

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

MÁSTER EN CIENCIAS DE LA SEXOLOGÍA



UNIVERSIDAD
DE ALMERÍA

EXPERIENCIAS SOBRE LA SEXUALIDAD DE LAS MUJERES QUE DAN LACTANCIA MATERNA

EXPERIENCES ON THE SEXUALITY OF BREASTFEEDING WOMEN

AUTOR

D. / D.^a Piedad Gavilán García

DIRECTOR

Prof. Cayetano Fernández Sola

Curso Académico

2020/2021

Convocatoria

Mayo



Facultad de
Ciencias de la Salud
Universidad de Almería

ÍNDICE

RESUMEN	I
ABSTRACT	III
INTRODUCCIÓN	1
Estado del conocimiento	1
Justificación	5
OBJETIVOS	5
METODOLOGÍA	6
Diseño	6
Contexto del estudio	7
Participantes	7
RESULTADOS	16
Tema 1. Identificando la sexualidad en mujeres que amamantan.	17
Tema 2. La educación sanitaria como punto clave en las vivencias sobre la sexualidad de mujeres que ofrecen lactancia materna.	31
DISCUSIÓN	35
CONCLUSIONES	41
BIBLIOGRAFÍA	42
ANEXOS	50
ANEXO 1: Hoja de información y consentimiento informado	50
ANEXO 2: Protocolo de entrevista	56
ANEXO 3: Dictamen favorable de la Comisión de Ética e Investigación del Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina de la Universidad de Almería.	57

RESUMEN

Objetivos

Comprender las experiencias y significados de la sexualidad para las mujeres durante la lactancia materna, así como explorar las percepciones que tienen sobre la educación sexual recibida en los cursos de preparación a la maternidad.

Metodología

Se ha llevado a cabo un estudio cualitativo descriptivo, con análisis temático. Para la técnica de recogida de datos se usó la entrevista semi-estructurada y para el análisis de datos se escogió el análisis temático de Braun y Clarke. Se llevaron a cabo 8 entrevistas en mujeres que daban lactancia materna durante 4 meses o más.

Resultados

Tras la maternidad el significado que le aportan a su sexualidad las mujeres que dan lactancia materna ha cambiado. Ahora tiene aspectos más sensuales que sexuales, donde se incluyen las caricias, besos y compartir con su pareja.

El inicio y mantenimiento de las relaciones sexuales están marcadas por miedo, dispareunia relacionado con el tipo de parto, presencia de episiotomía o desgarro, cambio en la imagen corporal, disminución de la libido y lubricación, cansancio y cambio en sus prioridades.

Los cambios en su cuerpo han fomentado la conexión con su cuerpo, al que reconocen su capacidad de gestar y amamantar. Ahora su sexualidad también es plena, porque incluyen aspectos como los afectos y el contacto.

El apoyo de su pareja es fundamental para abordar los cambios que se producen en la maternidad. Se sienten comprendidas y aceptadas por ellas y destacan como fundamental la comunicación y la confianza. Sus relaciones se han afianzado y han crecido como pareja.

Los roles marcados por la sociedad las llevan a enfrentar sus sentimientos y necesidades con lo que su entorno espera de ellas. Reclaman mayor visibilización de la sexualidad en la maternidad y poder compartir sus experiencias con otras madres.

Las mujeres reconocen que en las clases de educación maternal no se ha tratado el tema de sexualidad en la maternidad. Por ello, creen que se debe incluir información acerca de los cambios en el posparto, centrándose en la sexualidad y en las mismas debe de incluirse a la pareja como parte activa.

Conclusiones

La sexualidad tras la maternidad está siendo un desafío para ellas y sus parejas. Los cambios vividos les han llevado, en algunos casos, a crear conflictos entre ambos. La comunicación y la confianza ha sido esencial para poder solucionarlos.

Las mujeres sienten que no tenían información suficiente acerca de los cambios que se producen en el posparto, por ello reclaman formación sobre los mismos y concretamente en educación sexual.

PALABRAS CLAVE: lactancia materna, cualitativa, sexualidad, posparto, educación maternal

ABSTRACT

Objectives

Understanding the experiences and meanings of sexuality for women during breastfeeding, as well as exploring the perceptions they have about sexual education received in preparation courses for their motherhood.

Methods

A descriptive qualitative study has been carried out with thematic analysis. The semi-structured interview was used for the data collection technique and the Braun and Clarke thematic analysis was chosen for the data analysis. Eight interviews were carried out in women who were breastfeeding for 4 months or more.

Results

After motherhood, the meaning that breastfeeding women brings to their sexuality has changed. Now it has more sensual than sexual aspects, which include caresses, kisses and sharing with your partner.

The initiation and maintenance of sexual intercourse are marked by fear, dyspareunia related to the type of delivery, presence of episiotomy or tear, change in body image, decreased libido and lubrication, fatigue and change in priorities.

The changes in their body have fostered connection with their body, which they recognize its ability to gestate and breastfeed. Now their sexuality is also full, because they include aspects such as affection and contact.

The support of their partner is essential to address the changes that occur in motherhood. They feel understood and accepted by them and emphasize communication and trust as fundamental. Their relationships have taken hold and they have grown as a couple.

The roles set by society lead them to face their feelings and needs with what their environment expects from them. They demand greater visibility of sexuality in motherhood and to be able to share their experiences with other mothers.

Women acknowledge that maternity education lessons have not addressed the issue of sexuality in motherhood. Therefore, they believe that information about postpartum changes should be included, focusing on sexuality and the couple should be included as an active part of them.

Conclusions

Sexuality after motherhood is being a challenge for them and their partners. The changes experienced have led them, in some cases, to create conflicts between the two. Communication and trust have been essential to be able to solve them.

Women feel that they did not have enough information about the changes that occur in the postpartum period, for this reason they demand training on them and specifically in sexual education.

KEY WORDS: breastfeeding, qualitative, sexuality, postpartum, maternal education

INTRODUCCIÓN

Estado del conocimiento

La sexualidad humana está presente durante todas las etapas de la vida del ser humano y se va modificando según las propias vivencias (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2010; Vargas, 2014). Está influenciada por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (OMS, 2010). Abarca el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción (OMS, 2010). Forma parte de la calidad de vida de las personas, es la forma de expresarnos y experimentarnos, a través de pensamientos, deseos, creencias, actitudes, valores roles y relaciones, como seres sexuados (López, 2005; 2015; OMS, 2010).

En los humanos la sexualidad no está sujeta únicamente a parámetros biológicos, por lo que no se liga exclusivamente a la reproducción (López 2005:2015; Lucas, 2009). Así como otras especies interrumpen su actividad sexual durante determinados estados o condiciones como el embarazo, crianza o senectud, en los humanos no ocurre así (Lucas, 2009: 2009b). Aunque ciertas condiciones fisiológicas como el embarazo (Rodríguez y Sueiro, 2017), la lactancia (Lucas, 2009b) o fisiopatológicas como la enfermedad crónica (Hernández et al., 2020), influyen en la sexualidad (Rodríguez y Sueiro, 2017), sin embargo el deseo o la actividad sexual no se ve interrumpida por las mismas (Hernández et al., 2020; Rodríguez y Sueiro, 2017).

Por ende, los factores culturales y sociales han llevado a esconder y reprimir la sexualidad durante toda la historia (Gelpi y Forrisi, 2015; Vargas, 2014). Ha servido para construir roles y estereotipos que sólo han servido para mantener el patriarcado (Vargas, 2014). La sociedad marca unas normas, significados y relaciones, así como prohibiciones en las prácticas sexuales y relaciones de género (Gelpi y Forrisi, 2015; Rodríguez y Castillo, 2018). Ha sido un arma para fomentar la discriminación contra mujeres, la diversidad sexual y la moral sexofóbica (López, 2015) La OMS (2018) lleva años luchando por el reconocimiento del derecho a una salud sexual libre y saludable a través de estrategias mundiales.

La lactancia materna (LM) es el primer alimento natural de los recién nacidos, aportándoles los nutrientes necesarios en sus seis primeros meses de vida (OMS, 2003; 2017). Contribuye al desarrollo cognitivo y sensorial, así como al desarrollo del sistema inmunitario (OMS, 2017). Además, aporta beneficios a la madre, reduciendo el riesgo de cáncer de mama y ovario, depresión posparto y diabetes mellitus tipo 2 (OMS, 2017). La OMS (2003; 2017) recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de vida, ampliándose hasta los dos años de vida o más en la alimentación complementaria. En España, en 2017 el porcentaje de bebés que eran alimentados con lactancia materna exclusiva a las 6 semanas, 3 y 6 meses de vida eran del 73,9% , 63,9% y 39% respectivamente (Ministerio de Sanidad, 2018).

La LM es un hecho biológico que está influenciado por el contexto económico, social y cultural (Landa y Paricio, 2008; Martins, 2015). Conforme ha aumentado el nivel socioeconómico de la sociedad, la LM ha pasado a un segundo lugar (Landa y Paricio, 2008). La alimentación más primaria y natural, ha sido mal vista y estigmatizada, al ser asociado el pecho al placer (Hinson, Skinner, Lich y Spatz, 2018; Landa y Paricio, 2008). Las madres que relacionan los pechos solo con la sexualidad presentan menos incidencia de LM (Hinson et al., 2018).

Por tanto, la LM tiene un componente sociocultural importante (Martins, 2015). Las parejas, de madres que dan el pecho, que han acudido a educación maternal y han sido informadas de los beneficios de la LM, han fomentado y apoyado a sus mujeres en la instauración y mantenimiento de ésta (deMontigny, Gervais, Larivière-Bastien y St-Arneult, 2018). Asimismo, reconocen que la decisión prioritaria y última es la de la mujer, centrándose su papel en el apoyo a su esposa, el resto de los cuidados del bebé y de las tareas del hogar (deMontigny et al., 2018).

A los 6 meses tras el parto, alrededor del 90% de las mujeres ha reiniciado las relaciones sexuales (Triviño et al., 2018). Se han constatado alteraciones en la sexualidad hasta un año después del parto, relacionado con la adaptación a los nuevos roles maternales (O'Malley, Higgins, Begley, Daly y Smith, 2018). El inicio y mantenimiento de las relaciones sexuales en las mujeres tras el parto van a estar influenciadas por factores

físicos (parto instrumentado, episiotomía y/o desgarro, tipo de lactancia, cansancio etc), psicológicos (vivencias en el parto, cambios en la imagen corporal, depresión posparto, etc.) y psicosociales (expectativas maternidad, aceptación de nuevos roles, etc.) (O'Malley, Smith y Higgins, 2019; Serrano, 2020).

Entre las medidas para mejorar su sexualidad tras la maternidad, las mujeres destacan la planificación del momento en el que se producen las relaciones sexuales, dejar al bebé con algún familiar, aumentar los juegos eróticos y el uso de lubricantes para evitar la dispareunia o apagar luces para no mostrar su nueva imagen corporal (O'Malley et al., 2019). Además, ambos miembros de la pareja destacan que aumentar la comunicación con su pareja y las caricias (besos, abrazos...) mejora la relación (O'Malley et al., 2019; Stavdal, 2019).

Por ello, es fundamental el papel de la pareja durante la sexualidad de estas mujeres (Bailey y Rosen, 2016). Algunas de ellas, en el posparto, no se sienten menos atraídas por la nueva imagen corporal de sus mujeres. Incluso llegan a referir mayor atracción sexual tras constatar la fortaleza de ellas con la maternidad (Stavdal, Skjavestad y Dahl, 2019). No obstante, sí que hay padres que se sienten preocupados por la influencia en su sexualidad de la nueva imagen corporal de su pareja (Schlagintweit, Bailey y Rosen, 2016; Pissolato, Alves, Prates, Wilhelm y Ressel, 2016). Asimismo, la frecuencia en las relaciones sexuales les causa mayor preocupación (Bailey y Rosen, 2016).

Los diferentes estudios muestran discordancia en la relación entre sexualidad y LM (Fuentealba et al., 2019; Ortiz, García y Colldeforns, 2010; Triviño et al., 2018). Por un lado, se ha detectado disminución del deseo sexual y satisfacción en las relaciones sexuales en mujeres que lactan frente a las que no (Fuentealba et al., 2019; Matthies et al., 2019; Ortiz et al., 2010), así como mayor porcentaje de disfunciones sexuales (Fuentealba et al., 2019). La dispareunia se presenta con mayor frecuencia en mujeres que dan LM (relacionado con los bajos niveles de estrógenos que disminuyen la lubricación vaginal) (Matthies et al., 2019; O'Malley, 2018; Triviño et al., 2018). Asimismo, refieren menor número de relaciones sexuales a los 6 meses posparto (Triviño et al., 2018).

Por otro lado, el inicio de las relaciones sexuales no está relacionado con el tipo de lactancia (Ortiz et al., 2010; Schlagintweit et al., 2016), así como los niveles de deseo sexual (Ortiz et al., 2010). Además, se ha visto que puede ser un periodo en el que la mujer se siente más sensual, pues la LM tiene signos físicos relacionados con la respuesta sexual humana (Carathers, 2017; O'Malley et al., 2019; Triviño et al., 2018). Las mujeres que lactan, durante el puerperio, muestran, como aspectos cambiantes en su sexualidad, la disminución de las relaciones sexuales, el cambio en su imagen corporal, concretamente hacia sus pechos por la eyección de leche y miedo a un nuevo embarazo (Oliveira et al., 2016; Pissolato et al., 2016).

La hipersexualización y la devaluación como alimento de los pechos enfrenta a la mujer ante dos roles: su papel como madre lactante versus amante de su pareja y mantenimiento de un cuerpo perfecto (Carathers, 2017; Serrano, 2020). Las propias mujeres que lactan presentan dificultades en la interpretación de la relación entre su cuerpo y su sexualidad (Carathers, 2017; Pissolato et al., 2016; Stavdal, Skjavestad, Dahl, 2019). La mayoría no desean que los pechos formen parte de sus relaciones sexuales con su pareja (Carathers, 2017; Oliveira, 2015; O'Malley et al., 2019), dándoles un significado sagrado e inocente a la LM (Martins, 2015). En algunas ocasiones, dejan a un lado su sexualidad durante el periodo de lactancia, alegando que el beneficio que aporta la LM para su hijo o hija supera el sacrificio que hacen (Carathers, 2017; Serrano, 2020). Todos estos conceptos creados, a partir de enclaves sociales y culturales, ponen a la mujer ante sentimientos encontrados cuando experimentan sensaciones de excitación sexual cuando lactan, que las llevan a presentar sentimientos de vergüenza, ocultamiento... al considerarlo un tema tabú (Martins, 2015).

Las mujeres que dan LM no suelen pedir ayuda cuando se enfrentan a problemas en su sexualidad (Fuentelba et al., 2019). Además, se encuentran con profesionales poco formados que no saben abordar el tema (Alnuaimi, Obeisat, Almalik, Ali, Alsraifeen, 2020; Serrano, 2020). Tanto las mujeres, como sus parejas, reclaman falta de información acerca de los cambios que se producen en el posparto y de los aspectos relacionados con su sexualidad (inicio de las relaciones, métodos anticonceptivos etc) (Alnuaimi et al., 2020; O'Malley et al., 2018; Serrano, 2020; Schlagintweit et al., 2016; Stadval et al.,

2019). Las vivencias de estas mujeres van a ser diferentes en función de las influencias culturales que las rodeen (Alnuaimi et al., 2020; Hinson et al., 2018; Serrano, 2020). El apoyo de profesionales, familia y sobre todo de su pareja, va a ser fundamental durante todo el proceso de lactancia (Carathers, 2017; Fuentealba et al., 2019; Hinson et al., 2018).

Justificación

La LM es una esfera importante en las madres que deciden lactar (Carathers, 2017; Serrano, 2020). Los diferentes estudios nos muestran los problemas en la sexualidad en las mujeres tras el parto (Alnuaimi et al., 2020; O'Malley et al., 2018). Aunque se han descrito diferentes factores asociados a estos inconvenientes (O'Malley et al., 2019; Serrano, 2020), pocas investigaciones profundizan en las experiencias de la sexualidad de las mujeres que dan LM. Hemos encontrado estudios cuantitativos que se centran en la sexualidad en el posparto (O' Malley et al., 2018; Serrano et al., 2020; Triviño et al., 2017), pero pocos que ahonden en la sexualidad de las mujeres que lactan. Los estudios cualitativos encontrados son de otros países y se centran en mujeres lactantes durante el periodo posparto (Carathers, 2017; Oliveira, 2015; O' Malley, 2018). Así pues, la salud sexual es prioritaria en la vida de una mujer (OMS, 2018). Por ello, se hace necesario indagar en los sentimientos y necesidades de aquellas madres que ofrecen LM, más allá de los 4 meses de vida de sus bebés, para poder dar respuesta a las mismas.

OBJETIVOS

Comprender las experiencias y significados de la sexualidad para las mujeres durante la lactancia materna.

Explorar las percepciones de las mujeres que dan lactancia materna sobre la educación sexual recibida en los cursos de preparación a la maternidad.

METODOLOGÍA:

Diseño:

Se ha llevado a cabo un estudio cualitativo descriptivo, con análisis temático.

La investigación cualitativa descriptiva tiene como objetivo comprender la conducta humana, a través del lenguaje, con la descripción de un fenómeno por la persona afectada (Aguirre y Jaramillo, 2015). Se transmiten fielmente los significados que la persona le da a sus propias vivencias (Lincoln, Lynham y Guba, 2018: 217; Sandelowski, 2000:336). Por ello, cumplen con el criterio de validez descriptiva, garantizando que la investigación cualitativa descriptiva sea ontológica y epistemológica (Aguirre y Jaramillo, 2015).

A través de la investigación cualitativa descriptiva, se quieren conocer los comportamientos e interacciones de una persona ante una experiencia, evitando las interpretaciones que el investigador o investigadora puedan darle (Aguirre y Jaramillo, 2015). Éste o ésta, es consciente de su posible influencia en la recogida y análisis de los datos. Por ello, durante toda la investigación es crítico con lo que registra, llevando a cabo un proceso reflexivo (Aguirre y Jaramillo, 2015). Se realiza lo que Sandelowski (2000) define como interpretación de baja inferencia, en la que el entrevistador se fija más en los datos del entrevistado que en sus propias interpretaciones. Se centra en el significado que la persona da sobre su experiencia (Aguirre y Jaramillo, 2015).

En este estudio fueron las madres que ofrecen LM las personas objeto de estudio. Pues se buscaba conocer cómo describen estas mujeres, como protagonistas de su proceso, su sexualidad durante su etapa de amamantamiento. Además, sus vivencias previas y presentes influyen e influirán en sus actitudes e interpretaciones en su sexualidad, estando rodeadas de los factores psicosociales y culturales en los que se encuentran inmersas.

Contexto del estudio:

El estudio se llevó a cabo en la región sanitaria de Lleida (Cataluña) en las Áreas Básicas de Salud de Serós y La Granadella (Instituto de Estadística de Cataluña (Idescat), 2021). Se solicitó la participación de mujeres que estuvieran dando LM en el momento de la investigación.

La región sanitaria de Lleida está formada por veintitrés Áreas Básicas de Salud (Idescat, 2021). En el año 2019 la prevalencia de amamantamiento al nacer en Cataluña fue del 90,7% (Generalitat de Catalunya (Gencat), 2021a). En 2020, en Lleida, el 82,3% de los niños y las niñas nacidos había tomado alguna vez LM, a los 3 meses de vida el 70,5% mantenía la LM y entre los 6-9 meses la cifra bajaba a un 56,5% (Gencat, 2021b).

Participantes:

Para la selección de la muestra se siguieron los siguientes criterios de selección:

Criterios de inclusión

- Ser madre lactante de un o una bebé de entre 4 y 15 meses de vida del área básica de salud de Serós o La Granadella.
- Hablar castellano.
- Nacionalidad española.

Criterios de exclusión

- No aportar un discurso enriquecedor durante la entrevista.
- Que el recuerdo de las experiencias vividas en su sexualidad durante la lactancia materna suponga un daño emocional para la persona.

Reclutamiento

Para la captación de las participantes se contactó por teléfono con la matrona de los Centros de Salud de las áreas básicas de salud de Serós y La Granadella para solicitar su colaboración y ofrecerle información del estudio. Tras confirmar su deseo de querer

colaborar, se le mandó la hoja de información y se resolvieron las dudas que tenía. Dicha matrona informó del estudio a 16 madres que acudían a un taller de alimentación complementaria online y les dejó un correo electrónico para aquellas que quisieran participar. Tras recibir la conformidad de 10 mujeres, una de ellas captada por conocer a una de las mujeres del taller, la investigadora principal se puso en contacto por teléfono con ellas para ampliar información, resolver dudas y comprobar el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión. Se declinó la participación de dos mujeres porque llevaban amamantando tres meses. A través del correo electrónico se les envió la hoja de información y el consentimiento informado (Anexo 1).

La estrategia de muestreo fue dirigida a seleccionar a las mujeres que aportaran la información necesaria, en función de sus experiencias en su sexualidad durante su etapa de amamantando, que avalaran la calidad e importancia de ésta, buscando la máxima riqueza del discurso.

Por tanto, para la selección de la muestra se combinaron diferentes estrategias: muestreo intencional, para acceder a personas concretas que pudieran aportar información rica; muestreo de conveniencia, al seleccionar mujeres que formaban parte de un taller de alimentación complementaria y muestreo en bola de nieve al acceder a una de las participantes a partir de una de las mujeres seleccionadas primeramente (Bonilla y Rodríguez, 2005a; Fernández-Sola, Granero-Molina y Hernández-Padilla, 2020; Martínez-Salgado, 2012).

El tamaño muestral se rigió por el criterio de saturación de los datos. Para este estudio se quería alcanzar la saturación del discurso al tratarse de un diseño descriptivo. Ésta radica en llegar a un punto en el que la información que se aporta no añade información rica ni relevante al mismo (Gentles, Charles, Ploeg y McKibbin, 2015). El objetivo era recabar testimonios de importancia, teniendo en cuenta que el tamaño de la muestra no era un dato decisivo, si no la información que se recogiera (Bonilla y Rodríguez, 2005a; Martínez-Salgado, 2012). Cuando se llevaban realizadas 8 entrevistas los investigadores consideraron que se había alcanzado la saturación de los datos, por lo

que no se recogieron más. Las características sociodemográficas de la muestra pueden verse en la tabla 1.

Tabla 1: Características sociodemográficas de la muestra.

Participante	Edad	Hijos/as	Pareja	Nacionalidad	Tiempo LM
M-1	34	2	Si	Española	4 años y medio/ 6 meses
M-2	32	1	Si	Española	6 meses
M-3	35	1	Si	Española	4 meses
M-4	35	2	Si	Española	5 meses/ 6 meses
M-5	38	1	Si	Española	8 meses
M-6	34	1	Si	Española	6 meses
M-7	30	2	Si	Española	1 año/ 4 meses
M-8	33	1	Si	Española	6 meses

Elaboración propia

Recogida de la información:

La técnica para la recogida de datos fue la entrevista semi-estructurada. Es el punto de partida del investigador para entender el mundo de los conocedores o expertos del tema a tratar y de las relaciones de éstos con su entorno social, cultural y con sus valores (Bonilla y Rodríguez, 2005b). A través de ella se obtiene la visión subjetiva y personal del entrevistado, así como su significado y repercusión (Bonilla y Rodríguez, 2005b).

La investigadora principal llamó a las participantes para concretar la fecha para las entrevistas, eligiendo aquellos momentos en los que no tenían ninguna otra actividad y/o compromiso. Se realizaron por la mañana y por la tarde. Los sitios elegidos fueron las casas de ellas y una última entrevista se realizó vía online con el programa Google meet

al encontrarse la mujer fuera de la ciudad. Se trataron de lugares tranquilos y cómodos para llevarlas a cabo sin interrupciones. Se cumplieron con todas las medidas necesarias para evitar el contagio por Covid-19. Las entrevistas se realizaron en el mes de abril. El material necesario para la recogida de datos fue una grabadora de voz, un cuaderno de campo y un protocolo de entrevista (Anexo 2).

En primer lugar, la investigadora se presentó y explicó los objetivos de la entrevista y del uso de la información que derivase de la misma, así como la confidencialidad de los datos y el motivo por el que se debía de grabar. Seguidamente, para comenzar se llevaron a cabo preguntas acerca de datos demográficos para así recabar los datos necesarios para poder describir las características sociodemográficas de las participantes. Para la realización de las entrevistas se crearon preguntas abiertas, clasificándolas en tres apartados: Sexualidad, Sexualidad y Lactancia Materna y Clases de Educación Maternal, de acuerdo con los objetivos del estudio. No obstante, se trataba de una guía general de temas, por lo que se fue modificando en las diferentes entrevistas para las siguientes, surgiendo nuevas cuestiones y eliminando otras. La duración de las mismas fue entre 30 y 40 minutos. Durante las mismas se interpretaron tanto los datos verbales como no verbales para captar fielmente la realidad subjetiva de las entrevistadas (Bonilla y Rodríguez, 2005; Duque y Aristozabal, 2019).

El rapport es clave en la investigación cualitativa, entendido como un facilitador del proceso de comunicación entre entrevistadora y entrevistado (Taylor y Bodan, 1987). Es tarea de la investigadora conseguir el rapport (Taylor y Bodan, 1987). Es crear una relación de confianza que favorezca un ambiente ameno y ayude al participante a abrirse y poder relatar sus experiencias tal y como las siente (Taylor y Bodan, 1987). Sin miedos ni barreras que le impidan contar los detalles más escondidos de sus vivencias (Taylor y Bodan, 1987). Para esta investigación, hay que destacar que la investigadora principal ya había establecido una relación con las participantes por teléfono. En este punto, la relación establecida previamente con las mujeres, favoreció el rapport. Otro aspecto que se llevó a cabo para conseguirlo es que la investigadora se mostró flexible en el horario y lugar en el que las participantes se sintieran más cómodas. Durante las entrevistas, mostró interés

hacia los relatos de las mujeres, así como se mostró comprensiva y empática, para ganarse la confianza del otro (Taylor y Bodan, 1987).

Análisis:

El análisis de datos que se escogió para las entrevistas fue el análisis temático de Braun y Clarke (Braun y Clarke, 2006). Pues tiene como objetivo poder identificar, analizar e interpretar temas partiendo de datos cualitativos para obtener una apropiada comprensión del fenómeno a estudiar (Braun y Clarke, 2006; Mieles, Tonon y Alvarado, 2012; Souza, 2019). Además, descubre tanto las experiencias como los significados que tienen las personas acerca del tema a tratar (Mieles et al., 2012). Se llevó a cabo con el programa ATLAS.ti 9 y con la utilización de un cuaderno de campo.

Los pasos que se siguieron para el análisis temático de Braun y Clarke fueron (Braun y Clarke, 2006; Fernández-Sola et al., 2020; Souza, 2019):

- 1. Familiarización con los datos:** se transcribieron fielmente los datos y se realizó la lectura y relectura de los mismos para apuntar las primeras ideas. Se dejó constancia tanto de los datos verbales, como no verbales para poder asegurar una comprensión e interpretación adecuada de los datos (Mieles et al, 2012).
- 2. Generación de códigos iniciales:** se codificaron las características interesantes sistemáticamente en grupos de datos que pertenecían a cada código.
- 3. Búsqueda de temas:** se convirtieron los códigos en temas y se incluyeron en éstos la información más relevante.
- 4. Revisión de temas:** se comprobó que los códigos y el conjunto de datos asignados a cada tema eran pertinentes. Se realizó un mapa conceptual para favorecer su comprensión.
- 5. Definir y nombrar temas:** se describieron minuciosamente los detalles de cada tema y la historia general analítica.

6. Elaboración del informe: se llevó a cabo el informe final, relacionando la información obtenida con la pregunta de investigación y la revisión bibliográfica realizada previamente.

Los resultados se presentaron en temas principales y dentro de éstos se identificaron subtemas y unidades de significado para favorecer la comprensión de los mismos.

Aspectos éticos:

La bioética pretende dar respuesta a los temas éticos, sociales, legales y filosóficos que surgen en los cuidados de la salud y en las ciencias biológicas. Presenta una perspectiva multidisciplinar, civil, pluralista y racional. A lo largo de la historia han surgido numerosas investigaciones éticas, destacando el Código Nuremberg, la Declaración de Helsinki, el Informe Belmont y las normas del Consejo para la Organización Internacional de Ciencias Médicas, en colaboración con la OMS. Asimismo, es importante destacar los cuatro principios bioéticos: beneficencia, autonomía, justicia y no maleficencia (González, 2002). Para esta investigación nos vamos a basar en los siete requisitos para evaluar la ética de los proyectos de investigación clínica desarrollado por Emanuel E (1999) y que han sido adaptados a la investigación cualitativa por González (2002):

1. **Valor social o científico (Beneficiencia/Justicia):** el desarrollo de esta investigación tenía como objetivo comprender las experiencias y significados de la sexualidad para las mujeres durante la lactancia materna. Para así visibilizar la sexualidad en esta etapa y poder dar respuesta a sus necesidades.
2. **Validez científica (Beneficiencia/No Maleficencia):** la base teórica del estudio está basada en fuentes de información fiables y de alto nivel científico. Además da respuesta a una necesidad social a la que se enfrentan las mujeres cuando dan lactancia materna en relación a su sexualidad. La investigadora principal utilizó un lenguaje adecuado, así como estaba formada para la

recogida de datos. Todo esto disminuyó los efectos nocivos que pudieran derivarse de los mismos.

3. **Selección equitativa de los sujetos** (Justicia/No Maleficiencia): la selección de la muestra siguió un proceso riguroso siguiendo las normas de muestreo necesarias para que la selección de los mismos fuese por criterios científicos y no de vulnerabilidad.
4. **Proporción favorable del riesgo-beneficio** (No maleficiencia/Beneficiencia): los resultados obtenidos en la investigación ayudarán a comprender las experiencias y significados de la sexualidad para las mujeres durante la lactancia materna. Por tanto, ayudará a entender sus vivencias y poder darles así respuesta a sus necesidades. Se adecuó tanto el horario como la ubicación de las entrevistas a las preferencias de las entrevistadas. Además, se descartaron a aquellas participantes que les supusiese un daño emocional recordar estas experiencias.
5. **Condiciones de diálogo auténtico** (No maleficiencia/Autonomía): Para garantizar la confidencialidad de los datos, el anonimato y el respeto a las participantes se les asignó un número por orden de menor a mayor según íbamos realizando las entrevistas. Asimismo, la información que se ofreció fue cumpliendo con las normas éticas de confidencialidad y el secreto profesional, conforme a la Ley Orgánica de Protección de datos de Carácter Personal y garantía de los derechos digitales, 3/2018 de 5 de Diciembre (Ley Orgánica 3/2018, 2018).
6. **Evaluación independiente** (Justicia): no existen conflictos de intereses. El proyecto fue evaluado por la Comisión de Ética e Investigación del Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina de la Universidad de Almería (UAL) y no se llevó a cabo hasta que no se obtuvo un dictamen positivo del mismo (Anexo 3).

7. **Consentimiento informado (Autonomía):** fue obligatorio que todas las participantes aceptaran y firmaran el consentimiento informado para poder formar parte del estudio. Además, se entregó una hoja de información en la que se especificaban los fines del estudio y los riesgos y beneficios. Además estaba redactado de forma que fuese comprensible por todas las participantes, quedando claro que su participación era voluntaria, pudiendo revocar el mismo en cualquier momento.

Rigor:

La investigación cualitativa debe responder a una serie de criterios para asegurar la calidad y rigor de la investigación, así como garantizar la validez y legitimidad de los resultados obtenidos (Castillo y Vásquez, 2003). No obstante, no se puede seguir los mismos criterios que en la investigación cuantitativa (Castillo y Vásquez, 2003). Por tanto, para este estudio nos vamos a basar en los criterios de rigor desarrollados por Guba y Lincoln (1981) para la investigación cualitativa. Con los mismos se pretende llegar a lo que el autor define como confiabilidad.

Para esta investigación se llevaron a cabo las siguientes medidas para cumplir y dar respuesta a los criterios de rigor y calidad del estudio:

1. **Credibilidad:**
 - Validación con participantes: las mujeres tuvieron acceso a la transcripción de las entrevistas para verificar que los datos transcritos correspondían a la realidad (Guba, 1981). Se modificaron aquellos datos que ellas consideraron que no coincidían con la realidad.
 - La investigadora principal estaba formada para saber cómo actuar y cuando durante las entrevistas. Así pues, siendo la fuente de información las propias mujeres se buscaba excluir aquellos factores que pudieran distorsionar o malinterpretar los datos aportados, atestiguando el rigor científico propio de la investigación cualitativa (Castillo y Vásquez, 2003).

- Las transcripciones de las entrevistas fueron textuales, siendo transcritos tanto los datos verbales como no verbales para asegurar que la interpretación y comprensión de las experiencias de las entrevistadas fueran correctas (Castillo y Vásquez, 2003; Guba, 1981). La finalidad era poder asegurar que los resultados que se obtuvieran fueran veraces en relación al contexto y los sujetos sobre los que se realizó el estudio, dando respuesta al criterio de rigor de credibilidad.
2. Transferibilidad:
- A través de la descripción detallada de la población a estudio, los criterios de inclusión y exclusión y las características finales de la muestra (Castillo y Vásquez, 2003; Guba, 1981).
3. Dependencia:
- La pregunta de investigación es acorde y adecuada a la metodología expuesta.
 - Se describió detallada y minuciosamente todo el procedimiento a seguir y las decisiones que se tomaron. Se reseñó cada parte del proceso de investigación, en base a las diferentes teorías descritas anteriormente. Además, todo quedó reflejado en un cuaderno de campo de la investigadora (Guba, 1981).
4. Confirmabilidad:
- La investigadora principal ha dejado constancia de las limitaciones y alcances que se han obtenido durante la investigación (Castillo y Vásquez, 2003; Guba, 1981).
 - Triangulación de resultados: las participantes tuvieron acceso a los resultados y a datos particulares que se obtuvieron durante la investigación. Por ello, pudieron verificar los hallazgos encontrados y corregir los posibles errores que surgieron (Aguilar y Barroso, 2015; Guba, 1981).

RESULTADOS:

Dos temas principales que ayudan a la comprensión del fenómeno de las experiencias de las madres que dan lactancia materna en relación con la sexualidad emergieron del análisis de los datos (Tabla 2)

Tabla 2. Temas, subtemas y unidades de significado del análisis

TEMA	SUBTEMA	UNIDADES DE SIGNIFICADO
Resignificando la sexualidad en mujeres que amamantan.	Lactancia materna y sexualidad, aprender para crecer.	Sexualidad antes de la maternidad. Significado de la lactancia materna. Significado de la sexualidad. Aspectos de la sexualidad. Cambios en la sexualidad. Primeras relaciones sexuales. Preocupaciones sobre su sexualidad. Cuerpo erotizado. Nuevas prioridades.
	Reforzando la confianza y gestionando los conflictos de pareja.	Apoyo de la pareja. Actitud de la pareja. Conflictos de pareja.
	La sociedad como precursora de la sexualidad	Búsqueda de ayuda. Estigmatizando la lactancia materna y la sexualidad.

	invisible, apoyo mutuo y soporte social formal (profesional)	Roles marcados por la sociedad.
La educación sanitaria como punto clave en las vivencias sobre la sexualidad de mujeres que ofrecen lactancia materna.	La importancia de incluir la sexualidad en la educación maternal. Educación maternal en tiempos de la Covid-19	Formación en sexualidad. Educación maternal y sexualidad. Necesidad de información. Propuestas de cambios para visibilizar la sexualidad.
		Formación y Covid-19.

Elaboración propia

Tema 1. Identificando la sexualidad en mujeres que amamantan.

La sexualidad es una parte indispensable del ser humano, forma parte y contribuye a su calidad de vida. Tras la maternidad y durante la lactancia materna, el significado de la sexualidad, así como la manera de vivirla experimentan una serie de cambios. Éstos llevan a que las mujeres se descubran a sí mismas y que se enfrenten a una nueva realidad en sus vidas. Además, el afrontamiento de esta nueva sexualidad está influenciado por factores socioculturales, psicológicos (vivencias parto, imagen corporal...) y físicos (tipo de parto, desgarro, cansancio...).

Subtema 1. Lactancia materna y sexualidad, re aprender para crecer.

La LM para las mujeres no sólo les aporta alimento a sus hijos e hijas, sino inmunidad, seguridad y placer sorprendiéndoles la capacidad que tienen de poder fabricar el alimento para sus bebés. Además, destacan que la LM favorece el vínculo con ellos y ellas.

“Para mí la lactancia (..) ha supuesto no solo alimentarla, sino la relación, el contacto con ella (.) el vínculo afectivo. Desde el primer momento la niña tomaba pecho y luego estaba en brazos de su madre. Pero no se cual fue el momento en el que relacionó que el pecho era su madre. Eso fue muy bonito, el saber que lo que ella sentía, el placer que sentía, la seguridad en el pecho, que algún momento asoció que era yo como persona, su madre, la que le estaba ofreciendo esto.” (M.6)

La sexualidad para algunas mujeres que dan el pecho implica sólo las relaciones sexuales. No obstante, para la mayoría también incluyen las caricias, besos, confianza con su pareja y compartir con ella tanto la maternidad y la paternidad como aspectos cotidianos de la vida (comida, ir de compras, ver una película...).

“No ha cambiado mi forma de ver la sexualidad. No me lo he planteado, para mi sexualidad es sexo. Son cosas que no me planteo mucho.” (M.2)

“Para mí la sexualidad es la intimidad, la intimidad en pareja, un rato que tienes para compartir, para pasarlo bien, para sentirte seguro, en un entorno seguro y de relajación a la vez, de excitación. El estar en un entorno íntimo, seguro y con tu ser más primitivo.” (M.6)

“La sexualidad es muy amplia, cualquier cosa que te produzca placer, no sexual, si no placer de (.) comerte algo que quieras o hacer algo que quieras con tu pareja. Mirar una película, mirar una serie, que antes la mirábamos y no le dábamos importancia.” (M.1)

En referencia a la sexualidad antes de su maternidad, las mujeres resaltan que le dedicaban más tiempo, así como era un aspecto más prioritario en sus vidas. Su sexualidad en esta etapa se centraba más en las relaciones sexuales.

“Para mí antes era algo (...) no lo más importante de una relación, porque hay muchas cosas, pero sí que se notaba que si la relación funcionaba bien, en el tema sexo no había ningún tipo de problema [...] donde querías, cuando querías.

El estar cansado en ese momento no era una excusa, ni un problema, ni motivo de conflicto. [...] Eso era antes para mí, era más libre en ese momento.” (M.3)

“Antes era más seguida, existía mucho más” (M.7)

Durante la maternidad se producen una serie de cambios en la sexualidad que llevan a las mujeres a tener que realizar un proceso de aprendizaje hacia esta nueva etapa. La sexualidad se torna alrededor de su maternidad y concretamente de su periodo de amamantamiento.

El inicio de las primeras relaciones sexuales tras el parto se caracteriza por miedo, relacionado con problemas del suelo pélvico, el tipo de parto, la presencia de desgarro o episiotomía tras el mismo, el cambio de imagen corporal, la deformación de la vulva y la disminución de la libido. La mayoría de las mujeres las describen como dolorosas y poco placenteras.

“Me dio mucha rabia, al principio sentía mucha, mucha rabia. Mucho dolor, mucha falta de autoestima, mucha rabia y mucho miedo. Por eso también, iba espaciando las relaciones, no quería tener relaciones por el miedo que tenía. [...] Iba intentándolo poco a poco la penetración. Era como, no sé, a mí al principio no me daba placer, era como un trámite que tenía que hacer para intentar superar el trauma, no era agradable.” (M.5)

“Mira que fue cesárea, pero bueno durante el embarazo, iba a una fisioterapeuta del suelo pélvico y tenía la zona súper contracturada, y es que ahora la sigo teniendo. Al principio es que me dolía un montón. Y placer nada.” (M.8)

Una de las mujeres que comenzó sus relaciones sexuales sin penetración, basándolas en juegos eróticos, las describe más placenteras y sintiéndose más segura de sí misma.

“Empezamos con el toqueteo, con los dedos, sexo oral, preliminares a tope sin penetración, después íbamos probando poco a poco. Un día un poquito, otro día otro poquito y un día cogí confianza y muy bien.” (M.7)

Todas las mujeres refieren tener menos tiempo para dedicarle a su sexualidad desde su maternidad, relacionándolo con el cuidado de sus hijos e hijas y con el hecho de que duerma en el mismo dormitorio. Además destacan que la falta de sueño es otro factor que influye.

“Muchas veces se lo digo, que lo echo de menos, porque dormimos con ella en medio, de estar los dos solos un rato, abrazados. Ella duerme súper poco, mientras tenga contacto conmigo duerme. No nos deja tiempo para nosotros.” (M.8)

“Ahora es, quiero y no puedo. Quisiéramos muchas veces y no podemos, estamos cansados. Básicamente yo, estoy agotada. Y no es el hecho de que no te apetece, es que es sí pero el cuerpo no te reacciona y te dice “vete a dormir, que mañana el despertador suena”. Y así un día y otro y otro y al final entras en un bucle.” (M-3)

La disminución de la libido, el placer y la lubricación, junto con menor concentración durante las relaciones sexuales, es otro aspecto que es resaltado por estas madres. Asimismo, reconocen que realizan las relaciones sexuales por satisfacer a su pareja, más que porque realmente les apetezca a ellas.

“Lo que más ha cambiado es la libido. Antes (..) Tenía libido, más o menos, pero ahora es como que ha desaparecido. Y de hecho, supongo que se ha juntado el pecho, supongo que es hormonal, el hecho de que no siento libido, no tengo necesidad de mantener relaciones, sobre todo con penetración.” (M.6)

“Antes lo hacía por placer y ahora lo haces un poco para dar placer, porque, pobre, me sabe más mal por él que por mí.” (M.8)

Las mujeres se sienten intranquilas por cuándo volverán a sentir la necesidad de mantener relaciones sexuales. Aunque sí que saben que es un proceso normal tras el parto, manifiestan preocupación al pensar que puede que no vuelvan las cosas a ser como antes.

“Lo estuve hablando con la matrona y me dijo que era normal. Pero a veces me lo planteo ¿hasta cuándo es normal este pasotismo? A lo mejor yo no me doy cuenta, pero mi marido sí.”(M.2)

“Realmente estaba preocupada porque decía “no es lo normal en nosotros”. Somos una pareja relativamente joven y jolín hemos sido siempre activos y ahora nos encontramos los dos como: uf, parece que tengamos 40 o 50 años.” (M.3)

Encontramos controversias en la visión de la nueva imagen corporal de las mujeres que dan lactancia materna. Todas coinciden en que sus cuerpos han cambiado, pero su interpretación difiere entre ellas. Por un lado, algunas mujeres destacan aspectos negativos en estos cambios como la caída del pecho o la barriga. Mientras que otras resaltan que desean su cuerpo, les hace sentir que son capaces de alimentar a sus hijos e hijas y ser sexuales a la vez.

“Ahora me veo peor, me ha quedado la barriga, los pechos, antes tenía complejo de pechos grandes, pues ahora ni te digo y aparte los tengo caídos.” (M.8)

“Me siento como que hay personas que después del parto se sienten más gruesas, menos atractivas Yo al principio me sentía mal por eso, pero ahora, me siento que necesito que mi cuerpo esté más ancho, me gustan que los pechos sean grandes, me siento a gusto con el cuerpo. Que eso también es parte de la sexualidad.” (M.5)

Algunas mujeres sienten una conexión con su cuerpo desde que son madres. El cuerpo que ha gestado y alimenta, que ha experimentado diferentes cambios y ahora es capaz de transmitir a la mujer ese poder que ella quiere compartir con su entorno.

“Quizás antes estaba más inhibida con mi cuerpo y ahora con el cuerpo de madre estoy más desinhibida, me siento mejor con mi cuerpo. Sobre todo en el hecho de amamantar, el pecho, mi vientre, que ha tenido a la bebé en la barriga. Todas estas partes, que han sido importantes en todo este proceso, las tengo como mucho más (..) para mí son mucho más importantes. Me gustan más, me gustaría más compartirlas “Mira, estos son mis pechos que amamantan, esta es mi barriga que ha tenido un bebé dentro”. Es como raro, pero lo siento así.” (M.6)

La inclusión del pecho en las relaciones sexuales también difiere entre mujeres. Algunas lo excluyen de las mismas al sentir que son el alimento de sus bebés, mientras que otras siguen haciéndolo partícipe en las mismas. No obstante, dentro de éstas últimas, una de ellas solo deja que sus pechos sean tocados durante las relaciones, fuera de ellas son solo de su bebé.

El pecho es una parte que no me gusta, no me gusta. Ahora tiene otra utilidad. Lo asocio a que es para darle leche, no sé por qué, pero sí que es verdad. (M.1)

“El pecho (..) si no estoy teniendo relaciones sexuales, el pecho es mío, no se toca, es de mi hija. Antes no me molestaba si había algún tocamiento. El pecho es una zona que se convierte en súper erógena pero en el momento del acto sexual, si no, no.” (M.7)

Las mujeres que han tenido desgarros o episiotomías en el parto coinciden en que una parte de su cuerpo que no les gusta o la sienten herida en la vulva y la vagina. Además, una de las entrevistadas, que su parto fue una cesárea, reconoce que la cicatriz de la misma es una zona que no deja que la toquen.

“Mi vulva, mi vagina, me las veo como heridas. De hecho tengo secuelas, mis labios ya no son como eran, uno está desgarrado, el otro no. Hacen lo que pueden, pobres. Es una zona, que justamente ha perdido (.) ha perdido gracia. La siento herida de alguna forma, aunque no me duela.” (M.6)

“La cicatriz de la cesárea (.) uf, no puedo con ella, ni que me la toquen. Y los pechos, es que ya no me gustaba nada, es que no es la zona erógena mía.”
(M.8)

Incluso algunas mujeres que han tenido un parto traumático reconocen haber tenido problemas en la aceptación de su cuerpo. Llegan a relatar los problemas de autoestima que esto les ha causado y el miedo que desarrollaron a sus genitales.

“La autoestima me la mermó [la episiotomía y trauma tras el parto], yo pensaba que toda la vida iba a no poder sentir, que iba a tener miedo de (...) de mi propia vulva, de mi propia vagina.” (M.5)

Algunas mujeres consideran que la LM ha hecho que desarrollen aún más el deseo de contacto con otras personas. Las necesidades más primarias han florecido a raíz de su etapa de amamantamiento.

“Yo pienso que en parte sí ha influenciado la lactancia materna en mi sexualidad, el contacto piel con piel con el bebé, tenerlo siempre en brazos, tenerlo en los pechos, por un parte para mí, desarrolla la sensibilidad, la piel, el contacto, las ganas de tener contacto con las personas.” (M.5)

Las mujeres, tras la maternidad coinciden en que en su sexualidad las prioridades cambian. Se centran en que ésta pasa a un segundo plano y que sus vidas corren alrededor de sus hijos e hijas.

“Yo lo hablo con muchas compañeras mías que son madres y coincides en que hay menos ganas que antes y que pasa a un segundo plano. Que ahora estamos para hacerlas grandes a ellas [sus hijas] y para criar.” (M.8)

“Si, algún día lo tenemos, lo tenemos, pero si pasan tres días o cuatro o cinco y no lo tenemos porque mi prioridad es la niña.” (M.3)

Es importante destacar el hecho de que durante el proceso de amamantamiento, algunas madres se sienten plenas en su sexualidad, aún cuando tienen pocas relaciones

sexuales. Es decir, sienten que su nueva sexualidad, que es más sensual les llena completamente.

“Tengo mucho deseo de afecto, me llena muchísimo la compañía de mi pareja, el hecho de que sea cariñoso, y yo también con él, que podamos tener una buena conversación, hacer actividades juntos, que disfrutemos los dos de la bebé. Todo muy amoroso y muy cálido, todo lo que te puedas imaginar, pero el tema de más íntimo como pareja, de sexo, pues ha quedado sin ganas por mi parte.” (M.6)

La maternidad ha consolidado la seguridad en algunas de las mujeres que dan LM, ofreciéndoles una nueva y mejorada sexualidad. Los primeros miedos les han abierto la puerta a afianzar su confianza en sí mismas y a ser parte activa en su sexualidad.

“Creo que desde que soy madre tengo más confianza conmigo misma, con mi cuerpo, con mi sexualidad. Creo que para mí, ser madre me ha abierto más la sexualidad, me siento más a gusto, quiero explorar más. No se si es cuestión de confianza, que ya la tenía, ya llevamos unos años. Pero no sé por qué, ser madre me ha despertado en mí algo que disfruto más las relaciones.” (M.7)

“Después, soy yo la que toma la iniciativa, eso me da como mucha autoestima y es como, recuperar mi espacio, cosas que son más, como que también tengo.[...] ahora soy como más directiva. “No quiero esto, no quiero esto”. Después de todo el trauma, me ha dado como cierto empoderamiento.” (M.5)

En aquellas mujeres que han tenido más de un hijo o hija encontramos que las que sí que entre un embarazo y otro estuvieron un tiempo sin dar LM, describen que sus relaciones volvieron a ser parecidas a antes del primer embarazo, aunque el poco tiempo sigue presente en las mismas. Sin embargo, aquella que no ha hecho parón entre sus hijos, sigue centrando su maternidad en la LM, dejando en un segundo lugar las relaciones sexuales.

En el parón entre ambas lactancias volví a disfrutar un montón, sin problemas y en el momento de quedarme embarazada ya la sexualidad (..) creo que es el hecho de que no sufres por nada. El otro ya está criado, entonces en ese momento de sexualidad no sufres por nada.” (M.7)

“Ahora soy una vaca andante y a lo mejor antes los pechos no los tomaba como parte de mi sexualidad y ahora sí, creo que son una parte muy importante, no son solo sexuales. El sexo no es algo prioritario ahora para mí. [4 años y media dando LM]” (M.1)

Subtema 2. Reforzando la confianza y gestionando los conflictos de pareja.

Las vivencias sobre la sexualidad de las mujeres que dan LM están influenciadas por el papel de sus parejas. Por un lado, algunas mujeres sienten que la maternidad y paternidad les ha hecho avanzar como pareja. Reconocen que la nueva sexualidad que están viviendo está siendo un camino duro para aprender de ellos mismos, pero que les está aportando crecimiento personal.

“Ahora hablamos diferente, hablas del mismo tema, pero son conversaciones totalmente diferentes. Los que hemos cambiado hemos sido nosotros, el hecho es el mismo, la sexualidad es la misma. Ella [hija], nos ha hecho cambiar y la situación, pero hasta que no llegas a entenderte es duro.” (M.3)

No obstante, en algunas parejas la maternidad y paternidad se ha visto marcada por algunos conflictos derivados de esta etapa en sus vidas. Se han enfrentado a ellos pasando por un proceso de reconocimiento y aprendizaje como pareja. La comunicación ha sido fundamental para afrontarlos.

“Entonces te sientas y hablas con la pareja. “Mira oye, que yo no es que no quiera estar contigo o no quiera tocarte o no quiera tener una relación íntima contigo”. “Es que la situación [maternidad y paternidad] en este momento, se nos está apoderando y esto hasta que no se estabilice, para mí es secundario”. Hasta

que tú no domines la situación, es un problema, al menos eso nos ha pasado a nosotros” (M.3)

“Al principio no se lo esperaba, se sorprendió más, siempre lo ha entendido, pero es esto, nadie nos lo dijo qué nos pasaría. Lo hemos averiguado con el tiempo.” (M.6)

Además, aquellas mujeres que tienen estas experiencias, destacan que se ha afianzado la confianza con sus parejas. Lo destacan como un pilar fundamental a la hora de afrontar aquellos problemas que van surgiendo durante su maternidad y paternidad.

“Confianza, sobre todo confianza. Si no puedes hablar determinadas cosas. Aunque sean cosas diarias, o tonterías, que a veces te influyen en tu manera de ver las cosas, luego no va bien (.) luego se nota. Sobre todo confianza, más que nada el poder abrirte a la otra persona en cualquier sentido.” (M.3)

“Es lo que nos decimos “es que ahora nos queremos más que antes”. Por ella, la miras y dices “jolin, lo que hemos hecho”. Tenemos otra cosa, es otro tipo de amor.” (M.8)

La mayoría de las mujeres se sienten apoyadas por sus parejas. Las definen como comprensibles y pacientes a la hora de iniciar y mantener relaciones sexuales. Reconocen que ellos tienen más necesidad de tener estas relaciones. Así pues, la paternidad también es un cambio para ellos que afrontan conjuntamente.

“Que la maternidad también es paternidad, que él también es padre, hay cambios en su vida, aunque no son los mismos, su cuerpo está igual, yo creo que él lo lleva bien. Él me lo dice, que tiene muchas ganas y claro el sexo ocurre muy pocas veces. Desde el parto del primer hijo, él también ha hecho el proceso, de cómo lo pasé muy mal, que tenía pánico, se puso en mi piel, entendía lo que me pasaba, me quería ayudar. En este aspecto un diez para él.” (M.7)

“La verdad que muy bien. Muy respetuoso. Siempre ha entendido mis límites, aunque él tuviera ganas de más, ha entendido mis límites y me ha acompañado durante todo el proceso de recuperación.” (M.5)

La falta de comunicación y comprensión por parte de algunas parejas, lleva a estas mujeres a sentir que no son capaces de satisfacer sexualmente a sus maridos. Aquellas parejas que no se han informado de los cambios que ocurren durante el posparto y la crianza, no entienden la nueva etapa de la sexualidad de estas mujeres. Esto puede desembocar en sentimientos de tristeza, incluso en una depresión posparto.

“Ellos no entienden nuestros cambios en esta etapa. Habrá hombres y hombres, pero en estos aspectos, le cuesta un poco de empatizar. Pienso que esto al final te influye en la pareja, porque él no lo entiende igual. Él me dice “es que ya no te gusto”. Y es que no es eso, ahora estoy por otra cosa.” (M.2)

“Mi marido no fue a ninguna [clase educación maternal]. Del primer embarazo a alguna y del segundo a ninguna. Yo le decía “esto es interesante” y él me decía “bueno, bueno, ya me lo explicarás”. Pero nunca preguntaba o si intentaba explicárselo me decía “ya sabes tú eso”. Yo creo que él no lo entiende y no quiere entenderlo. Él solo “quiero sexo, quiero sexo”. Él “es que no me miras, es que no me tocas”. Yo pensaba que era un bicho raro, porque no satisfacía a mi pareja sexualmente y hasta que no vi esto [se informó] lo pasé muy mal. Pienso que tuve depresión posparto en el primero. (M.1)

Las mujeres que están vivenciando la maternidad, reflexionan acerca de qué cosas cambiarían en un posible nuevo embarazo en relación a su sexualidad. Sienten que sus experiencias le ayudarán a vivir el proceso más conscientemente y a evitar algunos problemas con sus parejas surgidos anteriormente.

“Ahora me paro a pensar si tuviera otro como intentarías hacerlo para que no te afectara igual. Porque realmente yo lo he pasado muy mal, pero sé que él también. Entonces, siempre lo pienso, con la información que tengo, sabiendo lo que se, intentaría ir mejor en cuanto a relación de pareja. Porque nos ha

afectado, no quiero volver a pasar por eso. El proceso sí que intentaría pasarlo de manera diferente, para intentar que no nos afectara como pareja, ni como personas, ni en la cama, ni en calle.” (M.3)

Subtema 3. La sociedad como precursora de la sexualidad invisible, apoyo mutuo y soporte social formal (profesional).

Los profesionales sanitarios son fundamentales para fomentar una maternidad consciente e informada. Asimismo, son los profesionales de referencia cuando estas mujeres se enfrentan a problemas derivados de esta etapa de sus vidas. Las madres que dan LM buscan ayuda a la hora de afrontar su nueva sexualidad. Algunas han necesitado el apoyo de profesionales de la matronería y psicología.

“Después de ir a D... [matrona especialista en suelo pélvico], con las compresiones poco a poco se fue yendo el dolor. Y ya el ir a la psicóloga y explicarlo también (..) la parte psicológica mejoró. He tardado siete meses, siete meses y pico en sentir placer, porque hasta ahí era probar para intentar ir superándolo para no tener miedo a mi propio cuerpo.” (M.5)

“He estado siguiendo algunas de las conferencias que hicieron las matronas de Cataluña, sobre la mujer y (..) temas de menstruación, temas de sexualidad, temas así propios de la mujer. Estuve escuchando algunas de ellas, también lo he hablado con la matrona.” (M.6)

En esta línea, destacan que el poder compartir sus experiencias sobre su sexualidad con otras madres, les ha ayudado a comprender que los cambios que se producen son parte del proceso de maternidad.

“Cuando te encuentras con amigas que están en la misma situación que tú, pues empiezas a hablar con las que tienes confianza, pues dices “es que me encuentro así, me siento mal, me siento mal, no como persona, mal como mujer, como pareja” “Ah, tranquila, tranquila, porque a mí me ha pasado esto, a la otra

lo otro”. Me lo echaba todo encima a mí y a veces, no es culpa de la misma persona, sino de la situación. Va bien hablar con otra gente.” (M.3)

“Creo que está bien compartir con la gente que conoces, es bueno para tu salud mental, psicológicamente te ayuda. No soy la única, estamos todas por el estilo.” (M.7)

Las mujeres se enfrentan a un doble desafío tras su maternidad. Acoger su rol de madre y compaginarlo con su sexualidad. La sociedad les marca abandonar o, al menos, no hacer visible esta última, tratándola como un tema tabú.

“La sociedad lo que hagan las otras personas en esos términos [sexualidad], una de dos o no le importan o si le importan no consideran que deban de hablar de estos asuntos porque consideran que son muy personales y muy íntimos.” (M.6)

“A veces, te sientes mal como madre por tener sexualidad, porque hubieras tenido que estar dedicada al hijo plenamente. Pues no, también es una parte. Son cosas que se tienen que quedar dentro de casa, calladas porque por ser madre tienes que llevar cierto dolor o cosas implícitas y no quejarte.” (M.5)

Sin embargo, se encuentran la presión de tener que cumplir sexualmente con sus parejas. Sienten que la sociedad espera de ellas que satisfagan a su pareja manteniendo relaciones sexuales. Además, integran la LM como parte de su sexualidad y reclaman que sea reconocido por su entorno.

“En algunas parejas que conozco de parejas de hombre y mujer. El hombre sí que después del parto tiene que haber relaciones, la mujer lo pasa fatal y dices “pero chica, no estás obligada, que todo va a llegar, que el cuerpo tiene que llegar a su forma natural” (M.7)

“Que tendría que ser sexo, no entienden que la lactancia forma parte de la sexualidad, sino que son dos cosas muy diferentes.” (M.1)

Las madres que dan LM insisten en la visibilización de la sexualidad durante la maternidad. Sienten que es parte de su vida y que si se encuentra satisfecha, su maternidad la viven más plenamente.

“Creo que es un tema al que se le tiene que dar más importancia, porque es que la tiene. Nosotros mismos nos reprimimos porque la sociedad, ¿qué es lo que van a decir?, ¿qué es lo que van a pensar? Si se normalizaran ciertas cosas, porque es algo que todo el mundo conoce y todos hacemos lo pasaríamos diferente.” (M.3)

“Lo que más quiero en la vida es mi hijo, pero, para mí eso no quita que yo no tenga mi autoestima, mi cuerpo, mi espacio, mi placer. Cuanto mejor este yo, más plena sea, pues mejor será para él [su hijo]. Para una madre sacrificada, mejor una madre plena. Y para mí, eso [su sexualidad] está dentro de ser una madre plena.” (M.5)

Además, algunas madres reclaman la normalización del pecho sexualizado por parte de la sociedad frente a la invisibilización del pecho como alimento de sus hijos e hijas. Frente a esto, otras mujeres no se sienten cómodas al dar el pecho delante de otras personas.

“La gente se escandaliza cuando ve a una mujer dando pecho, pero no se escandaliza cuando ve a una mujer desnuda, con un escote que se le ve todo ¿por qué? ¿cuál es el problema? Una cosa es la natural y la otra, lo sexual. ¿Qué pasa? ¿Es mejor una cosa sexual que lo natural, que es dar un pecho a un niño? ¿Por qué se extrañan de que a una niña de cuatro años le de pecho y no qué una mujer vaya desnuda?” (M.1)

“No quiero que haya más gente mirando como tengo el pecho fuera. ¡Qué ya lo sé! Que no tiene importancia tener el pecho fuera, pero yo me sentía muy incómoda.” (M.3)

Tema 2. La educación sanitaria como punto clave en las vivencias sobre la sexualidad de mujeres que ofrecen lactancia materna.

La educación sanitaria durante el embarazo, parto, puerperio y es fundamental para vivir una maternidad consciente e informada. Las clases de educación maternal son un punto clave para informar y formar a estas mujeres. No obstante, la metodología usada en las mismas debe de asegurar la transmisión de los conocimientos adecuados para poder responder a las necesidades que van surgiendo durante todo el proceso de embarazo, parto, puerperio y crianza.

Subtema 1. La importancia de incluir la sexualidad en la educación maternal.

Las clases de educación maternal son un recurso al que tienen acceso todas las mujeres embarazadas. Durante las mismas, se tratan temas relacionados con el embarazo, parto y puerperio. Uno de los aspectos que más reclaman las mujeres es la información acerca de los cambios en el posparto, concretamente sobre la sexualidad.

“Creo que tendrían que ser clases de preparación al posparto, porque es mucho más duro, por lo menos para mí. Es mucho más desconocido.” (M.7)

“Si alguien te explicara cómo va a ser la sexualidad durante el embarazo o el postparto, seguramente lo llevaríamos tres veces mejor, seguro. Igual que te advierten en el postparto sobre el aspecto psicológico, ¿por qué no hay esa misma información sobre la sexualidad? Creo que es igual de importante, porque tanto te afecta una cosa como la otra.” (M.3)

La mayoría de las madres que han acudido a clases de educación maternal reconocen que no se ha tratado el tema de la sexualidad. Asimismo, algunas de ellas no recuerda si se dedicó algún espacio de las sesiones a la sexualidad en el posparto, al no estar inmersas en esa etapa todavía.

“En el primer embarazo nada, no aprendí nada. En el segundo quizás un poco, pero no mucho. Quizás me perdí esa clase. Sí que hicieron referencia de

que cambiarían las prioridades y así. Pero en el primero, que es donde te das el chascazo, nada de nada.” (M.1)

“La matrona sí que dedicó media clase a la sexualidad, que me gustó mucho. Sí que me acuerdo que nos habló de la sexualidad antes del parto. Pero como en ese momento... no sé si nos habló de después del parto.” (M.5)

Las parejas también se enfrentan a cambios durante la paternidad. Por ello, las mujeres insisten en la importancia de que formen parte activa de esta educación sanitaria y formación a lo largo del proceso de embarazo, parto, puerperio y crianza. Afianzar, por parte de un o una profesional, todos los cambios que se producen mejoraría el apoyo y comprensión de la pareja.

“El saberlo te prepara de alguna manera, como pareja. Nos podrían preparar, el saberlo, pero es que no cambiaría nada tampoco. No sé si me explico, si lo hubiese sabido, hubiese seguido con la lactancia y hubiese vivido estos momentos, pero sí desde el conocimiento previo.” (M.6)

“Explicarle al padre los cambios que tiene una mujer durante el embarazo y el posparto. Porque yo se lo cuento, pero pensaré que le estoy comiendo la oreja para que (.) y si es un profesional es más real para ellos. Falta formación.” (M.2)

Sólo una de las mujeres hace referencia a haber recibido formación sobre la sexualidad en el posparto. Remarca que esta información le ayudó a afrontar su sexualidad tras la maternidad. Además, hace hincapié en que la información era concisa y clara, lo que ayudó a asimilar todo lo aprendido.

“Me ayudó mucho estas clases, porque yo tenía pánico al dolor, a que me penetrara y me matara del dolor. Y eso me fue muy bien, porque nos explicó que poco a poco, que con tocamientos, sexo oral después, muchos preliminares, “no metáis todo de una vez, porque os va a doler”. Me fue bien por eso, porque supe gestionar lo que me estaba pasando. Quedé satisfecha con todo lo que nos explicó, porque nos contestó a todo lo que le planteamos y se agradece.” (M.7)

“Habló del posparto, del tema sexualidad, nos habló de que cada cuerpo es un mundo, de que hay gente que le cuesta más, hay gente que le cuesta menos. No sabes a lo que te enfrentas en el primer parto, que parece que te apetece tener relaciones. Nos dio muchísima información y me sirvió. Era breve, pero muy clara.” (M.7)

Las propias vivencias de las mujeres y el haberse formado durante su primera maternidad acerca de los cambios en su sexualidad, les han ayudado a afrontar más conscientemente la nueva crianza y por ende, su sexualidad.

“La confianza y la seguridad de haber tenido un hijo y ya saber lo que te puede pasar. Yo creo que el proceso que viví con el otro [primer hijo] no fue tan duro con ella [segunda hija]. Estaba yo más receptiva, me apetecía mucho más, sé que le pasa a mi cuerpo, sé que un día todo vuelve a su lugar, que no tarda tanto como crees que va a tardar.” (M.7)

“He leído muchísimo porque el primer posparto lo pasé muy mal. Entonces hasta que yo no entendí lo que me pasaba, no me sané conmigo misma. Hasta que yo no entendí que, bueno, si yo no quería [mantener relaciones sexuales] porque a mí me satisfacían otras cosas ahora mismo, pues es que me satisfacen otras cosas. Yo he cambiado como persona” (M.1)

Subtema 2. Educación maternal en tiempos de la Covid-19

La situación actual de nuestro país por la pandemia de la Covid-19, ha llevado a nuestra sociedad a dar un giro en la forma de relacionarnos. Las clases de educación maternal están siendo impartidas de forma online, lo cual está repercutiendo en la forma en la que las mujeres reciben y asimilan la información.

Las madres coinciden en que el tener que acudir a las sesiones de manera remota, a través de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs), hace que tengan que depender de que el internet de casa funcione bien y realmente no están centradas totalmente en las clases. Además, si tienen más de un hijo o hija, esto impide dedicarle el

tiempo necesario al tener que cuidarlo o cuidarla. Esto hace que se pierdan parte de la información que se imparte.

“Si, online, con la pandemia. No puedo recordarlo, tampoco te puedo decir si lo hicieron porque no tuve la ocasión de acudir a todas las sesiones y a las que pude estar conectada tuve mala conexión y quizás algún rato me perdí la clase. Yo no lo sabía [sexualidad en posparto].” (M.6)

“Todas esas informaciones [posparto y sexualidad], se quedaron en el aire con el tema del covid y todo eso.” (M.3)

Otro aspecto que algunas mujeres han echado en falta durante la pandemia es poder compartir con otras madres sus experiencias durante su LM y su sexualidad. Los encuentros con otras madres en su misma situación, son claves para abordar las necesidades y miedos que surgen tras la maternidad.

“La verdad es que sí que me hubiese gustado, que hubiese habido un grupo de lactancia y se hubiese hablado de sexualidad, para normalizar, poder expresar ciertas cosas.” (M.5)

“No sé si otras madres lactantes están en una situación parecida a la mía. He echado de menos tener un grupo de apoyo de madres lactantes.” (M.6)

DISCUSIÓN:

Este estudio tenía como objetivo comprender las experiencias y significados de la sexualidad para las mujeres durante la lactancia materna y explorar sus percepciones sobre la educación sexual recibida en los cursos de preparación a la maternidad. La adopción de un enfoque cualitativo descriptivo nos ha permitido explorar profundamente el fenómeno de estudio desde el punto de vista de las mujeres que ofrecen LM.

Para las mujeres que dan LM, ésta no es solo el alimento de sus hijos e hijas, sino que es un vehículo para fortalecer el vínculo entre madre y bebé. Estos datos coinciden con lo hallado por Carathers (2017) y Lutz (2015). Al igual que lo encontrado por O'Malley et al. (2019) y Stavdal (2019) gran parte de las madres han cambiado tanto los aspectos como las prioridades de su sexualidad tras la maternidad. Ahora consideran que las caricias, besos y compartir aspectos cotidianos con sus parejas son parte de ella. No obstante, para algunas mujeres su sexualidad solo es tener relaciones sexuales.

Tanto en nuestro estudio como en el de O'Malley et al. (2019), Pissolato et al. (2015) y Stavdal et al. (2019) el inicio de las relaciones sexuales está marcado por miedo al dolor. Las mujeres señalan el tipo de parto, los desgarros, el cansancio y la presencia del bebé como aspectos no favorecedores del inicio de sus relaciones. No obstante, aquellas mujeres que habían tenido una cesárea no habían iniciado antes sus relaciones que las que habían tenido parto vaginal con o sin desgarro. Éstas, destacan el cansancio, la disminución de la libido, la dispareunia y de la lubricación vaginal como causas. Estos síntomas son comunes a todas las mujeres que dan LM y son descritos también por Matthies et al. (2019) y Stavdal et al. (2019).

Por un lado, otro aspecto que coincide con O'Malley et al. (2019) es que algunas mujeres reinician sus relaciones por probarse a sí mismas y por satisfacer a sus parejas, más que porque realmente quieran. Al igual que Stavdal et al. (2019), algunas mujeres no tienen la necesidad de mantener relaciones sexuales, sienten su sexualidad plena sin ellas. Pissolato et al. (2015) remarca que también lo hacen por miedo a que sus parejas busquen relaciones extramatrimoniales, mientras que en este estudio ninguna mujer nombró este motivo. Los dos estudios y el nuestro llegan a la conclusión de que estas primeras

relaciones les aportaron poco placer y satisfacción sexual. Por otro lado, las mujeres que utilizan los juegos eróticos y buscan alternativas a la penetración, describen relaciones sexuales más placenteras, en concordancia con lo descrito por O'Malley et al. (2019).

La interpretación de los pechos tras la maternidad difiere entre madres debido a que son también el medio que alimenta a sus bebés. Esto conlleva en algunas de ellas no implicar los pechos en su sexualidad al considerar que son del bebé, coincidiendo con Lutz (2015). Aunque no podemos olvidar que algunas de las mujeres entrevistadas sí que implican sus pechos en sus relaciones sexuales, viéndolos como parte de su deseo sexual y excitación. Al contrario que lo encontrado por Carathers (2017) y O'Malley et al. (2019), donde todas las mujeres hacían una separación de sus pechos sexuales y sus pechos como alimento.

En esta línea, Carathers (2017), O'Malley et al. (2019) y Pissolato et al. (2015) resaltan que las mujeres no quieren que los pechos formen parte de sus relaciones por el miedo a eyectar leche durante las mismas. Sin embargo, en nuestro estudio ninguna mujer mencionó este aspecto como preocupante.

Al igual que lo descrito por Carathers (2017) Oliveira et al. (2016) y Pissolato et al. (2016) entre los cambios en la sexualidad tras la maternidad, las mujeres destacan la disminución de la libido, así como la disminución tanto en tiempo como el frecuencia que le dedican a su sexualidad. Algunas de ellas, lo relacionan con la propia maternidad (cuidado de los hijos e hijas, colecho, cansancio...), mientras que una de ellas lo relacionaba con el cambio hormonal por la lactancia materna.

La interpretación de la imagen corporal también difiere entre mujeres al encontrar discursos negativos por los cambios físicos (pechos y barriga más grandes, deformación de la vulva), mientras que otras los resaltan como positivos (capacidad de su cuerpo de gestar y alimentar a su hijo o hija). O'Malley et al. (2019), Carathers (2017) y Stavdal et al. (2019), describen los mismos resultados, frente a Pissolato et al. (2015) que solo nombra aspectos negativos. Carathers (2017) va más allá, no relacionándolos con la propia LM y remarcando que las mujeres priorizaban los beneficios de la LM con los

aspectos negativos sobre su cuerpo. Esto último, también es detallado por Pissolato et al. (2015).

En concordancia con O'Malley et al. (2019) la comunicación y la confianza con la pareja es el aspecto más valorado por las mujeres a la hora de afrontar los miedos en su sexualidad que florecen tras la maternidad. Así pues, aquellas mujeres que relatan poca comunicación con su pareja, muestran más problemas en su sexualidad.

Stavdal et al. (2019) remarca que para las parejas la paternidad también implica cambios en su vida y sienten que forman parte de ellos. Ambos miembros de la pareja sienten que el bebé les ha hecho crear un vínculo mayor entre ellos, basando su sexualidad en algo más sensual que sexual. Al igual que en este estudio pues algunas mujeres relatan este crecimiento personal y de pareja tras la maternidad y paternidad.

En el estudio de Matthies et al. (2019), se concluyó que las mujeres que amamantan presentan niveles más bajos en la función sexual. Asimismo las mujeres que tiene mayor educación sexual presentan niveles más altos en la función sexual. En nuestro estudio las mujeres que se han formado y han recibido educación sexual sobre el posparto viven y sienten una sexualidad más activa y acorde a sus necesidades.

Las mujeres reclaman mayor formación y apoyo por parte de los profesionales, al igual que en el estudio de Pissolato et al. (2015) y Stavdal et al. (2019). Asimismo, reivindican la visibilización de la sexualidad durante el periodo de amamantamiento. Consideran que es parte indispensable de sus vidas y que es escondida y tratada como un tema tabú por la sociedad. Lutz (2015) resalta que las mujeres tienen sentimientos encontrados al experimentar placer durante la LM por los atributos que la sociedad les impone al tener que dejar a un lado la sexualidad durante la etapa de amamantamiento.

Gran parte de las mujeres se sienten respetadas y apoyadas por sus parejas. Sin embargo, al igual que lo descrito por Pissolato et al. (2016) algunas de ellas resaltan que sus parejas no comprenden su nueva sexualidad y reclaman mayor atención hacia ellos. Lutz (2015) concluye que algunas parejas llegan a sentir celos por las nuevas prioridades

en la maternidad y paternidad, mientras que Stavdal et al. (2019) describe que el cambio de rol es un desafío para los padres, pero no experimentan esta amenaza por la paternidad.

Las mujeres señalan a las matronas como referentes de la educación maternal y las señalan como a las profesionales que han acudido para pedir ayuda durante su embarazo, parto y puerperio, al igual que lo que señala Paz et al. (2016). Baena, Jurado, Fernández, Rodríguez, Gómez y Vázquez (2020) y Stavdal et al. (2019) destacan la figura de la matrona como esencial y prioritaria en la educación sanitaria de las mujeres durante su maternidad.

Las madres relatan que la formación en educación sexual en el posparto es nula o muy escasa, solicitando que ésta forme parte de las clases de educación maternal, al igual que lo descrito por Alnuaimi et al. (2020), O'Malley et al. (2018) y Schlagintweit et al. (2016). En nuestro estudio, las sesiones impartidas presencialmente en las que se impartió educación sexual han ayudado a las mujeres a afrontar la sexualidad durante la maternidad.

Coincidiendo con Paz et al. (2016) las mujeres destacan positivamente poder compartir sus experiencias con otras madres en su situación y aquellas que no han tenido oportunidad de hacerlo han echado de menos poder tener un grupo de madres. En el estudio de Payaró, Zamora, Almirall, Miguel y Carrascón (2016), se concluyó que las reuniones entre madres adolescentes, mejoraba sus vivencias en relación a su maternidad y LM. Además, se llevó a cabo un programa para fomentar la LM a través de sesiones, role- playing, seguimiento durante el embarazo y posparto... tras el cual aumentó el tiempo de LM.

Otro aspecto que se demanda es la participación activa de la pareja, así como clases posparto. Las mujeres, en algunas ocasiones, no recuerdan si se habló de los cambios en el posparto porque no era un tema que en ese momento vieran cercano. Estos reclamos también han sido descritos por Paz et al. (2016).

La pandemia de la Covid-19 ha obligado a impartir las sesiones de educación maternal online, siendo valoradas negativamente por las madres. Al contrario que lo

descrito por Baena et al. (2020) donde las gestantes reciben positivamente el uso de las tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) para informarse e interactuar acerca de su embarazo, parto y puerperio. Aksoy, Altıparmak, Akca, Gokbulut y Yilmaz (2021) además revela que la educación maternal online acerca del embarazo y el parto disminuye los niveles de ansiedad prenatal. Baena et al. (2020) concluye que el uso obligado de las TICs por parte de las matronas durante la pandemia, abre nuevos caminos para llegar a todas las mujeres, independientemente de su situación. Por tanto, se plantea la posibilidad de combinar metodologías presenciales y online para ello.

Limitaciones del estudio y futuras líneas de investigación

Este estudio presenta algunas limitaciones.

En primer lugar, sólo se ha utilizado como técnica para la recogida de datos la entrevista semi-estructurada. En un estudio posterior se podría llevar a cabo para complementar el uso del grupo focal para indagar en las experiencias y conocimientos de estas mujeres, de forma que interactúen entre ellas y así conocer cómo y por qué piensan así y comprender sus creencias, actitudes y percepciones. Asimismo, son una unidad social, por lo que los significados e interpretaciones que aparecen están más relacionados con la naturaleza social de las interacciones del grupo que de las opiniones individuales.

En segundo lugar, todas las mujeres entrevistadas son españolas, por lo que no se ha podido explorar como las diferentes culturas influyen en las vivencias de estas madres. Podría llevarse a cabo un trabajo más amplio en el que se tuviera en cuenta este aspecto para profundizar en ello.

En tercer lugar, en este estudio se ha detectado la importancia del papel de las parejas en las experiencias sobre la sexualidad de las mujeres que dan LM. Por ello, sería de gran interés indagar en las vivencias de sus parejas sobre la LM y su sexualidad tras la paternidad. Esto podría ayudar a detectar las necesidades de ambos miembros de la pareja y poder darles respuesta.

Por último, todas las mujeres tenían pareja y eran heterosexuales. Por ende, en otro estudio se podría identificar si existen diferencias en las experiencias de estas madres en función de si son solteras o con parejas homosexuales o heterosexuales.

CONCLUSIONES:

Las mujeres que dan LM describen cambios en el significado que le dan a su sexualidad tras la maternidad. Para ellas, pasa a tener un sentido más sensual que sexual, centrado en el contacto y en poder compartir con su pareja.

El inicio de sus relaciones sexuales está marcado por miedo al dolor y a los cambios vividos tras el embarazo y el parto. No obstante, aun habiendo pasado en todas ellas más de cuatro meses desde el parto, siguen encontrándose en el proceso de aprendizaje y conocimiento de su cuerpo y su nueva sexualidad.

La sexualidad tras la maternidad está siendo un desafío para ellas y sus parejas. Los cambios vividos les han llevado, en algunos casos, a crear conflictos entre ambos. La comunicación y la confianza ha sido esencial para poder solucionarlos. Aquellas mujeres que sienten que sus parejas no las comprenden ni apoyan en los cambios acontecidos, refieren mayores dificultades para afrontar su sexualidad en esta etapa.

Ellas creen que la sociedad podría dejar de tratar la sexualidad en la maternidad como un tema tabú. Expresan que es parte de su vida, pero a veces sienten que deben de ocultarla.

Las mujeres sienten que no tenían información suficiente acerca de los cambios que se producen en el posparto, por ello reclaman formación sobre los mismos y concretamente en educación sexual. Identifican deficiencias en las clases de educación maternal, que se centran más en el periodo de embarazo y parto, pero poco en el posparto.

Además, piensan que las clases de educación maternal online no han contribuido suficientemente a su formación. Otros aspectos que solicitan es que se incluya a las parejas en esta formación y la creación de grupos de madres para poder compartir sus experiencias, al no haberlos podido tener por la pandemia de la Covid-19.

A través de este estudio hemos indagado en las necesidades sentidas de las mujeres que dan LM sobre su sexualidad. Al haberlas identificado, se podrán llevar a cabo programas centrados en las mismas para mejorar la calidad de vida de estas mujeres.

BIBLIOGRAFÍA:

Aguilar, S., y Barroso, J. (2015). La triangulación de datos como estrategia en investigación educativa. *Pixet-Bit Revista de Medios y Educación*, (47): 73-88.

Aguirre, J.M., y Jaramillo, L.G. (2015). El papel de la descripción en la investigación cualitativa. *Cinta moebio*, (53): 175-189.

Aksoy, Y., Altiparmak, S., Akca, E., Gokbulut, N., y Yilmaz, A.N. (2021). Pregnancy and birth planning during COVID-19: The effects of tele-education offered to pregnant women on prenatal distress and pregnancy-related anxiety. *Midwifery*, 92. DOI: 10.1016/j.midw.2020.102877

Alnuaimi, K., Obeisat, S., Almalik, M., Ali, R., y Alshraifeenc, A. (2020). A phenomenological study of Jordanian women's experience of sexual intercourse after giving birth. *Midwifery*, 88, 1-6. DOI: 10.1016/j.midw.2020.102761

Baena, F., Jurado, E., Fernández, F. J., Rodríguez, L., Gómez, J., y Vázquez, J. M. (2020). Atención del embarazo durante la epidemia de Covid-19 ¿un impulso para el cambio?. *Revista Española de Salud Pública*, 94 (5), 1-6.

Bonilla, E., y Rodríguez, P. (2005a). El proceso de investigación cualitativa. En: E. Bonilla., y P. Rodríguez (Ed.). *Más allá del dilema de los métodos* (pp. 120-454). Bogotá, Colombia: Grupo Editorial Norma.

Bonilla, E., y Rodríguez, P. (2005b). Recolección de datos cualitativos. En: E. Bonilla., y P. Rodríguez (Ed.). *Más allá del dilema de los métodos* (pp. 149-240). Bogotá, Colombia: Grupo Editorial Norma.

Braun, V., y Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2): 77-101. DOI: /10.1191/1478088706qp063oa

Carathers, J.D. (2017). The breastfeeding problematic: Negotiating maternal sexuality in heterosexual partnerships. *Women's Studies International Forum*, 65, 71-77. DOI: 10.1016/j.wsif.2017.10.002

Castillo, E., y Vásquez, M.L. (2003). El rigor metodológico en la Investigación cualitativa. *Colombia Médica*, 34 (3), 164-67.

deMontigny, F., Gervais, C., Larivière-Bastien, D., y St-Arneault, S. (2018). The role of fathers during breastfeeding. *Midwifery*, 58, 6-12. DOI: 10.1016/j.midw.2017.12.001

Duque, H., y Aristizábal, E. (2019). Análisis fenomenológico Interpretativo. Una guía metodológica para su uso en la investigación cualitativa en psicología. *Pensando Psicología*, 15 (25), 1-24. DOI: 10.16925/2382-3984.2019.01.03

Emanuel, E. (1999). ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos básicos. En: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (Eds), *Programa Regional de Bioética. División de Salud y Desarrollo Humano*. (pp. 43-4). Santiago de Chile.

Fernández-Sola, C., Granero-Molina, J., Hernández-Padilla, J.M., Eds (2020). *Comprender Para Cuidar. Avances en Investigación Cualitativa en Ciencias de la Salud*. Almería, España: EDUAL.

Fuentealba, M., Cartagena, D., Fronteira, I., Alves, L., Henrique, L., Augusto, M., Yamamura, M., Castanheira, L., y Alexandre, R. (2019). What are the prevalence and factors associated with sexual dysfunction in breastfeeding women? A Brazilian cross-sectional analytical study. *BMJ Open*, 9, 1-0. Recuperado de: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/9/4/e025833.full.pdf>

Gelpi, G., y Forrissi, F. (2015). *Salud y Diversidad Sexual. Guía para profesionales de la salud*. Uruguay: Ministerio de Salud Pública y el Fondo de Población de las Naciones Unidas. Recuperado de:

<http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/guia-salud-y-diversidad-sexual.pdf>

Generalitat Catalunya. Departament de Salut. (2021b). *Enquesta de Salut de Catalunya* 2020. Recuperado de: https://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/esca/resultats_enquesta_salut_catalunya/

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. (2021a). *Indicadors de Salut Perinatal a Catalunya. Any 2019*. Recuperado de: https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/Professionals/Vigilancia_epidemiologica/documents/arxius/informe_complet_indicadors_perinatal_any-2019.pdf

Gentles, S.J., Charles, C., Ploeg, J., y McKibbon, K. (2015). Sampling in Qualitative Research: Insights from an Overview of the Methods Literature. *The Qualitative Report*, 20 (11), 1772-89.

González, M. (2002). Aspectos éticos de la investigación cualitativa. *Revista iberoamericana de educación*, (29), 85-103.

Guba, E. (1981). Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries. *ECTJ*, 29 (2), 75-91.

Guba, E. G., y Lincoln, Y. S. (1981). Epistemological and methodological bases of naturalistic inquiry. En: E. G. Guba y Y. S. Lincol. (Ed.). *Effective Evaluation: Improving the Usefulness of Evaluation Results Through Responsive and Naturalistic Approaches* (pp. 103-27). Hoboken, Nueva Jersey: Jossey-Bass Publishers.

Hernández, M., Baez, F. J., Morales, A., Nava, V., Zenteno. M. A., y Compean, G. (2020). Factores fisiológicos, función y disfunción sexual en mujeres con diabetes tipo 2. *Acta Universitaria*, 30. DOI: 10.15174.au.2020.2815

Hinson, T.D., Skinner, A.C., Lich K.H., y Spatz, D.L. (2018). Factors That Influence Breastfeeding Initiation Among African American Women. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing*, 47 (3), 290-300. DOI: 10.1016/j.jogn.2018.02.007

Instituto de Estadística de Cataluña. (2021). *Áreas Básicas de Salud*. Recuperado de: <https://www.idescat.cat/codis/?id=50&n=39&lang=es>

Landa, L. y Paricio, J.M. (2008). Historia de la lactancia. En J. Aguayo., A. Gómez., M.T. Hernández., J.J. Lasarte., M.T. Lozano., y C.R. Pallás., (Eds.), *Manual de lactancia materna* (pp. 9-23). Madrid, España: Panamericana.

Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. *Boletín Oficial del Estado*, 294, de 6 de Diciembre de 2018, 119788 a 119857. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2018-16673>

Lincoln, Y. S., Lynham, S. A., y Guba, E. G. (2018). Paradigmatic Controversies, Contradictions, and Emerging Confluences, Revisited. En: N. K. Denzin y Y. S. Lincoln. (Ed.). *Handbook of qualitative research* (pp. 213-63). Londres. Reino Unido: SAGE.

López, F. (2005). ¿Qué es la sexualidad humana?. En: S.A. Ratus, J.S. Nevid, L. Fichner-Rathus. (Ed.), *Sexualidad humana* (pp. 1-30). Madrid, España: Pearson.

López, F. (2015). La sexualidad y las relaciones amorosas en el reino de la libertad. Necesidad de una ética sexual y amorosa En: F. López. (Ed.), *Ética de las relaciones amorosas y sexuales* (pp. 15-54). Madrid, España: Ediciones Pirámide.

Lucas, M. (2009a). La evolución de la comunicación sexual. En: M. Lucas. (Ed.). *Sed de Piel* (pp. 69-87). Madrid, España: Editorial Psimática.

Lucas, M. (2009b). Una revolución sexual igualitaria. En: M. Lucas. (Ed.). *Sed de Piel* (pp. 113-36). Madrid, España: Editorial Psimática.

Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 613-19.

Martins, E.L. (2015). *Vivenciando a amamentação e sensações de prazer sexual e/ou excitação sexual ao amamentar: significados de mulheres*. (tesis doctoral). Universidad del Estado de Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Matthies, L.M., Wallwiener, M., Sohn, C., Reck, C., Muller, M., y Wallwiener, S. (2019). The influence of partnership quality and breastfeeding on postpartum female sexual function. *Archives of gynecology and obstetrics*, 299 (1), 69-77. DOI: 10.1007/s00404-018-4925-z

Mieles, M.D., Tonon, G., y Alvarado, S.V. (2012). Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. *Universitas Humanística*, (74): 195-225.

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2018). Encuesta Nacional de Salud España 2017. Recuperado de: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE17_pres_web.pdf

O'Malley, D., Smith, V., y Higgins, A. (2019). Women's solutioning and strategising in relation to their postpartum sexual health: A qualitative study. *Midwifery*, 77, 53-59. DOI: 10.1016/j.midw.2019.06.012

Oliveira, G. F., Santos, L., Mesquita, M. M., Alves, M. F., Moreira, R., y Alves, I. M. (2015). Discursos de mulheres sobre sexualidade na amamentação. *Revista de Enfermagem*, 9 (6): 8270-6. Recuperado de: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10587/11543>

O'Malley, D., Higgins, A., Begley, C., Daly, D., y Smith, V. (2018) Prevalence of and risk factors associated with sexual health issues in primiparous women at 6 and 12 months postpartum; a longitudinal prospective cohort study (the MAMMI study). *BMC Pregnancy Childbirth*, 18 (1):1-13. Recuperado de: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-018-1838-6>

Organización Mundial de la Salud. (2003). Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Recuperado de: https://www.who.int/nutrition/publications/gi_infant_feeding_text_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2017). 10 datos sobre la Lactancia Materna. Recuperado de: <https://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2018). La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. Recuperado de: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sh-linkages-rh/es/

Organización Mundial de la Salud. (2010). Developing sexual health programmes: a framework for action. World Health Organization. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70501>

Ortiz, M., García, S., Colldeforns, M. (2010). Estudio del interés sexual, la excitación y la percepción de las relaciones de pareja en mujeres primíparas lactantes en relación con las no lactantes. *Matronas Profesión*, 11 (2), 45-52.

Patton, M.Q. (2015). Designing Qualitative Studies. En: M.Q, Patton (Ed). *Qualitative research and evaluation methods* (pp. 244-327). Londres, Reino Unido: Sage Publications.

Payaró, A., Zamora, L., Almirall, M. R., Miguel, M., y Carrascón, A. (2016). Inicio y continuidad de la lactancia materna en relación con la asistencia a un programa educativo para madres jóvenes. *Matronas profesión*, 17 (3), 99-106.

Paz, C., Artieta, I., Grandes, G., Espinosa, M., Gaminde, I., y Payo, J. (2016). Necesidades percibidas por las mujeres respecto a su maternidad. Estudio cualitativo para el rediseño de la educación maternal. *Atención Primaria*, 48 (10), 657-64. DOI: [10.1016/j.aprim.2015.12.004](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.12.004)

Pissolato, L.K.B.P., Alves, C.N., Prates, L.A., Wilhelm, L.A., y Ressel, L.B. (2016). Amamentação e sexualidade: uma interface na vivência do puerpério. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 8(3), 4674-80. DOI: 10.9789/21755361

Rodríguez, B., y Castillo, O. (2018). *Glosario de términos sobre diversidad afectivo sexual*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de: <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/glosarioDiversidad110418.pdf>

Rodríguez, B., y Sueiro, E. (2017). Sexualidad en el embarazo y postparto: la necesidad de educación afectivo-sexual. *Revista de estudios e investigación en psicología y educación*, (14), 1-4. DOI: 10.17979/reipe.2017.0.14.3034

Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description?. *Research in Nursing & Health*, 23: 334-40. DOI: 10.1002/1098-240X

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. *The journal of sexual medicine*, 13 (10), 1455-65. DOI: 10.1016/j.jsxm.2016.08.006

Serrano, E., Gimeno, E., Trigo, E., Bárcenas, I., y Chiclana, C. (2020). Factors Influencing Couples' Sexuality in the Puerperium: A Systematic Review. *Sexual Medicine Reviews*, 8 (1), 38-47. DOI: 10.1016/j.sxmr.2019.07.002

Souza, L. K.. (2019). Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 71 (2): 51-67. DOI: 10.36482/1809-5267.ARBP2019v71i2p.51-67

Stavdal, M.D., Skjavestad M.L.L., y Dahl, B. (2019). First-time parents' experiences of proximity and intimacy after childbirth. A qualitative study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 20, 66-71. DOI: 10.1016/j.srhc.2019.03.003

Taylor. S.J., y Bogdan, R. (1987). La observación participante en el campo. En: S.J. Taylor., y R. Bogdan (Eds). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. (pp. 50-94). Barcelona, España: Paidós.

Triviño, J.M., Romero, D., Nieto, B., Joao, M., Oviler, C., Mellizo, S., Avilés, B., Arruti, B., Criado, J.J., Soto, C., y Plá, R. (2017). 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*, 1-14. Recuperado de: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jan.13468>

Vargas, E. (2014). La sexualidad ¿mucho más que sexo?. En: E. Vargas. *Sexualidad: mucho más que sexo* (pp. 1-24). Bogotá, Colombia: Ediciones Uniandes.

ANEXOS:

ANEXO 1: Hoja de información y consentimiento informado



HOJA DE INFORMACIÓN A LA PARTICIPANTE

En primer lugar, agradecemos su colaboración en el estudio titulado:

EXPERIENCIAS SOBRE LA SEXUALIDAD DE LAS MUJERES QUE DAN LACTANCIA MATERNA

Sin su ayuda esta investigación no podría realizarse. Gracias por su participación.

1. ¿Qué es y qué persigue este estudio?

El estudio tiene como objetivo explorar cómo es la sexualidad de las madres que dan lactancia materna. Se hace necesario llevar a cabo esta investigación puesto que existen pocos estudios previos que indaguen en las experiencias sobre la sexualidad de las mujeres que ofrecen lactancia materna. Además, con los resultados obtenidos se espera abrir la puerta a nuevos estudios que lleven a cabo medidas poder dar respuesta a las necesidades de estas mujeres ante su sexualidad.

2. ¿Cómo se realizará el estudio?

Se van a realizar entrevistas individuales a cada participante en una sala del centro de Salud al que correspondan o en otro lugar que pueda sugerir la entrevistada, en horario de mañana o tarde, en función de la disponibilidad de ésta. Una vez llevado a cabo el análisis de los datos, se volverán a citar a las participantes para exponerles los resultados obtenidos y que puedan aportar su visión de los mismos. Para estar en contacto para concretar la fecha para realizar la entrevista o para resolver cualquier duda será a través de teléfono móvil.

3.- ¿Cómo trataremos sus datos?

Las entrevistas individuales serán grabadas en audio para poder facilitar su posterior transcripción y análisis. De acuerdo con la Ley 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, se garantiza que los datos personales requeridos se mantendrán en el más absoluto anonimato y serán utilizados únicamente por la investigadora, que se compromete a mantener una estricta confidencialidad. Se les asignará a cada participante un número por orden de menor a mayor según se vayan realizando las entrevistas.

Asimismo, se garantiza que los datos obtenidos serán utilizados únicamente para los fines específicos del estudio.

- Sepa que la **finalidad del tratamiento** de los datos personales que se deriven de su participación serán utilizados para la propia investigación. No obstante, le informamos que está contemplado en el Reglamento europeo general de Protección de Datos, Reglamento (UE) 2016/679(art. 13.3) que si se diera el caso de que la investigadora responsable del estudio quisiera proyectar el tratamiento ulterior de datos personales para un fin que no sea aquel para el que se recogieron, deberá proporcionarle a usted con anterioridad a dicho tratamiento ulterior la información sobre ese otro fin y todo lo relativo a la información necesaria sobre sus derechos y el tratamiento de los datos.

- El **plazo de conservación** de sus datos personales con posterioridad a su participación será de 5 años.

- Le informamos que el estudio NO va a implicar **decisiones automatizadas** y NO va a incluir la **elaboración de perfiles**.

- Le informamos que la investigadora principal **NO** tiene intención de realizar transferencia internacional de datos a un tercer país u organización internacional.

4.- Sus derechos en materia de protección de datos

A continuación, le proporcionamos información que tiene derecho a conocer en cumplimiento de la legislación en materia de protección de datos ya efectos de garantizar un tratamiento de datos leal y transparente para usted:

- Dado que usted está leyendo esta hoja de información, ya que se solicita su participación en un proyecto de investigación, sepa que tiene derecho a recibir previamente toda la información necesaria debidamente documentada y en forma comprensible y mediante los medios adecuados según las necesidades de adaptación que usted requiera para ello. Si no entiende algo no dude en decirlo y en pedir todas las explicaciones que necesite.

- Le informamos que la **investigadora responsable del estudio** es:

- Piedad Gavilán García, matrona del Hospital Universitario Arnau de Vilanova (Lérida)
- Correo electrónico: XXXXXXXXX
- Teléfono de contacto: XXXXXXXXXX

- Sepa que sólo tendrán acceso a sus datos los miembros del equipo de investigación, siendo el [responsable último del tratamiento](#) de los datos la Investigadora Principal. Será con esta persona con la que deberá contactar en la dirección de correo arriba indicada en caso de querer ejercer los derechos que le corresponden en materia de protección de datos.

- Según los **artículos 15 a 22 del Reglamento Europeo (UE) 2016/679** usted tiene derecho a solicitar al responsable del tratamiento de los datos, es decir, al Investigador principal, el acceso a sus datos personales, a su rectificación o supresión, a la limitación de su tratamiento, o a oponerse al tratamiento, así como el derecho a la portabilidad de los datos. Sepa, además, que tales derechos podrán ejercerse directamente o por medio de representante legal o voluntario.

- Usted tiene **derecho a retirar/revocar su consentimiento** en cualquier momento, sin que ello afecte a la licitud del tratamiento basado en el consentimiento previo a su retirada o sin que ello le reporte ningún tipo de consecuencia.

- Según el Reglamento UE 2016/679 en su artículo 77, usted puede ejercer su **derecho a presentar una reclamación** ante una autoridad de control.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Dña. Piedad Gavilán García, Investigadora Principal del Proyecto denominado **Experiencias sobre la sexualidad de las mujeres que dan lactancia materna** ha informado a través de la documentación que se adjunta (Anexo) a:

Dña _____ D.N.I. _____ ,

sobre *el procedimiento general del presente estudio, los objetivos, duración, finalidad, criterios de inclusión y exclusión, posibles riesgos y beneficios del mismo, así como sobre la posibilidad de abandonarlo sin tener que alegar motivos y en conocimiento de todo ello y de las medidas que se adoptarán para la protección de los datos personales* de las participantes según la normativa vigente,

OTORGA su consentimiento para la participación en la actual investigación

Fdo: Dña. _____ D.N.I. _____

Fdo. Dña. Piedad Gavilán García

Investigadora Principal del Proyecto.

En _____ ,a de _____ de 2021



DERECHO DE REVOCACIÓN

Yo

- En representación de mí misma/o (marcar lo que proceda)
- En representación de otra persona de la que paso a indicar su nombre (marcar lo que proceda).

Nombre de quien represento:

Y, reconociendo haber tenido en cuenta sus deseos u objeciones previamente expresados al respecto de este estudio.

Revoco el consentimiento informado otorgado a día de de y no deseo continuar en el estudio dándolo por finalizado a partir de la fecha anteriormente descrita. Además, suscribo que me es entregada copia de esta revocación.

Fdo: Dña.

D.N.I.

Fdo. Dña. Piedad Gavilán García

Investigadora Principal del Proyecto.

En ,a de de 2021

ANEXO 2: Protocolo de entrevista

INTRODUCCIÓN

¿Qué edad tienes? / ¿Cuántos hijos o hijas tienes? / ¿Tienes pareja?

¿Cuánto tiempo llevas dando lactancia materna? ¿Qué te aporta dar lactancia materna?

SEXUALIDAD

¿Qué es para ti la sexualidad?

¿Cómo era tu sexualidad antes de dar lactancia materna?

SEXUALIDAD Y LACTANCIA MATERNA

¿Cómo ha cambiado tu sexualidad desde que das lactancia materna?

¿Cómo ha cambiado el significado que otorgas a la sexualidad desde que das lactancia materna?

¿Qué crees que espera la sociedad de ti respecto a la lactancia materna y la sexualidad?

¿Cómo crees que vive la sexualidad tu pareja ahora?

CLASES EDUCACIÓN MATERNAL

Si has acudido a clases de educación maternal en tu/ tus embarazos, ¿Qué te explicaron sobre sexualidad en las distintas fases de la maternidad durante los cursos de preparación ¿y específicamente en la lactancia materna?

CIERRE

¿Hay algo más que le gustaría decir sobre el tema? Le agradecemos el tiempo que nos ha dedicado. Recordarle que su testimonio nos será de mucha ayuda.

Elaboración propia

ANEXO 3: Dictamen favorable de la Comisión de Ética e Investigación del Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina de la Universidad de Almería.



JOSÉ MANUEL HERNÁNDEZ PADILLA, SECRETARIO DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE ALMERÍA,

INFORMA:

Que la Comisión de Ética e Investigación del Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina de la Universidad de Almería, ha aprobado por asentimiento, en su reunión online de diciembre, el desarrollo del siguiente Proyecto de Investigación:

TÍTULO: "SIGNIFICADO DE LAS EXPERIENCIAS SOBRE SEXUALIDAD DE LAS MUJERES QUE DAN LACTANCIA MATERNA"

Investigador principal: Piedad Gavilán García
Nº de Registro: EFM 90/2020
Tutor/Director Académico: Cayetano Fernández Sola

Y para que conste a los efectos oportunos donde proceda, firmo el presente en Almería, a 9 de diciembre de dos mil veinte.

EL SECRETARIO DEL DEPARTAMENTO
Fdo. digitalmente: José Manuel Hernández Padilla

