

Relación del tipo de lactancia materna con la función sexual de la mujer*

Juliana Bento de Lima Holanda¹

 <https://orcid.org/0000-0001-9556-0999>

Solina Richter^{2,3}

 <https://orcid.org/0000-0002-4208-1035>

Regiane Bezerra Campos^{1,4,5}

 <https://orcid.org/0000-0002-5230-4845>


Ruth França Cizino da Trindade⁶

 <https://orcid.org/0000-0001-9932-6905>

Juliana Cristina dos Santos Monteiro¹

 <https://orcid.org/0000-0001-6470-673X>

Flávia Azevedo Gomes-Sponholz¹

 <https://orcid.org/0000-0003-1540-0659>

Objetivo: relacionar el tipo de lactancia materna con la función sexual de la mujer. **Método:** estudio transversal con 150 mujeres en el puerperio registradas en la Estrategia de Salud de la Familia de una gran ciudad de Brasil. Se utilizaron dos instrumentos: uno para la caracterización de variables sociodemográficas, obstétricas y de lactancia materna, y el *Female Sexual Function Index* para la función sexual. Se realizó un análisis descriptivo de los datos, comparando las variables de interés mediante las pruebas de Análisis de Varianza, Brown-Forsythe y Tukey. **Resultados:** se registró significancia estadística entre los grupos que practicaron diferentes tipos de lactancia materna en el dominio lubricación vaginal ($p=0,015$), y las madres en lactancia materna mixta o parcial tuvieron una puntuación más alta para este dominio (3,8). **Conclusión:** existe una diferencia en la función sexual femenina entre los diferentes tipos de lactancia materna. Las mujeres que tenían una mejor lubricación vaginal pertenecían al grupo de lactancia materna mixta.

Descriptor: Lactancia Materna; Sexualidad; Período Posparto; Salud Pública; Estudios Transversales; Salud de la Mujer.

* Artículo parte de la tesis de doctorado "Influencia del tiempo y del tipo de lactancia materna en la respuesta y la función sexual femenina", presentada en la Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil. El presente trabajo fue realizado con apoyo de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) - Código de Financiamento 001, Brasil.

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

² Faculty of Nursing, University of Alberta, Edmonton, Alberta, Canada.

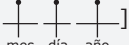

³ Professor and Academic Director, Global Nursing Office.

⁴ Universidade do Oeste do Paraná, Centro de Educação Letras e Saúde, Foz do Iguaçu, PR, Brasil.

⁵ Beca de la Fundação Araucária, Brasil.

⁶ Universidade Federal de Alagoas, Escola de Enfermagem e Farmácia, Maceió, AL, Brasil.

Cómo citar este artículo

Holanda JBL, Richter S, Campos RB, Trindade RFC, Monteiro JCS, Gomes-Sponholz FA. Relationship of the type of breastfeeding in the sexual function of women. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2021;29:e3438. [Access ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3160.3438>.

Introducción

La lactancia materna, como práctica social y multidimensional, involucra varios aspectos de la vida de la mujer, el binomio madre-hijo, la familia y la pareja, incluida la conducta sexual⁽¹⁾. Al igual que la lactancia materna, la respuesta sexual es el resultado de interacciones complejas entre factores biológicos y psicosociales, que varían entre culturas, individuos, según el tiempo, el entorno y las circunstancias⁽²⁾.

Algunas parejas pueden experimentar la sexualidad concomitantemente con la lactancia materna de forma positiva o negativa, según la respuesta sexual y la posible interacción entre los miembros de la pareja. Las disfunciones sexuales son frecuentes durante la lactancia y se definen como trastornos relacionados con la obtención del deseo y la satisfacción sexual⁽³⁾.

Existe información limitada sobre la incidencia y prevalencia de la disfunción sexual femenina⁽⁴⁾. Los datos disponibles difieren debido a variaciones en las definiciones de disfunción sexual, composición de las muestras en la investigación, métodos de recolección de datos y la forma en que se validaron los instrumentos⁽⁴⁾. En este sentido, los estudios muestran una amplia prevalencia de disfunción sexual femenina. La misma tiene distintos orígenes. Considerando la variedad de métodos de evaluación existentes, hay un consenso internacional de que la prevalencia de disfunción femenina, independientemente de la edad, es del 40% al 50%^(2,5). Al considerar el ciclo gestacional puerperal, estudios recientes muestran una alta prevalencia de disfunción sexual que oscila entre el 41% y el 83% en los primeros tres meses⁽⁶⁾ y alrededor del 60% en el primer año posparto^(3,7).

Así, el período perinatal se caracteriza por un descenso de la actividad sexual⁽³⁾, en el que se reportan niveles más altos de disfunción sexual y disminución del deseo sexual. Las mujeres que amamantan reportan inactividad sexual o problemas disfuncionales con mayor frecuencia⁽⁸⁾. Durante la lactancia ocurren cambios hormonales que involucran la secreción de receptores de prolactina y andrógenos, suprimiendo la libido e interfiriendo en las fases de la respuesta sexual⁽⁹⁾. Otros aspectos de la maternidad, como la privación del sueño nocturno y el cuidado del bebé, pueden interferir con el ciclo de respuesta sexual de la mujer. Estos cambios físicos, hormonales y sociales relacionados con la lactancia materna están bien descritos en la literatura. Sin embargo, se buscó saber si el momento y el tipo de lactancia influyen en la función sexual de la mujer. A pesar del impacto significativo que tiene, los profesionales de la salud a menudo descuidan la función sexual de la mujer después del parto⁽⁴⁾. Es de suma importancia para los

enfermeros que asisten a las madres lactantes, detectar que la respuesta sexual femenina sufre interferencias hormonales y emocionales en el posparto, lo que puede manifestarse en disfunciones sexuales, y también reconocer que la disfunción sexual puede influir en el destete precoz.

El presente estudio tiene como objetivo relacionar el tipo de lactancia materna con la función sexual de la mujer.

Método

Se trata de un estudio observacional con un diseño transversal, realizado con 150 madres lactantes reclutadas de unidades de Estrategia de Salud de la Familia en la ciudad de Maceió, AL, Brasil, en 2017.

La población de referencia fue constituida por todas las mujeres adolescentes y adultas que estaban amamantando a sus hijos, independientemente del tipo o duración de la lactancia, siempre y cuando estuvieran establecidas dentro de las categorías de lactancia materna de la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud.

Las participantes fueron seleccionadas de acuerdo con los criterios de inclusión: mujeres entre tres y seis meses de posparto, que estaban amamantando, que tenían pareja sexual y que habían reanudado la actividad sexual después del parto. Los criterios de exclusión fueron: mujeres con alguna condición de salud que contraindicara la actividad sexual, mujeres a partir de los siete meses de posparto y mujeres que consumían drogas u otras sustancias psicoactivas, con antecedentes de enfermedad psiquiátrica o enfermedades crónicas, como cáncer y enfermedades neurológicas, dado que dichos factores interfieren negativamente en una o más fases de la respuesta sexual⁽¹⁰⁾.

El cálculo de una muestra aleatoria simple se realizó a partir de la prevalencia de lactancia materna exclusiva en menores de seis meses del municipio, obtenida de la II Encuesta Nacional de Prevalencia de Lactancia Materna en las Capitales Brasileñas y el Distrito Federal, del 34%. Se consideró un error de muestreo tolerable del 5%, un nivel de confianza del 95%, una pérdida esperada del 10%. La muestra calculada fue de 150 participantes.

Para la recolección de datos se utilizaron dos instrumentos estructurados. El primer instrumento se desarrolló a partir de la experiencia profesional de los autores, previa lectura de publicaciones científicas nacionales e internacionales sobre el tema. Con 14 preguntas estructuradas, el mismo contenía variables sociodemográficas de las madres lactantes (edad, religión, educación, trabajo, profesión y ingresos familiares),

obstétricas (tiempo posparto, número de partos, retorno a la menstruación y cesárea como forma de resolver el último embarazo) y tipo de lactancia materna practicada.

La información sobre el tipo de lactancia materna practicada siguió las definiciones de la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud e incluyó la lactancia materna exclusiva, predominante, complementada y mixta⁽¹¹⁾.

Lactancia materna exclusiva: cuando el niño recibe únicamente leche materna de su madre o materna de otra fuente, sin otros líquidos o sólidos.

Lactancia materna predominante: cuando el niño recibe, además de leche materna, agua o bebidas a base de agua, zumos de frutas y fluidos rituales.

Lactancia materna mixta: cuando el niño recibe leche materna y otros tipos de leche.

Lactancia materna complementada: cuando el niño recibe leche materna y algún alimento sólido o semisólido con el propósito de complementarlo, no de reemplazarlo.

El segundo instrumento de recolección de datos fue el Female Sexual Function Index (FSFI), un cuestionario que evalúa la salud sexual femenina. Este instrumento fue desarrollado en Estados Unidos, validado y adaptado para Brasil⁽¹²⁾. El cuestionario contiene 19 preguntas que evalúan la actividad sexual en las últimas cuatro semanas, divididas en seis dominios: deseo, excitación, lubricación vaginal, orgasmo, satisfacción y dolor, donde cada una tiene una puntuación y la puntuación total se refiere a la suma de las puntuaciones multiplicada por su respectivo factor. Si el valor total es menor o igual a 26,55, indica que la participante presenta algún tipo de disfunción sexual⁽¹²⁾.

El reclutamiento de los participantes se realizó mediante visitas domiciliarias de rutina realizadas por Agentes Comunitarios de Salud (ACS) de la ESF, en las que el investigador acompañó al ACS, con el fin de, al finalizar la visita, presentar la investigación y realizar la invitación a la mujer. Las posibles participantes, identificadas por los criterios establecidos, fueron invitadas a participar de la investigación, y se les comunicaba que podían elegir otro día para la entrevista o que podían realizarla de inmediato. Tras conocer la investigación y los aspectos éticos, las mujeres que aceptaron participar firmaron el Formulario de Consentimiento Libre e Informado (FCLI). Cuando se identificó a la posible participante como menor de 18 años, se solicitó la presencia del tutor legal del adolescente y se le presentó el estudio. Luego de que la adolescente manifestó su consentimiento y su deseo de participar, firmó el Formulario de Asentimiento Libre e Informado, mientras que su tutor legal firmó el FCLI. La recolección de datos se llevó a cabo de mayo a noviembre de 2017, en los hogares de las participantes.

Un grupo de cuatro enfermeros fue creado y capacitado por el investigador principal para realizar las entrevistas y utilizar los instrumentos de recolección de datos, asegurando así que todos los datos fueran recolectados de la misma manera, siguiendo los mismos criterios de recolección. Los cuatro entrevistadores acompañaron a los Agentes Comunitarios de Salud durante las visitas domiciliarias de rutina para realizar las entrevistas, para asegurarse de que los participantes no tuvieran dudas sobre lo que preguntaban.

Se construyó una base de datos con la ayuda del software Excel, en la cual se insertaron las variables sociodemográficas, de lactancia materna y las relacionadas con la función sexual, según las respuestas dadas en el cuestionario FSFI.

Para las comparaciones de categorías de interés, la prueba utilizada fue el Análisis de Varianza (ANOVA). Para el uso de esta prueba, verificamos si, para cada variable (escalas y dimensiones), las varianzas eran homogéneas entre grupos (supuesto para el uso). Cuando no se verificó la homogeneidad de las varianzas, realizamos el ajuste mediante la prueba de Brown-Forsythe (BF). En situaciones en las que hubo una diferencia significativa entre los grupos, para identificar qué categorías diferían entre sí, se realizaron múltiples comparaciones (comparaciones de las categorías por pares), utilizando la prueba de Tukey, o la prueba de Dunnett, esta última cuando se requiere el ajuste Brown-Forsythe (BF). Para todas las comparaciones se consideró un nivel de significancia del 5%. Por lo tanto, encontramos una diferencia entre los grupos cuando el valor de $p < 0,05$.

En cuanto a los aspectos éticos, se leyó junto con cada participante el contenido del Formulario de Consentimiento Libre e Informado, así como los objetivos del estudio. Se garantizó la confidencialidad de las entrevistas y se otorgó la libertad de participar o no, así como de retirarse en cualquier momento, sin que ello perjudique de ninguna manera su asistencia en las referidas Unidades de Salud de la Familia. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación vinculado al Comité Nacional de Ética en Investigación del Consejo Nacional de Salud con el protocolo CAEE nº 62265816.2.0000.5013.

Resultados

De las 150 mujeres investigadas, la edad osciló entre 14 y 43 años, la edad promedio fue $24,8 \pm 6,4$ años y una mediana de 24,0. Entre las demás características sociodemográficas, 60 (40%) eran evangélicas, 68 (45,3%) tenían educación primaria incompleta y 85 (56,7%) trabajaban como amas de casa. El ingreso

familiar mensual varió de uno a dos salarios mínimos en 81 (54,0%) familias.

Las mujeres tenían una media de 4,3 meses después del parto \pm 1,2 meses; 91 (60,7%) habían dado a luz más de una vez, 83 (55,3%) ya menstruaban nuevamente y 72 (48,0%) habían tenido cesárea en el último embarazo.

Al momento de la recolección de datos, los grupos de lactancia materna encontrados fueron lactancia materna

exclusiva, lactancia materna predominante, lactancia materna complementada y lactancia materna mixta. En cuanto a la duración de la lactancia materna, 48 (32%) mujeres amamantaron durante cinco meses o más y 60 (40%) amamantaron a sus hijos durante menos de cuatro meses, independientemente del tipo de lactancia practicada (Tabla 1).

Tabla 1 - Distribución de participantes según tiempo y tipo de lactancia practicada (n=150). Maceió, AL, Brasil, 2017

Variable	n	%	
Duración de la lactancia materna en meses	< 4	60	40.0
	4 – 5	42	28.0
	\geq 5	48	32.0
Tipo de lactancia materna	Exclusiva	42	28.0
	Predominante	30	20.0
	Complementada	18	12.0
	Mixta	60	40.0

En cuanto al tiempo de lactancia, no se encontró asociación entre la presencia de disfunción sexual femenina y la duración de la lactancia, incluso cuando

cada dominio se analizó por separado ($p > 0,05$).

La Tabla 2 muestra el tipo de lactancia materna y su influencia en la función sexual femenina.

Tabla 2 - Comparación del promedio de puntuaciones y dominios de función sexual según la escala del *Female Sexual Function Index* entre los tipos de lactancia practicada. Maceió, AL, Brasil, 2017

Función sexual	Tipo de Lactancia Materna				P valor
	Exclusiva Media (DP)*	Predominante Media (DP)	Complementada Media (DP)*	Misto Média (DP)	
Deseo	2,9 (1,5)	3,2 (1,4)	2,9 (1,2)	3,4 (1,3)	0,274 [†]
Excitación	3,8 (1,5)	3,7 (1,4)	3,8 (1,4)	4,2 (1,5)	0,335 [†]
Lubricación	3,7 (0,5)	3,6 (0,4)	3,5 (0,4)	3,8 (0,6)	0,015 [‡]
Orgasmo	3,9 (0,9)	3,7 (0,9)	3,8 (0,8)	4,0 (0,9)	0,578 [†]
Satisfacción	4,9 (1,4)	5,0 (1,3)	5,1 (0,5)	4,8 (1,4)	0,672 [†]
Dolor	2,8 (1,6)	3,0 (1,5)	2,6 (0,9)	2,5 (1,5)	0,330 [†]
Total	22,0 (3,8)	22,3 (3,3)	21,6 (3,5)	22,7 (4,0)	0,723 [†]

*DE = Desvío estándar; [†]Valor de p - obtenido por medio del teste de Análisis de Varianza; [‡]Valor de p - obtenido por medio del teste de Brown-Forsythe

No hubo diferencias significativas en la puntuación total promedio de la función sexual entre los cuatro tipos de lactancia materna practicados entre los tres y seis meses posparto ($p > 0,05$). La puntuación media más alta de función sexual fue $22,7 \pm 4,0$ y pertenecía al grupo de mujeres que practicaba la lactancia materna mixta.

En cuanto al análisis de los dominios que componen la FSFI y los cuatro grupos de lactancia materna

investigados, hubo diferencia significativa entre la lubricación vaginal ($p=0,015$) y entre estas, las mujeres que practicaban lactancia materna mixta ($3,8 \pm 0,6$) obtuvieron las puntuaciones más altas. Al comparar las medias del dominio lubricación vaginal, las mujeres que practicaron la lactancia materna complementaria tuvieron un promedio más bajo en este dominio, como se muestra en la Figura 1.

Media del dominio Lubricación por tipo de amamantamiento

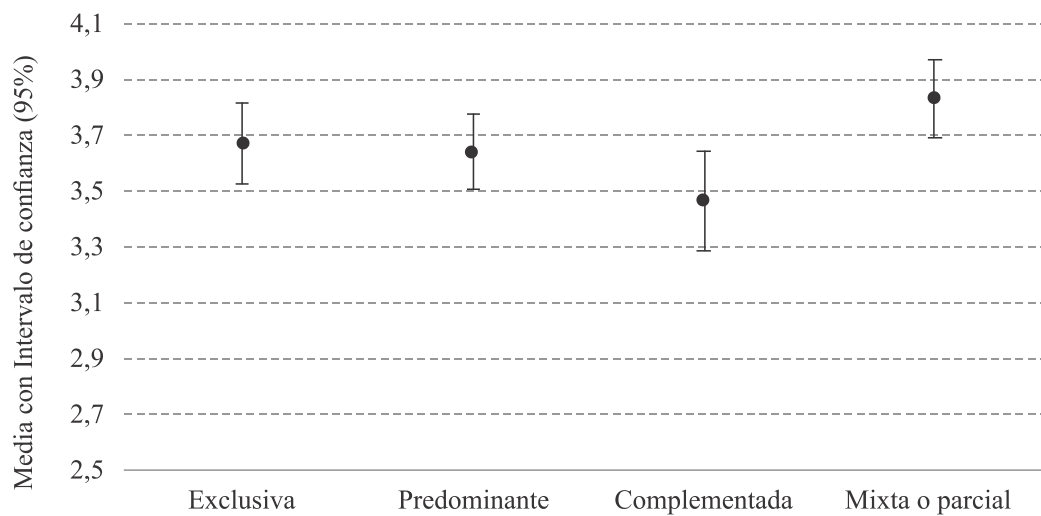


Figura 1 - Análisis del dominio lubricación vaginal promedio según el tipo de lactancia practicada. Maceió, AL, Brasil, 2017

También se realizaron múltiples comparaciones entre los grupos de lactancia materna y el dominio lubricación vaginal, como se muestra en la Tabla 3.

Tabla 3 - Análisis de múltiples comparaciones entre los cuatro tipos de lactancia materna y el dominio lubricación vaginal. Maceió, AL, Brasil, 2017

Grupo de referencia	Grupo de comparación	p-valor*
Exclusiva	x Predominante	1,000
Exclusiva	x Complementada	0,423
Exclusiva	x Mixta o parcial	0,529
Predominante	x Complementada	0,582
Predominante	x Mixta o parcial	0,290
Complementada	x Mixta o parcial	0,018

*p-valor obtenido por medio del teste Tukey

Los resultados de las comparaciones múltiples anteriores comprueban que existe diferencia entre los grupos con lactancia materna complementada y lactancia materna mixta ($p < 0,05$), lo que demuestra que, en ambos grupos, hubo significación estadística ($p = 0,018$).

Discusión

Este estudio se realizó para evaluar la función sexual posparto entre mujeres que practicaban diferentes tipos de lactancia. En la muestra estudiada, se observó la tendencia de comprometimiento de la función sexual, con identificación de puntajes FSFI promedio bajos ($< 26,55$), independientemente del tipo de lactancia, similar a otros estudios⁽¹³⁻¹⁴⁾.

La puntuación media más alta de función sexual ($22,7 \pm 4,0$) se detectó en el grupo de mujeres que practicaba la lactancia materna mixta. Estos hallazgos

difieren de un estudio iraní, que detectó una puntuación media más alta de función sexual ($23,6 \pm 5,3$) en mujeres que practicaban la lactancia materna exclusiva, dentro de los cuatro meses posteriores al parto⁽¹³⁾.

La lactancia materna provoca diferentes sensaciones y sentimientos en las mujeres en relación a su sexualidad⁽¹⁵⁾. Se informan efectos positivos de la lactancia materna sobre la función sexual materna^(13,16), posiblemente debido al aumento de la sensibilidad de la mama y al aumento de los niveles de oxitocina⁽¹⁴⁾. Sin embargo, hay informes de efectos negativos de la lactancia materna en la función sexual femenina, que incluyen menos relaciones sexuales, bajo deseo sexual y baja satisfacción sexual de las mujeres y de sus parejas^(15,17-18).

Se detectó que las mujeres en lactancia mixta tenían más lubricación vaginal ($3,8 \pm 0,6$) que las mujeres que practicaban otro tipo de lactancia; mientras que otro estudio detectó mayor lubricación en mujeres en lactancia

materna complementaria ($3,5 \pm 1,0$)⁽¹³⁾. Contrariamente a los hallazgos de este estudio, un estudio reciente sobre la lactancia materna y la función sexual, en mujeres primíparas, detectó una relación significativa entre baja lubricación vaginal, dispareunia y bajo deseo en la actividad sexual en presencia de la lactancia materna, con respecto a mujeres que no amamantaron durante los seis meses posteriores al parto⁽¹⁹⁾. Considerando los dominios FSFI, se observa que la lactancia materna afecta los dominios deseo, excitación, lubricación y dolor⁽¹⁴⁾. En Italia, un estudio desarrollado con 269 mujeres también midió la función sexual mediante la aplicación del cuestionario FSFI y detectó que aquellas que estaban amamantando tenían menos lubricación vaginal⁽⁸⁾. Sin embargo, estos estudios no especifican el tipo de lactancia practicado.

Cuando se comparan los datos entre mujeres que amamantan y mujeres que no amamantan, los resultados muestran que las mujeres que amamantan tienen más probabilidades de experimentar dolor durante las relaciones sexuales y una lubricación vaginal deficiente^(6,15). Una posible justificación de la baja lubricación vaginal en mujeres que amamantan puede ser la ausencia fisiológica de la hormona estrógeno durante la lactancia⁽⁶⁾.

En el caso de las mujeres que están en lactancia mixta, existe un suministro de otros alimentos para el bebé, lo que aumenta el intervalo entre tomas, induce ciclos ováricos y retoma la fisiología hormonal de una mujer fuera del ciclo gestacional puerperal, aumentando la libido y la lubricación vaginal. De hecho, se observa una puntuación de función sexual más alta en mujeres que amamantan y han reanudado los ciclos ováricos, en comparación con mujeres en amenorrea de la lactancia⁽¹⁶⁾. Además de la lactancia materna, entre otros factores asociados a la falta de lubricación vaginal, se destaca la insatisfacción con la imagen corporal, especialmente relacionada al sobrepeso y la obesidad, reduciendo el interés sexual⁽¹⁹⁾.

Se debe considerar la influencia de la lactancia materna en la función sexual femenina, con la posibilidad de disminución de la lubricación vaginal, además de otros cambios, que pueden causar malestar a la mujer y consecuentemente favorecer la reducción de la tasa de lactancia materna exclusiva. Se observó que la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, recomendada por la Organización Mundial de la Salud⁽²⁰⁾, no fue practicada por una parte de las participantes del estudio, 60 (40%) interrumpieron la lactancia materna antes de los cuatro meses, 60 (40%) iniciaron tempranamente la lactancia materna mixta o parcial, lo cual aumenta los numerosos desafíos de los enfermeros y otros profesionales de la salud, para lograr la efectividad de las políticas públicas sobre lactancia materna en el territorio nacional brasileño y prácticas prolactancia⁽²¹⁾.

Es evidente la importancia de que la enfermería intervenga, centrando su atención en la mujer⁽¹⁹⁾ y desarrollando estrategias de educación en salud en la atención prenatal, con el fin de discutir y contextualizar el ejercicio de la sexualidad en el ciclo gestacional puerperal, y su relación con la lactancia materna⁽¹⁴⁾. Asimismo, se debe incentivar la participación de ambos miembros de la pareja en las consultas puerperales, para orientarlos en este sentido, siendo, a su vez, de suma importancia la participación de la pareja de la mujer embarazada en la atención prenatal^(15,22).

Se encontraron efectos positivos sobre la relación conyugal en mujeres que amamantaron, por hasta cuatro meses o por un período igual o mayor a cinco meses, con respecto a mujeres que nunca amamantaron, indicando que la lactancia aumenta los niveles de calidad en la relación conyugal a lo largo del tiempo, desde la perspectiva de la mujer. Sin embargo, la duración de la lactancia materna no tuvo la misma influencia para sus parejas. Los resultados sugieren que la mejora en la calidad de la relación íntima puede ser otro beneficio psicosocial experimentado por las madres lactantes⁽²³⁾.

La falta de información lleva a las mujeres a sentirse culpables y responsables por la pérdida del interés sexual⁽¹⁹⁾. La falta de interés sexual en el período puerperal, especialmente en el primer año de vida del niño, es un hecho común y se da por el paso de la crianza y la definición de nuevos roles, con un impacto significativo en la dinámica familiar⁽¹⁹⁾. Durante la fase de lactancia, la mujer dedica más tiempo al niño y percibe su cuerpo como fuente de nutrición, en detrimento del placer⁽¹⁵⁾.

A partir de orientaciones y cuidados centrados en la mujer, ella puede superar bien las dificultades e incluso fortalecer sus relaciones maritales, aumentar su autoestima, su satisfacción sexual y sentirse segura y empoderada con respecto a la lactancia materna y al ejercicio de su sexualidad en esa etapa de su vida.

Los resultados de este estudio contribuyen a la práctica clínica, involucrando el cuidado directo de la mujer y su familia, grupos y comunidades, al aportar reflexiones a los profesionales responsables del cuidado de las madre lactante, para el desarrollo de prácticas avanzadas de enfermería⁽²⁴⁾, para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna y la salud sexual y reproductiva de la mujer que amamanta. En este contexto, se debe valorar la fuerza laboral del enfermero, ya que tiene la capacidad de llenar vacíos y necesidades asistenciales insatisfechas, especialmente en el contexto de la atención primaria de la salud⁽²⁵⁾, con un impacto en la mejora de los indicadores de salud de la población.

Como se trata de un tema de fuero íntimo, es posible que algunas mujeres no hayan sido completamente

honestas sobre su sexualidad, lo que representa una limitación del estudio. Para reducir los sesgos, las entrevistas se realizaron en el domicilio, lugar que la mujer conoce y con el que se siente más cómoda, de manera privada y oportuna, según sus preferencias y disponibilidad, con cita previa. También destacamos la subjetividad del término "lubricación vaginal", que durante la aplicación del cuestionario tuvo mayor posibilidad de interpretaciones personales, en cuanto a su significado, para facilitar el abordaje de este tema, se utilizaron términos populares para una mejor comprensión del aspecto a evaluar.

La evaluación de la mujer durante el período gestacional, así como en diferentes puntos de observación en el puerperio, podría brindar una visión más detallada de la pregunta de estudio. Para avanzar en este conocimiento, se recomienda realizar otros estudios, con un enfoque longitudinal, así como la evaluación de mujeres que no amamantan.

Conclusión

Se hallaron diferencias en la Función Sexual Femenina entre los diferentes tipos de lactancia. La puntuación de función sexual más alta se encontró en mujeres en lactancia mixta, así como también una mejor lubricación vaginal. La lactancia materna exclusiva se observó hasta los seis meses de vida posnatal, no siendo practicada por una parte de las mujeres evaluadas. Se recomienda el desarrollo de estrategias para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, así como también la promoción de la salud sexual y reproductiva de la mujer lactante con el fin de aclarar posibles dudas, incluir a la pareja, empoderar a la mujer y prevenir la aparición de eventos indeseables, considerando los numerosos beneficios de la lactancia materna y la sexualidad en la salud y el bienestar de la mujer.

Agradecimientos

Al equipo de enfermeros que colaboró en la recolección de datos, a los Agentes Comunitarios de Salud de las Unidades de la Estrategia Salud de la Familia y a Rejane Figueiredo, por el análisis estadístico.

Referencias

1. Perlman L. Breastfeeding and female sexuality. *Psychoanal Rev.* 2019;106(2):131-48. doi: 10.1521/prev.2019.106.2.131
2. Clayton AH, Valladares Juarez EM. Female sexual dysfunction. *Psychiatr Clin North Am.* 2017;40(2):267-84. doi: 10.1016/j.psc.2017.01.004
3. Wallwiener S, Müller M, Doster A, Kuon RJ, Plewniok K, Feller S, et al. Sexual activity and sexual dysfunction of women in the perinatal period: a longitudinal study. *Arch Gynecol Obstet.* 2017;295(4):873-83. doi: 10.1007/s00404-017-4305-0
4. Saleh DM, Hosam F, Mohamed TM. Effect of mode of delivery on female sexual function: a cross-sectional study. *J Obstet Gynaecol Res.* 2019;45:1143-7. doi: 0.1111/jog.13962
5. McCabe MP, Sharlip ID, Atalla E, Balon R, Fisher AD, Laumann E, et al. Definitions of sexual dysfunctions in women and men: a consensus statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *J Sex Med.* 2015;13(2):135-43. doi: 10.1016/j.jsxm.2015.12.019
6. Gutzeit O, Levy G, Lowenstein L. Postpartum female sexual function: risk factors for postpartum sexual dysfunction. *Sex Med.* 2019. doi: 10.1016/j.esxm.2019.10.005
7. Khajehei M, Doherty M, Tilley PJ, Sauer K. Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in postpartum Australian women. *J Sex Med.* 2015;12(6):1415-26. doi: 10.1111/jsm.12901
8. Pissolato LKB, Alves CN, Prates LA, Wilhelm LA, Ressel LB. Breastfeeding and sexuality: an interface in the experience of puerperium. *Rev Fundam Care.* 2016;8(3):4674-80. doi: 10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4674-4680
9. Marques D, Lemos A. Sexuality and breastfeeding: woman/mother's dilemmas. *Rev Enferm UFPE On Line.* 2010;4(1):622-30. doi: 10.5205/reuol.806-7183-1-LE.0402201022
10. Lara LAS, Scalco SCP, Troncon JK, Lopes GP. A model for the management of female sexual dysfunctions. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2017;39:184-94. doi: doi.org/10.1055/s-0037-1601435
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [Acesso 7 jan 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf
12. Pacagnella RC, Martinez EZ, Vieira EM. Construct validity of a Portuguese version of Female Sexual Function Index. *Cad Saude Publica.* 2009;25:2333-44. doi: doi.org/10.1590/S0102-311X2009001100004
13. Anbaran ZK, Baghdari N, Pourshirazi M, Karimi FZ, Rezvanifard M, Mazlom SR. Postpartum sexual function in women and infant feeding methods. *J Pak Med Assoc.* [Internet]. 2015 [cited Jan 7, 2019];65(3):248-52. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25933554/>
14. Matthies LM, Wallwiener M, Sohn C, Reck C, Müller M, Wallwiener S. The influence of partnership quality and breastfeeding on postpartum female sexual function. *Arch*

Gynecol Obstet. 2019;299:69-77. doi: doi.org/10.1007/s00404-018-4925-z

15. Drozdowskyj ES, Castro EG, López ET, Taland IB, Actis CC. Factors influencing couples' sexuality in the puerperium: a systematic review. *Sex Med Rev.* 2020;8:38e47. doi: doi.org/10.1007/s00404-018-4925-z

16. Escasa-Dorne MJ. Sexual functioning and commitment to their current relationship among breastfeeding and regularly cycling women in Manila, Philippines. *Hum Nat.* 2015;26(1):89-101. doi: 10.1007/s12110-015-9223-x

17. Ahn Y, Sohn M, Yoo E. Breast functions perceived by Korean mothers: infant nutrition and female sexuality. *West J Nurs Res.* 2010;32:363-78. doi: 10.1177/0193945909349252

18. Yee LM, Kaimal AJ, Nakagawa S, Houston K, Kuppermann M. Predictors of postpartum sexual activity and function in a diverse population of women. *J Midwifery Womens Health.* 2013;58(6):654-61. doi: 10.1111/jmwh.12068

19. O'Maley D, Higgins A, Begley C, Daly D, Smith V. Prevalence of and risk factors associated with sexual health issues in primiparous women at 6 and 12 months postpartum; a longitudinal prospective cohort study (the MAMMI study). *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018;18:196. doi: doi.org/10.1186/s12884-018-1838-6

20. World Health Organization. Guideline: counselling of women to improve breastfeeding practices. [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited Jan 7, 2019]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/280133/9789241550468-eng.pdf?ua=1>

21. Brasil. Ministério da Saúde. Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [Acesso 7 jan 2019]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/bases_discussao_politica_aleitamento_materno.pdf

22. Herrmann A, Silva ML, Chakora ES, Lima DC. Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde. [Internet]. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2016 [Acesso 7 jan 2019]. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia_PreNatal.pdf

23. Papp LM. The longitudinal role of breastfeeding in mothers' and fathers' relationship quality trajectories.

Breastfeed Med. 2012;7(4):241-7. doi: 10.1089/bfm.2011.0074

24. Bryant-Lukosius D, Valaitis R, Martin-Misener R, Donald F, Morán Peña L, Brosseau L. Advanced practice nursing: a strategy for achieving universal health coverage and universal access to health. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2017;25:e2826, doi. org/10.1590/1518-8345.1677.2826

25. Maier CB, Barnes H, Aiken LH, Busse R. Descriptive, cross-country analysis of the nurse practitioner workforce in six countries: size, growth, physician substitution potential. *BMJ Open.* 2016; 6:1-12. doi: 10.1136/bmjopen-2016-011901

Contribución de los autores

Concepción y dibujo de la pesquisa: Juliana Bento de Lima Holanda, Solina Richter, Regiane Bezerra Campos, Ruth França Cizino da Trindade, Juliana Cristina dos Santos Monteiro, Flávia Azevedo Gomes-Sponholz. **Obtención de datos:** Juliana Bento de Lima Holanda, Flávia Azevedo Gomes-Sponholz. **Análisis e interpretación de los datos:** Juliana Bento de Lima Holanda, Solina Richter, Regiane Bezerra Campos, Ruth França Cizino da Trindade, Juliana Cristina dos Santos Monteiro, Flávia Azevedo Gomes-Sponholz. **Análisis estadístico:** Juliana Bento de Lima Holanda, Flávia Azevedo Gomes-Sponholz. **Obtención de financiación:** Juliana Bento de Lima Holanda. **Redacción del manuscrito:** Juliana Bento de Lima Holanda, Solina Richter, Regiane Bezerra Campos, Ruth França Cizino da Trindade, Juliana Cristina dos Santos Monteiro, Flávia Azevedo Gomes-Sponholz. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Juliana Bento de Lima Holanda, Solina Richter, Regiane Bezerra Campos, Ruth França Cizino da Trindade, Juliana Cristina dos Santos Monteiro, Flávia Azevedo Gomes-Sponholz..

Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Recibido: 07.01.2019
Aceptado: 19.09.2020


Editora Asociada:
Maria Lúcia Zanetti

Copyright © 2021 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.
Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autor de correspondencia:

Juliana Bento de Lima Holanda

E-mail: julianabento@esenfar.ufal.br

 <https://orcid.org/0000-0001-9556-0999>