to know how long it would take for

them to return to pre-pregnancy. As such, participants reported seeking information from other sources.

"So, yes, I would have gone to a group meeting but one you could freely not say anything about breast-feeding or babies. Just about all the other doubts we might have or just to explain how we were dealing with the new situation. I think this would be very effective, at least in my case, I would have signed up and I would have appreciated it" (Irene).

#### Discussion

Pregnancy is one of the most meaningful life experiences for women [45] and sexual health is an essential part of their quality of life [97]. Similar to the literature about becoming a new mother [31], the women in this study reported the postpartum period was not what they expected. This was especially true in terms of their sexual health. The perceived societal expectations about resuming sexual activity in the postpartum period did not improve their experience, including uncertainty about when to return to sexual activity. From the perspective of the women in this study, sexual activity was defined as intercourse, and anything not considered 'normal' (in the traditional heterosexual context) was stigmatizing. Across the interviews, there were no statements about the relevance of other sexual activities to sexual health apart from intercourse. This is important as Cappell et al. [43] recommends postpartum women consider progressing from non-penetrative sexual activities to intercourse. The women in this study, as also reported by Gómez & Moreno [2], believed their knowledge about the normalcy of sexual health during postpartum was incongruent with societal norms, personal expectations, and lived experiences. When attempting to resume intercourse, most women noted the experience was painful and uncomfortable. This seems to be common as two out of every three women experience dyspareunia when resuming intercourse [46]. The prevailing evidence suggests women can resume intercourse about six to eight weeks after childbirth [44, 46, 58, 98]; however other studies [43, 99] reported sexual activities other than intercourse can be resumed as early as one to two weeks. Although the women in this study believed they needed more time to return to intercourse, they did not try other types of sexual activity, such as masturbation or oral sex.

Several physical factors influence how women experience the resumption of intercourse in the postpartum period. For example, McDonald and Brown [99] reported women with perineal injury can take as long as a year to resume intercourse, although they can engage in other types of sexual activities. The time to resume

vaginal intercourse is strongly influenced by physical fatigue, emotional lability, body image, and emotional stressors [100]. The fatigue, accompanied by stress, resulted in the women in this study expressing their need for private space and personal time to relax and recover. Increased time and more space might explain why women are more emotionally satisfied and sexually active when their partners shared household responsibilities [31].

Similar to other studies [44, 59, 97], the women in this study questioned their ability to continue breastfeeding due to fatigue; also, they associated this with a delayed return to intercourse and decreased frequency. Evidence indicates breastfeeding results in sexual impairment associated with dyspareunia for about three to six months [44, 56, 101]. During lactation, vaginal lubrication is reduced due to the high prolactin and low oxytocin levels [102]. This is an important reason for clinicians to engage women in discussions about the basic physiologic changes associated with breastfeeding that impact sexual health.

Disruption of body image was another factor directly influencing the way women perceived their sexual health as well as their satisfaction with intercourse during the postpartum period. Although the women did not feel rejected by their partners, their dissatisfaction with their physical appearance resulted in them feeling less intimate and less confident about returning to sexual activity. Similarly, O'Malley et al. [56] found a positive self-image improves sexual health, including satisfaction with intercourse in the postpartum period. The largely heteronormative society requires mothers to appear young, attractive, and sexually appealing [103–105]. The social construction(s) surrounding sexual attractiveness, gender, traditionally feminine notions of sexuality, and the sexual body influences the body image, self-image, and sexual health of mothers [106, 107].

Sexual health knowledge during pregnancy impacts the sexual attitudes of women in the postpartum period. For example, knowledge deficits about sexuality during pregnancy are associated with women reporting reduced desire and negative attitudes about intercourse [108]. Similarly, knowledge deficits about when and how to return to sexual activity results in women having vaginal intercourse despite not feeling ready because they want to satisfy their partners [22]. In this regard, the women in this study were concerned about their partners feeling neglected as the rationale for having intercourse prior to feeling ready. Although the literature indicates most women experience decreased desire, increased pain, and problems achieving orgasm with sexual intercourse during the first three months postpartum, this progressively

resolves by six months for most women [109]. During this time, however, women feel a 'duty' to engage in sexual activity despite little desire or reservations [54].

Although the participants were not certain about the right time to return to sexual activity, the women were also not sure who to ask as speaking about sexual activity was perceived to be taboo, also reported in a study by Aribi and colleagues [58]. In this case, poor communication specific to problems with sexual health continues to contribute to decreased quality of life [110]. For example, the inability or unwillingness of women, as well as some men [111], to speak about their sexual health concerns during pregnancy, including the postpartum, results in sexual dysfunction and decreased quality of life [112]. Similar to women in other countries [113], the women in this study constantly worried that their sexual experiences were different from other women or their experiences were 'not normal' for mothers. Generally, the women believed their ability to speak openly and honestly about their sexual health would have resulted in a better quality of life.

In retrospect, the women expressed dissatisfaction with the health services they received because their sexual health was neglected. As recommended by Pauleta et al. [45], women need to be able to speak openly with their clinician about their sexual health and to be clearly informed about the changes they should expect. From a feminist post-structuralism perspective, power can be expressed through silence as clinicians ignore the beliefs and preferences of the women [114, 115]. This may explain why the women in this study preferred to seek information from the internet rather than speak to their clinicians. Similar to other reports [60], the women noted their care was always focused on the baby, and not them during the postpartum period. Since consultations are usually more frequent in the antenatal than the postpartum period [98], there might be less time available during the postpartum visits to address sexual health. Overall, the process to return to sexual health was independently managed alone, with the women engaged in experiential learning by 'trial and error'.

With sexual health evolving during pregnancy [21], this needs to be included as part of the health history [109] as well as evidence-based education provided to the women [113]. In addition, MacAdam, Huuva, & Bertero [116] recommended partner education is very important as the couple need to be involved in discussions about their mutually dependent sexual health in the postpartum period. Yet, addressing concerns about sexual health can be difficult for nurses [117, 118], midwives [53, 113], and physicians [36, 119, 120]. Although sexual health is avoided by clinicians [121, 122], interactive postpartum sexual health education [123] was demonstrated in a randomized control trial of women in

the postpartum period ( $n = 250$ ) to be an effective intervention to stimulate conversations and to advance knowledge development.

Finally, in this study, the traditional hetero-normative relationship was observed in the role dynamics of the couple. Although unaware in the postpartum period, the women recognized during the interviews many external societal influences shaped their feminine identity. There is little evidence about this phenomena except for O'Malley et al. [8] noting the positive aspects of a good intimate relationship were influenced by the father adjusting to the baby's arrival, sharing the household responsibilities, and participating in the childcare. When reflecting about how their partners coped with their new role as mother, the women were thankful and grateful for the patience and understanding provided by their partners. Yet, they also complained about being responsible for everything in the household. These mixed feelings might indicate the women blamed themselves for the problems in the postpartum period rather than accepting these as the responsibility of the couple. Evidence suggests dominant male sexuality resulting in heteronormative cultures results in women suppressing their sexual preferences with decisions in favor of their male partners [124, 125]. Consequently, the situation can lead to an imbalance of power and possibly conflicts manifesting as relationship issues.

As evidence-based practice requires clinicians to incorporate the best evidence from research, consideration should be given to the preferences of the woman in addition to the use of clinical expertise to make care decisions. The human caring practices proposed by Watson [126] can be incorporated into existing guidelines to better manage sexual health throughout pregnancy and postpartum. Instead of avoiding conversations about sexual health [127], clinicians need to offer holistic care including comprehensive sexual assessments [128]. During visits, clinicians need to be authentically present, engaging in active communication, listening to positive and negative experiences, and seeking solutions for identified problems [129]. Finally, postpartum sexual health can be improved by offering optional programs to women that include psychoeducation, skills to enhance sexual satisfaction either within the act of vaginal intercourse or other types of intimate sexually stimulating and satisfying activities, conversations about relationships, and safe spaces for women to discuss their challenges with other women [130].

#### Limitations

There are five possible limitations that need to be recognized for this study. First, the sample size was small and focused in a single area of Spain. However, the sample was purposeful to address a gap in the literature specific

to postpartum sexual health of Spanish women and the saturation was achieved. Second, this study describes only the reality of primiparous younger well-educated heterosexual women, thereby excluding the experiences of other women. Yet, this limitation is also a strength as the resulting population was homogenous and capable of engaging in selfcare for sexual health. Third, and a common limitation of qualitative evidence, the results should not be generalized outside the Catalan region, or possibly Spain. However, these findings might be applicable for similar sociocultural contexts, and can be aggregated into a metasynthesis [131] in the future with studies from other regions of the world to get a deeper interpretation and expanded knowledge. Fourth, the interview data for analysis was translated from Catalan/Spanish to English. Although a robust process was undertaken to complete this process (described as the eighth step in the methods), the translation still presents an opportunity for errors in coding and categorizing into themes. Fifth and finally, two of the interviews were conducted using Skype® while eight were conducted in person. This has the potential to lose information specific to the non-verbal communication. However, the online route can capture the essence of the interview while permitting more participation from diverse people, enabling participants to feel more comfortable in their environments, increasing the privacy of the conversation, and facilitating the right of participants to immediately leave uncomfortable situations [74, 132, 133].

#### Conclusion

Postpartum sexual health is a multifaceted concern for women as they transition from woman to mother, partner to parent, and couple to family. The women in this study were primarily motivated to return to sexual activity to please their partner without guidance from their clinicians. The transition to motherhood needs to include increased awareness about the changes to their bodies, their new responsibilities, and their relationship with partners. Understanding how women experience postpartum sexual health opens a wide range of possibilities to improve a clearly difficult and often confusing experience. In the context of theory guided practice informed by evidence, additional qualitative studies could lead to better understanding of postpartum sexual health in more contexts, cultures, and countries.

#### Acknowledgements

We want to thank Dr. Maria Dolors Bernabeu-Tamayo, Director of the Department d'Infermeria, Universitat Autònoma de Barcelona and Dr. Rosalie Malnou, Dean of the College of Nursing, Texas Woman's University, for their continued support of the Center for Global Nursing at the Texas Woman's University by funding faculty exchanges and facilitating the global research activities that stimulate research with practical implications for advancing evidence-based clinical practice.

**Authors' contributions**

All authors participated in the final approval of the manuscript submitted for journal review and are accountable for ensuring that questions related to the accuracy and/or integrity of any part of the manuscript are appropriately investigated and resolved. In addition, the following authors were involved in the: Study conception (LPD); study design (JLM, LPD); data collection (LPD); data analysis (JLM, LPD, PAP); data interpretation (DCR, KDC, JEE, JLM, LPD, PAP); drafting the manuscript (JEE, JLM, LPD, PAP); table development (LPD, JLM, PAP); substantial revisions to manuscript (DCR, KDC, JLM, JW, LPD, PAP); critical revisions to the final manuscript (DCR, KDC, JLM, JW, PAP); and senior scholar guidance (JEE, JW). The author(s) read and approved the final manuscript.

**Author's information**

PAP is a Fellow of the American Academy of Nursing and a nationally certified researcher (No. P0022630) at the Peruvian National Council of Science, Technology, and Innovation (CONCYTEC). He is the Director, EBHC South America: A JBI Affiliated Group, Vice Chancellor for Research, Universidad Norbert Wiener (Peru); Adjunct Professor, College of Graduate Health Studies, A.T. Still University (USA); Adjunct Professor, Doctoral Program, College of Health Sciences, Walden University (USA); Adjunct Professor, College of Nursing, Texas Woman's University, and Chairman of the Board of Directors, Sigma Theta Tau International Foundation for Nursing (USA).

**Funding**

This research study was self-funded by the researchers. The dissemination of this research study is supported through a research dissemination grant from the Universidad Cooperativa de Colombia received by Dr. Dorian E. Camacho-Rodríguez.

**Availability of data and materials**

The data used and/or analyzed during the current study are available from the corresponding author on reasonable request.

**Ethics approval and consent to participate**

The study protocol (#3647) resulting in the study reported by this manuscript was approved by the Research Ethics Committee of the Universitat Autònoma de Barcelona. As approved by the Research Ethics Committee, each participant consented in writing to participate in this study.

**Consent for publication**

This consent is not applicable.

**Competing interests**

The authors declare that they have no competing interests.

**Author details**

<sup>1</sup>Department d'Infermeria, Facultat de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, Avda. Can Domènec, Edifici M, Despach M3/213. Campus de la UAB, 08193 Bellaterra, (Cerdanyola del Vallès), Barcelona, Spain. <sup>2</sup>Vicerectorado de Investigación, Universidad Norbert Wiener, Av. Arequipa 444, 15046 Lima, Peru. <sup>3</sup>College of Graduate Health Studies, A. T. Still University, 800 West Jefferson Street, Kirksville, MO 63501, USA. <sup>4</sup>Center for Global Nursing, Texas Woman's University, 6700 Fannin Street, Houston, TX 77030, USA. <sup>5</sup>Center for Qualitative Research, EBHC South America: A Joanna Briggs Institute Affiliated Group, Calle Cartavio 402, 15023 Lima, Peru. <sup>6</sup>Universidad Científica del Sur, Carr. Panamericana Sur 19, Villa El Salvador, 15067 Lima, Peru. <sup>7</sup>Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, Independencia 939, Independencia, 8380453 Santiago de Chile, Chile. <sup>8</sup>School of Nursing, Universidad Cooperativa de Colombia, Calle 30, Santa Marta, Magdalena, Colombia. <sup>9</sup>Nelda C. Stark College of Nursing, Texas Woman's University, 6700 Fannin St, Houston, TX 77030, USA. <sup>10</sup>Watson Caring Science Institute, 4450 Arapahoe Avenue, Suite 100, Boulder, CO 80304, USA. <sup>11</sup>College of Nursing, Anschutz Medical Campus University of Colorado, 13120 East 19th Avenue, Aurora, CO 80045, USA.

Received: 30 April 2020 Accepted: 20 January 2021

Published online: 28 January 2021

**References**

- Daniłuk JD. Women's sexuality across the life span: challenges, myths, creating meanings. New York, NY: Guilford Press; 2003.
- Gómez S, Moreno M. The expression of sexuality during pregnancy and the postpartum period. *Cultura de los Cuidados*. 2012;33:67–74.
- Murtagh J. Female sexual function, dysfunction, and pregnancy: implications for practice. *J Midwifery Womens Health*. 2010;55:438–46.
- Mezzich JE, Hernandez-Serrano R. Psychiatry and sexual health: an integrative approach. Lanham, MD: Jason Aronson; 2006.
- Heinemann J, Atallah S, Rosenbaum T. The impact of culture and ethnicity on sexuality and sexual function. *Curr Sex Health Rep*. 2016;8:144–50.
- Few C. The politics of sex research and constructions of female sexuality: what relevance to sexual health work with young women? *J Adv Nurs*. 1997;25:615–25.
- Bolin A, Wheelan P. Human sexuality: biological, psychological, and cultural perspectives. New York, NY: Routledge; 2009.
- O'Malley D, Higgins A, Smith V. Postpartum sexual health: a principle-based concept analysis. *J Adv Nurs*. 2015;71:2247–57.
- Butler J. Bodies that matter: on the discursive limits of sex. New York, NY: Routledge; 2011.
- von Sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. *J Psychosom Res*. 1999;47:27–49.
- O'Malley D, Smith V, Higgins A. Women's solutioning and strategising in relation to their postpartum sexual health: a qualitative study. *Midwifery*. 2019;77:53–9.
- Hansen L, Mann J, McMahon S, Wong T. Sexual health. *BMC Womens Health*. 2004;4:524.
- Pérez-Martínez VT. Sexualidad humana: una mirada desde el adulto mayor [human sexuality: a look from the perspective of an older adult]. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2008;24:1–8.
- World Health Organization. Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals. Geneva, Switzerland: WHO Publications; 1975.
- World Health Organization. Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002. Geneva, Switzerland: WHO Press; 2006.
- Coleman E. Sexual health for the millennium: an introduction. *Int J Sex Health*. 2008;20:1–6.
- Galati AJ. Onward to 2030: Sexual and reproductive health and rights in the context of the sustainable development goals. *Guttmacher Policy Rev*. 2015; 18:77–84.
- World Health Organization. Sexual health, human rights and the law. Geneva, Switzerland: WHO Press; 2015.
- Collumbien M, Busza J, Cleland J, Campbell O. Social science methods for research on sexual and reproductive health. Geneva, Switzerland: WHO Press; 2012.
- Miller AM, Kirmödi E, Cottingham J, Gruskin S. Sexual rights as human rights: a guide to authoritative sources and principles for applying human rights to sexuality and sexual health. *Reprod Health Matters*. 2015;23:16–30.
- Salim NR, Araújo N, Matos, Gualda DMR. Corpo e sexualidade: A experiência de um grupo de puérperas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2010;18:732–9.
- Salim NR, Gualda DMR. La sexualidad en el puerperio: Experiencia de un grupo de mujeres. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2010;44:888–95.
- Romano M, Cacciatore A, Giordano R, La Rosa B. Postpartum period: three distinct but continuous phases. *J Prenatal Med*. 2010;4:22–5.
- Glazener C, Elders A, MacArthur C, Lancashire RJ, Herbison P, Hagen S, Dean N, Bain C, Tooz-Hobson P, Richardson K, et al. Childbirth and prolapse: long-term associations with the symptoms and objective measurement of pelvic organ prolapse. *BJOG*. 2013;120:161–8.
- Leijonhufvud Å, Lundholm C, Czattangius S, Granath F, Andolf E, Altman D. Risks of stress urinary incontinence and pelvic organ prolapse surgery in relation to mode of childbirth. *Am J Obstet Gynecol*. 2011;204:70 e71–70. e77.
- Nygaard I, Barber MD, Burgio KL, Kerton K, Meikle S, Schaffer J, Spino C, Whitehead WE, Wu J, Brody DJ. Pelvic floor disorders network ft: prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. *JAMA*. 2008;300:1311–6.



27. Elenskaja K, Thakar R, Sultan AH, Scheer I, Onwude J. Effect of childbirth on pelvic organ support and quality of life: a longitudinal cohort study. *Int Urogynecol J*. 2013;24:927–37.
28. Brubaker L, Handa VL, Bradley CS, Connolly A, Moalli P, Brown MB, Weber A. Sexual function 6 months after first delivery. *Obstet Gynecol*. 2008;111:1040–4.
29. Handa VL, Nygaard I, Kenton K, Cundiff GW, Ghetti C, Ye W, Richter HE, Network RPPD. Pelvic organ support among primiparous women in the first year after childbirth. *Int Urogynecol J*. 2009;20:1407–11.
30. O'Boyle AL, O'Boyle JD, Calhoun B, Davis GD. Pelvic organ support in pregnancy and postpartum. *Int Urogynecol J*. 2005;16:69–72.
31. McDonald EA, Woolhouse H, Brown SJ. Sexual pleasure and emotional satisfaction in the first 18 months after childbirth. *Midwifery*. 2017;55:60–6.
32. Navaro-Gil C, Gomez-Marifelarena C. Autoestima y autoimagen de las mujeres en el postparto. *Med Nat*. 2016;10:30–5.
33. Gómez-Cantarino S, Moreno-Preciado M. La expresión de la sexualidad durante la gestación y el puerperio. *Cultura de los cuidados*. 2012;16:67–74.
34. Triviño-Judrez J-M, Romero-Ayuso D, Nieto-Pereda B, Forjaz MJ, Oliver-Barechequren C, Mellizo-Díaz S, Avilés-Gómez B, Arruti-Sevilla B, Criado-Álvarez J-J, Soto-Lucía C, Piá-Mestre R. Resumption of intercourse, self-reported decline in sexual intercourse and dyspareunia in women by mode of birth: a prospective follow-up study. *J Adv Nurs*. 2018;74:637–50.
35. Gómez-Cantarino S, Pinto JM, Fabián JA, García AMC, Abellán MV, Rodríguez MA. The importance of religiosity/spirituality in the sexuality of pregnant and postpartum women. *PLoS One*. 2016;11:e0156809.
36. Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda L. Women's sexual health after childbirth. *BJOG*. 2000;107:186–95.
37. Klein K, Worda C, Leopold H, Gruber C, Husslein P, Wenzl R. Does the mode of delivery influence sexual function after childbirth? *J Womens Health*. 2009;18:1227–31.
38. Faisal-Cury A, Menezes PR, Quayle J, Matijasevich A, Diniz SG. The relationship between mode of delivery and sexual health outcomes after childbirth. *J Sex Med*. 2015;12:1212–20.
39. McDonald EA, Woolhouse H, Brown SJ. Consultation about sexual health issues in the year after childbirth: a cohort study. *Birth*. 2015;42:354–61.
40. McDonald EA, Gartland D, Small R, Brown SJ. Dyspareunia and childbirth: a prospective cohort study. *BJOG*. 2015;122:672–9.
41. Fodstad K, Staff AC, Laine K. Sexual activity and dyspareunia the first year postpartum in relation to degree of perineal trauma. *Int Urogynecol J*. 2016;27:1513–23.
42. Leeman LM, Rogers R, Borders N, Teaf D, Qualls C. The effect of perineal lacerations on pelvic floor function and anatomy at 6 months postpartum in a prospective cohort of nulliparous women. *Birth*. 2016;43:293–302.
43. Cappell J, MacDonald TK, Pukall CF. For new mothers, the relationship matters: relationship characteristics and postpartum sexuality. *Can J Hum Sex*. 2016;25:126–37.
44. Yee LM, Kaimal AJ, Nakagawa S, Houston K, Kuppermann M. Predictors of postpartum sexual activity and function in a diverse population of women. *J Midwifery Womens Health*. 2013;58.
45. Pauleta JR, Pereira NM, Graça LM. Sexuality during pregnancy. *J Sex Med*. 2010;7:136–42.
46. Acele BD, Karaçam Z. Sexual problems in women during the first postpartum year and related conditions. *J Clin Nurs*. 2012;21:929–37.
47. Burman MBR, Lagro-Janssen ALM. Women's perception of postpartum pelvic floor dysfunction and their help-seeking behaviour: a qualitative interview study. *Scand J Caring Sci*. 2013;27:406–13.
48. Connolly A-M, Thorp J, Pahel L. Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: a longitudinal prospective study. *Int Urogynecol J*. 2005;16:263–7.
49. Kouakou KP, Doumbia Y, Djanhan LE, Menin MM, Djanhan Y. La sexualité du post-partum. Analyse du vécu dans le couple noir africain. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2015;44:280–5.
50. Martínez-Martínez A, Arnaiz J, Salmerón JA, Velandrino AP, Martínez ME. The sexual function of women during puerperium: a qualitative study. *Sex Relatsh Ther*. 2017;32:181–94.
51. Williams A, Lavender T, Richmond DH, Tincello DG. Women's experiences after a third-degree obstetric anal sphincter tear: a qualitative study. *Birth*. 2005;32:129–36.
52. O'Reilly R, Peters K, Beale B, Jackson D. Women's experiences of recovery from childbirth: focus on pelvic problems that extend beyond the puerperium. *J Clin Nurs*. 2009;18:2013–9.
53. Olsson A, Lundqvist M, Faxälv E, Nissen E. Women's thoughts about sexual life after childbirth: focus group discussions with women after childbirth. *Scand J Caring Sci*. 2005;19:381–7.
54. 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;33:185–90.
55. Colson MH. Sexualité féminine et étapes de la parentalité. *Gynecol Obstet Fertil*. 2014;42:714–20.
56. O'Malley D, Higgins A, Begley C, Daly D, Smith V. 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 MAMM study). *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18:196.
57. De Judicibus MA, McCabe MP. Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. *J Sex Res*. 2002;39:94–103.
58. Arbi L, Ben Houidi A, Masmoudi R, Chaabane K, Guemazi M, Amami O. Sexualité féminine au cours de la grossesse et en post-partum: A propos de 80 femmes tunisiennes. *La Tunisie Médicale*. 2012;90:873–7.
59. Enderle CF, Kerber NPC, Lunardi VL, Nobre CMG, Mattos L, Rodrigues EF. Condicionantes e/ou determinantes do retorno à atividade sexual no puerpério. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2013;21:719–25.
60. Ahlborg T, Strandmark M. The baby was the focus of attention – first-time parents' experiences of their intimate relationship. *Scand J Caring Sci*. 2001;15:318–25.
61. Ahlborg T, Strandmark M. Factors influencing the quality of intimate relationships six months after delivery—first-time parents' own views and coping strategies. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2006;27:163–72.
62. Leeman LM, Rogers RG. Sex after childbirth: postpartum sexual function. *Obstet Gynecol*. 2012;119:647–55.
63. Traumer L, Jacobsen MH, Laursen BS. Patients' experiences of sexuality as a taboo subject in the Danish healthcare system: a qualitative interview study. *Scand J Caring Sci*. 2019;33:57–66.
64. Herron-Marx S, Williams A, Hicks C. A Q methodology study of women's experience of enduring postnatal perineal and pelvic floor morbidity. *Midwifery*. 2007;23:322–34.
65. Peplau LA. Human sexuality: how do men and women differ? *Curr Dir Psychol Sci*. 2003;12:37–40.
66. Ayaz S. Sexuality and nursing process: a literature review. *Sex Disabil*. 2013;31:3–12.
67. Gómez-Cantarino S, Comas-Matas M, Velasco A, Campos S, Poço dos Santos A, del Puerto Fernandez I. Vivencias, experiencias y diferencias sexuales: Mujer puérpera Española e inmigrante. *Área sanitaria Palma de Mallorca (España)*. *Revista de Enfermagem Referência*. 2016;4:115–23.
68. Moustakas C. *Phenomenological research methods*. London, UK: SAGE Publications; 1994.
69. Husserl E. *Invitation to phenomenology*. Barcelona, Spain: Ediciones Paidós Ibérica; 1992.
70. Matua GA, Van Der Wal DM. Differentiating between descriptive and interpretive phenomenological research approaches. *Nurs Res*. 2015;22:22–7.
71. Creswell JW. *Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications; 2013.
72. Robinson OC. Sampling in interview-based qualitative research: a theoretical and practical guide. *Qual Res Psychol*. 2014;11:25–41.
73. Coyne IT. Sampling in qualitative research: Purposeful and theoretical sampling: merging or clear boundaries? *J Adv Nurs*. 1997;26:623–30.
74. Lo Iacono V, Symonds P, Brown DHK. Skype as a tool for qualitative research interviews. *Soc Res Online*. 2016;21:1–15.
75. Starks H, Brown-Trinidad S. Choose your method: a comparison of phenomenology, discourse analysis, and grounded theory. *Qual Health Res*. 2007;17:1372–80.
76. Sandelowski M. Theoretical saturation. In: Given LM, editor. *The SAGE encyclopedia of qualitative research methods*. Volume 2. Thousand Oaks, CA: SAGE Publishing; 2008. p. 875–6.
77. Sandelowski M. Sample size in qualitative research. *Res Nurs Health*. 1995;18:179–83.
78. Morse JM. Designing funded qualitative research. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. *Handbook of Qualitative Research*. 2 edition. Thousand Oaks, CA: SAGE publishing; 1994.
79. Guest G, Bunce A, Johnson L. How many interviews are enough? an experiment with data saturation and variability. *Field Methods*. 2006;18:59–82.

80. Rubin HI, Rubin IS. *Qualitative interviewing: the art of hearing data*. 3 edn. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications; 2012.
81. Kvale S. Dominance through interviews and dialogues. *Qual Inq*. 2006;12:480–500.
82. Corbin J, Morse JM. The unstructured interactive interview: issues of reciprocity and risks when dealing with sensitive topics. *Qual Inq*. 2003;9:335–54.
83. Sanders C. Application of Colaizzi's method: interpretation of an auditable decision trial by a novice researcher. *Contemp Nurse*. 2003;14:292–302.
84. Colaizzi P. Psychological research as a phenomenologist views it. In: Valle RS, King M, editors. *Existential phenomenological alternatives for psychology*. New York, NY: Open University Press; 1978.
85. Lopez G, Figueroa M, Connor SE, Malski SL. Translation barriers in conducting qualitative research with Spanish speakers. *Qual Health Res*. 2008;18:1729–37.
86. Temple B. Nice and tidy: translation and representation. *Social Res Online*. 2005;10:1–10.
87. Temple B. Narrative analysis of written texts: reflexivity in cross language research. *Qual Res*. 2008;8:355–65.
88. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage; 1985.
89. Guba EG, Lincoln YS. Competing paradigms in qualitative research. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publishing; 1994. p. 105–17.
90. Farmer T, Robinson K, Elliott SJ, Eyles J. Developing and implementing a triangulation protocol for qualitative health research. *Qual Health Res*. 2006;16:377–94.
91. Morse JM, Barrett M, Mayan M, Olson K, Spiers J. Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *Int J Qual Methods*. 2002;1:13–22.
92. Noble H, Smith J. Issues of validity and reliability in qualitative research. *Evid Based Nurs*. 2015;18:34–5.
93. Shenton AK. Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Educ Inf*. 2004;22:63–75.
94. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19:349–57.
95. Niska K, Snyder M, Lia-Hoagberg B. Family ritual facilitates adaptation to parenthood. *Public Health Nurs*. 1998;15:329–37.
96. Poma PA. Pregnancy in Hispanic women. *J Natl Med Assoc*. 1987;79:929–35.
97. Serati M, Salvatore S, Siesto G, Cattoni E, Zanirato M, Khullar V, Cromi A, Ghezzi F, Bolis P. Female sexual function during pregnancy and after childbirth. *J Sex Med*. 2010;7:2782–90.
98. Sok C, Sanders JN, Saltzman HM, Turok DK. Sexual behavior, satisfaction, and contraceptive use among postpartum women. *J Midwifery Womens Health*. 2016;61:158–65.
99. McDonald EA, Brown SJ. Does method of birth make a difference to when women resume sex after childbirth. *BJOG*. 2013;120:823–30.
100. De Souza A, Dwyer P, Charity M, Thomas E, Ferreira C, Schierlitz L. The effects of mode delivery on postpartum sexual function: a prospective study. *BJOG*. 2015;122:1410–8.
101. Alder E, Bancroft J. The relationship between breast feeding persistence, sexuality and mood in postpartum women. *Psychol Med*. 1988;18:389–96.
102. Allgood-Perco NR, Kjerulff KH, Reple JT. Risk factors for dyspareunia after first childbirth. *Obstet Gynecol*. 2016;128:512–8.
103. McKinley NM. Women and objectified body consciousness: Mothers' and daughters' body experience in cultural, developmental, and familial context. *Dev Psychol*. 1999;35:760–9.
104. Friedman M. Unpacking MILF: exploring motherhood, sexuality and feminism, vol. 32. *Atlantis: Critical Studies In Culture and Social Justice*; 2014. p. 49–60.
105. Clark A, Skouteris H, Wertheim EH, Paxton SJ, Milgrom J. My baby body: a qualitative insight into women's body-related experiences and mood during pregnancy and the postpartum. *J Reprod Infant Psychol*. 2009;27:330–45.
106. Jordan K, Capdevila R, Johnson S. Baby or beauty: a Q study into post pregnancy body image. *J Reprod Infant Psychol*. 2005;23:19–31.
107. Coyne SM, Liechty T, Collier KM, Sharp AD, Davis EJ, Kroff SL. The effect of media on body image in pregnant and postpartum women. *Health Commun*. 2018;33:793–9.
108. Sossah L. Sexual behavior during pregnancy: a descriptive correlational study among pregnant women. *Eur J Res Med Sci*. 2014;2:16–27.
109. Yeniel AO, Petri E. Pregnancy, childbirth, and sexual function: perceptions and facts. *Int Urogynecol J*. 2014;25:5–14.
110. Jawed-Wessel S, Herberick D, Schick V, Fortenberry JD, Cattelona GA, Reece M. Development and validation of the maternal and partner sex during pregnancy scales. *J Sex Marital Ther*. 2016;42:681–701.
111. Ebrahimian A, Heydari M, Saberi-Ghandi MB, Delavari S. Comparing sexual dysfunctions in men before and during their wives' pregnancy. *Iran J Obstetrics Gynecol Infertility*. 2012;15:19–25.
112. Jamali S, Mosalanejad L. Sexual dysfunction in Iranian pregnant women. *Int J Reprod BioMed*. 2013;1:1479–86.
113. Bender SS, Sveinsdóttir E, Fridfinnsdóttir H. "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*. 2018;62:14–9.
114. Ollivier R, Aston M, Price S. Let's talk about sex: a feminist poststructural approach to addressing sexual health in the healthcare setting. *J Clin Nurs*. 2019;28:695–702.
115. Ollivier RA, Aston ML, Price SL. Exploring postpartum sexual health: a feminist poststructural analysis. *Health Care Women Int*. 2021;14:1–20. <https://doi.org/10.1080/07399332.2019.1638923>.
116. MacAdam R, Huuva E, Berterö C. Fathers' experiences after having a child: sexuality becomes tailored according to circumstances. *Midwifery*. 2011;27:e149–55.
117. Saunamäki N, Engström M. Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears. *J Clin Nurs*. 2014;23:531–40.
118. Magnan MA, Reynolds K. Barriers to addressing patient sexuality concerns across five areas of specialization. *Clin Nurse Spec*. 2006;20:285–92.
119. Rabathaly P, Chattu V. An exploratory study to assess primary care physicians' attitudes toward talking about sexual health with older patients in Trinidad and Tobago. *J Fam Med Primary Care*. 2019;8:626–33.
120. Gott M, Galena E, Hinchliff S, Elford H. "Opening a can of worms": GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Fam Pract*. 2004;21:528–36.
121. Kingsberg SA, Schaffir J, Faught BM, Pinkerton JV, Parish SJ, Iglesia CB, Gudeman J, Krop J, Simon JA. Female sexual health: barriers to optimal outcomes and a roadmap for improved patient-clinician communications. *J Women's Health*. 2019;28:432–43.
122. Parish SJ, Hahn SR, Goldstein SW, Giraldi A, Kingsberg SA, Larkin L, Minkin MJ, Brown V, Christiansen K, Hartzell-Cusharick R, et al. The International Society for the Study of Women's sexual health process of Care for the Identification of sexual concerns and problems in women. *Mayo Clin Proc*. 2019;94:842–56.
123. Lee JT, Tsai JL. Trans-theoretical model-based postpartum sexual health education program improves women's sexual behaviors and sexual health. *J Sex Med*. 2012;9:986–96.
124. Hekma G. The drive for sexual equality. *Sexualities*. 2008;11:46–50.
125. Petersen JL, Hyde JS. A meta-analytic review of research on gender differences in sexuality, 1993–2007. *Psychol Bull*. 2010;136:21–38.
126. Watson J. *Nursing: the philosophy and science of caring*. Boulder, CO: University Press of Colorado; 2008.
127. Haboubi NHJ, Lincoln N. Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. *Disabil Rehabil*. 2003;25:291–6.
128. Evcli F, Demirel G, Bekar M, Guler H. Effectiveness of postpartum sexual health education programme structured according to Levine's conservation model: an interventional study. *Int J Nurs Pract*. 2020;26:e12855.
129. Watson J. *Caring science and human caring theory: transforming personal and professional practices of nursing and health care*. *J Health Hum Serv Adm*. 2009;31:466–82.
130. McBride HL, Olson S, Kwee J, Klein C, Smith K. Women's postpartum sexual health program: a collaborative and integrated approach to restoring sexual health in the postpartum period. *J Sex Marital Ther*. 2017;43:147–58.
131. Sandelowski M, Docherty SL, Emdin C. Qualitative metasynthesis: issues and techniques. *Res Nurs Health*. 1997;20:365–71.
132. Deakin H, Wakefield K. Skype interviewing: reflections of two PhD researchers. *Qual Res*. 2014;14:603–16.
133. Janghorban R, Roudsari RL, Taghipour A. Skype interviewing: the new generation of online synchronous interview in qualitative research. *Int J Qual Stud Health Well Being*. 2014;9:24152.

## Publisher's Note

Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

10.2. ANEXO 2: Tabla resumen de los resultados de la Revisión Sistemática

AUTORES/AS	METODOLOGÍA	RESULTADOS
Zielinski, R., Kane-Low, L., Smith, A. R., & Miller, J. M.	Cross-sectional study (purposeful sampling). Important: Data derived from the parent longitudinal cohort study.	There was no association between the VSBE and race, education or annual income, or with infant size, length of second-stage labor, or any of the POP-Q measures. Maternal age showed a negative association with VSBE, indicating that older women tended to have lower scores (more negative sexual and body esteem); however, on further investigation, this was largely driven by a small number of older women (n=2, women, 40 years). In the exploratory analysis of potential characteristics associated with VSBE, women with episiotomies had lower sexual/body esteem compared to those who did not (median VSBE scores 35 vs 42.5, P=0.01). Anal sphincter tear was not associated with sexual/body esteem (P=0.78).
Hipp, L. E., Kane-Low L., van Anders, S. M.	Instrument study, cross-sectional, non-randomized convenience sample.	More likely to have engaged in intercourse during the postpartum period than oral sex or masturbation (P's < 0.005). Women performed oral sex earlier than they engaged in intercourse, or received oral sex. Women engaged in masturbation earlier than they received oral sex. Women engaged in intercourse significantly earlier than they received oral sex. Women reporting highest enjoyment of masturbation compared with intercourse or receiving oral sex. Partners more likely to initiate the first postpartum intercourse experience, and performance of oral sex on the new mothers, compared with initiation by mothers. Positive association between how high women perceived their partners' desire to be and their own dyadic desire, and total desire, but not solitary desire. Women's reports of their average postpartum energy level were positively correlated with dyadic SDI scores. Women reported on how they felt their partner's presence during the birth affected their partner's sexual desire toward them, and this was positively correlated with dyadic desire, and total desire, but not solitary desire.
Fodstad, K., Staff, A. C., & Laine, K.	Case control using an instrument (sample derived from a larger study).	By 8 weeks, half of the 561 responders (51.4 %) had resumed intercourse, increasing to 75.2 % by 12 weeks and 94.7 % 1 year postpartum. The strongest predictor for postponed coital onset, defined as after 8 weeks OASI was also the only significant predictor for dyspareunia 1 year after delivery. Episiotomy was neither a risk factor for postponed coital onset nor for dyspareunia. There were no differences between episiotomy and second-degree laceration injury groups regarding postponed coital onset or dyspareunia 1 year postpartum.
Doğan, B., Gün, İ., Özdamar, Ö., Yılmaz, A., & Muhçu, M.	Matched case-control (three groups) study.	No women had urinary/fecal incontinence nor sexual dysfunction. Mean total FSFI points in Group 1 were significantly lower than in Groups 2 and 3. There were significant differences in sexual desire between groups 1 and 3, in arousal and in orgasm

		between both groups 1 and 2 and groups 1 and 3. There was no significant difference between groups 2 and 3 in any parameters or total points.
<b>McDonald, E. A., Gartland, D., Small, R., &amp; Brown, S. J.</b>	Prospective cohort study.	Resumed vaginal intercourse by 18 months postpartum (98%), with 289/1,211 (24%) women reporting dyspareunia. Compared with women who had a spontaneous vaginal delivery with an intact perineum or unsutured tear, women who had an emergency caesarean section vacuum extraction or elective caesarean section had increased odds of reporting dyspareunia at 18 months postpartum, adjusting for maternal age and other potential confounders.
<b>Fodstad, K., Staff, A. C., &amp; Laine, K.</b>	Prospective observational study.	No difference in pain score distribution by Visual Analogue Scale when comparing midline, mediolateral, and lateral episiotomy techniques or between midline and lateral incision points (p=0.58). Dyspareunia was reported by 33 out of 179 women, but no difference between episiotomy techniques (p=0.90), or between episiotomy incision points, was found. Perineal wound infection was reported by 9.5%, but there was no significant difference between episiotomy techniques.
<b>Priddis, H., Virginia Schmied, V., &amp; Dahlen, H.</b>	Qualitative approach with an interpretive feminist perspective (semi-structured interviews).	Three main themes identified that how women are cared for during their labour, birth and postnatal period has a direct impact on how they understand and rediscover a new sense of self following. The findings indicate that further research is required into the experiences of women with SPT in accessing appropriate health management services in the immediate postnatal period.
<b>McDonald, E. A., &amp; Brown, S. J.</b>	Prospective pregnancy cohort study.	Sexual activity was resumed earlier than vaginal sex, with 53% resuming sexual activity by 6 weeks postpartum, and 41% attempting vaginal sex. By 8 weeks a majority of women had attempted vaginal sex (65%), increasing to 78% by 12 weeks, and 94% by 6 months. Compared with women who had a spontaneous vaginal birth with an intact perineum, women who had a spontaneous vaginal birth with an episiotomy or sutured perineal tear were more likely not to have resumed vaginal sex by 6 weeks postpartum. Similarly, women who had an assisted vaginal birth or caesarean section had raised odds of delaying resumption of sex.

<p><b>Rathfisch, G., Dikencik, B.K., Beji, N.K., Comert, N., Tekirdag, A.I., &amp; Kadioglu, A.</b></p>	<p>Prospective descriptive design</p>	<p>49.1% (27) of the participants were primips. 50.9% (28) were multips. 17.3% (9) had intact perineums; 56% had episiotomy, and 27.3% (15) had episiotomy and 2nd degree tear. Statistically significant relationship between parity and perineal tear (primips). Average time of resumption of sexual intercourse: intact perineum - 28.5 days, episiotomy - 32.3 days, episiotomy with 2nd degree perineal tear - 30.6 days - no statistical significance in the resumption time; intercourse at least 2x week before pregnancy - 43.6% (24) decreased to 34.5% (19) at 3 months post birth. Sexual intercourse more than 4 x/week prior to pregnancy 14.5% decreased to 1.8% (1) post birth. Of those reporting no problem prior to pregnancy, the presence of at least one sexual problem (desire, arousal, lubrication, orgasm, satisfaction or pain with intercourse) was statistically significant. Levels of libido, orgasm and sexual satisfaction were found to be lower, and pain during intercourse to be more prevalent in women with both episiotomy and second degree tears. Perineal trauma during delivery has a negative effect on all domains of postpartum sexual function due to dyspareunia.</p>
<p><b>Radestad, I., Olsson, A., Nissen, E., &amp; Rubertsson, C.</b></p>	<p>Longitudinal descriptive study</p>	<p>Resumption of intercourse at 3 months or less: women's age; depression symptoms, marital status, parity, native language, breastfeeding, women with tears and episiotomies delaying intercourse in the first 3 months: highest adjusted relative risk 2.1, with a confidence interval not including 1.0 women with tears in sphincter and rectum (single women not included in this data); 25.8% difference in women with tears in sphincter and rectum compared to those with no tears. In total 8% of women had no intercourse in the 1st 6 months after birth - more likely if single and over 35 years; there is a lot more data.</p>
<p><b>van Brummen, H.J., Bruines, H.W., van de Pol, G., Heintz, A.P.M., &amp; van der Vaart, C.H.</b></p>	<p>Prospective longitudinal cohort study</p>	<p>Main predictive factor of no sexual intercourse at 1 year after birth was no sexual intercourse at 12 weeks gestation: an 11 times higher chance of not being sexually active at 1 year postpartum. (article divides the ages into three groups for more specific data) Other significant factor was 3rd or 4th degree and sphincter ruptura: 5 times less likely to be sexually active at 1 year postpartum. Sexual satisfaction and activity does not appear to be significantly related to mode of delivery.</p>
<p><b>Kahramanoglu, I., Baktiroglu, M., Hamzaoglu, K., Kahramanoglu, O, Verit, F.F., &amp; Yucel, O.</b></p>	<p>Prospective longitudinal looking at mode of birth and sexual function</p>	<p>At 3 months post birth, 21 out of 265 in Group 1 (7.9%) and 3 out of 138 in Group 2 (2.1%) had not resumed sexual intercourse. At 6 months post birth, 3 of 235 in Group 1 (1.2%) and 0 of Group 2 had not resumed intercourse (p = 0.55). All resumed from both groups at the 12 month and 24 month. Group 2 scores at 3 months on the FSFI were much higher than Group 1; however, scores did not differ significantly after that. Delivery mode cannot be considered as a sole factor in determining sexual satisfaction.</p>

<p><b>Necosalova, P., Karbanova, J., Rusavy, Z., Pastor, Z., Jansova, M., &amp; Kalis, V.</b></p>	<p>Prospective follow-up study of a RCT</p>	<p>No statistically significant difference between to two groups r/t resumption of sexual activity, sexual arousal, satisfaction, orgasm, lubrication, pain, cosmetic appearance or overall satisfaction with the scar.</p>
<p><b>Lurie, S., Aisenberg, M., Sulema, V., Boaz, M., Kovo, M., Golan, A., &amp; Sadan, O.</b></p>	<p>Prospective study - 5 groups</p>	<p>Within 3 months,78 (95.1%) of women from all groups resumed sexual intercourse. Vaginal group without episiotomy began significantly earlier than the other groups. None of the groups significantly differed across the FSFI domain scores at 6 weeks pp. FSFI Total scores changed for the groups over time (6, 12, 24 weeks pp. Domain scores for each group increased (desire, arousal, lubrication, orgasm, and lubrication) and pain significantly decreased from 6-24 weeks. But, between mode of delivery groups, significant differences were not detected.</p>
<p><b>Klein, K., Worda, C., Leipold, H., Gruber, C., Husslein, P, Y Wenzl, R.</b></p>	<p>prospective study 2 groups - vaginal and CSXN</p>	<p>FSFI scores were not significantly different between the two modes of delivery; recall of dyspareunia was greater in those with a vaginal birth at 3 months pp. No significant difference between sexual desire, arousal, lubrication, orgasm, satisfaction, pain, total score or delivery/month answered.</p>
<p><b>Rowland, M., Foxcroft, L., Hopman, W., &amp; Patel, R.</b></p>	<p>Prospective convenience study</p>	<p>Younger women were more likely to resume intercourse; statistically significant relationship between breastfeeding and no resumption of sexual intercourse at 1st pp checkup (61.3% of breastfeeding women). 66.5% of women were still breastfeeding at their checkup. Multivariable logistic regression identified 5 factors associated with resumption of intercourse: younger age of women, women whose children were older, women who had more children, vaginal birth without tear. Reasons for not resuming intercourse included: too tired, not interested, afraid of painful intercourse, MD told me not to, thought I would wait 6 weeks, don't want to get pregnant, still bleeding, feel unattractive, and 'other'.</p>
<p><b>Marjan Khajehi</b></p>	<p>Cross-sectional study</p>	<p>Resultados estadísticamente significativos:  Women with relationship dissatisfaction were more likely than women with relationship satisfaction to have an annual income of less than 50,000\$, sleep less than seven hours in a 24-hour period, give birth to small babies (less than 2,500 grams), be clinically diagnosed with postnatal depression, acquire a higher score on the PHQ indicating moderate to severe depression, and have sexual dysfunction.  Women with relationship dissatisfaction were at a greater risk of sexual dysfunction and postnatal depression.</p>

		<p>Risk factors for relationship dissatisfaction during the first postpartum year: annual income less than \$50,000, sexual dysfunction, being clinically diagnosed with depression and having symptoms of depression according to the PHQ-8 scores. Women who were in a same-sex relationship were less likely to have relationship dissatisfaction.</p> <p>In the period six to 12 months postpartum, women were less likely to have relationship dissatisfaction compared to women who were five months or less postpartum.</p>
<p><b>Lynn M. Yee, Anjali J. Kaimal, Sanae Nakagawa, Kathryn Houston, Miriam Kuppermann</b></p>	<p>Outcomes research</p>	<p>"QUANTITATIVE PART:</p> <p>Bivariate analysis: multiparity predictive of resumed sexual activity at 8 to 10 weeks postpartum.</p> <p>Multivariate analyses: multiparous women more likely to have resumed sexual activity at 8 to 10 weeks; women who were older less likely to have resumed sexual activity at 8 to 10 weeks.</p> <p>Older age, depression based on the PHQ-9 and exclusive breastfeeding were significantly associated with less sexual satisfaction. Better antepartum SHOW-Q satisfaction score and multiparity were associated with greater postpartum SHOW-Q satisfaction.</p> <p>QUALITATIVE PART:</p> <p>7 themes: fatigue, presence of newborn/children at home, contraception, postpartum pain or discomfort, partner/relationship problems, lack of desire, and weight/health concerns.</p> <p>Most commonly cited factors: fatigue and presence of the newborn and/or older children at home.</p> <p>At 8 to 10 weeks: one woman cited caesarean birth pain; one woman cited vaginal pain or dryness as interfering with sexual activity; and 2 women cited lack of desire.</p> <p>At 6 to 8 months: 3 women cited vaginal pain or dryness as interfering with sexual activity; 4 women cited lack of desire and 5 women cited partner or relationship problems.</p>
<p><b>Liesbet Lagaert, Steven Weyers, Helena Van Kerrebroeck &amp; Els Elaut</b></p>	<p>Cohort study</p>	<p>Compared with women with dyspareunia 6 weeks postpartum, women without dyspareunia had significantly better domain scores for lubrication, arousal and pain.</p> <p>Women experiencing dyspareunia 6 weeks postpartum appeared to have an increased risk of dyspareunia 6 months postpartum. The degree of dyspareunia at that moment was a determining factor for pain scores 6 months after delivery.</p>

		<p>Significant decrease in median severity of dyspareunia from 3.36 (visual analogue scale [VAS]) at 6 weeks postpartum to 0.51 at 6 months postpartum.</p> <p>Women who started breastfeeding after delivery reported significantly more severe dyspareunia 6 weeks after childbirth.</p> <p>Six weeks and 6 months after delivery, primiparous women reported more pain than multiparous women. Multiparous women scored significantly worse in the general health domain compared with primiparous women 6 weeks postpartum.</p> <p>Six months postpartum, women who had had a caesarean section had significantly worse scores for the domain of energy/fatigue compared with women who had had a vaginal delivery. Women with lower total FSFI scores 6 weeks postpartum scored poorer on general health. Six months postpartum, besides poorer scores on general health, women also had significantly lower scores for physical functioning.</p>
<p><b>Katherine T. Cost, André Plamondon, Eva Unternaehrer, Michael Meaney, Meir Steiner, Alison S. Fleming</b></p>	<p>Cohort study</p>	<p>For relationship with partner: significant association with the mean at 3 months was any breastfeeding at 3 months, with breastfeeding mothers indicating less satisfaction with the relationship with the partner.</p> <p>For interest in sex, significant associations with the mean at 3 months included SES, with women with lower SES endorsing higher interest in sex, EPDS at 3 months postpartum, with more depressed women indicating less interest in sex and parity, with multiparous women indicating less interest in sex.</p>
<p><b>Christina Sok, Jessica N. Sanders, Hanna M. Saltzman, David K. Turok</b></p>	<p>Cohort study</p>	<p>The sexual activity that changed the most between prepregnancy and postpartum was “receiving oral sex,” which significantly decreased from 213 (70%) before pregnancy to 42 (14%) after birth. Psychological and physical satisfaction during sex was lower both during pregnancy and after giving birth, relative to satisfaction before pregnancy. Women who reported using a contraceptive method were 1.8 times more likely to have resumed sexual intercourse at 6 weeks postpartum or sooner than women who were not using a contraceptive method.</p>
<p><b>K. von Sydow</b></p>	<p>Cross-sectional study</p>	<p>Generally the perceptual accuracy of both sexes/genders with regard to their partners sexual feelings was high. Men’s tendency to overestimate their partners’ sexual pleasure, with largest differences found for vaginal intercourse. Men overestimated their partners frequency of orgasm in ‘pure’ intercourse drastically and slightly with regard to intercourse with additional clitoral stimulation.</p>



		In all cases the women underestimated the male enjoyment - mostly with regard to activities in which the man stimulates the woman (her breasts or genitals), but also with regard to tenderness, intercourse and male masturbation.
<b>Saadet Unsal Boran, Huseyin Cengiz, Ozlenn Erman, Salim Erkaya</b>	Cross-sectional study	Evaluation of anal incontinence and dyspareunia during the 12 week postpartum: anal incontinence was detected in 4 patients (4%) in Group 1 and 2 patients (2%) in Group 2. The average incontinence scores were 3.2 for Group 1 and 3.0 for Group 2. Dyspareunia was present in 21 patients (21%) in Group 1 and 8 patients (8%) in Group 2. A significant increase in the frequency of dyspareunia was noted in those patients who had a vaginal delivery. A significant difference was observed in the total amount of intercourse. The average time to the first coitus was 41 days in Group 1 and 42 days in Group 2. During the first 12 weeks postpartum, the total amount of intercourse for Group 1 was less than that for Group 2.
<b>Vasanth Andrews, Raneer Thakar, Abdul H. Sultan, Peter W. Jones</b>	Cohort study	The majority of women experience perineal pain on the first day postpartum regardless of whether a perineal tear had occurred or not. Women who sustain OASIS have significantly more pain 7 weeks after delivery than those with lesser degrees of perineal trauma. 92% had perineal pain on day one and there was complete resolution in 88% by 7 weeks. For perineal pain at rest, sitting and moving there was more pain with second, third and fourth degree tears than with an intact perineum or first degree tear on days 1 and 5 and at 7 weeks. Resumed sexual activity and breastfeeding were not affected by the type of perineal trauma sustained.
<b>Sagrario Gómez Cantarino, José Manuel de Matos Pinto, Joana Alice da Silva Amaro de Oliveira Fabião, Ana Maria Carrobles García, Minerva Velasco Abellán, Manuel Alves Rodrigues</b>	Ethnography	Comportamientos sexuales guiados por: Prejuicios: dictado por el contexto sociocultural español religioso, “qué pensarán los otros de mi sexualidad”. Religión y sociedad: sentimiento de pureza en la mujer, la mujer y el marido forman una unidad y ella tiene que cuidar del marido y procurar satisfacerle.
<b>Hatice Yıldız</b>	Prospective study	The percentage of the participants considered to have a high-risk pregnancy was 13.5% (n = 8), and 91.5% of these had a full-term delivery. Moreover, 67.8% of all participants had normal vaginal deliveries, and 32.2% had a Cesarean section. The mean time for occurrence of first postpartum sexual intercourse was at 11.4 weeks. The percentage of participants experiencing

		<p>prepregnancy sexual dysfunction, according to the FSFI cutoff values, was 25.4%, whereas this figure increased significantly during pregnancy, and the majority (84.6%) continued to have a significant level of sexual dysfunction 6 months after delivery. Beginning in the first trimester and reaching a peak in the third trimester. Moreover, this increasing rate of sexual dysfunction remained higher than it was in prepregnancy, despite its decrease 6 months after delivery (Figure 1). Among those women with prepregnancy sexual dysfunction, all continued to show a significant level of sexual dysfunction during pregnancy, and the majority (84.6%) continued to have a significant level of sexual dysfunction 6 months after delivery.</p>
<p><b>Laina Rosebrock , Denada Hoxha, Jackie Gollan</b></p>	<p>Descriptive</p>	<p>The healthy age-matched women consisted of 13 Caucasian (59.1%), 6 African American (27.3%), 1 Hispanic (4.5%), and 2 Asian (9.1%) women. The mean age was 29 year (range:21-44), and 19 attained a college education or higher (86.4%). Additionally, 10 (45.5%) were employed and 6 (27.3%) were married. Chi square analyses revealed differences between the two samples in employment and marital status, such that there were significantly more married and employed women in the pregnant/postpartum sample. There were no differences between the two groups with regard to race/ethnicity or education level.</p>
<p><b>Andrea K. Crane, MD*, Elizabeth J. Geller, MD*, Heather Bane, MD†, Rujin Ju, MD*, Erinn Myers, MD*, and Catherine A. Matthews, MD*</b></p>	<p>Cohort study</p>	<p>53 (48.6%) had a successful OVD, 20 (18.3%) failed OVD and underwent CD, and 36 (33%) underwent CD only. The proportions of women delivered by OVD and CD were not similar between the 2 institutions (UNC, 53% vs 47%; CMC, 10% vs 90%). Baseline demographics were similar between successful OVD and CD, but there were differences in delivery characteristics. Overall pelvic floor dysfunction was low with the mean PFDI-20 score of 23.9 in the OVD group and 20.3 in the CD group. There were no differences between OVD versus CD groups in sexual function by FSFI scores. When analyzed by intent-to-treat, results remained similar between groups. However, the planned CD group reported higher orgasm scores and overall sexual satisfaction scores than the planned OVD group.</p>
<p><b>Serena Bertozzi MD , Ambrogio P. Londero MD , Arrigo Fruscalzo MD , Lorenza Driul MD &amp; Diego Marchesoni MD</b></p>	<p>retrospective study,</p>	<p>Nearly 60% (59.5%) of women had a spontaneous vaginal delivery, while 11.5% underwent vacuum extraction and a further 29.00% received. The prevalence of dyspareunia was different among the different modes of delivery: 15.2% (48/316) after spontaneous vaginal delivery; 16.9% (26/154) after cesarean section; and 27.9% (17/61) after operative delivery by vacuum extraction.</p>

<b>Jonathan E. Handalzalts1 · Sigal Levy1 · Yoav Peled2,3 · Lital Yadid1 · Gil Goldzweig1</b>	Descriptive	Results were considered significant at 0.05 significance level. The more negative childbirth experience is associated with lower sexual functioning and the more negative birth experience is associated with lower sexual satisfaction. One-way ANOVA showed a significant difference between the four modes of delivery in CPQ (childbirth experience).
<b>Matías Triviño J, Romero-Ayuso D, Nieto B, Joao Forjaz M, Oliver C, Mellizo S, Avilés B, Arruti B, Criado-Alvarez JJ, Soto C, Plá R,</b>	Prospective, longitudinal, observational study.	Of the 517 women who completed the telephone interview at the 6th week postpartum, 24.40% (N = 126) had resumed sexual intercourse. Of these, 38.90% (N = 49) said that intercourse was impaired and 49.20% (N = 62) reported dyspareunia. Of the 489 women who completed the telephone interview at the 6th month postpartum, 92.40% (N = 452) had resumed sexual intercourse. Of these, 326 women (72.10%) resumed sexual activity between the 6th week and 6th month postpartum. Of the 452 who resumed intercourse at the 6th month postpartum, 27% (N = 122) reported a decline in sexual intercourse and 24.60% (N = 111) reported dyspareunia.
<b>Marjan Khajehchi; Maryanne Doherty</b>	This cross-sectional study	Symptoms of postnatal depression were not significantly associated with the following factors: parity, number of children at home, history of miscarriage or abortion, having regular menstrual bleeding, method of delivery, place of birth, gender of the baby and birth weight of the baby. However, women with symptoms of postnatal depression were more likely not to breastfeed their babies than were those without symptoms of postnatal depression. There was no significant association between symptoms of postnatal depression and usual sexual activity, frequency of sex, resumption of sex after childbirth or sexual orientation.
<b>Williams A, Lavender T, Richmond D, Tincello D</b>	Qualitative, purposive sampling	7 Themes emerged: Apprehension regarding continence, Body image and sexual function, Anxiety regarding future pregnancy planning, Poor information/communication, Poor emotional support from professionals and family, physical and emotional impact, and unresolved anxieties in partners.
<b>Priddis H, Dahlen H, Schmied V</b>	Meta-Ethnographic Synthesis	3 major themes emerged: I am broken and a failure; dismissed, devalued, and disregarded; the practicalities of the unpredictable perineum; Sever perineal trauma during childbirth and ongoing symptomology negatively impacts physiologic and psychologic wellbeing and alters sexual identity
<b>Neves Carvalho JM, Ribeiro Fonseca G, Filomena M, Ramos Cardoso AM</b>	qualitative, exploratory-descriptive study	3 themes emerged: postpartum care, baby care, and Marital relationship (sharing of taskc, restart of sexual activity dependent on pain and fear).

<b>Cappell J, MacDonald TK, Pukall, CF</b>	Quantitative, descriptive	Relationship satisfaction and perceptions of partners desire were negatively correlated with solitary sexual desire, relationship satisfaction was positively correlated with dyadic sexual desire, new mothers perception of partner's desire predicted resumption of most sexual activities, most women felt uninformed about PP sexual health, at 6 weeks many women have not resumed sexual activity and if they have the main topic is contraception and resumption of penile-vaginal intercourse, providers need to be more pro-active in discussing PP sexuality and pay more attention to the couple's relationship as they transition to parenthood.
<b>McDonald E, Woolhouse H, Brown SJ</b>	Logistic Regression, Repeated measures early in pregnancy, at 3 mo PP, 6 mo PP, and 12 mo	A low % of healthcare providers ask about sexual health at 3 months PP, proportion of women reporting sexual health issues is highest at 3 mo PP, most women report a return to pre-pregnancy sexual activity by 12 months PP, most sexual health issues occur at 3 months PP (loss of interest in sex, pain during sex, vaginal tightness, lack of lubrication), no evidence that women who gave birth by c-section experienced fewer sexual health issues than women who had a vaginal birth, women find it difficult to bring up sexual health issues with a primary provider without being invited to do so.
<b>Rogers RG, Borders N, Leeman LM, Albers LL</b>	Comparative descriptive study, comparison of the major and minor perineal trauma groups	No difference between trauma groups in regard to sexual activity, sexual function, or discomfort; There were some statistically significant differences on individual items (women requiring suturing had lower sexual function scores and women with major trauma had less desire to be held, touched, or stroked by their partners).
<b>Brubaker L, Handa VL, Bradley CS, Connolly AM, Moalli P, Brown MB, Weber A</b>	Prospective 3-grp cohort study- subset of the Childbirth & Pelvic Symptoms (CAPS) study	At 6 months PP, primips with anal sphincter laceration and c-section delivery are less likely to report sexual activity; no difference by age, race, education, or episiotomy; resumption of sexual activity was associated with marital status and performing Kegel exercises.
<b>Rosen NO Pukall C</b>	Systematic Review	The prevalence of genito-pelvic pain after childbirth has been found to be 4% to 27% at 6 weeks to 3 months, 3% to 21% at 6 months, and 1% to 33% at 1 year. The prevalence of dyspareunia is much greater: 12% to 62% at 7 weeks to 3 months, 17% to 45% at 6 months, and 8% to 33% at 1 year to 18 months. PP genito-pelvic pain and dyspareunia are associated with impaired sexual functioning. Rarely are the pain experiences examined together to make direct comparisons.

<p><b>McDonald, E., Woolhouse, H., Brown S.J.</b></p>	<p>prospective pregnancy cohort, with follow-up at 3, 6, 12 and 18 months postpartum</p>	<p>Over three quarters of women had resumed vaginal sex by 3 months postpartum. By 6 months postpartum, 94% had resumed vaginal sex, and by 12 months this had risen to 97%. At 18 months postpartum, only 2% of women had not resumed vaginal sex.</p> <p>A higher proportion of women described their relationship with their partner as extremely or very emotionally satisfying at 3, 6, 12, and 18 months, than rated their sexual relationship as extremely or very pleasurable.</p> <p>The proportion of women reporting that they were “extremely emotionally satisfied” with their relationship decreased from 29% at 3 months postpartum to 18% at 18 months postpartum. Conversely, there was a steady increase in the proportion of women who reported they were ‘moderately’, ‘slightly’ or ‘not at all’ ‘emotionally satisfied’ (33% at 3 months to 46% at 18 months postpartum).</p> <p>The proportion of women who described sex as ‘very pleasurable’ increased over time from 27% at 3 months postpartum to 35% at 18 months postpartum, with a corresponding decrease in the proportion rating their relationship as ‘moderately pleasurable’, or ‘sometimes pleasurable/sometimes not pleasurable’. Very few women said their relationship was not at all ‘emotionally satisfying’ (range 3% to 6%) or ‘not at all physically pleasurable’ at any time point (range 6% to 7%).</p> <p>Women who were happy with their partner's contribution to household tasks, or said that they were ‘happy in the circumstances’ were more likely to report high levels of emotional satisfaction and sexual pleasure, as were women who had time for themselves at least weekly.</p> <p>Women reporting three or more sexual health issues were less likely to report positive experiences in their emotional or sexual relationship</p> <p>Compared to women not breastfeeding at 6 months postpartum, women who were continuing to breastfeed were also less likely to report high levels of sexual pleasure.</p> <p>Women who were single, divorced or separated reported lower emotional satisfaction, but were more likely to say that sex was physically pleasurable compared with women who were married or in a de facto relationship.</p> <p>No associations were apparent between maternal country of birth or mode of birth and emotional satisfaction or sexual pleasure.</p>
<p><b>Leenman, L., Rogers, R., Borders, N., Teaf, D., Qualls, C.</b></p>	<p>Cohort</p>	<p>Perineal trauma was not associated with a difference in sexual activity at 6 months postpartum; however, women with perineal trauma had lower scores on the FSFI indicating poorer sexual function.</p>

<p><b>De Judicibus, M. &amp; McCabe, P.</b></p>	<p>Cohort</p>	<p>At 12 weeks postpartum (compared with prepregnancy) women reported decreased sexual desire, frequency of sexual intercourse, sexual satisfaction and relationship satisfaction. At 12 week postpartum (compared with pregnancy), sexual desire and relationship satisfaction were reduced, but frequency and sexual satisfaction had increased. Comparing 6 months postpartum with prepregnancy women reported decreased sexual desire, frequency of sexual intercourse and sexual satisfaction. Comparing 6 months postpartum with 12 weeks postpartum, frequency of sexual intercourse had increased. Fatigue was found a predictor factor for frequency of sexual intercourse. Relationship satisfaction was found a predictor factor for sexual satisfaction. Relationship satisfaction and fatigue were the major predictors for sexual desire at 12 weeks postpartum. Depression was major predictor factor for frequency of sexual intercourse at 12 weeks postpartum. Fatigue was the major predictor for sexual satisfaction at 12 weeks. Depression, relationship satisfaction and mother role were the major predictors for sexual desire at 6 months postpartum. Depression and mother rol were the major predictors for frequency of sexual intercourse at 6 months postpartum. Mother role was the major predictor factor for sexual satisfaction at 6 moths postpartum. Dyspareunia, breastfeeding, and relationship satisfaction were the most important predictors of sexual desire at 12 weeks postpartum.</p> <p>Breastfeeding and relationship satisfaction were the main predictors of frequency of sexual intercourse at 12 weeks postpartum (women who were breastfeeding reported a greater reduction in frequency compared with their prepregnancy). At 6 months postpartum dyspareunia was the main predictor of change to frequency of sexual intercourse and dyspareunia and mother role were the main predictors to sexual satisfaction.</p>
<p><b>Woolhouse, H., McDonald, E., Brown, S.J.</b></p>	<p>Mixed methods. Subset of data from previous resear (Maternal Health Study by Brown et al., 2006) + qualitative new data</p>	<p>Most women delayed the resumption of vaginal sex until later than 6 weeks postpartum. 6 weeks: 41%; 3 months: 78%; 6 months: 94%.</p> <p>Changes in relationship satisfaction (emotional and physical) from late pregnancy through to 4.5 years postpartum. Drop in emotional satisfaction after the birth, from 87% in late pregnancy down to 68% at 3 months postpartum. Lowest level of emotional satisfaction (53%) reported at 4.5 years postpartum. Physical pleasure also dropped after birth, from 46% in late pregnancy to 38% at 3 months postpartum. Physical pleasure in sexual relationships increased gradually over the first 12 months postpartum, but dropped again (to 45%) by 4.5 years postpartum. Only 7% of women reported that they had been asked directly about their sexual health in pregnancy check-ups. In the first 3 months postpartum, less than one-quarter of women reported that their GP asked directly about sexual health (23%) or relationship problems (18%). In appointments with MCHNs, 13% of women recalled being asked directly about their sexual health, whereas 31% recalled being asked directly about relationship problems. The majority of women interviewed felt that</p>

		<p>having more information about the changes they may experience in their intimate relationships would have helped them make the transition to life with a new baby more smoothly. Women wanted to know whether what they were going through was 'normal' and to be reassured that they weren't the only ones experiencing certain issues. Women also reported that talking about sex and sexuality with partners and friends was difficult, because it was often a loaded and emotional topic that resulted in conflict between partners. Because of these difficulties, women were seeking trusted external sources of support (such as GPs and MCHNs) for opportunities to discuss their experiences of sex and sexuality after childbirth. Timing of the 6 week postnatal check-up was commented on as promoting the idea that everything will be 'back to normal' by 6 weeks postpartum.</p>
<p><b>Olsson, A., Lundqvist, M., Faxelid, E., Nissen E.</b></p>	<p>Focus group</p>	<p><b>Body image after childbirth</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Perceived experiences regarding physical changes of breasts and vagina</li> <li>* Easier to reach sexual satisfaction</li> <li>* Breasts are no longer related to sex, but to the baby</li> <li>* Changed attitude towards own body</li> <li>* Difficulties in accepting physical changes</li> <li>* Important to regain original body shape and function</li> </ul> <p><b>Stresses of family life alters sex pattern</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Tiredness produces altered need for sex.</li> <li>* New priorities may be stressful.</li> <li>* The "presence" of the child might be disturbing while having sex</li> <li>* The couple either develop new strategies (individually or mutually) or just postpone sex in order to cope with the new situation with no or less sex</li> </ul> <p><b>Discordance of sexual desire with the partner</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* The couple are not synchronised regarding sexual desire</li> <li>* Lack of sexual desire</li> <li>* The baby satisfies the woman's need for closeness</li> <li>* A threshold to step over in order to recover one's sexual life.</li> <li>* Negotiations, bargaining and compromising are ways of dealing with different needs.</li> </ul>

		<p><b>Reassurance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Very important to have an "approval" from a professional that the body is "normal" or at least working as usual again.</li> <li>* Great need to discuss sexual life after childbirth at the-post partum check-up</li> <li>* Women thought that lack of confirmation would lead to low self-esteem</li> <li>* Acceptance requires confirmation from partner but also from midwife.</li> </ul>
<p>Chaparro, M., Pérez, R., Sáez, K.</p>	<p>Estudio analítico, transversal y correlacional</p>	<p>Motivo de reinicio de actividad sexual posparto: 69,8% porque ella lo deseaba. 56,6%: primera relación después del parto no fue satisfactoria. Inicio actividad sexual en promedio a los 30 días posparto, con un rango entre 8 a 90 días. IFSF 22,1 puntos (rango 7-34,8 puntos). Orgasmo dominio con mayor porcentaje para disfunción sexual (83 %), seguido por el deseo o interés sexual femenino (81,1 %). IFSF mayor entre aquellas que iniciaron actividad sexual por decisión propia. Deseo y excitación mayor entre aquellas que iniciaron actividad sexual por decisión propia. IFSF mayor en mujeres cuya primera relación posparto satisfactoria. IFSF levemente disminuido en aquellas mujeres con lactancia materna exclusiva. Dominio excitación levemente mayor en mujeres que trabajan fuera del hogar.</p>
<p>Trutnovsky, G., Haas, J., Lang, U., Petru, E.</p>	<p>Longitudinal</p>	<p>Sexual intercourse was resumed after a mean of 7.1 weeks. At 6 months post-partum, 16 women (61%) considered their sex life to have changed, while 10 women (39%) thought it to be the same as before pregnancy. There was no significant difference in the assessment between primiparae and multiparae. At 6 months post-partum, the mean 'importance of sexuality' had increased since late pregnancy, but was still significantly lower when compared to prepregnancy levels. At 6 months postpartum, the mean level of 'importance of sexual intercourse' was still significantly lower than before pregnancy. The mean 'contentment with sexuality' declined from late pregnancy to the post-partum period, at which point it was significantly lower compared to prepregnancy. Fifteen women (58%) reported that the frequency of sexual intercourse was distinctly lower than before pregnancy. Many women felt that they were preoccupied with the care and love for the newborn. Distractions by crying babies additionally hampered sexual enjoyment and lowered women's contentment.</p> <p>Dyspareunia was another reason for reduced sexual enjoyment post-partum.</p> <p>Breastfeeding and its effect on the female breasts also lowered sexual desire in some women. Women breastfeeding indicated significant lower values on the scales for perceived 'importance of sexual intercourse' compared to the women who had stopped breastfeeding.</p>



		<p>Number of children did not influence the scale ratings for perceived ‘importance of sexuality’, perceived ‘importance of sexual intercourse’ and ‘contentment with present sex life’ during all three interviews.</p> <p>Age and level of education had no significant effect on either scale ratings during the whole observation period.</p>
<p><b>Song, M., Ishii, H., Toda, M., Tomimatsu, T., Katsuyama H., Nakamura, T., Nakai, Y., Shimoya, K.</b></p>	<p>Cross-sectional, relational</p>	<p>The number of children was significantly associated with the SFQ28 pain domain.</p> <p>There were significant differences in the SFQ28 partner domains between the vaginal and operative delivery groups. There were also nonsignificant differences in the orgasm and pain domains.</p> <p>There was a nonsignificant difference in the SFQ28 arousal (lubrication) and orgasm domains between the no laceration and episiotomy groups. There were no statistical differences for any of the SFQ28 domains between the no laceration and cesarean section groups. There was a significant difference in the arousal (sensation) domain between the no laceration and episiotomy groups.</p> <p>Maternal age and cesarean section were significant predictors of the SHQ28 domains of desire, arousal (lubrication), and arousal (cognitive). Maternal age was a significant predictor of the enjoyment domain. Associations of the SHQ28 orgasm domain with maternal age was.</p>
<p><b>Alligood-Percoco N, Kjerulff K and Repke J</b></p>	<p>Secondary analysis, using data from a prospective study</p>	<p>Prevalence of dyspareunia was 21.2%. Chi-square analyses indicated that instrumental delivery, perineal laceration and breastfeeding were significantly associated with dyspareunia. Vacuum assisted delivery was significantly associated with dyspareunia. Forceps assisted delivery was not significantly associated with dyspareunia. Depression, fatigue, social support and stress administered at 1 month postpartum were associated with the presence of dyspareunia at 6 months postpartum. In addition, the symptom of painful perineum at 1 month postpartum was associated with dyspareunia at 6 months. Compared to women having instrumented vaginal delivery, women having spontaneous vaginal delivery were significantly less likely to experience dyspareunia at 6 months postpartum. There was no significant difference in dyspareunia rates between women having spontaneous vaginal delivery and women having cesarean section. 32.5% of women experiencing perineal pain at 1 month postpartum reported dyspareunia at 6 months postpartum, versus 15.9% of those who did not. 28.3% of women who reported fatigue all or most of the time at 1 month postpartum reported dyspareunia at 6 months postpartum, versus 18.0% of those who reported fatigue less often. Among the other three psychosocial factors analyzed at 1 month postpartum, only stress was associated with dyspareunia in the logistic regression model. Neither depression nor social support were independently associated with dyspareunia, controlling for the maternal</p>

		<p>characteristics, obstetric factors, and symptoms. Among those women who had resumed intercourse at 6 months postpartum, nearly a third of those breastfeeding reported dyspareunia (31.5%), versus 12.7% of those not breastfeeding.</p>
<p><b>McDonald E, Gartland D, Small R, Brown SJ</b></p>	<p>Prospective pregnancy cohortstudy</p>	<p>Almost half of the women in the sample had a spontaneous vaginal birth (49%), 29.6% had a caesarean section, and 21.5% gave birth with the assistance of forceps or vacuum extraction. 78% of women in the sample had resumed vaginal sex by three months postpartum, 94.0% by six months postpartum and 97.0% by 12 months postpartum. 27.4% reported experiencing pain during sex in the year prior to their pregnancy. 85.7% of the women who had resumed sex by 12 months postpartum experienced dyspareunia during first vaginal sex after child birth. Of these women, almost a quarter described the pain as distressing, horrible or excruciating (23.3%). Post partum dyspareunia was reported by 44.7% women at 3 months postpartum, 43.4% women at six months postpartum, 28.1% women at 12 months postpartum and 22.6% women at 18 months postpartum. Of the women who reported pain at three months postpartum (64.8%) were new cases. At all further time points to 18 months postpartum over 60% of the women reporting pain had not reported pain prior to pregnancy. Of the women who reported dyspareunia to 18 months postpartum, around one in ten at each time-point described pain as “distressing”, “horrible” or “excruciating”. Four main patterns of dyspareunia emerged for the 866 women who had resumed vaginal sex by three months postpartum. The first group reported no dyspareunia at any time-point (33%). The second group were characterised as having 'resolved' dyspareunia (21,8%). The third group had a fluctuating pattern (23,6%). The fourth group reported persistent dyspareunia (21,6%). Women who had a caesarean section, women born overseas of non-English speaking background and women who reported depressive symptoms at 6 months postpartum had raised odds of more intense dyspareunia. Older women (over 35 years) had lower odds of reporting more intense pain, compared to women aged 30-34 years. There was no association between maternal education, breastfeeding duration or pre-pregnancy dyspareunia and pain intensity at 6 months postpartum. Variables included in the model in addition to mode of birth were: maternal age, country of birth, and EPD Score at 6 months postpartum. Women who gave birth by caesarean section remained more likely to report more intense dyspareunia compared to women who had a vaginal birth with an intact or unsutured perineum, after adjusting for maternal age, country of birth and depressive symptoms at 6 months postpartum. Women reporting dyspareunia were asked to complete the Brief Pain Inventory at each time-point. The 6 most commonly selected words at every time-point were 'tender', 'sharp', 'burning', 'penetrating', 'aching', and 'stabbing'.</p>

<p><b>Kolberg Tennfjord M, Hilde G, Staer-Jensen J, Sifarikas F, Engh ME, Bø K.</b></p>	<p>Randomised controlled trial (RCT)</p>	<p>Overall, analysis (n = 175) showed no difference between training and control groups in women having vaginal symptoms or symptoms related to sexual dysfunction 6 months postpartum. The majority of women (88%) had intercourse and there was no difference between groups. Unadjusted subgroup analysis of women with a major defect of the levator ani muscle (n = 55) showed that women in the training group had 45% less risk of having the symptom 'vagina feels loose or lax' compared with the control group.</p>
<p><b>Glowacka M, Rosen N, Chorney J, Snelgrove-Clarke E, and George RB</b></p>	<p>Descriptive study</p>	<p>Of 150 women, 49% reported genito-pelvic pain in pregnancy. The pain resolved for 59% of women, persisted for 41% and 7% of women reported a new onset of genito-pelvic pain after childbirth. Prepregnancy nongenito-pelvic pain was associated with an increased likelihood of postpartum onset of genito-pelvic pain. Greater pain-related anxiety was associated with greater average genito-pelvic pain intensity at 3 months postpartum.</p>
<p><b>Marsh F, Lynne R, Christine L, Alison W</b></p>	<p>Prospective cohort study</p>	<p>The majority (96%) of women were faecally continent three months after primary OASIS repair. Nevertheless, 34.2% reported faecal urgency, 25% suffered poor flatal control, and nearly 30% reported pain and bleeding on defaecation. Sixteen percent of women reported stress urinary incontinence, 15% experienced urgency and 20% reported urinary frequency. Fifty-seven percent of women had resumed intercourse but 32% of those women reported dyspareunia. Women who developed faecal symptoms were significantly more likely to develop urinary symptoms. Advancing maternal age and the use of forceps, in particular rotational forceps, significantly increase the risk of developing faecal and urinary symptoms.</p>
<p><b>Solana-Arellano E(1), Villegas-Arrizón A, Legorreta-Soberanis J, Cárdenas-Turanzas M, Enzaldo de la Cruz J, Andersson N</b></p>	<p>Case-control study</p>	<p>De 368 mujeres que habían reiniciado relaciones sexuales, 152 (41,3%) refirieron dispareunia. Los factores asociados con dispareunia fueron haber tenido infección con o sin dehiscencia de la episiorrafia, presentar síntomas de vaginitis, tener sensación de estrechez del introito vaginal y practicar la lactancia exclusiva. La dispareunia estuvo relacionada con las complicaciones de la episiotomía y sus posibles secuelas, como la infección, la dehiscencia de la episiorrafia y la estrechez del introito vaginal. Se debe realizar una mejor vigilancia de la episiorrafia durante el puerperio y seleccionar más apropiadamente las mujeres a quienes se les realiza la episiotomía.</p>
<p><b>Rachel N. Pauls &amp; John A. Occhino &amp; Vicki Dryfhout &amp; Mickey M. Karram</b></p>	<p>Prospective cohort study</p>	<p>Urinary symptoms worsened through pregnancy with improvement postpartum. However, quality of life impact of fecal incontinence was stable. Although some associations between low body image and maternal weight, urinary distress, and bowel complaints were suggested, no significant relationships were noted. Poorest body image was noted in the postpartum</p>

		period. Urinary symptoms worsen during pregnancy with recovery postpartum, while body image suffers most following pregnancy.
<b>Shannon Trice-Black</b>	Qualitative study	Sexual Self as an Individual; Appearance, Self-care/ Sexual Self Within the Family Relationship: The blurry lines between children and self, Others' needs first, Emotional components of sexuality. Sexual Self Within the Context of Society: Women, Expectations,
<b>Sóley S. Bender; Edda Sveinsdóttir; Hilda Fridfinnsdóttir</b>	Qualitative phenomenological	7 women sexually active 4 to 12 weeks postpartum. 1 until 6 months. Some of women feel freedom after weaning. Newborn bedroom, lower desire. High self esteem and mental health better to enjoy sex. Multifocal pleasure sexuality: respect, trust, content, well, relax, physical closeness. Work = freedom. More stress if stay home. Pareja incia el contacto, más ganas de sexo que la mujer, diferentes prioridades, todo esto afecta la relación. Crianza como periodo de vida, una vez adaptadas podrán retomar el sexo. Preparadas para los cambios físicos y para la reducción del placer, pensaban que eran las únicas en esta situación. Se sienten solas con sus sentimientos. Importante recibir información sobre sexo en PP, es una transición, sobretodo primerizas. Autoimagen afecta de diferente manera a unas y otras, importante hacer ejercicio, muchas no se sienten atractivas. A los 12 meses PP ya se sienten sexuales. Importante la intimidad con la pareja, tener momentos sin bebé, sentirse respaldadas, abrazos, besos. Tienen la libido disminuida, fatiga. Enfocadas al bebé. Practicar sexo para satisfacer a la pareja. Intimidad emocional: respeto, confianza, entenderse, comunicación.
<b>Elif Ozge Acele and Zekiye Karaçam</b>	Descriptive, cohorts	4,8% no satisfechas con el matrimonio. 11,7% violencia física. 14,8% abuso sexual. 24 de 88 mujeres con problemas sexuales antes embarazo recibieron consejo durante embarazo. Durada PP 8,1 meses (entre 2-12 meses). 77,4% continúan con lactancia i 71,3% duermen en la misma habitación. 47,4% no satisfechas con el físico del PP, 14,3% sensibilidad de los pechos durante el sexo. 58,3% dispareunia. 91,3% > 11 en ASEX y problemas sexuales. Bivariate analysis: significant relation between sexual problems and age, having 2 o + births, sex probl in pregnancy, time after delivery.
<b>Schlagintweit HE, Bailey K, Rosen NO</b>	Cohort. Cross-sectional online study	Severity and frequency of PP sexual concerns were positively correlated with Male and Female, and negatively correlated with measures of relationship satisfaction. ICC (intra-class correlations) indicates couples data were non-independent. ANOVA revealed RS (relation satisfaction) ++ in mothers breastfeeding. 59% couples endorsed 16 to 20 sexual concerns, 30% M i 30% F endorsed 11 to 15, 11%M i 11%F reported 10 or fewer concerns. They differ in the specific PP sex concerns. M concerns: body image and its impact on sex activity, child duties, sleep deprivation, physical recovery, impact breasts. F concerns: mood

		swings, frequency intercourse, mismatch sexual desire (F more than M), body change, breasts, sleep deprivation, how soon to resume intercourse. RS not differ between M and F; M endorsed greater severity of sexual concerns, F reported lower RS.
<b>Tone Ahlborg; Lars-Gösta Dahlöf; Lillemor R-M. Hallberg</b>	Cross-sectional. Cohorts.	La mayoría son felices en su relación. Hombres piensan menos peleas y buen funcionamiento, más optimistas sobre el futuro de la relación, pero más estrés en la situación actual que Mujeres, 33% i 13% respectivamente. Categoría besos: casi cada día. Gustos comunes: SI. Reir juntos: SI (más H que M). Trabajar juntos: respuesta afirmativa en H. Discutir calmadamente: diferencias. Ambos cansados para sexo: M lo vive más como un problema que el H (47%-38%). 26,3% ven como problema no mostrar amor y aprecio. M dicen mostrar más los deseos que H, ambos dicen que se escuchan casi siempre, poca correlación de respuestas entre parejas. A mejor comunicación mejor intimidad. H quieren más intimidad que M. Reprender sexo sobre los 3 meses. Frecuencia 1-2 mes. Ambos descontentos y/o parcialmente contentos con la situación sexual. H 46% i M 36%. 17% parejas no coito en 4 semanas. H > deseo M. Breastfeeding lower desire, frequency and content.
<b>G Persico; P Vergani; C Cestaro; M Grandolfo; A Nespoli</b>	Prospective observational study	Asociación entre resultados y cura del perineo: se aprende más durante las clases. Técnica de sutura: sutura continuada en toda clase de piel, hilo reabsorbible para reducir dolor. Dolor: 88,2% 1r día, 62,3% 1 semana, 8% 7 semanas, 0,7% 6 meses. Perineo intacto: menor dolor (0-4). Grupo episio: dolor intermedio (4-8) sentada y movimiento. > grado de trauma > dolor. Actividad sexual: 7 semanas 211 han tenido coito. Episio afecta el tiempo de retomar sexo. 7 semanas 32,3% que han retomado relaciones sexuales dicen tener dispareunia en el primer coito. 6 meses 401 han tenido coito y 16,7% con dispareunia, relacionada con episio. Perineo intacto a las 7 semanas un 62,4% retoman sexo, en grupo sutura un 47,5% y en episio un 41%.
<b>Marjan Khajehei; Maryanne Doherty; PJ Matt Tilley; Kay Sauer</b>	Cross-sectional. Cohorts.	64,3% sexual dysfunction PP. No differences in age group, educ level, occupation, income. Among sexual dysfunction: desire disorder (81,2%), orgasm problems (53,5%), sexual arousal disorder (52,3%), the more prevalence disorders. 70,5% experienced sexual dissatisfaction. 43,3% lubrication difficulty, 39,4% sexual pain, less prevalent. Sexual dysfunction not significantly associated with: parity, history of miscarriage or abortion, method of delivery, place of birth, gender, birth weight. However, were more likely to have only one child, exclusively breastfeed, lack of regular menstrual PP, than women without sex dysfunction. Other no significant factors associated: use hormonal medicines, use particular medicines, pelvic IQ, sleep hours in a 24-hour period, smoking, alcohol, illness during pregnancy, PPD. Women with sex dysfunction more likely to have less frequent or no sex activity, and more likely to resume sex activity later than 9 weeks PP. Women without sex dysfunction more likely to initiate sex with partner. vaginal intercourse most practiced activity, however the following activities most practiced among those with dysfunction: masturbation together with vaginal sex (12,4% vs 4,3%), masturbation together with oral, vaginal and anal sex (6,2

		vs 4,3), only masturbation (1,4% vs 0,9) anal sex only (0,5% vs 0%). More women with sex disfunc had higher scores in rate of PPD (30,6 vs 12,1) and in relationship dissatisfaction (45,9 vs 21,6). Other risk factors to sex dysfunction the 1st year PP: low frequency of sex act, not being the initiator of sex, late resumption in PP, the first 5 months PP, primiparity, depression, relationship dissatisfaction. see info especifica a les taules de l'article.
<b>Meredith L Chivers; Richard Pittini; Sophie Gregoriadis; Laura Villegas, Lori Ross</b>	Cohorts	No significant differences in age, sexual identity, or relationship status between DS and ND. 89,6% planned pregnancy/ 6,7% of DS and 11,3% of ND reported unplanned. 19,5% fertility assistance. No significant differences between use ACO or not. W DS reported significantly poorer sexual functioning than ND. 67/77 reported some form of sexual activity since childbirth (partnered sex, masturbation or both). 7 only masturbation. 10 no sexual activity. 60 who had engaged in partnered sex 9 only different activity than intercourse. At the time of questionnaire 14/15 in DS and 53/63 ND reported being sexually active. All W similar levels of desire. NO differences groups in masturbation issues. 17/77 who reported no sex act with partner, 3 had initiated sex activity but not have sex, 12 reported their partner initiated the sex but none had occurred yet. Average weeks postpartum of the women who had not resumed partnered sex was 12. No differences of earlier or later than W who had resumed partnered sex. W not resumed partnered sex experienced more tears than W partnered (69% vs 41,7%). 76% W sexually active had orgasm, their first orgasm was during 8 week PP. 40 W had episio or tears, or both, FSFI no differ significantly. Greater % of DS delivered by c-section (53,3% vs 32,3%) but n.s. only 30% All W reported receiving information about perinatal sexuality from care provider. 60% would like to receive this information.
<b>A.S.Lagana; M.A. Burgio; L. Ciancimino; A.Sicilia; A.Pizzo; C.Magno; S.Buttice; O.Triolo</b>	Cohorts	age s.n. / 68W (34%) SF vs 132W (66%) SDF. 96 W SDF no resume until 8 weeks PP, 18% do. SF: 28 vaginal, 16 episio, 24 c-section. W SDF NO resume until 8weeks: 22,22% vaginal, 44,44% episio, 33,33% c-section. W FSD do resume: 29,16% vaginal, 16,67% episio, 54,17% c-section. Analisis de RFSF, ANOVA si diferencias entre 3 grupos. Analisis de FSD, ANOVA no diferencias entre 3 grupos. NO differences between mode of birth and sexual dysfunction. need more investigation.
<b>Sagrario Gómez Cantarino; M.Moreno Preciado</b>	Etnografia	Papel social marcado y estipulado culturalmente. Normas morales y prejuicios. Mujeres jóvenes vergüenza de hablar temas sexuales, sobretodo con madres. Amigas más facilidad. Educación maternal mayor facilidad, las abuelas en zonas rurales acompañan más a la hijas a clases. Inicio de prejuicios cuando inicia noviazgo, te escondes por lo que dirá la gente, sobretodo mujer juzgada si ha estado con más de un hombre. Ideal católico: mujer casta, pura y formal. Todo el mundo da consejos de todo tipo, influencia en la mujer gestante, interferencia en sexualidad, cada pareja es un mundo. Importante autoestima. Importancia profesional que informa. El saber en la mujer trae más placer, y satisfacción. Zona urbana más implicación del hombre. Importante trabajo profesional en equipo.

<p><b>Sagrario Gómez Cantarino; Margalida Comas Matas; Abellán Velasco; Silva Campos; Ana Poço dos Santos; Isabel del Puerto Fernandez</b></p>	<p>Cualitativo etnográfico</p>	<p>Sexualidad, cultura y sociedad: dificultad hablar temas sexuales, sobretodo en inmigrantes, condiciones socioculturales. Naturalidad en españolas hablar con su pareja, importante para ellas, hablar con hermanas, primas, amigas. En inmigrantes más restrictivo. Inicio temprano de las relaciones postparto como factor favorecedor. En españolas cuesta iniciar relaciones por asociación al dolor, parejas quieren antes. En españolas menos dificultad que en inmigrantes, bebe en españolas no influye tanto su presencia. Imagen del cuerpo importante en vida sexual. Vergüenza de cuerpo frente pareja. En inmigrantes procreación antes que placer. Latinos mas importante placer del hombre. Traumatismo perineal trae miedo y preocupación.</p>
<p><b>A De Souza, PL Dwyer, M Charity, E Thomas, CHJ Ferreira, L Schierlitz</b></p>	<p>Cohort. Descriptive</p>	<p>440 participantes, 437 contestan test inicial, 322 a los 6 meses, 286 a los 12m. 94% resumed sex act at 6m pp, 95% als 12m. Inicio 90% breast, a los 6 m disminuye al 39% breastfeeding, 33% als 12m. Significancia relación edad y abandono estudio, a menor edad mas abandono. No significancia entre sex func y mode of delivery o injury. Type of delivery not related to patient's BMI or Birthweight. Pain domain and orgasm domain only scores showed significant difference over time. 6 m pain socres lower, more pain at 6 m, no diferencias entre inicio y 12m. Orgasm improve entre 6 y 12 m. Mode delivery not affected total FSFI directly, interaction with delivery type and time, combined in pain domain. In Caesarean, pain scores increased between initial and 6m, less pain at 6m. pain scores in other mode delivery decreased initial to 6m, indicating more pain. scores pain increased 6-12m, less pain. Scores indicated better sex func initially than 6m, and improve 6-12m. Arousal higher at 12m. Orgasm only domain show diference in score across perineal injury, episio lower orgasm score than both 1st-3rd degree, no interaction in time. Arousal domain only score show difference between perineal and time, arousal in intact or 2n degree increased between initial and 6m. other perineal decreased in time. arousal increase between 6-12m for all types, except intact perineum (decreased in 6-12) however 12m scores returned baseline levels. Discusion: no diference at 12m, es igual si ha habido cesarea o parto vaginal, con perine intacto o traumatico. Mas dolor a los 6 meses, menos en cesaria. Sexual function, deseo, arousal, orgasm and pain son negativamente afectados por afectació del perineo) de los 6-12m mejora.</p>

### 10.3. ANEXO 3: Guiones entrevistas semiestructuradas

#### *Entrevista a las mujeres*

#### **Datos Sociodemográficos**

Edad:            Profesión:            Estado civil:            Zona residencia:

#### **Preguntas:**

Introducción: presentación y agradecimientos, recordar que en cualquier momento que lo necesiten pueden parar la entrevista o no contestar a preguntas que no deseen. Se resaltará la intimidad y confidencialidad.

(En naranja se destacan comentarios de las propias participantes que se plantean durante la entrevista a las otras participantes).

#### **Abrir entrevista:**

- Preguntar sobre cómo está, qué tiempo tiene el bebé, cómo fue el parto, tipo parto.

#### **Preguntas objetivos:**

- Vivencias sobre:
  - o Curas
  - o Lactancia
  - o Parte emocional

¿Cómo te has visto expresando tus emociones con tu pareja? ¿Y a él/ella?

¿Cómo crees que vive tu pareja la lactancia materna?



¿Poder escoger la lactancia influye negativamente en la lactancia materna? Al poder escoger se convierte en tú problema, porque así lo has elegido, sino haber esogido lactancia artificial.

¿Te ha dado vergüenza dar el pecho en sitios públicos?

¿Cómo crees que afecta la lactancia materna en tus responsabilidades? *Alguna mujer comenta que el padre nunca podrá tener este nivel de implicación y vínculo.*

- Experiencias sexuales:
  - o Primera experiencia
  - o Momento penetración
  - o Deseo
  - o Masturbación

¿Cómo has vivido la sexualidad?

¿Cómo supiste que estabas preparada para tener actividad sexual?

Cuéntame cómo te has sentido y te sientes durante la relación sexual. ¿Has notado diferencia en cuanto al orgasmo, placer o disfrutar? ¿Crees que hay alguna práctica sexual que te apetezca más? ¿Cómo has vivido la sexualidad contigo misma?

¿Qué te motiva para tener relaciones sexuales? ¿Te preocupa la sexualidad? ¿Y que sea diferente?

*Plantear comentario participante: "las que son inteligentes se preocupan del tema (sexualidad) y las otras pasan".*

¿Crees que se pierde la sexualidad en el postparto? ¿Es el postparto asexual?

¿Si no hay relaciones sexuales no hay sexualidad? ¿Las relaciones sexuales determinan la sexualidad de cadauna?

¿Prácticas sexuales de mayor o menor rango? ¿Hay prácticas que son más sexuales que otras??

¿La sexualidad se vive según el género o individualmente? ¿La sexualidad te identifica como persona? ¿Identificación a través de la sexualidad?

¿Cómo viviste la sexualidad durante el embarazo?

- Pareja:

¿Cómo te ha ayudado la pareja en todo este aspecto? ¿Qué papel crees que juega? ¿Le ha afectado de alguna manera? ¿Cómo lo ves cuando se relaciona contigo?

¿Cómo ves la comprensión de tu pareja respecto a lo que estás viviendo? ¿Y tú hacia él?

¿Tú más importante que él?

¿Qué lugar ocupa para ti la sexualidad? ¿Y en tu pareja? ¿Crees que es una necesidad importante? ¿Os comunicáis? ¿Crees que es importante hablar sobre sexualidad?

¿Qué es para ti la sexualidad?

Preguntas y comentarios añadidos:

¿Crees que es un tema físico?

Se generaliza que el hombre es más activo que la mujer y ella se acomoda, ¿es así?

¿Se tiende a practicar una sexualidad dirigida al hombre?

¿Cómo crees que vive el hombre y la mujer la sexualidad? ¿Hay diferencias?

¿Qué piensas sobre el planteamiento de una participante: *“la mujer si es activa como el hombre se ve con malos ojos o como signo de problema de libido”*. ¿Cómo crees que vive una persona si tiene un problema sexual? ¿Lo expresa y pide ayuda?

¿Es común ceder en el sexo? ¿Si se cede delante la pareja se trata de relaciones no consentidas?

¿Qué opinas de el miedo de perder la pareja o que se canse si no hay sexo?

¿Crees que se pueden crear las ganas de sexo, aunque no te apetezca?

¿Piensas que hay una normalidad o un estándar en la sexualidad?

- Maternidad:

¿Cómo te sientes en el rol de madre? ¿Has vivido un cambio de rol? ¿Crees que son compatibles los dos roles?

¿Cómo te sentiste o te sientes al dejar a tu hijo/a? (¿lo has vivido como un problema?)

¿Crees que es igual de necesario la adaptación de ti hacia el bebé, como del bebé hacia ti?

Alguna mujer me ha comentado:

- A más apego menos sentimiento de mujer independiente
- Cuando eres madre dejas de ser tu, eres madre de...
- Pierdes tu vida.

¿Por qué crees que unas mujeres lo viven de una manera y otras, de otra?

Reflexión para la participante: he visto que más de una mujer se tiende a hacer suposiciones, por ejemplo, "si hubiera sido un parto vaginal normal haría menos daño", "si hubiera sido cesárea no costaría tanto", "supongo que si mi pareja me insistiera mucho y me forzara me afectaría más", "supongo que es normal que duela", ¿Cómo lo ves? ¿Por qué se hacen suposiciones?

¿Piensas que es importante cuidar de ti y tener momentos para ti? ¿Los tienes? ¿Piensas que en algún momento has dejado de cuidarte? ¿Qué es para ti el autocuidado? ¿Se puede cuidar al bebé y a una misma? ¿Cómo crees que puede influir en la sexualidad?

¿No sentirse deseada te hace sentir menos mujer?

¿Cómo te ves o te verás en el rol profesional? ¿Cambios de alguna manera? **¿El hecho de ser madre te elimina aspiraciones?** ¿Crees es compatible?

¿Qué te hace madre? ¿Cómo pensabas que sería la maternidad? ¿Te sentiste igual que lo habías imaginado? ¿Has sentido el amor maternal? ¿Cómo crees que puede influir tu estado emocional como persona con cómo vives la maternidad? ¿Y en la sexualidad?

¿Instinto maternal o cultura/aprendido?

- Estructura familiar:

Cuéntame cómo han quedado los roles familiares una vez nació el/la niño/a.

¿Crees que las madres adoptan más carga en los cuidados del bebé y el hogar? ¿Cómo os habéis organizado vosotros?

**¿Para ti cuidar del bebé es no hacer nada, te has sentido inútil?**

¿Cómo os habéis organizado con las bajas maternales y paternales? ¿Cómo lo has visto?

**Alguna madre me ha planteado que la baja paternal es secundaria, que primero hay que arreglar la maternal ya que son las que realmente cuidan del bebé, ¿Cómo lo ves?** ¿Crees

que el papel del padre es secundario? ¿Maternidad más importante que paternidad?

¿Cómo se puede sentir el padre? ¿Se normaliza más la maternidad que la paternidad?

¿Crees que la exclusión del padre en ciertas decisiones puede afectar en la sexualidad?

**Explica el caso donde un padre hace una carta de recibimiento a su hijo, ¿Por qué sorprende que un padre muestre afectividad?**

¿Tendencia a generalizar actitudes de hombres y mujeres en los discursos?

¿Cómo ves la expresión?: la mujer tiene más necesidad de tener las cosas de casa hechas.

¿La mujer tiende a querer hacer las cosas a su manera, y en cierta manera, no deja adquirir responsabilidad a la pareja?

¿Habéis tenido ayuda de familiares? ¿Cómo has vivido la implicación familiar?

¿Crees que es importante cultivar la relación de pareja? ¿Cómo lo has vivido?

- Sociedad:

¿Cómo crees que vive la sociedad la sexualidad? (tabú).

¿Tenías ideas o mitos preconcebidos que hayan alterado tu propia experiencia? ¿De qué manera?

¿Cómo has vivido los comentarios y consejos?

¿Cómo has vivido el cambio de imagen corporal? ¿Y en relación con la sexualidad?

Alguna mujer ha comentado que con la pareja se siente segura, pero al salir a la calle le da vergüenza lo que puedan decir, ¿cómo lo ves?

¿A las mujeres les preocupa más la imagen corporal?

¿Crees que la edad influye en la sexualidad o en la imagen corporal?

¿Mujeres jóvenes mayor ganas de cuidarse?

- Seguimiento postparto:

¿Cómo identificarías el papel de enfermería y de las matronas en tanto como solucionar dudas o facilitarte información sobre sexualidad en el postparto?

¿Has tenido ayuda o soporte por parte de los profesionales sanitarios?

¿Cómo crees que influye el género del profesional en la relación profesional y paciente?

Finalización: añadir si hay algún tema más que le gustaría tratar. Finalizar la entrevista agradeciendo nuevamente, y recordando que nos volveremos a poner en contacto con ella para que haga una lectura de la transcripción de la entrevista, y más adelante, de los resultados.

## *Entrevista a la pareja*

Código participante: -----

### **Datos Sociodemográficos**

Edad:            Profesión:            Estado civil:            Zona residencia:

### **Preguntas:**

Introducción: presentación y agradecimientos, recordar que en cualquier momento que lo necesiten pueden parar la entrevista o no contestar a preguntas que no deseen. Se resaltará la intimidad y confidencialidad.

#### **Abrir entrevista:**

- Preguntar sobre cómo está, qué tiempo tiene el bebé, cómo fue el parto, tipo parto.

#### **Preguntas objetivos:**

¿Cómo estás viviendo el posparto? ¿Lo esperabas así? ¿Tenías alguna idea de cómo podía ser?

¿Cómo estás viviendo la paternidad? ¿Has notado cambio de rol de antes a después del parto? ¿Crees que existe el instinto paternal, o puede ser cultural? ¿Y el maternal?

¿Cómo has llevado los cuidados del bebé? ¿Has tenido dudas? ¿Cómo os habéis repartido las tareas? ¿Cómo has vivido los comentarios o consejos de la gente?

¿Crees que las mujeres tienden a adoptar más carga en los cuidados? ¿Cómo te hace sentir cuidar al bebé? ¿Cómo ha sido tu nivel de implicación, y respecto a tu pareja?

¿Qué lactancia estáis dando? Si lactancia materna plantear más vínculo con la madre.

¿Crees que uno de los dos roles es más importante que el otro? ¿Se da más protagonismo a la maternidad que a la paternidad?

¿En algún momento te has sentido desplazado en los cuidados del bebé, o en el vínculo?

Alguna mujer ha planteado que ellas llevan ventaja por el embarazo.

¿Has sentido o sientes dificultad de dejar al bebé?

¿Cómo piensas que influye tu comportamiento al del bebé?

¿Cuándo te reincorporaste a trabajar? ¿Cómo fue? ¿Tenías ganas? ¿Ayudó de alguna manera en la relación de pareja? ¿Cómo te ves ahora en el rol profesional? ¿Ha cambiado de alguna manera? ¿El hecho de ser padre te ha eliminado aspiraciones o motivaciones?

¿Cómo ves las bajas paternas?

¿Crees que es compatible cuidar del recién nacido y de uno mismo? ¿Y en las mujeres?

Con todos estos cambios, ¿cómo estás viviendo la sexualidad en el postparto? ¿Qué tipo de sexualidad te apetece más? ¿Qué te motiva a tener relaciones sexuales?

¿Qué es para ti la sexualidad? Se generaliza que el hombre es más activo que la mujer, ¿crees que es así? ¿Se tiende a practicar una sexualidad más dirigida al hombre? ¿Hay diferencias en la sexualidad femenina y masculina? ¿Cómo ves a una mujer activa sexualmente, piensas que se estigmatiza?

¿Qué lugar ocupa en tu vida la sexualidad? ¿Consideras que es una necesidad importante?

¿Has notado cambios respecto a antes del embarazo? ¿Cómo la has visto a ella? ¿Ha tenido molestias? ¿Lo habláis?



Cuéntame un poco sobre la sexualidad en el embarazo. ¿La imagen de mujer embarazada puede afectar en la libido?

¿Crees que es importante que haya sincronía entre la pareja? ¿Cómo has vivido la sexualidad contigo mismo?

¿Te preocupa el cambio sexual? ¿Es común ceder en el sexo? **Alguna persona ha comentado que, si cedes, no son relaciones consentidas**, ¿cómo lo ves? ¿Se pueden crear las ganas?

¿Cómo vives la expresión de tener miedo de que la pareja se canse si no hay sexo? ¿Pasa?

¿Existe una normalidad y estándar en la sexualidad? ¿Cómo crees que la vive la sociedad? ¿Cuesta hablarlo? Si alguien tiene un problema sexual, ¿lo comunica con normalidad?

¿Cómo crees que viven los hombres la sexualidad? ¿Tenías ideas de cómo podía ser la sexualidad en el postparto?

¿Influye de alguna manera el cuidarse con tener ganas de sexo? ¿La sexualidad es cosa de géneros o individual de cada persona?

¿Crees que es importante cultivar la relación de pareja? No solamente sexual...

¿Cómo crees que vive la mujer el cambio en su imagen corporal? ¿Crees que preocupa más en las mujeres que en los hombres?

¿Cómo crees que influye la edad en el postparto? ¿Y en la sexualidad?

¿Cómo ves el seguimiento de los profesionales?

## *Entrevista a los profesionales*

Código participante: -----

### **Datos Sociodemográficos**

Edad:           Profesión:

### **Abrir entrevista:**

Introducción: presentación y agradecimientos, recordar que en cualquier momento que lo necesiten pueden parar la entrevista o no contestar a preguntas que no deseen. Se resaltarán la intimidad y confidencialidad.

### **Preguntas:**

Cuéntame tu papel después de que la mujer de a luz.

Explícame como funciona y distribuyes las consultas posparto.

¿Cómo ves el seguimiento que se ofrece en el postparto? ¿Cambiarías alguna cosa?

¿Cuáles son las visitas establecidas después del parto? ¿Cómo las ves?

¿Qué temas crees que preocupan más a las mujeres? ¿Y a ti?

¿Hay alguna especificación en relación a la salud sexual? ¿Qué temas se tratan?

¿Incorporarías algún apartado más?

¿Te preguntan sobre salud sexual?

¿Qué es para ti la sexualidad? ¿Cómo crees que lo viven? ¿Y la sociedad? ¿Crees que existe una normalidad o estándar? ¿Cómo crees que asume una persona que tiene un problema sexual, se expresa?

¿Cómo crees que vive el profesional el tratar asuntos sobre sexualidad?

¿Cuáles son las recomendaciones en el puerperio?

¿Qué crees que las motiva a buscar relaciones sexuales en el postparto? ¿Qué crees que puede dificultarlas? ¿Y facilitarlas?

¿Cómo se abordan los distintos tipos de parto? ¿Y la dispareunia?

¿Cómo crees que influye la edad de la mujer en la recuperación o en su sexualidad?

¿Cómo ves vuestra formación en temas de salud sexual?

¿Influye de alguna manera el género del profesional? Algún profesional ha comentado que los varones tienen que tener más cuidado a la hora de tratar temas sexuales, ¿puede ser?

¿Crees que es importante conocer la realidad de la mujer para poder enfocar el seguimiento?

¿Cómo crees que pueden afectar los cambios emocionales en la sexualidad? ¿Se trata en la consulta?

¿Qué opinas del rol de las parejas? ¿Cómo ves su implicación? ¿Se da más protagonismo a la maternidad que a la paternidad? ¿Crees que un rol es más importante que el otro?

## Estudio sobre la sexualidad femenina en el periodo postparto

**Título del estudio:** El significado de la sexualidad para las mujeres españolas durante el puerperio.

**Objetivos del estudio:** el propósito principal de este estudio es analizar cuáles son las vivencias de las mujeres en relación a su sexualidad en el post parto, se interesa por cómo pueden influir diferentes factores: tipo de parto, la pareja, la influencia sociocultural, el nuevo rol, el papel de los profesionales de la salud, entre otros.

**Metodología:** para obtener la información sobre las vivencias de las mujeres, se realizarán entrevistas en profundidad, las entrevistas serán individuales y tendrán una duración variable, una hora aproximadamente. Se registrarán en audio para poder hacer una transcripción exacta, estos audios serán eliminados posteriormente.

**Muestra:** la muestra estará compuesta por mujeres primíparas con un tiempo inferior a 1 año del parto.

**Participación voluntaria:** la participación en la investigación es totalmente voluntaria.

**Incentivos:** la participación es voluntaria i no se dará ningún tipo de incentivo o recompensa.

**Confidencialidad:** el estudio respetará los datos recogidos i los mantendrá confidenciales y en el anonimato. No aparecerán nombres ni referencias y no se expondrán las entrevistas transcritas.

**Difusión de los resultados:** los resultados serán publicados en espacios científico-académicos sin que aparezca información de las participantes.

**Derechos a negarse o retirarse:** las participantes escogerán voluntariamente si quieren o no participar, si en algún momento después de haber accedido deciden retirarse, lo podrán hacer sin ningún compromiso, en el momento que ellas así lo decidan. Durante las entrevistas podrán negarse a contestar las preguntas que ellas consideren incómodas.

**Derecho a información:** las participantes podrán preguntar todas las dudas que tengan durante el desarrollo del estudio, y si así lo piden podrán obtener una copia de los resultados extraídos. **Ponerse en contacto con Lúdia Pardell: 636769858. Email: [lipd14@gmail.com](mailto:lipd14@gmail.com)**

10.5. ANEXO 5: Consentimiento informado

FORMULARIO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_ he recibido información sobre el proyecto “El significado de la sexualidad para las mujeres españolas durante el puerperio” del cual se me ha entregado una hoja informativa anexa a este consentimiento y por el cual se solicita mi participación. He entendido su significado, me han sido aclaradas las dudas y me han sido expuestas las acciones de las cuales se derivan del mismo. Me han informado de todos los aspectos relacionados con la confidencialidad y protección de datos perteneciente a la gestión de los datos personales que supone el proyecto y las garantías según la Ley 15/1999 de Protección de Datos Personales.

Mi colaboración en el proyecto es totalmente voluntaria y tengo el derecho a retirarme del mismo en cualquier momento, revocando este consentimiento informado, sin que esta retirada pueda influir negativamente en mi persona. Es caso de retirada, tengo el derecho a que mis datos sean canceladas del fichero del estudio.

Por todo esto doy mi consentimiento a:

1. Participar en el proyecto “El significado de la sexualidad para las mujeres españolas durante el puerperio” realizando una entrevista individual con la investigadora principal, enregistrando la conversación.
2. Que el equipo investigador Lúdia Pardell y Juan Manuel Leyva puedan gestionar mis datos personales y difundir la información que el proyecto genere en espacios científico académicos. Se garantiza que se preservará en todo momento

mi identidad e intimidad, con las garantías establecidas en la Ley 15/1999 de protección de datos y normativa complementaria.

3. Que el equipo conserve los registros efectuados sobre mi persona en soporte electrónico durante el periodo de tiempo de 2 años, desde el octubre de 2019 hasta octubre d 2021 por tal de cumplir las funciones del proyecto por las cuales han sido recopiladas.

Firma de la participante:

Firma de la investigadora:

Fecha: \_\_/\_\_/

Lugar: \_\_\_\_\_.

#### 10.6. ANEXO 6: *Posicionamiento de la investigadora principal*

Soy Lúdia, mujer de 27 años nacida, criada y residente permanente en Tarragona. Mi madre y mi padre se conocieron en esta ciudad, aunque no nacieron en ella. Mi madre de bien pequeña llegó a Cataluña desde Asturias, y mi padre vino, en su pubertad, desde Manresa. Tengo una hermana 2 años mayor con la que puedo contar más aventuras que discusiones. Por suerte, nunca nos ha faltado de nada, económicamente mi madre y mi padre han podido ofrecernos una infancia llena de experiencias, viajes y buenos recuerdos. Realmente, hasta mi independencia económica no me percaté de cuanto costaba ganar un euro. No obstante, la dificultad para poder construir un futuro familiar, más o menos parecido a mi infancia, no han supuesto una decepción a mis expectativas y, esto es debido, a que mis buenos recuerdos cuelgan de la unidad familiar, la presencia, soporte y libertad constante recibida, no solamente de mis padres, sino de todo el árbol genealógico, si se puede decir. Con estas palabras pretendo plasmar la importancia que supone para mi el tener una familia con mayúsculas, obviamente, no hace falta decir que en todas las familias cuecen habas.

Mi familia procede de raíces católicas, mi abuelo paterno en su momento se planteó el hacerse monje, pero mi abuela se cruzó en su camino y centró su vida en la enfermería, que le dio el sustento para alimentar a sus 4 hijos, siendo mi padre el mayor de todos. Mi abuela paterna, no tan católica, fue un referente para mí, aunque entregó su vida al cuidado de sus hijos e hijas, y seguidamente, de sus nietos y nietas, siempre mostró vitalidad y ganas de ver mundo, su condición de mujer la ataron a la familia y a las normas sociales de la dictadura, pero intentó, en todo lo posible, ser feliz con su condición. Mis mejores momentos se los debo a ella.

Ciertas diferencias presentaron mis abuelos maternos, que, aunque de igual manera se preocuparon por mi, su independencia los desligó en cierto modo. Mi abuela también



adoptó el rol de cuidadora de sus hijas y el hogar, mientras mi abuelo trabajaba en la química, pero siempre presentó cierto aire autónomo en sus decisiones. Su carácter, entendido por mi como egoísta cuando era pequeña, le permitieron escoger y ser fuerte en sus pensamientos y actos. Se divorció de mi abuelo después de la jubilación para hacer su vida. Él siempre estaba dispuesto a jugar con nosotras, era muy activo y cariñoso. Después de su divorcio se juntó con otra mujer y siguió con su dinámica de vida de ser feliz.

La corriente cristiana la siguieron mis padres, igual movidos por costumbres, y nos apuntaron en un colegio de monjas, en el cual cursé toda mi etapa escolar hasta la universidad. En el colegio me sentía cómoda, feliz, y de allí mantengo mis mejores amigos. Con los años, mis padres, y yo, hemos ido dejando atrás la religión; al final lo vivía más como una tradición que como una creencia.

Como he mencionado, mi padre fue el mayor de 4 hermanos y siempre tubo la responsabilidad de dar ejemplo, estudió enfermería siguiendo los pasos de su padre y acabó supliendo el puesto de mi abuelo como enfermero del trabajo. Mi madre, era la hija menor, su hermana tenía 7 años más que ella, por lo tanto, no tubo mucha relación hasta ser adulta. También estudió enfermería, igual que su hermana. Estubo trabajando en el hospital en neonatales hasta que empezó la residencia de matrona cuando nos tubo a mi hermana y a mi. He crecido en el entorno sanitario, mi abuelo fue presidente del colegio de enfermería de Tarragona y supervisor del hospital, en las salidas del colegio siempre acompañaba a mi madre a pasar visita a las embarazadas. Como trabajaba en una clínica, había asistido a partos y cesáreas. Me fascinaba el trato que ofrecía mi madre a los recién nacidos, sus madres y familiares, sentía alegría al ver que tus actos podían crear ilusión y hacer feliz al otro. Por lo tanto, sentí que quería estudiar algo relacionado con la sanidad, quería ayudar a la gente. Hubo un momento, seguramente en mi

adolescencia, donde todo lo ves más negro, que reflexioné sobre cómo debía sentirse toda esa gente que sufría de un trastorno mental, y se me despertó las ganas de estudiar psiquiatría, pero para hacerlo tenía que pasar por medicina, por suerte, no obtuve la nota y decidí hacer enfermería que también contaba con una especialidad de salud mental. Cursé el grado en la Universitat Rovira y Virgili de Tarragona, y al largo de la carrera, ví que había acertado al 100% con enfermería, porque lo que yo quería era cuidar de la gente, hacer más fácil el proceso del enfermero y acompañarlo en su evolución. Fui descubriendo la enfermería, y en esta evolución conocí la investigación enfermera, concretamente, la investigación cualitativa, y encontré la manera más real de poder descubrir como se construyen los fenómenos, porque la gente vive tal situación de tal forma, y a partir de analizar estos sucesos, poder encajar unos cuidados que realmente sean adecuados. Por lo tanto, nada más acabar la carrera me matriculé en un máster sobre investigación en enfermería en la Universidad Autònoma de Barcelona, iniciando lo que a día de hoy confiere mi tesis doctoral. Cuando pensé en la sexualidad postparto lo primero que pensé fue la repercusión física, ya que, como he explicado, he asistido a más de un parto, y siempre me cuestionaba como se podían tener relaciones sexuales después de pasar por esto. Estube dándole vueltas, y la pelota de dudas iba aumentando: ¿cómo puedes pensar en sexo con un bebé todo el día en brazos? ¿De donde sacarán la energía? ¿cómo se sentirán con ellas mismas? Por lo tanto, inicié un estudio para conocer la sexualidad de la mujer en el postparto. A raíz de aquí, lo que inicié como una duda, se convirtió en un replanteamiento de mi forma de ver el mundo, la sexualidad, la maternidad, el feminismo, incluso el veganismo. Con las experiencias de las mujeres me dí cuenta de la realidad y de la importancia de continuar en esta línea y poder influir de alguna manera en mejorar la situación de estas mujeres. Gracias a mi tutor de tesina, el Dr Juan Manuel Leyva-Moral pude llegar a todas estas reflexiones y, de este modo inicié la tesis doctoral.

Paralelamente a mi formación investigadora, desde que terminé la carrera nunca he parado de trabajar a nivel asistencial, iniciando en un servicio de urgencias hospitalarias, seguido de un año en un centro sociosanitario, hasta terminar, por el momento, en un servicio de urgencias de atención primaria, lugar donde más tiempo he estado ejerciendo.

Vistos los antecedentes de infancia y familia feliz no concibo un futuro donde no pueda ofrecer lo mismo a mis hijas o hijos, por lo tanto, la maternidad para mí, dentro de mi sexualidad, se ha construido como un instinto necesario. Soy consciente de la influencia sociocultural en estos pensamientos, soy consciente de las diferencias de roles que mis padres han asumido durante mi infancia, y de la educación que me han ofrecido que me empuja a querer crecer continuamente, soy consciente de como he construido la sexualidad durante toda mi vida, y los discursos que utilizo en mi día a día, y como soy consciente de todo esto, gracias al trabajo que estoy realizando y a toda la gente y participantes que están en este camino, no encuentro mejor manera de poder avanzar que replanteando nuevas formas de ver la sexualidad, la maternidad y los cuidados de enfermería.

## 10.7. ANEXO 7: COREQ Checklist

### COREQ (CONsolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A.

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
<b>Domain 1: Research team and reflexivity</b>			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	101/102
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	103/105/306
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	306
Gender	4	Was the researcher male or female?	303
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	303-306
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	101-102
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	298-299
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	302-305
<b>Domain 2: Study design</b>			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	96-98
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	99
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	101
Sample size	12	How many participants were in the study?	105
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	101-102
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	101
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	101
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	140-141
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	103/287-298
Repeat interviews	18	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?	-
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	104
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	105-106
Duration	21	What was the duration of the interviews or focus group?	105
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	105
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or	133-134

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
		correction?	
<b>Domain 3: analysis and findings</b>			
<i>Data analysis</i>			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	131
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	-
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	106-112
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	113
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	133-134
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	145-213
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	134/222-226
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	145-213
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	145-213

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

**Once you have completed this checklist, please save a copy and upload it as part of your submission. DO NOT include this checklist as part of the main manuscript document. It must be uploaded as a separate file.**

10.8. ANEXO 8: Aprobación CEIC



Vicerectorat d'Investigació

Comisión de Ética en la Experimentación Animal y Humana (CEEAH)

Universitat Autònoma de Barcelona  
08193 Bellaterra (Cerdanyola del Vallès)

La Comisión de Ética en la Experimentación Animal y Humana (CEEAH) de la Universitat Autònoma de Barcelona, reunida el día **24-03-2017**, acuerda informar favorablemente el proyecto titulado "**El significat de La sexualitat druant el post-part a Tarragona. Vivències de les pròpies dones**" presentado por **Juan Manuel Leyva**

<p><b>Elaborado:</b></p> <p>Nombre: Nuria Perez Pastor Cargo: Secretària de la CEEA de la UAB Fecha:</p> <p><b>NURIA PEREZ PASTOR</b></p> <p>Firmado digitalmente por NURIA PEREZ PASTOR Nombre de reconocimiento (DN): c=ES, ou=Vegues/https://www.abc.cat/, CN=Cert/Regulacio, sn=PEREZ PASTOR, givenName=NURIA, serialNumber=351096381, cn=NURIA PEREZ PASTOR Fecha: 2017.03.30 12:54:28 +02'00'</p>	<p><b>Aprovado:</b></p> <p>Nombre: José Luis Molina González Cargo: President de la CEEAH de la UAB Fecha:</p> <p><b>MOLINA GONZALEZ, JOSE LUIS (FIRMA)</b></p> <p>Firmado digitalmente por MOLINA GONZALEZ, JOSE LUIS (FIRMA) Fecha: 2017.03.30 12:09:16 +02'00'</p>
---	---