

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



TESIS

**SATISFACCIÓN SEXUAL EN PRIMÍPARAS Y SECUNDÍPARAS
CON Y SIN EPISIOTOMÍA. CENTRO DE SALUD LAJAS.
CHOTA - CAJAMARCA, 2023**

Para optar el título profesional de

OBSTETRA

Presentado por:

Bach. Yosani Danixa Sánchez Cerquin

Asesora:

Dra. Obst. Rebeca Beatriz Aguilar Quiroz

Cajamarca, Perú
2024



CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. **Investigador:** Yosani Danixa Sánchez Cerquin
DNI: 73363078
Escuela Profesional/ Unidad UNC: ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
2. **Asesor:** Dra. Rebeca Beatriz Aguilar Quiroz
Facultad/Unidad UNC: Facultad de Ciencias de la Salud
3. **Grado académico o título académico al que accede:**
 Bachiller Título Profesional Segunda especialidad
 Maestro Doctor
4. **Tipo de Investigación:**
 Tesis Trabajo de suficiencia profesional Trabajo académico
 Trabajo de Investigación
5. **Título del Trabajo de Investigación:** SATISFFACCIÓN SEXUAL EN PRIMÍPARAS Y SECUNDÍPARAS CON Y SIN EPISIOTOMÍA. CENTRO DE SALUD LAJAS. CHOTA-CAJAMARCA, 2023
6. **Fecha de evaluación:** 31/01/2025
7. **Software antiplagio:** Turnitin Urkund (original)(*)
8. **Porcentaje de informe de similitud:** 16%
- **Código Documento:** oid: 3117:425152324
9. **Resultado de la evaluación de similitud:**
 Aprobado Para levantamiento de observaciones o desaprobado

Cajamarca 31 de enero de 2025



*En caso se realizó la evaluación hasta septiembre 2023

Copyright © 2025 by
Yosani Danixa Sánchez Cerquín
Derechos Reservados

FICHA CATALOGRÁFICA

Sánchez Y. 2025 **SATISFACCIÓN SEXUAL EN PRIMÍPARAS Y SECUNDÍPARAS CON Y SIN EPISIOTOMÍA. CENTRO DE SALUD LAJAS. CHOTA - CAJAMARCA, 2023.** /Yosani Danixa Sánchez Cerquin/ 65
ASESORA: Dra. Obsta. Rebeca Beatriz Aguilar Quiroz
Disertación académica para optar por el título profesional de Obstetra UNC 2025

SE DEDICA ESTE TRABAJO A:

Dios, por brindarme conocimiento y sabiduría. Por ser el guía de mi vida en todo momento y darme a entender que los tiempos son perfectos cuando estamos preparados.

A mi esposo Jhonatan A. Medina Rafael mi compañero de vida; por su amor, apoyo y motivación en cada paso que doy. Mis hijas Alexandra y Alía por ser la razón de superación en mi vida profesional y personal; espero ser ejemplo de vida para mis princesas.

A mis padres Gilberto y Felicita por su amor incondicional, esfuerzo y perseverancia. Gracias a ellos por creer siempre en mí.

A mis hermanos Deybi y Yandira por su apoyo, estima y consideración.

Yosani D. Sánchez Cerquin

SE AGRADECE A:

La Universidad Nacional de Cajamarca y Escuela Académico Profesional de Obstetricia por ser el alma mater que me acogió en el proceso de formación académica y obtener nuevos conocimientos.

A mis docentes por ser ejes formadores que me inculcaron conocimientos y experiencias que no olvidare. Por ser guías al enseñarme amar lo que hacemos.

Agradecer también a mi estimada asesora: Dra. Obsta Rebeca Beatriz Aguilar Quiroz por su constancia y dedicación. Finalmente, agradecer al Centro de Salud Lajas-Chota por estar siempre dispuestos ayudarme en la realización de mi investigación. Gracias por su apoyo y consideración.

Yosani D. Sánchez Cerquin



MODALIDAD "A"

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

En Cajamarca, siendo las 4:30 pm del 30 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 6.E.-205 de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca, dan inicio a la sustentación de tesis denominada:

Satisfacción Sexual en Primíparas y secundíparas con y sin episiotomía. Centro de salud Lajas. Chota - Cajamarca, 2023

del (a) Bachiller en Obstetricia:

Yosani Danixa Sánchez Cerquin

Siendo las 05:40 pm 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: 17, 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. Ruth Elizabeth Vigo Bardales	
Secretario(a):	Dra. Rosa del Pilar Uriarte Torres	
Vocal:	M.Cs. Mercedes Teodora Miranda Rendón	
Accesitaria:		
Asesor (a):	Dra. Rebeca Beatriz Aguilar Quiroz	
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.
ÍNDICE GENERAL	viii
ÍNDICE DE TABLAS.....	x
GLOSARIO DE ABREVIATURAS	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	5
1.4. Justificación de la investigación	5
CAPÍTULO II	7
MARCO TEÓRICO	7
2.1. Antecedentes	7
2.2. Bases teóricas	9
2.3. Hipótesis	18
2.4. Variables	18
2.5. Definición conceptual y operacionalización de las variables	19
CAPÍTULO III	20
DISEÑO METODOLÓGICO	20
3.1. Tipo y diseño de estudio	20
3.2. Área de estudio y población	21
3.3. Muestra	21
3.4. Unidad de análisis	21
3.5. Criterios de inclusión y exclusión	21
3.6. Consideraciones éticas de la investigación	22
3.7. Procedimiento para la recolección de datos	23
3.8. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	23

3.9. Procesamiento y análisis de datos	25
3.10. Control de calidad de datos	25
CAPITULO IV	26
INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	26
CAPÍTULO V	31
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	31
CONCLUSIONES	35
SUGERENCIAS	36
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Características sociodemográficas en primíparas y secundíparas con y sin episiotomía. Centro de Salud Lajas. Chota-Cajamarca, 2023..... ¡Error! Marcador no definido.	
Tabla 2. Nivel de satisfacción sexual en primíparas y secundíparas con episiotomía. Centro de Salud Lajas. Chota-Cajamarca, 2023..... ¡Error! Marcador no definido.	
Tabla 3. Nivel de satisfacción sexual en primíparas y secundíparas sin episiotomía. Centro de Salud Lajas. Chota-Cajamarca, 2023..... ¡Error! Marcador no definido.	
Tabla 4. Diferencia en el nivel de satisfacción sexual en primíparas y secundíparas con y sin episiotomía. Centro de Salud Lajas. Chota-Cajamarca, 2023..... ¡Error! Marcador no definido.	

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

OMS:	Organización Mundial de la Salud.
SOCHOG:	Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología.
RCOG:	Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos.
ACOG:	Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología.
ESSS-B:	Escala de Satisfacción Sexual Subjetiva Breve.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la diferencia en el nivel de satisfacción sexual en primíparas y secundíparas con y sin episiotomía en el Centro de Salud Lajas. Chota - Cajamarca, 2023.

Métodos y Técnicas: Estudio básico, descriptivo-comparativo, no experimental, transversal. La muestra la integraron 80 puérperas: de las cuales 38 eran primíparas y 42 secundíparas. Respecto a las características sociodemográficas, el 48% de primíparas tenía entre 26 a 30 años; el 48% de las secundíparas entre 21 a 25 años. El 60% proceden de la zona urbana y son convivientes. En cuanto al nivel educativo, el 48% de las primíparas tenía educación superior técnica; mientras las secundíparas con educación superior universitaria. Además, el 32% de las primíparas eran amas de casa, y el 36% de las secundíparas se dedicaban al comercio. Respecto a la religión, el 87% de primíparas y el 57% de secundíparas eran católicas. Del 55% de las primíparas y 57% de las secundíparas su parto fue hace un mes. **Resultados:** La satisfacción sexual en mujeres primíparas y secundíparas con episiotomía es baja, con 74% y 58%, respectivamente; en cambio, el 74% de primíparas sin episiotomía tiene satisfacción sexual alta y el 58% de secundíparas un nivel de satisfacción sexual promedio. **Conclusión:** Existe diferencia significativa en el nivel de satisfacción sexual en primíparas y secundíparas con episiotomía en comparación aquellas sin episiotomía.

Palabras clave: Satisfacción sexual, episiotomía.

ABSTRACT

Objective: To determine the difference in the level of sexual satisfaction in primiparous and second born women with and without episiotomy at the Lajas Health Center. Chota - Cajamarca, 2023. **Methods and Techniques:** Basic, descriptive comparative, non-experimental, cross-sectional study. The sample consisted of 80 puerperal women: of which 38 were primiparous and 42 were second born. Regarding sociodemographic characteristics, 48% of primiparous women were between 26 and 30 years old; 48% of second born women were between 21 and 25 years old. 60% come from urban areas and are cohabitants. Regarding educational level, 48% of primiparous women had higher technical education, while second-born women had higher university education. In addition, 32% of primiparous women were housewives, and 36% of second-born women were engaged in commerce. Regarding religion, 87% of primiparous women and 57% of second born women were Catholic. Of the 55% of primiparous women and 57% of second born women, their delivery was one month ago. **Results:** Sexual satisfaction in primiparous and second-born women with episiotomy is low, with 74% and 58%, respectively; on the other hand, 74% of primiparous women without episiotomy have high sexual satisfaction and 58% of second born women have an average level of sexual satisfaction. **Conclusion:** There is a significant difference in the level of sexual satisfaction in primiparous and second-born women with episiotomy compared to those without episiotomy.

Keywords: Sexual satisfaction, episiotomy.

INTRODUCCIÓN

La satisfacción sexual es una necesidad fisiológica esencial del ser humano que, según la pirámide de Maslow, está vinculada a necesidades emocionales, sociales y psicológicas (1). Se evalúa a través del agrado o desagrado que una persona percibe en sus relaciones coitales. En el caso de las mujeres, especialmente durante el período posparto, la satisfacción sexual puede verse influenciada por diversos factores, entre ellos, la episiotomía. Un procedimiento quirúrgico común durante el parto, que se realiza con el objetivo de facilitar el nacimiento y prevenir desgarros graves. Sin embargo, este procedimiento puede tener implicaciones significativas en la recuperación postparto y en la vida sexual. A pesar de su prevalencia, los efectos del procedimiento quirúrgico en la satisfacción sexual de las primíparas y secundíparas ha sido objeto de debate y estudio limitado.

Así, en el Centro de Salud Lajas (Chota – Cajamarca), donde se realizan numerosos partos cada año, entender cómo la episiotomía afecta la satisfacción sexual de las mujeres es importante para mejorar la atención postparto y la calidad de vida de las pacientes. Esta investigación ha buscado analizar la satisfacción sexual entre aquellas que han tenido episiotomía en comparación con las que no la han tenido, abarcando tanto a primíparas como a secundíparas.

El problema, radica en la falta de datos específicos sobre cómo la episiotomía afecta la satisfacción sexual en la población local. Mientras que en la literatura existente proporciona información general sobre el tema, los resultados pueden variar según el contexto cultural y las prácticas médicas locales. Por lo tanto, este estudio ha pretendido llenar un vacío importante en la comprensión de estos efectos en la región de Cajamarca.

Por lo que, la investigación se realizó con el propósito de determinar la diferencia en el nivel de satisfacción sexual en primíparas y secundíparas con y sin episiotomía; el cual se concretizó a través de los objetivos específicos: estimar la caracterización sociodemográfica, establecer el nivel de satisfacción sexual y fijar la diferencia en el nivel de satisfacción sexual en primíparas y secundíparas con y sin episiotomía.

La justificación del estudio reside en la necesidad de una evaluación detallada de cómo los procedimientos de parto, como la episiotomía, afecta la satisfacción sexual y la calidad de vida de las mujeres en un contexto específico. Al proporcionar datos relevantes para la región, esta investigación puede ayudar a guiar las decisiones clínicas; así como, mejorar el apoyo y educación proporcionada a las mujeres durante el postparto.

El contenido del estudio se consigna en cinco capítulos:

Capítulo I, abarca el planteamiento del problema, se contextualiza, describe y formula el problema; la formulación de objetivos y la justificación de la investigación.

Capítulo II, Marco Teórico, se dispone de las investigaciones consideradas como antecedentes de estudio, las bases teóricas, donde se revisa la literatura existente sobre la episiotomía y su impacto en la satisfacción sexual.

Capítulo III, describe la metodología utilizada en el estudio, incluyendo la selección de participantes y el enfoque de análisis.

Capítulo IV, presenta la interpretación de los resultados.

Capítulo V. incluye análisis y discusión de resultados obtenidos.

Finalmente, las conclusiones, sugerencias y referencias de las fuentes consultadas.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Definición y delimitación del problema

La sexualidad es un componente esencial y continuo que se manifiesta de manera única e irreplicable a lo largo de las diferentes etapas del ciclo vital. Según la Organización Mundial de la Salud, la sexualidad integra aspectos como el sexo, las identidades, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se expresa a través de pensamientos, fantasías, creencias, actitudes, valores, conductas y relaciones interpersonales (2).

La satisfacción sexual es una apreciación subjetiva de agrado, afecto, bienestar y placer que un individuo experimenta en relación con su vida sexual, involucra factores emocionales, psicológicos e interpersonales que interactúan para influir en la experiencia y valoración individual. Se manifiesta con una serie de reacciones positivas que motivan a la persona a tener confianza y comunicación asertiva en la pareja, fortaleciendo vínculos emocionales y contribuyendo de manera significativa a la calidad de vida (3).

Sin embargo, la satisfacción sexual en el periodo posparto puede estar afectada por diversas circunstancias. Un factor relevante es la episiotomía, una intervención quirúrgica frecuente en los partos vaginales, que implica la sección del tejido perineal para ampliar el canal de parto facilitando el nacimiento. Aunque históricamente se consideró beneficiosa para prevenir el daño perineal severo y las complicaciones del suelo pélvico, su uso rutinario ha sido objeto de cuestionamientos. Investigaciones recientes han evidenciado que esta práctica puede generar cicatrices con baja elasticidad, daño muscular y disfunción del suelo pélvico, afectando negativamente la vida sexual de la mujer. Las consecuencias incluyen dispareunia, daño en las terminaciones nerviosas de la región perineal, ansiedad, episodios depresivos y problemas en la relación de pareja, lo que repercute de manera adversa en la satisfacción sexual (4).

Un estudio elaborado por la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología (SOCHOG) en el año 2019 señala que el 89,9% de las mujeres adultas reportan sentirse satisfechas sexualmente con su pareja cuando la iniciativa es mutua, mientras que el 94,6% de las jóvenes manifiestan un alto grado de satisfacción sexual cuando existe frecuente y constante intimidad. En el Perú, según la Instituto Nacional de Estadística e Informática en el año 2021 menciona que de un total de 33,134 mujeres entre 15 a 60 años encuestadas, el 84,0% reportó haber tenido relaciones sexuales con muy poca frecuencia. Sin embargo, se encontró que la satisfacción sexual es mayor en las mujeres del área rural (61,6%) y en la región de la Selva (63,5%) (3).

En países desarrollados el uso rutinario de la episiotomía ha disminuido, la Revista Española de Salud Pública (2020), evidenció 10,630 partos vaginales en el Hospital Clínico Universitario Arrixaca, encontrando que la episiotomía fue realizada en el 49,64% de primíparas y el 15,55% de multíparas (5). En el contexto peruano, la episiotomía sigue siendo una práctica estándar realizada a mujeres nulíparas. Un estudio realizado en 108 hospitales halló una tasa del 92,35% de episiotomías (6).

En primíparas y secundíparas, la realización de una episiotomía puede impactar de manera diferencial la vivencia de la sexualidad postparto. En primíparas, las consecuencias de la episiotomía podrían ser más pronunciadas debido a que enfrentan el primer cambio físico y emocional asociado al parto. En secundíparas, los efectos podrían variar dependiendo del historial obstétrico y la recuperación de partos previos (7).

Por las razones antes mencionadas y debido a la ausencia de estudios en la región Cajamarca, que relacionen la episiotomía con la satisfacción sexual en el postparto, así como la falta de investigaciones que comparen la experiencia de primíparas y secundíparas con y sin episiotomía representa una brecha en el conocimiento que debe ser abordada. En este contexto, dicho estudio busca evaluar cómo la realización de la episiotomía afecta la satisfacción sexual en primíparas y secundíparas, considerando que la satisfacción sexual es una necesidad para el bienestar físico y emocional.

1.2. Formulación del problema

¿Existe diferencia en el nivel de satisfacción sexual en primíparas y secundíparas con y sin episiotomía en Centro de salud Lajas de Chota - Cajamarca, 2023?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar la diferencia en el nivel de satisfacción sexual en primíparas y secundíparas con y sin episiotomía. Centro de salud Lajas. Chota - Cajamarca, 2023.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar la caracterización sociodemográfica de las primíparas y secundíparas.
- Especificar el nivel de satisfacción sexual de las primíparas y secundíparas con episiotomía.
- Establecer el nivel de satisfacción sexual de las primíparas y secundíparas sin episiotomía.

1.4. Justificación de la investigación

La satisfacción sexual es una necesidad fisiológica e indispensable del ser humano, según lo establecido en la Pirámide de Maslow, y está estrechamente vinculada a aspectos emocionales, sociales y psicológicas que, al ser satisfechos, contribuyen al bienestar integral. Además, la satisfacción sexual influye directamente en la autorrealización, equilibrio personal y plenitud de la persona (1).

En el ámbito obstétrico, la episiotomía es un procedimiento utilizado frecuentemente para facilitar el parto vaginal y prevenir traumas perineales graves. Sin embargo, su uso puede generar complicaciones a corto y largo plazo, como dolor perineal y disfunción sexual. Estas complicaciones pueden tener un impacto directo en la satisfacción sexual y, en consecuencia, en la calidad de vida de las mujeres que experimentan este procedimiento. A pesar de la alta prevalencia de esta intervención en primíparas, el impacto de la episiotomía en la satisfacción sexual sigue siendo un tema poco estudiado, particularmente en contextos locales donde las condiciones socioeconómicas y culturales influyen en la experiencia de la sexualidad (8,9).

Investigaciones previas han documentado complicaciones asociadas a la episiotomía, como la dispareunia y alteraciones en la función sexual, la relación específica entre este procedimiento y la satisfacción sexual no ha sido investigada de manera profunda. Por ello, este estudio se justifica porque generará conocimientos relevantes que permitan comprender mejor la relación entre satisfacción sexual y episiotomía, contribuyendo a mejorar la calidad de atención obstétrica e integral. Los hallazgos permitirán comprender las repercusiones de esta práctica en la calidad de vida postparto, que favorecerá el uso selectivo de la episiotomía. Asimismo, determinará si existen diferencias significativas en la satisfacción sexual postparto entre mujeres sometidas a episiotomía y aquellas que no.

Además, este estudio es pertinente en el contexto local, donde no se han realizado investigaciones similares. Los resultados proporcionarán una base para futuras investigaciones en salud sexual y reproductiva, que contribuirán al diseño de atenciones postparto más efectivas. Estas atenciones podrán incluir ejercicios, técnicas y consejerías enfocadas en la preparación para el reinicio de la actividad coital de manera placentera, respetando los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales

Gutiérrez E y Medina K. (San Salvador, 2023), realizaron un estudio con el objetivo de reconocer la prevalencia de consultas por disfunción sexual en mujeres de parto con episiotomía. Los resultados indicaron que el 75.2% de las pacientes con parto vaginal fueron primigestas, y de estas, el 70 % se realizó episiotomía. Además, se encontró que el 42.5% de pacientes tenían edades entre 36 a 40 años. Con respecto a las relaciones coitales posterior a un parto con episiotomía se evidencio que el 58.1% de las mujeres reporto que estas no eran satisfactorias, mientras que solo el 41.9% afirmo tener satisfacción posterior a la episiotomía. (10).

Prado N y et al. (España, 2022), el objetivo de este estudio fue investigar la salud materna postparto y la función sexual en mujeres que tuvieron parto vaginal durante el primer año. La muestra estuvo conformada por 736 mujeres con una edad promedio de 32,55 años. La recolección de datos se llevó a cabo mediante el uso del cuestionario de Índice de Función Sexual Femenina (IFSF). Al analizar los resultados se encontró que, entre los seis dominios evaluados, la puntuación de satisfacción sexual fue significativamente mayor en mujeres a las 4-6 semanas postparto que no tuvieron episiotomía ($p=0,02$) (6).

Jiménez A. (España, 2021), ejecutó un estudio en tres Centros de Salud de Córdoba, a puérperas en su cuarto mes postparto. La población estuvo constituida por 77 mujeres, con una edad promedio de 32 años, en cuanto al nivel educativo el 45,5% tenía primaria completa y el 45.5% se dedicaba al comercio. Del total de participantes, el 74% tuvo parto vaginal y al 54,5% se les realizo episiotomía. Los resultados mostraron que los dominios

de la función sexual menos comprometidos fueron la satisfacción sexual 23%. Se concluyó que la episiotomía aparece como factor protector para la satisfacción sexual (11).

Rivera L y Burgos A. (Bogotá, 2021), llevaron a cabo un estudio con el propósito de evaluar la función sexual en puérperas a quienes se les practicó episiotomía, en comparación con aquellas que no recibieron este procedimiento, en dos Hospitales universitarios. Se aplicó el cuestionario Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) a 108 puérperas. Del total, el 52.7% eran primíparas y el 34.2% eran secundíparas. Se encontró que el 28,7% de las participantes tuvo episiotomía, mientras que el 26.8% no. Es importante resaltar que la frecuencia de la episiotomía aumentó en las pacientes nulíparas con un total de 42.8% y en las múltiparas 13.4%. Respecto a la relación entre episiotomía y los puntajes del IFSF, que evalúa la satisfacción sexual, no se encontró una asociación estadísticamente significativa ($p=0.99$), indicando que la episiotomía no tiene impacto en la satisfacción sexual (8).

2.1.2. Antecedentes nacionales

Novoa K. (Arequipa, 2022), realizó un estudio con el objetivo de determinar si existen diferencias en la función sexual durante la etapa postparto entre mujeres que recibieron episiotomía y aquellas que no. Los resultados mostraron que la edad predominante en ambos grupos es de 19 a 24 años, representando el 45%, y que el 57,5% tenían secundaria completa. En cuanto al reinicio de las relaciones sexuales, las mujeres con episiotomía comenzaron a los tres meses postparto en el 55% de los casos, mientras que las que no recibieron este procedimiento lo hicieron a los dos meses, representado por el 57%. En los resultados se demostró que el 95,0% de las mujeres sin episiotomía manifestaron óptima satisfacción sexual y solo el 27,5% con episiotomía mostraron buena satisfacción sexual existiendo diferencias estadísticamente significativas ($P>0.05$) (12).

Sánchez D y Girón E. (Cañete, 2018), han realizado un estudio para determinar qué factores influyen en el tiempo de reinicio de relaciones sexuales en puérperas atendidas en el Centro de Salud San Vicente. Se observó que el 43.2% de las participantes reanudaron su vida sexual antes de los 30 días postparto, el 30.6% entre los días 30 y 41, y el 11.3% después de los 42 días. Entre las mujeres que tuvieron parto vaginal al 21.9% se les practicó episiotomía, siendo la mitad de ellas primíparas. De estas, el 42.5% reportó una disminución significativa en su deseo sexual, mientras que el 56.3% manifestó sequedad vaginal. Además, el 61.3% indicó miedo al dolor durante el reinicio de su actividad sexual debido a la episiotomía. Estos resultados reflejaron que la episiotomía

puede influir negativamente en aspectos importantes de la función sexual, como el deseo y la percepción del dolor, factores clave para la satisfacción sexual postparto (13).

2.1.3. Antecedentes locales

Correa Y. (Cajamarca, 2016), realizó un estudio con el objetivo de establecer y estudiar cómo influyen los factores físicos y emocionales en el reinicio de la actividad sexual en púerperas del Hospital Simón Bolívar, en Cajamarca. Se encontró que el 38,3% tenían entre 20 a 24 años, el 35,1% contaba con estudios secundarios, el 79,6% eran convivientes y el 80,9% son católicos. el 74,5% del total de participantes reiniciaron sus relaciones sexuales entre la quinta y sexta semana postparto. La mayoría de las mujeres el 74.5% reiniciaron sus relaciones sexuales entre la quinta y sexta semana postparto. Con relación a los factores físicos, se observó que al 42.6% de las participantes se les practicó episiotomía, y del total el 42.6% reportó haber experimentado satisfacción durante el reinicio de sus relaciones sexuales (14).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Teorías relacionadas con la satisfacción sexual

La satisfacción sexual tiene enfoques poco explorados desde el punto de vista teórico. Sin embargo, existen modelos teóricos que facilitan su entendimiento de esta variable. En relación con las teorías que explican la satisfacción sexual, Martínez (2017) fundamenta en su estudio dos teorías, la teoría de respuesta sexual de Masters y Johnson (1966), que sostiene que, para poder comprender la sexualidad, es fundamental conocer la anatomía y fisiología del cuerpo. La teoría trifásica de Kaplan (1996), resalta la importancia del deseo como elemento esencial para lograr una respuesta sexual satisfactoria (15).

Aunque los modelos teóricos sobre satisfacción sexual son escasos, tanto la teoría de respuesta sexual de Masters y Johnson (1966) como la teoría trifásica de Kaplan (1996) subrayan que el deseo y el placer son fundamentales en la sexualidad humana. Para experimentar una respuesta sexual plena, es necesario tener conocimiento profundo del cuerpo. Por otro lado, Pinney, Gerrard y Denney (1987) proponen una teoría que enfatiza la valoración subjetiva de las experiencias sexuales, destacando que las personas son capaces de reconocer si están satisfechas después de una relación sexual. Este último modelo tiene una mayor aproximación a la forma en que las personas expresan su satisfacción sexual, ya que está basado en cómo califican su vida íntima. (15).

Según Masters y Johnson, la respuesta sexual humana, en función de los cambios fisiológicos que ocurren en el cuerpo, se divide en cuatro fases y Kaplan en tres fases.

Fase de deseo

Se asocia a procesos mentales como fantasías y sueños sobre el acto sexual, así como la disposición para participar. Se considera imprescindible para que se lleve a cabo una relación sexual satisfactoria (16).

Fase de excitación

En esta fase, se produce una vasodilatación incrementando el flujo sanguíneo hacia los órganos pélvicos, provocando la erección del clítoris y el engrosamiento de los labios menores. El útero y el cérvix se elevan en la pelvis para dar paso al pene, llevándose a cabo la tracción y alargamiento de la vagina (17).

La vagina comienza a lubricarse debido a la trasudación del plasma sanguíneo, resultado de la dilatación venosa del plexo vascular perivaginal, aumentando de tamaño. Esta lubricación facilita los movimientos del pene en el interior de la vagina y aumenta el pH vaginal, lo que favorece la supervivencia de los espermatozoides. Además, las glándulas de Skene también participan en la lubricación durante la excitación sexual (17).

En cuanto a la respuesta extragenital, se observa un aumento de tamaño en las mamas debido a la ingurgitación y vasocongestión, con erección de los pezones. También incluye cambios en la frecuencia cardíaca, tensión arterial, ventilación, tono muscular y aparición del rubor sexual (17).

Fase de meseta

Durante esta fase los cambios físicos se intensifican y continúan con la siguiente fase. El tercio externo de la vagina muestra una congestión sanguínea más pronunciada, reduciendo su diámetro y formando lo que Masters y Johnson denominaron plataforma orgásmica (17).

El clítoris se retrae, la musculatura corporal se tensa, las pupilas se dilatan y se experimenta una sensación de vacío a medida que se aproxima el orgasmo. Además, las mamas y la areola aumentan de tamaño (17).

Fase de orgasmo

Según la descripción de los autores, esta fase se logra mediante la estimulación directa o indirecta del clítoris durante el coito. En el orgasmo, la musculatura lisa de los órganos pélvicos y la musculatura esquelética (incluyendo los músculos del suelo pélvico, abdominales y cervicales) se contraen de manera intermitente. El tercio externo de la vagina se moviliza regularmente cada 0.8 segundos debido a las contracciones rítmicas de los músculos del suelo pélvico, específicamente los pubococcígeos. La cantidad de contracciones de la plataforma orgásmica varía de manera individual y en cada relación sexual. De la misma manera, el útero también se contrae a intervalos regulares durante unos pocos segundos (17).

En general, el orgasmo dura entre 10 y 15 segundos. Entre los hallazgos destacados en esta fase, se observa una mayor retracción del clítoris, el cierre del esfínter anal, una retracción de los dedos y aumento de la frecuencia respiratoria, la cardíaca (110-130 latidos por minuto) y la tensión arterial (150-180 mm Hg de presión sistólica) (17).

Fase de resolución

En esta fase, se produce una relajación generalizada y disminución de la vasocongestión pélvica. También se presenta un período refractario, que dificulta la posibilidad de generar una nueva respuesta sexual. Este período es más característico en los hombres, aunque en algunas mujeres puede ocurrir después de un orgasmo muy intenso. Generalmente, tras el orgasmo femenino se regresa a un nivel de excitación aún mayor, lo que permite la posibilidad de experimentar otros orgasmos con una estimulación sexual adecuada. Este fenómeno se conoce como respuesta multiorgásmica (17).

La satisfacción sexual no necesariamente requiere pasar por todas las fases de la respuesta sexual, incluido el orgasmo (18).

2.2.2. Sexualidad

La Sexualidad ha sido definida de diversas maneras por diferentes autores a través del tiempo. La Organización Mundial de la Salud (OMS), describe a la sexualidad como un aspecto central del ser humano, presente en el ciclo vital. Incluye aspectos como el sexo, las identidades, roles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas y relaciones interpersonales. Está

influenciada por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (2).

Herrera (2012), menciona a la sexualidad como un sistema de vida humana compuesto de cuatro características que interactúan entre sí, principalmente en los niveles biológicos, psicológicos y sociales. Estas características son (14):

El erotismo: capacidad de experimentar satisfacción a través de la respuesta sexual, que incluye el deseo sexual, la excitación sexual y el orgasmo.

La vinculación afectiva: capacidad de desarrollar y establecer relaciones interpersonales significativas como la intimidad.

La reproductividad: va más allá de la capacidad de procrear y criar hijos, involucra sentimientos y actitudes de maternidad y paternidad, además favorecen actitudes de desarrollo y educación de los demás.

Identidad de género: se refiere al grado que una persona se identifica como masculina o femenina. Es un marco interno de referencia, que se construye construido a lo largo del tiempo y permite al individuo organizar su autoconcepto y comportamiento social con relación a la percepción de su propio sexo y género. La identidad de género influye en como las personas experimentan su género y contribuye a su sentido de identidad, singularidad y pertenencia (14).

Satisfacción sexual

La satisfacción sexual ha sido definida por diferentes autores que abarcan múltiples factores, sin embargo, coinciden en algunos puntos importantes. Uno de ellos menciona que la satisfacción sexual involucra factores emocionales, psicológicos, interpersonales y sociales en el ser humano. Además, concuerdan cuando se refieren a la satisfacción sexual como la reacción de agrado o desagrado el cual involucra placer, deseo, orgasmos y frecuencias. Así mismo, otro grupo de autores considera que no hay satisfacción sexual de no estar presentes los factores fisiológicos, psicológicos y sociológicos; esto a raíz de que involucra en gran medida el grado de disfrute y de cómo la persona califique su actividad sexual (15).

Factores que influyen en la satisfacción sexual postparto

Entre los factores que interfieren en la satisfacción sexual son:

- Edad: las mujeres mayores de 30 años presentan mayor probabilidad de experimentar trastornos en la función sexual en comparación con aquellas menores de esa edad. Esta predisposición se debe principalmente a los cambios hormonales que ocurren, con relación a los niveles de estrógenos. A medida que los niveles de esta hormona disminuyen, se ven afectadas tanto la respuesta sexual y la lubricación vaginal. El estrógeno es esencial para mantener la elasticidad y la lubricación de los tejidos vaginales, por lo que su disminución genera molestias durante las relaciones coitales y una reducción del deseo sexual. Estos cambios hormonales son comunes y pueden afectar la calidad de vida sexual de las mujeres, como lo ha documentado en la literatura científica (19).
- Parto: la satisfacción sexual tiende a disminuir en el período postparto. Un estudio realizado en más de 400 primíparas manifestó que el 83% de ellas mencionó problemas sexuales a los tres meses post parto, y el 64% aún los presentaba a los seis meses. Además, se observó que las mujeres con antecedente de parto vaginal con episiotomía tenían 1,4 veces más probabilidades de experimentar baja libido (18).
- Paridad: la cantidad de partos se asocia a posibles alteraciones en la satisfacción sexual, particularmente en primíparas, debido a la reducción del tiempo disponible para la pareja y la adaptación al cuidado del recién nacido (19).

2.2.3. Piso pélvico

El piso pélvico es una estructura compuesta por músculos y tejido conectivo que brinda soporte y estabilidad a los órganos pélvicos y abdominales. Su principal componente es el músculo elevador del ano, el cual ocupa la mayor parte de la pelvis (20). Este músculo está conformado principalmente por el músculo iliococcígeo, que constituye el plano elevador, y el músculo pubococcígeo, que se conecta con los órganos adyacentes. Entre sus múltiples funciones, el piso pélvico regula la alternancia entre los ciclos de

continencia urinaria/micción y continencia anal/defecación, además de desempeñar un papel fundamental en la satisfacción sexual (21).

El músculo elevador del ano, en conjunto con el coccígeo, conforma el diafragma pélvico, el cual se extiende hacia las caras anterior, posterior y lateral del pubis. Además, está compuesto por tres fascículos: el puborrectal, el iliococcígeo y el pubococcígeo. Desde una perspectiva clínica, los órganos pélvicos se dividen en tres compartimentos: el anterior, que incluye la vejiga y la uretra; el medio, donde se encuentran el útero y la vagina; y el posterior, que abarca el recto, el conducto anal y el aparato esfinteriano anal. Asimismo, el músculo coccígeo, junto con el elevador del ano, desempeña un papel en el movimiento del cóccix durante el parto, facilitando su desarrollo (23,7).

Por su parte, la inervación del músculo elevador del ano proviene del plexo sacro, algunas ramas del nervio pudendo, del perineal y rectal inferior. Según Nygaard y col. (7), durante el proceso del parto, pueden desencadenarse lesiones en esos nervios, sobre todo en el nervio pudendo, lo que podría causar atrofia del músculo elevador del ano. Una musculatura pélvica tonificada contribuye a la intensidad y control de los orgasmos. Además, la sensibilidad del suelo pélvico puede influir en la experiencia subjetiva de placer durante el coito; un suelo pélvico más tonificado aumenta las contracciones durante el orgasmo, haciendo que se perciba como óptimo (22).

Repercusión del parto en el piso pélvico y la satisfacción sexual

En el parto, el trauma y las lesiones que se generan sobre el periné pueden ayudar a que se produzcan afecciones en la musculatura del suelo pélvico. Desde el punto de vista fisiopatológico estas alteraciones del suelo pélvico pueden ser debidas a: suelo pélvico extremadamente relajado como consecuencia de la sobre distensión de la musculatura durante el parto vaginal, lesiones traumáticas sobre las paredes vaginales (episiotomía), que pueden afectar a la función de sostén y soporte, y lesión directa del periné por compresión de los nervios o elongación prolongada de éstos, lo que impide que el músculo pubococcígeo y los esfínteres puedan contraerse de forma voluntaria como lo harían en condiciones normales (19).

Por otro lado, la debilidad de la musculatura del suelo pélvico afecta el flujo sanguíneo hacia el órgano eréctil femenino, el clítoris, lo que puede generar dificultades para alcanzar

el orgasmo. Este problema se presenta con mayor frecuencia cuando la debilidad compromete el músculo isquiocavernoso, responsable de la excitación y del logro del orgasmo. La satisfacción durante el acto sexual se ve favorecida por la contracción de la musculatura genital, en la que intervienen el pubococcígeo y el iliococcígeo, ambos componentes del músculo elevador del ano (26). Asimismo, el dolor durante las relaciones coitales es una de las complicaciones más frecuentes en mujeres después del parto, especialmente en aquellas que han sido sometidas a una episiotomía y presentan cicatrización de la sutura (22).

Según Escalona, Vargas y Col. (2017), los músculos del suelo pélvico desempeñan un papel fundamental en la excitación y el orgasmo, ya que en estos momentos se produce su contracción. La sensación vaginal resultante depende de diversos factores, siendo el tono muscular uno de los más determinantes. Los músculos bulboesponjoso e isquiocavernoso están directamente relacionados con la erección del clítoris. En contraste, una disminución del tono muscular (hipotonicidad) puede provocar hipoestesia vaginal e incapacidad para alcanzar el orgasmo, mientras que la dispareunia suele asociarse con un aumento excesivo del tono muscular (hipertonicidad). Durante el periodo posparto, las mujeres que presentan alteraciones en su función sexual frecuentemente experimentan un impacto negativo en la satisfacción sexual (26).

Con respecto a la realización de episiotomía durante el parto, en un estudio realizado en Vietnam, se ha visto que este procedimiento se lleva a cabo con más incidencia, en más del 85% de partos, siendo el 100% en primíparas. El 40,7% de episiotomías, no tratadas adecuadamente, presentaron complicaciones y secuelas a largo plazo en la función del suelo pélvico causando dolor perineal, relaciones coitales dolorosas y sequedad vaginal, además de pobre rendimiento sexual y disminución de deseo reducido. En un estudio similar, en primíparas tailandesas, reportaron una prevalencia de dispareunia del 41% a los 3 meses posparto y 22% a los 6 meses post parto (7).

De la misma manera Ávalos A (2015) refiere que el deseo, excitación, orgasmo y lubricación en las relaciones coitales, disminuyen significativamente en mujeres con episiotomía frente a mujeres sin ella (23).

2.2.4. Episiotomía

La episiotomía es una ampliación quirúrgica del orificio vaginal que es realizada mediante una incisión en el periné con tijeras o bisturí, entre la abertura vaginal y el ano. La incisión

debe hacerse cuando la presentación abomba el periné. Se puede evitar con frecuencia en los partos espontáneos con una buena protección manual del periné (24).

Es un procedimiento quirúrgico frecuente y a la vez de los más controvertidos. Según la evidencia científica disponible es recomendable realizar la episiotomía de manera selectiva, sin embargo, su incidencia cambia entre los diferentes países (24).

Tipos de episiotomía

En la actualidad existen diversos tipos de episiotomía, entre las más comunes son la mediana (línea media) y mediolateral. Aunque no se recomienda de forma rutinaria la realización de la episiotomía, la decisión de practicarla depende del juicio clínico (25).

- **Episiotomía mediana/ medial/ de la línea media.** Se refiere a una incisión vertical que parte desde la horquilla vulvar posterior y se extiende en dirección al tendón central del cuerpo perineal, sin alcanzar el ano. La extensión de la incisión debe ser aproximadamente la mitad de la longitud del periné. Es la más empleada en Estados Unidos y Canadá. Es de elección porque se asocia a una mejor cicatrización, menor sangrado y dolor (26).
- **Episiotomía mediana modificada.** Esta técnica es una variación de la episiotomía mediana, se lleva a cabo mediante la adición de dos incisiones transversales en direcciones opuestas justo por encima de la ubicación esperada del esfínter anal. La incisión trasversal se realiza en cada lado, perpendicular a la línea media, de modo que mida 2,5 cm en total. Su principal objetivo es incrementar el diámetro vaginal de salida en un 83% en comparación con la estandarizada, posiblemente por la separación de las dos membranas perineales y así permite el desplazamiento posterior del ano sin riesgo de cualquier lesión por la tracción resultante protegiendo así el esfínter anal (26,27).
- **Episiotomía medio lateral.** La incisión inicia 1 o 2 cm desde la línea media, en el anillo del himen, y se extiende unos 4 cm lateralmente y hacia abajo, en la dirección de la tuberosidad isquiática ipsilateral (lado de elección según manejo y destreza del cirujano) con una trayectoria diagonal, en un ángulo al menos de 45° respecto a la línea media vertical, alejándose del recto. Es la más frecuente en Europa, Reino Unido y otras partes del mundo (28,27).

- **Episiotomía medio lateral versus mediana (línea media).** En concordancia con la OMS, se prefiere una episiotomía mediolateral porque no aumenta el riesgo de una laceración del esfínter anal (es decir, lesión obstétrica de tercer o cuarto grado); es por ello que el Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) recomienda incisiones mediolaterales cuando se realiza una episiotomía y el American College of Obstetricians and Gynecologists, afirma que la episiotomía mediolateral puede ser preferible a la mediana (25).

Músculos que se comprometen en la episiotomía

De estos tipos de episiotomía, las más utilizadas y recomendadas son la mediana y medio lateral. Esto debido a la facilidad en la técnica y la menor complicación de prolongación que estas conllevan.

Al realizar estas incisiones se comprometen piel, tejido celular subcutáneo y músculos: bulbocavernoso, bulboesponjoso y transverso superficial del periné. Además, existe posibilidad de dañar el nervio pudendo, el cual podría ser causante de la grave dispareunia que sufren las mujeres (29).

Indicaciones de la Episiotomía

Las indicaciones para realizar una episiotomía dependen de la estructura y elasticidad del periné. Estas incluyen la conformación del periné, la posición y presentación fetal, el estado del feto y la presencia de partos precipitados o abruptos. Su ejecución debe estar a cargo de personal capacitado con conocimientos en la técnica y reparación adecuada. Entre las indicaciones relacionadas con condiciones maternas específicas se encuentran: periné rígido, especialmente en primíparas de mayor edad; escasa elasticidad o resistencia excesiva; periné corto (4 a 6 cm entre el ano y el pubis); peso fetal ≥ 3500 g; prolongación de la segunda etapa del expulsivo (> 120 min); abultamiento del periné con aproximadamente 4 cm de la cabeza fetal visibles en el introito vulvar durante la contracción, y sangrado durante la segunda etapa del expulsivo (27).

Complicaciones de la episiotomía

Al referirse a las complicaciones y riesgos de la realización de una episiotomía se diferencian en inmediatas y tardías. Las complicaciones inmediatas más frecuentes son hemorragia, hematoma, edema, corte que puede desgarrarse y aumentar de tamaño

pudiendo llegar hasta el músculo alrededor del recto o incluso hasta el mismo recto, el corte y los puntos de sutura pueden infectarse e incluso puede haber dehiscencia (28,26).

Las complicaciones tardías o consecuencias a largo plazo generalmente se ven porque afectan su salud general, autoestima y relación con su pareja o bebé. Destacamos las siguientes: incontinencias, dispareunia, fístula recto-vaginal, endometriosis sobre cicatriz de episiotomía, quiste de glándula de Bartholino por sección del conducto excretor (17,2). Además, la dispareunia se da con mayor frecuencia en mujeres con episiotomía (23).

Las complicaciones en el piso pélvico traen consecuencias en la satisfacción sexual ocasionando grandes problemas en la vida sexual de la mujer. La dificultad o incapacidad para mantener relaciones coitales con la pareja puede afectar su autoestima y dignidad, lo que en algunos casos puede derivar en episodios de ansiedad o depresión. La frustración y el sentimiento de fracaso pueden consumir gran parte de su energía mental, generando estrés.

Asimismo, las relaciones interpersonales también pueden deteriorarse, ya que tienden a reprimir sus emociones y evitar el contacto físico con su pareja. Esto puede generar conflictos de pareja que, a su vez, repercuten en los hijos y la familia, afectando la calidad de vida en general (28).

En este sentido, Ávalos A. (2015) señala que la satisfacción sexual disminuye en mujeres con episiotomía en comparación con aquellas que no la han tenido. Además, reporta una reducción significativa en el deseo, la excitación, el orgasmo y la lubricación durante las relaciones coitales en mujeres que han sido sometidas a esta intervención (27).

2.3. Hipótesis

Ha: Existe diferencia en el nivel de satisfacción sexual en primíparas y secundíparas con y sin episiotomía. Centro de Salud Lajas. Chota - Cajamarca, 2023.

H0: No existe diferencia en el nivel de satisfacción sexual en primíparas y secundíparas con y sin episiotomía. Centro de Salud Lajas. Chota - Cajamarca, 2023.

2.4. Variables

2.4.1. Variable 1

Satisfacción sexual

2.4.2. Variable 2

Episiotomía

2.5. Definición conceptual y operacionalización de las variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala de medición
Episiotomía	Ampliación quirúrgica del orificio vaginal que es realizada mediante una incisión en el periné con tijeras o bisturí entre la abertura vaginal y ano (24).	Mediante la revisión de historias clínicas de las primíparas y secundíparas con y sin episiotomía.	<ul style="list-style-type: none"> • Con episiotomía • Sin episiotomía 	Nominal
Satisfacción Sexual	Respuesta afectiva que surge de la propia evaluación subjetiva de las dimensiones positivas y negativas asociadas a la propia relación sexual (30).	Esta variable se medirá a través de una entrevista teniendo en consideración cuatro dimensiones: valoración subjetiva, aspecto emocional, ejecución sexual y autoimagen.	<ul style="list-style-type: none"> • Alta • Promedio • Baja 	Ordinal

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de estudio

En concordancia con Cerna (31), quien manifiesta que existen diversos criterios para clasificar a la investigación, la presente es básica, descriptiva-comparativa, no experimental y transversal.

Básica. Persigue sistematizar e incrementar el conocimiento sobre el nivel de satisfacción sexual en mujeres con y sin episiotomía.

Descriptiva-comparativa. Procura señalar propiedades, características o perfiles de cualquier fenómeno sometido al análisis; en este caso, se describe el nivel de satisfacción sexual en mujeres con y sin episiotomía; asimismo, se precisa las semejanzas y diferencias.

No experimental. No se manipuló ninguna variable.

Transversal. La información se recolectó en un determinado momento y por única vez. Le corresponde el siguiente diseño (32):

M1____ O2
M2____ O2 donde O1≈ O2

Donde:

M1 M2: Muestras de estudio

O1 O2: Satisfacción sexual

O1 ≈ O2: Comparación de los niveles de satisfacción sexual

3.2. Área de estudio y población

La investigación se llevó a cabo en el Centro de Salud Lajas, ubicado en Lajas, provincia Chota, departamento de Cajamarca, cuya dirección es Carral Campamento N° 298, perteneciente a la RIS (Red Integrada de Salud) Chota, es un establecimiento de salud clasificado por el MINSA como Centro de Salud de nivel I-4. Brinda atención las 24 horas del día a toda la población local y referida; está organizado para la atención de emergencias obstétricas y de más servicios de salud.

La población estuvo constituida por 80 primíparas y secundíparas con y sin episiotomía que acudieron al Centro de Salud Lajas, entre julio y diciembre del 2023.

3.3. Muestra

3.3.1. Tamaño de la muestra

Estuvo conformado por todas las primíparas y secundíparas con y sin episiotomía, que acudieron al consultorio de crecimiento y desarrollo del niño del Centro de Salud Lajas y se encuentran entre un mes y seis meses postparto. Para la investigación no fue necesario calcular la muestra porque estuvo determinada por el número total de primíparas y secundíparas con y sin episiotomía que se atendieron en el Centro de Salud de Lajas datos que proporcionó el libro de partos.

3.4. Unidad de análisis

La unidad de análisis estuvo constituida por cada primípara y secundípara atendida en el Centro de Salud Lajas. También se consideró la historia clínica de cada paciente para la verificación oportuna de datos, así como el cumplimiento con los criterios de inclusión y exclusión.

3.5. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Primípara o secundípara que acude al Centro de Salud Lajas.
- Primípara o secundípara que tenga vida sexual activa.
- Primípara o secundípara que participe voluntariamente, luego de haberle informada sobre el objetivo de esta investigación.

- Primípara o secundípara con/sin episiotomía.
- Usuaria que tenga SIS en el Centro de Salud de Lajas.
- Usuaria con atención de parto en Centro de Salud Lajas.

Criterios de exclusión

- Usuaria con problemas mentales.
- Usuaria sin reinicio de actividad coital.
- Cesareada.
- Multípara.
- Parto con desgarro perineal.

3.6. Consideraciones éticas de la investigación

Esta investigación fue respetuosa de los derechos y características culturales de cada uno de los miembros de la muestra. Previamente, han sido informadas del propósito del recojo de la información, en concordancia con las normas locales, nacionales e internacionales de respeto a la dignidad de la persona; además, se es muy respetuoso de la propiedad intelectual.

Principio de beneficencia

Orientado a generar conocimiento que permita mejorar la calidad de la atención en el postparto. Asimismo, los resultados podrían orientar a los profesionales de la salud en la toma de decisiones más informadas respecto a la realización de episiotomías, priorizando siempre el bienestar integral de las puérperas y promoviendo la satisfacción sexual.

Respeto a las personas

El cual garantiza que las participantes sean tratadas con dignidad y autonomía durante todo el proceso. Se asegura el derecho de las participantes a decidir libremente su participación mediante la obtención de un consentimiento informado. Además, se respeta su privacidad y confidencialidad, asegurando que los datos recopilados sean utilizados exclusivamente con fines académicos y científicos. Asimismo, se reconocen y valoran las experiencias individuales de cada participante, garantizando un ambiente de respeto y empatía durante la recolección de información.

Principio de Justicia

Como investigadora se cumple con la selección equitativa y no discriminatoria de las participantes, garantizando la inclusión de mujeres que cumplan con los criterios establecidos de forma justa e imparcial para tener un resultado veraz.

3.7. Procedimiento para la recolección de datos

Como primer paso, se solicitó la autorización formal al jefe del Centro de Salud Lajas, para llevar a cabo la investigación en el presente año.

En segundo paso, se acudió al centro de salud para solicitar el padrón de partos a la jefa encargada del registro de partos atendidos entre los meses de julio a diciembre, una vez obtenidos los datos se procedió a identificar a nuestro grupo de estudio.

Como tercer paso se revisó las historias clínicas de cada una de las primíparas y secundíparas con fin de corroborar los criterios de inclusión y exclusión para la veracidad de nuestra investigación.

La obtención de datos se realizó mediante una entrevista estructurada previo consentimiento informado escrito (Anexo 1), dicha entrevista se realizó al momento que la paciente acude al área de crecimiento y desarrollo del niño.

3.8. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

En la presente investigación, se empleó la técnica de la entrevista estructurada, caracterizada por la aplicación de un conjunto de preguntas que son formuladas de manera estandarizada a todas las participantes. Esta técnica garantiza la recolección uniforme de información, asegurando su comparación y permitiendo un análisis preciso de los datos recopilados.

Describir el instrumento

La entrevista estructurada, esta estructura en tres partes:

- Primera parte: Características sociodemográficas; diseñada por la autora, esta sección recoge información sobre variables de las participantes, tales como edad, procedencia, estado civil, grado de instrucción, ocupación y religión (ver Anexo 2).

- Segunda parte: Datos relacionados con la episiotomía; esta sección incluye cuatro preguntas específicas. Tres de ellas están relacionadas directamente con la práctica de la episiotomía, y una indaga sobre el reinicio de las relaciones coitales postparto, necesaria para comparar el tiempo de reinicio entre mujeres con y sin episiotomía (ver Anexo 2).
- Tercera Parte: La evaluación de la satisfacción sexual se realizó mediante la Escala de Satisfacción Sexual Subjetiva Breve (ESSS-B) (30), desarrollada y validada por González y Hernández-Gato en Puerto Rico en el año 2019; es reconocida por su lenguaje sencillo y formato breve, lo que la convierte en un instrumento eficiente y fácil de administrar e interpretar. La Escala de Satisfacción Sexual Subjetiva Breve (ESSS-B) de González y Hernández; ha sido modificada de acuerdo con el lenguaje empleado por las participantes. El instrumento fue validado oportunamente.

Interpretación y calificación

Se compone de 7 ítems organizados en una escala tipo Likert de cuatro puntos que va de (1) totalmente en desacuerdo a (4) totalmente de acuerdo. El rango posible es de 7 a 28 puntos. A mayor puntuación, mayor satisfacción sexual reporta la usuaria. Es un instrumento de fácil administración e interpretación. Las puntuaciones de la ESSS-B se calculan mediante la sumatoria de los siete ítems para obtener un índice general. Puntuaciones entre 25 y 28 se consideran indicadores de una alta satisfacción sexual; puntuaciones entre 15 y 24 se consideran indicadores de una satisfacción sexual promedio; y puntuaciones entre 7 y 14 indican una baja satisfacción sexual, de igual forma los autores mencionan que la satisfacción sexual promedio es un indicador de satisfacción sexual normal, en la que no muestra compromiso en este aspecto (30).

La Escala de Satisfacción Sexual Subjetiva fue sometida a un análisis de consistencia interna para determinar el índice de confiabilidad. Para ello utilizaron dos métodos: el coeficiente alfa de Cronbach y división en mitades de Spearman- Brown. Los resultados mostraron un coeficiente alfa de .91 y de .87 para la prueba Spearman- Brown. Por ello la ESSS-B es un excelente instrumento de medición para futuras investigaciones (30).

La Escala de Satisfacción Sexual Subjetiva Breve ha sido empleada en un trabajo de investigación realizada en el año 2023, en mujeres en edad fértil con anticoncepción hormonal en el Centro de Salud La Tulpuna, con un nivel de confiabilidad de 0.82.

3.9. Procesamiento y análisis de datos

La información recogida sobre la variable implicada en el estudio se analizará utilizando el SPSS 25; luego, dichos datos, se consignarán en tablas y gráficos estadísticos. A partir de dicha información, se elaborarán las conclusiones en concordancia con los objetivos planteados (33).

3.10. Control de calidad de datos

Validez

Para precisar la validez del instrumento se aplicó el método de agregados individuales; es decir, juicio de expertos, considerando a tres obstetras especialistas. De las que después de haber obtenido las cartillas de validación y verificando su viabilidad, se procedió al levantamiento de algunas observaciones para realizar la prueba piloto.

Confiabilidad

Se llevó a cabo con ayuda de la prueba piloto, que se realizó a un grupo de 15 mujeres con las mismas características a la población estudio, procedimiento que permitió ver la reacción de cada una. Posteriormente, se procesaron los datos obtenidos a través de la prueba estadística Alpha de Cronbach de valor= 0.955, el cual puede considerarse excelente, indicando que el instrumento es bueno y confiable, los hallazgos de Gonzáles corroboran estos datos.

CAPITULO IV

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Tabla 1. Características sociodemográficas en primíparas y secundíparas con y sin episiotomía. Centro de Salud Lajas. Chota-Cajamarca, 2023

Características	Categoría	Primípara (n=38)		Secundípara (n=42)		Total (n=80)	
		N°	%	N°	%	N°	%
Edad	<15	2	5	0	0	2	3
	15-20	7	18	4	10	11	14
	21-25	11	29	20	48	31	39
	26-30	18	48	9	21	27	33
	31-35	0	0	9	21	9	11
Procedencia	Urbana	24	63	24	57	48	60
	Rural	14	37	18	43	32	40
Estado Civil	Soltera con pareja	3	8	0	0	3	4
	Casada	10	26	18	43	28	35
	Conviviente	25	66	24	57	49	61
Grado de Instrucción	Primaria completa	7	18	3	7	10	12
	Secundaria completa	5	13	11	26	16	20
	Secundaria incompleta	8	21	6	14	14	18
	Superior técnico	18	48	5	13	23	29
	Superior universitario	0	0	17	40	17	21
Ocupación	Ama de casa	12	32	7	17	19	24
	Comerciante	8	21	15	36	23	29
	Empleada pública	11	29	2	4	13	16
	Empleada privada	7	18	5	12	12	15
	Estudiante	0	0	13	31	13	16
Religión	Católica	33	87	24	57	57	71
	Evangélica	5	13	14	33	19	24
	Adventista	0	0	4	10	4	5
	Otros	0	0	0	0	0	0
Fecha de parto	Hace un mes	21	55	24	57	45	56
	Hace dos meses	17	45	7	17	24	30
	Hace 3 meses o más	0	0	11	26	11	14
Paridad	Primípara	38	100	0	0	38	47
	Secundípara	0	0	42	100	42	53
¿Se realizó episiotomía?	Si	19	50	18	43	37	46
	No	19	50	24	57	43	54

Fuente: Entrevista realizada por Yosani Danixa Sánchez Cerquin.

En la tabla, se muestra las características sociodemográficas de primíparas y secundíparas con y sin episiotomía en el Centro de Salud Lajas. Se determinó que el 48% de las primíparas tienen entre 26 y 30 años, mientras que el 48% de las secundíparas se encuentran entre los 21 y 25 años. En cuanto a la procedencia, el 60% de las participantes residen en zonas urbanas; específicamente, el 63% de las primíparas y el 57% de las secundíparas viven en estas áreas. Respecto al estado civil, la mayoría de las participantes son convivientes, con un 66% de las primíparas y un 57% de las secundíparas en esta categoría. El grado de instrucción muestra diferencias: el 48% de las primíparas tiene estudios superiores técnicos y el 21% secundaria incompleta. Por otro lado, el 40% de las secundíparas ha alcanzado estudios superiores universitarios, y el 26% posee educación secundaria completa. En cuanto a la ocupación, el 32% de las primíparas son amas de casa y el 29% son empleadas públicas; mientras que, entre las secundíparas, el 36% son comerciantes y el 31% son estudiantes. Con relación a la religión, la mayoría de las participantes se identifican como católicas: 87% de las primíparas y 57% de las secundíparas. Sobre la fecha del parto, se encontró que el 55% de las primíparas dieron a luz hace un mes, al igual que el 57% de las secundíparas. Finalmente, en cuanto a la paridad, el estudio incluyó a 38 primíparas y 42 secundíparas.

Tabla 2. Nivel de satisfacción sexual en primíparas y secundíparas con episiotomía. Centro de Salud Lajas. Chota-Cajamarca, 2023

Satisfacción sexual	Paridad con episiotomía			
	Primípara		Secundípara	
	Recuento	%	Recuento	%
Alta	1	5	1	6
Promedio	4	21	6	33
Baja	14	74	11	61
Total	19	100	18	100
Chi=0.667	Gl. =1		Valor p= 0.414	

Fuente: Entrevista realizada por Yosani Danixa Sánchez Cerquin.

La tabla mostrada, referente al nivel de satisfacción sexual en primíparas y secundíparas con episiotomía del Centro de Salud Lajas. Nos señala que el 74% de las primíparas y el 61% de las secundíparas tienen un nivel de satisfacción bajo. Según la prueba Chi cuadrado se encontró un valor $p= 0.414$ (no menor a 0.05); es decir, no existe diferencias significativas en el nivel de satisfacción sexual de primíparas y secundíparas con episiotomía.

Tabla 3. Nivel de satisfacción sexual en primíparas y secundíparas sin episiotomía. Centro de Salud Lajas. Chota-Cajamarca, 2023

Satisfacción sexual	Paridad sin episiotomía			
	Primípara		Secundípara	
	Recuento	%	Recuento	%
Alta	14	74	3	13
Promedio	4	21	14	58
Baja	1	5	7	29
Total	19	100	24	100
Nota: Chi= 16.607		Gl. =1		Valor p= 0.000

Fuente: Entrevista realizada por Yosani Danixa Sánchez Cerquin.

En la tabla expuesta, expone el nivel de satisfacción sexual de las primíparas y secundíparas sin episiotomía del Centro de Salud Lajas. Señala que el 74% de las mujeres primíparas experimentaron un nivel alto de satisfacción sexual; mientras que el 58% de mujeres secundíparas perciben un nivel promedio de satisfacción sexual; además, la prueba de chi cuadrado, cuyo valor ($p= 0.000$, menor a 0.050) corrobora que existe diferencias significativas en el nivel de satisfacción sexual de primíparas y secundíparas sin episiotomía.

Tabla 4. Diferencia en el nivel de satisfacción sexual en primíparas y secundíparas con y sin episiotomía. Centro de Salud Lajas. Chota-Cajamarca, 2023

Satisfacción sexual	Con episiotomía				Sin episiotomía			
	Primípara		Secundípara		Primípara		Secundípara	
	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
Alta	1	5	1	6	14	74	3	13
Promedio	4	21	6	33	4	21	14	58
Baja	14	74	11	61	1	5	7	29
Total	19	100	18	100	19	100	24	100

Fuente: Entrevista realizada por Yosani Danixa Sánchez Cerquin.

La presente tabla, nos visualiza la diferencia en el nivel de satisfacción sexual en primíparas y secundíparas con y sin episiotomía. Centro de Salud Lajas. En la cual se evidencia que, la satisfacción sexual es baja en mujeres primíparas y secundíparas con episiotomía: 74% y 61%, respectivamente; en cambio, el 74% de las primíparas sin episiotomía tiene satisfacción sexual alta y el 58% de secundíparas un nivel de satisfacción sexual promedio.

CAPÍTULO V

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La satisfacción sexual es una necesidad fisiológica fundamental en la vida de la mujer, con un impacto significativo en su bienestar emocional, salud física y en la calidad de vida. La satisfacción sexual y la episiotomía están relacionadas en el contexto de la salud sexual de la mujer, específicamente durante el postparto. Por ello la presente investigación propone como objetivo general determinar la diferencia en el nivel de satisfacción sexual en primíparas y secundíparas con y sin episiotomía en el Centro de salud Lajas. Chota - Cajamarca, 2023.

En la tabla N° 1, se muestra datos sobre las características sociodemográficas, determinando que el 48% de las primíparas suelen ser mujeres jóvenes que tienen entre 26 y 30 años, mientras que las secundíparas con el mismo porcentaje, tienden a ser más jóvenes encontrándose entre 21 y 25 años, esto evidencia que las mujeres optan a tener su primer hijo a una edad más avanzada, que aquellas que ya han tenido más de uno. Este resultado es similar a lo reportado por Novoa (12), quien encontró una mayor prevalencia en el rango de edad de 19 a 24 años; así también el estudio de Correa (14), en el que el 38,3% de las participantes tenían entre 20 a 24 años. Sin embargo, estos resultados difieren con lo reportado en estudios internacionales realizados por Prado et al. (6) y Jiménez (11), quienes hallaron una edad promedio de 32 años.

La edad es un factor crucial en la satisfacción sexual, ya que los cambios hormonales tienen un papel fundamental en este aspecto. A medida que avanza la edad, los niveles de estrógenos disminuyen, lo que afecta la elasticidad y la lubricación vaginal, elementos esenciales para el confort y la satisfacción durante las relaciones coitales (19).

En cuanto al nivel de instrucción, el 48% de las primíparas tienen educación técnica superior y el 40% de las secundíparas posee estudios universitarios. Respecto a la ocupación, se observa que el 32% de las primíparas son amas de casa, en contraste con las secundíparas, entre quienes predominan las comerciantes con el 36%. Estos hallazgos coinciden parcialmente con lo reportado por Jiménez (11), quien halló que el 45.4% de las participantes

tenía primaria completa y se dedicaba al comercio. Sin embargo, difiere de los resultados obtenidos por Correa (14), quien encontró que el 35.1% de las participantes contaba con estudios secundarios. El grado de instrucción y la ocupación son importantes, ya que permite un mejor acceso a información y educación sexual, lo que contribuye en la satisfacción sexual.

Tabla N° 2, en cuanto al Nivel de satisfacción sexual de primíparas y secundíparas con episiotomía, este estudio reveló que el 74% de las primíparas y el 61% de las secundíparas reportaron una baja satisfacción sexual. Estos hallazgos están alineados con investigaciones previas como las de Gutiérrez y Medina (10), quienes encontraron que el 51.1% de las mujeres con episiotomía consideraban insatisfactorias sus relaciones coitales y solo el 41,9% afirmó tener satisfacción sexual posterior a la episiotomía. De manera similar, Novoa (9) encontró que solo el 27.5% de las mujeres con episiotomía mostraron una buena satisfacción sexual. Además, los resultados son consistentes con los de Sánchez et al. (12), quienes reportaron que el 42,5% de las mujeres con episiotomía presentaron una disminución en el deseo sexual, y el 61,3% manifestaron temor a sentir dolor al reiniciar sus relaciones coitales, factores clave para la satisfacción sexual. Estos resultados reflejan cómo la intervención obstétrica, en lugar de mejorar el proceso de parto, puede tener secuelas negativas a largo plazo para la salud sexual femenina.

Por otra parte, los resultados de Jiménez (11), discrepa de los encontrados en este estudio, ya que encontró que la episiotomía aparece como factor protector para la satisfacción sexual. Asimismo, Rivera et al. (8), no coincide con los resultados obtenidos, pues concluyeron que la episiotomía no tiene impacto significativo en la satisfacción sexual. Esta discrepancia podría deberse a diferencias, poblacionales o culturales entre los estudios. Sin embargo, la mayoría de los estudios analizados subraya la relación entre la episiotomía y las dificultades en la función sexual, lo que refuerza la importancia de una atención individualizada y cuidadosa en el manejo del parto.

La evidencia señala que la satisfacción sexual disminuye en el período post parto (18), debido a factores como el temor relacionado con el reinicio de la intimidad, especialmente por la cicatrización de la episiotomía. El dolor durante las relaciones coitales es el problema que más comúnmente aparece tras el parto, más aún cuando hay sutura de la episiotomía (19).

De la misma manera Ávalos (23), refuerza que las mujeres con episiotomía reportan disminuciones significativas en el deseo, la excitación, el orgasmo y la lubricación en comparación con aquellas que no fueron sometidas al procedimiento. Estos hallazgos respaldan la necesidad de reconsiderar el uso rutinario de esta intervención.

Tabla N°3, respecto al nivel de satisfacción sexual de las primíparas y secundíparas sin episiotomía, revela que el 74% de las mujeres primíparas sin episiotomía reportaron un nivel alto de satisfacción sexual, mientras que el 58% de las mujeres secundíparas sin episiotomía experimentaron un nivel promedio de satisfacción sexual. Estos resultados sugieren que la ausencia de episiotomía se asocia con una mejor percepción de la satisfacción sexual en primíparas, lo cual podría estar relacionado con una menor alteración del suelo pélvico, reforzando la importancia al considerar llevar a cabo dicho procedimiento.

Este estudio guarda similitud con lo reportado por Prado et al (6), quienes encontraron que, al evaluar los dominios de Índice de Función Sexual Femenina, la puntuación de satisfacción sexual fue significativamente mayor en mujeres que no se les realizó la episiotomía. De manera similar, Novoa (12), halló que el 95% de las mujeres sin episiotomía mencionaron tener alta satisfacción sexual. La literatura existente sugiere que la paridad puede influir en la función sexual debido a factores como el tiempo disponible para la intimidad y las nuevas responsabilidades asociadas con el cuidado del recién nacido, especialmente en primíparas (19).

Tabla N°4, los resultados muestran que la satisfacción sexual en mujeres primíparas y secundíparas con episiotomía es baja, 74% y 58%, respectivamente; en cambio, el 74% de primíparas sin episiotomía tiene satisfacción sexual alta y el 58% de secundíparas un nivel de satisfacción sexual promedio. Estos resultados tienen relación con Gutiérrez E y Medina K. (10), quienes reportaron que el 58.1% con episiotomía consideraron sus relaciones coitales insatisfactorias, en comparación con el 41.9% que fueron satisfactorias posterior a la episiotomía. Similarmente, Novoa (12), el 95.0% sin episiotomía mostraron alta satisfacción sexual y el 27,5% con episiotomía presentó buena satisfacción sexual; mostrando diferencias significativas ($P>0.05$).

Estos resultados difieren con el estudio de Jiménez (11) y Rivera et al. (8), quienes encontraron que, la episiotomía aparece como factor protector para la satisfacción sexual y la episiotomía no tiene impacto significativo en la satisfacción sexual.

El piso pélvico es una estructura fundamental en la satisfacción sexual, compuesta por músculos y tejido que brindan soporte a los órganos pélvicos y abdominales (20). Nygaard y col (7), durante el parto, esta área puede verse comprometida, especialmente por la realización de la episiotomía, lo que puede desencadenar lesiones en nervios, sobre todo en el nervio pudendo; dicho músculo produce la contracción genital, lo cual es esencial para una

experiencia sexual satisfactoria, cuyos músculos implicados son el pubococcígeo e ileococcígeo (34). La realización de episiotomía durante el parto, a pesar de facilitar el nacimiento, ha demostrado tener impacto significativo en la integridad del suelo pélvico, un estudio realizado en un país vietnamita refuerza estos hallazgos al demostrar que más del 85% de partos incluyen una episiotomía, especialmente en primíparas 100%. El 40,7% de las episiotomías no tratadas correctamente genera complicaciones a largo plazo en el suelo pélvico, causando dolor perineal, dispareunia, sequedad vaginal y disminución del deseo sexual. Dicha lesión en estos músculos predispone a la mujer a una pobre satisfacción sexual, por ende, su calidad de vida se ve afectada (7).

CONCLUSIONES

La investigación arribó a las siguientes conclusiones:

- Respecto a las características sociodemográficas, se encontró que las primíparas son mujeres jóvenes que tienen entre 26 y 30 años, mientras que las secundíparas tienden a ser más jóvenes encontrándose entre 21 y 25 años. La mayoría son amas de casa, estudiantes y residen de zonas urbanas.
- En cuanto al nivel de satisfacción sexual en mujeres primíparas y secundíparas con episiotomía es bajo, con un 74% y 61% respectivamente, la diferencia no es estadísticamente significativa ($p= 0.414 >0.05$).
- Se identificaron diferencias significativas en el nivel de satisfacción sexual de primíparas y secundíparas sin episiotomía, con un 74% reportando un nivel alto y 58% un nivel promedio, respectivamente) ($p= 0.000$).
- Se determinó que existe diferencia en el nivel de satisfacción sexual en primíparas y secundíparas con y sin episiotomía del Centro de salud Lajas, debido a que la satisfacción sexual en primíparas y secundíparas con episiotomía es baja, mientras que en primíparas sin episiotomía la satisfacción sexual es alta y en secundíparas la satisfacción sexual es promedio, corroborándose la hipótesis alterna.

SUGERENCIAS

- **A los directivos de la Dirección Regional de Salud**

Promover la implementación y capacitación constante del personal de salud en la atención del parto vertical, enfatizando sus beneficios en la dinámica del trabajo de parto, como la reducción de la presión sobre el perineo y la disminución significativa de la necesidad de realizar una episiotomía. Además, de brindar capacitaciones especializadas en la sexualidad postparto, con el propósito de brindar una atención integral y de calidad.

- **A las autoridades del Centro de Salud Lajas-Chota**

Implementar capacitaciones constantes dirigidas al personal de salud en la atención del parto; con el objetivo de garantizar la atención de un parto humanizado. Asimismo, brindar consejería sobre el reinicio de relaciones coitales postparto como parte de las consultas del control de puerperio, incluyendo la participación de la pareja. También se debe implementar estrategias para el seguimiento de las púerperas, asegurando un adecuado cuidado postparto.

- **A los profesionales de Salud**

Promover la implementación de programas de psicoprofilaxis obstétrica, orientados al fortalecimiento del suelo pélvico mediante técnicas específicas de ejercicio, como los ejercicios de Kegel y el entrenamiento de la musculatura perineal. Estas prácticas contribuyen a aumentar la elasticidad y resistencia del tejido perineal, disminuyendo la necesidad de realizar una episiotomía durante el parto. Además, favorecen a una recuperación óptima del suelo pélvico, contribuyendo a una mayor satisfacción sexual postparto.

- **A los estudiantes e internos de Obstetricia**

Motivarles a continuar investigando sobre los factores que pueden influir en la satisfacción sexual postparto como: el estrés, la imagen corporal, la autoestima, la depresión y las características del parto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto de Psicología-Sexología Mallorca. Pirámide de Maslow [Internet]. España. 2024. Disponible en: <https://www.psicologiasexologiamallorca.com/piramide-de-maslow/>.
2. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. Definición de Sexualidad.2006. [citado 2024]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_1.
3. Challco S, Salvador M. Adaptación de la Escala de Satisfacción Sexual Subjetiva en Jóvenes y Adultos de Lima Metropolitana, 2021 [Tesis para optar el título de licenciada en Psicología]. [Lima] Universidad César Vallejo; 2022. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/88018/Challco_LSJ-Salvador_CMP-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
4. Márquez A. Dificultades en el reinicio de las relaciones sexuales de la pareja en el periodo puerperal. Biblioteca LasCasas; 2014 [citado 2024];10(3):1-5. Disponible en: <https://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0790.php>.
5. García A, Viguera M, Ballesteros C, Fernandez M, Carrillo C, Martínez R. Tasa de episiotomía en el Hospital Clínico Universitario de La Arrixaca y factores que influyen en su práctica. Rev. Esp. Salud Pública. 2019 [citado 2024];93(1):1-5. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100059&lng=es&tlng=.
6. Prado N, Da Cuña I, Alonso A. Disfunciones sexuales en el periodo posparto. Una revisión de la literatura. Dialnet. 2022[citado 2024]; 16(1):48-56. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8257032>.
7. Arias S. Disfunción sexual femenina por deterioro de la musculatura del suelo pélvico tras el proceso de embarazo y parto. Programa de entrenamiento. Rev. NPunto. 2020 [citado 2024]; 3(33):79-106.
8. Rivera L, Burgos R. Disfunción sexual femenina 6 meses postparto y su relación con episiotomía en dos hospitales de IV nivel en Bogotá, 2020. [Tesis para optar el título de ginecólogos y obstetras]. [Bogotá]: Universidad del Rosario; 2021. [citado 2024]. Disponible en: <https://repository.urosario.edu.co/handle/10336/31935>.
9. Velásquez M, Díaz D, Reina A. Recuperación de la actividad sexual tras el parto. Rev. SANUM.2019. [citado 2024]; 42(1):1-7. Disponible en: https://revistacientificasanum.com/wp-content/uploads/Vol3n1/Vol3n1-Articulos-PDF/sanum_v3_n1_a4.pdf.
10. Gutiérrez E, Medina K. Disfunción sexual en pacientes que verificaron parto vaginal con episiotomía en Hospital 1 de mayo en 2021. [Tesis para optar el título de

- especialista en Ginecología y Obstetricia]. [El Salvador]: Universidad El Salvador; 2023. [citado 2024]. Disponible en: <https://oldri.ues.edu.sv/id/eprint/32574>.
11. Jiménez A. Repercusión del proceso del parto en la salud sexual de la mujer. [tesis doctoral]. [Córdoba]: Universidad de Córdoba; 2021. [citado 2024]. Disponible en: <https://helvia.uco.es/handle/10396/21429>.
 12. Novoa K. Función sexual en mujeres con episiotomía y sin episiotomía atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz. Enero- agosto, 2019. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Obstetricia]. [Arequipa]: Universidad Católica Santa María; 2022. [citado 2024]. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/12097>.
 13. Sánchez D, Girón E. Factores que influyen en el tiempo de reinicio de relaciones sexuales en puérperas de edad fértil, atendidas en los consultorios de obstetricia del centro de salud San Vicente. Cañete: noviembre 2017 a enero 2018. [tesis de pregrado]. [Cañete]: Universidad Privada Sergio Bernales; 2018. [citado 2024]. Disponible en: <http://repositorio.upsb.edu.pe/handle/UPSB/161>.
 14. Correa Y. Influencia de factores físicos y emocionales en el reinicio de la actividad sexual en puérperas Centro Materno Perinatal Simón Bolívar Cajamarca 2016. [Tesis de pregrado]. [Cajamarca]:Universidad Nacional de Cajamarca; 2016.[citado 2024]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.14074/1127> .
 15. Challco S, Salvador M. Satisfacción sexual: Una revisión de literatura científica. Journal of neuroscience and public health. 2021 [citado 2024]; 2(1):1-10. Disponible en: <https://revista.uct.edu.pe/index.php/neuroscience/article/view/208/255>.
 16. Vera k. La respuesta sexual humana: Distintos abordajes e intervención terapéutica. [Tesis para optar el título de licenciada en Psicología]. [México]: Universidad Autónoma de México; 2013. [citado 2024].Disponible en: <https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/20.500.14330/TES01000691317/3/0691317.pdf>.
 17. Escudero R. Modificaciones del comportamiento sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio [Tesis Doctoral]. [Granada]: Universidad de Granada;2015. Disponible en: <https://digibug.ugr.es/handle/10481/41975>.
 18. UpToDate. Estados Unidos: Shifren J. Descripción general de la disfunción sexual en mujeres: epidemiología, factores de riesgo y evaluación. 2024 [actualizado agosto 2024; citado 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-sexual-dysfunction-in-females-epidemiology-risk-factors-and-evaluation?search=Descripci%C3%B3n%20general%20de%20la%20disfunci%C3%B3n%20sexual%20en%20mujeres%3A%20epidemiolog%C3%ADa%2C%20factores%20de%20riesgo%20y%20evaluaci%C3%B3n&topicRef=5485&source=see_link#H1

19. Pérez F. Nueva Escala de Satisfacción Sexual (NSSS) en usuarios de redes sociales. Universidad de Almería. 2013. [citado 2024]. Disponible en: <https://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/2366/Trabajo.pdf?sequence=1>.
20. Real Academia de la Lengua Española, España. 2014. [citado 2024]. Disponible en: <https://dle.rae.es/diccionario>
21. Laureano P, Ferla L, Darski C, Catarino B, Lopes J. Entrenamiento muscular del suelo pélvico en grupos versus tratamiento individual o domiciliario de mujeres con incontinencia urinaria: revisión sistemática y metaanálisis. *Rev. Int. Urogynecol.* 2017 [citado 2024] 10(1): 351-359.
22. Perez N, Martinez J, García J, Rodríguez E. Disfunción de suelo pélvico y sexual en mujeres. *Invest. Medicoquir.* 2019 [citado 2024]; 11(1).
23. Fattouh M, Cayrac V, Letouzey F, Masia E, Mousty P, Mares M. Anatomía funcional del piso pélvico. *Rev. Elsevier.* 2015 [citado 2024]; 51(1):1-20.
24. Ponseti X. Suelo pélvico y las relaciones sexuales. Instituto Psicología-Sexología Mallorca. 2024 [citado 2024] 37(1):1-5.
25. Escalona D, Oliphant S, Siegel E, Eswaran H. Caracterización de la actividad de los músculos del suelo pélvico mediante magnetomiografía. *Neurology Urodynamics.* 2019 [citado 2024]; 38(1):151-157.
26. Ávalos A. Repercusión de la episiotomía en las relaciones sexuales postparto [Tesis de pregrado para optar el título de licenciada en enfermería]. [Jaén]: Universidad de Jaén; 2015 [citado 2024]. Disponible en: https://crea.ujaen.es/bitstream/10953.1/1590/1/TFG__ALBA_AVALOS_MORENO.pdf
27. Berkowitz L, Foust C. Enfoque de la Episiotomía. UpToDate. 2024 [citado 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/approach-to-episiotomy?source=history_widget#H2751995142
28. Lori L, Berkowitz MD, Foust Wright MD. Abordaje de la episiotomía. UpToDate; 2023 [citado 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/approach-to-episiotomy?search=episiotomia%20&source=search_result&selectedTitle=1~66&usage_type=default&display_rank=1
29. Ávila A. Prevalencia de episiotomía y desgarros perineales en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. Enero – junio 2015 [Tesis post grado]. [Lima]: Universidad San Martín de Porres; 2017 [citado 2024]. Disponible en: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/2694/avila_fac.pdf?sequence=3&isAllowed=y

30. Mejía J, Gualán C, Mejía A. Prevalencia de episiotomía y factores asociados en pacientes del centro obstétrico del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca – Ecuador Cuenca; 2017. Rev. Fac. Ciencias Médicas. 2017 [citado 2024] 35(1): 61-67. Disponible en: <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/medicina/issue/view/111>
31. Berzaín M, Camacho L. Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina Rev. Cient. Ciencia Médica. 2014; [citado 2024]; 17(2):53-57. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=426041229011>.
32. Gonzáles J, Hernández I. Validación de una versión breve de la Escala de Satisfacción Sexual Subjetiva (ESSS-B) en Puerto Rico. Rev. Evaluar. 2019 [citado 2024] 19(2). Disponible en: <https://doi.org/10.35670/1667-4545.v19.n2.25082>
33. Cerna C. Investigación científica: Método y técnica. Primera ed. Publimas I, editor. Cajamarca; 2018.
34. Ñaupas H, Valdivia D, Palacios J. Metodología de la investigación cuantitativa-cualitativa y redacción de tesis. Quinta ed. DGP E, editor. Bogotá; 2018.
35. Romero P, Lázaro C, Gónzales J. Estadística descriptiva e inferencial. 17th ed. Reus HUSJd, editor.; 2013.
36. Aquino Z. Dispareunia y reinicio tardío de las relaciones sexuales en mujeres post parto en la comunidad cristiana de Lima, 2021. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Obstetricia]. [Lima]: Universidad Alas Peruanas; 2021. [citado 2024]. Disponible en: <https://repositorio.uap.edu.pe/handle/20.500.12990/10017>.
37. Villacorta de la Cruz 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 el Título de Obstetra]. [Iquitos]: Universidad Científica del Perú; 2019. [citado el 2024]. Disponible en: http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/741/SHIRLEY_TESIS_TITULO_2_019.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

ANEXOS



ANEXO 1

INSTRUMENTO



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

**ENTREVISTA SOBRE SATISFACCIÓN SEXUAL EN PRIMÍPARAS Y SECUNDÍPARAS
 CON Y SIN EPISIOTOMÍA. CENTRO DE SALUD LAJAS. CHOTA, 2023**

Estimada señora, mi nombre es Yosani Danixa Sánchez Cerquin, Bachiller en Obstetricia. En esta oportunidad, voy a aplicarle una entrevista anónima. La información recogida se utilizará para la investigación que me encuentro realizando, por lo tanto, suplico a Ud. responda con veracidad a cada una de las preguntas formuladas. Agradezco por anticipado su gentil participación.

N° de entrevista:	CENTRO DE SALUD LAJAS
--------------------------	------------------------------

I. CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

Edad:	<15 ()	15-20 ()	21-25 ()	26-30 ()	31-35 ()
Procedencia:	Urbana ()		Rural ()		
Estado civil:	Soltera con pareja ()		Casada ()	Conviviente ()	
Grado de instrucción:	Primaria completa ()		Secundaria completa ()		
	Secundaria incompleta ()		Superior técnico ()	Superior universitario ()	
Ocupación:	Ama de casa ()	Comerciante ()		Empleada pública ()	
	Empleada privada ()		Estudiante ()		
Religión:	Católica ()	Evangélica ()	Adventista ()	Otros:.....	

II. INFORMACIÓN SOBRE EPISIOTOMÍA

- Fecha de parto:
 Al mes () A los dos meses () Mayor a 3 meses ()
- ¿Se realizó episiotomía? Sí () No ()
- Paridad: Primípara () Secundípara ()
- ¿A qué tiempo después del parto reinició la intimidad (relaciones coitales) con su pareja?
 Al mes () Dos meses () Tres meses () Cuatro meses () Seis meses ()

III. INFORMACIÓN SOBRE SATISFACCIÓN SEXUAL

ESCALA DE SATISFACCIÓN SEXUAL SUBJETIVA BREVE (ESSS-B)

Escala de Valoración

**1 = Totalmente en desacuerdo (TEDA), 2 = En desacuerdo (EDA),
3 = De acuerdo (DA) 4=Totalmente de acuerdo (TDA)**

N°	ÍTEMS	ESCALA			
		TEDA	EDA	DA	TDA
1	Considero que mi vida íntima es muy placentera.				
2	Luego de tener intimidad con mi pareja me siento satisfecha.				
3	Estoy satisfecha con el número de veces que tengo intimidad a la semana.				
4	Mi vida íntima con mi pareja tiene creatividad.				
5	Mi vida íntima con mi pareja tiene placer, armonía, comunicación y afecto.				
6	Después del parto, al tener intimidad he sentido incomodidad.				
7	Mi pareja tuvo consideración al momento de tener intimidad después del parto.				

La ESSS-B, se compone de 7 ítems, organizados en escala tipo Likert de 4 puntos, que va de 1 con TEDA, y 4 con TDA.

BAREMO	
Puntaje total: de 7 a 28	
Nivel	Rango
ALTA SATISFACCIÓN	25-28
SATISFACCIÓN SEXUAL PROMEDIO	15-24
BAJA SATISFACCIÓN	7-14

Gracias por su participación

ANEXO 2



GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCIÓN SUB REGIONAL DE SALUD CHOTA
MICRORED LAJAS



“Año de la unidad, la Paz y el Desarrollo”

A: Bach. Yosani Danixa Sánchez Cerquin

Asunto: Autorización para realización de Trabajo de investigación

Fecha: Lajas, 30 de junio del 2023


Por la presente, yo, Héctor V. Narváez Ulloa, en calidad de Gerente de la Microred Lajas, ubicado en el distrito de Lajas, provincia de Chota, departamento de Cajamarca, autorizo a Yosani Danixa Sánchez Cerquin, Bachiller en Obstetricia de la Universidad Nacional de Cajamarca, a realizar su investigación titulada “Satisfacción Sexual en Primíparas y Secundíparas con y sin Episiotomía. Centro de Salud Lajas. Chota, Cajamarca, 2023” en nuestras instalaciones.

El objetivo de la investigación es determinar la diferencia en el nivel de satisfacción sexual en mujeres primíparas y secundíparas, tanto con episiotomía como sin ella, y se llevará a cabo siguiendo los estándares éticos y científicos pertinentes. La investigación se desarrollará bajo la supervisión de Dra. Obst. Rebeca Beatriz Aguilar Quiroz, quien está al tanto del proyecto y apoya su realización.

Agradecemos de antemano la colaboración brindada y esperamos que los resultados de este estudio contribuyan significativamente al conocimiento y mejora de los cuidados en nuestra comunidad.

Quedamos a su disposición para cualquier consulta adicional.

Atentamente,


Blgo. Héctor V. Narváez Ulloa
Gerente Micro Red de Salud Lajas
DNI: 10646992

ANEXO 3

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____

Declaro que he sido informada e invitada con mucho respeto a participar en una investigación denominada "SATISFACCIÓN SEXUAL EN PRIMÍPARAS Y SECUNDÍPARAS CON Y SIN EPISIOTOMÍA" realizado por la Bachiller Yosani Danixa Sánchez Cerquin, de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia. Perteneciente a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca. Entiendo que el estudio busca determinar la diferencia en el nivel de satisfacción sexual en primíparas y secundíparas con y sin episiotomía. He sido informada y a la vez he recibido explicación, la que será registrada será de manera anónima y confidencial. Asimismo, autorizo mis respuestas brindadas en esta entrevista con fines de aporte a la ciencia.

Lajas, del 2024

Firma

DNI. N°

ANEXO 4



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



CARTILLA DE VALIDACION POR JUICIO DE EXPERTOS

I. INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y nombres del informante (Experto): Rodríguez Sánchez, Amanda Elena.
- 1.2. Grado Académico: Mg. En Obstetricia.
- 1.3 Profesión: Obstetra.
- 1.4. Institución donde labora: Universidad Nacional de Cajamarca.
- 1.5. Cargo que desempeña: Docente
- 1.6 Denominación del Instrumento: Escala de Satisfacción Sexual Breve.
- 1.7. Autor del instrumento: Juan Aníbal González Rivera e Idania Hernández Gato.

II. VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del instrumento	Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión			X		
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles			X		
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría			X		
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable			X		
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados			X		
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento			X		
SUMATORIA PARCIAL				18		
SUMATORIA TOTAL				18		



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



CARTILLA DE VALIDACION POR JUICIO DE EXPERTOS

III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

3.1. Valoración total cuantitativa: 18

3.2. Opinión:

FAVORABLE _____ DEBE MEJORAR ___x_____ NO FAVORABLE _____

3.3. Observaciones: Se debe utilizar un lenguaje sencillo y entendible.

Cajamarca, 25 de Septiembre del 2023.

Firma



CARTILLA DE VALIDACION POR JUICIO DE EXPERTOS

I. INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y nombres del informante (Experto): León Izquierdo, Rossana Patricia.
- 1.2. Grado Académico: Magister en Obstetricia.
- 1.3 Profesión: Obstetra.
- 1.4. Institución donde labora: Universidad Nacional de Cajamarca.
- 1.5. Cargo que desempeña: Docente.
- 1.6 Denominación del Instrumento: Escala de Satisfacción Sexual Breve.
- 1.7. Autor del instrumento: Juan Aníbal González Rivera e Idania Hernández Gato.

II. VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del instrumento	Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión			X		
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles			X		
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría				X	
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable			X		
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados				X	
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento				X	
SUMATORIA PARCIAL				12	12	
SUMATORIA TOTAL						24



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



CARTILLA DE VALIDACION POR JUICIO DE EXPERTOS

III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

3.1. Valoración total cuantitativa: 24.

3.2. Opinión:

FAVORABLE ____x____ DEBE MEJORAR _____ NO FAVORABLE _____

3.3. Observaciones: se debe aplicar teniendo en cuenta las observaciones; agregar soltera con pareja, la paridad y el inicio de relaciones coitales después del parto.

Cajamarca, 15 de Septiembre del 2023.

Firma



CARTILLA DE VALIDACION POR JUICIO DE EXPERTOS

I. INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN I. DATOS GENERALES:

1.1. Apellidos y nombres del informante (Experto): Aliaga Cruzado, Yobani

1.2. Grado Académico: Maestra en Gestión de los Recursos de la Salud.

1.3 Profesión: Obstetra.

1.4. Institución donde labora: Centro de Salud Contumaza.

1.5. Cargo que desempeña: Obstetra.

1.6 Denominación del Instrumento: Escala de Satisfacción Sexual Breve.

1.7. Autor del instrumento: Juan Aníbal González Rivera e Idania Hernández Gato.

II. VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del instrumento	Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión				x	
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles				x	
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría					x
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable					x
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados				x	
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento				x	
SUMATORIA PARCIAL					16	10
SUMATORIA TOTAL						26



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



CARTILLA DE VALIDACION POR JUICIO DE EXPERTOS

III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

3.1. Valoración total cuantitativa: 26

3.2. Opinión:

FAVORABLE x DEBE MEJORAR _____ NO FAVORABLE _____

3.3. Observaciones: considerar poner una nota a las palabras técnicas y evaluar el tiempo transcurrido desde el parto y el inicio de relaciones coitales.

Cajamarca, 10 de Septiembre del 2023.



Yobani Aliaga Cruzado
Obstetra
COP. 40655

Firma

ANEXO 5

CONFIABILIDAD

Se realizó la prueba piloto en 15 pacientes de similares características, de la población en estudio. Se aplicó la prueba piloto correspondiente con la finalidad de dar confiabilidad al cuestionario de satisfacción sexual (7 ítems), después de procesar los datos, se obtuvo un coeficiente de Alpha de Cronbach de valor= 0.955, el cual puede considerarse excelente, en consecuencia, el instrumento es confiable.

Cálculo de Alpha de Cronbach en prueba piloto de 0 fichas de recolección de datos

Resumen de procesamiento de casos

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

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,955	7