

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

MÁSTER EN CIENCIAS DE LA SEXOLOGÍA



**UNIVERSIDAD
DE ALMERÍA**

INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN LA FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

**INFLUENCE OF POSTPARTUM DEPRESSION ON FEMALE
SEXUAL FUNCTION**

AUTOR

D. / D.^a Ana Espejo Esteban

DIRECTOR

María Del Mar López Rodríguez



**Facultad de
Ciencias de la Salud**
Universidad de Almería

Curso Académico

2020/2021

Convocatoria

Julio

ÍNDICE

Resumen.....	6
Abstract.....	9
Introducción.....	11
Objetivo.....	14
Metodología:.....	14
Resultados:.....	17
Discusión:.....	33
Conclusiones:.....	37
Referencias:.....	39
Anexos:.....	47

Agradecimientos

Gracias a todos los profesores que han impartido clase en el Máster en Ciencias de la Sexología, en especial gracias a mi tutora María Del Mar López Rodríguez, por su paciencia, conocimiento y pasión.

Sin duda gracias a mi familia y amigos, por su apoyo emocional incondicional y por estar presentes siempre que los he necesitado.

Por último, gracias a todas las mujeres que participaron en este estudio, porque sin ellas, nada hubiera sido posible.

Resumen

Objetivo. Analizar la influencia de la depresión postparto en la sexualidad de la mujer durante el postparto, así como una variedad de factores que potencialmente afectan a la función sexual de la mujer.

Antecedentes. El período postparto es un período vulnerable durante el cual concurren en la mujer una serie de cambios significativos que pueden influir en la función sexual de la mujer, así como en la relación de pareja. Uno de los factores que pueden afectar a la función sexual de la mujer es la depresión postparto. Estudios publicados han investigado dicha relación, aunque no es concluyente.

Diseño. Estudio descriptivo transversal correlacional.

Método. En este estudio se incluyeron a 371 mujeres. La recogida de datos se realizó mediante un cuestionario sociodemográfico, el Cuestionario Evaluador de la Función Sexual de la Mujer (FSM) y la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPE), durante los meses de marzo, abril y mayo de 2021.

Resultados. En el presente estudio, la puntuación media de la muestra en la *EDPE* fue de 8,73 y el 33,8 % de los participantes tenían riesgo de desarrollar depresión postparto. Se encontraron diferencias significativas en FSM y algunos de sus dominios, y en EDPE según el tipo de lactancia. En este sentido, el grupo con lactancia materna exclusiva tuvo puntuaciones totales significativamente menores en EDPE y en FSM. Se observó una correlación inversa entre la puntuación total en la EDPE y FSM. Además también se correlacionó de forma inversa la puntuación total en la EDPE y el número de horas de sueño nocturnas, calidad de la relación de pareja y la autoimagen.

Conclusiones. Los resultados obtenidos sugieren que la DPP y sus síntomas influyen negativamente en el funcionamiento sexual de la mujer y aumenta el riesgo de disfunción sexual en la mujer.

Relevancia para la práctica clínica. Los hallazgos respaldan la implementación de un cribado de forma rutinaria de DPP. Los profesionales de la salud deben de informar a las mujeres sobre los cambios que acontecen en el postparto e influyen en la sexualidad postparto, así como, brindar apoyo profesional.

Palabras clave: Sexualidad, Función sexual, Periodo postparto, Factores de riesgo, Depresión, postparto.

ABSTRACT.

Aim. Analyze the influence of postpartum depression on a woman's sexuality during postpartum, as well as a variety of factors that can potentially affect a woman's sexual function.

Background. The postpartum period is a vulnerable period during which a series of significant changes occur in women that can influence a woman's sexual function, as well as in the couple's relationship. One of the factors that can affect a woman's sexual function is postpartum depression. Published studies have investigated this relationship, although it is not conclusive.

Design. Descriptive cross-sectional correlational study.

Methods. 371 women were included in this study. Data was collected using a sociodemographic questionnaire, the Women's Sexual Function Assessment, Edinburgh Postnatal Depression Scale, during the months of March, April and May 2021.

Results. In the present study, the mean score of the sample on the EPDS was 8.73 and 33.8% of the participants were at risk of developing postpartum depression. Some significant differences were found in FSM and its domains, and in EPDS according to the type of lactation. In this sense, the breastfeeding group had significantly lower total scores in EPDS and FSM. An inverse correlation is expressed between the total score on the EPDS and FSM. In addition, the total score on the EPDS and the number of hours of nighttime sleep, quality of the couple's relationship and self-image were also inversely correlated.

Conclusions. The results suggested that PPD and its symptoms negatively influence sexual functioning in women and increase the risk of sexual dysfunction in women.

Relevance for clinical practice. The results support the implementation of routine screening for PPD. Health professionals should inform women about the changes that occur in the postpartum and influence postpartum sexuality, as well as provide professional support.

Keywords: Sexuality, Sexual function, Postpartum period, Risk factors, Depression, postpartum.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (2006), define la salud sexual como “el estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad”.

El período postparto es un período vulnerable durante el cual concurren en la mujer una serie de cambios significativos físicos, socioculturales y psicológicos que pueden influir en la función sexual de la mujer, así como en la relación de pareja, pudiendo afectar a varias de las dimensiones clave de la respuesta sexual (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción) (Johnson, 2011 y Leeman y Rogers, 2012, Barbara et al., 2015 y Serrano Drozdowskyj, Gimeno Castro, Trigo López, Bárcenas Taland y Chiclana Actis, 2020). Uno de los factores que pueden afectar a la función sexual de la mujer en el período postparto es la depresión postparto (DPP) (Wallwiener et al., 2017; Leeman y Rogers., 2012).

La enfermedad mental más común del período postparto DPP, la cual se define como la presencia de síntomas depresivos que ocurre en el primer año del período postparto y se caracteriza por la presencia de tristeza, desesperanza, sentimiento de inutilidad, fatiga, insomnio, cambios de humor, pensamientos de tipo suicida y otros síntomas psicológicos (Khajehei y Doherty., 2017)

La DPP tiene consecuencias negativas en la salud física, psicológica y social y calidad de vida materna y dificultad materna en la relaciones sociales, incluidas las relaciones de pareja, en la familia (Slomian, Honvo, Emonts, Reginster, y Bruyère, 2019) y, además, puede tener efectos negativos en el desarrollo físico, cognitivo, emocional y conductual de los niños a corto y a largo plazo (Gress-Smith, Luecken, Lemery-Chalfant, y Howe, 2012; Raposa, Hammen, Brennan, y Najman, 2014; Lubotzky-Gete, Ornoy, Grotto, y Calderon-Margalit, 2021). Así mismo, la DPP materna puede tener efectos significativos negativos sobre la lactancia materna tales como la interrupción de la lactancia materna, dificultades en la lactancia materna o menor satisfacción y confianza (Slomian, Honvo, Emonts, Reginster y Bruyère, 2019). Además, las mujeres que experimentan síntomas depresivos tienen más probabilidades de tener dificultades para establecer y mantener el vínculo materno-filial (Kasamatsu, Tsuchida, Matsumura, Shima, Hamazaki, Inadera, y Japan Environment and Children's Study Group., 2020; Slomian, Honvo, Emonts, Reginster y Bruyère, 2019).

La prevalencia de DPP varía sustancialmente dependiendo la definición utilizada del trastorno, país, herramientas de diagnóstico utilizadas, el punto de corte elegido del sistema de cribado utilizado y el período durante el cual se determina la prevalencia. Así, por ejemplo, un meta-análisis estima que la prevalencia a nivel mundial y nacional de la DPP es aproximadamente de un 17,7%, aunque existen grandes diferencias en cuanto a la prevalencia de la DPP entre las distintas regiones geográficas, lo cual podría explicarse debido a diferencias en factores económicos, sociales o políticos existentes en los países. En Europa, la prevalencia de la DPP se estima en un 8% (Hahn-Holbrook, Cornwell-Hinrichs, y Anaya, 2018; Shorey, Chee, Ng, Chan, Tam y Chong, 2018). Una revisión de la literatura realizada por Norhayati, et al (2015) sobre la prevalencia de DPP basado en la Escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS) en países desarrollados y en desarrollo, muestra que en los países desarrollados, su prevalencia o varía del 5,5% al 34,4% en las primeras cuatro semanas postparto, del 2,6% al 35,0% en cuatro a ocho semanas, del 2,9% al 25,5% en seis meses y del 6,0% al 29,0% en 12 meses. Por otro lado, la prevalencia de DPP en los países en desarrollo es más alta que en los países desarrollados, oscilando entre el 12,9% y el 50,7% en los primeros cuatro semanas, el 4,9% al 50,8% en cuatro a ocho semanas, el 8,2% al 38,2% en seis meses y el 21,0% -33,2% en el primer año posparto (Norhayati, Hazlina, Asrenee y Emilin, 2015).

La DPP es una enfermedad heterogénea, en cuanto se refiere a los síntomas y al tiempo de inicio de la misma, además de controvertida. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) define la depresión perinatal como un trastorno depresivo mayor con inicio peri-parto, es decir, inicio de los síntomas durante el embarazo o en las cuatro semanas después del parto. Esta definición no distingue entre un inicio de depresión prenatal o posnatal y se refiere colectivamente a los episodios como "episodios periparto" (American Asociación de Psiquiatría, DSM-5, 2013), aunque distintos estudios consideran que el inicio de los síntomas depresivos ocurre con una mayor incidencia 2-3 meses después del parto. Por otro lado, la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con salud, 11.^a edición (CIE-11) define la DPP como "un trastorno mental asociado con el embarazo o el puerperio, que comienza aproximadamente 6 semanas después del parto, y que involucra características mentales y del comportamiento significativas, más comúnmente síntomas depresivos".

La herramienta más utilizada para la detección de DPP es la Escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS), la cual ha sido validada en varios idiomas y países, incluido

España. Sin embargo, las puntuaciones de EPDS por encima de las cuales el cribado se considera positivo varía entre culturas (Chan et al., 2020).

La literatura científica identifica como factores de riesgo de la DPP ciertas características sociodemográficas tales como la edad, bajo nivel educativo y socioeconómico (Fiala A, Švancara, Klánová, Kašpárek., 2017) y estatus migratorio, factores psicosociales como antecedentes personales y familiares de depresión (Walker et al. 2021; Fiala, Švancara, Klánová, Kašpárek., 2017), ansiedad y ansiedad específica del embarazo (Walker et al. 2021), los cuales desempeñan un papel importante en la determinación del riesgo de depresión posparto. Cabe señalar que el riesgo de DPP es 20 veces mayor en mujeres con antecedentes de trastorno depresivo mayor antes del nacimiento de su primer hijo (Silverman, et al. 2017). Además, las mujeres con antecedentes de DPP tienen una mayor riesgo de experimentar una recurrencia en partos posteriores (Rasmussen, Strøm, Wohlfahrt, Videbech y Melbye., 2017), escaso apoyo social (Shitu, Geda, y Dheresa, 2019), antecedentes de violencia y abuso (Zhao y Zhang., 2020; Walker et al. 2021), acontecimientos vitales estresantes durante el embarazo y estresores psicológicos como baja calidad del sueño (Okun, Mancuso, Hobel, Schetter, Coussons-Read., 2018) o embarazos no deseados (Walker et al. 2021; Fiala, Švancara, Klánová, Kašpárek., 2017). Características clínicas como son déficit de vitamina D, sobrepeso y obesidad (Johar, et al. 2020; Salehi-Pourmehr, Mohammad-Alizadeh, Jafarilar-Agdam, 2018; LaCoursiere, Barrett-Conno, O'Hara, Hutton, Varner, .2010) también están asociadas a un aumento del riesgo de DPP, factores obstétricos y perinatales tales como complicaciones/factores de riesgo en el embarazo como por ejemplo la preeclampsia, la gestación múltiple, diabetes gestacional (Silverman, et al. 2017), complicaciones en el parto y perinatales como son la cesárea (Zhao y Zhang, 2020) y (Phukuta y Omole., 2020), parto pretérmino (de Paula Eduardo, de Rezende, Menezes y Del-Ben., 2019). Además, encontramos que el parto prematuro está asociado con un mayor riesgo de necesidad de atención hospitalaria y de emergencia a la salud mental posparto (Calthorpe et al., 2021), experiencia negativa del parto (Zhao, y Zhang., 2020) recién nacido con bajo peso al nacer, necesidad de ingreso hospitalario en la unidad neonatal y tener un hijo con una anomalía congénita (Walker et al. 2021) y, por último, complicaciones en el postparto, aquí encontramos como factores de riesgo la anemia posparto y dificultades en la lactancia materna (Zhao y Zhang., 2020). Por el contrario, el aumento en los niveles de apoyo social contribuye a una disminución en el riesgo de depresión posparto (Tambag, Turan, Tolun y Can., 2018).

La literatura revela una asociación mutua entre los síntomas de DPP y la disminución de la función sexual femenina, y que la disfunción sexual es más frecuente entre las mujeres con síntomas de DPP (Alp Yilmaz, Avci, Arzu Aba, Ozdilek y Dutucu., 2018; Acele y Karaçam., 2012), aunque los hallazgos son inconcluyentes y controvertidos a lo que se refiere a dicha asociación.

Objetivo

El objetivo principal de este estudio es analizar la influencia de la depresión postparto en la sexualidad de la mujer durante el postparto, así como una variedad de factores que potencialmente afectan a la función y calidad sexual durante dicho período.

Metodología

Diseño y muestra

El diseño utilizado para la realización del presente estudio es un estudio descriptivo transversal correlacional. La muestra estuvo compuesta por mujeres puérperas que se hallaban en el período postparto de 1 y 6 meses tras el parto.

Los criterios de inclusión y exclusión del presente estudio, basados en los objetivos de dicho estudio y en la revisión de la literatura científica, fueron los siguientes: haber dado a luz un recién nacido vivo y que haya transcurrido entre 1 y 6 meses tras el parto, tener pareja en la actualidad, tener una edad ≥ 18 años, manejar el idioma español y haber concedido el consentimiento informado. Los criterios de exclusión fueron los que a continuación se enuncian: mujeres que hayan tenido parto prematuro (<37 semanas de gestación), gestación múltiple, historia de muerte perinatal en el último parto y con presencia de alguna patología en el recién nacido y necesidad de hospitalización del mismo. Además, se consideraron también criterios de exclusión, tener antecedentes de disfunción sexual y del suelo pélvico, de enfermedad mental y/o enfermedad crónica que puedan influir en la función sexual (enfermedades cardiovasculares, neurológicas, diabetes mellitus, etc.) o una infección de transmisión sexual activa.

Instrumentos de recogida de datos

La recogida de datos se realizó mediante un Cuestionario Sociodemográfico desarrollado *ad hoc* y el Cuestionario Evaluador de la Función Sexual de la Mujer (FSM) y Escala de depresión postparto de Edimburgo (EPDS).

Cuestionario Sociodemográfico.

El cuestionario fue desarrollado por el autor del estudio basándose en la literatura científica publicada y constaba de 37 ítems que preguntaban sobre características sociodemográficas, obstétricas y clínicas como son los antecedentes médicos, hábitos tóxicos, patología durante el embarazo, datos relativos al parto, tipo de lactancia, presencia de menstruación, número de horas de sueño y autoimagen. Además se preguntó sobre características relacionadas con la sexualidad y la relación de pareja, antes del embarazo y durante el embarazo.

Cuestionario Evaluador de la Función Sexual en la Mujer (FSM).

La función sexual en la mujer fue medida a través del Cuestionario Evaluador de la Función Sexual de la Mujer (Sánchez, F., Conchillo, M. P., Valls, J. B., Llorens, O. G., Vicentee, J. A., y de Las Mulas, A. C. M., 2004). La validación y diseño español fue llevada a cabo por Sánchez et al., mostrando un α de Cronbach de 0,8973 (Sánchez, F. Pérez Conchillo, M. Borrás Valls, J.J. Gómez Llorens, O. Aznar Vicente, J. y Caballero Martín de las Mulas, A., 2004). Se trata de un cuestionario autoadministrado el cual consta de 14 preguntas cerradas y una alternativa, que se responden mediante una escala Likert de 5 valores, en el que 1 indica alteración grave y 5 sin alteración. Los 14 ítems se agrupan en dominios descriptivos (actividad sexual sin penetración vaginal, frecuencia de la actividad sexual, existencia o no de pareja sexual) y dominios evaluadores de la actividad sexual (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción sexual general, satisfacción con la actividad sexual, problemas con la penetración, ansiedad anticipatoria, iniciativa sexual y grado de comunicación con la pareja sexual). De forma global una puntuación mayor a 50 indica ausencia de trastorno.

Escala de depresión postparto de Edimburgo (EDPE).

Este cuestionario autoadministrado fue desarrollado para la identificación de mujeres con riesgo de sufrir una depresión posparto y para su diagnóstico (Cox JL, Holden JM, Sagovsky R., 1987). La validación española de esta escala fue realizada por García Esteve et al. (García Esteve, Acaso, Ojuel y Navarro, 2003). Consta de 10 preguntas con 4 alternativas y otorgando a cada pregunta una puntuación de 0 a 3 puntos. Las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, y 10 se puntúan

en orden inverso. El punto de corte de la validación española de la EPDS fue 10/11. Una puntuación mayor a 10 muestra probabilidad de depresión. Cualquier opción que se escoja en la pregunta 10 que sea diferente a 0, indica que es necesario realizar evaluaciones adicionales.

Procedimiento

La muestra fue seleccionada a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia. Para ello se invitó a las mujeres puérperas a completar un cuestionario online con la herramienta Google Forms, contactando con ellas a través de distintos grupos de mujeres tales como grupos de postparto y lactancia, de correos electrónicos enviados a profesionales de la salud que están en contacto con mujeres que se encontraban en período puerperal para que distribuyeran el cuestionario a dichas mujeres y a través de muestreo de bola de nieve. Además, se hizo difusión del cuestionario por internet a través de foros y grupos de maternidad en redes sociales. El tiempo de realización del cuestionario se estimó en 10 minutos aproximadamente.

El cuestionario online estaba estructurado en una introducción donde se proporcionó información sobre el estudio, incluyendo anonimato y confidencialidad de las respuestas. Los siguientes cinco bloques: El primer bloque está relacionado con preguntas sobre variables sociodemográficas, el segundo con preguntas sobre variables relacionadas con el embarazo y el parto, el tercero por preguntas sobre variables relacionadas con la sexualidad y con la relación de pareja, el cuarto está formado el Cuestionario Evaluador de la Función Sexual de la Mujer (FSM) y, por último, la Escala de depresión postparto de Edimburgo (EPDS).

La recogida de datos se realizó durante los meses de marzo, abril y mayo de 2021.

Consideraciones éticas

Antes de la recogida de los datos, se obtuvo la aprobación para la realización del estudio por la Comisión de Ética e Investigación del Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina de la Universidad de Almería.

La participación en este estudio fue voluntaria, confidencial y anónima. Las participantes recibieron información sobre el objetivo de estudio y se solicitó su consentimiento informado antes de su participación.

La confidencialidad de los datos y el anonimato de las participantes en este estudio fueron respetados según la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Análisis de los datos

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el programa informático SPSS versión 26.0. para Windows (SPSS Inc., Chicago, IL, EE.UU.), con el que se creó la base de datos final para la realización de los cálculos correspondientes.

Se realizó una prueba de normalidad para las variables cuantitativas con la prueba Kolgorov-Smirnov. Para las variables cuantitativas se llevó a cabo un análisis descriptivo mediante medidas de tendencia central (media) y medidas de dispersión (desviación estándar). Para las variables categóricas se llevó a cabo un análisis descriptivo mediante medidas de frecuencias y porcentajes. Para el análisis relacional se utilizaron las pruebas no paramétricas H de Kruskall Wallis y U de Mann Whitney. Así mismo, para el estudio de las variables categóricas se utilizó el test chi-cuadrado. Para el análisis correlacional se utilizó el método de Spearman. Se consideró una significatividad estadística de $p < 0,05$.

Resultados

Se obtuvieron un total de 407 respuestas al cuestionario. De éstas, 36 respuestas fueron excluidas ya que no cumplían los criterios de inclusión. Por lo tanto, las respuestas de 371 mujeres fueron consideradas para el análisis de los datos.

La edad media de la muestra se situó en $31,08 \pm 5,10$, y los años con su pareja alrededor de $8,01 \pm 4,73$. Así mismo, la media de días desde el parto fue de $11,30 \pm 40,96$ y las semanas de gestación obtuvieron una media de $39,00 \pm 1,24$. Por otro lado, la puntuación media de la muestra en la *EDPE* fue de $8,73 \pm 5,67$ con un rango de puntuación comprendido entre 0 a 27. El 97,6% de la muestra se identificó como heterosexual y el estado civil fue mayoritariamente casadas o con pareja de hecho (55 y 22,6% respectivamente). El 56,9% indicó poseer estudios universitarios y el 52,8% trabajaba por cuenta ajena. Así mismo la mayor parte de la muestra estuvo compuesta por mujeres sin hábitos tóxicos (87,1%) y sin patologías durante el embarazo (60,6%). El 56,9% tuvieron parto vaginal, y el 56,1% mantuvo el periné íntegro, mostrándose

el 81,2% de las participantes satisfechas o muy satisfechas con el parto. En cuanto a la lactancia el 66,3% llevaba a cabo lactancia materna exclusiva. El 97,3% indicó dormir en el mismo dormitorio que su hijo y el 66,6% señalaba dormir de forma insuficiente. Un total de 15 participantes (4%) indicó no haber llevado a cabo ninguna práctica sexual tras el parto por lo que este grupo quedó fuera del análisis de la sexualidad. El 66% refirió no haber recibido ninguna información relativa a sexualidad tras el parto (Tabla 1).

Tabla 1. *Análisis descriptivo variables sociodemográficas y variables relacionadas con el parto y el postparto*

Variable		Frecuencia	%
Orientación sexual	Heterosexual	362	97,6
	Homosexual	3	0,8
	Bisexual	6	1,6
Estado civil	Soltera	83	22,4
	Casada	204	55
	Pareja de hecho	84	22,6
Nivel educativo	Estudios primarios	5	1,3
	Estudios secundarios	82	22,1
	Estudios de Formación Profesional	73	19,7
	Estudios universitarios	211	56,9
Situación laboral	Ama de casa	94	25,3
	Empleada por cuenta propia	33	8,9
	Empleada por cuenta ajena	196	52,8
	Desempleada	48	12,9
Modo de parto	Eutócico	177	47,7
	Instrumental	34	9,2
	Cesárea	160	43,1
Lesión perineal	Periné íntegro	202	56,1
	Desgarro	78	20,9
	Episiotomía	73	21,7
Lactancia materna exclusiva	Sí	246	66,3
	No	125	33,7
Tiempo lactancia materna	Continúa	280	75,5

	Hasta el primer mes	69	18,6
	Hasta el 2º- 3º mes	15	4
	Hasta el 4º- 5º mes	7	1,9
Masaje perineal	Si	75	22,1
	No	265	77,9
Menstruación	Amenorrea	236	63,6
	Menstruación irregular	73	19,7
	Menstruación regular	62	16,7
Horas de sueño suficientes	Sí	124	33,4
	No	247	66,6
Utilización de métodos anticonceptivos	Sí	218	58,8
	No	153	41,2
Tipo de método anticonceptivo	Preservativo masculino	70	33,2
	Anticonceptivos hormonales orales	46	21,8
	Píldora de progestágeno solo	26	12,3
	DIU	12	5,7
	Anillo vaginal anticonceptivo	1	0,5
	Implante subcutáneo de gestágeno	15	7,1
	Ligadura de trompas	23	10,9
	Coito interrumpido	4	1,9
	Doble método	4	1,9
	Anticoncepción natural	1	0,5
	Otros	9	4,3
Información sexualidad postparto	Si	116	34,1
	No	224	65,9
Variable		Media	DE
Edad		30,98	5,20
Años relación pareja		7,94	4,72
N.º Hijos		1,38	0,63
Días postparto		111,69	40,92
Semanas de gestación		38,99	1,25
Peso RN (g)		3288,15	417,75
Grado satisfacción parto		4,08	1,05

Relación pareja	4,17	0,87
Autoimagen	3,30	1,47

Nota. DE: Desviación estándar; RN: Recién nacido

En relación con las prácticas sexuales llevadas a cabo durante el periodo postparto, el 82,7% (n=307) habían iniciado el coito con penetración vaginal. Por otro lado, con respecto al tiempo medio para el inicio de las distintas prácticas sexuales tras el parto fue de $50,64 \pm 24,55$ días para las relaciones sexuales con penetración.

Respecto a la frecuencia y calidad de la vida sexual percibida por las mujeres y comparándolas con las relaciones sexuales antes del embarazo, el 36,8% (n=125) manifestaron que las relaciones eran iguales, pero menos frecuentes, el 30,3% (n=103) señalaron que las relaciones sexuales habían empeorado y eran menos frecuentes, el 14,7% (n=50) indicaron mejores relaciones, aunque son menos frecuentes y el 7,1% (n=24) relaciones de igual calidad y frecuencia.

Con respecto a la frecuencia y calidad de la vida sexual actual en comparación con las relaciones sexuales durante el embarazo, el 25,3% (n=86) señalaron que habían empeorado y eran menos frecuentes, el 22,9% (n=78) que eran iguales en cuanto a calidad, pero menos frecuentes, el 14,4% (n=49) que las relaciones habían mejorado, aunque eran menos frecuentes, y el 10,6% (n=36) manifestaron mejores y más frecuentes relaciones sexuales.

Un total de 91,6% (n=340) de las participantes contestaron afirmativamente haber tenido relaciones sexuales en las últimas cuatro semanas y por consiguiente, completaron el cuestionario *FSM*. La puntuación media del cuestionario fue de $35,17 \pm 7,35$. Por otro lado, para este grupo, la puntuación media obtenida de la *EDPE* fue de $8,86 \pm 5,73$, y el 33,8% de los participantes tenían riesgo de desarrollar depresión postparto (Tabla 2).

Tabla 2. Análisis descriptivo cuestionario *FSM* y dominios evaluadores de la actividad sexual, y *EDPE*

	Media	DE
Total <i>FSM</i>	35,17	7,35
Deseo	8,73	2,64
Excitación	9,31	3,33
Lubricación	3,02	1,39

Orgasmo		3,35	1,52
Problemas penetración vaginal		7,94	2,08
Ansiedad anticipatoria		2,63	1,38
Iniciativa sexual		2,24	1,17
Grado comunicación sexual		3,64	1,46
Satisfacción actividad sexual		7,16	2,52
Satisfacción sexual general		3,15	1,14
EDPE Total		8,86	5,73
Dominio	Interpretación	Frecuencia	%
Deseo	Trastorno severo	9	2,6
	Trastorno moderado	107	31,5
	Sin trastorno	224	65,9
Excitación	Trastorno severo	13	3,8
	Trastorno moderado	97	28,5
	Sin trastorno	230	67,6
Lubricación	Trastorno severo	53	15,6
	Trastorno moderado	87	25,6
	Sin trastorno	200	58,8
Orgasmo	Trastorno severo	64	18,8
	Trastorno moderado	39	11,5
	Sin trastorno	237	69,7
Penetración vaginal	Trastorno severo	7	2,1
	Trastorno moderado	143	42,1
	Sin trastorno	190	55,9
Ansiedad anticipatoria	Trastorno severo	102	30
	Trastorno moderado	60	17,6
	Sin trastorno	178	52,4
Iniciativa sexual	Ausencia de iniciativa	116	34,1
	Iniciativa moderada	90	26,5
	Sin problemas de iniciativa	134	39,4
Grado comunicación sexual	Ausencia de comunicación sexual	44	12,9
	Comunicación sexual moderada	42	12,4
	Sin problemas de comunicación sexual	254	74,7

Satisfacción actividad sexual	Insatisfacción	16	4,7
	Satisfacción moderada	77	22,6
	Satisfactoria	247	72,6
Satisfacción sexual general	Insatisfacción sexual general	33	9,7
	Satisfacción sexual general moderada	52	15,3
	Satisfacción sexual general	255	75

Nota. DE: Desviación estándar; FSM: Cuestionario de Función Sexual de la Mujer; EDPE: Escala de Depresión Postparto de Edimburgo;

Respecto al análisis descriptivo bivariante, se quiso comprobar las posibles diferencias en la puntuación media obtenida en el cuestionario FSM y EDPE en función de las distintas variables relacionadas con el parto y postparto. En relación a esto, no se encontraron diferencias significativas en FSM según el modo de parto ($H = 0,882$; $p = 0,644$) y el tipo de lesión perineal ($H = 0,937$; $p=0,626$), así mismo, tampoco se encontraron diferencias significativas en EDPE según el modo de parto ($H = 0,029$; $p= 0,985$) y el tipo de lesión perineal ($H = 1,358$; $p= 0,507$).

En cambio, sí se encontraron diferencias significativas en FSM y algunos de sus dominios, y en EDPE según el tipo de lactancia. En este sentido, el grupo con lactancia materna exclusiva tuvo puntuaciones totales significativamente menores en EDPE y en FSM. Además, se encontraron diferencias en los días postparto entre lactancia materna exclusiva y lactancia mixta o artificial, donde podemos observar una mayor frecuencia de lactancia materna exclusiva en los primeros noventa días postparto. Debido a esto, para la comparación según el tipo de lactancia se dividió a la muestra según los días desde el parto (menos de 90 días y más de 90 días postparto). Tras esta división no se apreciaron diferencias en los días postparto ni en la puntuación total de EDPE para ambos grupos, manteniéndose sin embargo, puntuaciones significativamente menores en FSM en el grupo de más de noventa días desde el parto, para quienes mantenían lactancia materna exclusiva. Por otro lado, tras el análisis encontramos tanto en la muestra total como el grupo en los primeros noventa días tras el parto, puntuaciones significativas mayores con respecto a la autoimagen, en el grupo con lactancia materna exclusiva. También, encontramos, en dichos grupos, de forma significativa menor número horas de sueño nocturno (Tabla 4)

Tabla 4. *Análisis comparativo según el tipo de lactancia*

Análisis comparativo según el tipo de lactancia en toda la muestra

		Lactancia materna exclusiva n= 221	Lactancia mixta y artificial n=119	Chi2	p
		Frecuencia (%)	Frecuencia (%)		
Orientación sexual	Heterosexual	214 (96,8)	117 (98,3)	0,908	0,635
	Homosexual	2 (0,9)	1 (0,8)		
	Bisexual	5 (2,3)	1 (0,8)		
Nivel educativo	Con estudios universitarios	122 (55,2)	67 (56,3)	6,524	0,038
	Sin estudios universitarios	99 (44,8)	52 (43,7)		
Modo de parto	Eutócico	104 (47,1)	52 (47,3)	2,570	0,277
	Instrumental	24 (10,9)	8 (6,7)		
	Cesárea	93 (42,1)	59 (49,6)		
Lesión perineal	Periné íntegro	119 (55,3)	69 (60)	0,677	0,713
	Desgarro	47 (21,9)	22 (19,1)		
	Episiotomía	49 (22,8)	24 (20,9)		
Lugar donde duerme el hijo	Misma habitación	119 (99,1)	113 (95)	5,762	0,016
	Habitación diferente	2 (0,9)	6 (5)		
Método anticonceptivo	Si	132 (59,7)	76 (63,9)	0,557	0,455
	No	89 (40,3)	43 (36,1)		
Recibir información	Si	75 (33,9)	41 (34,5)	0,009	0,924
	No	146 (66,1)	78 (65,5)		
Coito	Si	198 (89,6)	109 (91,6)	0,354	0,552
	No	23 (10,4)	10 (8,4)		
		Media (DE)	Media (DE)	Z	p
Edad		31,19 (4,97)	30,59 (5,62)	-1,057	0,290
Años de relación		8,32 (5)	7,24 (4,08)	-1,770	0,77
N.º hijos		1,42 (0,64)	1,3 (0,62)	-2,114	0,035
Días postparto		106,94 (40,59)	120,51 (40,23)	-2,955	0,003
Relación pareja		4,18 (0,88)	4,07 (1,02)	-0,317	0,751
Autoimagen		3,46 (1,49)	3,01 (1,39)	-2,625	0,009
Satisfacción parto		4,09 (1,07)	4,07 (1,02)	-0,558	0,577
Horas sueño (noche)		5,95 (1,39)	5,95 (1,39)	-2,738	0,006
Práctica Coito (días postparto)		51 (24)	50 (26)	-0,973	0,331
Total FSM		34,26 (7,10)	37,02 (7,42)	-3,059	0,002

Deseo	8,42 (2,59)	9,31 (2,64)	-3,034	0,002
Excitación	8,94 (3,14)	10 (3,57)	-2,617	0,009
Lubricación	2,89 (1,36)	3,27 (1,41)	-2,361	0,019
Orgasmo	3,21 (1,54)	3,61 (1,45)	-2,340	0,019
Problemas penetración vaginal	7,97 (2,21)	7,87 (1,81)	-0,452	0,651
Ansiedad anticipatoria	2,72 (1,37)	2,45 (1,4)	-1,791	0,073
Iniciativa sexual	2,19 (1,19)	2,34 (1,12)	-1,445	0,148
Grado comunicación sexual	3,57 (1,49)	3,77 (1,41)	-1,193	0,233
Satisfacción actividad sexual	6,91 (2,55)	7,62 (2,40)	-2,479	0,013
Satisfacción sexual general	2,99 (1,11)	3,45 (1,13)	-3, 635	0,000
Total EDPE	8,26 (5,71)	9,97 (5,64)	-2,875	0,004

Análisis comparativo según el tipo de lactancia en los primeros 90 días postparto (≤90 días)

		Lactancia materna exclusiva n= 93	Lactancia mixta y artificial n=33	Chi2	p
		Frecuencia (%)	Frecuencia (%)		
Orientación sexual	Heterosexual	88 (94,6)	31 (93,9)	-0,147	0,883
	Homosexual	1 (1,1)	1 (3)		
	Bisexual	4 (4,3)	1 (3)		
Nivel educativo	Con estudios universitarios	43 (46,2)	16 (48,5)	- 0,221	0,825
	Sin estudios universitarios	50 (53,8)	17 (51,5)		
Modo de parto	Eutócico	104 (47,1)	52 (47,3)	2,570	0,277
	Instrumental	24 (10,9)	8 (6,7)		
	Cesárea	93 (42,1)	59 (49,6)		
Lesión perineal	Periné íntegro	119 (55,3)	69 (60)	0,677	0,713
	Desgarro	47 (21,9)	22 (19,1)		
	Episiotomía	49 (22,8)	24 (20,9)		
Lugar donde duerme el hijo	Misma habitación	93 (100)	31 (93,9)	5,727	0,017
	Habitación diferente	0	2 (6,1)		
Método anticonceptivo	Si	132 (59,7)	76 (63,9)	0,557	0,455
	No	89 (40,3)	43 (36,1)		
Recibir información	Si	75 (33,9)	41 (34,5)	0,009	0,924
	No	146 (66,1)	78 (65,5)		
Coito	Si	198 (89,6)	109 (91,6)	0,354	0,552
	No	23 (10,4)	10 (8,4)		

	Media (DE)	Media (DE)	Z	p
Edad	30,87 (4,80)	30,03 (5,64)	-0,862	0,389
Años de relación	7,97 (5,51)	6,61 (3,03)	-0,767	0,443
N.º hijos	1,54 (.75)	1,39 (.66)	-1,058	0,290
Días postparto	66,08 (15,17)	67,79 (17,29)	-0,855	0,393
Relación pareja	4,13 (.90)	4,21 (.99)	-,713	0,476
Autoimagen	3,56 (1,62)	2,91 (1,42)	-1,988	0,047
Satisfacción parto	4,11 (1,12)	4,03 (1,26)	-,102	0,919
Horas sueño (noche)	5,63 (1,37)	5,81 (1,45)	-1,071	0,284
Práctica Coito (días postparto)	43 (13)	37(17)	-1,658	0,097
Total FSM	34,19 (7,14)	37,45 (7,76)	-1,886	0,059
Deseo	8,70 (2,75)	9,58 (2,94)	-1,714	0,086
Excitación	8,98 (3,12)	10,36 (3,74)	-1,964	0,049
Lubricación	2,87 (1,33)	3,33 (1,53)	-1,474	0,141
Orgasmo	3,02 (1,57)	3,67 (1,55)	-2,044	0,041
Problemas penetración vaginal	7,97 (2,21)	7,91 (2,21)	-,952	0,341
Ansiedad anticipatoria	2,72 (1,37)	2,73 (1,42)	-1,526	0,127
Iniciativa sexual	2,19 (1,19)	2,39 (1,12)	-1,225	0,220
Grado comunicación sexual	3,57 (1,49)	3,94 (1,46)	-1,317	0,188
Satisfacción actividad sexual	6,91 (2,55)	7,42 (2,72)	-1,768	0,077
Satisfacción sexual general	2,99 (1,11)	3,58 (1,09)	-3,136	0,002
Total EDPE	7,96 (6,03)	10,38 (5,61)	-1,658	0,097

Análisis comparativo según el tipo de lactancia en los siguientes 90 días postparto (>90 días)

		Lactancia materna exclusiva n= 128	Lactancia mixta y artificial n=86	Chi2	p
		Frecuencia (%)	Frecuencia (%)		
Orientación sexual	Heterosexual	126 (98,4)	86 (100)	1,356	0,508
	Homosexual	1 (0,8)	0		
	Bisexual	1 (0,8)	0		
Nivel educativo	Con estudios universitarios	79 (61,7)	51 (59,3)	0,126	0,723
	Sin estudios universitarios	49 (38,3)	35 (40,7)		
	Eutócico	66 (51,6)	38 (44,2)	1,562	0,458
Modo de parto	Instrumental	12 (9,4)	7 (8,1)		
	Cesárea	93 (42,1)	59 (49,6)		

	Periné íntegro	64 (51,2)	48 (57,8)	0,944	0,624
Lesión perineal	Desgarro	28 (22,4)	17 (20,5)		
	Episiotomía	33 (26,4)	18 (21,7)		
Lugar donde duerme el hijo	Misma habitación	126 (98,4)	82 (95,3)	1,801	0,180
	Habitación diferente	2 (1,6)	4 (4,7)		
Método anticonceptivo	Si	79 (61,7)	56 (65,1)	0,255	0,614
	No	49 (38,3)	30 (34,9)		
Recibir información	Si	42 (32,8)	30 (34,9)	0,099	0,753
	No	86 (67,2)	56 (65,1)		
Coito	Si	115 (89,8)	82 (95,3)	2,132	0,144
	No	13 (10,2)	4 (4,7)		
		Media (DE)	Media (DE)	Z	p
Edad		31,41 (5,09)	30,80 (5,63)	- 0,847	0,397
Años de relación		8,57 (4,61)	7,47 (4,41)	-1,785	0,074
N.º hijos		1,34 (,54)	1,27 (,60)	-,847	0,397
Días postparto		136,63 (24,00)	140,74 (25,32)	-1,155	0,248
Relación pareja		4,21 (,87)	4,14 (,81)	-,877	0,381
Autoimagen		3,38 (1,38)	3,05 (1,39)	-1,694	0,090
Satisfacción parto		4,08 (1,04)	4,08 (,92)	-,431	0,666
Horas sueño (noche)		6,19 (1,38)	6,60 (1,59)	-2,051	0,040
Práctica Coito (días postparto)		58 (27)	54 (28)	-1,182	0,237
Total FSM		34,20 (7,14)	36,81 (7,37)	-2,412	0,016
Deseo		8,21 (2,45)	9,21 (2,52)	-2,726	0,006
Excitación		8,91 (3,16)	9,86 (3,52)	-1,874	0,061
Lubricación		2,91 (1,39)	3,24 (1,36)	-1,777	0,076
Orgasmo		3,34 (1,50)	3,59 (1,42)	-1,158	0,247
Problemas penetración vaginal		7,73 (2,12)	7,86 (1,65)	-0,451	0,652
Ansiedad anticipatoria		2,41 (1,28)	2,35 (1,39)	-0,517	0,605
Iniciativa sexual		2,21 (1,14)	2,33 (1,13)	-0,802	0,422
Grado comunicación sexual		3,58 (1,43)	3,71 (1,40)	-0,624	0,533
Satisfacción actividad sexual		7,19 (2,48)	7,70 (2,28)	-1,394	0,163
Satisfacción sexual general		3,07 (1,13)	3,41 (1,15)	-2,112	,035
Total EDPE		8,49 (5,52)	9,92 (5,62)	-1,740	0,082

Nota. FSM: Cuestionario de Función Sexual de la Mujer. EDPE: Escala de Depresión Postparto de Edimburgo. DE: Desviación estándar. Z: Test U de Mann-Whitney.

El 33,8% del total de las mujeres tenían riesgo de depresión postparto. En este sentido, no se encontraron diferencias significativas con respecto a la edad, nivel educativo y orientación sexual entre mujeres con o sin riesgo de depresión postparto. Con respecto a la paridad, modo de parto, lesión perineal, presencia de hábitos tóxicos y días de postparto, tampoco se encontraron diferencias significativas entre mujeres con o sin depresión ($p > 0,05$) (Tabla 5).

Sin embargo, las mujeres con riesgo de depresión postparto reanudaron significativamente más tarde las relaciones sexuales con penetración, aunque no hubo asociación significativa en relación a la vida sexual actual en comparación con antes del embarazo ($Chi^2=15,288$; $p=0,054$) y durante el embarazo ($Chi^2=16,904$; $p=0,077$) entre ambos grupos. Por otro lado, las mujeres sin depresión, tenían significativamente una puntuación mejor en la percepción de relación con la pareja, en la autoimagen, en la satisfacción con el parto y dormían significativamente mayor número de horas nocturnas, en comparación con las mujeres con depresión postparto (Tabla 5).

Las puntuaciones medias en el FSM mostraron que las mujeres con riesgo de depresión postparto tenían un mayor riesgo de disfunción sexual ($33,46 \pm 6,80$ frente a $36,5 \pm 7,48$; $P = 0,001$) (Tabla 5).

Tabla 5. Análisis comparativo entre mujeres con o sin síntomas de depresión (EDPE)

		Sin síntomas de depresión (n=225)	Con síntomas de depresión (n=115)	Chi2	p
		Frecuencia (%)	Frecuencia (%)		
Orientación sexual	Heterosexual	221 (98,2)	110 (95,7)	2,199	0,333
	Homosexual	1 (0,4)	2 (1,7)		
	Bisexual	3 (1,3)	3 (2,6)		
Nivel educativo	Con estudios universitarios	105 (46,7)	46 (40)	1,370	0,242
	Sin estudios universitarios	120 (53,3)	69 (60,0)		

Hábitos tóxicos	Ninguno	197 (87,6)	99 (86,1)	6,500	0,165
	Tabaco	16 (7,1)	5 (4,3)		
	Alcohol	11 (4,9)	9 (7,8)		
	Marihuana	0	2 (1,7)		
	Cocaína	1 (0,4)	0		
Modo de parto	Eutócico	100 (44,4)	56 (48,7)	0,823	0,663
	Instrumental	23 (10,2)	9 (7,8)		
	Cesárea	102 (45,3)	50 (43,5)		
Lesión perineal	Periné íntegro	128 (58,7)	60 (53,6)	1,176	0,555
	Desgarro	42 (19,3)	27 (24,1)		
	Episiotomía	48 (22)	25 (22,3)		
Tipo de lactancia	Lactancia materna exclusiva	153 (61,7)	68 (50)	2,632	0,105
	Lactancia mixta/artificial	72 (26,2)	47 (32,2)		
Lugar donde duerme el hijo	Misma habitación	219 (97,3)	113 (98,3)	0,285	0,593
	Habitación diferente	6 (2,7)	2 (1,7)		
Método anticonceptivo	Si	138 (61,3)	70 (60,9)	0,007	0,934
	No	87 (38,7)	45 (39,1)		
Recibir información	Si	83 (36,9)	33 (28,7)	2,273	0,132
	No	142 (63,1)	82 (71,3)		
Coito	Si	204 (90,7)	103 (89,6)	0,105	0,746
	No	21 (9,3)	12 (10,4)		
		Media (DE)	Media (DE)	Z	p
Edad		31,2 (15,24)	30,5 (15,12)	-1,016	0,309
Años de relación		8,21 (4,87)	7,41 (4,38)	-1,361	0,174
N.º hijos		1,36 (0,63)	1,41 (0,65)	-0,798	0,425
Días postparto		109,83 (40,27)	115,33 (42,11)	-1,211	0,226
Relación pareja		4,35 (0,74)	3,82 (1)	-5,008	0,000
Autoimagen		3,65 (1,44)	2,62 (1,27)	-6,120	0,000
Satisfacción parto		4,16 (1,03)	3,93 (1,08)	-2,251	0,024
Horas sueño (noche)		6,23 (1,44)	5,88 (1,53)	-2,112	0,035
Práctica Coito (días postparto)		48 (25)	55 (24)	-3,130	0,002
Total FSM		36,5 (7,48)	33,46 (6,80)	-3,230	0,001
Deseo		8,84 (2,54)	8,52 (2,82)	-,846	0,398
Excitación		9,72 (3,35)	8,5 (13,16)	-3,092	0,002

Lubricación	3,14 (1,39)	2,79 (1,36)	-2,226	0,026
Orgasmo	3,53 (1,53)	2,99 (1,42)	-3,340	0,001
Problemas penetración vaginal	7,87 (2,09)	8,07 (2,05)	-0,998	0,318
Ansiedad anticipatoria	2,48 (1,33)	2,91 (1,45)	-2,621	0,009
Iniciativa sexual	2,35 (1,15)	2,03 (1,17)	-2,677	0,007
Grado comunicación sexual	3,88 (1,34)	3,17 (1,57)	-3,956	0,000
Satisfacción actividad sexual	7,52 (2,51)	6,44 (2,40)	-3,978	0,000
Satisfacción sexual general	3,26 (1,16)	2,94 (1,08)	-2,569	0,010

Nota. FSM: Cuestionario de Función Sexual de la Mujer. EDPE: Escala de Depresión Postparto de Edimburgo. DE: Desviación estándar. Z: Test U de Mann-Whitney.

Con respecto al análisis correlacional, se observó una correlación inversa entre la puntuación total en la EDPE y FSM ($p=0,010$) y la mayoría de sus dominios. Además también se correlacionó de forma inversa la puntuación total en la EDPE y el número de horas de sueño nocturnas ($p=0,03$), calidad de la relación de pareja ($p=0,000$) y la autoimagen ($p=0,000$). En este mismo sentido, la puntuación total en el FSM se correlacionó inversamente con la edad ($p=0,034$), y con el tiempo en reanudar las relaciones sexuales con coito ($p=0,000$), aunque, por otro lado, se observó correlación directa con el grado de satisfacción con el parto ($p=0,000$) y la calidad de la relación de pareja ($p=0,000$) (Tabla 6).

La satisfacción sexual en general correlacionó de manera inversa con la edad ($p=0,022$), con el tiempo en reanudar las relaciones sexuales con coito ($p=0,013$) y con la puntuación total en la EDPE ($p=0,06$). Por el contrario, se encontró correlación directa con el número de horas de sueño nocturno ($p=0,009$) y con la puntuación total en el FSM ($p=0,000$) y la mayor parte de sus dominios, correlacionó inversamente con el dominio ansiedad anticipatoria ($p=0,000$) (Tabla 6).

La autoimagen se correlacionó de forma directa con la satisfacción con la actividad sexual ($p=0,006$) y el grado de comunicación sexual ($p=0,029$). La calidad de la relación en pareja se correlacionó directamente con la puntuación total del FSM ($p=0,000$) y la mayor parte de sus dominios, por lo contrario, se correlacionó inversamente con el dominio ansiedad anticipatoria ($p=0,013$). El grado de satisfacción con el parto correlacionó positivamente la puntuación total del FSM ($p=0,001$) y con algunos dominios del FSM, e inversamente con la ansiedad anticipatoria ($p=0,032$). Por último, señalar, que el grado de satisfacción con el parto no se correlacionó con la puntuación total en la EDPE ($p=0,087$) (Tabla 6).

Tabla 6. Correlaciones

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Edad (1)	r	1																			
	p	.																			
Número de Hijos (2)	r	0,155*	1																		
	p	0,004	.																		
Días RN (3)	r	0,108*	-0,124*	1																	
	p	0,047	0,022	.																	
Semanas de Gestación (4)	r	0,019	-0,112*	0,002	1																
	p	0,726	0,039	0,974	.																
Horas sueño nocturnas (6)	r	-0,129*	-0,036	0,212**	0,079	0,081	1														
	p	0,018	0,510	0,000	0,149	0,138	.														
Autoimagen (7)	r	0,101	-0,065	-0,024	0,074	0,065	0,105	1													
	p	0,062	0,229	0,655	0,174	0,234	0,053	.													
Relación de pareja (8)	r	-0,047	-0,177**	-0,006	0,069	0,104	0,039	0,201**	1												
	p	0,385	0,001	0,905	0,202	0,056	0,477	0,000	.												
Práctica Coito (días postparto) (9)	r	0,040	-0,011	,330**	-0,005	-0,078	,070	-0,088	-0,020	1											
	p	0,494	,847	,000	,935	,181	,232	,132	,734	.											
EDPE TOTAL (10)	r	-0,066	-0,002	0,060	-0,014	-0,093	-0,159**	-0,402**	-0,304**	0,109	1										
	p	0,225	0,970	0,274	0,794	0,087	0,003	0,000	0,000	0,063	.										
FSM TOTAL (11)	r	-0,115*	-,061	,016	,016	,199**	,101	,094	,288**	-,203**	-,139*	1									
	p	,034	,258	,765	,767	,000	,063	,084	,000	,000	,010	.									
FSM Deseo (12)	r	-,135*	-,150**	-,072	,043	,126*	,039	,062	,182**	-,094	-,024	,761**	1								
	p	,012	,005	,186	,431	,020	,475	,257	,001	,107	,655	,000	.								
FSM Excitación (13)	r	-,116*	,027	-,043	,001	,183**	,101	,087	,232**	-,260**	-,131*	,884**	,699**	1							
	p	,032	,620	,425	,983	,001	,064	,110	,000	,000	,016	,000	,000	.							
FSM Lubricación (14)	r	-,129*	,047	-,010	,023	,091	,099	,007	,156**	-,266**	-,081	,715**	,480**	,863**	1						
	p	,017	,391	,856	,679	,096	,070	,896	,004	,000	,136	,000	,000	,000	.						
FSM Orgasmo (15)	r	,142**	,028	,095	,098	,131*	,092	,072	,215**	-,166**	-,147**	,649**	,346**	,532**	,415**	1					
	p	,009	,601	,080	,073	,016	,091	,188	,000	,005	,007	,000	,000	,000	,000	.					
FSM Penetración vaginal	r	-,141**	-,061	-,083	-,132*	,023	-,060	-,034	-,019	,054	,072	,037	-,145**	-,114*	-,074	-,289**	1				
	p	,009	,261	,126	,015	,670	,273	,530	,726	,357	,184	,497	,007	,036	,171	,000	.				
FSM Ansiedad (17)	r	-,083	-,066	-,181**	-,055	-,116*	-,091	-,061	-,135*	,172**	,151**	-,460**	-,324**	-,494**	-,431**	-,528**	,576**	1			
	p	,127	,223	,001	,308	,032	,094	,259	,013	,003	,005	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.			
FSM Iniciativa (18)	r	,003	-,080	,044	,040	,156**	,074	,099	,237**	-,109	-,141**	,649**	,513**	,505**	,368**	,342**	-,069	-,386**	1		
	p	,955	,143	,417	,465	,004	,173	,068	,000	,063	,009	,000	,000	,000	,000	,000	,202	,000	.		
FSM Comunicación (19)	r	,015	-,011	-,012	,014	,150**	-,003	,139*	,402**	-,115*	-,214**	,412**	,232**	,387**	,280**	,310**	-,004	-,294**	,337**	1	
	p	,777	,839	,821	,798	,006	,949	,010	,000	,049	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,936	,000	,000	.	
FSM Satisfacción (20)	r	,092	,007	,132*	,081	,149**	,117*	,105	,291**	-,178**	-,188**	,750**	,416**	,622**	,487**	,942**	-,285**	-,597**	,431**	,383**	1
	p	,091	,897	,015	,137	,006	,032	,054	,000	,002	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.
FSM Satisfacción general	r	-,124*	-,026	,031	-,002	,104	,142**	,106	,294**	-,145*	-,150**	,609**	,299**	,503**	,451**	,457**	-,068	-,393**	,267**	,324**	,542**
	p	0,022	0,627	0,569	0,964	0,056	0,009	0,051	0,000	0,013	0,006	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	,214	0,000	0,000	0,000	0,000

Nota. r: Correlación de Spearman; p: Nivel de significación

Discusión

El objetivo principal de este estudio fue analizar la influencia de la depresión postparto en la sexualidad de la mujer durante el postparto, así como una variedad de factores que potencialmente afectan a la función y calidad sexual durante dicho período.

En el presente estudio, el 33,8% del total de las mujeres participantes que habían iniciado relaciones sexuales tenían riesgo de depresión postparto. En este sentido, el estudio actual mostró una asociación significativa entre el riesgo de depresión postparto y la función sexual femenina, encontrando menores puntuaciones en el FSM total en las mujeres con riesgo de depresión postparto, y una correlación inversa entre ambos cuestionarios, lo cual concuerda con los resultados de investigaciones previas en la que concluyen que la depresión postparto influye negativamente en la función sexual de la mujer (Alp Yilmaz, Avci, Arzu Aba, Ozdilek y Dutucu., 2018; Khajehei, y Doherty., 2017; Galbally, Watson, Permezely Lewis., 2019). En este estudio y con respecto a los dominios de la función sexual femenina, las mujeres con síntomas de DPP experimentaron una puntuación menor en la satisfacción sexual en general, excitación, lubricación, orgasmo, iniciativa sexual y comunicación sexual, y una mayor ansiedad anticipatoria. Estos resultados están en línea con los obtenidos por estudios anteriores (Wallwiener et al., 2017; Acele y Karaçam., 2012). Sin embargo, el presente estudio no encontró relación significativa entre el deseo sexual y la presencia de síntomas de depresión postparto, hecho que está en desacuerdo cuando comparamos los resultados de la literatura reciente, los cuales muestran una relación entre los síntomas de DPP y una disminución del deseo sexual (Serrano Drozdowsky, Gimeno Castro, Trigo López, Bárcenas Taland y Chiclana Actis., 2020; Wallwiener et al., 2017; Yee, Kaimal, Nakagawa, Houston y Kuppermann., 2013).

Otro factor que puede influir en la función sexual femenina y que se ha encontrado asociación significativa con el riesgo de DPP es la calidad de la relación de pareja, mostrando peores puntuaciones en las mujeres que presentaban DPP. Estos hallazgos apoyan a los resultados de estudios anteriores (Serrano Drozdowsky, Gimeno Castro, Trigo López, Bárcenas Taland y Chiclana Actis., 2020; Małus, Szyluk, Galińska-Skok y Konarzewska., 2016).

En acuerdo con la literatura publicada anteriormente, en el presente estudio, las mujeres con riesgo de DPP reanudaron las relaciones sexuales más tarde (Faisal-Cury, Huang, Chan y Menezes., 2013; Morof Barrett, Peacock, Victor, y Manyonda., 2003). Del mismo modo, los resultados mostraron una asociación significativa entre el riesgo de depresión postparto y la autoimagen, obteniendo peores puntuaciones en la autoimagen las mujeres con síntomas de depresión postparto. Además, ambas puntuaciones se correlacionaron significativamente de forma inversa. Este hallazgo concuerda con los de estudios recientes, los cuales obtuvieron una asociación positiva significativa entre la insatisfacción con la imagen corporal y la DPP (Chan et al., 2020; Roomruangwong, Kanchanatawan, Sirivichayakul y Maes., 2017).

Respecto a la asociación de la lactancia materna y el riesgo de DPP, todavía no hay consenso en la literatura científica. En el presente estudio se observó asociación significativa entre la lactancia materna y la lactancia mixta/artificial, y el riesgo de depresión postparto antes de realizar la diferenciación por días de postparto (≤ 90 días y > 90 días), mostrando que las mujeres que llevaban a cabo lactancia materna exclusiva presentaban menores síntomas de DPP. Estos resultados están en línea con los obtenidos por Liu et al. (2017) en el que las mujeres que se alimentaban sus bebés mediante lactancia mixta o artificial eran más susceptibles a desarrollar DPP que las mujeres que lo hacían con lactancia materna exclusiva. Por el contrario, estos resultados contrastan con los obtenidos por Dagla et al. (2021) que mostraron que una menor duración de la lactancia materna parece estar asociada con un aumento de las puntuaciones de EDPE. Otros estudios, obtuvieron resultados similares, mostrando una relación negativa entre la DPP de la madre en el período postparto y la exclusividad y la duración de la lactancia materna (Gila-Díaz, Carrillo, López de Pablo, Arribas y Ramiro-Cortijo., 2020; Brown, Rance y Bennett., 2016)

Además, los resultados obtenidos muestran una influencia de los distintos modos de lactancia en la función sexual femenina, contribuyendo la lactancia materna exclusiva a obtener puntuaciones más bajas en el cuestionario FSM. Esto concuerda con los resultados de investigaciones anteriores, las cuales relacionan la lactancia materna exclusiva con riesgo significativo de disfunción sexual femenina (Matthies, Wallwiener,

Sohn, Reck, Müller y Wallwiener., 2019; Galbally, Watson, Permezely Lewis., 2019). Teniendo en cuenta los dominios de FSM, la lactancia materna exclusiva afectó significativamente al deseo, excitación, lubricación, orgasmo y satisfacción con la actividad sexual. Estos hallazgos concuerdan con los de otros estudios (Wallwiener et al., 2017). Matthies et al. (2019) relaciona la lactancia materna exclusiva con una disminución en el deseo, lubricación, excitación y aumento del dolor. También, Barbara et al., 2016 relaciona la lactancia materna exclusiva con menor lubricación y mayor dispareunia. Con respecto a las posibles explicaciones, la lactancia materna produce cambios en los niveles hormonales durante el postparto, así los niveles elevados de prolactina provocan una disminución producción ovárica de andrógenos y estrógenos. Estos niveles más bajos de andrógenos pueden influir en la disminución del deseo sexual y, por otro lado, los niveles más bajos de estrógeno pueden afectar negativamente la lubricación vaginal. Sin embargo, la asociación entre la lactancia materna y la disfunción sexual de mujer, no sólo puede estar relacionada por causa de tipo hormonal, si no que, la disminución en el deseo sexual, puede estar influido por la fatiga y disminución en el número de horas de sueño nocturno asociadas a la lactancia materna (Leeman y Rogers., 2012).

Así mismo, los resultados de este estudio arrojaron una asociación significativa entre la lactancia materna y la autoimagen, mostrando que las mujeres que llevaban a cabo lactancia materna exclusiva tenían una autoimagen más positiva que las que alimentaban a sus bebés mediante lactancia mixta o artificial. Tales resultados están en línea con el obtenido por Gillen, Markey, Rosenbaum y Dunaev (2021) en el que hallaron que la lactancia materna genera sentimientos de satisfacción con el cuerpo y genera una actitud positiva sobre la autoimagen corporal.

En este estudio, no se encontraron diferencias significativas entre los distintos modos de parto y el riesgo de depresión postparto. Este hallazgo está en línea con el obtenido por Eckerdal, Georgakis, Kollia, Wikström, Högberg y Skalkidou (2018) dado que no encontraron un vínculo directo entre el modo de parto y el riesgo de DPP. En contraposición, hallazgos de otros estudios recientes, obtuvieron que el parto a través de cesárea, sobre todo la cesárea urgente, era un factor de riesgo de DPP en comparación con el parto vaginal (Ilska, Banaś, Gregor, Brandt-Salmeri, Ilski y Cnota., 2020; Kaya y Çiğdem., 2019; Xu, Ding, Ma, Xin, y Zhang., 2017).

Por último, en el presente estudio, se encontró asociación significativa entre el riesgo de DPP y el número de horas de sueño nocturno, además correlacionó significativamente de forma directa, observando que las mujeres con riesgo de DPP dormían significativamente menos horas que las mujeres con depresión. Una revisión sistemática sobre los factores de riesgo de la DPP (Zhao y Zhang., 2020) concluye que la interrupción del sueño y el sueño deficiente son, entre otros, factores de riesgo para el desarrollo de DPP. Por otro lado, los resultados del presente estudio contrastan con los obtenidos por Khadka, Hong y Chang (2020), que aunque encontraron asociación significativa entre la calidad deficiente del sueño y los síntomas de DPP, no hallaron diferencias significativas entre la subescala duración del sueño y los síntomas de DPP. Resultados similares obtuvieron Iranpour, Kheirabadi, Esmailzadeh, Heidari-Beni y Maracy (2016), los cuales observaron una asociación entre la calidad del sueño y la depresión en mujeres posparto y una probabilidad de DPP 3,34 veces mayor en mujeres con baja calidad del sueño. No obstante, no encontraron asociaciones significativas entre los componentes del sueño duración y eficiencia. Por otro lado, hay que tener en cuenta que las alteraciones del sueño pueden provocar un aumento de los síntomas depresivos, sin embargo, es igualmente plausible que la depresión conduzca a la interrupción del sueño, por tanto, es difícil identificar la dirección del efecto cuando los problemas del sueño y los síntomas depresivos se examinan al mismo tiempo.

Limitaciones

El presente estudio, al igual que en otras investigaciones, posee algunas limitaciones. En primer lugar, este estudio fue un estudio transversal que para reclutar a la muestra de mujeres que se encontraban en el período postparto se utilizó muestreo no probabilístico, por lo tanto, no se puede asegurar una adecuada representatividad de la muestra de la población y, por tanto, los resultados no pueden generalizarse. En segundo lugar, la recolección de los datos se realizó a través de un cuestionario, el cual fue autoadministrado, con el riesgo de la presencia del sesgo social. Sin embargo, el estudio fue anónimo sin contacto cara a cara, con lo que se piensa que las participantes han dado respuestas más honestas sobre su sexualidad y salud mental, un tema que en la actualidad sigue siendo tabú. En tercer lugar, otra limitación presente en el estudio, fue que no se

investigaron sobre factores que puedan afectar a la función sexual de la mujer y la salud mental durante el puerperio tales como la presencia de violencia y uso de medicación habitual. Finalmente, existe falta de homogeneización en el número de participantes según la orientación sexual, modo de parto y tipo de lesión perineal, lo que provoca una dificultad en la inferencia de los datos obtenidos.

Se necesitan estudios que consideren estas limitaciones que utilicen el muestreo aleatorio pueda permitir la generalización de los resultados. Por otro lado, también se necesitan estudios de tipo longitudinal que permitan la evaluación de la salud mental de las mujeres en el embarazo y postparto, de forma que se pueda realizar una comparación entre la salud mental en el embarazo y el período postparto, y, así, poder establecer una relación de causa-efecto.

Conclusiones

Una vez analizados los datos y tras concluir este estudio, los resultados obtenidos sugieren que la DPP y sus síntomas influyen negativamente en el funcionamiento sexual de la mujer y aumenta el riesgo de disfunción sexual en la mujer. Así mismo, factores relacionados con el parto y postparto, como es la lactancia, han mostrado cierta relación con el riesgo de DPP. La lactancia materna exclusiva se relaciona con menor riesgo de DPP. Por otro lado, la lactancia materna exclusiva mostró un peor funcionamiento sexual de la mujer tras el parto.

Factores psicológicos y sociales, tales como la calidad de relación con la pareja, autoimagen, satisfacción con el parto y número de horas de sueño nocturno, pueden afectar al riesgo de desarrollo de DPP y, además, al funcionamiento sexual de la mujer. Así, los síntomas de DPP se relacionan con una peor autoimagen y calidad en la relación de pareja, y un número menor de horas de sueño nocturno. Por otro lado, una buena percepción sobre la relación de pareja, una mejor autoimagen y satisfacción con el parto se relacionaron con mejor funcionamiento sexual femenino, y por ende, un menor riesgo de disfunción sexual en el postparto.

A la luz de los resultados, se concluyó que los profesionales de la salud deben realizar una valoración integral a todas las mujeres de forma integral en el período

postparto, teniendo en cuenta todos los factores que puedan influir en la sexualidad de la mujer y de la pareja.

Relevancia para la práctica clínica

Los hallazgos de este estudio respaldan la implementación de un cribado de forma rutinaria de DPP en dicho período, para así poder realizar un diagnóstico y tratamiento de forma precoz. Además, es imprescindible que los profesionales de la salud que atienden a las mujeres durante el embarazo y el postparto, informen sobre los cambios potenciales que ocurren durante el período postparto y sobre los factores que pueden influir en la sexualidad, así como capacitar a las mujeres para abordar los posibles problemas que pudieran aparecer en relación con la sexualidad y brindar apoyo profesional, creando un entorno de confianza donde se anime a las mujeres a exponer las distintas preocupaciones y problemas relacionados con la sexualidad.

Referencias

- Gress-Smith, J. L., Luecken, L. J., Lemery-Chalfant, K., & Howe, R. (2012). Postpartum depression prevalence and impact on infant health, weight, and sleep in low-income and ethnic minority women and infants. *Maternal and child health journal*, *16*(4), 887–893. <https://doi.org/10.1007/s10995-011-0812-y>
- Raposa, E., Hammen, C., Brennan, P., & Najman, J. (2014). The long-term effects of maternal depression: early childhood physical health as a pathway to offspring depression. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, *54*(1), 88–93. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.07.038>
- Zhao, X. H., & Zhang, Z. H. (2020). Risk factors for postpartum depression: An evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Asian journal of psychiatry*, *53*, 102353. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102353>
- de Paula Eduardo, J., de Rezende, M. G., Menezes, P. R., & Del-Ben, C. M. (2019). Preterm birth as a risk factor for postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, *259*, 392–403. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.069>
- Shitu, S., Geda, B., & Dheresa, M. (2019). Postpartum depression and associated factors among mothers who gave birth in the last twelve months in Ankesha district, Awi zone, North West Ethiopia. *BMC pregnancy and childbirth*, *19*(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2594-y>
- Tambag, H., Turan, Z., Tolun, S., & Can, R. (2018). Perceived social support and depression levels of women in the postpartum period in Hatay, Turkey. *Nigerian journal of clinical practice*, *21*(11), 1525–1530. https://doi.org/10.4103/njcp.njcp_285_17
- Silverman, M. E., Reichenberg, A., Savitz, D. A., Cnattingius, S., Lichtenstein, P., Hultman, C. M., Larsson, H., & Sandin, S. (2017). The risk factors for postpartum depression: A population-based study. *Depression and anxiety*, *34*(2), 178–187. <https://doi.org/10.1002/da.22597>
- Shorey, S., Chee, C., Ng, E. D., Chan, Y. H., Tam, W., & Chong, Y. S. (2018). Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and

meta-analysis. *Journal of psychiatric research*, 104, 235–248.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.08.001>

Calthorpe, L. M., Baer, R. J., Chambers, B. D., Steurer, M. A., Shannon, M. T., Oltman, S. P., Karvonen, K. L., Rogers, E. E., Rand, L. I., Jelliffe-Pawlowski, L. L., & Pantell, M. S. (2021). The association between preterm birth and postpartum mental healthcare utilization among California birthing people. *American journal of obstetrics & gynecology MFM*, 3(4), 100380. Advance online publication.
<https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2021.100380>

Lubotzky-Gete, S., Ornoy, A., Grotto, I., & Calderon-Margalit, R. (2021). Postpartum depression and infant development up to 24 months: A nationwide population-based study. *Journal of affective disorders*, 285, 136–143. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.02.042>

Norhayati, M. N., Hazlina, N. H., Asrenee, A. R., & Emilin, W. M. (2015). Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *Journal of affective disorders*, 175, 34–52. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.041>

Walker, A. L., de Rooij, S. R., Dimitrova, M. V., Witteveen, A. B., Verhoeven, C. J., de Jonge, A., Vrijkotte, T., & Henrichs, J. (2021). Psychosocial and peripartum determinants of postpartum depression: Findings from a prospective population-based cohort. The ABCD study. *Comprehensive psychiatry*, 108, 152239. Advance online publication.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152239>

Okun, M. L., Mancuso, R. A., Hobel, C. J., Schetter, C. D., & Coussons-Read, M. (2018). Poor sleep quality increases symptoms of depression and anxiety in postpartum women. *Journal of behavioral medicine*, 41(5), 703–710.
<https://doi.org/10.1007/s10865-018-9950-7>

Salehi-Pourmehr, H., Mohammad-Alizadeh, S., Jafarilar-Agdam, N., Rafiee, S., & Farshbaf-Khalili, A. (2018). The association between pre-pregnancy obesity and screening results of depression for all trimesters of pregnancy, postpartum and 1 year after birth: a cohort study. *Journal of perinatal medicine*, 46(1), 87–95. <https://doi.org/10.1515/jpm-2016-0277>

- Johar, H., Hoffmann, J., Günther, J., Atasoy, S., Stecher, L., Spies, M., Hauner, H., & Ladwig, K. H. (2020). Evaluation of antenatal risk factors for postpartum depression: a secondary cohort analysis of the cluster-randomised GeliS trial. *BMC medicine*, *18*(1), 227. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01679-7>
- LaCoursiere, D. Y., Barrett-Connor, E., O'Hara, M. W., Hutton, A., & Varner, M. W. (2010). The association between prepregnancy obesity and screening positive for postpartum depression. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, *117*(8), 1011–1018. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2010.02569.x>
- Fiala, A., Švancara, J., Klánová, J., & Kašpárek, T. (2017). Sociodemographic and delivery risk factors for developing postpartum depression in a sample of 3233 mothers from the Czech ELSPAC study. *BMC psychiatry*, *17*(1), 104. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1261-y>
- Kasamatsu, H., Tsuchida, A., Matsumura, K., Shima, M., Hamazaki, K., Inadera, H., & Japan Environment and Children's Study Group (2020). Understanding the relationship between postpartum depression one month and six months after delivery and mother-infant bonding failure one-year after birth: results from the Japan Environment and Children's study (JECS). *Psychological medicine*, *50*(1), 161–169. <https://doi.org/10.1017/S0033291719002101>
- Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J. Y., & Bruyère, O. (2019). Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's health (London, England)*, *15*, 1745506519844044. <https://doi.org/10.1177/1745506519844044>
- Eid, M. A., Sayed, A., Abdel-Rehim, R., & Mostafa, T. (2015). Impact of the mode of delivery on female sexual function after childbirth. *International journal of impotence research*, *27*(3), 118–120. <https://doi.org/10.1038/ijir.2015.2>
- Leeman, L. M., & Rogers, R. G. (2012). Sex after childbirth: postpartum sexual function. *Obstetrics and gynecology*, *119*(3), 647–655. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3182479611>

- Wallwiener, S., Müller, M., Doster, A., Kuon, R. J., Plewniok, K., Feller, S., Wallwiener, M., Reck, C., Matthies, L. M., & Wallwiener, C. (2017). Sexual activity and sexual dysfunction of women in the perinatal period: a longitudinal study. *Archives of gynecology and obstetrics*, 295(4), 873–883. <https://doi.org/10.1007/s00404-017-4305-0>
- Małus, A., Szyluk, J., Galińska-Skok, B., & Konarzewska, B. (2016). Incidence of postpartum depression and couple relationship quality. Występowanie depresji poporodowej a jakość relacji w związku. *Psychiatria polska*, 50(6), 1135–1146. <https://doi.org/10.12740/PP/61569>
- Alp Yilmaz, F., Avci, D., Arzu Aba, Y., Ozdilek, R., & Dutucu, N. (2018). Sexual Dysfunction in Postpartum Turkish Women: It's Relationship with Depression and Some Risk Factors. *African journal of reproductive health*, 22(4), 54–63. <https://doi.org/10.29063/ajrh2018/v22i4.6>
- Gutzeit, O., Levy, G., & Lowenstein, L. (2020). Postpartum female sexual function: risk factors for postpartum sexual dysfunction. *Sexual medicine*, 8(1), 8-13. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2019.10.005>
- Faisal-Cury, A., Huang, H., Chan, Y., & Menezes, P. R. (2013). The relationship between depressive/anxiety symptoms during pregnancy/postpartum and sexual life decline after delivery. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(5), 1343-1349. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/jsm.12092>
- Galbally, M., Watson, S. J., Permezel, M., & Lewis, A. J. (2019). Depression across pregnancy and the postpartum, antidepressant use and the association with female sexual function. *Psychological Medicine*, 49(9), 1490-1499. doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S0033291718002040>
- Acele, E. Ö., & Karaçam, Z. (2012). Sexual problems in women during the first postpartum year and related conditions. *Journal of clinical nursing*, 21(7-8), 929–937. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03882.x>
- Khajehei, M., & Doherty, M. (2017). Exploring postnatal depression, sexual dysfunction and relationship dissatisfaction in Australian women. *British Journal of Midwifery*, 25(3), 162–172. <https://doi.org/10.12968/bjom.2017.25.3.162>

- Triviño, J. J., Romero, A. D., Nieto, P. B., Forjaz, M. J., Oliver, B. C., Mellizo, D. S., Avilés, G. B., Arruti, S. B., Criado, Á. J., Soto, L. C., & Plá, M. R. (2018). Resumption of intercourse, self-reported decline in sexual intercourse and dyspareunia in women by mode of birth: A prospective follow-up study. *Journal of Advanced Nursing* (John Wiley & Sons, Inc.), 74(3), 637–650. <https://doi.org/10.1111/jan.13468>
- García Esteve, L. Acaso, C. Ojuel, J. y Navarro, P. (2003). Validation of the Edinburg Postnatal Depresión Scale (EPDS) in Sapanish mothers. *Journal of Affective Disorders*, 75, (1), 71-76. DOI: 10.1016/s0165-0327(02)00020-4
- Sánchez, F. Pérez Conchillo, M. Borrás Valls, J.J. Gómez Llorens, O. Aznar Vicente, J. y Caballero Martín de las Mulas, A. (2004). Diseño y validación del cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM). *Aten Primaria*, 34, (6), 286-294. DOI: 10.1016/S0212-6567(04)79497-4
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987 Jun;150:782-6. doi: 10.1192/bjp.150.6.782. PMID: 3651732.
- Fan, D., Li, S., Wang, W., Tian, G., Liu, L., Wu, S., Guo, X., & Liu, Z. (2017). Sexual dysfunction and mode of delivery in Chinese primiparous women: a systematic review and meta-analysis. *BMC pregnancy and childbirth*, 17(1), 408. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1583-2>
- Johnson C. E. (2011). Sexual health during pregnancy and the postpartum. *The journal of sexual medicine*, 8(5), 1267–1286. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02223.x>
- Serrano Drozdowsky, E. Gimeno Castro, E. Trigo López, E. Bárcenas Taland, I. Chiclana Actis, C. (2020). Factors Influencing Couples' sexuality in the puerperium: a sistematic review. *Sex Med Rev*, 8, (1), 38-47. DOI: 10.1016/j.sxmr.2019.07.002
- Gila-Díaz, A., Carrillo, G. H., López de Pablo, Á. L., Arribas, S. M., & Ramiro-Cortijo, D. (2020). Association between Maternal Postpartum Depression, Stress, Optimism, and Breastfeeding Pattern in the First Six Months. *International journal*

- of environmental research and public health, 17(19), 7153. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197153>
- Brown, A., Rance, J., & Bennett, P. (2016). Understanding the relationship between breastfeeding and postnatal depression: the role of pain and physical difficulties. *Journal of advanced nursing*, 72(2), 273–282. <https://doi.org/10.1111/jan.12832>
- Liu, S., Yan, Y., Gao, X., Xiang, S., Sha, T., Zeng, G., & He, Q. (2017). Risk factors for postpartum depression among Chinese women: path model analysis. *BMC pregnancy and childbirth*, 17(1), 133. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1320-x>
- Dagla, M., Mrvoljak-Theodoropoulou, I., Karagianni, D., Dagla, C., Sotiropoulou, D., Kontiza, E., Antoniou, E. (2021). Women's mental health as a factor associated with exclusive breastfeeding and breastfeeding duration: Data from a longitudinal study in greece. *Children (Basel, Switzerland)*, 8(2) [doi:http://dx.doi.org/10.3390/children8020150](http://dx.doi.org/10.3390/children8020150)
- Eckerdal, P., Georgakis, M. K., Kollia, N., Wikström, A. K., Högberg, U., & Skalkidou, A. (2018). Delineating the association between mode of delivery and postpartum depression symptoms: a longitudinal study. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 97(3), 301–311. <https://doi.org/10.1111/aogs.13275>
- Xu, H., Ding, Y., Ma, Y., Xin, X., & Zhang, D. (2017). Cesarean section and risk of postpartum depression: A meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 97, 118–126. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.04.016>
- Ilska, M., Banaś, E., Gregor, K., Brandt-Salmeri, A., Ilski, A., & Cnota, W. (2020). Vaginal delivery or caesarean section - Severity of early symptoms of postpartum depression and assessment of pain in Polish women in the early puerperium. *Midwifery*, 87, 102731. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102731>
- Kaya, L., & Çiğdem, Z. (2019). The relationship between mode of delivery and postpartum depression. *Journal of education and health promotion*, 8, 5. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_97_18
- Roomruangwong, C., Kanchanatawan, B., Sirivichayakul, S., & Maes, M. (2017). High incidence of body image dissatisfaction in pregnancy and the postnatal period:

- Associations with depression, anxiety, body mass index and weight gain during pregnancy. *Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives*, 13, 103–109. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2017.08.002>
- Chan, C. Y., Lee, A. M., Koh, Y. W., Lam, S. K., Lee, C. P., Leung, K. Y., & Tang, C. (2020). Associations of body dissatisfaction with anxiety and depression in the pregnancy and postpartum periods: A longitudinal study. *Journal of affective disorders*, 263, 582–592. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.032>
- Gillen, M. M., Markey, C. H., Rosenbaum, D. L., & Dunaev, J. L. (2021). Breastfeeding, body image, and weight control behavior among postpartum women. *Body image*, 38, 201–209. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.04.006>
- O'Malley, D., Higgins, A., Begley, C., Daly, D., & Smith, V. (2018). Prevalence of and risk factors associated with sexual health issues in primiparous women at 6 and 12 months postpartum; a longitudinal prospective cohort study (the MAMMI study). *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), 196. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1838-6>
- Matthies, L. M., Wallwiener, M., Sohn, C., Reck, C., Müller, M., & 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:<http://dx.doi.org/10.1007/s00404-018-4925-z>
- Yee, L. M., Kaimal, A. J., Nakagawa, S., Houston, K., & Kuppermann, M. (2013). Predictors of postpartum sexual activity and function in a diverse population of women. *Journal of midwifery & women's health*, 58(6), 654–661. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12068>
- Morof, D., Barrett, G., Peacock, J., Victor, C. R., & Manyonda, I. (2003). Postnatal depression and sexual health after childbirth. *Obstetrics and gynecology*, 102(6), 1318–1325. <https://doi.org/10.1016/j.obstetgynecol.2003.08.020>

Khadka, R., Hong, S. A., & Chang, Y. S. (2020). Prevalence and determinants of poor sleep quality and depression among postpartum women: a community-based study in Ramechhap district, Nepal. *International health*, 12(2), 125–131. <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihz032>

Iranpour, S., Kheirabadi, G. R., Esmailzadeh, A., Heidari-Beni, M., & Maracy, M. R. (2016). Association between sleep quality and postpartum depression. *Journal of research in medical sciences : the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 21, 110. <https://doi.org/10.4103/1735-1995.193500>

Anexos

Normas del trabajo (Journal of Clinical Nursing)

- Límite de palabras: 8000 palabras como máximo (las citas se incluyen en el recuento total de palabras de los artículos y se excluyen el resumen, las referencias, las tablas y las figuras).
- Título.
- Resumen: 300 palabras como máximo, sin abreviaturas. Estructura:
 - Metas y objetivos.
 - Antecedentes (indicando lo que ya se sabe sobre el tema).
 - Diseño.
 - Métodos (para los estudios cualitativos y cuantitativos, indique n).
 - Resultados (no reportar p, intervalos de confianza y otros parámetros estadísticos).
 - Conclusiones (indicando lo que el estudio agrega al tema).
 - Relevancia para la práctica clínica
 - Palabras clave: Hasta 10 palabras clave (deben tomarse de las recomendadas por la lista del navegador MeSH).
- Estructura del texto principal:
 - Introducción (poner el documento en contexto: política, práctica o investigación).
 - Antecedentes (literatura).
 - Métodos (diseño, recopilación y análisis de datos).
 - Resultados.
 - Discusión.
 - Conclusión.
 - Relevancia para la práctica clínica.
- Referencias: 50 como máximo. Normas APA.
- Tablas: deben ser independientes y complementar, no duplicar, la información contenida en el texto.
- Leyenda de las figuras: Concisas pero completas.