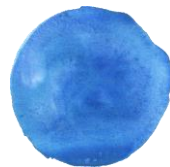




SEXUALIDAD Y LACTANCIA MATERNA.

Revisión bibliográfica.



TRABAJO DE FIN DE GRADO

Autora: Patricia González Sosa

Tutor: Dña Nieves Marta Díaz Gómez

Grado en Enfermería

Curso 2018-2019

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

- OMS: Organización Mundial de la Salud
- MSCBS: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- LM: Lactancia materna
- LME: Lactancia materna exclusiva
- DS: Disfunción sexual
- TDS: Trastorno de dolor sexual
- FSD (siglas en inglés): Disfunción sexual femenina
- EPS: Educación para la Salud.
- PSS (siglas en inglés): Escala de estrés percibido
- MSPSS (siglas en inglés): Escala multidimensional de apoyo social percibido
- BISC (siglas en inglés): Escala de Autoconciencia de la Imagen Corporal
- EPDS (siglas en inglés): Escala de depresión postnatal de Edimburgo.
- IFSF: Índice de función sexual femenina.

RESUMEN

La transición a la etapa de la maternidad y a la lactancia materna es un periodo vulnerable del ciclo vital que puede llegar a afectar al entorno familiar y a la salud sexual. La reanudación de la actividad sexual después del parto es un paso importante para la pareja.

Este trabajo consiste en una revisión bibliográfica sobre la sexualidad en el periodo de lactancia, con el objetivo de responder a las preguntas: ¿qué importancia dan las mujeres a su sexualidad durante el periodo de lactancia, como perciben estos cambios en su vida y las inquietudes que les genera? y ¿Qué papel tiene la pareja en este proceso?

La búsqueda se realizó en diferentes bases de datos como EBSCO, PubMed y SCIELO utilizando las palabras clave: sexualidad, lactancia materna, modelo PLISSIT, actitud y disfunción sexual. Los criterios de inclusión fueron: artículos realizados en los últimos 10 años, en castellano o inglés y disponibilidad gratuita en las bases de datos. Se localizaron nueve artículos, cuyos resultados principales se recogen en esta revisión.

La mayoría de los estudios coinciden en señalar que los síntomas más frecuentes asociados al periodo de lactancia son la dispauremia y el déficit en la lubricación vaginal.

En las conclusiones se diferencian los trastornos sexuales más prevalentes durante la lactancia. Asimismo, se asocian, en gran parte, los trastornos del dolor sexual a las madres lactantes a los 6 meses postparto. Por otra parte, se refleja la importancia del apoyo conyugal y empatía diádica para favorecer la reanudación sexual.

Los resultados de esta revisión bibliográfica pueden facilitar herramientas a los profesionales sanitarios para abordar correctamente los cambios en el patrón sexual durante la lactancia.

PALABRAS CLAVE:

Sexualidad, lactancia materna, disfunción sexual y postparto.

ABSTRACT

The transition to the stage of motherhood and breastfeeding is a vulnerable period of the life cycle that can affect the family environment and sexual health. The resumption of sexual activity after childbirth is an important step for the couple.

This work consists of a bibliographic review on sexuality in the breastfeeding period, aiming to answer the following questions: What importance do women give to their sexuality during the breastfeeding period, how do they perceive these changes in their lives and the concerns these might generate? And What role does the couple play in this process?

The research was performed in different databases such as EBSCO, PubMed and SCIELO looking for the key words: sexuality, breastfeeding, model PLISSIT, attitude and sexual dysfunction. The inclusion criteria were: articles made in the last 10 years, in Spanish or English and free availability in the databases. Nine articles were located, whose main results are included in this review.

Most of the studies coincide in pointing out that the most frequent symptoms associated with the lactation period are dysparemia and deficit in vaginal lubrication.

Posteriorly, in the conclusions, the most prevalent sexual disorders during lactation are differentiated. Likewise, sexual pain disorders are associated, to a large extent, with breastfeeding mothers at 6 months postpartum. On the other hand, it reflects the importance of conjugal support and dyadic empathy to promote sexual resumption.

The results of this literature review can provide tools for health professionals to correctly address changes in the sexual pattern during breastfeeding.

KEY WORDS:

Sexuality, breastfeeding, sexual dysfunction and postpartum.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1-15
1.1- Antecedentes.....	1-2
1.2- Marco Conceptual.....	3-10
1.2.1- Concepto sexualidad.....	3
1.2.1.1- Tipos de disfunciones sexuales.....	3-6
1.2.1.2- Causas de las disfunciones sexuales.....	6-7
1.2.2- Sexualidad en el periodo de lactancia materna.....	7-8
1.2.3- Modelo PLISSIT.....	8-10
1.3- Justificación.....	11
1.4- Problema de investigación.....	11-12
2. Metodología.....	12-15
2.1- Estrategia de búsqueda bibliográfica.....	13-15
3. Resultados.....	16-24
4. Discusión.....	25-28
5. Conclusión.....	28-29
6. Bibliografía.....	30-33
7. Anexos.....	34-38

INTRODUCCIÓN

Durante las últimas décadas la sexualidad ha formado parte de la valoración integral de la salud, sin embargo, esto no siempre ha sido así y se consideraba como un asunto personal del paciente. Fue entonces cuando la OMS se pronunció y definió la “salud sexual” como un derecho básico del ser humano. Esto debe ser la base para que los profesionales sanitarios den la importancia que se merece a la valoración del patrón sexual y ofrezcan tratamiento a los pacientes que lo precisen.

El término salud sexual abarca todas las etapas de la vida del ser humano, incluyendo el periodo de lactancia en el ciclo fértil de la mujer. ^(1,2)

1.1- Antecedentes

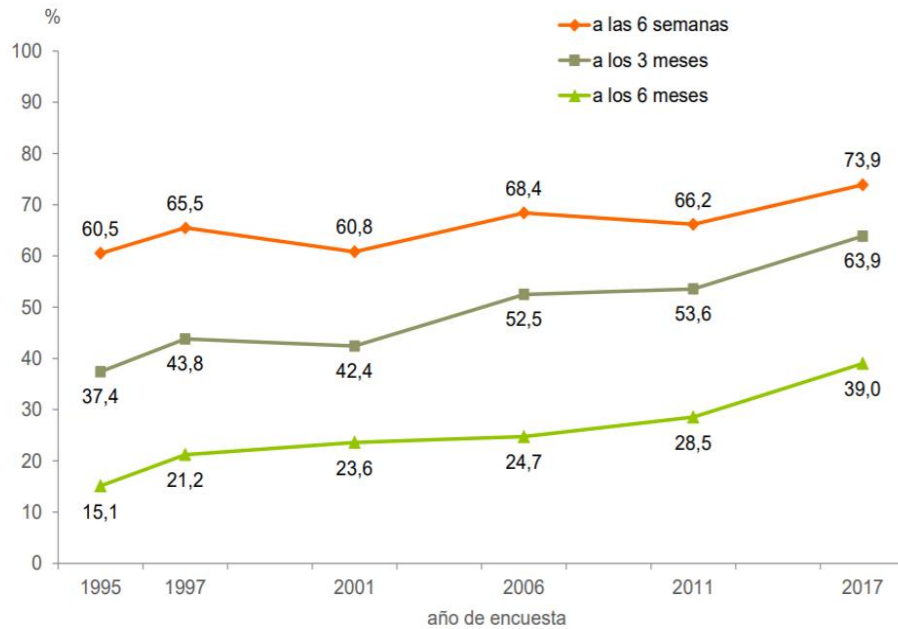
En los últimos años la lactancia materna ha aumentado en España. Sin embargo, continuamos con cifras inferiores a las recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Las estrategias de OMS parten de una base de que solo dos de cada cinco lactantes menores de 6 meses de edad en todo el mundo, son amamantados exclusivamente de lactancia materna. ⁽³⁾ El *Plan de Aplicación integral sobre la nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño*, aprobado por los Estados Miembros y desarrollado por la OMS en 2012, expone un objetivo mundial de aumentar al 50% para 2025 la tasa de lactancia materna exclusiva a los seis primeros meses de vida. ⁽⁴⁾

Según los datos publicados por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS), en España, solo el 73,9% de las mujeres lactan a sus hijos a las 6 semanas de vida con lactancia materna exclusiva. Asimismo, se observa una disminución de esta cifra a medida que crece el niño, encontrándose alrededor del 63,9% a los 3 meses y un 39,0% a los 6 meses desde el nacimiento. ⁽⁵⁾

Según las cifras aportadas por el MSCBS sobre la LME, observamos una tendencia al alza en estos datos con respecto a años anteriores. A pesar de esta mejora, seguimos teniendo en España un porcentaje inferior al recomendado por la OMS y UNICEF a los 6 meses de vida, que se observa en la siguiente gráfica. ⁽⁵⁾

Gráfica 1: Lactancia materna exclusiva 1995-2017. (fuente*)



Encuesta Nacional de Salud España 2017

***Fuente:** ENSE Encuesta Nacional de Salud España 2017 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2018 [citado 22 mayo 2019]. Disponible en: https://www.msccbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE17_pr es_web.pdf

Este aumento de cifras de lactancia materna en España se observa como un beneficio tanto para la salud del niño como para la madre, siendo lo deseable para esta etapa vital. Esta situación conlleva un porcentaje cada vez mayor de mujeres en edad fértil que tienen que ser capaces de llevar adelante la crianza de su hijo y una vida sexual satisfactoria con su pareja. Durante esta etapa vital es probable que se puedan observar cambios en el patrón sexual a causa de: cambios hormonales, físicos y mentales al considerarse un periodo vulnerable de la mujer.

La prevalencia mundial de las disfunciones sexuales femeninas (FSD) oscila entre un 10 y un 51%, dentro de ellas la más frecuente es el deseo sexual inhibido, aunque resulta difícil establecer la prevalencia real de las DS. ^(6, 7)

1.2- Marco conceptual

1.2.1.- *Concepto de sexualidad*

La sexualidad es una parte de la vida humana. La función sexual saludable juega un papel importante para mejorar la salud y la calidad de vida de las personas y las familias.

Estas tendencias emocionales se expresan de diversas maneras en el lenguaje, las creencias, los comportamientos y las relaciones de las personas. En general el instinto sexual es uno de los instintos humanos más fuertes y efectivos en el comportamiento personal y según la Asociación Mundial de Sexología es una parte esencial del carácter individual, que puede abarcar diferentes esferas como pueden ser el sexo, el género, las identidades y roles, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. ^(6, 8, 9)

Asimismo, la sexualidad puede ser experimentada y expresada a través de múltiples pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores y comportamientos. Sin embargo, está influenciada por la interacción de factores tanto biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos y culturales, entre otros. ⁽⁸⁾

El término de salud sexual se establece en relación al bienestar físico, emocional, mental y social. Este término no sólo hace referencia a la ausencia de enfermedad o disfunción, sino que determina la importancia de un contacto positivo y respetuoso con respecto a la sexualidad, así como tener la posibilidad de mantener experiencias sexuales placenteras, seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para ello, los derechos individuales deben ser respetados, protegidos y cumplidos. ⁽⁸⁾

Por este motivo, la sexualidad se puede experimentar desde muchas perspectivas a lo largo del ciclo vital.

Tipos de disfunciones sexuales

Teniendo en cuenta las definiciones del DSM IV-TR (tabla 1), los trastornos sexuales que se presentan en la mujer y se manifiestan con una disminución de la frecuencia de la actividad sexual son: ⁽²⁾

*Trastornos del deseo y la excitación sexual

- *Deseo sexual hipoactivo*

Se caracteriza por la disminución o ausencia de fantasías y deseos de actividad sexual de forma constante o recidivante.

- *Trastorno por aversión al sexo*

Consiste en una aversión extrema persistente o periódica con tendencia a la evitación de todas, o la mayoría, de las relaciones sexuales con una pareja.

- *Trastorno de la excitación sexual en la mujer*

Esta disfunción sexual genera una dificultad para alcanzar o mantener la respuesta de lubricación propia de la fase de excitación, hasta la finalización del acto sexual.

Cabe destacar que esta serie de trastornos generan dificultades dentro de la pareja a nivel sexual, siendo los trastornos del deseo una de las disfunciones sexuales más complicadas a nivel clínico, debido ya no solo a las diferentes alteraciones orgánicas que pueda poseer la mujer y que le imposibiliten en el mantenimiento pleno de su vida sexual, sino también en la pluralidad de manifestaciones en la vida cotidiana, tales como la poca disposición al coito (aunque una vez iniciado es posible la excitación y el orgasmo) y el desinterés por la sexualidad. ⁽²⁾

**Trastorno del orgasmo*

El trastorno del orgasmo femenino, hace referencia a la ausencia o retraso del orgasmo tras una fase de excitación normal. Este trastorno se puede dividir en: anorgasmia total, ocasional y coital. En las mujeres que padecen esta disfunción sexual hay un denominador común que se caracteriza por un aumento de la dificultad en las relaciones sexuales entre la pareja. ⁽²⁾

**Trastorno sexual por dolor*

Los trastornos sexuales asociados al dolor (TSD) han sido poco estudiados a lo largo de la historia, ya que se consideraban como alteraciones psicológicas. Actualmente continúa siendo un tipo de disfunción sexual (DS) poco valorada por los profesionales de la salud, sin embargo, supone un problema importante en las relaciones íntimas y del bienestar de las mujeres afectadas, con una ratio de entre el 3.1% y el 26% de las mujeres que presentan disfunciones sexuales. ⁽⁶⁾

Dentro de los TSD se incluyen la dispauremia, vulvodinia, el vaginismo, la vestibulitis y el dolor sexual no coital. La prevalencia de la dispauremia, dentro de los TDS, oscila entre un 8 y un 45% de las mujeres, mientras que la vulvodinia afecta entre un 15 y un 23% y el vaginismo entre un 5 y un 6% de las mujeres. ⁽⁶⁾

Tabla 1: Clasificación adaptada de los trastornos sexuales femeninos (DSM-IV-TR,2002)

TIPOS	MANIFESTACIONES
Trastorno del deseo y la excitación sexual	<ul style="list-style-type: none"> - Deseo sexual hipoactivo y falta de excitación - Trastorno de aversión al sexo.
Trastorno del orgasmo	<ul style="list-style-type: none"> - Trastorno del orgasmo o anorgasmia
Trastorno sexual por dolor	<ul style="list-style-type: none"> - Dispauremia (superficial y profunda) - Vulvodinia - Vaginismo - Vestibulitis - Dolor sexual no coital

*Fuente: Propia

Por otro lado, La Asociación Americana de Psiquiatría (APA,1994) clasifica y agrupa los trastornos de la respuesta sexual en cuatro tipos de trastornos: trastorno del deseo, de la excitación, alteración del orgasmo y dispauremia. ^(10, 11)

The International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions creó una nueva clasificación de la respuesta sexual femenina, añadiendo a las alteraciones mencionadas con anterioridad (trastorno del deseo, excitación, dispauremia y alteración del orgasmo), los dominios de trastornos de la lubricación y la satisfacción. Fue entonces, cuando Rosen et al., desarrollaron un instrumento que evaluaría todos los dominios mencionados. Este instrumento, denominado *Female Sexual Function Index (FSFI)* (Anexo 1) ha sido validado. Además, tiene las características de ser autoadministrado, simple y confiable para evaluar la función sexual femenina. ^(11, 12)

Debemos tener en cuenta que el FSFI, no es una medida de la experiencia sexual, ni del conocimiento, las actitudes o el funcionamiento interpersonal de las mujeres. No fue diseñado para usarse como único elemento para la valoración integral del patrón sexual de la mujer. Se deberá emplear con otras escalas o índices de análisis como: la escala de estrés percibido (PSS) ⁽¹³⁾, la escala multidimensional de apoyo social percibido (MSPSS) ⁽¹³⁾, la escala de Autoconciencia de la Imagen Corporal (BISC) ⁽¹³⁾ o la escala de depresión postnatal de Edimburgo (EPDS) ⁽¹⁾

Causas de disfunciones sexuales

Las causas para que pueda surgir un trastorno en el deseo de la mujer, son muy variadas, entre ellas destacan:

- Factores orgánicos

Lauman et al., determinaron que el 43% de la población femenina entre los 18 y los 59 años presentarán, en algún momento del periodo fértil, trastornos de la respuesta sexual, incrementándose el riesgo si se asocian a la edad (las mujeres jóvenes tienden a padecer más porcentajes de DS, a excepción de aquellas que expresan sufrir un trastorno del déficit de lubricación vaginal con edades más avanzadas), ⁽¹⁴⁾ al alto nivel educativo y a una deficiencia de salud física y mental. ^(11, 14)

Algunas de las patologías que pueden llegar a generar una DS son aquellas que cursan con clinofilia (la tendencia de un paciente a permanecer en la cama durante muchas horas del día sin que exista una justificación orgánica para ello). ⁽¹⁵⁾ Otra posible causa es un elevado malestar debido a una patología orgánica. Existen algunas enfermedades que pueden relacionarse directamente con estas disfunciones, destacando el alcoholismo, la ingesta de ciertos fármacos o drogas, trastornos endocrinológicos como el hipogonadismo o la hiperprolactemia, que pueden generar un trastorno del deseo. ⁽²⁾

- Factores psicológicos

Se pueden encontrar una gran diversidad en las causas psicológicas que pueden intervenir en el trastorno del deseo. Sin embargo, en muchas ocasiones, la aparición de este tipo de disfunciones sexuales es solo la punta del iceberg de un problema más complejo. Pudiendo destacar las siguientes: ⁽²⁾

- La evolución de otra disfunción no superada.
- Los conflictos de pareja.
- Trastornos del estado de ánimo: depresión-ansiedad.
- Déficit en la autoestima y autoimagen.
- Historia sexual pobre y poco gratificante.
- Factores estresantes extrínsecos.
- Antecedentes de experiencias traumáticas.
- Condicionantes educativos, traducidos en una internalización peyorativa de la sexualidad.
- Rutina o monotonía sexual.

1.2.2.- Sexualidad en el periodo de lactancia

El periodo de lactancia, al igual que el embarazo y el parto, es una etapa específica en la vida de la mujer que produce cambios físicos y hormonales, y, por ende, tiene efectos considerables en la salud de las madres y en la calidad de sus vidas.

Según la Organización Mundial para la Salud (OMS) y UNICEF, “la lactancia materna es una manera de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sano de los lactantes; también es parte integrante del proceso reproductivo, con repercusiones importantes en la salud de las madres”. ⁽¹⁶⁾

La leche materna es el primer alimento natural para los lactantes. A través de ella se fomenta el desarrollo sensorial y cognitivo, y protege al niño de enfermedades infecciosas y de muchas patologías crónicas, como la obesidad, la hipercolesterolemia, la hipertensión arterial y diabetes, entre otros. Diversos estudios han demostrado que los lactantes alimentados con leche materna, obtienen mejores resultados en las pruebas de inteligencia y comportamiento. ^(16, 17)

Sin embargo, la lactancia materna no solo establece beneficios al lactante, sino también se observan beneficios maternos, como puede ser el caso de la disminución del riesgo de cáncer de ovario y de mama, disminuye el riesgo de hemorragia posparto, así como el retraso del retorno a la fertilidad. ^(16, 17)

La lactancia materna es un acto natural, pero al mismo tiempo es un comportamiento aprendido. Numerosas investigaciones han demostrado que las madres y otros cuidadores necesitan apoyo activo para iniciar y mantener prácticas apropiadas de lactancia materna. ^(16, 17)

Con respecto a la prevalencia exacta de disfunciones sexuales en el periodo de lactancia no existe unanimidad entre los investigadores. Diversos estudios han demostrado que es un problema común en las mujeres en esta etapa vital. Asimismo, un estudio revela que dos tercios de las mujeres lactantes (58.3%) padecían disfunciones sexuales femeninas en el periodo de lactancia materna. ⁽¹⁸⁾

Numerosos estudios corroboran que la disfunción sexual que posee mayor incidencia en la lactancia es el trastorno por déficit de la lubricación vaginal, seguido de trastornos del deseo y excitación sexual. ^(1, 18, 19) Esto podría deberse a los altos niveles de prolactina, bajos niveles de estrógenos, alto pH vaginal, aumento de las células parabasales e intermedias y la disminución de las células superficiales en la

mucosa vaginal en el periodo de lactancia. Estas modificaciones podrían reducir la lubricación vaginal, causando disparemia durante el coito. ^(18, 20)

Por otra parte, los cambios que ocurren debido a las nuevas tareas como madre, disminuyen el deseo y la excitación sexual, así como las interacciones interpersonales en la relación conyugal. Las nuevas madres experimentan fatiga o estrés, asociadas al cuidado del bebé y la lactancia, que se convierten en prioridades durante la primera etapa de vida del recién nacido. Esto provoca una disminución de la importancia de la sexualidad en las mujeres. ^(1, 18, 19)

1.2.3.- Modelo *plissit*

El abordaje precoz de una disfunción sexual es esencial con el fin de prevenir las múltiples dificultades que pueden aparecer tanto dentro del vínculo conyugal, como en las relaciones sociales o en problemas de autoestima que afecten al individuo.

Un gran número de pacientes con disfunciones sexuales podrían resolver sus alteraciones si tuviesen la posibilidad de comunicarse con el personal sanitario, libre y abiertamente como seres sexuales y recibir apoyo adecuado para afrontarlos de manera eficaz.

El modelo Plissit se elaboró con la intención de facilitar al profesional sanitario herramientas para abordar cuestiones relacionadas con la sexualidad individual y colectiva. Su nombre procede de las iniciales en inglés “Permission, Limited Information, Specific Suggestions e Intensive Therapy”. ⁽²¹⁾

El modelo Plissit está basado en cuatro etapas, resumidas en el siguiente esquema:

Tabla 2: Esquema “resumen” del modelo PLISSIT (fuente*)

P	LI	SS	IT
“Permission”/ Permiso	“Limited information”/ Información limitada	“Specific suggestions”/ Sugerencias específicas	“Intensive therapy”/ Terapia intensiva

<p>Esta fase podría entenderse como “dar permiso” al paciente para sentirse cómodo, y a su vez, “recibir el permiso del paciente” para abordar la sexualidad. Debemos crear un ambiente distendido con el paciente, con el cual, poder abordar cuestiones de la sexualidad, así como darle seguridad y confianza en cuanto a las preocupaciones pudiendo compartirlas con el personal sanitario.</p>	<p>Ampliar el conocimiento del individuo sobre los comportamientos y actuaciones sexuales, así como los condicionantes que los afectan. Por otra parte, desmitificar falsos conocimientos y otorgar importancia en la comunicación y la confianza con la pareja del paciente.</p>	<p>Dirigidas a dar respuesta a conflictos del paciente. Conversar sobre las conductas coitales y no coitales de expresión sexual, así como la imagen corporal alterada. Sugerencias específicas en relación al periodo de lactancia relacionados con la sexualidad, tanto en lo que refiere a los cambios familiares, físicos y biológicos, así como el miedo ante la posibilidad de disparemia u otros problemas sexuales.</p>	<p>Si las fases anteriores no son suficientes, necesitará la atención especializada a través de interconsultas con expertos en disfunción sexual humana, como: psicosexólogos, ginecólogos, psiquiatras...</p>
--	---	---	--

FUENTE: Sánchez Ruíz M. Aplicación del modelo PLISSIT como intervención de enfermería para el abordaje de alteraciones de la sexualidad en pacientes con ostomías de eliminación [Internet]. Lleida: Trabajo fin de grado en Enfermería. Universidad de Lleida; 2016 [citado 10 abril 2019]. Disponible en: <https://repositori.udl.cat/bitstream/handle/10459.1/57645/msanchezr.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Existen diversos estudios que demuestran su utilidad y eficacia. En la siguiente tabla (tabla 3) se exponen con detalle las características principales y resumen de algunos estudios que analizan su eficacia en pacientes con ostomías de eliminación:

Tabla 3: Resumen de estudios realizados con el modelo PLISSIT en pacientes con ostomías(fuente*)

Tipo de estudio	Título de la publicación	Autores	Publicación y año	Lugar de realización	Población diana	Muestra del estudio	Resumen
Estudio prospectivo, estandarizado y controlado	"The influence on women's sexual functions of education given according the PLISSIT model after hysterectomy"	Tutuncu B Yildiz H	<i>Procedia – Soc Behav Sci</i> (2012)	Estambul (Turquía)	Mujeres operadas de histerectomía	70 (divididas aleatoriamente entre grupo experimental y control)	<ul style="list-style-type: none"> - Al grupo experimental se le aplicó un programa educativo según el modelo PLISSIT - Los datos fueron recogidos mediante el cuestionario FSFI (Female Sexual Function Index), que fue completado en 4 ocasiones (dos previas a la cirugía, una a los 3 meses, y otra a los 6 meses tras la cirugía). - Los resultados mostraron que las funciones sexuales de las participantes eran similares antes de la indicación de la histerectomía, en ambos grupos afectó negativamente a la sexualidad la realización de la misma, pero en las evaluaciones postoperatorias a los 3 y los 6 meses se mostró que la función sexual de las mujeres que habían sido educadas según el modelo PLISSIT fueron mejores. El grupo control mostró tasas más elevadas de disfunción sexual; y las mujeres del grupo experimental tuvieron más éxito al enfrentarse a los problemas sexuales tras la cirugía.
Experimental	"Effectiveness of the PLISSIT model for solving the sexual problems of patients with stoma"	Ayaz S Kubilay G	<i>J Clin Nurs</i> (2009)	Ankara (Turquía)	Pacientes ostomizados	60 (30 en el grupo experimental y 30 en el control, aleatoriamente)	<ul style="list-style-type: none"> - La recogida de datos se llevó a cabo mediante un cuestionario y la escala Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS) - Al grupo experimental se le realizaron 8 visitas a domicilio en las que se trataron los problemas sexuales de los individuos con un estoma, y se les proporcionaron soluciones, bajo el modelo PLISSIT de intervención en aspectos de sexualidad. - Los resultados mostraron que los problemas sexuales descendieron al utilizar el modelo PLISSIT.

Tipo de estudio	Título de la publicación	Autores	Publicación y año	Lugar de realización	Población diana	Muestra del estudio	Resumen
Quasi-experimental	"Adressing the sexual problems of Iranian women in a primary health care setting: A quasi-experimental study"	Rostamkhan F Jafari F Ogoli G Shakeri M	<i>Iran J Nurs Midwifery Res</i> (2015)	Zanjan (Iran)	Mujeres con problemas sexuales, en Atención Primaria	80 (asignación aleatoria estandarizada entre grupo control e intervención)	<ul style="list-style-type: none"> - El grupo intervención recibió, por parte de una matrona, una atención en consultas basada en el modelo PLISSIT y el grupo control recibió la atención habitual. - Se evaluaron los resultados en tres ocasiones: antes de recibir la atención, 2 semanas después y 4 semanas después de la misma. - El estudio mostró una mejora significativa en el deseo sexual, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y disminución del dolor.
Quasi-experimental	"Effect of PLISSIT Model Sexual Health Enhancement Program for Women with Gynecologic Cancer and Their Husbands"	Nho J-H	<i>J Korean Acad Nurs</i> (2013)	Corea (Universidad de Ulsan)	Parejas en las que las mujeres habían padecido algún tipo de cáncer ginecológico	43 parejas (21 en grupo experimental y 22 en grupo control, asignadas aleatoriamente)	<ul style="list-style-type: none"> - Se llevó a cabo un programa de 4 sesiones (una sesión a la semana, durante 90 minutos cada sesión) basadas en el modelo PLISSIT. - Se les pasó un cuestionario, que fue completado por los participantes antes y después del programa. - El grupo control recibió la intervención tras el estudio experimental. - Se utilizaron el test de Chi-cuadrado, el de T y el test exacto de Fisher para probar la efectividad del programa. - Tras la intervención, los resultados obtenidos de los cuestionarios mostraron diferencias significativas entre los grupos en cuanto a función sexual, distrés sexual e intimidad desde el punto de vista de las mujeres y en la felicidad subjetiva de sus parejas.

FUENTE: Sánchez Ruíz M. Aplicación del modelo PLISSIT como intervención de enfermería para el abordaje de alteraciones de la sexualidad en pacientes con ostomías de eliminación [Internet]. Lleida: Trabajo fin de grado en Enfermería. Universidad de Lleida; 2016 [citado 10 abril 2019]. Disponible en: <https://repositori.udl.cat/bitstream/handle/10459.1/57645/msanchezr.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

1.3- Justificación

Las mujeres en periodo de lactancia, con o sin disfunciones sexuales, deberían abordar los factores que puedan afectar a su patrón sexual y su bienestar. Hoy en día se sigue viendo como un tabú dentro de nuestra sociedad y existe cierto rechazo a la búsqueda de ayuda en los profesionales sanitarios. Un estudio realizado mostró que solo el 28% de las mujeres con trastornos sexuales en el periodo postparto buscaron ayuda en los profesionales de salud, y solo el 34% de ellos, expusieron interés en abordar el patrón sexual y reanudar las actividades sexuales después de la sexta semana postparto. ⁽¹⁸⁾

Actualmente la lactancia materna se encuentra en cifras al alza, en torno al 74% en España. ⁽⁵⁾ Sin embargo, continúan existiendo cifras significativas de disfunciones sexuales en el postparto y en el periodo de lactancia, que en cierta medida no son valorados y tratados por el personal sanitario por desconocimiento en cómo evaluar el patrón sexual. ⁽²⁾ La formación y tratamiento de estos aspectos por parte de los profesionales es imprescindible.

En la actualidad existen ciertos perfiles de la población que ven con malos ojos la lactancia en lugares públicos, en parte debido a que solo atribuyen a la mama un rol erótico y de placer.

La dificultad de comprender el papel de madre y mujer dentro de un mismo cuerpo, tanto desde el punto de vista del hombre como de la mujer, hace que esta distorsión pueda afectar a la sexualidad de la pareja y a la lactancia materna, dificultando la conciliación de ambas y generando un dilema entre mujer y madre. ⁽²⁵⁾

La alta prevalencia de disfunciones sexuales femeninas en mujeres que amamantan demuestra la importancia de que los profesionales sanitarios aborden el patrón sexual y evalúen de forma adecuada a los pacientes. El personal sanitario debe crear oportunidades y trabajar en la seguridad y confianza en la mujer para llevar a cabo una atención integral de sus necesidades con el objetivo de recuperar su bienestar sexual. ^(6, 18)

1.4- Problema de investigación

Ante la alta prevalencia que existe en las disfunciones sexuales en mujeres en edad fértil y teniendo en cuenta la escasa importancia que se le da a la sexualidad

femenina en la sanidad, debido en parte al tabú que sigue existiendo en la sociedad sobre este asunto, conviene preguntarse:

- ¿Qué importancia le dan las mujeres a su sexualidad durante el periodo de lactancia, como perciben estos cambios en su vida y las inquietudes que les genera?
- ¿Qué papel tiene la pareja en este proceso?

2. METODOLOGÍA

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en bases de datos científicas del ámbito de las ciencias de la salud: PubMed, EBSCO y Scielo.

Las palabras clave que se han utilizado en la revisión bibliográfica se eligieron tras comprobar que estaban incluidas en DeCs (Descriptores en Ciencia de la Salud) y en inglés en MeSH (Medical Subject Headings)

El operador booleano utilizado en la búsqueda ha sido “AND”.

	Descriptores en castellano	Descriptores en inglés
<i>Sexualidad</i>	Sexualidad	Sexuality
<i>Lactancia materna</i>	Lactancia materna	Breastfeeding
<i>Modelo PLISSIT</i>	Modelo PLISSIT	PLISSIT model
<i>Actitud</i>	Actitud	Attitude
<i>Disfunción sexual</i>	Disfunción sexual	Sexual dysfunction

-Criterios de inclusión-

- Artículos publicados en los últimos 10 años.
- Idioma en castellano o inglés.
- Cuyo texto estuviera disponible de forma gratuita.

-Criterios de exclusión-

- Artículos que hagan referencia a la sexualidad en aspectos no relacionados con la lactancia materna.

2.1. Estrategia de búsqueda bibliográfica

Base de datos	Palabras clave (y descriptores)	Límites	Artículos encontrados	Artículos seleccionados
EBSCO	Sexuality AND breastfeeding		67	(19, 22)
	Plissit Model AND breastfeeding	Año de publicación	2	(9)
	Attitude AND breastfeeding AND sexuality	(10 años)	11	(13, 23)
	Sexual dysfunction AND breastfeeding		13	(24)
SCIELO	Sexualidad AND lactancia materna		8	(0)
	Actitud AND sexualidad AND lactancia materna	Año de publicación (10 años)	0	(0)
	Modelo Plissit AND sexualidad		0	(0)
	Disfunción sexual AND lactancia materna		2	(0)

PubMed	Sexuality AND breastfeeding		150	(1, 18)
	Attitude AND sexuality AND breastfeeding	Año de publicación	31	(0)
	Plissit Model AND sexuality	(10 años)	14	(0)
	Sexual dysfunction AND breastfeeding		41	(20)
Número total de artículos encontrados			339	9

Se ha llevado a cabo la búsqueda en tres bases de datos: EBSCO, SCIELO, PubMed y se han excluido otras como “NNNconsult” ya que el objetivo de este trabajo no constaba de la consulta o evidencias de diferentes diagnósticos enfermeros.

De los 339 artículos encontrados, se han excluido 309 estudios ya que no se encontraban de forma gratuita en las bases de datos registradas. Tras esta exclusión, encontramos un total de 30 artículos, de los cuales, se han eliminado 9 porque estaban reiterados en diferentes bases de datos. Finalmente hemos excluido aquellos artículos que, tras leer el resumen, no se acotaban a los objetivos de esta revisión bibliográfica y cuyo nivel de evidencia científica se veía limitado al tratarse de artículos que recogían opiniones de expertos.

No se excluyó un estudio que analizaba la sexualidad en el postparto, sin incluir madres lactantes debido a que es el único artículo que encontramos en el que se estudiaba de una manera integral el papel del padre en todo el proceso después del parto. Asimismo, decidimos incluir un estudio sobre sexualidad en el postparto que tampoco abordaba la lactancia materna, debido a que analizaba las diferentes expresiones de la sexualidad como la masturbación o en sexo oral, y no solo exponía las relaciones coitales entre los cónyuges.

Finalmente se ha obtenido un total de 9 artículos en inglés, evidenciados en los resultados del presente estudio.

3. RESULTADOS

En la siguiente tabla se exponen los diferentes estudios que han sido seleccionados en la búsqueda bibliográfica teniendo como eje principal la sexualidad durante la lactancia materna y el papel de la pareja en el postparto, de acuerdo con las preguntas de investigación formuladas en el presente trabajo.

Se registró el tipo de estudio, lugar y año de publicación, la muestra seleccionada y los autores, entre otros “ítems” (tabla 4). En la tabla 4 también se presenta un resumen de los resultados encontrados y las conclusiones aportadas.

Tabla 4: Resumen de investigaciones incluidas en la revisión bibliográfica sobre sexualidad y lactancia materna. *Fuente: Propia

AUTORES	TÍTULO DE LA PUBLICACIÓN	PUBLICACIÓN Y AÑO	TIPO DE ESTUDIO	LUGAR DE REALIZACIÓN	POBLACIÓN DIANA	MUESTRA DE ESTUDIO	RESUMEN
Triviño-Juárez J, Romero-Ayuso D, Nieto-Pereda B et al. (19)	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 (2018)	Estudio prospectivo, longitudinal y observacional.	Distrito de Salud Oeste, Centro de Atención Primaria Francia, Servicio de Salud de Madrid, Madrid, España	Mujeres sanas, primíparas de 18 a 45 años, de habla hispana que dieron a luz en un hospital entre febrero de 2013 y abril de 2014	552 mujeres (seleccionadas con muestreo de conveniencia no probabilística)	<p>Los resultados revelaron que de las mujeres que fueron valoradas en el postparto (sin tener en cuenta exclusivamente la lactancia materna) solo un 24.4% había reanudado las relaciones y un 49.2% había experimentado disparemia en las primeras 6 semanas postparto. Las mujeres con parto instrumentalizado, episiotomías o desgarros tenían más dificultad en la reanudación de las relaciones sexuales que aquellas que habían tenido un parto vaginal espontáneo.</p> <p>En el 6º mes postparto, las mujeres que amamantaban, dentro de la muestra a estudio, tenían una disminución de las relaciones sexuales y un mayor índice de disparemia con respecto a las que no lactaban.</p> <p>Se concluye que, en la 6ª semana</p>

							postparto, las mujeres que amamantaban relacionaban dar el pecho con la presencia de dolor en el coito, además se observó que esta asociación de dispauremia y LM en un alto porcentaje de casos se mantuvo hasta los 6 meses postparto.
Wallwiener S, Müller M, Matthies L et al. ⁽¹⁾	The influence of partnership quality and breastfeeding on postpartum female sexual function	Archives of Gynecology and Obstetrics (2018)	<i>Estudio de cohorte longitudinal</i>	Hospital Universitario de Heidelberg, Alemania	Mujeres embarazadas , mayores de 18 años y tener un conocimiento suficiente del idioma alemán	330 mujeres	<p>Los resultados del estudio nos indican que la LM, un nivel educativo alto y los síntomas depresivos maternos se correlacionan con el índice de función sexual femenina (IFSF) en el postparto. Los datos mostraron que durante la lactancia materna se vieron afectados principalmente el deseo, la excitación, la lubricación y el dolor.</p> <p>Además, se observó una dependencia gradual entre la duración de la lactancia materna y la función sexual.</p> <p>Se concluyó que la lactancia materna es un predictor poderoso para FSD a los 4 meses postparto, representando el 24.3% de la variación acumulada en la disfunción</p>

							sexual. Se hallaron puntuaciones del IFSF bajas en aquellas mujeres con LME con respecto a las que no amamantaron o lactaron durante un periodo de tiempo inferior. Finalmente expusieron que la variable "lactancia exclusiva" explicó un 8.1% de la varianza del IFSF asignándose como uno de los efectos principales en DS.
Banaei M, Safarzadeh S, Shahrahmani H. (22)	Impact of counseling on sexual intimacy of lactating women	Annals of Tropical Medicine and Public Health (2017)	<i>Ensayo clínico aleatorizado</i>	University of Medical Sciences, Tehran, Iran	Mujeres nulíparas y lactantes durante los primeros 6 meses después del parto	82 mujeres (divididas aleatoriamente en un grupo de intervención y otro de control)	<p>La muestra se valoró a través de unos cuestionarios para asegurar los criterios de inclusión, antes de la intervención con el modelo PLISSIT. De la misma manera fue valorada al mes y 3 meses después del inicio del estudio. Se llevaron a cabo dos sesiones a través del modelo con una duración entre 60 y 90 min, una vez por semana. Además, se proporcionaron a las mujeres de la muestra llamadas telefónicas de seguimiento por parte del investigador.</p> <p>Los resultados obtenidos mostraron una diferencia estadística significativa en el dominio de</p>

							<p>“intimidad sexual femenina” en el grupo al que se le aplicó el modelo PLISSIT, con respecto al grupo de control que no fue abordado a través del modelo. El estudio recogió que el grupo al que se le aplicó el modelo tuvo un puntaje de 19.81 previo a la intervención y con un incremento del 29.99 un mes después. Indicaron que la educación sexual con el modelo PLISSIT tuvo un impacto positivo en la mejora de la calidad matrimonial, satisfacción e intimidad sexual, así como una recuperación de la autoaceptación y la autoestima de la mujer.</p> <p>Se concluye que el asesoramiento y la capacitación sexual ayuda a mejorar las relaciones sexuales de la pareja y a evitar conflictos matrimoniales en el periodo de embarazo y lactancia.</p>
							<p>Los resultados obtenidos indican que las preocupaciones sexuales son muy comunes (89% de las madres y 83% de los padres) en el primer año</p>

Rosen NO, Mooney K, Muise A. ⁽²³⁾	<p>Dyadic Empathy Predicts Sexual and Relationship Well-Being in Couples Transitioning to Parenthood</p>	<p>Journal of sex & marital therapy. (2017)</p>	<p><i>Estudio en línea transversal</i></p>	<p>Psychology & Neuroscience, Dalhousie University, Nova Scotia, Canada.</p>	<p>Parejas primerizas con un bebé entre tres y 12 meses en toda América del Norte</p>	<p>255 parejas (elegidas tras un cuestionario)</p>	<p>de vida del hijo. Se comprobó asimismo que las mujeres que han tenido su primer hijo reportan una satisfacción y deseo sexual significativamente menores con respecto a los hombres. Sin embargo, tanto las mujeres como los hombres que eran más empáticos con sus parejas, informaron de una mayor satisfacción sexual y un mejor ajuste de la relación.</p> <p>Se concluye que la empatía diádica puede mejorar la calidad de las intervenciones dirigidas a ayudar a las parejas y realizar la transición a la paternidad manteniendo su bienestar sexual y de relación.</p>
Lagaert L, Weyers S, Van	<p>Postpartum dyspareunia and sexual functioning: a</p>	<p>Revista Europea de Anticoncepción y Salud</p>	<p><i>Estudio de cohorte prospectivo</i></p>	<p>Departamento de Obstetricia y Ginecología en el Hospital</p>	<p>Mujeres embarazadas de más de 24</p>	<p>109 mujeres en su tercer trimestre de embarazo (seleccionadas a través de un</p>	<p>Los datos recogieron la prevalencia de dispareunia entre un 32,8% y un 51% a las 6 semanas y 6 meses del parto, respectivamente. Además, existe mayor prevalencia en primíparas que en múltiparas. A los 6 meses postparto, el 92,2% de las mujeres de la muestra había reanudado las relaciones sexuales, y</p>

Kerrebroeck H et al. (24)	prospective cohort study	Reproductiva. (2017)		Universitario de Ghent. Bélgica.	semanas de gestación	cuestionario inicial), evaluadas de nuevo a las 6 semanas y los 6 meses del parto	<p>dentro de ellas, un 40,7% experimentó dispauremia.</p> <p>Se concluyó que las mujeres que decidieron lactar en el postparto tenían mayor riesgo de dispauremia debido al déficit de lubricación vaginal en las primeras 6 semanas, mientras que este riesgo disminuía en las mujeres que no amamantaban.</p>
Wallwiener S, Müller M, Doster A et al (20)	Sexual activity and sexual dysfunction of women in the perinatal period: a longitudinal study	Arch Gynecol Obstet (2017)	<i>Estudio de cohorte longitudinal</i>	Universidad De Heidelberg, Alemania	Mujeres embarazadas mayores de 18 años	315 mujeres (seleccionad as al azar) estudiadas en el embarazo, la primera semana y los 4 meses postparto.	<p>Los resultados recogieron que la inactividad sexual fue de un 24% en el embarazo, un 40,5% en la primera semana postparto y un 19,9% en los 4 meses postparto. Además, se asoció la lactancia materna como factor de riesgo de DS en el postparto, incrementando el porcentaje de inactividad sexual en las dos últimas etapas valoradas. El trastorno del deseo sexual fue la DS más prevalente.</p> <p>Se concluye que la inactividad sexual y las FSD fueron sustancialmente frecuentes en las mujeres de la muestra a estudio. La falta de deseo y actividad sexual lo</p>

							plantean como respuestas adaptativas a una fase de la vida desafiante como puede ser el postparto y la lactancia.
Hipp L, Kane Low L et al. ⁽¹³⁾	Exploring Women's Postpartum Sexuality: Social, Psychological, Relational, and Birth-Related Contextual Factor	J Sex Med (2012)	<i>Estudio retrospectivo y exploratorio</i>	Departamento de Psicología y Estudios de la Mujer, Programa en Neurociencias, Ciencias de la Reproducción. Programa, Universidad de Michigan.	Mujeres entre 18 y 50 años, que habían dado a luz en los últimos 7 años y reanudación de relaciones sexuales	304 mujeres (elegidas a través de cuestionarios y varias escalas)	<p>En el periodo postparto el 85% de las mujeres mantenía relaciones sexuales, el 65% tenía relaciones sexuales orales y el 61% participaba en la masturbación. Las mujeres habían expresado haber practicado sexo oral más temprano, seguido por la masturbación, luego el coito y finalmente el acto de recibir sexo oral.</p> <p>Determinaron que la presencia de las parejas en el parto, infería en el posterior deseo sexual hacia ellas, y se correlacionó de manera positiva con el deseo diádico, pero no el solitario.</p> <p>Se concluyó que las percepciones que tenían sus parejas con respecto a ellas, tuvieron un mayor impacto en la sexualidad de la mujer que los factores relacionados con el trauma vaginal y la dispauremia en el parto.</p>
							Los resultados del estudio

Fuentealba-Torres M, Cartagena-Ramos D, Fronteira I, et al. ⁽¹⁸⁾	<p>What are the prevalence and factors associated with sexual dysfunction in breastfeeding women?</p>	<p><i>BMJ Open</i> (2019)</p>	<p><i>Estudio analítico transversal</i></p>	<p>Región del Estado de Sao Paulo. Brasil</p>	<p>Mujeres mayores de 18 años, hasta los 23 meses lactando. Sin inconvenientes médicos para reanudar las relaciones sexuales</p>	<p>355 mujeres (elegidas a través de un cálculo probabilístico de la población)</p>	<p>aportaron una prevalencia del 58,5% de FSD en mujeres lactantes. Los factores asociados a la posibilidad de padecer una FSD fueron: una baja importancia y disminución de la frecuencia en las relaciones sexuales, comunicación limitada con la pareja y baja calidad de vida.</p> <p>El déficit de lubricación vaginal fue la FSD con mayor prevalencia (88.7%), mientras que la menor fue la satisfacción sexual (50.9%). La disminución de la lubricación vaginal, del deseo y de la excitación sexual fueron los FSD más frecuentes en el periodo de lactancia.</p> <p>Las mujeres que tenían una comunicación limitada con sus parejas, tenían un riesgo 2,2 veces mayor de padecer una DS.</p>
Banaei M, Tork Zahrani	<p>Investigating the impact of counseling based on</p>	<p>International Journal of Pharmaceutica I Research &</p>	<p><i>Ensayo clínico aleatorio</i></p>	<p>Universidad de Ciencias</p>	<p>Mujeres nulíparas y lactantes</p>	<p>90 mujeres lactantes (escogidas al azar y</p>	<p>La muestra se valoró a través de unos cuestionarios para asegurar los criterios de inclusión, antes de la intervención con el modelo PLISSIT, asimismo, 1 y 3 meses tras el inicio del estudio. Se llevaron a cabo dos</p>

S, Pormehr-Yabandeh A et al ⁽⁹⁾	PLISSIT model on sexual intimacy and satisfaction of breastfeeding women	Allied Sciences, (2016)		Médicas, Bandar Abbas, Irán	durante los primeros seis meses después del parto.	divididas en un grupo de investigación y otro de control)	<p>sesiones en una sala privada del Centro de Salud, a través del modelo PLISSIT, una vez por semana y con una duración entre 60 y 90 min. Además, se proporcionaron a las mujeres de la muestra llamadas telefónicas de seguimiento por parte del investigador.</p> <p>Se constató un aumento significativo en el puntaje de satisfacción sexual en las madres lactantes del grupo de intervención de 84.76 a 115.3 puntos tras la aplicación del modelo PLISSIT, mientras que en el de control hubo un ligero incremento de 86.93 a 91.01 puntos.</p>
---	--	-------------------------	--	-----------------------------	--	---	---

4. DISCUSIÓN

Esta revisión bibliográfica se centró en el funcionamiento sexual, la prevalencia de disfunciones sexuales, la interrelación que existe en la sexualidad en el periodo postparto y específicamente en la lactancia materna, así como el papel que juega el cónyuge en el proceso de transición a la maternidad/paternidad.

Prevalencia de disfunción sexual en madres lactantes

En los estudios consultados existe unanimidad en la presencia de un alto porcentaje de disfunciones sexuales en los procesos vulnerables como pueden ser el embarazo, postparto y la lactancia materna. Sin embargo, estadísticamente, no hay una prevalencia exacta en cuanto al porcentaje de DS en estos periodos. Algunos estudios exponen que en los periodos evaluados (6 semanas y 6 meses postparto) las cifras de DS fueron alrededor del 41% y 83%, respectivamente. Este estudio recogió tanto a mujeres lactantes como a aquellas que no amantaban.⁽¹⁹⁾ Teniendo en cuenta exclusivamente el periodo de lactancia, un estudio recogió que el 58.3% de las mujeres que amamantaban reportaban diferentes niveles de DS.⁽¹⁸⁾

Cabe destacar que la mayoría de las publicaciones reconocen la falta de investigación o la inconsistencia de los resultados de estudios previos en este ámbito de la esfera humana, para determinar con mayor exactitud la prevalencia de DS en la mujer y específicamente en madres lactantes.^(1, 18, 19)

Se ha evidenciado la correlación entre la lactancia materna y el riesgo de padecer disfunciones sexuales femeninas, siendo las más comunes el trastorno por déficit de lubricación vaginal y la dispauremia.^(1, 18, 19 20, 24) En algunos estudios se observó que la prevalencia de DS como los trastornos del dolor sexual tras 6 meses postparto era más frecuente en mujeres en periodo de LM.^(13, 19) Aquellas que reanudaron las relaciones sexuales mientras lactaban expresaron que existía una disminución en la frecuencia de relaciones íntimas y un aumento de la dispauremia.⁽¹⁹⁾

Un estudio recoge la dependencia gradual entre la duración de la lactancia y la función sexual femenina, además, nos facilita una visión en la que las mujeres con LM exclusiva tenían más probabilidades de experimentar FSD postparto, seguidas por las mujeres con LM mixta y de las mujeres que no amamantaron.⁽¹⁾ Este mismo estudio recogió que el periodo periparto representa un momento de disminución de la función sexual.⁽¹⁾ Por este motivo, otra investigación se centró en diferenciar la inactividad sexual, con la presencia de disfunciones sexuales femeninas en este periodo.

Consideraba la posibilidad de una sobreestimación de las FSD en esta etapa ya que la disminución del deseo o de relaciones sexuales también podría deberse a respuestas adaptativas ante la transición a la maternidad/paternidad. Recogió que la prevalencia potencial de FSD en el postparto era de aproximadamente 26.5%, mientras que la inactividad sexual oscilaba entre el 19.6% a un máximo de 40.5%. ⁽²⁰⁾

Factores relacionados con disfunción sexual en madres lactantes

Estas asociaciones entre disfunción sexual y lactancia materna se han relacionado con el aumento de prolactina que provoca la disminución de los niveles de andrógeno, estrógeno y progesterona por la actividad ovárica suprimida, dando lugar a un déficit de la lubricación vaginal, disminución del deseo sexual y dispauremia. ^(19, 20)

Por otra parte, se ha puesto de manifiesto la correlación que existe entre los cambios psicológicos, familiares y físicos con respecto a la sexualidad femenina.

Algunos investigadores hacen referencia a los factores que dificultan la sexualidad intrafamiliar, como puede ser el caso del aumento de la fatiga ante las exigencias de cuidados natales, la falta de sueño asociada a la LM a demanda y el aumento de las responsabilidades maternas. ^(1, 19) Así como los traumatismos perineales durante el parto o los problemas de relación conyugal relacionados con la falta de comunicación. ⁽¹⁸⁾

Centrándose en este aspecto más emocional, y de relaciones interpersonales con la pareja en el periodo de transición a la paternidad y la lactancia materna, un estudio expone que el apoyo conyugal a través de la preocupación por la mujer y la colaboración conjunta en el desempeño de las tareas domiciliarias, (a lo que se denomina empatía diádica), puede facilitar la sexualidad y las relaciones entre la pareja. ⁽²³⁾

No todas las parejas evidencian un deterioro en su sexualidad después de convertirse en padres. En algunos casos, se han objetivado cambios positivos, en los que la mujer se empodera debido a la transición de roles, nuevas responsabilidades, confianza o se sienten más felices. ⁽²³⁾ También se ha percibido que la actitud de sus cónyuges con respecto a la lactancia y a la sexualidad se muestra de forma positiva debido al aumento de los senos y a la hipersensibilidad del pezón, favoreciendo la imagen corporal de la mujer y aumentando su respuesta sexual. ⁽¹⁹⁾ Otros estudios referencian estos factores positivos de una manera más emocional, haciendo hincapié en el bienestar de una pareja romántica y correlacionando la empatía diádica con un

mayor deseo sexual en la mujer. Sin embargo, esta asociación entre empatía diádica y un aumento del deseo sexual no se confirmó en el caso de los hombres. ⁽²³⁾

La asociación entre la lactancia materna y sexualidad es diferente según el tipo y la visión de estudio que valoremos. No obstante, debemos tener en cuenta que los factores interpersonales y una eficiente comunicación en la pareja son muy importantes en el papel que juega la transición a la paternidad /maternidad, afectando directamente al desempeño sexual de los cónyuges. Una relación estable puede minimizar los obstáculos que surjan tras el nacimiento de un niño, en el funcionamiento sexual posterior.

La sexualidad en este periodo vital de la mujer también se puede abordar de una manera individual y multifactorial, como se objetiva en uno de los estudios en el que incluyen la masturbación y el sexo oral. Los resultados recogieron que existía un mayor número de mujeres que iniciaban nuevamente su sexualidad a través del sexo oral (realizado a su pareja), seguido por la masturbación, el coito y finalmente el sexo oral (recibido por su pareja). ⁽¹³⁾

Teniendo en cuenta esta secuencia de reanudación de la sexualidad en el postparto, podemos deducir que la realización del sexo oral hacia la pareja puede estar, en gran parte, impulsada por los intereses sexuales de los cónyuges. Seguidamente, las mujeres reanudaron su sexualidad a través de la masturbación, por lo que se puede apuntar a la posibilidad de que las mujeres en el postparto se sentían conformes con su vulva. ⁽¹³⁾ Sin embargo, diversos estudios respaldan que el retraso de la actividad sexual se debe, sustancialmente, al trauma vaginal acontecido en el parto, como pueden ser desgarros vaginales o episiotomías. ⁽¹⁹⁾

Este abordaje de la sexualidad no solo incluyendo la penetración, sino también la masturbación o el sexo oral, solamente lo hemos encontrado en el estudio citado con anterioridad. Esto nos puede llegar a plantear la posibilidad de una sobreestimación de las FSD en los estudios que no tienen en cuenta estas experiencias sexuales al analizar la sexualidad de la mujer en el postparto y la lactancia.

La preocupación por la sexualidad en los periodos vulnerables de la maternidad/paternidad es muy común. Del mismo modo que se expone en este trabajo que una buena comunicación sexual ayudaría a un aumento de la satisfacción en las relaciones íntimas entre los cónyuges, también se observa que la falta de la misma podría llevar aparejado, según un estudio, que el 89% de las madres y el 83% de los

padres expresen preocupación sobre las expectativas para la actividad sexual en el primer año después del parto, y más del 50% de los padres, entre los dos y los ocho años posteriores. ⁽²³⁾

Teniendo en cuenta estas elevadas cifras, se observa en la mayoría de estudios consultados, la necesidad de llevar a cabo programas de Educación para la Salud con respecto a la sexualidad en el pre y postparto. ^(19, 20) No solo para afrontar los conflictos que puedan surgir o para tener conciencia de los cambios que se generarán; físicos, hormonales, emocionales o de interrelación entre los cónyuges, sino también, para alentar en la comunicación de inquietudes sexuales con los profesionales sanitarios. ⁽²²⁾ Asimismo es importante animar a los sanitarios a favorecer un entorno distendido y generar preguntas abiertas en forma de diálogo para detectar posibles disfunciones sexuales y favorecer el bienestar sexual. ^(19, 24)

En base a los datos recogidos en esta revisión bibliográfica podemos aventurarnos a afirmar que el modelo PLISSIT no ha adquirido una relevancia y uso mayor entre los profesionales sanitarios por dos causas: el desconocimiento del mismo y la poca utilización de esta herramienta.

Diversos estudios apoyan el empleo del modelo PLISSIT dentro de las consultas a las que acuden las madres, ya que. El asesoramiento sobre la sexualidad de las mujeres puede capacitarlas para prevenir problemas y conflictos conyugales en periodos tan vulnerables como el embarazo y la lactancia materna. ^(9, 22)

5. CONCLUSIÓN

Tras la revisión bibliográfica realizada en este trabajo debemos concluir que existe una asociación entre FSD y la lactancia materna. Las DS más prevalentes en este periodo son los trastornos por déficit en la lubricación vaginal y la dispauremia. En las madres lactantes hay una alta prevalencia de trastornos del dolor sexual a los 6 meses postparto.

Asimismo, un apoyo conyugal, una empatía diádica y una buena comunicación en la pareja podría favorecer la reanudación de una sexualidad satisfactoria en el postparto.

Teniendo en cuenta el aumento del porcentaje de mujeres lactantes en España y la importancia tanto de lograr lactancias prolongadas como de que ambos miembros de la pareja tengan una buena salud sexual, es necesario realizar programas de Educación para la Salud pre y postnatalmente que incluyan intervenciones basadas en modelos como el PLISSIT para minimizar la prevalencia de FSD y las inquietudes generadas en este periodo vulnerable de la vida fértil de la mujer.

6. BIBLOGRAFÍA

- Empleada en la revisión bibliográfica

- (1) Wallwiener S, Müller M, Matthies L et al. The influence of partnership quality and breastfeeding on postpartum female sexual function. Heidelberg: Archives of Gynecology and Obstetrics; 2018. [citado 24 mayo 2019]. Disponible en: <https://link-springer-com.accedys2.bbt.ull.es/content/pdf/10.1007%2Fs00404-018-4925-z.pdf>
- (2) Alcoba Valls S, García-Giralda Ruiz L, San Martín Blanco C et al. Guía de buena práctica clínica en disfunciones sexuales. Madrid: International Marketing & Communications; 2004.
- (3) Infant and young child feeding - UNICEF DATA [Internet]. UNICEF DATA. 2018 [citado 29 mayo 2019]. Disponible en: <https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/>
- (4) Alimentación del lactante y del niño pequeño [Internet]. Who.int. 2018 [citado 29 mayo 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
- (5) ENSE Encuesta Nacional de Salud España 2017 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2018 [citado 22 mayo 2019]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE17_pres_web.pdf
- (6) Castellano Madrid Y, Bertran C, Juvinyà Canal D et al. La disfunción sexual femenina, un problema de salud infradiagnosticado [Internet]. Diposit.ub.edu. 2017 [citado 18 mayo 2019]. Disponible en: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/128987/1/TFM_Yolanda_Castellano.pdf
- (7) Fuentealba-Torres M, Cartagena-Ramos D, Sierra JC, et al. What are the factors that contribute to the development of sexual dysfunction in breastfeeding women? A systematic scoping review protocol. BMJ Open 2018;8: [citado 26 mayo 2019]. Disponible en: <https://bmjopen-bmj-com.accedys2.bbt.ull.es/content/bmjopen/8/8/e022863.full.pdf>
- (8) World Association for Sexual Health. Definitions of Professional Specialties [Internet]. Sydney; 2007 [citado 7 abril 2019]. Disponible en: <http://www.worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/definitions-of-professional-specialties.pdf>

- (9) Banaei M, Tork Zahrani S, Pormehr-Yabandeh A et al. Investigating the impact of counseling based on PLISSIT model on sexual intimacy and satisfaction of breastfeeding women. 5th ed. Teheran: International Journal of Pharmaceutical Research & Allied Sciences; 2016.
- (10) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4ª edición. Washington, DC. American Psychiatric Association.
- (11) Chaparro M, Pérez R, Sáez K. Función sexual femenina durante el período posparto. Concepción, Chile: SCIELO; 2013.
- (12) Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index: A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. Journal of Sex & Marital Therapy. 2000;26:191-208.
- (13) Hipp L, Kane Low L et al. Exploring Women's Postpartum Sexuality: Social, Psychological, Relational, and Birth-Related Contextual Factors [Internet]. Michigan: International Society for Sexual Medicine; 2012 [citado 26 mayo 2019]. Disponible en: <https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/93653/j.1743-6109.2012.02804.x.pdf?sequence=1>
- (14) Laumann E, Paik A, Rosen R, 1999. Sexual dysfunction in the United State. JAMA. 1994;281:537-544.
- (15) Fernández Rodrigo L. El trastorno bipolar en Robert Schumann [Internet]. Salamanca; 2016 [citado 22 mayo 2019]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/50608829.pdf>
- (16) OMS | Lactancia materna exclusiva [Internet]. Who.int. 2019 [citado 26 marzo 2019]. Disponible en: https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/
- (17) Lactancia materna [Internet]. UNICEF. 2019 [citado 26 marzo 2019]. Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html
- (18) Fuentealba-Torres M, Cartagena-Ramos D, Fronteira I, et al. What are the prevalence and factors associated with sexual dysfunction in breastfeeding women? A Brazilian cross-sectional analytical study. BMJ Open 2019. [citado 18 abril 2019]. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/9/4/e025833.full.pdf>
- (19) Triviño-Juárez J, Romero-Ayuso D, Nieto-Pereda B et al. Resumption of intercourse, self-reported decline in sexual intercourse and dyspareunia in

- women by mode of birth: A prospective follow-up study [Internet]. Journal of Advanced Nursing; 2018 [citado 25 mayo 2019]. Disponible en: <https://onlinelibrary-wiley-com.accedys2.bbtck.ull.es/doi/full/10.1111/jan.13468>
- (20) Wallwiener S, Müller M, Doster A. Sexual activity and sexual dysfunction of women in the perinatal period: a longitudinal study [Internet]. Heidelberg: Archives Gynecology Obstetric; 2017 [citado 19 mayo 2019]. Disponible en: <https://link-springer-com.accedys2.bbtck.ull.es/content/pdf/10.1007%2Fs00404-017-4305-0.pdf>
- (21) Sánchez Ruíz M. Aplicación del modelo PLISSIT como intervención de enfermería para el abordaje de alteraciones de la sexualidad en pacientes con ostomías de eliminación [Internet]. Lleida: Trabajo fin de grado en Enfermería. Universidad de LLeida; 2016 [citado 10 abril 2019]. Disponible en: <https://repositori.udl.cat/bitstream/handle/10459.1/57645/msanchezr.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- (22) Banaei M, Safarzadeh S, Shahrahmani H. Impact of counseling on sexual intimacy of lactating women. Ann Trop Med Public Health 2017;10:1763-9. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com.accedys2.bbtck.ull.es/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=3c3e8c1d-9cab-40cc-8a80-bdb5b4be0705%40sessionmgr120>
- (23) Rosen NO, Mooney K, Muise A. Dyadic Empathy Predicts Sexual and Relationship Well-Being in Couples Transitioning to Parenthood. Journal of Sex & Marital Therapy [Internet].2017. [citado 29 abril 2019];43(6):543-59. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com.accedys2.bbtck.ull.es/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=93e6100f-ffa-49db-b505-01e506e64d94%40pdc-v-sessmgr06>
- (24) Lagaert L, Weyers S, Van Kerrebroeck H et al. Postpartum dyspareunia and sexual functioning: a prospective cohort study [Internet]. Ghent; 2017 [citado 10 mayo 2019]. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com.accedys2.bbtck.ull.es/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=319e218f-433f-4570-959b-af0790064a6b%40sdc-v-sessmgr06>

-Consultada en la revisión bibliográfica

- Khajehei M, Doherty M. Women's experience of their sexual function during pregnancy and after childbirth: a qualitative survey [Internet]. 5th ed. Sydney; 2018 [citado 22 abril 2019]. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/accedys2.bbt.ull.es/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=4e8b21af-1a06-417a-9617-2bd6ffbc8178%40sdc-v-sessmgr01>
- Marques D, Lemos A. Sexuality and breastfeeding: woman/mother's dilemmas [Internet]. Rio de Janeiro; 2010 [citado 11 mayo 2019]. Disponible en: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/6197>
- Florencio A, Pacheco Van der Sand I, Beheregaray Cabral F et al. Sexuality and breastfeeding: concepts and approaches of primary health care nurses [Internet]. Santa Maria, Brazil; 2012 [citado 2 mayo 2019]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000600006&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- Perlman L. Breastfeeding and Female Sexuality. Pshycoanalytic Review [Internet] 2019. [citado 29 abril 2019] 106 (2) 131-48. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/accedys2.bbt.ull.es/ehost/detail/detail?vid=0&sid=f35bcb70-1d63-49b8-bf36-411fdee54974%40pdc-v-sessmgr05&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI#AN=135865121&db=a9h>
- Toledo C, Cianelli R. Self-objectification in the context of breastfeeding: A concept analysis. Public Health Nursing [Internet]. 2019 Mar [citado 29 abril 2019];36(2):207–14. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/accedys2.bbt.ull.es/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=135019135&lang=es&site=ehost-live>

7. ANEXOS

**Anexo 1. Índice de función sexual femenina (IFSF o FSFI “siglas en inglés”)
(fuente*)**

PREGUNTAS	OPCIONES DE RESPUESTA.	Puntuación
1. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia sintió deseo o interés sexual?	- Casi siempre o siempre	5
	- La mayoría de las veces (más de la mitad del tiempo)	4
	- A veces (aproximadamente la mitad del tiempo)	3
	- Algunas veces (menos de la mitad del tiempo)	2
	- Casi nunca o nunca	1
2. Durante las últimas 4 semanas, ¿cómo calificaría su nivel (grado) de deseo o interés sexual?	- Muy alto	5
	- Alto	4
	- Moderado	3
	- Bajo	2
	- Muy bajo o ninguno en absoluto	1
3. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia se sintió excitado sexualmente durante la actividad sexual o las relaciones sexuales?	- No hay actividad sexual	0
	- Casi siempre o siempre	5
	- La mayoría de las veces (más de la mitad del tiempo)	4
	- A veces (aproximadamente la mitad del tiempo)	3
	- Algunas veces (menos de la mitad del tiempo)	2
4. Durante las últimas 4 semanas, ¿cómo calificaría su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual o las relaciones sexuales?	- No hay actividad sexual	0
	- Muy alto	5
	- Alto	4
	- moderado	3
	- bajo	2
	- Muy bajo o ninguno en absoluto	1

5. Durante las últimas 4 semanas, ¿qué tanta confianza tenía acerca de la excitación sexual durante la actividad sexual o las relaciones sexuales?	<ul style="list-style-type: none"> - No hay actividad sexual - Muy alta confianza - Alta confianza - Confianza moderada - Baja confianza -Muy bajo o sin confianza 	<ul style="list-style-type: none"> 0 5 4 3 2 1
6. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha estado satisfecho con su excitación (excitación) durante la actividad sexual o las relaciones sexuales?	<ul style="list-style-type: none"> - No hay actividad sexual - Casi siempre o siempre La mayoría de las veces (más de la mitad del tiempo) - A veces (aproximadamente la mitad del tiempo) - Algunas veces (menos de la mitad del tiempo) - Casi nunca o nunca 	<ul style="list-style-type: none"> 0 5 4 3 2 1
7. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia quedó lubricado durante la actividad sexual o las relaciones sexuales?	<ul style="list-style-type: none"> - No hay actividad sexual - Casi siempre o siempre - La mayoría de las veces (más de la mitad del tiempo) - A veces (aproximadamente la mitad del tiempo) - Algunas veces (menos de la mitad del tiempo) - Casi nunca o nunca 	<ul style="list-style-type: none"> 0 5 4 3 2 1
8. Durante las últimas 4 semanas, ¿qué tan difícil fue lubricarse durante la actividad sexual o las relaciones sexuales?	<ul style="list-style-type: none"> - No hay actividad sexual - Extremadamente difícil o imposible - Muy difícil - Difícil - Un poco difícil - No es difícil 	<ul style="list-style-type: none"> 0 1 2 3 4 5
9. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia mantuvo su lubricación hasta completar la actividad sexual o las relaciones	<ul style="list-style-type: none"> - No hay actividad sexual - Casi siempre o siempre - La mayoría de las veces (más de la mitad del tiempo) 	<ul style="list-style-type: none"> 0 5 4

sexuales?	- A veces (aproximadamente la mitad del tiempo)	3
	- Algunas veces (menos de la mitad del tiempo)	2
	- Casi nunca o nunca	1
10. Durante las últimas 4 semanas, ¿qué tan difícil fue mantener la lubricación ("humedad") hasta completar la actividad sexual o las relaciones sexuales?	- No hay actividad sexual	0
	- Extremadamente difícil o imposible	1
	- Muy difícil	2
	- Difícil	3
	- Un poco difícil	4
	- No es difícil	5
11. Durante las últimas 4 semanas, cuando tuvo una estimulación sexual o relaciones sexuales, ¿con qué frecuencia alcanzó el orgasmo (clímax)?	- No hay actividad sexual	0
	- Casi siempre o siempre	5
	- La mayoría de las veces (más de la mitad del tiempo)	4
	- A veces (aproximadamente la mitad del tiempo)	3
	- Algunas veces (menos de la mitad del tiempo)	2
	- Casi nunca o nunca	1
12. Durante las últimas 4 semanas, cuando tuviste estimulación sexual o relaciones sexuales, ¿qué tan difícil fue para ti alcanzar el orgasmo (clímax)?	- No hay actividad sexual	0
	- Extremadamente difícil o imposible	1
	- Muy difícil	2
	- Difícil	3
	- Un poco difícil	4
	- No es difícil	5
13. Durante las últimas 4 semanas, ¿qué tan satisfecho estuvo con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual o las relaciones sexuales?	- No hay actividad sexual	0
	- Muy satisfecho	5
	- Moderadamente satisfecho	4
	- Igualmente satisfecho e insatisfecho	3
	- Moderadamente insatisfecho	2
	- Muy insatisfecho	1
14. Durante las últimas 4	- No hay actividad sexual	0

semanas, ¿qué tan satisfecho ha estado con la cantidad de acercamiento emocional durante la actividad sexual entre usted y su pareja?	- Muy satisfecho - moderadamente satisfecho -Igualmente satisfecho e insatisfecho - Moderadamente insatisfecho - Muy insatisfecho	5 4 3 2 1
15. En las últimas 4 semanas, ¿qué tan satisfecho ha estado con su relación sexual con su pareja?	- Muy satisfecho -Moderadamente satisfecho -Igualmente satisfecho e insatisfecho - Moderadamente insatisfecho - Muy insatisfecho	5 4 3 2 1
16. En las últimas 4 semanas, ¿qué tan satisfecho ha estado con su vida sexual en general?	- Muy satisfecho - Moderadamente satisfecho -Igualmente satisfecho e insatisfecho - Moderadamente insatisfecho - Muy insatisfecho	5 4 3 2 1
17. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia experimentó malestar o dolor durante la penetración vaginal?	- No intentó el coito - Casi siempre o siempre - La mayoría de las veces (más de la mitad del tiempo) - A veces (aproximadamente la mitad del tiempo) - Algunas veces (menos de la mitad del tiempo) - Casi nunca o nunca	0 1 2 3 4 5
18. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia experimentó molestias o dolor después de la penetración vaginal?	- No intentó el coito - Casi siempre o siempre - La mayoría de las veces (más de la mitad del tiempo) - A veces (aproximadamente la mitad del tiempo) - Algunas veces (menos de la mitad	0 1 2 3 4

	del tiempo) - Casi nunca o nunca	5
19. Durante las últimas 4 semanas, ¿cómo calificaría su nivel (grado) de malestar o dolor durante o después de la penetración vaginal?	- No intentó el coito - Muy alto - Alto - Moderado - Bajo - Muy bajo o ninguno en absoluto	0 1 2 3 4 5

Dominio	Preguntas	Rango de puntuación	Factor	Mínima puntuación	Máxima puntuación
Deseo	1,2	1-5	0.6	1.2	6.0
Excitación	3,4,5,6	0-5	0.3	0	6.0
Lubricación	7,8,9,10	0-5	0.3	0	6.0
Orgasmo	11,12,13	0-5	0.4	0	6.0
Satisfacción	14,15,16	0 (o 1)-5	0.4	0.8	6.0
Dolor	17,18,19	0-5	0.4	0	6.0
<u>Rango de</u>	<u>puntuación</u>	<u>de escala</u>	<u>completa</u>	2.0	36.0

FUENTE: FSFI SCORING APPENDIX [Internet]. Fsqquestionnaire.com. 2000 [citado 28 mayo 2019]. Disponible en: <http://www.fsqquestionnaire.com/FSFI%20Scoring%20Appendix.pdf>