

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
OBSTETRICIA



TESIS

**FACTORES ASOCIADOS AL REINICIO DE ACTIVIDAD
SEXUAL DESPUÉS DEL PARTO EN USUARIAS DEL
CENTRO DE SALUD JESÚS. 2024.**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
OBSTETRA

PRESENTADO POR LA BACHILLER:

Karen Lizbeth Pizarro Silva

Asesora:

Mg. Obsta. Amanda Elena Rodríguez Sánchez

Cajamarca - Perú

2024



CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador: **Karen Lizbeth Pizarro Silva**
DNI: **73483464**
Escuela Profesional/Unidad UNC: **ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**
2. Asesor:
Mg. Obstetra AMANDA ELENA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ
Facultad/Unidad UNC:
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
3. Grado académico o título profesional al que accede:
 Bachiller Título profesional Segunda especialidad
 Maestro Doctor
4. Tipo de Investigación:
 Tesis Trabajo de investigación Trabajo de suficiencia profesional
 Trabajo académico
5. Título de Trabajo de Investigación:
FACTORES ASOCIADOS AL REINICIO DE ACTIVIDAD SEXUAL DESPUÉS DEL PARTO EN USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD JESÚS. 2024.
6. Fecha de evaluación Software antiplagio: **17/1/2025**
7. Software antiplagio: **TURNITIN** **URKUND (OURIGINAL) (*)**
8. Porcentaje de Informe de Similitud: **12%**
9. Código Documento: **oid:3117: 421735105**
10. Resultado de la Evaluación de Similitud:
 APROBADO **PARA LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES O DESAPROBADO**

Cajamarca, 20 de enero del 2025



* En caso se realizó la evaluación hasta setiembre de 2023

Copyright © 2024 by
Karen Lizbeth Pizarro Silva
Derechos reservados

FICHA CATALOGRÁFICA

Pizarro S. 2025. **FACTORES ASOCIADOS AL REINICIO DE ACTIVIDAD SEXUAL DESPUÉS DEL PARTO EN USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD JESÚS. 2024.** /Karen Lizbeth Pizarro Silva /103
ASESORA: Mg. Obsta. Amanda Elena Rodríguez Sánchez
Disertación académica para optar por el título profesional de Obstetra UNC 2025

"La educación es el pasaporte hacia el futuro, el mañana pertenece a aquellos que se preparan para él en el día de hoy. " (Malcolm X)

SE DEDICA ESTE TRABAJO A:

Dios, quien ha iluminado mi camino en cada paso de mi carrera universitaria.

A mi querida madre y abuelos, Consuelo, Manuel y Rosa, su amor, apoyo incondicional y sacrificio han sido fundamentales para alcanzar esta meta académica. A mi tía Mari, por confiar en mí, por brindarme su cariño, comprensión y compañía.

A mi padre, Alejandro, por ser mi fortaleza e inspiración. Aunque ya no esté presente físicamente, su amor y enseñanzas continúan guiando mi camino.

Karen Lizbeth

SE AGRADECE A:

A mi alma mater, la Universidad Nacional de Cajamarca y a los docentes de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia, cuyo conocimiento ha sido invaluable, permitiéndome crecer profesionalmente.

Al Centro de Salud Jesús, por brindarme los recursos necesarios para llevar a cabo mi tesis y a las usuarias, cuya colaboración y apoyo han sido esenciales, sin los cuales nada de esto habría sido posible.

A mi asesora, Mg. Obsta. Amanda Rodríguez Sánchez, su paciencia, orientación y conocimientos han sido valiosos en el desarrollo de esta investigación.



MODALIDAD "A"

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

En Cajamarca, siendo las 12:00 del 16 de enero del 2025, los integrantes del Jurado Evaluador para la revisión y sustentación de la tesis, designados en Consejo de Facultad a propuesta del Departamento Académico, reunidos en el ambiente 6E-205 de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca, dan inicio a la sustentación de tesis denominada:

Factores asociados al reinicio de actividad sexual después del parto en usuarias del Centro de Salud Jesús. 2024.

del (a) Bachiller en Obstetricia:

Karen Lizbeth Pizarro Silva

Siendo las 13:45 del mismo día, se da por finalizado el proceso de evaluación, el Jurado Evaluador da su veredicto en los siguientes términos: muy bueno, con el calificativo de: 18, con lo cual el (la) Bachiller en Obstetricia se encuentra apta para la obtención del Título Profesional de: **OBSTETRA**.

Miembros Jurado Evaluador Nombres y Apellidos		Firma
Presidente:	Dra. Rebeca Beatriz Aguilar Quiroz	
Secretario(a):	M. Cs. Gloria Agripina Rosas Alarcón	
Vocal:	M. Cs. Isabel Loyola Zabaleta	
Accesitaria:		
Asesor (a):	Mg. Amanda Elena Rodríguez Sánchez	
Asesor (a):		

Términos de Calificación:

EXCELENTE (19-20)
REGULAR (12-13)

MUY BUENO (17-18)
REGULAR BAJO (11)

BUENO (14-16)
DESAPROBADO (10 a menos)

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE GENERAL	ix
ÍNDICE DE TABLAS	xi
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
EL PROBLEMA	3
1.1 Definición y delimitación del problema	3
1.2 Formulación del problema	4
1.3 Objetivos	4
1.4 Justificación de la investigación	5
CAPÍTULO II	7
MARCO TEÓRICO	7
2.1 Antecedentes	7
2.2 Bases teóricas	10
2.3 Hipótesis	26
2.4 Variables	26
CAPÍTULO III	29
DISEÑO METODOLÓGICO	29
3.1 Diseño y tipo de estudio	29
3.2 Área de estudio y población	29
3.3 Muestra y muestreo	30
3.4 Unidad de análisis	31
3.5 Criterios de inclusión y exclusión	31
3.6 Consideraciones éticas de la investigación	31
3.7 Procedimientos para la recolección de datos	32
3.8 Técnicas e instrumentos de la recolección de datos	32
3.9 Validez y confiabilidad	32
3.10 Procesamiento y análisis de datos	33
CAPÍTULO IV	34
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	34

CONCLUSIONES	61
RECOMENDACIONES	62
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
ANEXOS	72

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Características sociodemográficas de las usuarias postparto del Centro de Salud Jesús. 2024.	34
Tabla 2. Características obstétricas de las usuarias postparto del Centro de Salud Jesús. 2024.	38
Tabla 3. Características fisiológicas de las usuarias postparto del Centro de Salud Jesús. 2024.	43
Tabla 4. Características psicológicas de las usuarias postparto del Centro de Salud Jesús. 2024.	44
Tabla 5. Características del reinicio de actividad sexual después del parto en usuarias del Centro de Salud Jesús. 2024.	47
Tabla 6. Asociación entre factores obstétricos y tiempo de reinicio de actividad coital después del parto en usuarias del Centro de Salud Jesús. 2024.	50
Tabla 7. Asociación entre factores fisiológicos y tiempo de reinicio de actividad coital después del parto en usuarias del Centro de Salud Jesús. 2024.	55
Tabla 8. Asociación entre factores psicológicos y tiempo de reinicio de actividad coital después del parto en usuarias del Centro de Salud Jesús. 2024.	57

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar los factores asociados al reinicio de actividad sexual después del parto en usuarias del Centro de Salud Jesús, 2024. El estudio fue no experimental, corte transversal, descriptivo correlacional, prospectivo; con una muestra de 85 usuarias postparto, se aplicó la técnica de entrevista e instrumento cuestionario. Resultados: características sociodemográficas, 70,6% tenía entre 18 a 29 años, 77,6% convivientes, 45,9% instrucción secundaria, 63,5% católicas, 78,8% amas de casa, 60% zona rural; características obstétricas el 52,9% fueron multíparas; 84,6% tuvieron parto vaginal, 80% practicaba lactancia materna exclusiva, 81,2% tenían más de 6 controles prenatales y al 75,3% y 64,7% no se les brindó información sobre reinicio de actividad sexual durante los controles prenatales y puerperales; características fisiológicas, 50,6% presentó flacidez vaginal; características psicológicas, las usuarias experimentaron miedos como: 70,6% al dolor, 69,4% a un nuevo embarazo, 67,1% a complicaciones; además, 62,4% cambios en su imagen corporal, 65,9% disminución de deseo sexual y en las características del reinicio de actividad sexual, 35,3% reinició después de dos meses postparto, 85,9% decisión de ambos, 64,7% tuvo dolor. Se concluye que los factores obstétricos como episiotomía ($p=0,005$), desgarro ($p=0,034$), complicaciones después del parto ($p=0,042$) e información sobre reinicio de actividad coital durante los controles prenatales ($p=0,035$) y puerperales ($p=0,017$), factores fisiológicos: cambios en la vagina ($p=0,025$) y factores psicológicos miedo al dolor durante el coito ($p=0,002$), cambios emocionales ($p=0,004$) están asociados significativamente con el tiempo de reinicio de la actividad sexual postparto.

Palabras clave: factores, reinicio, actividad coital, postparto.

ABSTRACT

The present investigation aimed to determine the factors associated with the resumption of sexual activity after childbirth in users of the Jesús Health Center, 2024. The study was non-experimental, cross-sectional, descriptive correlational, prospective; with a sample of 85 postpartum users, the interview technique and questionnaire instrument were applied. Results: sociodemographic characteristics, 70.6% were between 18 and 29 years old, 77.6% cohabiting, 45.9% secondary education, 63.5% catholic, 78.8% housewives, 60% rural area; obstetric characteristics 52.9% were multiparous; 84.6% had vaginal delivery, 80% practiced exclusive breastfeeding, 81.2% had more than 6 prenatal check-ups and 75.3% and 64.7% were not given information on resumption of sexual activity during prenatal and postpartum check-ups; Physiological characteristics, 50.6% presented vaginal flaccidity; psychological characteristics, users experienced fears such as: 70.6% of pain, 69.4% of a new pregnancy, 67.1% of complications; in addition, 62.4% had changes in their body image, 65.9% decreased sexual desire and in the characteristics of the resumption of sexual activity, 35.3% restarted after two months postpartum, 85.9% decision of both, 64.7% had pain. It is concluded that obstetric factors such as episiotomy ($p=0.005$), tearing ($p=0.034$), complications after delivery ($p=0.042$) and information about the resumption of sexual activity during prenatal ($p=0.035$) and postpartum check-ups ($p=0.017$), physiological factors: changes in the vagina ($p=0.025$) and psychological factors fear of pain during intercourse ($p=0.002$), emotional changes ($p=0.004$) are significantly associated with the time of resumption of sexual activity postpartum.

Keywords: factors, resumption, coital activity, postpartum.

INTRODUCCIÓN

El postparto es un periodo crítico para la mujer caracterizado por profundos cambios físicos, psicológicos y se suma la nueva rutina social y el cuidado del recién nacido (1,2). Uno de los aspectos más relevantes de esta etapa es el reinicio de actividad sexual, un tema que, a pesar de su importancia, ha sido escasamente investigado. El Fondo de las Naciones Unidas (UNICEF) (3), establece que el reinicio de actividad sexual debería ocurrir tras la cuarentena postparto o 42 días, momento en el que termina el puerperio tardío (4). Bases científicas indican que el tiempo promedio para reiniciar la actividad coital postparto oscila entre 6 a 12 semanas, aunque un estudio a nivel internacional encontró que el tiempo promedio fue de 9 semanas (5) y en Perú, la Encuesta Nacional de Salud Demográfica (ENDES 2023), reveló que la abstinencia postparto duró en promedio 6,1 meses, pero la mitad de las mujeres reinició su actividad sexual a los 2,4 meses (6).

El reinicio de la actividad sexual después del parto puede verse influenciado por factores obstétricos, fisiológicos y psicológicos. Entre los factores obstétricos, la episiotomía y desgarros perineales durante el parto vaginal pueden incidir adversamente en la salud sexual de la mujer (7). Adicionalmente se ha constatado que la lactancia materna exclusiva tiene efectos negativos sobre la salud sexual, relacionado con los altos niveles de prolactina, que a menudo conducen a disminución de lubricación vaginal y, por ende, en dispareunia (5,8). Por otro lado, la atención prenatal y los controles puerperales son claves para abordar la salud sexual, debido a que más de la mitad de la población no recibe información sobre relaciones coitales postparto (9) y en Perú, no existen lineamientos ni estándares acerca de este tema, por lo que los servicios de salud tienen brechas significativas. La atención postnatal, que tiene un alcance más limitado respecto a la prenatal, suele enfocarse en temas como anticoncepción postparto, esta omisión limita la comprensión de la experiencia postparto e impacta negativamente la calidad de vida sexual, resaltando la urgente necesidad de integrar la salud sexual en la atención postparto (10).

Además, desde una perspectiva psicológica, es común que después del parto las mujeres experimenten diversas preocupaciones. Un estudio realizado en Túnez por Maamari, Badri, Boujemi y Kissi, las razones para no reiniciar la actividad coital fueron identificados como miedo al dolor durante la penetración vaginal y el miedo a un nuevo embarazo (5). A su vez, en Perú se incluyen: miedo por posibles complicaciones de salud, pérdida de deseo sexual (11) e insatisfacción con la imagen corporal (12).

Adicionando, el proceso de adaptación a la maternidad involucra cambios que no se limitan al recién nacido, abarcan además la identidad personal y la relación de pareja, lo que lleva a cambios drásticos en el estado de ánimo, afectando las relaciones interpersonales e intimidad sexual (7,13).

Finalmente, los factores fisiológicos juegan un papel crucial en la experiencia sexual. La recuperación física tras el parto y la adaptación del cuerpo a los cambios inducidos por el embarazo, como cambios en las mamas y vagina, impactan negativamente el reinicio de la actividad sexual (9). Sin embargo, durante la actividad sexual se libera oxitocina, que no solo mejora el vínculo con la pareja sino también con el bebé, favoreciendo el apego materno debido a su influencia en áreas cerebrales responsables de la maternidad. Por otro lado, contribuye a la reducción de los niveles de cortisol, aumento de la liberación de dopamina y serotonina que alivian la ansiedad y favorecen el bienestar emocional.

Estos factores interactúan entre sí, creando un panorama complejo que requiere un análisis exhaustivo para comprender los factores que está asociados a fin de proporcionar una visión holística de la sexualidad postparto e intervenir oportunamente. En este sentido, la presente investigación buscó determinar la asociación entre los factores obstétricos, fisiológicos, psicológicos y el reinicio de actividad sexual en usuarias del Centro de Salud Jesús, en el año 2024. Este trabajo de investigación consta de los siguientes por cuatro capítulos descritos a continuación:

CAPÍTULO I: se abordó el planeamiento del problema, formulación del problema, justificación del estudio y objetivos.

CAPÍTULO II: se expuso los antecedentes, marco teórico, hipótesis, variables, conceptualización y operacionalización de variables.

CAPÍTULO III: conformado por el diseño metodológico el cual describe el diseño y tipo de investigación, área de estudio y población, muestra, unidad de análisis, criterios de inclusión y exclusión, consideraciones éticas, técnica e instrumento de recolección de datos, control de calidad de datos, procesamiento y análisis de investigación.

CAPÍTULO IV: incluye los resultados obtenidos, análisis y discusión.

Finalmente, se encuentran las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Definición y delimitación del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la sexualidad como un aspecto propio y fundamental de la existencia del ser humano, presente desde el nacimiento hasta la muerte. Los factores biológicos, psicológicos y sociales influyen de forma significativa en como el ser humano vive y expresa su sexualidad, a través de pensamientos, deseos, creencias, actitudes y prácticas, cada uno de estos factores influye de forma variable en cada individuo y etapa de vida (14).

La sexualidad sufre modificaciones durante el puerperio, etapa que inicia después de la expulsión de la placenta y se extiende por un período de 6 semanas o 42 días; sin embargo, la UNICEF indica que puede persistir durante meses o incluso un año (4,15). Durante este período, los órganos y sistemas que se vieron modificados por el embarazo y parto regresan a su estado pregestacional a excepción de las mamas por su función de lactancia materna (1,16). Esta fase comprende un complejo proceso de adaptación, en el que se integran el rol materno y las expectativas sobre el cuidado del recién nacido sin descuidar el rol de mujer, lo puede generar malestar, preocupación y miedo en muchas mujeres e influir negativamente en su sexualidad, particularmente en lo que respecta al reinicio de la actividad coital (12).

La UNICEF recomienda que las parejas reinicien su actividad sexual al concluir la cuarentena postparto y la episiotomía o desgarros hayan cicatrizado completamente (3). En México, un estudio realizado durante el 2019 por Polanco, Monge, Canto y Ballote (9) reveló que la mayoría de las mujeres reiniciaron su actividad sexual después de los dos meses, los motivos que interfirieron fueron en un 70,8% cambios en las mamas y 50% por vergüenza e inseguridad por su nueva imagen. En Paraguay, un estudio en el 2019 por Gimenez, Kawabata y Ríos (17) mostró que el 42,86% de mujeres reiniciaron su actividad sexual postparto después de ocho semanas, los

motivos que incitaron la práctica fueron el deseo propio 47% y por petición de la pareja 33%, mientras que los motivos para no reiniciar su actividad sexual fueron de tipo psicológico: miedo al dolor 30% y 20% miedo a un nuevo embarazo.

En Perú, un estudio realizado por Aquino en el 2021 evidenció que el 61,1% de las mujeres reiniciaron su actividad sexual después de los 56 días después del parto, aunque esto ocasionó dispareunia en un 63,4% de las mujeres; asimismo, los factores psicológicos que dificultaron el reinicio de la actividad sexual incluyeron el miedo a alguna complicación por la episiotomía, miedo al dolor durante el coito y miedo a un nuevo embarazo (18), lo que fue corroborado por Villacorta en el 2019, encontrándose asociación significativa (11). De igual manera, Uribe en el 2019 encontró otros factores psicológicos, como la percepción sobre la imagen corporal y la información que brinda el personal de Obstetricia respecto a sexualidad postparto (12).

La evidencia científica vincula el reinicio de la actividad sexual a factores obstétricos, fisiológicos y psicológicos; es por ello, que la orientación y consejería en sexualidad postparto a la mujer y pareja a cargo del Obstetra es fundamental, debido a que en algunas ocasiones no se consideran los cambios postparto, aunando presión a concebir relaciones coitales, de tal manera que se vulneran los derechos sexuales y reproductivos de la mujer (18,19).

Aun cuando el problema es evidente, en Cajamarca no hay estudios recientes que aborden este tema, por lo que se desconoce los factores obstétricos, fisiológicos y psicológicos que podrían estar asociados al reinicio de la actividad sexual postparto en usuarias del Centro de Salud Jesús, 2024, aportando así datos fiables sobre la sexualidad postparto.

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son los factores que se asocian con el reinicio de la actividad sexual después del parto en usuarias del Centro de Salud Jesús. 2024?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar los factores asociados en el reinicio de la actividad sexual después del parto en usuarias del Centro de Salud Jesús. 2024.

1.3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar sociodemográficamente a las usuarias postparto.
- Especificar las características obstétricas de las usuarias postparto.
- Identificar las características fisiológicas de las usuarias postparto.
- Establecer las características psicológicas de las usuarias postparto.
- Describir las características del reinicio de actividad coital después del parto en usuarias postparto.
- Determinar la asociación entre factores obstétricos y tiempo de reinicio de actividad coital después del parto en usuarias postparto.
- Analizar la asociación entre factores fisiológicos y tiempo de reinicio de actividad coital después del parto en usuarias postparto.
- Identificar la relación entre factores psicológicos y tiempo de reinicio de actividad coital después del parto en usuarias postparto.

1.4 Justificación de la investigación

El postparto es un periodo de ajustes en la vida de la mujer, en el cual experimenta diversos cambios que afectan su sexualidad y su relación de pareja. Durante esta etapa, el tiempo que tarda en reanudar su vida sexual después del parto varía considerablemente entre las mujeres y esta influenciado por diversos factores, entre ellos los obstétricos, fisiológicos y psicológicos. La OMS recomienda la abstinencia sexual por un periodo de 42 días postparto puesto que el cuerpo necesita tiempo para recuperarse. Además, reanudar la actividad sexual antes de los 42 días puede acarrear consecuencias negativas, como infecciones urinarias, dehiscencia de puntos de sutura o complicaciones en la cicatrización de herida postcesárea. Estas complicaciones no solo afectan la salud física de la mujer, sino que también puede afectar psicológicamente e impactar negativamente en la vida sexual.

Por tanto, la presente investigación se realizó para determinar los factores obstétricos, fisiológicos y psicológicos asociados al reinicio de la actividad sexual después del parto en usuarias del Centro de Salud Jesús, durante el año 2024, mediante un

cuestionario elaborado por la tesista y con la finalidad de conocer la realidad local de la muestra de estudio.

La presente investigación buscará enriquecer teóricamente la sexualidad postparto, al integrar los factores obstétricos, fisiológicos y psicológicos asociados al reinicio de la actividad sexual después del parto usuarias del Centro de Salud Jesús, durante el año 2024, mediante un cuestionario elaborado por la tesista. Este aporte es relevante tanto para estudiantes como para los Obstetras, ya que les permitirá adoptar un enfoque multidisciplinario, así como implementar orientación y consejería sobre reinicio de actividad coital durante los controles prenatales y puerperales, tomando en cuenta un enfoque integral que contemple tanto la recuperación física como psicológica, con la finalidad de que la pareja experimente plenamente de su vida sexual, respetando sus derechos sexuales y reproductivos, por lo que beneficiará directamente a las mujeres en el postparto y su pareja, al proporcionarles conocimiento necesario para un reinicio de la actividad sexual saludable y respetuoso. Además, los resultados obtenidos servirán como línea de base para futuros trabajos de investigación relacionados con el tema, permitiendo la expansión del conocimiento y la mejora continua de las prácticas en salud sexual y reproductiva.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes internacionales

Polanco L, Monge J, Canto T, Ballote M. (México, 2019), tuvieron como finalidad identificar la influencia de los cambios físicos, psicológicos y sociales de la mujer en el retorno de la actividad sexual postparto. Se realizó un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, con una muestra de 48 mujeres que estén dentro de los 6 meses postparto y estén dando de lactar, se aplicó un cuestionario denominado factores que influyen en el reinicio de la actividad sexual. Se obtuvo como resultados que el tiempo de reinicio de relaciones sexuales fue de 60 días en el 41.7% mientras que el 58,3%, después de los 60 días. El motivo de reinicio de la actividad sexual fue el deseo propio de la mujer en un 60,4% seguido del 20.8% por complacer a la pareja. Respecto a cambios en los senos, el 70.8% de las pacientes refirió presentar cambios que dificultaron el reinicio de las relaciones y 50% presentaron vergüenza e inseguridad por su imagen y lactancia. El 85.4% recibieron información por profesionales de salud sobre relaciones postparto. El 81.2% refirió miedo a un nuevo embarazo. Se concluye que las mujeres reanudaron la actividad sexual con su pareja por deseo propio, aun cuando hay un deterioro de la imagen corporal y dispareunia (9).

Giménez M, Kawabata A, Ríos C. (Paraguay, 2019), describieron las prácticas sexuales y anticoncepción de las púerperas de un hospital de tercer nivel de atención de Paraguay. Mediante una investigación descriptiva, de corte transversal, con muestreo probabilístico de casos consecutivos, que tuvo como muestra 84 púerperas. Obteniendo así que: el 42.86% de las púerperas reanudó la práctica sexual coital en el posparto, siendo el tiempo promedio de 8 ± 5.68 semanas. Los principales motivos de la práctica sexual coital fueron por deseo y confort personal 47% y petición de la

pareja 33%, las razones por las cuales no reiniciaron fueron por miedo a sentir dolor 30% y por temor a un nuevo embarazo 20%. Se concluye que menos de la mitad de las mujeres reanudaron la práctica sexual coital en un tiempo promedio de 8 semanas, por deseo y confort personal (17).

2.1.2 Antecedentes nacionales

Lozano T, Lozano C, Santa María L, Puelles L, Zagaceta J. (Tarapoto, 2024), su estudio tuvo como finalidad determinar las prácticas sexuales y anticonceptivas. Su estudio fue descriptivo, transversal, en 84 mujeres que acudieron al Hospital de Rioja, Se obtuvo que el 42,86% había reiniciado su actividad coital con un tiempo promedio de 8 semanas, y la razón de reinicio fueron por motivos personales y comodidad en 47% y por petición de la pareja, 33%, mientras que los motivos para no reiniciar la actividad sexual fueron temor a dolor con 30% y miedo a quedar nuevamente embarazada, 20% (21).

Pérez V, Valderrama K. (Trujillo, 2022), determinaron el impacto del desgarro obstétrico en la experiencia sexual de mujeres en el Hospital Belén de Trujillo 2020; es por ello que se realizó una investigación de diseño descriptivo simple de relación, en 78 mujeres que sufrieron de desgarros obstétricos a quienes se les aplicó un cuestionario; obteniendo como resultados que el 100% de mujeres con desgarro obstétrico de grado III y IV manifestaron que los cambios físicos tienen impacto en relación a su experiencia sexual. El 71.4% de mujeres con desgarro obstétrico de III y IV grado manifestaron que los cambios emocionales tienen impacto en su experiencia sexual después del parto. Concluyendo que el desgarro obstétrico tiene un impacto en la experiencia sexual de mujeres con una significancia de $p < 0.05$ (20).

Aquino Z. (Lima, 2021), tuvo como finalidad determinar la relación entre la dispareunia y el reinicio tardío de las relaciones sexuales en mujeres postparto de la comunidad cristiana de Lima, 2021. El tipo de estudio es correlacional, observacional, prospectivo de corte transversal. La muestra fue conformada por 90 mujeres de hasta 1 año postparto vaginal. Los resultados que se obtuvieron: al 66.7% de las mujeres le realizaron episiotomía mientras que el 26.7% sufrieron desgarros en el momento del parto. Respecto al tiempo de reinicio de la actividad sexual, el 12.2% lo reinició después de los 30 días, el 26.7% luego de 42 días y el 61.1% posterior a los 56 días. El primer tipo de relación sexual después del parto, el 76.7% fue el coito vaginal, seguido por petting (besos, caricias) con un 22.2% y, por último, 1.1%, sexo oral. El 70% refirió que presentaron molestias durante la relación sexual, 45.6% presentaron dolor al coito, este último afecta en el reinicio de la actividad sexual hasta en 1 año.

Las razones que dificultaron el reinicio de la actividad sexual fueron: 18.9% miedo a alguna complicación por la episiotomía que le realizaron, 12.2% miedo a sentir dolor, 11.1% no tiene deseo sexual y el 6.7% miedo a quedar embarazada. Asimismo, el 81.1% refirió que no recibió información sobre sexualidad postparto en sus consultas de puerperio. Se concluye que existe una asociación estadísticamente significativa entre la dispareunia y el reinicio tardío de las relaciones sexuales luego del parto (18).

Villacorta de la Cruz S. (Iquitos, 2019), determinó la relación entre los factores obstétricos y psicológicos con el inicio de la actividad sexual en primíparas atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García. La investigación fue de tipo descriptivo, de corte transversal y prospectivo, con una muestra de 81 primíparas de parto vaginal. Se obtuvo como resultado que el 79.0% no habían iniciado su actividad sexual después de 2 a 5 meses del parto, el 17.3% reinició su actividad sexual después de 2 meses y el 3.7% entre los 40 y 60 días, el 71.6% no recibieron información sobre el inicio de la actividad sexual después del parto, 90.1% se les practicó episiotomía, 44.4% tuvieron desgarros, 93.8% practicaban lactancia materna exclusiva. Factores psicológicos: 96.3% tuvo miedo al iniciar su actividad sexual, 77.8% miedo a un embarazo, 87.7% miedo a presentar una complicación, 43.2% sintió que perdió el deseo sexual. Por ello concluye que no existe relación estadísticamente significativa entre los factores obstétricos: episiotomía, información del reinicio de la vida sexual postparto; sin embargo, los factores psicológicos: miedo a sentir dolor, miedo a quedar embarazada y pérdida del deseo sexual tienen relación estadísticamente significativa con el tiempo de reinicio de la actividad (11).

Uribe J. (Lima, 2019), en su investigación determinó los factores biopsicosociales que influyen en el retorno a la actividad sexual después del parto en usuarias del Centro de Salud El Álamo Comas, 2018. Realizó un estudio tipo correlacional, prospectivo de corte transversal, no experimental, aplicativo, cuantitativo. Se utilizó como técnica la encuesta y el instrumento fue un cuestionario aplicado a una muestra de 71 mujeres de 3 a 6 meses posteriores al parto. Se obtuvo como resultados que los factores que influyen en el retorno de la actividad sexual son: biológicos: tipo de parto, presencia de complicaciones; factores psicológicos: miedo, percepción sobre su imagen corporal y cambios emocionales después del parto y los factores sociales: orientación de profesional de salud en temas como reinicio de relaciones sexuales. Llegó a la conclusión que los factores psicológicos tienen mayor influencia que los factores sociales y biológicos (12).

2.1.3 Antecedentes regionales

En la búsqueda bibliográfica no se encontró ningún antecedente en la región Cajamarca.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Factores que influyen en el reinicio de la actividad sexual postparto

2.1.2.1 Factores obstétricos

Son las circunstancias o condiciones obstétricas relacionadas con el embarazo, parto o postparto que pueden influir en la salud de la madre y el feto (22).

a. Paridad

- Nulípara: aquella mujer que nunca ha tenido un parto de un producto gestacional mayor de 20 semanas o 500 gramos de peso (23).
- Primípara: aquella mujer que ha terminado un embarazo hasta alcanzar la viabilidad fetal, independientemente de que haya terminado en parto único o múltiple y de si el feto está vivo o no (24).
- Multípara: mujer que ha llegado a término de dos o más embarazos en cada uno de los cuales el feto alcanzó viabilidad, independientemente de si nacieron vivos o no (25).
- Gran multípara: aquella mujer que ha tenido más de 6 partos (26).

b. Parto vaginal

El canal del parto está formado por tres planos que conforman el suelo pélvico, el músculo fundamental es el músculo elevador del ano conformado por el músculo pubococcígeo, puborectal e ileococcígeo (1).

El parto vaginal ocasiona elongación excesiva y extensa de las fibras del músculo elevador del ano y de toda su inervación, hemorroidal inferior, perineal y dorsal del clítoris, ramas del nervio pudendo, cuyo recorrido se encuentra por debajo del piso pélvico y afecta a los músculos del plano profundo, impidiendo que el músculo pubococcígeo y esfínteres se contraigan voluntariamente. Se postula que entre un 30 a 40% de los partos vaginales se relacionan con el estiramiento del nervio pudendo, que se llega a recuperar sin dejar secuelas. Sin embargo, expulsivos prolongados y fetos macrosómicos ocasionan daños neurológicos definitivos (18).

Ante esta situación diversos autores sugieren a los ejercicios de Kegel para el fortalecimiento del suelo pélvico, que consiste en “realizar de ocho a 12 contracciones voluntarias, identificando y contrayendo el músculo pubococcígeo, sin utilizar los músculos abdominales ni los glúteos, y manteniendo la contracción durante seis a ocho segundos y de tres a cuatro contracciones rápidas”. (27)

c. Parto por cesárea

La cesárea es un procedimiento quirúrgico que implica incisión en el abdomen y útero para la extracción de un feto mayor de 22 semanas, ya sea vivo o muerto, conjuntamente con la placenta y sus anexos (28).

Se refiere a una cesárea que se programa antes del inicio del trabajo de parto, se realiza a pacientes con alguna patología materna o fetal que impiden el parto vaginal, durante la atención prenatal o en hospitalización (28).

En otras ocasiones se realiza una cesárea de emergencia debido a complicaciones fetales o maternas, como: parto prolongado, prolapso de cordón umbilical, sufrimiento fetal, etc. (28).

d. Episiotomía

La episiotomía es un procedimiento quirúrgico que consiste en realizar una incisión que abarca vulva, vagina y periné. Se fundamenta en aumentar el tamaño vaginal durante el expulsivo, facilitando la salida del bebé (29).

Hay tres tipos de episiotomía.

- Episiotomía media: desde la horquilla de la vulva, incide sobre la mucosa vaginal, fascia y músculo adyacente (19).
- Episiotomía mediolateral: se realiza con un ángulo de 45° (19).
- Episiotomía lateral: su práctica ya no es realizada en los últimos años, por la vascularidad en esta área y la probabilidad de dañar el conducto de Bartolino y el músculo bulbocavernoso (19).

La OMS y la Federación Internacional de Ginecoobstetras (FIGO), no recomiendan la episiotomía como un procedimiento de rutina (19). Estudios refieren que la realización de la episiotomía se ha relacionado con múltiples complicaciones a corto y largo plazo, y aún más si se realizó una técnica quirúrgica inadecuada, como dolor perineal crónico, dispareunia e incontinencia urinaria y fecal (29).

e. Desgarros

Los desgarros vulvoperineales se clasifican en 4 grados:

- Primer grado: involucra piel y mucosa
- Segundo grado: incluye además músculo perineal
- Tercer grado: afecta piel, músculos y esfínter anal
- Cuarto grado: lesión que abarca hasta la mucosa del recto (30).

La sutura de desgarros de I y II grado no se han asociado con secuelas a largo plazo, el 60% de las mujeres que sufrieron desgarros de III grado permanecen asintomáticas durante el primer año; sin embargo, en el 40% se han encontrado persistencias de lesiones. Las mujeres que desarrollan síntomas experimentan incontinencia de gases y urgencia fecal (19).

Los desgarros vaginales luego del parto se pueden evidenciar como hendiduras, en el lugar el sangrado suele ser abundante. Se puede dar de forma longitudinal o lateral. Se ha asociado con partos precipitados, intervención con fórceps, maniobras manuales, fetos macrosómicos, embarazo múltiple, etc (30).

Los desgarros a nivel del cuello uterino son una complicación asociado a maniobras realizadas cuando la dilatación no se ha completado, partos precipitados; puede ser causa de hemorragia postparto (30).

Los desgarros pueden repercutir negativamente en la mujer, las lesiones pueden producir hemorragia y consecuentemente hipovolemia, tras suturar la lesión puede generar hematomas ocultos. Las infecciones y la aparición de fístulas son muy comunes y pueden afectar el desempeño sexual y la autoestima de las mujeres (1). Por otro lado, los desgarros de por sí tardan un tiempo en cicatrizar; no obstante, los desgarros que afectan el cuello uterino se asocian con cervicitis crónica; los desgarros que abarcan vulva, vagina y periné se asocian con dispareunia; y cuando afectan el periné se asocia con incontinencia urinaria (19).

f. Complicaciones postparto

En la actualidad, aunque las entidades como OMS y ACOG recomienden que la episiotomía no debe ser un procedimiento de rutina, su práctica aun es común en algunos países de Sudamérica, siendo responsable de complicaciones como: dolor, infección, hemorragia, cicatrización anormal y dispareunia, que afecta en gran medida

la vida sexual de la mujer y su pareja, por lo que debe ser atendida de inmediato para evitar graves consecuencias a largo plazo (31).

g. Lactancia materna

La lactancia materna se asocia con aumento de la secreción de prolactina y la supresión de las hormonas esteroideas: estrógeno y progesterona y, de la disminución de la testosterona, responsable de la libido. La concentración de prolactina en las 24 horas siguientes al parto es de aproximadamente 180 ng/mL, desciende hasta 88 ng/mL en los 7 días posteriores al parto. Las mujeres que practican lactancia materna exclusiva y presentan anovulación en las primeras diez semanas postparto tuvieron concentraciones >60, 2 ng/mL, mientras que las mujeres con lactancia materna parcial y anovulación, 35 ng/mL. En mujeres que no están amamantando, los niveles de prolactina vuelven a sus valores basales alrededor de las 2 a 3 semanas postparto. Asimismo, los niveles de prolactina aumentan en respuesta a la succión, frecuencia y hora del día, principalmente mamadas vespertinas (32).

h. Control prenatal

El control prenatal es el conjunto de atenciones de la gestante con el personal de salud, con la finalidad de vigilar el embarazo y su término, en lo posible sin complicaciones (33).

El control prenatal es una herramienta única para entablar comunicación directa con la gestante y su pareja o acompañante a fin de que reciban información y orientación que fomente la adquisición de conocimientos, la aceptación y práctica de conductas saludables y la toma de decisiones responsables y oportunas durante el embarazo, parto, puerperio y cuidados del recién nacido. Además, se brinda información sobre los beneficios del parto institucional y cómo identificar complicaciones obstétricas a fin de que acuda inmediatamente al centro de salud más cercano, reduciendo así la tasa de morbilidad materno perinatal; además, prevenir complicaciones antes, durante y después del parto (34).

La OMS recomienda que la gestante debe recibir mínimo 8 controles y que el primer control se realice a las doce semanas de gestación y los 7 restantes, en las semanas posteriores (34).

El Ministerio de Salud (MINSA) recomienda que la gestante debe recibir mínimo 6 controles y que el primer control se realice antes de las 14 semanas de gestación (4).

i. Información sobre reinicio de actividad coital en los controles prenatales y puerperales

La Norma Técnica para la Atención de Salud Materna (2013), no hace referencia en ninguno de sus ítems al reinicio de la actividad sexual (4).

2.1.2.2 Factores fisiológicos

Son aquellas circunstancias que alteran los procesos físicos internos del ser humano, pueden comprometer el desempeño motor y cognitivo del ser humano (35).

La estimulación sexual y la respuesta son más lentas y con menos intensidad. El deseo sexual disminuye a comparación del periodo pregestacional porque los niveles de prolactina aumentan después del parto, lo que conduce a privación de estrógenos y testosterona, esta última es importante en el deseo sexual (36).

La pared vaginal, experimenta adelgazamiento, sequedad y falta de lubricación (36).

Con respecto a las mamas, las mujeres pueden experimentar molestias, mayor sensibilidad que tiene una duración variable hasta que la lactancia se instaure. Durante la excitación sexual y el orgasmo, la liberación de oxitocina estimula la eyección de leche. Aun cuando la mujer deja de brindar lactancia materna la mujer experimentará molestias en las mamas hasta que se suprima la secreción láctea lo que afecta el comportamiento sexual (36).

2.1.2.3 Factores psicológicos

Hace referencia a los aspectos conductuales, cognitivos y emocionales que influyen el bienestar de las personas (37).

a. Cambios emocionales

Posterior al parto, algunas mujeres experimentan cierto nivel de depresión. Se describen tres categorías:

- Tristeza postparto o baby blues: se caracteriza por cambios bruscos en el estado de ánimo, que se alternan con episodios de depresión, irritación, llanto y episodios de felicidad. Generalmente se presenta entre los 2 a 4 días después del parto, son más intensos una semana después y desaparece en la segunda semana postparto. Afectan al 50-80% de las mujeres, es más frecuente en primíparas. Un factor relacionado es la disminución del estrógeno, características propias del puerperio (36,38).

- Depresión postparto: es más grave en comparación que la anterior. Se caracteriza por presentar preocupación sin causa alguna, labilidad emocional, desvelo, llanto habitual, sentimientos de falta de capacidad para el cuidado del recién nacido y cansancio. Generalmente inicia después de dos a tres semanas postparto no obstante puede aparecer en cualquier momento del postparto e incluso puede empezar a desarrollarse en el embarazo y agravarse en el postparto. Los síntomas duran entre seis a ocho semanas. Entre el 8 al 15% de las mujeres lo experimentan (36). Se considera de importancia puesto que no se afecta la calidad de vida de la mujer además puede dañar la relación con su hijo(a) e integrantes de la familia. En el recién nacido puede causar déficit en el desarrollo cognitivo y a futuro puede desarrollar hiperactividad o déficit de atención. La armonía familiar puede comprometerse, se pueden presentar habitualmente agresiones, rechazo, irritabilidad. El tratamiento debe iniciarse tan pronto como se diagnosticó y evitar la aparición de otras patologías o el en el peor de los casos, el suicidio.
- Psicosis postparto: corresponde al trastorno más grave, puede causar que la madre atente contra su vida y la de su recién nacido. Los síntomas iniciales son: inquietud, irritabilidad y trastornos del sueño, posteriormente los síntomas incluyen comportamiento desorganizado, alteración del estado de ánimo, delirios y alucinaciones en el que está involucrado el recién nacido. Suele presentarse dentro de las 72 horas postparto o entre cuatro a seis semanas postparto. No es muy frecuente y afecta alrededor de 1 a 2 por cada 1000 mujeres (38). La existencia de un gen que codifica el transporte de serotonina se asocia con una disminución de las hormonas esteroideas. La psicosis también está asociada además con el aumento de la sensibilidad a los receptores dopaminérgicos, ya que el estrógeno está involucrado en la regulación del tono dopaminérgico en el hipotálamo (36).

En esta etapa es esencial el acompañamiento y apoyo de la pareja, familia y amigos para con la madre. Se considera que hay algunos factores estresores que difieren en cada persona, por ejemplo: primer o segundo bebé a más, puesto que ante un primer hijo la madre cuestiona su capacidad con respecto al cuidado del recién nacido, suelen experimentar ansiedad, preocupación desde el nacimiento del bebé, e incluso se experimenta en mujeres multíparas o en aquellas que no deseaban tener al bebé (38).

b. Imagen corporal

Masters, Johnson y Kolodny afirman que la autoimagen es una causa común de disfunción sexual, reportaron que algunas mujeres llegan al orgasmo con

masturbación solitaria contrariamente a lo que sucede con la compañía de su pareja, se experimenta un sentimiento de disconformidad por el atractivo personal y valía sexual propia (39).

La mujer se siente poco atractiva por los cambios que experimenta: no ha recuperado su peso o figura pregestacional, el abdomen permanece flácido, con presencia de estrías abdominales o línea alba, mamas inflamadas, hiperpigmentación en la cara, cloasma gravídico (19). Por lo tanto, es radical que la pareja acepte que estos cambios son transitorios y fisiológicos, teniendo así la posibilidad de vivir su sexualidad a plenitud (36).

Otros cambios que pueden afectar la imagen corporal incluyen hematomas conjuntivales, petequias y hemorragias capilares que se aprecian después de los esfuerzos de pujo durante el parto por un aumento de la presión venosa en la cara y cuello, suelen desaparecer tras los primeros días del parto (36).

c. Miedo al dolor y a un nuevo embarazo

Una gran porcentaje de mujeres experimentan miedo a la penetración y al dolor, aún más en aquellas que han tenido un parto vaginal, y se preocupan de si sus genitales permanecerán intactos después del parto (36).

Es fundamental para la práctica exitosa del coito la receptividad vaginal, integridad anatómica y funcional de los tejidos de la vagina en estado de reposo como en excitación, niveles adecuados de hormonas, ausencia de procesos inflamatorios, buen tono de los músculos perivaginales, integridad vascular, neurológica e inmune. Además, se ve afectada negativamente por factores mentales (39).

La existencia de procesos mentales, como el miedo a la penetración conjuntamente con tensión muscular aumentada secundario a la ansiedad, genera una contracción de los músculos perivaginales como respuesta defensiva (39). El miedo a sentir dolor en la penetración produce contracción de los músculos pélvicos: isquiocavernosos y bulbocavernosos que causan dispareunia, que en última instancia se crea un círculo vicioso de miedo, contracción y dolor (36).

La dispareunia deriva del griego dys: algo malo o difícil y pareunos: tumbado al lado, es decir, se refiere al dolor durante la penetración de los genitales femeninos o masculinos (39). La dispareunia se refiere al dolor genital asociado al coito antes, durante o después de la actividad, acompañadas de disfunciones sexuales o responsables de que se produzcan, incluso aparecen por factores psicológicos y de pareja (39).

Se clasifica según:

- Temporalidad: momento en el que surge el problema
- Primaria: durante toda la vida de la persona.
- secundaria: después de un periodo de funcionamiento normal (39).
- Situacional: depende la circunstancia en el que se presenta.
- Global: en todas las situaciones, estímulos, tipo de actividad y compañeros sexuales.
- Selectiva: acontece solo en determinadas situaciones.
- Parcial: en todas las situaciones, se excluye la actividad autoerótica o masturbatoria (39).

La dispareunia se asocia con una actitud negativa respecto a la sexualidad, consecuentemente con deterioro de la función sexual y problemas en la relación de pareja. Las características de las mujeres con dispareunia son: menor deseo sexual, excitación y orgasmo, tanto ante la estimulación oral como a la coital, se suma la menos actividad sexual a comparación del resto de mujeres. Asimismo, se ha asociado con menor satisfacción física y emocional, menor felicidad y bienestar general. Trastornos mentales como la depresión y la ansiedad fóbica se ha encontrado que son más prevalentes en mujeres con dispareunia (39).

Asimismo, otras mujeres retrasan su actividad sexual por temor a un nuevo embarazo de forma precoz, aun más si no han recibido información sobre métodos anticonceptivos (36).

d. Miedo a presentar alguna complicación

Las mujeres a las que se les realizó episiotomía o sufrieron desgarros a menudo se preocupan por la posibilidad de alguna complicación (36).

Las complicaciones inmediatas más frecuentes de una episiotomía son: hemorragia, desgarros, hematoma, edema, infección y dehiscencia (40).

Las complicaciones tardías más comunes son: dolor perineal al mantener o no actividad sexual, adherencias vaginales o bridas, endometriosis en la cicatriz de episiotomía, quiste de glándula de bartolino por el corte del conducto excretor, fistulas rectovaginales e incontinencia urinaria y fecal (40).

e. Disminución del deseo sexual

El deseo es “un estado interno que regula la existencia humana e impulsa la búsqueda de contacto y la interacción sexual” (41). Este sentimiento tiene una base biológica, esto explica por qué en la adolescencia se vive de forma intensa, pero el cómo se vive se puede controlar y la forma de satisfacción a través de abrazos, caricias y fantasías sexuales depende de factores culturales, personales, etc. (41)

El deseo sexual es una emoción, un impulso, una fuerza que experimentan todas las personas, considerada una necesidad básica. Promueve el acercamiento con otras personas, lo que facilita la satisfacción de necesidades afectivas y sexuales (41).

Según Kaplan, es un impulso producido por una red de células nerviosas del cerebro que afectan los órganos genitales durante las fases de orgasmo y excitación de la respuesta sexual humana (42).

Este tiene variaciones en las diferentes etapas de la mujer, en el postparto, está atribuido al aumento de la prolactina, aunque los cuidados del bebé y la experiencia de parto también pueden influir en la disminución del deseo sexual (43).

2.2.2 Sexualidad

La OMS (14) define a la sexualidad como “un aspecto central del ser humano que está presente a lo largo de su vida y abarca el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se siente y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales”.

Rodríguez y López, define a la sexualidad como un conjunto de actitudes, prácticas y costumbres que caracterizan a una sociedad en un tiempo y lugar determinados, un constructo colectivo basado en base a la reproducción, deseo y erotismo. Consideran que la sexualidad está presente en todas las esferas de su vida y es un eje central de su cultura, determina su identidad, posibles experiencias y su lugar en el mundo (19).

En este sentido, Nieto menciona que “la cultura le otorga forma y contenido a las conductas, a las experiencias y a los actos sexuales en sociedad. Las culturas articulan, vertebran, codifican y perfilan las prácticas sexuales de sus ciudadanos. Enmarcan, etiquetan y regulan la vida sexual” (19).

2.2.3 Relaciones sexuales

Se define como el contacto físico entre dos personas, con el objetivo de dar o recibir placer sexual o con fines reproductivos. La relación sexual no se limita al coito, abarca diversas formas de relación entre dos personas.

a. Petting

Abarca abrazos, caricias o besos en el cuerpo más no en los genitales, generalmente este tipo de práctica aumenta el deseo sexual (38).

b. Masturbación

También se denomina autoerotismo, sexo solitario o autoamor. Hace referencia al tocamiento de una persona a sus propios órganos sexuales con la finalidad de obtener placer, liberar tensión sexual, liberar estrés o cuando la pareja no quiere o no está disponible. No causa daño, ni ocasiona crecimiento de vello en la mano, ni ceguera. Aunque es una práctica muy común, se dificulta su práctica en algunas religiones (39).

c. Caricias en la zona genital

Practica que consiste en caricias mutuas en la zona genital.

d. Sexo oral

El sexo oral es una práctica que consiste en utilizar la boca, lengua o labios con la finalidad de estimular los genitales de su pareja (38).

El cunilingus del latín cunnus que quiere decir vulva y lingere, lamer; consiste en estimular los genitales de la mujer con la boca y lengua, generalmente al centro de estimulación que es el clítoris (38).

Felación del latín fellare, significa chupar; consiste en estimular el pene del varón con la boca, la pareja lame el glande, el cuerpo y en algunas ocasiones, los testículos (38).

Finalmente, el anilingus consiste en la estimulación bucal del ano de la pareja (38).

e. Coito

Acto sexual que consiste en la penetración del pene en la vagina o en el recto, este último se denomina coito anal. El coito anal es una práctica difícil porque el recto no tiene lubricación y está rodeado de músculos estrechos, por lo que esta práctica necesita realizarse con lubricantes (38).

Luego del parto, las prácticas sexuales consideradas más agradables son las caricias, besos, abrazos y estimulación genital manual mutua y las más excitantes el coito y la estimulación manual y oral recíproca (18).

2.2.4 Actividad sexual en el postparto

La actividad sexual, se define como una expresión de la conducta sexual de una persona, en el que el componente erótico es fundamental (39).

En el postparto, la llegada de un nuevo miembro a la familia trae consigo efectos sustanciales en la actividad sexual de la pareja. Posterior al nacimiento es probable que la madre adquiera infección o experimente hemorragia (38).

No hay estudios que garanticen un tiempo óptimo acerca del reinicio de la actividad sexual, pero sostienen que es individual y depende mucho de las circunstancias. Janet y John, sostienen que la pareja debe esperar por lo menos dos semanas mientras que Manuela, Desireé y Antonio y UNICEF (21) consideran que se debe reiniciar al pasar la cuarentena postparto, cuando el tejido de episiotomía o desgarros se haya cicatrizado completamente y se puede adelantar a las tres o cuatro semanas si no existe episorrafia o sutura de desgarro. Al reiniciarse la actividad sexual, es probable que sea incómodo e inclusive doloroso para la mujer, si a la mujer se le realizó una episiotomía puede sentir incomodidad vaginal mientras que, en cesárea, incomodidad a nivel del abdomen. Asimismo, los loquios perduran hasta las cinco semanas por lo que algunas parejas optan por esperar a que el sangrado cese puesto que esto se asocia con incomodidad (36,38).

Se ha relacionado al cansancio como un factor que pueden influir en el reinicio de la actividad sexual, y la lactancia materna, se asocia con deprivación de estrógenos que causa disminución de lubricación vaginal lo que es responsable de que el coito sea incómodo, lo que se puede resolver con el uso de lubricantes vaginales (36).

2.2.5 Puerperio

2.2.5.1 Definición

Puerperio deriva del latín puer (niño) y parus (resultado) (1).

MINSA lo define como el periodo posterior al parto, inicia con la expulsión de la placenta y se extiende hasta las 6 semanas postparto o 42 días (4).

Se considera que durante este tiempo la anatomía y fisiología se estabiliza progresivamente y los órganos reproductores retoman su estado pregestacional, excepto la glándula mamaria (1).

2.2.5.2 Clasificación

a. Puerperio inmediato

Abarca las primeras 24 horas posteriores al parto, que generalmente transcurren durante la atención (4).

b. Puerperio mediato

Desde las 24 horas hasta los 7 días posteriores al parto (4).

c. Puerperio tardío

Comprende después de los 7 días hasta los 42 días posteriores al parto (4).

d. Puerperio alejado

Inicia después de los 42 días del parto y se extiende hasta los 364 días cumplidos (30).

2.1.2.4 Modificaciones

a. Útero

Después del parto, el fondo uterino se palpa contraído por debajo del ombligo, a los 7 días se palpa apenas en el hipogastrio sobre la sínfisis púbica. Posterior a las 2 semanas del parto, reduce su tamaño y peso, regresando a su ubicación en la pelvis, producida por una disminución del tamaño de las células del miometrio más no por una reducción de la cantidad de estas (16,32). El tamaño del útero de una mujer que ha tenido una gestación es ligeramente diferente al de una nuligesta (1).

Según Williams, se estima que la involución uterina empieza 2 días posteriores al parto mientras que Schwarcz menciona que el útero involuciona a 2 cm por día (1,30). El peso del útero de un embarazo a término excluyendo al feto, líquido amniótico y anexos es de 1000 gramos (16), 1 semana posterior al parto 500 gramos, 300 gramos a las 2 semanas y, a las 4 semanas se completa la involución uterina, con un peso aproximado de 100 gramos. Después de cada parto, el útero se hace más grande respecto a la gestación anterior (1).

Posterior a la expulsión de la placenta y membrana, la capa esponjosa desaparece y solo permanece la pared basal de la decidua plegada a la pared uterina y después de

2 a 3 días posteriores al parto el endometrio se diferencia en dos capas, la capa basal compuesta por glándulas endometriales residuales permanece intacta y es la fuente de un nuevo endometrio mientras que la capa superficial o funcional se vuelve necrótica y se desprende en forma de loquios. La eliminación de loquios se da en respuesta al desprendimiento de tejido decidual, varía en cantidad. Durante los 2 a 3 días, está constituido por eritrocitos, decidua rallada, células epiteliales y bacterias y se denomina loquios rojos o rubra. Después de 3 a 4 días el contenido sanguíneo disminuye y se tornan de un color café rojizo, más pálidos y de menor consistencia que los anteriores, lo que se denominan loquios serosos. Finalmente, la descarga disminuye, se caracteriza por estar constituida por leucocitos tornándose de un color blanco o amarillo claro, se denomina loquios alba (1). Su duración promedio es de 5 a 6 semanas (16).

El endometrio se regenera rápidamente, se ha estimado en muestras de biopsia que a partir del día 16 el endometrio está restaurado en su totalidad, con excepción del sitio placentario, que inmediatamente producido el parto el tamaño de este es casi la palma de una mano, al final de la segunda semana es de 3 a 4 centímetros de diámetro y su extrusión completa no es hasta las 6 semanas postparto (1).

Ecográficamente, el útero y endometrio vuelven al tamaño pregravídico a las 8 semanas después del parto (1).

b. Cervicales

El cuello uterino se contrae lentamente, reduce su dilatación hasta 2 o 3 cm después de la expulsión de la placenta, siendo permeable fácilmente a 2 dedos, al término de la primera semana se reduce a 1 cm y al finalizar las primeras semanas, dicha abertura se reduce, el cuello uterino aumenta su espesor y se transforma el canal endocervical, de tal forma que no se puede introducir un dedo (1,16).

Respecto al orificio cervical externo, no reanuda a su aspecto pregestacional, permanece más amplio y adquiere un aspecto transversal en lugar de circular, acompañada de laceraciones producidas durante el parto, lo que es característico de cuello uterino en mujeres que han tenido parto (1,32).

Histológicamente, el cuello uterino se caracteriza por presentar edema y hemorragia con disminución de la hiperplasia e hipertrofia de las glándulas, este último termina alrededor de la sexta semana, mientras que el edema puede persistir incluso hasta 4 meses (32).

A la observación en colposcopia, se ha comprobado que no vuelve a su estado pregestacional (32).

c. Vagina

La vagina disminuye gradualmente su tamaño; no obstante, no logra recuperar el estado de una nulípara (1).

El epitelio vaginal permanece atrófico, persiste por mayor tiempo y es más marcado en mujeres que dan de lactar puesto que supone un estado hipoestrogénico y empieza a proliferar hasta las 4 a 6 semanas postparto, lo que coincide con la reanudación de la ovulación (1).

El pH vaginal retorna a ser ácido, adquiriendo su característica antiinfecciosa (19).

La vagina se caracteriza por presentar una superficie lisa, flacidez, edema y aumento de la vascularización causado por el paso del feto por el canal de parto, se logra resolver hasta las 3 semanas postparto y surgen las primeras rugosidades (1). Asimismo, en las primíparas, el himen sufre laceraciones por el parto, se observan pequeños tejidos que cicatrizan para formar a posterior pequeñas estructuras denominadas carúnculas mirtiformes (16,19,32).

El tercio inferior de la vagina muestra laceraciones superficiales múltiples a consecuencia del parto, recupera su aspecto pregestacional a la tercera semana, y en algunas ocasiones persiste cierto grado de relajación muscular que es evidente por una mayor apertura del introito vaginal (32).

Con respecto a los genitales externos, retoman su estado normal rápidamente, las vérices de la vulva se borran hasta casi desaparecer; la vagina recobra su tonicidad y los músculos elevadores recuperan su resistencia (30).

Asimismo, después del parto se produce pérdida del tono y fuerza de los músculos del periné, que se recupera entre las 6 a 10 semanas postparto. Los trastornos del suelo pélvico, como el prolapso de órganos pélvicos, incontinencia fecal y urinaria son muy frecuentes y pueden generar pérdida del bienestar psicológico, social y sexual no solo de la mujer sino también de su pareja (19).

d. Mamas

La lactogénesis inicia en el segundo trimestre de gestación, y la prolactina empieza a secretarse, su concentración en sangre se eleva entre la quinta y octava semana del embarazo en forma constante hasta el nacimiento, además la placenta secreta

grandes cantidades de somatomatotropina coriónica humana que se integra a la acción de la prolactina y posee una pequeña actividad lactogénica. Es por ello que, a pesar de los efectos inhibidores de los estrógenos y la progesterona, la glándula mamaria secreta un compuesto llamado calostro entre 10 y 12 semanas antes del parto (32).

El estadio II de la lactogénesis o activación secretora, ocurre en el postparto, producido por la disminución brusca de los estrógenos y progesterona, y al aumento de los niveles de prolactina, que estimula la producción de leche. Es así que, en las primeras horas del posparto, responde a los cambios hormonales: supresión de la acción inhibitoria de la progesterona y estrógenos; sin que dependa de la succión, hasta el 30 o 40 día en que la secreción disminuirá si no se produce el estímulo de la succión. Esta secreción láctea requiere del estímulo de otras hormonas como la hormona del crecimiento (GH), el cortisol, la hormona paratiroidea y la insulina, necesarias porque proporcionan sustratos para la formación de leche (aminoácidos, ácidos grasos, glucosa y calcio) (32).

A la observación, las mamas se muestran ingurgitadas, se caracterizan por su volumen y vascularización aumentada, tornándose de un color azul pálido mientras que la areola muestra una marcada pigmentación. Las mujeres refieren mayor sensibilidad en las mamas (32).

Histológicamente la glándula mamaria ostenta crecimiento de los lóbulos mamarios por un aumento en número y tamaño de los alveolos, proliferación vascular e hiperplasia del sistema ducto-alveolar. El aumento de volumen de las mamas y areola se relaciona con los niveles de lactógeno placentario, y el crecimiento del pezón con el nivel de prolactina (32).

e. Pared abdominal

Durante el embarazo, los ligamentos anchos y redondos se estiran. La pared abdominal persiste blanda y flácida por varias semanas e incluso meses debido a la ruptura de las fibras elásticas de la piel y a la distensión prolongada del útero gestacional. Se necesitan varias semanas para que regrese a su estado pregestacional, influyen factores como la dieta y el ejercicio que haga la mujer, que se puede iniciar en cualquier momento si el parto fue vaginal mientras que en cesárea se considera un tiempo razonable de 6 semanas para que la fascia sane y el dolor abdominal disminuya (1).

f. Ovarios

La función ovárica y su recuperación es variable, depende de si la mujer da o no da de lactar.

Carbajal, sostiene que entre el 50 al 75% de las mujeres que dan de lactar y la frecuencia de esta, manifiestan haber menstruado a los 9 meses postparto mientras que las mujeres que no dan de lactar pueden empezar a ovular alrededor de los 27 días postparto, manifiestan menstruación aproximadamente entre las 7 y 9 semanas posteriores al parto (16).

No obstante, Williams mencionó que la menstruación se reanuda en el segundo mes o se puede prolongar hasta el 18 mes postparto en mujeres que dan de lactar mientras que las mujeres que no dan de lactar, tienen su primera menstruación tras el parto dentro de las 6 a 8 semanas y la ovulación ocurre alrededor de la semana 7, pero varía entre la 5 a 11 semana (1).

g. Endocrinológicos

Los niveles de estrógeno disminuyen rápidamente, posterior 3 horas al parto la concentración de $17 - \beta$ disminuye hasta el 10% del valor anteparto, al séptimo día se tienen los niveles más bajos de 28 pg/mL. En mujeres que no dan de lactar, los niveles plasmáticos alcanzan niveles parecidos a la fase folicular (>50 pg/mL) hasta el vigésimo primer día postparto y en la mujer que lacta, se han detectado parámetros sobre 42 pg/mL hasta después de las 13 semanas postparto (32).

Las concentraciones de progesterona varían de 5 a 6 ng/mL a las 24 horas postparto, y al tercer día se observan concentraciones <1 ng/mL, valores similares a la fase lútea (32).

h. Psicológicos

La mujer que ha tenido un parto, con el nacimiento de un niño sano y normal experimentan distintas y numerosas respuestas emocionales. En primer lugar, experimentan felicidad, satisfacción y agradecimiento por haber tenido un parto y un bebé sin complicaciones. Posteriormente, experimentan un sentimiento de apego ante el encuentro entre madre – hijo, al darle caricias, cargarlo, darle de lactar y observarlo minuciosamente, lo que conforma la primera conexión de este suceso trascendental entre el dúo madre – hijo. No obstante, un pequeño porcentaje de madres experimenta una etapa de rechazo que suele ser temporal, que está determinado por falta de

adaptación, ansiedad y confusión ante su nueva etapa con la llega de un miembro a su familia (32).

Frecuentemente, las mujeres experimentan durante el postparto sentimiento de tristeza o Baby Blues, que se caracteriza por experimentar sentimientos de apatía, tristeza, poco ánimo, irritabilidad, llorar en exceso aún sin motivos específicos, ansiedad, insomnio, disminución del apetito, excesiva preocupación por el bienestar de su recién nacido o en el caso de mujeres multíparas, por el bienestar del resto de sus hijos. Tal como se mencionó anteriormente se asocia con los cambios hormonales y se suma los cambios bruscos con la llega del bebé y las nuevas responsabilidades en este periodo. En contraste con la depresión postparto, sus síntomas son más leves y de menor permanencia, por lo que es fundamental el rol del personal de salud de identificar oportunamente esta patología con el fin de evitar que se desarrolle depresión postparto (32).

2.3 Hipótesis

Hi: Los factores obstétricos, fisiológicos y psicológicos se asocian significativamente en el reinicio de la actividad sexual después del parto en usuarias del Centro de Salud Jesús. 2024.

Ho: Los factores obstétricos, fisiológicos y psicológicos no se asocian significativamente en el reinicio de la actividad sexual después del parto en usuarias del Centro de Salud Jesús. 2024.

2.4 Variables

Variable 1

Factores obstétricos, fisiológicos y psicológicos

Variable 2

Reinicio de actividad sexual

2.4.1 Definición, conceptualización y operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ITEMS	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE 1: 1. Factores obstétricos	Son las circunstancias o condiciones obstétricas relacionadas con el embarazo, parto o postparto que pueden influir en la salud de la madre y el feto (22).	Características de las usuarias postparto del Centro de Salud Jesús, como tipo de parto, paridad, episiotomía, desgarros, complicaciones postparto, número de controles prenatales, información sobre reinicio de actividad sexual durante los controles prenatales y puerperales. (Anexo 1)	Paridad	Primípara Multípara Gran multípara	Ordinal
			Tipo parto	Vaginal Cesárea	Nominal
			Episiotomía	Sí No	Nominal
			Desgarros	Sí No	Nominal
			Complicaciones postparto	Mastitis Infección de herida operatoria Dehiscencia de puntos Infecciones del tracto urinario	Nominal
			Lactancia materna	Sí No	Nominal
			Número de controles prenatales	Más de 6 Menos de 6	Ordinal
			Información sobre el reinicio de la actividad sexual durante el control prenatal	Sí No	Nominal
			Información sobre el reinicio de la actividad sexual durante la atención de puerperio	Sí No	Nominal
2. Factores fisiológicos	Son aquellas circunstancias que alteran los procesos físicos internos del ser humano, pueden comprometer el desempeño motor y cognitivo del ser humano (35).	Cambios en la mamas y vagina que experimentaron las usuarias postparto del Centro de Salud Jesús. (Anexo 1)	Cambios en las mamas	Secreción láctea Sensibilidad mamaria Dolor Ninguno	Nominal
			Cambios en la vagina	Sequedad vaginal Flacidez Ninguno	Nominal

3. Factores psicológicos	Hace referencia a los aspectos comportamentales, cognitivos y emocionales que influyen el bienestar de las personas (37).	Aspectos psicológicos como miedo al dolor, miedo a un nuevo embarazo, miedo a alguna complicación, disminución del deseo sexual y cambios emocionales que presentaron las usuarias postparto del Centro de Salud Jesús. (Anexo 1)	Miedo o temor a experimentar dolor	Sí No	Nominal
			Miedo a un nuevo embarazo	Sí No	Nominal
			Miedo a alguna complicación	Sí No	Nominal
			Cambios en su cuerpo después del parto sintiéndose menos atractiva	Sí No	Nominal
			Disminución de deseo sexual	Sí No	Nominal
			Cambios emocionales	Sentirse triste Llorar con facilidad Se muestra irritable con mucha frecuencia (cólera, enojo) Ninguno	Nominal
VARIABLE 2: Reinicio de actividad sexual	Expresión de la conducta de la sexualidad de una persona, en el que el componente erótico es fundamental (39).	Retomar la actividad coital después del parto en usuarias del Centro de Salud Jesús (Anexo 1)	Tiempo de reinicio	Menos de 42 días Entre los 43 a 60 días (hasta 2 meses) Entre los 61 a 90 días (hasta 3 meses) Entre los 91 a 120 días (hasta 4 meses) Entre los 121 a 150 días (hasta 5 meses) Entre los 151 a 180 días (hasta 6 meses)	Ordinal
			Razón del reinicio	Presión o petición de la pareja Decisión propia Decisión de ambos	Nominal
			Dolor al reinicio de actividad coital	Sí No	Nominal

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Diseño y tipo de estudio

La presente investigación tuvo como diseño de estudio no experimental, de corte transversal, descriptivo, correlacional y prospectivo.

No experimental: los datos se obtuvieron sin manipular ninguna variable de estudio, es decir, solo se observará los fenómenos en su entorno natural (44).

Corte transversal: la investigación se realizó en un único momento sin hacer cortes tiempo (44).

Descriptivo: debido a que se realizó la descripción de las características obstétricas, fisiológicas y psicológicas; además, de las características del reinicio de la actividad coital después del parto de las mujeres que participaron en la investigación (45).

Correlacional: tuvo como finalidad conocer los factores obstétricos, fisiológicos, psicológicos asociados al reinicio de la actividad sexual después del parto (44).

Prospectivo: porque la recolección de datos se realizó a medida que van sucediendo (45).

3.2 Área de estudio y población

3.2.1 Área de estudio

La investigación se realizó en el Centro de Salud Jesús, que está ubicado a 40 minutos de Cajamarca, en el Jr. Bolívar 715, en el distrito de Jesús, provincia y departamento de Cajamarca, categoría I-3 según la resolución 212-2019GR.CAJ/DRSC-DESP (46).

3.2.2 Población

La población estuvo conformada por todas las usuarias del Centro de Jesús, entre 1 a 8 meses postparto, según el padrón de registro de Sistema de Vigilancia de Gestantes y Puérperas (SIVIGyP), son en total de 108 pacientes.

3.3 Muestra y muestreo

3.3.1 Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra se calculó mediante la fórmula de población finita, teniendo en cuenta una confiabilidad de 95% ($Z = 1.96$) y un error máximo tolerable del 5% ($E=0,05$). Se usará la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{E^2 \cdot (N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

n = tamaño de muestra

N = 108 usuarias postparto

Z = 1,96 (coeficiente de confiabilidad al 95%)

p = 0,5 (proposición de éxito)

q = 0,5 (complemento de p)

E = 0.05 (margen de error)

Entonces:

$$n = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)(108)}{(0.05)^2(107) + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = 85 \text{ usuarias postparto}$$

3.3.2 Muestreo

Muestreo de tipo no probabilístico, por conveniencia, debido a que la investigadora recolectó la información en 85 puérperas que se encontraron en el servicio de Planificación Familiar del Centro de Salud Jesús durante el año 2024.

3.4 Unidad de análisis

La unidad de análisis estuvo constituida por cada una de las usuarias que tuvieron parto vaginal o cesárea entre 1 mes a 8 meses a postparto, captadas en el servicio de Planificación Familiar durante el año 2024, en el Centro de Salud Jesús, que cumplan con los criterios de inclusión.

3.5 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Usuaris del servicio de Planificación Familiar que estén entre 1 a 8 mes postparto
- Usuaris de parto vaginal o cesárea
- Usuaris mayores de 18 años
- Usuaris que aceptaron voluntariamente participar de la investigación
- Usuaris con pareja estable

Criterios de exclusión

- Usuaris con retardo mental o alguna incapacidad física
- Usuaris sin reinicio de actividad sexual

3.6 Consideraciones éticas de la investigación

Esta investigación estuvo fundamentada en criterios dirigidos a asegurar la calidad y objetividad de la investigación como:

Autonomía: las usuarias postparto que participaron del estudio tuvieron la libertad de emitir sus respuestas, sin ser influenciada por terceras personas (47).

Beneficencia: se realizó el estudio sin generar ningún tipo de daño (físico, psicológico o social) a las mujeres en etapa de postparto (47).

Privacidad: en todo momento de la investigación se respetó y protegió la privacidad de las usuarias, ya que el cuestionario fue anónimo (47).

Confidencialidad: la información que se obtuvo a través del cuestionario solo fue utilizada para los fines de la presente investigación (47).

3.7 Procedimientos para la recolección de datos

Para la recolección de datos, inicialmente se solicitó el permiso a la directora del Centro de Salud Jesús, con la finalidad de solicitar autorización para ejecutar la presente investigación. (Anexo 2)

Posteriormente, se solicitó la base de datos de las usuarias postparto al Obstetra encargado del programa de Salud Materna. Una vez obtenida la información, se acudió al consultorio de planificación familiar para aplicar los cuestionarios, verificando previamente los criterios de inclusión y exclusión de la muestra e informando los objetivos de la investigación a las usuarias postparto que se encontraban en el servicio. Finalmente se aplicó el cuestionario autoelaborado por la investigadora, el cual tuvo una duración aproximada de 10 minutos por cada participante.

3.8 Técnicas e instrumentos de la recolección de datos

La técnica que se usó fue la entrevista estructurada y el instrumento, cuestionario.

El instrumento estuvo estructurado en las siguientes partes:

- Primera parte: contiene información como edad, grado de instrucción, religión, estado civil y residencia.
- Segunda parte: abarca factores obstétricos, específicamente número de hijos, tipo de parto, episiotomía, desgarro, complicaciones postparto, lactancia materna exclusiva, número de controles prenatales, información sobre reinicio de actividad sexual en los controles prenatales y puerperio.
- Tercera parte: comprenden cambios en las mamas y vagina.
- Cuarta parte: miedo a sentir dolor, miedo a un nuevo embarazo, miedo a alguna complicación, imagen corporal después del parto, disminución del deseo sexual y cambios emocionales.
- Quinta parte: se tuvo en cuenta el tiempo de reinicio de actividad coital, razón de reinicio de actividad coital y dolor al reiniciar la relación coital.

3.9 Validez y confiabilidad

3.9.1 Validez

La validez del instrumento se realizó mediante juicio de expertos basado en el método de agregados individuales, con la participación de 5 especialistas (3 Obstetras, 1 Psicóloga y 1 Estadístico) con estudios de postgrado, quienes realizaron la validez de contenido, constructo y criterio (Anexo 3). Posterior a la obtención de las cartillas de

validez de cada experto, se aplicó el coeficiente de validez “V” de Aiken, obteniendo como resultado el valor de 0,99, lo que señala al instrumento como válido (48).

3.9.2 Confiabilidad

La confiabilidad del instrumento se realizó mediante una prueba piloto que fue aplicada en 15 mujeres postparto del Centro de Salud Baños del Inca, quienes presentaron características similares a la población de estudio. Luego, se procesaron los datos usando la prueba estadística Alfa de Cronbach (Anexo 5), cuyo resultado fue de 0,823, por lo que se demostró que la información recolectada es confiable (49).

3.10 Procesamiento y análisis de datos

3.10.1 Procesamiento

Después de obtener la información, se realizó el ingreso de todos los datos de forma manual a Microsoft Excel 2019, donde cada respuesta fue codificada para posteriormente crear una base de datos en el software estadístico SPSS versión 27.

3.10.2 Análisis de datos

Se realizó un análisis no paramétrico, en base a los indicadores estadísticos Chi cuadrado y el coeficiente de Correlación de Pearson (p), el que es válido para determinar los factores asociados al reinicio de la actividad sexual después del parto, además se considera un valor $p \leq 0,05$ como un valor de asociación significativa; en base a los resultados obtenidos se procederá a realizar en análisis y discusión de los resultados.

3.11 Control de calidad de datos

Para garantizar la calidad de los datos, antes de la aplicación del instrumento se realizó la validez mediante juicio de expertos y la confiabilidad a través de una prueba piloto aplicada a 15 mujeres con características similares a la población de estudio. Además, la aplicación del instrumento estuvo a cargo de la investigadora garantizando el 95% de la confiabilidad de los resultados obtenidos.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Tabla 1. Características sociodemográficas de las usuarias postparto del Centro de Salud. 2024.

Características sociodemográficas	N°	%
Edad		
De 18 a 29 años	60	70,6
De 30 a 34 años	11	12,9
De 35 a más	14	16,5
Estado civil		
Casada	19	22,4
Conviviente	66	77,6
Ocupación		
Ama de casa	67	78,8
Estudiante	8	9,4
Trabajadora	10	11,8
Grado de instrucción		
Primaria	29	34,1
Secundaria	39	45,9
Superior	17	20,0
Religión		
Católica	54	63,5
Evangélica	28	32,9
Otra	3	3,5
Residencia		
Urbana	34	40,0
Rural	51	60,0
TOTAL	85	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

En la tabla se muestra las características sociodemográficas de las usuarias postparto del Centro de Salud Jesús; conformada por una muestra de 85 mujeres. Respecto a la edad, predominó el grupo etario de 18 a 29 años con 70,6%, seguido por 16,5% con más de 35 años y finalmente, 12,9% tiene entre 30 a 34 años.

Resultados similares reportaron Lozano T, Lozano C, Santa María L, Puelles L, Zagaceta J. (2024) (21), destacando la edad entre 20 a 29 años, en 61,9% y a su vez coincide con lo obtenido por Uribe J. (2019) (12), predominando la edad entre 21 a 30 años, en 64,8%. Sin embargo, Villacorta S. (2019) (11) y Aquino Z. (2021) (18), reportaron que la mayoría de sus muestras se encontraban en el rango de 20 a 34 años, con un 46,9% y un 92,2%, respectivamente. De igual manera, Ordoñez A. (2021) (50), encontró que el 54,6% de su muestra tenían más de 30 años, lo que marca una diferencia con el presente estudio. Esta discrepancia puede explicarse por las características propias de la población en cada investigación, así como por la variación en función de factores como el contexto geográfico, cultural y socioeconómico.

Asimismo, se observa que la mayoría de las usuarias fueron convivientes representando el 77,6% del total. Resultados similares fueron reportados por Villacorta S. (2019) (11) y Uribe J. (2019) (12), resaltaron las mujeres con estado civil convivientes con 97,5% y 70,4%, respectivamente. Además, los datos del INEI (2023) (6) respaldan esta tendencia, indicando que, en los últimos años la población peruana ha mostrado una creciente preferencia por la convivencia (36,1%) frente al matrimonio (15,9%), lo que sugiere que cada vez son menos las parejas que recurren al matrimonio para formalizar su relación. Sin embargo, estudios realizados en otros países o en contexto más urbanizados, como el de Polanco L, Monge J, Canto T, Ballote M. (2019) (9), destacaron las mujeres casadas en 81,2%, lo que sugiere que la influencia de normas culturales y sociales más estructuradas favorecen este tipo de unión; además, la influencia de la iglesia y la percepción del matrimonio pueden contribuir a la preferencia por esta opción, especialmente en población con mayor acceso a recursos económicos y un nivel educativo más alto.

La ocupación que resalta que resalta en el estudio fue ama de casa con 78,8%, lo que coincide con investigaciones realizadas por Uribe J. (2019) (12), Villacorta S. (2019) (11) y Ordoñez A. (2021) (50), quienes destacaron a las amas de casa con 59,2%, 71,6% y 84,7%, respectivamente; paralelamente, una encuesta elaborada por el Instituto de Estudios Peruanos, conjuntamente con Oxfam y el Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, indicó que 7 de cada 10 mujeres cumplen el rol de labores domésticas, no obstante más del 70% no recibe compensación económica alguna (51), esto puede deberse a la combinación de patrones arraigados a la cultura peruana, en el que la mujer destaca desde tiempos históricos en el cuidado del hogar y la familia, lo que consecuentemente ocasiona dependencia económica de la mujer hacia el varón, limitando su capacidad de toma de decisiones en diversos aspectos

de su vida, incluyendo la sexualidad y planificación familiar. Además, esta dependencia económica se ve reforzada por la falta de oportunidades laborales, puesto que, para el primer trimestre del 2024, Cajamarca fue el tercer departamento con más alta tasa de desempleo, alcanzando un 12,9% (52).

Respecto al nivel educativo, los resultados de la investigación mostraron que el 45,9% tienen nivel secundario, resultados similares a los hallazgos de estudios previos, como los de Villacorta S. (2019) (11), Uribe J. (2019) (12) y Ordoñez A. (2021) (50), con 53,1%, 45,1% y 66% respectivamente. Según ENDES (2023) (6) un nivel educativo bajo se relaciona con situaciones familiares desfavorables, embarazo precoz, matrimonios a temprana edad, así como la falta de interés por estudiar e ingresos económicos insuficientes, este último se asocia con mayores problemas de salud, especialmente en la población de la Sierra, donde solo el 18,3% accede a servicios de salud, lo que constituye una limitación en la atención en salud sexual. Por otro lado, Aquino Z. (2021) (18), reportó cifras diferentes, destacando un nivel educativo superior, 43,3%, lo que sugiere que un nivel educativo más alto favorece el acceso a una educación sexual de calidad.

La religión que predominó en la investigación fue la católica con 63,5%, por lo que se alinea con la tendencia obtenida en otras investigaciones realizadas por Uribe J. (2019) (12) y Ordoñez A. (2021) (50), en los que predominaron la religión católica en 95,8% y 97,3%, respectivamente. De modo similar, el Instituto de Estudios Peruanos (2024) (53) indicó que el 64% de la población peruana se identifica como católica. Estos datos reflejan la preferencia por la religión católica, que continúa siendo un elemento central en la vida de las personas, especialmente en zonas rurales donde las creencias son más arraigadas, manifestándose a través de sus valores, creencias y prácticas familiares; además, es indiscutible la influencia que ejerce en la formación de la identidad personal y, por ende, en la toma de decisiones clave a lo largo de la vida, como el matrimonio, maternidad o planificación familiar, limitando en algunos casos el acceso a educación sexual (54).

En relación con la residencia, el 60% de las usuarias residía en zona rural. Según las proyecciones de población vigente estimadas por el INEI (2024) (55), el 83,1% de la población reside en el área urbana mientras que el 16,9%, en zona rural, lo que coincide con la investigación realizada por Villacorta S. (2019) (11), con 82,7% de residencia urbana mas no concuerda con la presente investigación. A partir de ello, se deduce que, aunque la mayoría de población peruana se caracteriza por residir en zonas urbanas, sigue existiendo un porcentaje considerable en zona rural.

La urbanización ofrece mejores oportunidades de salud en comparación con sus contrapartes rurales, la ubicación geográfica limita su acceso (56) y, en términos de accesibilidad temporal las personas con menores ingresos, especialmente aquellas que viven en área rural, enfrentan limitaciones, ya que el tiempo de traslado al establecimiento de salud más cercano puede oscilar entre 30 minutos a 4 horas, dependiendo también del medio de transporte disponible, que aumentaría el costo de oportunidad e incluso pone en riesgo la vida de las personas en situaciones de emergencia (57).

Tabla 2. Características obstétricas de las usuarias postparto del Centro de Salud Jesús. 2024.

Características obstétricas	N°	%
Paridad		
Primípara	35	41,2
Múltipara	45	52,9
Gran múltipara	5	5,9
Tipo de parto		
Parto vaginal atendido por profesional de salud	67	78,8
Parto vaginal atendido por partera o familiar	5	5,9
Parto por Cesárea	13	15,2
Episiotomía		
Si	34	40,0
No	51	60,0
Desgarro		
Si	38	44,7
No	47	55,3
Complicación después del parto		
Mastitis	3	3,5
Dehiscencia de puntos	7	8,2
Infección urinaria	19	22,4
Ninguno	56	65,9
Lactancia materna exclusiva		
Si	68	80,0
No	17	20,0
Número de controles prenatales		
Más de 6	69	81,2
Menos de 6	16	18,8
Información sobre el reinicio de actividad sexual postparto durante los controles prenatales		
Si	21	24,7
No	64	75,3
Información sobre el reinicio de actividad sexual postparto durante los controles de puerperio		
Si	30	35,3
No	55	64,7
TOTAL	85	100,0%

Fuente: cuestionario de recolección de datos

En la tabla anterior se presenta las características obstétricas de las usuarias postparto. Con respecto a la paridad, la mayoría fueron múltiparas, con 52,9% seguido por el 41,2%, primíparas.

Resultados no concordantes con Uribe J. (2019) (12), quien encontró que el 62,2% de las mujeres eran primíparas y solo el 37,8%, múltipara. Según ENDES 2023, la

paridad varía según el nivel educativo, factores socioeconómicos y culturales (6), lo que puede influir en la experiencia sexual postparto.

En la vía de parto, en la presente investigación prevaleció el parto vaginal institucional con 78,8%, datos avalados por Uribe J. (2019) (12), con 53,5%; además, el 5,9% de las mujeres tuvieron un parto domiciliario atendidas por un familiar o partera. Según una investigación realizada por Huapaya J, et al. (2022) (58), el 5,39% de las mujeres peruanas tuvieron parto domiciliario, influenciado por zona de residencia en la sierra o selva, menos de 6 atenciones prenatales, pobreza, bajo nivel educativo y paridad (2 a 3 hijos), además el parto domiciliario supone más riesgo tanto para la madre como para el recién nacido, debido a la falta de acceso inmediato para su atención en caso de complicaciones (6).

El embarazo y el parto vaginal debilitan la fascia y fibras musculares del suelo pélvico, y está asociado a prolapso e incontinencia urinaria; además, puede tener implicaciones en la salud sexual de la mujer, aún más si hay daño en los músculos del suelo pélvico o nervio pudendo, lo que puede afectar la función sexual durante los 3 a 6 primeros meses postparto, por lo que Jiménez A. (2021) (59), señala a la cesárea como factor protector frente al daño del suelo pélvico en comparación con el parto vaginal.

En cuanto a la episiotomía, al 60% de las usuarias no se les realizó, resultados opuestos a los obtenidos por Uribe J. (2019) (12), quien obtuvo que al 67,2% de las mujeres si se les realizó dicho procedimiento. Estas diferencias estadísticas en cada muestra se podrían explicar por la paridad de las usuarias. Como se mencionó previamente, la muestra de Uribe J. (2019) destacó por ser primípara, mientras que la presentó investigación, múltipara; por lo que se sugiere que la episiotomía es menos frecuente en múltiparas. Además, Ramírez Y. (2021) (60), sostiene que la técnica más recomendada para la sutura es la continua reabsorbible en todos los planos de la lesión y no solo en la piel, puesto que se ha comprobado menor dolor, menor tasa de dispareunia y menos problemas relacionados con la actividad coital.

En el presente estudio el 60,0% de las usuarias no sufrieron desgarro obstétrico mientras que el 20,0% si lo experimentaron; el desgarro obstétrico es una complicación común en los partos vaginales y sus efectos a corto y largo plazo han sido objetivo de numerosas investigaciones.

Hallazgos similares con la investigación de Uribe J. (2019) (12), con 73,3%, lo que indica que bajo ciertas condiciones es posible evitar esta complicación.

Una investigación realizada por Pérez V, Valderrama K. (2022) (20) afirman que el desgarro obstétrico afecta en gran medida la vida sexual, variando de acuerdo con el grado de severidad. En su estudio, el 98,1% de las mujeres con desgarro grado I no reportaron cambios en su experiencia sexual; sin embargo, para las mujeres con desgarros II y III/IV, la situación fue diferente: el 35,3% y 100%, respectivamente, experimentaron un impacto negativo en su vida sexual (20), estos resultados no solo reflejan el impacto físico del desgarro en el periné, sino también los efectos psicológicos derivados de una experiencia de un parto traumático, lo que subraya la importancia de medidas preventivas, como una adecuada protección de periné durante la atención de parto para reducir secuelas a largo plazo.

En lo que respecta a las complicaciones postparto, el 65,9% de usuarias no tuvieron ninguna complicación; no obstante, entre las mujeres que presentaron alguna complicación postparto, la más común fue la infección urinaria, con 22,4%.

Resultados concordantes con los encontrados por Villacorta S. (2019) (11), quien reportó que el 64% de las mujeres no tuvieron complicaciones postparto, mientras que el 14% presentó infección urinaria. Ambas investigaciones muestran que la mayoría de las mujeres no experimentaron complicaciones graves en el postparto, lo que sugiere que, en general, la recuperación física fue favorable. Sin embargo, el porcentaje menor sugiere que enfrentó dificultades adicionales para retomar su vida cotidiana, en especial, su vida sexual de forma plena, como resultado del reinicio precoz de relaciones coitales o en su defecto, infección urinaria preexistente antes del postparto, lo que puede afectar la comodidad durante el acto coital y a su vez, reducir el deseo sexual.

La lactancia materna exclusiva fue practicada por el 80% de las usuarias postparto, resultados similares a los encontrados por Villacorta S. (2019) (11), en el que las mujeres practicaban la lactancia materna en un 93,8%.

La lactancia materna está relacionada con múltiples beneficios tanto para la madre como para el niño, entre los que incluye la mejor recuperación fisiológica postparto en el caso de la madre (61); además, los niveles altos de prolactina característicos de la lactancia materna se ha relacionado a cuidados parentales de calidad (62); no obstante, también ha sido asociada en algunos casos a dispareunia y

mayor tiempo de reinicio de la actividad coital, esto responde a cambios hormonales anteriormente mencionados lo que a su vez implica bajos niveles de gonadotropina y, en consecuencia, bajos niveles de estrógenos y progesterona; asociados a dispareunia por la sequedad vaginal (63).

En el análisis de la atención prenatal se observó que el 81,2% de las usuarias recibieron de 6 controles prenatales a más, lo que es fundamental para la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto, a fin de preservar la vida del dúo madre – niño (4).

Los resultados obtenidos guardan similitud con Uribe J. (2021) (12) y ENDES (2023) (6), con 79% y 86,7% respectivamente, cumpliendo así con los 6 controles mínimos establecidos por el MINSA (4), para considerar a la gestante controlada y, según la Dirección Regional Cajamarca para el 2023, el 72,3% de las gestantes jesuanas fueron gestantes controladas (64). Además, el 88,9% de las atenciones prenatales en la Sierra fueron realizadas por el Obstetra (6). Estos resultados enfatizan la importancia de un seguimiento prenatal oportuno y adecuado, clave para la detección temprana de complicaciones e intervenciones necesarias que favorezcan la salud materna e infantil.

Respecto a la información brindada sobre reinicio de actividad sexual postparto durante el control prenatal, en la investigación resalta que al 75,3% de las usuarias no se les brindó la información respectiva, lo que concuerda con investigaciones realizadas por Villacorta S. (2021) (11) y Polanco L, Monge J, Canto T, Ballote M. (2019) (9), pues encontraron que el 65,4% y 52,5% no recibieron tal información e incluso en esta última investigación se agrega que aquellas mujeres que si recibieron tal información reportaron altos niveles de insatisfacción con las información recibida, en un 83,3%. Por lo que se deduce que, aunque el 80% de las usuarias tienen 6 controles prenatales a más, el enfoque sigue estando en el cuidado del bebé durante el embarazo, dejando de lado aspectos importantes en la madre, como el reinicio de la vida sexual postparto, destacando la necesidad de incorporar este tema en los controles prenatales.

Acerca de la información sobre reinicio de actividad sexual postparto durante los controles de puerperio, el 64,7% no recibió la información respectiva; sin embargo, según datos reportados por la Dirección Regional Cajamarca para el 2023, el 71,3% de las usuarias jesuanas fueron puérperas controladas; es decir, tuvieron dos controles de puerperio (64), esta discrepancia probablemente se debe al vacío

existente en la Norma Técnica para la Atención Integral de Salud Materna acerca de este tema, limitándose principalmente en el cuidado de la madre y la anticoncepción postparto (4), por lo que resalta una vez más la necesidad de incluir información completa sobre la salud sexual postparto en las normas de atención de salud materna con la finalidad de que las parejas expresen sus inquietudes o dificultades relacionados con la sexualidad tras el parto (65).

Tabla 3. Características fisiológicas de las usuarias postparto del Centro de Salud Jesús. 2024.

Características fisiológicas	N°	%
Vagina		
Sequedad vaginal	31	36,5
Flacidez	43	50,6
Ninguno	11	12,9
Mamas		
Secreción láctea	37	43,5
Sensibilidad mamaria	16	18,8
Dolor	13	15,3
Ninguno	19	22,4
TOTAL	85	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

En la tabla se detalla las características fisiológicas de las usuarias postparto del Centro de Salud Jesús. Resalta que, en cambios vaginales, el 50,6% presentó flacidez vaginal seguido por sequedad vaginal con 36,5%.

Estos cambios son comunes tras el parto debido a la distensión de los músculos y tejidos vaginales durante el parto, así como la disminución de estrógenos, lo cual afecta la lubricación vaginal y consecuentemente la vida sexual de las mujeres, por lo que resulta esencial que las Obstetras brinden orientación adecuada para ayudarles a manejar estos cambios, minimizando sus efectos en el bienestar físico y emocional durante el postparto

Respecto a los cambios en las mamas, la mayoría presentó secreción láctea con un 43,5% y sensibilidad mamaria, 18,8%. Resultados consistentes con los encontrados por Polanco L, Monge J, Canto T, Ballote M. (2019) (9), quienes mencionan que el 70,8% de las mujeres experimentaron cambios en las mamas.

Las mamas cumplen un rol fundamental durante la lactancia, ya que son encargadas de la alimentación del bebé; no obstante, en algunos casos, la liberación de oxitocina durante las relaciones coitales puede estimular secreción láctea, o puede producirse excitación debido a la misma lactancia; aunque este proceso es fisiológicamente normal, puede generar sentimientos de culpa o asociarlo erróneamente al incesto en algunas mujeres (63), por lo que resulta esencial proporcionar información clara y accesible sobre estos procesos fisiológicos, a fin de reducir ansiedad o molestar que pueda surgir al respecto.

Tabla 4. Características psicológicas de las usuarias postparto del Centro de Salud Jesús. 2024.

Características psicológicas	N°	%
Miedo al dolor para reiniciar su actividad coital después del parto		
Sí	60	70,6
No	25	29,4
Miedo a nuevo embarazo al reiniciar su actividad coital		
Sí	59	69,4
No	26	30,6
Miedo a alguna complicación al reiniciar su actividad coital		
Si	57	67,1
No	28	32,9
Cambio en su imagen corporal sintiéndose menos atractiva		
Sí	53	62,4
No	32	37,6
Disminución de deseo sexual		
Sí	56	65,9
No	29	34,1
Cambios emocionales		
Tristeza	19	22,4
Llorar con frecuencia	12	14,1
Irritabilidad	12	14,1
Ninguno	42	49,4
TOTAL	85	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Respecto a las características psicológicas de las usuarias postparto del Centro de Salud Jesús, respecto a la percepción de miedo resalta que el 70,6% presentó miedo al dolor durante el coito después del parto.

Aquino Z. (2021) (18) encontró que el 12,2 presentó miedo a sentir dolor al reiniciar relaciones coitales después del parto, resultando ser una problemática frecuente en mujeres después del parto debido a procesos de cicatrización por episiotomía o desgarros; es decir, antes de que se sienta recuperada.

El 69,4% presentó miedo a un nuevo embarazo, resultados concordantes con lo encontrado por Villacorta S. (2019) (11), 77,8% de las mujeres experimentaron miedo a un nuevo embarazo.

El miedo a un nuevo embarazo está relacionado con la incertidumbre sobre la fertilidad tras el parto y el deseo de espaciar los embarazos. Según la ENDES 2023, el riesgo

de un embarazo después del parto depende de la lactancia y de la duración de la abstinencia sexual postparto, estimándose que el 29,4% estuvo en amenorrea postparto con una duración media de 11,5% meses, 13,6% en abstinencia sexual postparto con una duración promedio de 6,1 meses y el 35,2% se encontró en condición de insusceptibilidad temporal por un periodo de 13,5 meses desde el nacimiento del hijo anterior.

El 67,1% de las usuarias presentaron miedo a alguna complicación, resultados similares encontrados por Villacorta S. (2019) (11), el 87,7% presentó miedo a presentar una complicación lo que refleja la preocupación por los riesgos asociado a los procesos de parto y la recuperación, los que pueden influir negativamente en la salud mental de las mujeres y por ende en su bienestar general (66).

Respecto al cambio en su imagen corporal sintiéndose menos atractiva, el 62,4% de las mujeres del presente estudio lo experimentó. Resultados opuestos fueron reportados por Uribe J. (2019) (12), quien encontró que el 80,3% se siente conforme con su nueva imagen corporal mientras que solo el 5,6% no se siente satisfecha con su nueva imagen corporal. En la mayoría de países se ha establecido estándares rigurosos de belleza, como el verse delgada, senos bien formados y piel sin estrías ni manchas; sin embargo, el embarazo y parto supone diversos cambios que pueden conllevar a disfunciones sexuales en algunas mujeres (65).

En cuanto a la disminución de deseo sexual, el 65,9% de las usuarias de la investigación lo experimentaron, el que además es un fenómeno que muchas mujeres experimentan en diversas etapas de su vida, pero con mucha frecuencia es reportado en el postparto.

Hallazgos opuestos fueron reportados por Polanco L, et al. (2019) (9), puesto que el 79,2% refirió mantener el deseo sexual y la disposición para mantener relaciones coitales con su pareja. Esta discrepancia puede explicarse por la caída brusca de los niveles de estrógenos anteriormente mencionada, aunque también puede deberse al agotamiento físico y emocional por la atención al bebé, la falta de sueño y la adaptación de la maternidad (63), o en su contraparte, el deseo sexual intacto puede estar vinculado a la satisfacción en la relación de pareja, el apoyo emocional de su pareja y/o familia, favoreciendo su disposición al reinicio de la actividad sexual postparto.

Respecto a los cambios emocionales, el 49,4% no experimentó ningún cambio emocional, pero entre las que si presentaron resalta que el 22,4% de las mujeres reportó haberse sentido triste, 14,1% irritabilidad y lloraba con facilidad en el postparto, estos resultados sugieren una tendencia a cambios emocionales relacionados con ansiedad y depresión postparto.

Resultados similares fueron encontrados por Uribe J. (2019) (12), quien reportó que el 8,5% lloraba con mucha frecuencia y el 5,6% mostró irritabilidad en el postparto. Estas estadísticas podrían asociarse con los cambios adaptativos por el rol de maternidad, que pueden afectar el cerebro. Según Barba E, et al. (2019) (67), afirman que la maternidad incluso lo hace más vulnerable para el desarrollo de trastornos mentales, por lo que resalta la atención multidisciplinaria en la etapa del postparto y la armonía familiar como prevención de ansiedad o depresión postparto.

Tabla 5. Características del reinicio de actividad sexual después del parto en usuarias del Centro de Salud Jesús. 2024.

Características del reinicio de actividad sexual	N°	%
Tiempo de reinicio de actividad coital después del parto		
Menos de 42 días	16	18,8
Entre 43 a 60 días (2 meses)	30	35,3
Entre los 61 a 90 días (3 meses)	23	27,1
Entre los 91 a 120 días (4 meses)	6	7,1
Entre los 121 a 150 días (5 meses)	1	1,2
Entre los 151 a 180 días (6 meses)	9	10,6
Decisión de reinicio		
Presión de la pareja	6	7,1
Fue mi decisión	6	7,1
Decisión de ambos	73	85,9
Presencia de dolor al reiniciar su actividad coital		
Sí	55	64,7
No	30	35,3
Total	85	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

En la tabla se observa que el tiempo de reinicio de actividad coital postparto que predominó fue entre 43 a 60 días (2 meses) 35,3%, seguido por 61 a 91 días (3 meses) 27,1%, menos de 42 días postparto, 18,8% y 6 meses, 10,6%; los resultados anteriores muestran que el tiempo de reinicio varía siendo este además una fuente de preocupación después del parto puesto que se pueden presentar múltiples situaciones que generen dificultad en este proceso.

Estos resultados coinciden parcialmente con la investigación de Villacorta S. (2019) (11), quien obtuvo que el 79% no había reiniciado su actividad sexual hasta después de 2 a 5 meses postparto, y 17,3% después de los 60 días. Por otro lado, en el estudio de Polanco L, Monge J, Canto T, Ballote M. (2019) (9), el 58,3% reinició su actividad sexual después de los 60 días, mientras que el 41,7% antes de este periodo, lo que muestra más similitud con los resultados de este estudio.

Fisiológicamente y tal como lo postula la UNICEF, se espera que el tiempo óptimo de reinicio de actividad sexual postparto ocurra después de la cuarentena postparto o tal como lo mencionan Gary, Dashe, Leveno, Bloom, Casey, et al; Carbajal, Barriga y Lachaise, tras un periodo de recuperación física, denominado puerperio tardío, es decir, 42 días (1,16,29). No obstante, Uribe J. (2019) (12) reportó que el 36,7% de las mujeres reiniciaron su actividad sexual antes de los 42 días, datos similares con los obtenidos en el presente estudio, con 18,8%; lo que refleja que no siempre se respeta

este periodo, afectando la salud física y emocional de las mujeres y sus parejas, esto sugiere que el tiempo de reinicio de la actividad sexual postparto varía significativamente entre las mujeres, influenciado por diversos factores individuales como el tipo de parto, apoyo de la pareja y diferencias culturales.

Respecto a la razón de reinicio de actividad coital postparto, se observa que destacó la decisión de ambos miembros de la pareja con 85,9% %, mientras que el 7,1% manifestó haber retomado la actividad coital por presión de la pareja, lo que refleja la importancia de la comunicación y toma de decisiones en pareja acerca de la salud sexual en el postparto.

En contraposición la investigación realizada por Polanco L, Monge J, Canto T, Ballote M.(2019) (9), mostró que el 60,4% reinició su actividad coital por deseo propio pero un 20,8% por complacer a la pareja, resultados similares reportados por Uribe, J. (2019) (12), en el que 78,9% reinició su actividad coital por decisión propia y 9,9%, por decisión de la pareja. Estos datos reflejan una vez más la importancia de la toma de decisiones consensuadas en el proceso de reinicio de actividad coital postparto; sin embargo, el porcentaje de mujeres que indicaron haber retomado la actividad sexual bajo presión es una realidad preocupante. En este contexto, según datos del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) (2023) (68), el 6,4% de la población peruana ha experimentado violencia sexual ejercido por su pareja y Cajamarca no es ajeno a esta realidad, puesto que está representado por el 4,2%, estas cifras resaltan la importancia de promover y garantizar el consentimiento en las relaciones sexuales, especialmente en zonas rurales, donde persiste la creencia de que la mujer debe cumplir con los deseos sexuales de su pareja, lo que contribuye a la normalización de la coerción sexual (69).

Acerca del dolor al reiniciar la actividad coital, el 64,7% de las mujeres reportaron haberlo experimentado, lo que indica un porcentaje significativo de incomodidad.

Este hallazgo es consistente con los resultados obtenidos por Aquino, Z. (2021) (18), quien encontró que el 55,6% de las mujeres experimentó dolor durante la actividad coital postparto. Además, Aquino, Z. (2021) (18), detalló aún más el momento de aparición de dolor, indicando que el 3,3% de las mujeres lo sintió antes de la relación coital, el 20% durante y 22,2% después de mantener relaciones coitales con su pareja. Ambos estudios en mención muestran que el dolor en las relaciones coitales es un problema relevante que afecta la calidad de vida sexual de las mujeres y las

diferencias de porcentajes puede estar asociado a la percepción individual del dolor, tipo de parto y la presencia de alguna complicación postparto (70,71).

Tabla 6. Asociación entre factores obstétricos y tiempo de reinicio de actividad coital después del parto en usuarias del Centro de Salud Jesús. 2024.

Factores obstétricos	Tiempo (días) de reinicio de actividad coital						Chi-cuadrado	
	≤ 42		Entre 43 a 60		Entre 61 a 180		X ²	p-valor
	N°	%	N°	%	N°	%		
Paridad							5,790	0,215
Primípara	8	9,4	11	12,9	16	18,8		
Múltipara	6	7,1	16	18,8	23	27,1		
Gran múltipara	2	2,4	3	3,5	0	0,0		
Tipo de parto							3,570	0,463
Parto vaginal atendido por profesional de salud	12	14,1	26	30,6	29	34,1		
Parto vaginal atendido por partera o familiar	1	1,2	0	0,0	4	4,7		
Parto por Cesárea	3	3,5	4	4,7	6	7,1		
Episiotomía							12,698	0,001*
Sí	6	7,9	5	6,6	23	27,1		
No	10	13,2	25	29,4	16	18,8		
Desgarro							27,394	0,000*
Sí	1	1,2	8	9,4	29	34,1		
No	15	17,6	22	25,9	10	11,8		
Complicación después del parto							13,610	0,034*
Mastitis	0	0,0	0	0,5	3	3,5		
Dehiscencia de puntos	1	1,2	0	0,0	6	7,1		
Infección urinaria	5	5,9	4	4,7	10	11,8		
Ninguno	10	11,8	26	30,6	20	23,5		
Lactancia materna exclusiva							0,777	0,678
Sí	14	16,5	23	27,1	31	36,5		
No	2	2,4	7	8,2	8	9,4		
Número de controles prenatales							0,519	0,771
Más de 6	14	16,5	24	28,2	31	36,5		
Menos de 6	2	2,4	6	7,1	8	9,4		
Información en el CPN sobre reinicio de actividad coital							6,7347	0,035*
Si	4	4,7	12	14,1	5	5,9		
No	12	14,1	18	21,2	34	40,0		
Información en el control de puerperio sobre reinicio de actividad coital							8,040	0,017*
Si	6	7,1	16	18,8	8	9,4		
No	10	11,7	14	16,5	31	36,5		
TOTAL	16	18,8	30	35,3	39	45,9		

Fuente: cuestionario de recolección de datos

En la tabla se aborda la relación entre factores obstétricos y tiempo de reinicio de actividad coital después del parto en usuarias del Centro de Salud Jesús. Respecto a la paridad, fue más notable el reinicio de actividad sexual entre 61 a 180 días en primíparas (18,8%) y múltiparas (27,1%). Además, es importante mencionar que el

9,4% de primíparas, 7,1% de multíparas y 2,4% de gran multíparas reiniciaron su actividad sexual antes de los 42 días postparto. Cabe mencionar que no existe relación significativa entre paridad y tiempo de reinicio de actividad coital ($p=0,215$).

La información presentada sugiere que, en general tanto las mujeres primíparas, multíparas como gran multíparas tardan un tiempo considerable para reiniciar la actividad coital; sin embargo, la paridad no muestra una relación estadísticamente significativa con el tiempo de reinicio lo que implica que, aunque existen diferencias en los porcentajes, estas diferencias no son lo suficientemente fuertes.

En relación con la vía de parto, resalta el reinicio de actividad sexual entre 43 a 60 días postparto tanto en usuarias de parto vaginal (34,1%) como en cesárea (7,1%). De manera que, la vía de parto no se relaciona significativamente con el tiempo de reinicio de actividad coital ($p=0,463$).

Un estudio sobre la electromiografía del suelo pélvico encontró que este difiere según el modo de parto, con resultados anormales mayores en mujeres de parto vaginal en comparación con parto por cesárea y los factores que ejercen influencia fueron: edad, altura, peso, aumento de peso durante el embarazo (72). No obstante, los estudios al respecto no son concluyentes, y la relación entre el tipo de parto y la función sexual sigue siendo un tema de debate; por ejemplo, Cancino N. (2023) (73), en su investigación no encontró diferencias significativas entre los efectos sobre la función sexual entre la cesárea y el parto vaginal.

A continuación, se evidencia que 27,1% de mujeres a las que se realizó episiotomía durante el parto postergaron el reinicio de su actividad coital entre los 61 a 180 días postparto. Además, el 29,4% de las usuarias a las que no se les realizó episiotomía reiniciaron su actividad sexual entre 43 a 60 días postparto e incluso, 13,2% antes de los 42 días postparto. Se resalta que, existe relación significativa entre episiotomía y tiempo de reinicio de actividad coital ($p=0,001$).

Villacorta S. (2019) (11) encontró que el 71,6% de mujeres con episiotomía no reinició su actividad coital hasta después de los 2 a 5 meses postparto.

La episiotomía es un procedimiento que se ha practicado por más de 300 años; sin embargo, en la actualidad el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) (74) y la OMS (75) coinciden en que la episiotomía no se use de forma rutinaria, sino restringido a situaciones estrictamente necesarias, debido a posibles complicaciones como mala cicatrización y molestias prolongadas derivadas de la

misma, entre las que resalta la alteración de la función sexual por el dolor localizado en el área perineal durante las primeras semanas postparto, y con la presencia de complicaciones, el tiempo de reanudación de actividad coital se retrasa aún más (71).

Seguidamente, se observa que el 34,1% de las mujeres que refirieron haber sufrido desgarro durante el parto postergó el reinicio de la actividad coital entre los 61 a 180 días postparto. Asimismo, un amplio porcentaje de usuarias que no sufrieron de desgarro obstétrico reiniciaron su actividad coital entre los 43 a 60 días, 25,9%, imponiendo además que el 17,6% reiniciaron su actividad coital antes de los 42 días. Por lo que, existe relación significativa entre desgarro obstétrico y tiempo de reinicio de actividad coital postparto ($p=0,024$).

El desgarro obstétrico y la asociación con el tiempo de reinicio de actividad coital postparto es acreditada por Pérez M, Valderrama K. (2022) (20) con $p=0,001$, lo que indica que el desgarro obstétrico influye significativamente en el tiempo de reinicio de actividad coital. Este hallazgo es relevante, ya que el desgarro obstétrico influye tanto en la recuperación física como emocional de la mujer, especialmente los de mayor grado que afectan inclusive el esfínter anal, lo cual resulta problemático. Tal daño genera dolor intenso y mayor dificultad para la cicatrización, lo que retrasa la recuperación y afecta directamente en la sexualidad de la mujer (40).

Acerca de las complicaciones postparto, resalta que el 11,8% de las mujeres que presentaron infección urinaria no reinició su actividad coital hasta los 61 a 180 días postparto; además, las mujeres que reiniciaron su actividad sexual antes de los 42 días tuvieron infección urinaria (5,9%) y dehiscencia de puntos (1,2%). Por otro lado, el 30,6% de mujeres que no tuvieron ninguna complicación reiniciaron su actividad coital en su mayoría entre los 43 a 60 días.

Resultados concordantes con Villacorta S. (2019) (11) el 14,8% de usuarias con infección urinaria no reiniciaron su actividad sexual hasta después de los 2 a 5 meses postparto.

En adición, existe relación significativa entre complicaciones postparto y tiempo de reinicio de actividad coital postparto ($p=0,034$), a su vez sustentada por Villacorta S. (2019) (11), con $p=0,000$. Por un lado, el reinicio de la actividad coital antes de lo recomendado hace más susceptible a que las mujeres presenten alguna complicación después del parto como infección urinaria y dehiscencia de puntos de sutura; puesto que la cicatrización de los tejidos perineales y vaginales se logra al terminar el

puerperio tardío; es decir a los 42 días (16); por otro lado, la disminución de los estrógenos disminuye la producción de glucógeno en la vagina, y por ende reduce la cantidad de lactobacilos y consecuentemente, reduce el ácido láctico y peróxido de hidrógeno, creando un ambiente alcalino favorable para el crecimiento de bacterias patógenas, por ejemplo la *Echerichia coli* puede ascender desde la vagina hacia la uretra y vejiga, aumentando la susceptibilidad a infecciones del tracto urinario, ya que durante el postparto se alteran las barreras protectoras (76). Además, la existencia de infección urinaria en el postparto influye en el reinicio tardío de actividad coital postparto, ocasionado por la misma sintomatología de la patología anteriormente mencionada.

En cuanto a la práctica de lactancia materna exclusiva se observa que el 36,5% reiniciaron su actividad sexual entre 61 a 180 días postparto coincidiendo con un porcentaje menor con aquellas mujeres que no practicaban la lactancia materna exclusiva (9,4%). Así pues, estadísticamente no existe relación significativa entre lactancia materna exclusiva y tiempo de reinicio de actividad coital ($p=0,678$).

Prosiguiendo, se evidencia que el 36,5% de las mujeres con más de 6 controles prenatales no reinició su actividad coital hasta los 61 a 180 días y el 9,4% de mujeres con menos de 6 controles prenatales reiniciaron su actividad en este mismo periodo. Cabe acotar que, no se encontró relación significativa entre número de controles prenatales y tiempo de reinicio de actividad coital ($p=0,771$).

Villacorta S. (2019) (11) encontró resultados afines, el 59,3% de mujeres con más de 6 controles prenatales no había reiniciado su actividad coital hasta después de 2 a 5 meses; por lo que no se encontró asociación entre controles prenatales y tiempo de reinicio de actividad coital ($p=0,274$).

Referente a la información sobre el reinicio de actividad coital durante los controles prenatales, el 14,1% de mujeres que recibieron dicha información reiniciaron su actividad coital entre los 43 a 60 días; no obstante, el 40% que no recibió la información sobre reinicio de actividad coital lo postergó hasta los 61 a 180 días. Encontrando así que existe asociación significativa entre información sobre el reinicio de actividad sexual durante los controles prenatales y tiempo de reinicio de actividad coital ($p=0,035$).

Este hallazgo es respaldado por Villacorta S. (2019) (11), quien en su estudio encontró que el 54,3% de las mujeres que indicaron no haber recibido información sobre

cuando reiniciar su actividad sexual no habían reiniciado su actividad sexual hasta después de los 2 a 5 meses postparto. Estas investigaciones refuerzan la idea de que la falta de orientación prenatal sobre sexualidad postparto puede retrasar significativamente el reinicio de la actividad coital, rescatando la necesidad de proporcionar información adecuada y oportuna.

Para finalizar está la información sobre el reinicio de actividad coital durante los controles de puerperio, resalta que el 36,5% que no recibió dicha información reinició su actividad sexual entre los 61 a 180 días, mientras que, 18,8% de mujeres que recibieron la información reiniciaron su actividad coital entre los 43 a 60 días postparto. Por lo que existe asociación significativa entre información sobre el reinicio de actividad sexual durante los controles de puerperio y tiempo de reinicio de actividad sexual ($p=0,017$).

Uribe J. (2019) (12) indica la existencia de asociación significativa entre la información sobre reinicio de actividad coital postparto y tiempo de reinicio de actividad coital postparto, con un valor $p= 0,000$; siendo notorio que la información adecuada y completa sobre el reinicio de actividad coital postparto determina el reinicio de la actividad sexual en un tiempo óptimo, puesto que las usuarias que recibieron dicha información estarían en la capacidad de discernir sobre cuando reiniciar su actividad coital teniendo en cuenta sus factores individuales, como la episiotomía o desgarro obstétrico.

Tabla 7. Asociación entre factores fisiológicos y tiempo de reinicio de actividad coital después del parto en usuarias del Centro de Salud Jesús. 2024.

Factores fisiológicos	Tiempo (días) de reinicio de actividad coital						Chi-cuadrado	
	≤ 42		Entre 43 a 60		Entre 61 a 180			
	N°	%	N°	%	N°	%	X ²	p-valor
Cambios en la vagina							11,148	0,025*
Sequedad vaginal	5	5,9	11	12,9	15	17,6		
Flacidez	5	5,9	16	18,8	22	25,8		
Ninguno	6	7,0	3	3,53	2	2,35		
Cambios en las mamas							3,474	0,747
Secreción láctea	7	8,2	12	14,1	18	21,2		
Sensibilidad mamaria	3	3,5	6	7,1	7	8,2		
Dolor	1	1,2	7	8,2	5	5,9		
Ninguno	5	5,9	5	5,9	9	10,6		
TOTAL	16	18,8	30	35,3	39	45,9		

Fuente: cuestionario de recolección de datos

En la tabla se muestra la relación entre factores fisiológicos y tiempo de reinicio de actividad coital en usuarias del Centro de Salud Jesús. Respecto a los cambios en la vagina, el 17,6% y 25,8% de mujeres que experimentaron sequedad y flacidez vaginal en el postparto postergaron su actividad coital entre 61 a 180 días y el 7% que no experimentó ningún cambio, reinició su actividad coital incluso antes de los 42 días.

Uribe J. (12) reportó resultados similares a los encontrados en la investigación, el 33,8% de las mujeres que presentaron cambios en la vagina reiniciaron su actividad coital después de los 40 días postparto y 8,4% antes de este tiempo, empero no se encontró asociación significativa entre cambios en la vagina y tiempo de reinicio de actividad sexual ($p=0,082$).

En la presente investigación se encontró asociación entre los cambios en la vagina y el tiempo de reinicio de actividad coital ($p=0,025$).

Teóricamente, tras el parto, y de manera particular, los estrógenos caen bruscamente debido a una respuesta fisiológica normal por la inhibición ejercida por la prolactina

para instaurar la lactancia materna, lo que genera sequedad vaginal debido a menor lubricación vaginal y este conduce a dispareunia, por lo que se afirma que estos cambios pueden retrasar el reinicio de la actividad coital ya que las mujeres esperan hasta que estos síntomas disminuyan (63).

En las mamas, el 10,6% que no reportó ningún cambio en las mamas reinició su actividad sexual hasta después de los 61 a 180 días; además, 21,2% que experimentó secreción láctea y 8,2% sensibilidad mamaria reiniciaron en este mismo periodo; además, el 8,2% que presentó dolor en las mamas mantuvo relaciones coitales entre los 43 a 60 días postparto, lo que sugiere que existen otros aspectos que influyen en la decisión de retomar las relaciones coitales.

Además, anteriormente se mencionó en uno de los ítems al dolor en las mamas, al respecto existe evidencia de que la depresión aumenta la respuesta frente al dolor, así como la cognición; es decir, asumir que las circunstancias desfavorables pueden progresar y ser cada vez peores. Por lo que la depresión predispone a experimentar dolor al momento de que la mujer da de lactar por la anticipación a este suceso lo que puede conllevar posteriormente al aumento de la percepción de dolor y consecuentemente facilita el destete temprano (62).

Tabla 8. Asociación entre factores psicológicos y tiempo de reinicio de actividad coital después del parto en usuarias del Centro de Salud Jesús. 2024.

Factores psicológicos	Tiempo (días) de reinicio de actividad coital						Chi-cuadrado	
	≤ 42		Entre 43 a 60		Entre 61 a 180		X ²	P-valor
	N°	%	N°	%	N°	%		
Miedo al dolor durante el coito después del parto							12,139	0,002*
Si	6	7,1	21	24,7	33	38,8		
No	10	11,8	9	10,6	6	7,1		
Miedo a nuevo embarazo al reiniciar su actividad coital							0,379	0,828
Si	12	14,1	21	24,7	26	30,6		
No	4	4,7	9	10,6	13	15,3		
Miedo a alguna complicación al reiniciar su actividad coital							0,613	0,736
Si	12	14,1	20	23,5	25	29,4		
No	4	4,7	10	11,8	14	16,5		
Cambio en su imagen corporal sintiéndose menos atractiva							0,634	0,728
Si	9	10,6	18	21,2	26	30,6		
No	7	8,2	12	14,1	13	15,3		
Disminución de deseo sexual							0,733	0,693
Si	12	14,1	19	22,4	25	29,4		
No	4	4,7	11	12,3	14	16,5		
Cambios emocionales							19,019	0,004*
Tristeza	1	1,2	2	2,4	16	18,8		
Llora con facilidad	3	3,5	4	4,7	5	5,9		
Irritabilidad	2	2,4	3	3,5	7	8,2		
Ninguno	10	11,8	21	24,7	11	12,9		
TOTAL	16	18,8	30	35,3	39	45,9		

Fuente: cuestionario de recolección de datos

En la tabla se aprecia la asociación entre factores psicológicos y tiempo de reinicio de actividad sexual en usuarias del Centro de Salud Jesús. En cuanto al miedo al dolor durante el coito después del parto, el 38,8% de las mujeres que lo experimentaron

reiniciaron su actividad coital hasta después de los 61 a 180 días, mientras que, el 11,8% que no presentaron miedo al dolor durante el coito incluso reiniciaron su actividad sexual antes de los 42 días postparto.

Villacorta S. (2019) (11) encontró resultados similares, 76,5% de las mujeres no reiniciaron su actividad sexual hasta después de los 2 a 5 meses postparto.

Además, se encontró relación estadísticamente significativa entre miedo al dolor durante el coito después del parto y tiempo de reinicio de actividad coital ($p=0,002$), avalado por Villacorta S. (2019) (11), con $p= 0,018$.

El miedo al dolor durante el coito en el postparto ocurre cuando el cerebro asocia el coito con el dolor del parto, especialmente si la experiencia de parto fue traumática o complicada. También puede surgir si el cerebro vincula el coito con experiencias dolorosas en relaciones coitales previas. Esto se debe a que la amígdala, relacionada con las emociones, y el hipocampo, encargado de almacenar recuerdos a largo plazo juegan un papel fundamental puesto que refuerzan en el cerebro la respuesta al miedo, por lo que se deduce que el miedo al dolor durante el coito retrasa el reinicio de la actividad coital hasta los 61 a 180 días postparto (77).

Respecto al miedo un nuevo embarazo al reiniciar su actividad coital, el 30,6% reinició su actividad coital entre los 61 a 180 días postparto e incluso el 15,3% de las mujeres que no experimentaron miedo a un nuevo embarazo postergaron su actividad coital hasta ese periodo.

Villacorta S. (2019) (11), encontró que el 11,1% de las mujeres que no experimentaron miedo a un nuevo embarazo postergaron el reinicio de su actividad sexual hasta después de los 2 a 5 meses postparto; además, Uribe J. (2019) (12), encontró que el 4,2% reiniciaron después de los 40 días postparto.

Adicionando se encontró asociación significativa entre miedo a un embarazo y tiempo de inicio de actividad sexual ($p=0,0002$) pero Uribe J. (2019) no encontró asociación significativa ($p=0,620$), lo que concuerda con la investigación ($p=0,828$), lo que puede deberse a que el 72% de las usuarias postparto es usuaria de algún método anticonceptivo (ampolla trimestral, implante) idóneos en el postparto.

En cuanto al miedo a alguna complicación al reiniciar su actividad coital, el 29,4% reinició su actividad coital entre los 61 a 180 días postparto e incluso el 16,5% de las mujeres que no experimentaron miedo a alguna complicación postergaron su actividad coital hasta ese periodo, por lo que no se encontró relación significativa entre

miedo a un nuevo embarazo al reiniciar la actividad coital después del parto y tiempo de reinicio de actividad coital ($p=0,736$).

Seguidamente, respecto al cambio en su imagen corporal sintiéndose menos atractiva; el 30,6% y 15,3% reiniciaron su actividad coital entre los 61 a 180 días, tanto en aquellas que lo presentaron como en las que no respectivamente.

Resultados opuestos fueron encontrados por Uribe J. (2019) (12), 9,8% que refirió sentirse poco atractiva reinició antes de los 40 días postparto y el 80,3% que se sintieron conformes con su nueva imagen corporal, reiniciaron después de los 40 días postparto.

No se encontró relación significativa entre cambio en su imagen corporal sintiéndose menos atractiva y tiempo de reinicio de actividad coital ($p=0,728$).

Lo falta de asociación sugiere que los cambios producidos por el embarazo y parto otorgan a la mujer sentimientos de orgullo vinculado a que su cuerpo ha cumplido con la función de dar vida a su hijo(a), generando satisfacción ya que el cuerpo es considerado valioso mucho más allá de los estándares estéticos determinados por la sociedad; además, la aceptación de su nueva imagen corporal por parte de su pareja puede influir significativamente (9).

Referente a la disminución de deseo sexual, el 29,4% de las mujeres que lo presentó postergó el reinicio de la actividad coital entre los 61 a 180 días y el 16,5% que no refirieron disminución de deseo sexual también reiniciaron su actividad coital en ese periodo. Además, no se encontró relación estadísticamente significativa entre pérdida de deseo sexual y tiempo de reinicio de actividad coital ($p=0,693$).

Los resultados anteriores coinciden con lo encontrado por Villacorta S. (2019) (11), 39,5% que reportó pérdida de deseo sexual no reinició su actividad sexual hasta los 2 a 5 meses postparto; sin embargo, en esta investigación se encontró asociación significativa entre pérdida de deseo sexual y tiempo de inicio de actividad sexual ($p=0,047$).

Finalmente, respecto a los cambios emocionales, el 24,7% que no experimentó ningún cambio emocional reinició su actividad coital entre los 43 a 60 días; por otro lado, el 18,8% que refirió haberse sentido triste durante el postparto postergó su actividad coital entre los 61 a 180 días.

Los anteriores resultados coinciden parcialmente con la investigación de Uribe J. (2019) (12), 7% que se sintió triste, 8,5% lloraba con mucha frecuencia y el 5,6% que se mostraba irritable reinició su actividad sexual después de los 40 días postparto y en este mismo tiempo, el 45,1% que no experimentó ningún cambio emocional. No se encontró asociación significativa entre cambios emocionales después del parto con el tiempo de reinicio de actividad sexual ($p=0,976$).

La investigación realizada encontró que los cambios emocionales y el tiempo de reinicio de actividad coital se asocian significativamente ($p=0,004$).

La asociación significativa existente entre los cambios emocionales y tiempo de reinicio de actividad sexual es avalada por Uribe J. (2019) (11), con un valor de $p=0,000$, ello demuestra que, la existencia de cambios emocionales como la tristeza, llanto e irritabilidad conlleva a que las mujeres posterguen el reinicio de la actividad sexual hasta los 61 a 180 días postparto; por el contrario, las mujeres que expresan sentimientos de alegría y felicidad tienden a reiniciar la actividad coital en un tiempo óptimo o cuando se sientan preparadas, este patrón reafirma el rol de las hormonas en el postparto.

En este sentido la oxitocina juega un papel clave en la adaptación neurobioconductual, ya que favorece el vínculo madre – hijo, puesto que está involucrada en regiones cerebrales críticas en el comportamiento maternal como el área preóptica medial, el núcleo del lecho de la estría terminal, el área tegmental ventral, el estriado ventral y la amígdala; por su parte la prolactina aumenta sus niveles de manera significativa al contacto directo con el bebé, y se ha comprobado que las mujeres que dan de lactar durante la primera hora de vida a su bebés presentan menores niveles de cortisol a comparación con aquellas mujeres que no lo hacen (67,78). Por otro lado, el contacto físico con el bebé también contribuye a un aumento de la actividad en el receptor GABAA y con ello a disminución de los síntomas de la depresión. De este modo, los cambios en el cerebro inducido por las hormonas durante el postparto hacen que las mujeres sean más susceptibles a la depresión postparto, una enfermedad mental muy común entre las mujeres que transitan el postparto.

CONCLUSIONES

En la investigación realizada en mujeres postparto del Centro de Salud Jesús, 2024, se concluyó que:

1. Predominó el grupo etario de 18 a 29 años, convivientes, con nivel de instrucción secundario, de religión católica, amas de casa y residentes en zona rural.
2. En cuanto a las características obstétricas, destacaron las usuarias multíparas de parto vaginal, sin episiotomía ni desgarro, sin complicaciones postparto, con más de 6 controles prenatales y sin información sobre reinicio de actividad sexual durante los controles prenatales y puerperales.
3. En las características fisiológicas, sobresalieron la flacidez vaginal y en las mamas, secreción láctea.
4. En las características psicológicas, resaltó el miedo al dolor, miedo a un nuevo embarazo, miedo a complicaciones al reiniciar su actividad coital, cambios en su imagen corporal, disminución del deseo sexual y tristeza durante el postparto.
5. En las características del reinicio de la actividad coital, el tiempo de reinicio que prevaleció fue de 43 a 60 días (2 meses), decisión tomada por ambos miembros de la pareja; además, se reportó la presencia de dolor.
6. Los factores obstétricos asociados significativamente con el tiempo de reinicio de actividad coital fueron: episiotomía ($p=0,005$), desgarro ($0,034$), complicaciones después del parto ($p=0,042$), información sobre reinicio de actividad coital durante los controles prenatales ($p=0,0035$) e información sobre reinicio de actividad coital durante los controles de puerperio ($p=0,017$), postergando el reinicio entre 61 a 180 días postparto.
7. El factor fisiológico asociado significativamente al tiempo de reinicio de actividad coital fue cambios en la vagina ($p=0,025$), retrasando el reinicio entre 61 a 180 días postparto.
8. Los factores psicológicos asociados significativamente con el tiempo de reinicio de actividad coital fueron miedo al dolor durante el coito después del parto ($p=0,002$) y cambios emocionales (tristeza) ($p=0,004$), prolongando el reinicio hasta los 61 a 180 días postparto.

RECOMENDACIONES

A las autoridades de la Red Integrada de Salud de Cajamarca: coordinar con los directivos de los colegios profesionales y centros de enseñanza especializados, la capacitación actualizada referente a sexualidad postparto a todo el personal involucrado en la atención integral de la mujer postparto, en especial al Obstetra, con el propósito de garantizar una atención de calidad que promueva el bienestar integral de las mujeres.

A las autoridades del Centro de Salud Jesús: se sugiere brindar consejería sobre reinicio de actividad sexual postparto como parte de las consultas de control prenatal y puerperal, fomentando la participación de la pareja en los mismos. Asimismo, se recomienda implementar un sistema de seguimiento de las usuarias postparto, que incluya tanto la recuperación física como emocional y el monitoreo de la salud sexual, garantizando que se le brinde orientación y derivación al especialista en caso lo requiera.

A las autoridades de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia: incorporar dentro del programa de psicoprofilaxis obstétrica información sobre sexualidad postparto dirigido a la mujer y su pareja; además, continuar con la práctica de ejercicios de Kegel como parte del programa, ya que estos ejercicios contribuyen significativamente al fortalecimiento del suelo pélvico, lo cual es fundamental para la prevención de disfunciones sexuales y recuperación postparto. Asimismo, garantizar que en el internado extrahospitalario se realice orientación y consejería en reinicio de actividad sexual postparto utilizando materiales informativos y accesibles que puedan ser entregados durante los controles prenatales y puerperales.

A los internos y egresados de Obstetricia: continuar con la investigación respecto a la sexualidad de las mujeres en el postparto, se sugiere agregar otros factores que puedan influir, como cansancio, sueño y apoyo de pareja; además, investigar en otros establecimientos de salud con la finalidad de analizar más a profundidad los factores asociados al reinicio de actividad sexual en diferentes contextos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gary F, Dashe J, Leveno K, Hoffman B, Bloom S, Casey B, et al. Williams Obstetricia. 25.^a ed. México: Mc. Graw Hill Education; 2019. p. 652-663.
2. De Souza R, Gomes A, Zielinski R, Zanatta L, Teatin C, da Silva L, et al. Evaluación de la autoestima sexual y corporal en mujeres posparto con o sin laceración perineal: un estudio transversal con traducción cultural y validación de la Escala de autoestima sexual y corporal de cambios vaginales. Rev. Bras Ginec Obst. 2019 [citado 9 de abril de 2024]; 46: 4-6. Disponible en: <https://journalrbgo.org/article/assessment-of-sexual-and-body-esteem-in-postpartum-women-with-or-without-perineal-laceration-a-cross-sectional-study-with-cultural-translation-and-validation-of-the-vaginal-changes-sexual-and-body-es/>
3. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Anticonceptivos y sexualidad en el posparto. 2023 [citado de 7 noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.unicef.org/uruguay/crianza/embarazo/anticonceptivos-y-sexualidad-en-el-posparto>
4. Ministerio de Salud. Norma Técnica para la atención integral de la Salud Materna. 2013 [citado 11 de febrero de 2024]. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/964549/rm_827-2013-minsa.pdf
5. Maamri A, Badri T, Boujemla H, EL Kissi Y. Sexualidad durante el posparto: un estudio en población de mujeres tunecinas. LA TUNISIE MEDICALE. 2019 [9 de abril de 2024]; 97(5):704-10. Disponible en: <https://latunisiemedicale.com/pdf/Vol%2097-05-N15.pdf>
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2023 - Nacional y Departamental. 2024 [citado 15 de agosto de 2024]. Disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1950/libro.pdf
7. Cappel J, Bouchard K, Chamberlain S, Byers A, Chivers M, Pukall C. ¿El modo de parto está asociado con la respuesta sexual? Un estudio piloto sobre la excitación sexual genital y subjetiva en mujeres primíparas con partos vaginales o por cesárea. Rev. Med Sex. 2020 [citado 14 de noviembre de 2024]; 17(2):257-72. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743609519318144>

8. Matthies L, Wallwiener M, Sohn C, Reck C, Müller M, Wallwiener S. Influencia de la calidad de la relación de pareja y de la lactancia materna en la función sexual femenina posparto. *Archivos Ginecología y Obstetricia*. 2019 [citado 14 de noviembre de 2024];299(1):69-77. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00404-018-4925-z>
9. Polanco L, Monge J, Canto T, Ballote M. El reinicio de la actividad sexual en las mujeres puérperas según los cambios biopsicosociales. *Revista de sexología*. 2019 [citado 9 de noviembre de 2023];8(2):27-34. Disponible en: <https://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD66100.pdf>
10. Ying Y, Rosediani M, Ahmad I. Disfunción sexual en mujeres que dieron a luz seis meses después en el noreste de Malasia. *PLOS ONE*. 2023 [citado 30 de octubre de 2024];18(4):4-10. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0284014>
11. Villacorta S. Factores asociados al inicio de la actividad sexual en primíparas atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García de octubre a diciembre 2018 [Tesis para optar al título profesional de Obstetra]. Perú: Universidad Científica del Perú; 2019 [citado 12 de noviembre de 2023]. 82 p. Disponible en: http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/741/SHIRLEY_TESIS_TITULO_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
12. Uribe J. Factores biopsicosociales que influyen en el retorno a la actividad sexual después del parto en usuarias del Centro de Salud Álamo - Comas, junio - julio 2018 [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia]. Perú: Universidad Alas Peruanas; 2019 [citado 18 de noviembre de 2023]. 88 p. Disponible en: https://repositorio.uap.edu.pe/jspui/bitstream/20.500.12990/5169/1/Tesis_Factores_Biopsicosociales_Actividad_Sexual.pdf
13. Pardell L, Palmieri P, Dominguez K, Camacho D, Edwards J, Watson J, et al. El significado de la salud sexual posparto para las mujeres residentes en España: una investigación fenomenológica. *BMC Embarazo y Parto*. 2021 [citado 30 de noviembre de 2024];21(1):4-10. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7844957/>
14. Organización Mundial de la Salud. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. Ginebra; 2018 [citado 21 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf?ua=1>
15. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Qué es el puerperio y las etapas del posparto. 2023 [citado 8 de enero de 2024]. Disponible en:

- <https://www.unicef.org/uruguay/crianza/embarazo/que-es-el-puerperio-y-las-etapas-del-posparto>
16. Carbajal J, Barriga M. Manual Obstetricia y Ginecología. 12.^a ed. 2021. p. 173-181.
 17. Giménez M, Kawabata A, Ríos C. Prácticas sexuales y anticoncepción en puérperas en un Hospital de tercer nivel de atención de Paraguay, 2017. Rev. Salud Pública Parag. 2019 [citado 11 de noviembre de 2023];9(2):35-40. Disponible en: <https://revistas.ins.gov.py/index.php/rspp/article/view/25>
 18. Aquino Z. Dispareunia y el reinicio tardío de las relaciones sexuales en mujeres postparto de la comunidad cristiana de Lima, 2021. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia]. Perú: Universidad Alas Peruanas; 2021 [citado 12 de noviembre de 2023]. 98 p. Disponible en: https://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12990/10017/Tesis_dispareunia_reinicio%20tard%c3%ado_relaciones%20sexuales_mujeres%20post%20parto_comunidad%20cristiana_Lima.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 19. Jiménez A. Repercusión del proceso de parto en la salud sexual de la mujer [Tesis para la obtención del Título de Doctor]. España: Universidad de Córdoba; 2021 [citado 21 de noviembre de 2024]. 236 p. Disponible en: <https://helvia.uco.es/bitstream/handle/10396/21429/2021000002252.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 20. Pérez M, Valderrama K. Impacto del desgarro obstétrico en la experiencia sexual de mujeres en el Hospital Belén de Trujillo. 2020 [Tesis para optar el título profesional de Licenciada Obstetrix]. Perú: Universidad Privada Antenor Orrego; 2022 [citado 13 de noviembre de 2023]. 73 p. Disponible en: https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12759/9384/REP_MIRIAM.PEREZ_KAREN.VALDERRAMA_DESGARRO.OBSTETRIC%20O.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 21. Lozano S, Lozano J, Santa María L, Puelles L, Zagaceta J. Prácticas sexuales y anticonceptivas en puérperas adolescentes. Rev. Médica Hospital Rioja. 2024; [citado 13 de junio de 2024]; 1(1):18-30. Disponible en: <https://revistas.hospitalrioja.gob.pe/index.php/rmhr/article/view/2>
 22. Kesavan, S. Antecedentes obstétricos y ginecológicos. 2024 [citado 15 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/hogar/salud-femenina/diagnóstico-de-los-trastornos-ginecológicos/antecedentes-obstétricos-y-ginecológicos>
 23. Instituto Bernabeu. Nulípara. 2020 [citado 30 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.institutobernabeu.com/es/diccionario-ginecologico/nulipara/>

24. Instituto Bernabeu. Definición de primípara. 2020 [citado 30 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.institutobernabeu.com/es/diccionario-ginecologico/primipara/>
25. Instituto de Bernabeu. Definición de múltipara. 2020 [citado 30 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.institutobernabeu.com/es/search/multipara/>
26. Instituto de Neonatología y Protección Materno - Infantil. Normas y procedimientos para la atención de la madre. 1977.
27. Corona JG, Valderrama J, Sosa G, Luna JLF, Paque C, González A. Adherencia terapéutica domiciliaria de ejercicios musculares del suelo pélvico en incontinencia urinaria. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2023 [citado 30 de noviembre de 2024];61(2):148-54. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10766441/>
28. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. 2018.
29. Lachaise N. Cuarentena postparto: en la sombra del puerperio [Tesis para obtener el el Título de Obstetra Partera]. Uruguay: Universidad de la República; 2020 [citado 17 de febrero de 2024]. 118 p. Disponible en: https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/35825/1/TFGEP_LachaiseN.pdf
30. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. *Obstetricia.* 6.^a ed. El Ateneo; 2008. p. 532-537.
31. Chacalo M, Hidalgo C, Vaca L, Valenzuela A. Complicaciones maternas asociadas a la episiotomía en las mujeres de Sudamérica en el periodo 2017 - 2022. *Revista Información Científica.* 2024 [citado 30 de noviembre de 2024];103(4559): 34-36. Disponible en: <https://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/4559>
32. Pérez A, Donoso E. *Obstetricia.* 4°. Chile: Mediterráneo; 2011. p. 435-467
33. Organización Mundial de la Salud. *Salud perinatal.* 2020;3(10).
34. Dioses D, Zarate J, Vizcarra V, Zapata NG, Arredondo M. Adherencia a la atención prenatal en el contexto sociocultural de países subdesarrollados: una revisión narrativa. *Horiz. Med.* 2023 [citado 30 de noviembre de 2024];23(4):2225-29. Disponible en: <https://www.horizontemedico.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/2252>
35. Raff H, Levitzky M. *Fisiología médica. Un enfoque por aparatos y sistemas.* 1.^a ed. Lange; 2013. p. 72-73.

36. Velázquez M, Díaz D, Reina A. Recuperación de la actividad sexual tras el parto. SANUM: revista científico-sanitaria. 2019 [citado 18 de febrero de 2024];3(1):36-42. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8796976>
37. Nuñez A, Tobón S, Arias D, Serna J, Rodríguez M, Muñoz Á. Calidad de vida, salud y factores psicológicos en poblaciones no clínicas de dos municipios colombianos. Hacia la Promoción de la Salud. 2019 [citado 30 de noviembre de 2024];15(2): 125-142. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v15n2/v15n2a08.pdf>
38. Shibley J, Delamater J. Sexualidad humana. 9° ed. México: Mc Graw Hill; 2006. p. 153-156.
39. Arango de Montis I. Sexualidad humana. 1.ª ed. México: Manual Moderno; 2008. p. 413-438.
40. Jiménez A, Giraldo P, Arias C, Campo M, Echavarría L, Cuesta D. Incidencia, complicaciones inmediatas y tempranas de desgarros perineales graves durante el parto en una institución de referencia de atención obstétrica en Medellín, Colombia. Iatreia. 2023 [citado 23 de febrero de 2023];37(1):5-12. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/368974710_Incidencia_complicaciones_inmediatas_y_tempranas_de_desgarros_perineales_graves_durante_el_parto_en_una_institucion_de_referencia_de_atencion_obstetrica_en_Medellin_Colombia
41. Mujer y Salud en Uruguay. El deseo sexual. 2020 [citado 30 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.mysu.org.uy/haceclick/folletos/02-el-deseo-sexual.pdf>
42. Del Pliego J. Deseo sexual: ¿qué elementos físicos y psicológicos influyen en él?. 2020 [citado 30 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://psicologiymente.com/sexologia/deseo-sexual-elementos-influyen-en-el>
43. Dios E, Duany A, Zuasnábar L. Trastorno de deseo sexual hipoactivo femenino y masculino. Rev. Sex y Soc. 2019 [citado 30 de noviembre de 2024];22(2):166-8. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revsexsoc/rss-2016/rss162e.pdf>
44. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación. 6.ª ed. México: Mc Graw Hill Education; 2014. 632 p.
45. Ñaupas H, Valdivia M. Metodología de la investigación. Cuantitativa - Cualitativa y Redacción de la Tesis. 5.ª ed. Bogotá: Ediciones de la U; 2018. 562 p.
46. Superintendencia Nacional de Salud. Consulta por código único de IPREES. 2024 [citado 3 enero de 2025]. Registro Nacional de IPRES. Disponible en: <http://app20.susalud.gob.pe:8080/registro-renipress-webapp/ipress.htm?action=mostrarVer&idipress=00004646#no-back-button>
47. Ventura M, De Oliveira S. Integridad y ética en la investigación y en la publicación científica. Cad Saúde Pública. 2022 [citado 9 de febrero de 2024];38(1):1-5. Disponible en:

- <https://www.scielo.br/j/csp/a/MYwqWtW9WLN36pd5LffBG9x/?format=pdf&lang=es>
48. Escurra L. Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces. *Rev. Psico.* 1988 [citado 9 de febrero de 2024];6(1-2):103-11. Disponible en: <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/4555/4534>
 49. George D, Mallery P. *SPSS para Windows paso a paso: una guía y referencia sencilla*, actualización 11.0. 4.ª ed. Boston; 2003. 31 p.
 50. Ordoñez A. *Características sociodemográficas, fisiológicas, ginecoobstétricas y su relación con el reinicio de la actividad coital en puérperas que acuden al Centro de Salud Maritza Campos Diaz; Arequipa.* 2021 [Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Obstetricia]. Lima: Universidad Católica de Santa María. 2021 [citado 14 de febrero de 2024]; 72 p. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/3415809c-6147-4275-8b93-7d3ae89cdad1/content>
 51. Ferrándiz S. Siete de cada diez mujeres se encarga de labores del hogar sin remuneración. *La República.* 2023 [citado 10 de noviembre de 2024]; Disponible en: <https://larepublica.pe/economia/2023/10/27/encuesta-iep-siete-de-cada-diez-mujeres-se-encarga-de-labores-del-hogar-sin-remuneracion-oxfam-centro-de-la-mujer-peruana-floria-tristan-613953>
 52. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Población ocupada del país alcanzó 17 millones 159 mil 100 personas en el primer trimestre de 2024. 2024 [citado 10 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inei/noticias/954538-poblacion-ocupada-del-pais-alcanzo-17-millones-159-mil-100-personas-en-el-primer-trimestre-de-2024>
 53. Gonzales M. Número de agnósticos, ateos y personas que no pertenecen a ninguna iglesia crece en el Perú. 2024 [citado 10 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.infobae.com/peru/2024/03/30/numero-de-agnosticos-ateos-y-personas-que-no-pertenecen-a-ninguna-iglesia-crece-en-el-peru/>
 54. Gayet C, Juárez F, Gayet C, Juárez F. Influencia de las creencias de género en la trayectoria sexual y reproductiva de las mujeres jóvenes mexicanas. *Papeles de población.* 2020 [29 de noviembre de 2024];26(103):89-121. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1405-74252020000100089&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 55. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la población peruana 2024. 2024. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6616587/5751291-situacion-de-la-poblacion-peruana-2024-una-mirada-de-la-diversidad-etnica.pdf>

56. Organización Panamericana de la Salud. Salud Urbana. 2024 [citado 10 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-urbana>
57. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Determinantes del acceso a los servicios de salud en el Perú. [citado 10 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0387/indice.htm
58. Huapaya J, Santos Y, Moquillaza V. Factores asociados con el parto domiciliario en el Perú: un análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud 2019. *Ginecología y Obstetricia de México*. 2022 [citado 29 de noviembre de 2024];90(5):395-406. Disponible en: <https://ginecologiayobstetricia.org.mx/articulo/factores-asociados-con-el-parto-domiciliario-en-el-peru-un-analisis-de-la-encuesta-demografica-y-de-salud-2019>
59. Jiménez A. Repercusión del proceso de parto en la salud sexual de la mujer [Tesis de doctorado]. España: Universidad de Córdoba; 2021 [citado 21 de noviembre de 2024]. 236 p. Disponible en: <https://helvia.uco.es/bitstream/handle/10396/21429/2021000002252.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
60. Ramírez Y. Disfunción del suelo pélvico y embarazo. *NPunto*. 2021 [citado 14 de noviembre de 2024];4(37):21-43. Disponible en: <https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/607e72d57140eart2.pdf>
61. Ministerio de Salud. Guía técnica para la consejería en Lactancia Materna. 2019 [citado 13 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/471230/130173163268756829820191231-7797-gbg6j.pdf?v=1577827973>
62. García M, Coó S, Valdés V, Ceric F. Mecanismos neuroendocrinos a la base de la asociación entre salud mental materna y lactancia. *Rev chil obstet ginecol*. 2023 [citado 29 de noviembre de 2024];88(5):286-94. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262023000500286
63. Calvo L, Franco A. Lactancia Materna y sexualidad. *Revista Sanitaria de Investigación*. 2021 [citado 14 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/lactancia-materna-y-sexualidad/>
64. Dirección Regional Cajamarca. Resumen de Indicadores. 2024 [citado 16 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://sir.diresacajamarca.gob.pe/risc/#/indicadores>
65. Serrano E, Gimeno E, Trigo E, Bárcenas I, Chiclana C. Factores que influyen en la sexualidad de las parejas en el puerperio: una revisión sistemática. *Reseñas de*

- Medicina Sexual. 2020 [citado 25 de octubre de 2024];8(1):38-47. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2050052119300757>
66. Prado N, Da Cuña I, Alonso A, González Y. Disfunciones sexuales en el período postparto. Una revisión de la literatura. *Medicina Naturista*. 2022 [citado 14 de noviembre de 2024];16(1). 48-55. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8257032>
 67. Barba E, Craddock S, Carmona S, Hoekzema E. Plasticidad cerebral en el embarazo y el puerperio: vínculos con el cuidado materno y la salud mental. *Arch Womens Ment Health*. 2019 [citado 14 de noviembre de 2024];22(2):289-99. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30008085/>
 68. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Intervenciones del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables - MIMP a nivel nacional. 2024 [citado 13 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.mimp.gob.pe/omep/pdf/resumen2/Boletin-Nacional-2024.pdf>
 69. Instituto Nacional de Estadística e Informática. El 35,6% de mujeres de entre 15 y 49 años ha sido víctima de violencia familiar en los últimos 12 meses. 2023 [citado 14 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/el-356-de-mujeres-de-entre-15-y-49-anos-ha-sido-victima-de-violencia-familiar-en-los-ultimos-12-meses-14657/>
 70. Núñez L, Da Cuña I, González Y. Factores que influyen en la dispareunia posparto: una revisión sistemática. *Clin Invest Ginecol Obstet*. 2020 [citado 14 de noviembre de 2024];47(4):168-73. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-factores-que-influyen-dispareunia-posparto-S0210573X20300356>
 71. Manresa M. Dolor y dispareunia en relación a la musculatura lesionada en un parto eutócico [Tesis para obtener el grado de Doctor]. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2020 [citado 14 de noviembre de 2024]. 231 p. Disponible en: https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/172822/1/MML_TESIS.pdf
 72. Jiang J, Li C, Liu HY, Zhu Z. Relación entre la electromiografía del suelo pélvico anormal y factores obstétricos en mujeres posparto: un estudio transversal. *BMC Womens Health*. 2024 [citado 29 de noviembre de 2024]; 24:236-39. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11017559/>
 73. Cancino N. Función sexual postparto vaginal o cesárea en primíparas [Tesis de pregrado]. Perú: Universidad Privada Antenor Orrego; 2023 [citado 14 de noviembre de 2024]. 72 p. Disponible en: https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12759/10799/REP_NICID_A.CANCINO_FUNCION.SEXUAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y

74. Stanford Medicine Children's Health. ¿Qué es la episiotomía? . 2021. [citado 15 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=episiotomy-92-P09289>
75. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Geneva; 2019 [citado 15 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/260178>
76. Mora S. Microbiota y disbiosis vaginal. Revista Médica Sinergia. 2019 [citado 15 de noviembre de 2024];4(1):3-13. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/165>
77. Álvarez P. Qué parte del cerebro controla las emociones y cómo lo hace. 2024 [citado 3 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.infobae.com/salud/ciencia/2024/11/19/que-parte-del-cerebro-controla-las-emociones-y-como-lo-hace/>
78. Kim S, Strathearn L. Oxitocina y plasticidad cerebral materna. Nuevas direcciones para el desarrollo infantil y adolescente. 2019 [citado 17 de noviembre de 2024];(153):59-72. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5181786/>

ANEXOS

ANEXO 1: CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CUESTIONARIO DE FACTORES ASOCIADOS AL REINICIO DE ACTIVIDAD SEXUAL POSTPARTO

El presente instrumento recoge información sobre los factores obstétricos, fisiológicos y psicológicos asociados al reinicio de la actividad sexual postparto. Centro de Salud Jesús. 2024. Tenga usted la plena confianza que los datos obtenidos a partir de este cuestionario serán usados únicamente para los fines anteriormente mencionados.

A continuación, se le presenta una serie de preguntas, lea detenidamente y responda con sinceridad:

I. Características sociodemográficas

1. Edad

- a. 18 – 29 años
- b. 30 – 34 años
- c. >35 años

2. Grado de instrucción

- a. Sin instrucción
- b. Primaria completa
- c. Primaria incompleta
- d. Secundaria completa
- e. Secundaria incompleta
- f. Superior técnica
- g. Superior universitaria

3. Estado civil

- a. Soltera
- b. Casada
- c. Separada
- d. Conviviente
- e. Viuda

4. Religión

- a. Católica
- b. Evangélica
- c. Otro

5. Residencia

- a. Urbano
- b. Rural

6. Ocupación

- a. Ama de casa
- b. Estudiante
- c. Trabajadora

II. FACTORES OBSTÉTRICOS

1. ¿Cuántos hijos tiene?

- a. 1
- b. 2 a 5
- c. De 6 a más

2. Su último parto, ¿Cómo finalizó?

- a. Parto vaginal atendido por profesional de Salud
- b. Parto vaginal atendido por partera o familiar
- c. Parto por cesárea

3. ¿Le realizaron corte vaginal (episiotomía) para ayudar a salir al bebé?

- a. Si
- b. No

4. ¿Se produjo algún desgarro durante la atención de su parto?

- a. Si
- b. No

5. ¿Presentó alguna complicación después del parto?

- a. Mastitis
- b. Infección de herida operatoria
- c. Dehiscencia de puntos
- d. Infección urinaria
- e. Ninguno

6. ¿Está dando de lactar de forma exclusiva a su hija(o)?

- a. Si
- b. No

7. Número de controles prenatales

- a. Más de 6 controles
- b. Menos de 6 controles

8. ¿Durante la atención prenatal (control de gestante) la Obstetra le brindó información sobre el reinicio de su actividad coital?

- a. Sí
- b. No

9. ¿Durante la atención de puerperio (control después del parto) la Obstetra le brindó información sobre el reinicio de su actividad coital?

- a. Sí
- b. No

III. FACTORES FISIOLÓGICOS

1. ¿Qué cambios en la vagina dificultaron el reinicio de actividad sexual postparto?

- a. Sequedad vaginal
- b. Flacidez
- c. Ninguno

2. ¿Qué cambios en las mamas dificultaron el reinicio de actividad coital postparto?

- a. Secreción láctea
- b. Sensibilidad mamaria
- c. Dolor
- d. Ninguno

IV. FACTORES PSICOLÓGICOS

1. ¿Usted tuvo miedo a sentir dolor durante el coito después del parto?

- a. Si b. No

2. ¿Usted tuvo miedo de reiniciar su actividad coital por quedar nuevamente embarazada?

- a. Si b. No

3. ¿Usted tuvo miedo a alguna complicación para reiniciar su actividad coital?

- a. Sí b. No

4. ¿Después del parto sintió que su cuerpo ha cambiado, sintiéndose menos atractiva provocando que evite reiniciar su actividad coital?

- a. Sí b. No

5. ¿Después de su parto sintió que disminuyó el deseo sexual por su pareja?

- a. Sí b. No

6. ¿Qué cambios emocionales experimentó después del parto?

- a. Sentirse triste
- b. Llorar con facilidad
- c. Irritabilidad (cólera, enojo)
- d. Ninguno

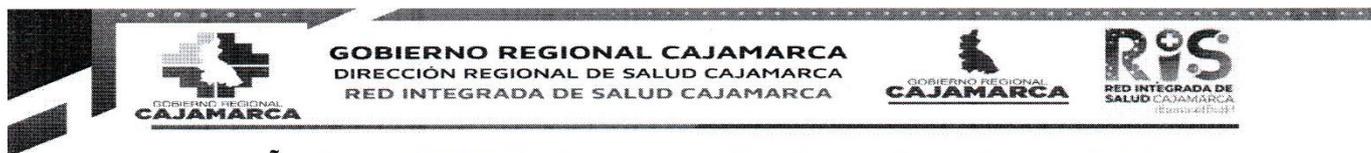
V. REINICIO DE RELACIONES COITALES

1. ¿Después de que tiempo reinició aproximadamente su actividad coital después del parto?

- a. Menos de 42 días
- b. Entre los 43 a 60 días (hasta 2 meses)
- c. Entre los 61 a 90 días (hasta 3 meses)
- d. Entre los 91 a 120 días (hasta 4 meses)

- e. Entre los 121 a 150 días (hasta 5 meses)
 - f. Entre los 151 a 180 días (hasta 6 meses)
- 2. ¿Quién influyó en su decisión de reiniciar su actividad coital?**
- a. Presión de la pareja
 - b. Fue mi decisión
 - c. Decisión de ambos
- 3. ¿Al reiniciar su actividad coital presentó dolor?**
- a. Sí
 - b. No

ANEXO 2: AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN



“AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACION DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACION DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNIN Y AYACUCHO”

Jesús, 20 de noviembre de 2024

OFICIO N° 94-2024-- DIRES CAJ/ RIS CAJ/ PE.JES-ARCC-2024

PARA : Sra. Karen Lizbeth Pizarro Silva

ASUNTO : AUTORIZACION PARA EJECUCION DE PROYECTO DE TESIS

REFERENCIA: SOLICITUD

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. para saludarlo cordialmente y a la vez, indicarle que, en respuesta a su solicitud, la jefatura de la P.E. Jesús, dentro del marco normativo autoriza el permiso y facilidades para la ejecución de la investigación en pacientes, con el objetivo de determinar los factores asociados al reinicio de la actividad sexual de las puérperas del distrito de Jesús con el proyecto de tesis, titulado: “ Factores asociados al reinicio de actividad sexual después del parto en usuarios del centro de salud Jesús 2024.

Esperando sea de su mayor provecho y beneficio a su investigación, al finalizar dicha aplicación de su proyecto de tesis, remitir en físico los resultados obtenidos; me suscribo de usted recomendándole tenga la responsabilidad del caso.

Sin otro particular, hago propicia para expresarle las muestras de mi especial consideración y estima.

ATENTAMENTE:

DIRECCION REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA
RED DE SALUD CAJAMARCA
Angela Del Rocio Cueva Castrojon
MEDICO CIRUJANO
CMP: 78377

ANEXO 3: CARTILLAS DE VALIDACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD



ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

CARTILLA DE VALIDACIÓN DE CONTENIDO POR JUICIO DE EXPERTOS

Estimado profesional, siendo conocedor de su extraordinaria trayectoria solicito su participación para la validación del presente instrumento para recojo de información; siendo éste un requisito solicitado en toda investigación. Por ello adjunto a este formato el instrumento y el cuadro de operacionalización de variables. Agradezco por anticipado su especial atención.

1. NOMBRE DEL JUEZ		Ana Isabel Quirós Bazán
2.	PROFESIÓN	Obstetra.
	TITULO Y /O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	Doctora en Ciencias - Salud
	ESPECIALIDAD	Alto Riesgo Obstétrico.
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)	30 años.
	INSTITUCIÓN DONDE LABORA	Hospital Simón Bolívar
	CARGO	Obstetra asistencial
3. TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:		
FACTORES ASOCIADOS AL REINICIO DE ACTIVIDAD SEXUAL DESPUÉS DEL PARTO EN USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD JESUS. 2024.		
4. NOMBRE DEL TESISISTA: Karen Lizbeth Pizarro Silva		
5. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN	Determinar los factores asociados en el reinicio de la actividad sexual después del parto en usuarias del Centro de Salud Jesús. 2024.	
6. DETALLE DEL INSTRUMENTO:		
Abarca un cuestionario que evalúa los factores obstétricos, fisiológicos y psicológicos, además la última parte consta de un cuestionario acerca del reinicio de actividad sexual.		
A continuación, sírvase identificar el ítem o pregunta y conteste marcando con un aspa en la casilla que usted considere conveniente y además puede anotar alguna otra apreciación en la columna de observaciones.		

Ítem	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (Sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende medir		Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS											
1	X		X			X	X		X		
2	X		X			X	X		X		
3	X		X			X	X		X		
4	X		X			X	X		X		
5	X		X			X	X		X		
FACTORES OBSTÉTRICOS											
1	X		X			X	X		X		
2	X		X			X	X		X		
3	X		X			X	X		X		
4	X		X			X	X		X		
5	X		X			X	X		X		
6	X		X			X	X		X		
7	X		X			X	X		X		
8	X		X			X	X		X		
9	X		X			X	X		X		
FACTORES FISIOLÓGICOS											
1	X		X			X	X		X		
2	X		X			X	X		X		
FACTORES PSICOLÓGICOS											
1	X		X			X	X		X		
2	X		X			X	X		X		
3	X		X			X	X		X		
4	X		X			X	X		X		
5	X		X			X	X		X		
6	X		X			X	X		X		
REINICIO DE ACTIVIDAD COITAL											
1	X		X			X	X		X		
2	X		X			X	X		X		
3	X		X			X	X		X		

7. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Valoración: 0= Debe mejorarse 1= Poco adecuado 2= Adecuado

CRITERIO	INDICADORES	VALORACIÓN
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje claro y coherente para el entrevistado. El vocabulario es apropiado al nivel educativo de las unidades de estudio.	2
OBJETIVIDAD	Está expresado en indicadores o preguntas precisas y claras.	2
ORGANIZACIÓN	Los ítems/preguntas presentan una organización lógica y clara.	1
CONSISTENCIA	Responde a los objetivos, a las variables/objeto de estudio.	2
COHERENCIA	Existe coherencia entre la variable/objeto de estudio e indicadores/marco teórico. Los ítems corresponde a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán	2
RESULTADO DE VALIDACIÓN		9

Calificación: Aceptado: (7-10 puntos) Debe mejorarse: (4-6 puntos) Rechazado: (<3 puntos)

8. SUGERENCIAS

(Realizar todas las anotaciones, críticas o recomendaciones que considera oportunas para la mejora del instrumento)

- Organizar las preguntas en función a operacionalización de variables
- Definir rango de tiempo

Fecha	Firma y sello del juez experto	E- mail	Teléfono
14/08/2024	 Ana I. Quiroz Bazán OBSTETRA C.O.P. 6585	aguiroz@unc.edu.pe	976000187



CARTILLA DE VALIDACIÓN DE CONTENIDO POR JUICIO DE EXPERTOS

Estimado profesional, siendo conocedor de su extraordinaria trayectoria solicito su participación para la validación del presente instrumento para recojo de información; siendo éste un requisito solicitado en toda investigación. Por ello adjunto a este formato el instrumento y el cuadro de operacionalización de variables. Agradezco por anticipado su especial atención.

1. NOMBRE DEL JUEZ		RUTH NOELIA QUEVEDO LIMPES.
2.	PROFESIÓN	OBSTETRA.
	TÍTULO Y /O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	OBSTETRA.
	ESPECIALIDAD	Atención PRIMARIA DE SALUD en coneez. Ginecológico.
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)	14 años
	INSTITUCIÓN DONDE LABORA	C. S BOÑOS del IVCA.
	CARGO	obstetra.
3. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:		
FACTORES ASOCIADOS AL REINICIO DE ACTIVIDAD SEXUAL DESPUÉS DEL PARTO EN USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD JESUS. 2024.		
4. NOMBRE DEL TESISISTA: Karen Lizbeth Pizarro Silva		
5. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN	Determinar los factores asociados en el reinicio de la actividad sexual después del parto en usuarias del Centro de Salud Jesús. 2024.	
6. DETALLE DEL INSTRUMENTO:		
Abarca un cuestionario que evalúa los factores obstétricos, fisiológicos y psicológicos, además la última parte consta de un cuestionario acerca del reinicio de actividad sexual.		
A continuación, sírvase identificar el ítem o pregunta y conteste marcando con un aspa en la casilla que usted considere conveniente y además puede anotar alguna otra apreciación en la columna de observaciones.		

Ítem	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (Sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende medir		Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
DATOS GENERALES											
1	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
2	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
3	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
4	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
5	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
FACTORES OBSTÉTRICOS											
1	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
2	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
3	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
4	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
5	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
6	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
7	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
FACTORES FISIOLÓGICOS											
1	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
2	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
FACTORES PSICOLÓGICOS											
1	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
2	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
3	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
4	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
5	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
6	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
REINICIO DE ACTIVIDAD SEXUAL											
1	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
2	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
3	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		

7. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Valoración: 0= Debe mejorarse 1= Poco adecuado 2= Adecuado

CRITERIO	INDICADORES	VALORACIÓN
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje claro y coherente para el entrevistado. El vocabulario es apropiado al nivel educativo de las unidades de estudio.	2
OBJETIVIDAD	Está expresado en indicadores o preguntas precisas y claras.	2
ORGANIZACIÓN	Los ítems/preguntas presentan una organización lógica y clara.	2
CONSISTENCIA	Responde a los objetivos, a las variables/objeto de estudio.	2
COHERENCIA	Existe coherencia entre la variable/objeto de estudio e indicadores/marco teórico. Los ítems corresponde a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán	2
RESULTADO DE VALIDACIÓN		10

Calificación: Aceptado: (7-10 puntos) Debe mejorarse: (4-6 puntos) Rechazado:(<3 puntos)

8. SUGERENCIAS

(Realizar todas las anotaciones, críticas o recomendaciones que considera oportunas para la mejora del instrumento)

continuar hasta el final en el prospecto y presentar
Resultados al C.C.B.I.

.....

.....

.....

.....

.....

Fecha	Firma y sello del juez experto	E- mail	Teléfono
12-8-24	 <p>Ruth Noé Quevedo Linares OBSTETRA COP. 24514</p>	Ruvedo12varesruthuedea@gmail.com	923868113.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



CARTILLA DE VALIDACIÓN DE CONTENIDO POR JUICIO DE EXPERTOS

Estimado profesional, siendo conocedor de su extraordinaria trayectoria solicito su participación para la validación del presente instrumento para recojo de información; siendo éste un requisito solicitado en toda investigación. Por ello adjunto a este formato el instrumento y el cuadro de operacionalización de variables. Agradezco por anticipado su especial atención.

1. NOMBRE DEL JUEZ		SEGUNDO LIBORIO CERNA RODRIGUEZ
2.	PROFESIÓN	OBSTETRA
	TITULO Y /O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	OBSTETRA - MAGISTER EN EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EDUCATIVA
	ESPECIALIDAD	EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS Y CUIDADOS CRÍTICOS
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)	30 AÑOS
	INSTITUCIÓN DONDE LABORA	HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA
	CARGO	OBSTETRA-ASISTENCIAL
3. TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:		
FACTORES ASOCIADOS AL REINICIO DE ACTIVIDAD SEXUAL DESPUÉS DEL PARTO EN USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD JESUS. 2024.		
4. NOMBRE DEL TESISISTA: Karen Lizbeth Pizarro Silva		
5. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN	Determinar los factores asociados en el reinicio de la actividad sexual después del parto en usuarias del Centro de Salud Jesús. 2024.	
6. DETALLE DEL INSTRUMENTO:		
Abarca un cuestionario que evalúa los factores obstétricos, fisiológicos y psicológicos, además la última parte consta de un cuestionario acerca del reinicio de actividad sexual.		
A continuación, sírvase identificar el ítem o pregunta y conteste marcando con un aspa en la casilla que usted considere conveniente y además puede anotar alguna otra apreciación en la columna de observaciones.		

Ítem	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (Sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende medir		Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
DATOS GENERALES											
1	X		X			X	X		X		
2	X		X			X	X		X		
3	X		X			X	X		X		
4	X		X			X	X		X		
5	X		X			X	X		X		
FACTORES OBSTÉTRICOS											
1	X		X			X	X		X		
2	X		X			X	X		X		
3	X		X			X	X		X		
4	X		X			X	X		X		
5	X		X			X	X		X		
6	X		X			X	X		X		
7	X		X			X	X		X		
FACTORES FISIOLÓGICOS											
1	X		X			X	X		X		
2	X		X			X	X		X		
FACTORES PSICOLÓGICOS											
1	X		X			X	X		X		
2	X		X			X	X		X		
3	X		X			X	X		X		
4	X		X			X	X		X		
5	X		X			X	X		X		
6	X		X			X	X		X		
REINICIO DE ACTIVIDAD SEXUAL											
1	X		X			X	X		X		
2	X		X			X	X		X		
3	X		X			X	X		X		

7. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Valoración: 0= Debe mejorarse 1= Poco adecuado 2= Adecuado

CRITERIO	INDICADORES	VALORACIÓN
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje claro y coherente para el entrevistado. El vocabulario es apropiado al nivel educativo de las unidades de estudio.	2
OBJETIVIDAD	Está expresado en indicadores o preguntas precisas y claras.	2
ORGANIZACIÓN	Los ítems/preguntas presentan una organización lógica y clara.	2
CONSISTENCIA	Responde a los objetivos, a las variables/objeto de estudio.	2
COHERENCIA	Existe coherencia entre la variable/objeto de estudio e indicadores/marco teórico. Los ítems corresponde a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán	2
RESULTADO DE VALIDACIÓN		10

Calificación: Aceptado: (7-10 puntos) Debe mejorarse: (4-6 puntos) Rechazado:(<3 puntos)

8. SUGERENCIAS

(Realizar todas las anotaciones, críticas o recomendaciones que considera oportunas para la mejora del instrumento)

En Factores Anatómicos o Fisiológicos se sugiere incluir cambios en el abdomen.

.....

.....

.....

.....

Fecha	Firma y sello del juez experto	E- mail	Teléfono
13 8 24	 Segundo Cerna Rodríguez OBSTETRA COP: 4618	scernar@unc.edu.pe scernar@hotmail.com	937798090



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



CARTILLA DE VALIDACIÓN DE CONTENIDO POR JUICIO DE EXPERTOS

Estimado profesional, siendo conocedor de su extraordinaria trayectoria solicito su participación para la validación del presente instrumento para recojo de información; siendo éste un requisito solicitado en toda investigación. Por ello adjunto a este formato el instrumento y el cuadro de operacionalización de variables. Agradezco por anticipado su especial atención.

1. NOMBRE DEL JUEZ		Galita Díaz Campos
2.	PROFESIÓN	Psicóloga
	TITULO Y /O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	Mg en Psicología Clínica, con mención en Psicología de la Salud.
	ESPECIALIDAD	Formación en Terapia Familiar-Sistémica.
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)	10 años
	INSTITUCIÓN DONDE LABORA	Hospital H-E "Simón Bolívar" Cajamarca.
	CARGO	Psicóloga.
3. TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:		
FACTORES ASOCIADOS AL REINICIO DE ACTIVIDAD SEXUAL DESPUÉS DEL PARTO EN USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD JESUS. 2024.		
4. NOMBRE DEL TESISISTA: Karen Lizbeth Pizarro Silva		
5. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN	Determinar los factores asociados en el reinicio de la actividad sexual después del parto en usuarias del Centro de Salud Jesús. 2024.	
6. DETALLE DEL INSTRUMENTO:		
Abarca un cuestionario que evalúa los factores obstétricos, fisiológicos y psicológicos, además la última parte consta de un cuestionario acerca del reinicio de actividad sexual.		
A continuación, sírvase identificar el ítem o pregunta y conteste marcando con un aspa en la casilla que usted considere conveniente y además puede anotar alguna otra apreciación en la columna de observaciones.		

Ítem	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (Sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende medir		Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
DATOS GENERALES											
1	X		X			X	X		X		
2	X		X			X	X		X		
3	X		X			X	X		X		
4	X		X			X	X		X		
5	X		X			X	X		X		
FACTORES OBSTÉTRICOS											
1	X		X			X	X		X		
2	X		X			X	X		X		
3	X		X			X	X		X		
4	X		X			X	X		X		
5	X		X			X	X		X		
6	X		X			X	X		X		
7	X		X			X	X		X		
FACTORES FISIOLÓGICOS											
1	X		X			X	X		X		
2	X		X			X	X		X		
FACTORES PSICOLÓGICOS											
1	X		X			X	X		X		
2	X		X			X	X		X		
3	X		X			X	X		X		
4	X		X			X	X		X		
5	X		X			X	X		X		
6	X		X			X	X		X		
REINICIO DE ACTIVIDAD SEXUAL											
1	X		X			X	X		X		
2	X		X			X	X		X		
3	X		X			X	X		X		

7. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Valoración: 0= Debe mejorarse 1= Poco adecuado 2= Adecuado

CRITERIO	INDICADORES	VALORACIÓN
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje claro y coherente para el entrevistado. El vocabulario es apropiado al nivel educativo de las unidades de estudio.	2
OBJETIVIDAD	Está expresado en indicadores o preguntas precisas y claras.	2
ORGANIZACIÓN	Los ítems/preguntas presentan una organización lógica y clara.	2
CONSISTENCIA	Responde a los objetivos, a las variables/objeto de estudio.	2
COHERENCIA	Existe coherencia entre la variable/objeto de estudio e indicadores/marco teórico. Los ítems corresponde a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán	2
RESULTADO DE VALIDACIÓN		10

Calificación: Aceptado: (7-10 puntos) Debe mejorarse: (4-6 puntos) Rechazado:(<3 puntos)

8. SUGERENCIAS

(Realizar todas las anotaciones, críticas o recomendaciones que considera oportunas para la mejora del instrumento)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fecha	Firma y sello del juez experto	E- mail	Teléfono
20/08/24	 Mg. Galiza E. Díaz Campos PSICÓLOGA CLÍNICA C.Ps.P. N° 16637	galydiaz16@gmail.com	97 6313156



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



CARTILLA DE VALIDACIÓN DE CONTENIDO POR JUICIO DE EXPERTOS

Estimado profesional, siendo conocedor de su extraordinaria trayectoria solicito su participación para la validación del presente instrumento para recojo de información; siendo éste un requisito solicitado en toda investigación. Por ello adjunto a este formato el instrumento y el cuadro de operacionalización de variables. Agradezco por anticipado su especial atención.

1. NOMBRE DEL JUEZ		<i>Julio César Guadalupe Alvarez</i>
2.	PROFESIÓN	<i>Licenciado en Estadística</i>
	TITULO Y /O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	<i>Maestro en Salud Pública</i>
	ESPECIALIDAD	<i>Estadístico</i>
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)	<i>36 años</i>
	INSTITUCIÓN DONDE LABORA	<i>DIRESA</i>
	CARGO	<i>Director de Sistema Administrativo</i>
3. TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:		
FACTORES ASOCIADOS AL REINICIO DE ACTIVIDAD SEXUAL DESPUÉS DEL PARTO EN USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD JESÚS. 2024.		
4. NOMBRE DEL TESISISTA: Karen Lizbeth Pizarro Silva		
5. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN	Determinar los factores asociados en el reinicio de la actividad sexual después del parto en usuarias del Centro de Salud Jesús. 2024.	
6. DETALLE DEL INSTRUMENTO:		
Abarca un cuestionario que evalúa los factores obstétricos, fisiológicos y psicológicos, además la última parte consta de un cuestionario acerca del reinicio de actividad sexual.		
A continuación, sírvase identificar el ítem o pregunta y conteste marcando con un aspa en la casilla que usted considere conveniente y además puede anotar alguna otra apreciación en la columna de observaciones.		

Ítem	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (Sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende medir		Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	

DATOS GENERALES											
1	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
2	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
3	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
4	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
5	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
FACTORES OBSTÉTRICOS											
1	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
2	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
3	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
4	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
5	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
6	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
7	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
FACTORES FISIOLÓGICOS											
1	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
2	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
FACTORES PSICOLÓGICOS											
1	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
2	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
3	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
4	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
5	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
6	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
REINICIO DE ACTIVIDAD SEXUAL											
1	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
2	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
3	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		

7. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Valoración: 0= Debe mejorarse 1= Poco adecuado 2= Adecuado

CRITERIO	INDICADORES	VALORACIÓN
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje claro y coherente para el entrevistado. El vocabulario es apropiado al nivel educativo de las unidades de estudio.	2
OBJETIVIDAD	Está expresado en indicadores o preguntas precisas y claras.	2
ORGANIZACIÓN	Los ítems/preguntas presentan una organización lógica y clara.	2
CONSISTENCIA	Responde a los objetivos, a las variables/objeto de estudio.	2
COHERENCIA	Existe coherencia entre la variable/objeto de estudio e indicadores/marco teórico. Los ítems corresponden a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán	2
RESULTADO DE VALIDACIÓN		10

Calificación: Aceptado: (7-10 puntos) Debe mejorarse: (4-6 puntos) Rechazado:(<3 puntos)

8. SUGERENCIAS

(Realizar todas las anotaciones, críticas o recomendaciones que considera oportunas para la mejora del instrumento)

.....

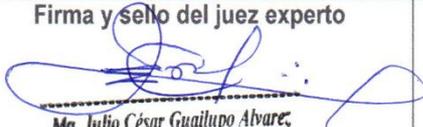
.....

.....

.....

.....

.....

Fecha	Firma y sello del juez experto	E- mail	Teléfono
21-08-24	 Mg. Julio César Gualupo Alvarez COESPE N° 254	jucegual30@gmail.com	942710226

ANEXO 4: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO (JUICIO DE EXPERTOS)

CUESTIONARIO DE FACTORES ASOCIADOS AL REINICIO DE ACTIVIDAD SEXUAL DESPUES DEL PARTO EN USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD JESÚS - COEFICIENTE DE VALIDACIÓN "V" AIKEN

Ítems	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	S	V de Aiken	Descripción	
Ítem1	1	1	1	1	1	5	1,00	Válido	
Ítem2	1	1	1	1	1	5	1,00	Válido	
ítem3	1	1	1	1	1	5	1,00	Válido	
Ítem4	1	1	1	1	1	5	1,00	Válido	
Ítem5	1	1	1	1	1	5	1,00	Válido	
Ítem6	1	1	1	1	1	5	1,00	Válido	
Ítem7	1	1	1	1	1	5	1,00	Válido	
Ítem8	1	1	1	1	1	5	1,00	Válido	
Ítem9	1	1	1	1	1	5	1,00	Válido	
Ítem10	1	1	1	1	1	5	1,00	Válido	
Ítem11	1	1	1	1	1	5	1,00	Válido	
Ítem12	1	1	1	1	1	5	1,00	Válido	
Ítem13	1	1	1	1	1	5	1,00	Válido	
Ítem14	1	1	1	1	1	5	1,00	Válido	
Ítem15	1	1	1	1	1	5	1,00	Válido	
Ítem16	1	1	1	1	1	5	1,00	Válido	
Ítem17	1	1	1	1	1	5	1,00	Válido	
Ítem18	1	1	1	1	0	4	0,80	Válido	
Ítem19	1	1	1	1	1	5	1,00	Válido	
Ítem20	1	1	1	1	1	5	1,00	Válido	
Ítem21	1	1	1	1	1	5	1,00	Válido	
Ítem22	1	1	1	1	1	5	1,00	Válido	
Ítem23	1	1	1	1	1	5	1,00	Válido	
Ítem 24	1	1	1	1	1	5	1,00	Válido	
Ítem 25	1	1	1	1	1	5	1,00	Válido	
AIKEN TOTAL								0,99	Válido

Calificación:

A: Apreciación positiva (1)

B: Apreciación negativa (0)

Coeficiente V-AIKEN

$$v = \frac{S}{(n(C - 1))}$$

V= Coeficiente de Validación: V de Aiken

S= Sumatoria de respuestas positivas

n= Numero de jueces= 5 expertos

C= Número de valores de la escala de evaluación = 2 (A, B)

V= 0,99

El instrumento de recolección de datos denominado “Factores asociados al reinicio de actividad sexual después del parto en usuarias del Centro de Salud Jesús”, obtuvo un **coeficiente de validación V de Aiken de 0,99** por “juicio de expertos” que lo califica como válido, puesto que es mayor de 0,70 (48).

Expertos

Apellidos y Nombres	Profesión	Grado académico	Institución	Cargo
Díaz Campos, Galita	Psicóloga	Magister en Psicología Clínica	Hospital II-E "Simón Bolívar"	Psicóloga
Quevedo Linares, Ruth	Obstetra	Magister	C.S. Baños del Inca	Obstetra
Quiroz Bazán, Ana Isabel	Obstetra	Doctor en Ciencias-Salud	Hospital II-E "Simón Bolívar"	Obstetra asistencial
Cerna Rodríguez, Segundo Liborio	Obstetra	Magister en Educación e Investigación Educativa	Hospital Regional Docente de Cajamarca	Obstetra asistencial
Guailupo Álvarez, Julio César	Estadístico	Maestro en Salud Pública	DIRESA Cajamarca	Director de Sistema Administrativo

ANEXO 5: PRUEBA DE CONFIABILIDAD (PRUEBA PILOTO)

CUESTIONARIO DE FACTORES ASOCIADOS AL REINICIO DE ACTIVIDAD SEXUAL DESPUÉS DEL PARTO EN USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD JESÚS

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	15	100,0
	Excluido ^a	0	0,0
	Total	15	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,823	25

El instrumento presenta un Alfa de Cronbach de 0,823, lo que indica que el instrumento es bueno y confiable para su aplicación (49).