

CARACTERÍSTICAS BASALES DE LAS MUJERES INCLUIDAS INICIALMENTE EN LA COHORTE PARA EVALUAR LA EVOLUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS DE DISFUNCIÓN SEXUAL Y DEPRESIÓN POSPARTO DESPUÉS DE 12 MESES

Catalina Bermúdez González

PALABRAS CLAVE Disfunciones sexuales psicológicas, Dispareunia, Vaginismo, Periodo Posparto, Depresión posparto, Cronología

RESUMEN

Introducción La disfunción sexual femenina tiene una prevalencia en Colombia de aproximadamente 33% y la depresión posparto hasta 12.9%, con afectación de la salud física, mental, social y la presencia de comportamientos de riesgo, además de menor desarrollo intelectual y predisposición a enfermedades mentales en los hijos. Múltiples mecanismos predisponen, precipitan y perpetúan las dos condiciones y en muchos casos se sobreponen. Determinar la secuencia cronológica de aparición de los síntomas de estas enfermedades mejoraría el diagnóstico de la enfermedad primaria y su tratamiento oportuno y focalizado, sin embargo, la literatura disponible no ha ofrecido suficientes elementos para establecerla, acarreando un subdiagnóstico con dificultades en el tratamiento. El objetivo del presente informe es describir las características sociodemográficas y clínicas de las mujeres inicialmente incluidas en la cohorte para evaluar la evolución de los síntomas de disfunción sexual y depresión durante 12 meses posparto.

Metodología Estudio descriptivo prospectivo en el que se realizaron entrevistas clínicas estructuradas desde octubre de 2021 a mujeres mayores de 18 años y sin antecedente de enfermedades psiquiátricas, salvo depresión, captadas en el momento de la atención del parto o puerperio inmediato en el Hospital San Vicente Fundación en Medellín, Colombia. La primera entrevista se realizó a los 15 a 30 días posparto. Se planea realizar entrevistas clínicas a los 6 y 12 meses posparto. Se indagaron sobre características sociodemográficas, algunos factores de riesgo para presentar disfunción sexual y depresión posparto y se determinó la prevalencia de ambas enfermedades y el momento de inicio de síntomas de estas en el caso de realizar alguno de estos diagnósticos.

Resultados Se realizó la llamada para invitación para la participación en el estudio a 49 mujeres, de las cuales se incluyeron 19, las demás fueron excluidas porque no se logró comunicación, manifestaron no desear participar o no fue posible concretar el espacio para

la primera entrevista clínica. La edad media fue de 28.7 años \pm 4.76 años, el 78.9% estaban casadas o en unión libre, el 47.4% tenían como escolaridad bachiller, la media de semanas de gestación en el momento del parto fue 37.5 \pm 1.42 y hubo un 52.6% de nacimientos por cesárea. Se encontró una prevalencia de depresión posparto del 5.3% y de disfunción sexual posparto del 21.1%. Solo una participante, el 5.3% presentó ambos diagnósticos.

Conclusiones Las prevalencias encontradas de disfunción sexual y de depresión posparto durante el primer mes posparto en la cohorte descrita en nuestro contexto corresponde con lo encontrado en la literatura. La prevalencia de ambas enfermedades simultáneas fue baja, sin embargo, es esperable teniendo en cuenta el número total de participantes de esta cohorte.

ABSTRACT

Introduction Sexual dysfunction has a prevalence in Colombia of approximately 33% and postpartum depression up to 12.9%, affecting women's physical, mental, and social health and the presence of risk behaviors, as well as lower intellectual development and predisposition to mental illness in the children. Multiple mechanisms predispose, precipitate, and perpetuate the two conditions, and in many cases they overlap. Determining the chronological sequence of appearance of the symptoms of these diseases would improve the diagnosis of the primary disease and its timely and focused treatment, however, the available literature has not offered enough elements to establish it, leading to an underdiagnosis with difficulties in treatment. The objective of this report is describe the sociodemographic and clinical characteristics of the women included in the cohort to evaluate the evolution of symptoms of sexual dysfunction and depression during 12 months postpartum.

Methodology Prospective descriptive study in which structured clinical interviews were conducted from October 2021 to women over 18 years of age, with no history of psychiatric illnesses, except depression, captured at the time of delivery or immediate postpartum care at the San Vicente Fundación Hospital, in Medellín Colombia. The first interview was conducted between 15 and 30 days postpartum. Clinical interviews are planned at 6 and 12 months postpartum. Sociodemographic characteristics, some risk factors for presenting sexual dysfunction and postpartum depression were determined and the prevalence of both diseases and the time of onset of symptoms will be prolonged if any of these diagnoses have been made.

Outcomes A call was made to invite 49 women to participate in the study, of which 19 were included, the rest were excluded because communication was not achieved, they don't want to participate or it was not possible to specify the moment for the first clinical interview. The mean age was 28.7 years \pm 4.76 years, 78.9% were married or in a free union, 47.4%

had high school education, the mean number of weeks of gestation at the time of delivery was 37.5 ± 1.42 and there was 52.6% of cesarean births. A prevalence of postpartum depression was found to be 5.3% and postpartum sexual dysfunction to be 21.1%. Only one participant, 5.3% presented both diagnoses.

Conclusions The prevalences of sexual dysfunction and postpartum depression found during the first postpartum month in the cohort described in our context correspond to those found in the literature. The prevalence of both simultaneous diseases was low, however, it is expected considering the total number of participants in this cohort.

Key words Sexual dysfunctions, psychological, dyspareunia, vaginismus, Postpartum Period, Depression, Postpartum, Chronology.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud reconoce la salud sexual y la posibilidad de disfrutar de una vida sexual placentera, satisfactoria y segura dentro del conjunto de derechos de las personas de todas las edades (1). Se ha determinado prevalencias de la disfunción sexual hasta del 44% en Estados Unidos y en Colombia de un 33% (2,3), esta alteración conduce a una disminución de la calidad de vida y la insatisfacción con los demás y afecta negativamente la salud física, psicológica, social y emocional de las mujeres (4–7). Los estudios han demostrado que hasta el 91.3% de las mujeres sufren problemas sexuales posparto y algunos sugieren que la función sexual disminuye desde el tercer trimestre por algunos componentes fisiológicos (8,9). Se ha encontrado una prevalencia de disfunción sexual durante el embarazo de 31,7% y a las 4 semanas posparto de 26,5% , lo que tiene un impacto importante en la calidad de vida y afectando la relación de pareja (10).

En el 2019 el US Preventive Task Force reportó en Estados Unidos una prevalencia de depresión posparto entre el 8.9% al 37% en el primer año posparto y en Colombia en el 2014 se determinó una prevalencia de 12.9% (11,12). Se han descrito consecuencias maternas que afectan la salud física, mental, social y la presencia de comportamientos de riesgo, además de menor desarrollo intelectual y predisposición a enfermedades mentales en los hijos de estas madres (11).

La relación entre disfunción sexual y depresión es compleja ya que ambas se ven influenciadas por múltiples mecanismos que predisponen, precipitan y perpetúan las dos condiciones y que en muchos casos se superponen entre sí (13). Se ha encontrado que la presencia de disfunción sexual aumenta entre 130% y 210% el riesgo de depresión y a su

vez la depresión incrementa entre 50% y 70% el riesgo de desarrollar disfunción sexual, convirtiéndose así en una asociación bidireccional (4,13,14).

La importancia de determinar la secuencia cronológica de aparición de los síntomas de estas enfermedades radica en el aporte que harían para lograr un diagnóstico de la enfermedad primaria y en consecuencia un tratamiento oportuno y focalizado de la condición de base que está afectando a la mujer. La literatura disponible no ha ofrecido suficientes elementos para diferenciar esta cronología, además, en algunas oportunidades no se considera la otra enfermedad como posible confusor, llevando a un retraso o subdiagnóstico, con un tratamiento de la condición primaria incorrecta, dificultades en la respuesta y aumento de los costos, tanto económicos como sociales (15,16). A partir de esto el objetivo del presente informe es describir las características sociodemográficas y clínicas de las mujeres inicialmente incluidas en la cohorte para evaluar la evolución de los síntomas de disfunción sexual y depresión posparto después de 12 meses.

METODOLOGÍA

Población y muestra:

Este estudio se realizó con mujeres captadas desde octubre de 2021 en el momento de la atención del parto o puerperio inmediato en el Hospital San Vicente Fundación en Medellín, Colombia, un hospital de cuarto nivel de complejidad, de carácter privado y sitio de referencia de la región, con disponibilidad de Unidad de Cuidados Intensivos neonatales. La primera entrevista clínica se realizó entre 15 ya 30 días posparto por llamada telefónica o videollamada. Se excluyeron mujeres con diagnóstico de enfermedad psiquiátrica diferente de trastorno depresivo, mujeres con discapacidad cognitiva o las mujeres con las que no se pudo establecer contacto telefónico antes de los 30 días posparto.

Implementación y medición:

En el primer contacto telefónico con las mujeres que cumplieran criterios de inclusión, se les explicó en qué consistía la investigación según un guion de llamada realizada por los investigadores (Anexo 1), se les invitó para participar, se resolvieron las dudas y en caso en aceptación se realizó firma electrónica del consentimiento informado por medio de formato de Google Forms (Anexo 2). Posteriormente se realizó la primera entrevista clínica estructurada (Anexo 3).

Se indagaron las características socioculturales como la edad en años cumplidos en el momento de la primera entrevista clínica, el estado civil según su situación legal, la escolaridad definida por el nivel académico más alto aprobado, el estrato socioeconómico

según la estratificación social de vivienda las Empresas Públicas de Medellín si vive en la ciudad, si fue sometida a desplazamiento o inmigración en algún momento de su vida por situaciones sociales o de violencia.

Se determinó la presencia de algunos factores de riesgo psiquiátricos reconocidos en la literatura para la depresión o disfunción sexual posparto, todos ellos obtenidos mediante el reporte que hizo la mujer durante la entrevista, como el antecedente de depresión establecido por diagnóstico clínico por un médico general o psiquiatra antes del embarazo, el antecedente de uso de medicamentos como inhibidores de la recaptación de serotonina, bloqueantes de receptores de histamina, medicamentos hormonales, antihipertensivos en los últimos 10 años, historia de consumo en los últimos 5 años de tetrahidrocannabinol (THC), cocaína, pasta base de cocaína, licor, cigarrillo, heroína, o antecedente de familiar en primer grado de enfermedad psiquiátrica como depresión, trastorno afectivo bipolar o trastornos esquizoides. Otros antecedentes y complicaciones ginecológicas como el número de embarazos previos, sin incluir el último, número de partos previos sin incluir el último, semanas completas en el momento del parto de la última gestación, si tuvo diagnóstico clínico de preeclampsia, restricción del crecimiento intrauterino, anomalías fetales, si requirió parto emergente definido por la necesidad de terminación de la gestación desde las 24 horas de la última consulta, si presentó desgarros vaginales que requirieran sutura, episiotomía, si está lactando, si el recién nacido requirió ingreso a la UCIN u hospitalización adicional a 48 horas de observación iniciales y tipo de nacimiento de la última gestación.

Como antecedentes personales importantes se indagó sobre diagnóstico clínico previo al embarazo, según la información aportada por la participante, de hipertensión crónica, diabetes mellitus, asma o alguna enfermedad cardíaca o neurológica. Además, el antecedente de riesgos psicosociales como el antecedente de abuso sexual, físico o psicológico antes de los 18 años, en los últimos 5 años antes del embarazo o durante el embarazo, la duración en meses de la relación sentimental actual con su pareja y la percepción de adecuado soporte de su pareja en cuanto a su implicación en el proceso del embarazo, parto, posparto y cuidados del recién nacido.

Se investigó mediante la entrevista clínica si presentaban el diagnóstico de depresión posparto, definida según los criterios diagnósticos del Manual de Diagnóstico y Estadística de Desórdenes Mentales 5 (DSM 5 por sus siglas en inglés), o disfunción sexual según los criterios diagnósticos del DSM 5. Si presentaron los síntomas de alguna de estas enfermedades, se indagó por el momento de aparición de estos con respecto al parto en semanas.

Se planea realizar una segunda entrevista clínica estructurada a las mismas participantes a los 6 meses posparto y una tercera al completar el seguimiento a los 12 meses posparto. En caso de haber realizado, o realizarse en las siguientes entrevistas clínicas, diagnósticos de depresión posparto o de disfunción sexual posparto se determinará el momento en días con respecto al parto en el que iniciaron los síntomas y se redireccionará a la participante para las especialidades pertinentes adscritas a la EPS para el inicio de tratamiento adecuado y oportuno y seguimiento.

Instrumentos:

Los investigadores realizaron una entrevista clínica estructurada por vía telefónica o videollamada según la guía de entrevista (Ver anexo 3). Se planea usar esta misma guía para realizar la segunda y tercera entrevista clínica a los 6 y 12 meses.

Análisis estadístico

Las variables cualitativas se presentan en número absoluto y porcentaje y las variables cuantitativas con distribución normal, evaluada con la prueba de Shapiro Wilk, se presentan con media y desviaciones estándar, las variables discretas se presentan con mediana y rangos intercuartílicos.

El objetivo principal de este estudio es la estimación de los tiempos de la aparición de los síntomas de depresión y de disfunción sexual. No se tiene como objetivo comparar los tiempos entre los grupos.

Para el cálculo del tamaño de la muestra, se tuvo en cuenta que en la literatura se encuentra que la aparición de la disfunción sexual puede iniciar incluso desde el momento del parto en el 38% de las mujeres (17). Asumiendo que un 40% de las mujeres presentan alguno de los síntomas en estudio, para tener un poder del 80% y una confianza del 95% (proporción de error tipo 1 del 5%), se requeriría seguir al menos 155 mujeres posparto. Aceptando el supuesto de que el tiempo a la aparición de cualquiera de los síntomas puede tener una desviación estándar amplia de 15 días, para tener una confianza del 95% de obtener un promedio de tiempo de aparición de cualquier síntoma con una precisión de más o menos 5 días, se requiere contar al menos con 62 mujeres posparto presentando ese síntoma.

Durante el transcurso del estudio se irá verificando el cumplimiento de estos supuestos con el fin de ir adecuando el tamaño de la muestra a la realidad que se vaya presentando en la cohorte.

Control de sesgos

El acceso a servicios de internet y equipos que permitan realizar una videoconferencia para realizar la entrevista clínica puede crear un sesgo de selección frente a las mujeres que

cuenten con estos recursos económicos, siendo esta vía la idónea en el contexto de la pandemia del COVID19. Éste sesgo ha sido controlado realizando una llamada telefónica por parte de los investigadores.

Consideraciones éticas

Esta investigación cumplió con los principios éticos para su realización según la Declaración de Helsinki 2002 y el Decreto 2378 de 2008. Se clasificó con riesgo mínimo según la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio Nacional de Salud de Colombia y fue aprobada por el Comité de Ética del Hospital San Vicente Fundación.

RESULTADOS

Se realizó la llamada para invitar a participar en el estudio a 49 mujeres, de las cuales no se logró comunicación con 10, 8 manifestaron no desear participar por falta de tiempo o no tener interés en el tema, 12 aceptaron, pero no fue posible concretar el espacio para la primera entrevista clínica. De las mujeres entrevistadas hasta el momento, a una participante se le realizó diagnóstico clínico de trastorno afectivo bipolar, por lo cual fue excluida de este estudio. En esta primera etapa de entrevistas se incluyeron a 19 mujeres.

Tabla 1: Características sociodemográficas de las participantes

Variables	Frecuencia
Edad	Media 28.7 años DS 4.76 años
Estado civil	
Soltera	4 (21.1%)
Casada	5 (26.3%)
Unión libre	10 (52.6%)
Estrato socio económico	
1	5 (26.3%)
2	10 (52.6%)
3	4 (21.1%)
Escolaridad	
Bachiller	9 (47.4%)
Técnica	6 (31.6%)
Pregrado	3 (15.8%)
Posgrado	1 (5.3%)
Inmigrante/desplazada	5 (26.3%)

Número de embarazos previos	Mediana 1 RIQ 1-2
Número de partos previos	Mediana 1 RIQ 1-2
Semanas en el momento de parto	Media 37.5 DS 1.42
Tipo de parto	
Vértice espontáneo	9 (47.4%)
Cesárea	10 (52.6%)

La prevalencia de mujeres con depresión posparto en este grupo fue del 5.3% (n=1). El 31.6% (n=6) presentaron alteración en el interés y excitación sexual, el 5.3% (n=1) presentó alteración del orgasmo y ninguna refirió dolor genito pélvico. La prevalencia de la disfunción sexual fue del 21.1% (n=4)

La prevalencia simultánea de ambas enfermedades fue del 5.3% (n=1), teniendo en cuenta que la única mujer con diagnóstico de depresión posparto presentaba también disfunción sexual posparto presentando trastorno del interés y excitación sexual y como síntomas de depresión ánimo deprimido, anhedonia, insomnio, hipoprosexia, sentimiento de culpa. Ella refirió que todos sus síntomas iniciaron de forma simultánea.

Se determinó la prevalencia de algunos factores de riesgo en común para depresión posparto y disfunción posparto encontrados en la literatura

Tabla 2: Prevalencia de factores de riesgo comunes para depresión posparto y disfunción sexual posparto

VARIABLES	Frecuencia
Antecedente personal de hipertensión crónica	1 (5.3%)
Antecedente personal de diabetes mellitus	2 (10.5%)
Antecedente personal de asma	3 (15.8%)
Antecedente personal de enfermedades cardiacas	2 (10.5%)
Antecedente personal de depresión	1 (5.3%)
Antecedente personal de uso de medicamentos	2 (10.5%)

Requerimiento de parto emergente	7 (36.8%)
Bebé con requerimiento de UCIN u hospitalización	9 (47.4%)
Antecedente personal de abuso en la infancia	3 (15.8%)
No adecuado soporte de la pareja	1 (5.3%)
Antecedente personal de violencia intrafamiliar o abuso sexual	1 (5.3%)
Antecedente personal de violencia intrafamiliar o abuso sexual durante el embarazo	0
Duración de relación sentimental actual	Mediana 60 meses (RIQ 12- 132 meses)

La prevalencia de factores de riesgo para depresión posparto como el antecedente de uso de licor fue 36.8% (n=7) y ninguna participante presentó el antecedente de uso de THC, cocaína, pasta de base de coca, cigarrillo o heroína. El 10.5% (n=2) presentaba el antecedente familiar de enfermedad psiquiátrica. Otros factores como el diagnóstico durante el embarazo de preeclampsia fue 10.5% (n=2), de RCIU 10.5% (n=2), anomalías fetales 5.3% (n=1). La prevalencia de otros factores de riesgo para disfunción sexual posparto como desgarros vaginales fue de 15.8% (n=3), episiotomía 0% y de lactancia 94.7% (n=18)

Con la información disponible en la actualidad no es válido aún realizar comparaciones estadísticas formales.

DISCUSIÓN

En los resultados parciales de este estudio se ha encontrado una prevalencia de la depresión posparto del 5.3% a las 2 a 4 semanas posparto, siendo concordante, aunque en el límite inferior, con lo reportado en la literatura que refiere una presentación a las 4 semanas posparto entre un 5% al 26% según el área geográfica donde se estudie (18–20). En Colombia no se dispone de estudios que determinen esta prevalencia según los criterios del DSM 5 con la entrevista clínica, los que existen están los realizadas con la herramienta de tamización con la Escala de Edimburgo que determina una prevalencia más alta y no se especifica el tiempo con respecto al posparto en el que ha sido evaluada (21).

Se encontró la prevalencia de la disfunción sexual posparto de 21.1%, este resultado es congruente con lo propuesto en otros estudios que determinan la prevalencia de disfunción sexual a las 4 semanas posparto (10).

La única paciente con diagnóstico de depresión posparto tenía concomitantemente disfunción sexual posparto, retomando así el concepto de la asociación bidireccional que existe entre ambas enfermedades. En esta paciente se documentó el trastorno de interés/excitación sexual el cual es el más prevalente encontrado en múltiples estudios en la literatura (5).

En cuanto a los factores de riesgo para ambas enfermedades se encontró alta frecuencia de cesáreas, requerimiento de parto emergente y el ingreso del neonato a UCIN u hospitalización de este, posiblemente debido al nivel de complejidad del Hospital en el cual se captaron las pacientes de este estudio. A pesar de que estos factores de riesgo son importantes para ambas enfermedades, no se refleja en las prevalencias de estas, siendo una posible explicación la baja frecuencia de otros factores de riesgo como los antecedentes patológicos y psicosociales y la alta frecuencia de otros factores que pueden ser protectores como el estado civil casada o unión libre, la percepción de adecuado soporte de la pareja y la larga duración de la relación.

A pesar de que varias mujeres reportaron alteración en algún dominio de la función sexual femenina, el diagnóstico de disfunción sexual no se realizó en todas ellas ya que uno de los criterios del DSM 5 es el malestar clínicamente significativo que puede generar estas alteraciones, encontrando varias posibles explicaciones. En primer lugar, el conocimiento que pueden tener sobre sexualidad, el acceso a educación sexual y el reconocimiento de la importancia que esta tiene en nuestro contexto latinoamericano, en segundo lugar, las creencias o mitos que se tiene sobre la sexualidad en el posparto y lo referente a normal o anormal y en tercer lugar en rol que asume la mujer en el posparto como completa cuidadora del recién nacido dejando otros aspectos de su vida en otros niveles de prioridad (16,22).

En este estudio hubo múltiples limitaciones, inicialmente el protocolo fue planteado previo a la pandemia de SARS COV19 en el 2019 por lo cual ante la emergencia sanitaria hubo múltiples contratiempos para la aprobación de los comités de ética en donde fue propuesta la investigación inicialmente y requiriendo otros ajustes en el protocolo sobre la implicación de la telemedicina en este estudio y la forma de invitar a las participantes. Es importante recalcar que no todas las mujeres invitadas a participar en el estudio accedieron a la participación.

Algunas de las preguntas hacen alusión a conceptos subjetivos y percepciones que dependen del contexto de las mujeres por lo cual podría ser un sesgo, como el antecedente

de abuso, además del estigma social o la vergüenza que pueden sentir al admitir este o incluso el reconocimiento de este antecedente frente a su normalización en múltiples contextos. Otras preguntas también hacen referencia a situaciones que han sido juzgadas socialmente como el consumo de sustancias psicoactivas, la sintomatología de depresión y de disfunción sexual y frente a las cuales podría haber un sesgo.

CONCLUSIONES

Las prevalencias encontradas de disfunción sexual y de depresión posparto en la cohorte descrita en nuestro contexto corresponde con lo encontrado en la literatura. La prevalencia de ambas enfermedades simultáneas fue baja, sin embargo, es esperable teniendo en cuenta el número total de participantes de esta cohorte. En la única paciente con ambos diagnósticos los síntomas iniciaron de forma simultánea. Se encontró una baja frecuencia de algunos antecedentes que se consideran factores de riesgo, sin embargo, queda la duda de si estos realmente se presentan poco o reflejan la estigmatización que existe de estos. Se requiere continuar con el protocolo de este estudio prospectivo para encontrar resultados más significativos y posiblemente extrapolables en nuestro contexto.

REFERENCIAS

1. WHO. Defining sexual health Sexual health document series [Internet]. Report of a technical consultation on sexual health. Geneva; 2006. Available from: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf
2. Parish SJ, Hahn SR, Goldstein SW, Giraldi A, Kingsberg SA, Larkin L, et al. The International Society for the Study of Women's Sexual Health Process of Care for the Identification of Sexual Concerns and Problems in Women. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2019;94(5):842–56. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2019.01.009>
3. Espitia-De La Hoz FJ. Prevalence and characterisation of sexual dysfunctions in women, in 12 Colombian cities, 2009-2016. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2018 Jan 1;69(1):9–21.
4. Chang SR, Lin WA, Lin HH, Shyu MK, Lin MI. Sexual dysfunction predicts depressive symptoms during the first 2 years postpartum. *Women and Birth* [Internet]. 2018;31(6):e403–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2018.01.003>
5. Shafer LC. Trastornos sexuales y disfunción sexual. In: *TRATADO DE PSIQUIATRÍA CLÍNICA MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL*. 2º edición. Barcelona, España: Elsevier; 2018. p. 402–11.

6. Khajehei M, Doherty M, Tilley PJM. An update on sexual function and dysfunction in women. *Arch Womens Ment Health*. 2015;18(3):423–33.
7. Shindel AW RT. Women's Sexual Health. In: McAninch JW, Lue TF eds *Smith & Tanagho's General Urology*, 19e McGraw Hill. 2020.
8. Banaei M, Dashti A. Sexual Dysfunction and its Associated Factors After Delivery: Longitudinal Study in Iranian Women. *Mater Socio Medica*. 2018;30(2):198–203.
9. Maria L, Markus M, Christof W, Corinna S, Mitho R, Wallwiener S. The influence of partnership quality and breastfeeding on postpartum female sexual function. *Arch Gynecol Obstet*. 2019;299(1):69–77.
10. 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 Apr 1;295(4):873–83.
11. Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, Davidson KW, et al. Interventions to Prevent Perinatal Depression: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2019;321(6):580–7.
12. Survey H. Depresión posparto en mujeres colombianas: análisis secundario de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud-2010. 2014;16(4):534–46.
13. Atlantis E, Sullivan T. Bidirectional association between depression and sexual dysfunction: A systematic review and meta-analysis. *J Sex Med*. 2012;9(6):1497–507.
14. Yilmaz FA, Avci D, Aba YA, Ozdilek R, Dutucu N. Sexual dysfunction in postpartum Turkish women: It's relationship with depression and some risk factors. *Afr J Reprod Health*. 2018;22(4):54–63.
15. Abdool Z, Thakar R, Sultan AH. Postpartum female sexual function. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2009;145:133–7.
16. Gjerdingen DK, Center BA. First-time parents' prenatal to postpartum changes in health, and the relation of postpartum health to work and partner characteristics. *J Am Board Fam Pract*. 2003;16(4):304–11.
17. Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women's sexual health after childbirth. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*. 2000;186–95.
18. Fiala A, Švancara J, Klánová J, Kašpárek T. Sociodemographic and delivery risk factors for developing postpartum depression in a sample of 3233 mothers from the Czech ELSPAC study. *BMC Psychiatry [Internet]*. 2017;17(104):10 pages. Available from: DOI 10.1186/s12888-017-1261-y%0A
19. Liu X, Wang S WG. Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depression in Women: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Clin Nurs [Internet]*. 2021; Available from: doi: 10.1111/jocn.16121

20. Shorey S, Chee CYI, Ng ED, Chan YH, Tam WWS, Chong YS. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res* [Internet]. 2018;104(August):235–48. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.08.001>
21. Cuero-Vidal OL D-MA. Prevalencia de depresión posparto en el Hospital San Juan de Dios , Cali, Colombia. Septiembre-Diciembre, 2011. *Rev Colomb Obs Ginecol* [Internet]. 2013;64(4):371–8. Available from: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/89>
22. Khajehei M, Doherty M, Tilley PJM. An update on sexual function and dysfunction in women. 2015;423–33.