

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



TESIS

INFLUENCIA DE FACTORES FÍSICOS Y
EMOCIONALES EN EL REINICIO DE LA ACTIVIDAD
SEXUAL EN PUÉRPERAS. CENTRO MATERNO
PERINATAL SIMÓN BOLÍVAR, CAJAMARCA, 2016.

Presentado por:

La Bachiller:

Correa Tanta Yanira de los Milagros

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

OBSTETRA

Cajamarca, Perú, 2016

COPYRIGHT © 2016

Yanira de los Milagros Correa Tanta
Derechos Reservados

SE DEDICA ESTE TRABAJO A:

Mis amados padres Andrés y Juana por su apoyo incondicional, por creer en mí, por todo el esfuerzo y sacrificio dado para verme alcanzar mis metas.

Mi hermano Dani por su comprensión y cuidado brindado durante todo este tiempo.

A Juan Carlos Heras, por alentarme a mejorar día a día y a Lisset Díaz por su paciencia y consideración.

Yanira

SE AGRADECE A:

Dios todo poderoso por permitirme llegar a este momento tan especial sostenerme en cada paso.

La Universidad Nacional de Cajamarca, Alma Mater, por acogerme en sus claustros

La Dra. Obst. Elena Soledad Ugaz Burga por sus enseñanzas y consejos brindados y sobre todo por el tiempo para el desarrollo del presente trabajo.

A todas aquellas personas que me apoyaron para hacer posible esto.

Yanira

ÍNDICE

Dedicatoria	iii
Agradecimiento.....	iv
Índice.....	v
Índice de tablas	viii
Resumen	ix
Abstract.....	x
Introducción.....	1
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....	2
1.1. Definición y delimitación del problema.....	2
1.2. Formulación del problema	3
1.3. Objetivos.....	3
1.3.1. Objetivo general	3
1.3.2. Objetivos específicos.....	4
1.4. Justificación de la investigación.....	4
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	5
2.1. Antecedentes	5
2.1.1. Antecedentes internacionales	5
2.2. Teorías.....	7
2.2.1. Puerperio	7
2.2.1.1. Definición.....	7
2.2.1.2. Clasificación	8
2.2.1.3. Modificaciones corporales en el puerperio.....	8
2.2.2. Actividad sexual y sexualidad	12
2.2.2.1. Definición.....	12
2.2.2.2. Respuesta sexual.....	13
2.2.3 actividad sexual en el puerperio	15
2.2.4. Satisfacción sexual	16
2.2.5. Factores físicos que influyen en el reinicio de actividad sexual	17
2.2.5.1. Tipo de parto.....	17
2.2.5.2. Episiotomía, laceraciones y desgarros	17
2.2.5.3. Dolor	19
2.2.5.4. Dispareunia	19

2.2.6.	Factores emocionales que influyen en el reinicio de la actividad sexual	21
2.2.6.1.	Miedo.....	21
2.2.6.2.	Preocupación	21
2.2.6.3.	Depresión	21
2.2.6.4.	Relación con la pareja	22
2.3.	Hipótesis	24
2.4.	Variables.....	24
2.4.1.	Variable independiente.....	24
2.4.2.	Variable dependiente.....	24
2.5.	Definición conceptual y operacionalización de variables.....	25
CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO		26
3.1.	Diseño y tipo de estudio	26
3.2.	Área de estudio y población	26
3.3.	Muestra	27
3.3.1.	Tamaño de la muestra.....	27
3.4.	Unidad de análisis.....	28
3.5.	Criterios.....	28
3.6.	Consideraciones éticas	28
3.7.	Procedimiento, técnica e instrumento de recolección de datos.....	29
3.8.	Procesamiento y análisis de datos.....	30
3.8.1.	Procesamiento.....	30
3.8.2.	Análisis de datos	31
3.9.	Control de calidad de datos	31
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....		32
4.1.	Caracterización sociocultural de las puérperas de la muestra	32
4.2.	Determinación de algunos antecedentes obstétricos de las puérperas de la muestra.....	36
4.3.	Identificación de factores físicos que influyen en el reinicio de las relaciones sexuales en las puérperas de la muestra.....	38
4.4.	Determinación de algunos factores emocionales en puérperas atendidas en el centro materno perinatal simón bolívar	42
4.5.	Establecimiento de las características de las relaciones coitales en puérperas atendidas en el centro materno perinatal simón bolívar	46
5.	Determinación de la influencia de factores físicos y emocionales en el reinicio de las relaciones coitales en puérperas atendidas en el centro materno perinatal	49

CONCLUSIONES	53
RECOMENDACIONES	54
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55
ANEXO 01: Consentimiento Informado.....	58
Anexo 02: Cuestionario de recolección de datos.....	59
Anexo 03: Escala de Rosenberg	62
Anexo 04: Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung	63
Anexo 05: Test del funcionamiento sexual para mujeres	64

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 01: Características socioculturales de las Puérperas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2015	32
Tabla 02: Antecedentes obstétricos de las puérperas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2015	36
Tabla 03: Factores físicos de las puérperas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2015	38
Tabla 04: Factores Físicos de las puérperas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2015	40
Tabla 05: Factores emocionales en puérperas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2015	42
Tabla 06: Características de las relaciones coitales en las puérperas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar.....	46
Tabla 07: Reinicio de las relaciones coitales según realización de episiotomía en puérperas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2015.....	49
Tabla 08: Reinicio de las relaciones coitales según la presencia de desgarros producidos por el parto en puérperas atendidas en el Centro Perinatal Simón Bolívar, 2015	51
Tabla 09: Reinicio de las relaciones coitales según la conformidad con la imagen corporal tras el parto en peruleras atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2015	52

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar y analizar la influencia de factores físicos y emocionales en el reinicio de la actividad sexual en puérperas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, Cajamarca. El diseño metodológico del estudio fue de tipo descriptivo, no experimental, analítico, correlacional, prospectivo de corte transversal. En el estudio participaron un total de 94 puérperas que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. Los resultados encontrados en la presente investigación fueron: el 38,3% pertenece al grupo etáreo de 20 a 24 años, el 35,1% tiene estudios secundarios, el 79,6% son convivientes y el 80,9% pertenecen a la religión católica; el 74,5% del total de puérperas entrevistadas reiniciaron sus relaciones sexuales entre la semana quinta y la sexta del puerperio. En factores físicos, al 42,6% se les realizó episiotomía, mientras que el 14,9% sufrió algún grado de desgarro en la zona perianal, un 24,5% refirió padecer de dispareunia durante el reinicio de la actividad sexual. En los factores emocionales el 73,4% tiene una autoestima media y el 56,4% de puérperas se siente conforme con su imagen corporal. El 45,7% refirió que sus relaciones coitales fueron igual que antes del parto, y un 42,6 refirió haber sentido placer durante el reinicio de la relación.

Palabras claves: factores físicos; factores emocionales, relaciones coitales.

ABSTRACT

The present study was aimed determine and analyze the influence of physical and emotional factors in the resumption of sexual activity in postpartum women treated at the Maternal Perinatal Center Simon Bolivar, Cajamarca. The methodological design of the study was not experimental, analytical, correlational, prospective cross-sectional descriptive. The study involved a total of 94 postpartum women who met the inclusion and exclusion criteria. The results found in this research were: 38.3% belong to the age group of 20 to 24 years, 35.1% have secondary education, 79.6% are cohabiting and 80.9% belong to religion Catholic; 74.5% of all postpartum women interviewed resumed sexual relations between the fifth and sixth week postpartum. In physical factors, 42.6% underwent episiotomy, while 14.9% suffered some degree of tear in the perianal area, 24.5% reported suffering from dyspareunia during the resumption of sexual activity. In the emotional factors 73.4% have an average self-esteem and 56.4% of postpartum women are not satisfied with your body. 45.7% reported that their sexual relations were like before delivery, and 42.6 reported having felt pleasure during the restart of the relationship.

Keywords: physical factors; emotional factors, sexual relations

INTRODUCCIÓN

El puerperio es la etapa que se inicia después del parto y que muchas veces puede llegar a ser una experiencia difícil para las mujeres debido a los cambios físicos y emocionales que se puede presentar además del deseo de cumplir con las funciones maternas y de pareja de la mejor manera.

Muchas veces las puérperas llegan a sentirse preocupadas frente al reinicio de la actividad sexual, debido a las dudas y la escasa información que tienen sobre el tema y sus derechos sexuales y reproductivos los cuales algunas veces debido a ello se ven vulnerados, razón por la cual se realizó el presente trabajo de investigación cuyo objetivo fue determinar y analizar la influencia de los factores físicos y emocionales en el reinicio de la actividad sexual, estudio que se realizó en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar.

La presente tesis está estructurada de la siguiente manera:

Capítulo I, en donde se consignan la definición y delimitación del problema, la formulación del problema, los objetivos y la justificación de la investigación.

Capítulo II está conformado por los antecedentes, las teorías sobre el tema, la hipótesis y las variables.

Capítulo III correspondiente al diseño metodológico.

Capítulo IV comprende la discusión y análisis de los resultados.

Finalmente están las conclusiones, las recomendaciones, las referencias bibliográficas y los anexos.

La autora

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Definición y delimitación del problema

El puerperio es el período de la vida de la mujer que sigue al parto. Comienza después de la expulsión de la placenta y se extiende hasta la recuperación anatómica y fisiológica de la mujer hasta aproximadamente seis semanas después (1). Es una etapa en la que aparecen conflictos personales y de pareja porque emergen sentimientos y emociones nuevas tras la llegada de un nuevo miembro a la familia generando tensión en la pareja.

Desde la perspectiva psicosocial, el puerperio es una experiencia difícil para las mujeres por las demandas del recién nacido y el deseo de cumplir con las funciones maternas de la mejor manera. La mujer vive un período difícil ya que experimenta cambios anatómicos, fisiológicos, con la familia, en la forma en que se desarrolla la vida diaria y en la relación de pareja influyendo negativamente en su sexualidad, particularmente en su actividad sexual (2).

La Organización Mundial de la Salud define las relaciones sexuales con un componente psicoemocional y social importantes, sostiene que la finalidad de la sexualidad es también favorecer la comunicación, las relaciones personales afectivas además de proporcionar placer, y de integrar elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor (3). En el puerperio la sexualidad debe tener la misma finalidad, es más casi siempre se aconseja a las parejas volver a la normalidad; sin embargo este mensaje es impreciso, ya que en la vida de la mujer se ha producido una transformación profunda, debido a que se enfrenta a cambios físicos y emocionales que influirán en la sexualidad: anatómicamente, el trauma perineal contribuye a la dispareunia y afecta considerablemente tanto el momento como la calidad de la reanudación de las relaciones sexuales en el puerperio; se incorpora al rol de madre y se esfuerza por cumplir sus expectativas en el cuidado del recién nacido; presenta temor a un

nuevo embarazo de forma precoz, miedo a que la pareja no sienta la misma satisfacción e inclusive vergüenza, asumiendo que el cuerpo es diferente, todos estos factores pueden conllevar a disminuir el deseo de mantener relaciones sexuales. No son pocas las mujeres que tras la llegada de su hijo abandonan completamente su vida sexual y tardan muchos meses en retomarla (4), inclusive pueden llegar a padecer disfunción sexual que se identifica en 41 a 83% en las mujeres después del parto (10).

Pese a esta problemática, son muy pocos los estudios que tratan la temática del reinicio de la actividad sexual en el puerperio y aquellos que se encuentran disponibles, tienen profundos vacíos, al no considerar todos los factores involucrados en este proceso que pudiesen afectar la vida sexual de la pareja, a pesar de que en la vida cotidiana en el control de puerperio o cuando acuden a solicitar metodología anticonceptiva, las mujeres expresan su preocupación y su malestar frente al hecho de que algunas veces tienen que aceptar tener relaciones sexuales con su pareja, solamente por ser esposas, pero que en realidad no quisieran hacerlo; y aceptan asumiendo que es su deber, olvidando sus derechos sexuales y reproductivos, hecho que ha motivado realizar el presente estudio con el objetivo de determinar la influencia de factores físicos y emocionales en el reinicio de la actividad sexual en puérperas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar ,Cajamarca, 2016.

1.2. Formulación del Problema

¿Cuál es la influencia de factores físicos y emocionales en el reinicio de la actividad sexual en puérperas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, Cajamarca, durante el año 2016?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar y analizar la influencia de factores físicos y emocionales en el reinicio de la actividad sexual en puérperas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, Cajamarca, 2016.

1.3.2. Objetivos específicos

- ✓ Caracterizar socioculturalmente a las puérperas de la muestra.
- ✓ Identificar algunos antecedentes obstétricos influyentes en el reinicio de la actividad sexual e puérperas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar.
- ✓ Identificar los factores físicos que influyen en el reinicio de la actividad sexual de las puérperas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar.
- ✓ Determinar los factores emocionales que influyen en la actividad sexual de las puérperas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar.
- ✓ Establecer las características de las relaciones coitales en el puerperio.

1.4. Justificación de la investigación

El puerperio es la etapa en la que la mujer experimenta nuevas sensaciones, tiene que asumir nuevas funciones principalmente en el su rol como madre, sin abandonar su rol como esposa; sin embargo en algunas circunstancias se presentan problemas tanto físicos y emocionales como el dolor, temor, vergüenza, etc., que impiden el reinicio de su vida sexual en esta etapa, conllevando a problemas en la pareja, que pueden ser solamente de discusiones, pudiendo llegar a problemas conyugales que puede condicionar a un distanciamiento entre ellos, inclusive llegar a la infidelidad por parte del varón o a la violación, ya que muchos varones no aceptan ningún tipo de justificación y la mujer ve vulnerado sus derechos sexuales y reproductivos, constituyéndose en un serio problema de salud sexual.

En la actualidad, en la región no se han realizado muchos trabajos de investigación que permitan determinar la influencia de factores físicos y emocionales en la interferencia del reinicio de la actividad sexual placentera, que permitan conocer integralmente a la mujer en esta etapa tan importante como es el puerperio.

Los resultados encontrados servirán como un aporte al campo de la sexualidad, pero sobre todo permitirá incorporar a las atenciones prenatales ejercicios, técnicas y una consejería específica que preparen a la mujer a reiniciar sus actividad sexual de manera placentera, valorando sus derechos sexuales y reproductivos. La principal beneficiada será la mujer, pero también la pareja y la familia en general y por ende la sociedad ya que una familia bien constituida es el principal pilar de la sociedad y será el lugar donde los miembros nacen, aprenden, se educan y desarrollan además de ser refugio, orgullo y alegría de todos sus miembros.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Martínez J. (España, 2009), En su investigación informa que La reanudación de las relaciones sexuales tras el parto suele ser bastante influenciado por la demanda sexual por parte de la pareja; además de que la presencia de la episiotomía hace que la normalización de las relaciones sexuales se retrasen, también menciona que es a la sexta semana postparto cuando se consigue una cópula indolora y a la duodécima semana postparto en que se llega al orgasmo femenino. Además refiere que un importante factor de pronóstico para la insatisfacción en las relaciones sexuales en el primer año postparto es el no mantener relaciones sexuales en épocas tempranas del embarazo, y que en los partos cuyo periné permanece integro la mujer tiene menor presencia de dispareunia en el postparto (5).

Rejane, Matos y Rosa (Brasil, 2010), En su investigación mencionan que algunas mujeres relatan sentimientos negativos por el cambio de su cuerpo después del parto. Además pudieron observar que esa insatisfacción con el propio cuerpo influyó negativamente en la vida sexual ya que dicho sentimiento de vergüenza no permitió que se sintieran tranquilas delante de los compañeros. También determinaron que el tiempo de espera para el inicio de la actividad sexual en el puerperio se debe al “respeto con el tiempo del propio cuerpo” es decir, el bienestar físico y emocional particular de cada una, además de la influencia de preocupaciones relacionadas con el cuidado del bebe , la presencia del bebé en el cuarto durante la relación y con la preocupación de la satisfacción del compañero , mencionan también en cuanto al comportamiento de la pareja, muchas veces son ellos quienes desean reiniciar sus relaciones sexuales mucho antes de que las puérperas se sintiesen preparadas y con deseos de retomarlas (6).

Ortiz, García y Colldeforns (España, 2010), observaron que el número de relaciones por semana disminuye tras el parto y, aunque aumenta a las 16 semanas, no llega a recuperarse; también que la intensidad del deseo se reduce a las 6 semanas pos parto, para volver a normalizarse a las 16 semanas pos parto. Además, el momento de reinicio de las relaciones coitales posparto tampoco está influido por la edad, el nivel de estudios, la actividad laboral, el tipo de parto, las lesiones del periné, la duración y tipo de lactancia, la vivencia previa de la sexualidad ni el método anticonceptivo además menciona un deterioro mayor de la sexualidad en las mujeres con parto por vía abdominal que en las que lo tuvieron por vía vaginal (7).

Castillo D, Paredes V. (Ecuador, 2012), en su estudio determinó que el 69% de las mujeres primigestas evaluadas hasta 1 año después del parto ya sea vaginal o cesárea, presentaron algún tipo de trastorno en los componentes de la función sexual; además en relación al aspecto iniciativa sexual encontraron que las mujeres primigestas reportaron una buena iniciativa independiente del tipo de parto al que fueron sometidas (58% y 50% respectivamente). En relación a la capacidad de disfrutar la actividad sexual se encontró que las mujeres con antecedente de cesárea así como las que tuvieron parto vaginal tuvieron una buena capacidad de disfrutar su actividad sexual (70% y 72% respectivamente) (8).

Soria B. (España, 2012), refiere en su estudio que el 89,2% de la muestra afirmó haber notado cambios en sus relaciones sexuales durante el embarazo relacionado a cambios en la frecuencia (86,4%) y a cambios en el orgasmo (12,1%) y que referente a la actividad sexual posparto se evidencia alteraciones en áreas como la satisfacción, el deseo, la excitación, la lubricación y el orgasmo, añadiendo además un cambio en la cercanía emocional y confianza con la pareja (9).

Leeman M, Rogers R. (México, 2012), refieren en su investigación que la reanudación de la actividad sexual en el postparto es rápida, aproximadamente la mitad (52%) de las mujeres reanuda la actividad sexual entre la quinta y la sexta semanas postparto, para el tercer mes postparto el 90% de las mujeres ha reanudado la actividad sexual. Un indicador de predicción de inactividad sexual postparto es no estar sexualmente activa a las 12 semanas de gestación; además de que la dispareunia es extremadamente común en los primeros 3 a 6 meses postparto (10).

Correa L, Sepúlveda D. (Chile, 2013), en su estudio encontraron que la mayoría de las mujeres estudiadas tenía entre 25,5 y 30,4 años, un 34,5% de ellas, poseía educación media completa. La mayoría, señaló que el reinicio de la actividad sexual post parto (después de los 42 días) se realizó en pleno consenso entre ellas y sus respectivas parejas; solo el 27,5% de las participantes reiniciaron su actividad sexual antes de los 40 días, donde el factor que predominó fue su decisión (34,5 %), seguido por una decisión en conjunto con su pareja (24,1%) y en último lugar el 17,2% refirió que la decisión solo fue de su pareja; además manifestaron que las dificultades para el reinicio de su actividad sexual estaban relacionadas a la liberación de la leche 24,1%, seguido por el dolor en la zona genital 17,2%; y para las mujeres que reiniciaron su actividad sexual, las modificaciones corporales no representaron una molestia al momento de tomar su decisión (11).

De Fátima, y otros (Brasil, 2013), En su estudio encontraron que el motivo principal para que las púerperas todavía no hubiesen reiniciado su actividad sexual, fue el miedo a un nuevo embarazo y que otro factor determinante de esa conducta es el sentir dolor debido a los puntos efectuados en la incisión vulva perineal (episiotomía) o en la herida operatoria cuando son sometidas a una cesárea. Determinaron además, que, hubo predominancia del parto vaginal, y no hubo diferencia entre el tipo de parto y el retorno a las actividades sexuales y cuando les preguntaron sobre los sentimientos despertados con el retorno a las actividades sexuales, las púerperas relataron que practicar el sexo fue algo diferente, y que sentían vergüenza del propio cuerpo (12).

2.2. Teorías

2.2.1. Puerperio

2.2.1.1. Definición

El puerperio es el período de la vida de la mujer que sigue al parto. Comienza después de la expulsión de la placenta y se extiende hasta la recuperación anatómica y fisiológica de la mujer. Es una etapa de transición de duración variable, aproximadamente 6 a 8 semanas, en el que se inician y desarrollan los complejos procesos de la lactancia y de adaptación entre la madre, su hijo/a y su entorno. Durante este período, los órganos y sistemas maternos que sufrieron modificaciones

corporales durante el embarazo y parto, retornan o involucionan en gran medida a las condiciones pregestacionales (11). Aunque se trata de un periodo simple en comparación con el embarazo, el puerperio se caracteriza por muchos cambios fisiológicos. Algunos de ellos pueden representar molestias menores para la nueva madre, pero es posible también que surjan complicaciones graves (13).

2.2.1.2. Clasificación

- El puerperio inmediato, incluye las primeras 24 horas posparto.
- El puerperio temprano, abarca la primera semana posparto.
- El puerperio tardío, incluye el tiempo necesario para la adecuada involución de los órganos genitales y el retorno de la mujer a su condición anterior al embarazo (14).

2.2.1.3. Modificaciones Corporales en el Puerperio

✓ Modificaciones Uterinas

Inmediatamente después de la expulsión de la placenta, el fondo del útero contraído se sitúa casi a nivel de la cicatriz umbilical.

Durante el puerperio inmediato el útero pesa alrededor de 1000 g y se inicia un proceso de desestructuración. Dos días después del parto el útero empieza a involucionar y para la primera semana pesa casi 500g, a las dos semanas alrededor de 300g y ha descendido a la pelvis verdadera. Casi cuatro semanas después del parto recupera su tamaño pregestacional de 100g o menos.

Al principio del puerperio, el desprendimiento del tejido decidua origina secreciones vaginales en cantidad variable denominada "loquios" y consta de eritrocitos, decidua desprendida, células epiteliales y bacterias. Durante los primeros días del parto las secreciones son de color rojo (lochia rubra), sin embargo después de tres o cuatro días los loquios palidecen (lochia serosa) y después del décimo día es de color blanca o amarillenta (lochia alba). Los loquios persisten entre cuatro y ocho semanas después del parto (13).

✓ Modificaciones Cervicales

Durante el parto, el borde externo del cuello uterino, que corresponde el orificio externo se lacera, casi siempre en sus caras laterales. El orificio del cuello uterino se contrae lentamente y durante varios días después del parto es permeable a dos dedos, hacia el final de la primera semana el orificio se cierra. El orificio externo del cuello no recupera en su totalidad el aspecto que tenía antes del embarazo, es un poco más amplio y las laceraciones que posee se vuelven permanentes (13).

✓ Vagina e Introito

Al principio del puerperio, la vagina y el orificio vaginal forman un conducto amplio con paredes uniformes que decrece en tamaño de forma gradual, si bien rara vez alcanza las dimensiones de las nulíparas. Las arrugas reaparecen hacia la tercera semana, pero no son tan notorias como antes, el himen está representado por varias y pequeñas proyecciones de tejido que cicatrizan para formar las carúnculas mirtiformes. El epitelio vaginal empieza a proliferar entre las cuatro y seis semanas, por lo general junto con el reinicio de la producción de estrógeno. Las laceraciones o la distensión del perineo durante el parto pueden provocar relajación del introito vaginal (13).

✓ Modificaciones en las Mamas

Después del parto las mamas empiezan a secretar calostro, un líquido de color amarillo limón, casi siempre puede extraerse del pezón hacia el segundo día del puerperio, en comparación con la leche madura el calostro contiene más minerales y aminoácidos, la secreción persiste durante cinco días y a lo largo de las cuatro semanas siguientes se convierte de manera gradual en leche madura (13).

✓ Modificación en las Vías Urinarias

El traumatismo vesical se vincula de manera estrecha con la duración del trabajo de parto y, hasta cierto grado es un acompañante normal del parto vaginal. En el puerperio la vejiga tiene una mayor capacidad y una insensibilidad relativa a la presión en su interior, por ello son frecuentes la sobre distensión, el vaciamiento

incompleto y el exceso de orina residual. Los uréteres se restablecen en un lapso de dos a ocho semanas después del parto (13).

✓ Modificaciones de la Pared Abdominal

Así como en las mamas, también ocurren cambios en el abdomen. Estos se generan por el crecimiento uterino a medida que el embarazo va progresando y como producto de los cambios hormonales, por el aumento de hormonas como: relaxina, progesterona y estrógeno; esto genera rupturas a nivel de las fibras elásticas de la piel, tomando un color violáceo cuando son recientes para luego tomar color blanco nacarado en los siguientes embarazos; a nivel de la musculatura, puede presentarse diástasis de los rectos, situación en que el músculo recto mayor del abdomen, que se encuentra en la línea media, se separa para dar más espacio al crecimiento fetal , Luego del parto, estos cambios tienden a la regresión, se disminuye la presión que el aumento del volumen uterino generaba sobre la musculatura, quedando ésta de una consistencia laxa, que puede solucionarse mediante actividad física. La presencia de cicatriz por cesárea, tarda el mismo tiempo en cicatrizar que cualquier otra intervención en el abdomen (15).

✓ Modificaciones Hormonales

La disminución de estrógenos contribuye a la aparición de la “tristeza puerperal”, también es responsable del adelgazamiento de las paredes vaginales y de la disminución de lubricación genital.

El aumento de prolactina se relaciona directamente con la disminución de testosterona siendo éste a su vez responsable del deseo sexual. El incremento de oxitocina debido a la succión del recién nacido durante la lactancia puede proporcionar una excitación sexual. Esta sensación puede desconcertar a la mujer y crearle sentimientos de culpa o vergüenza. Los cambios en los genitales, sobre todo tras un parto vaginal con episiotomía o desgarro, suelen crear miedo al dolor ante la reanudación de la relaciones coitales. En estos casos el suelo pélvico sufre una disminución del tono muscular que puede derivar a corto o largo plazo en problemas de incontinencia urinaria (11).

El temor al dolor a veces está relacionado con la experiencia de dolor durante el parto, y la sensación de haber sido examinada muchas veces durante el postparto temprano. Además circulan mitos que refuerzan las expectativas de tener dolor durante las primeras relaciones postparto. En algunos casos efectivamente se presenta dolor (dispareunia) durante las primeras relaciones sexuales, como consecuencia de la episiotomía, y/o por la falta de lubricación de la vagina (por el bajo nivel de los estrógenos). El temor al desempeño sexual se refiere a las dudas que tienen algunas mujeres respecto a si podrán excitarse como antes, si su vagina habrá cambiado o recibirá la penetración igual que antes, si lograrán el orgasmo (cuando lo obtenían antes del parto), si su pareja podrá obtener la misma satisfacción, etc. Ellas sienten que su cuerpo ha tenido una transformación tan intensa que se preguntan si la vida sexual será semejante a la que precedió al embarazo (11).

✓ Modificaciones Psicológicas y Emocionales

Desde la perspectiva psicológica el postparto es una experiencia difícil para las mujeres, debido a las demandas del recién nacido/a y el deseo de cumplir con las funciones maternas de la mejor manera posible, lo que a su vez compite con funciones de la mujer dentro o fuera de la casa, y por la inseguridad que las mujeres tienen frecuentemente acerca de la manera en que deben cumplir estas funciones maternas (11).

✓ Instinto Materno en el Puerperio

Desde los estudios realizados por el padre de la Psicología, Sigmund Freud, se habla de la existencia de dos tipos de instintos: de supervivencia y el sexual. De allí, agrega, provendría el llamado instinto materno, porque se define como la necesidad que tiene la madre de proteger a su cría una vez que se ha dado el parto. El instinto maternal abarca todas aquellas conductas que llevan a cabo las madres, orientadas a no morir; es decir a alimentar, a proteger de la temperatura, a cuidar de daño externo, etc. Vemos cómo a través de la observación de sus hijos los seres humanos logran identificar las necesidades de sus bebés y dan cuenta de una condición psíquica del ser humano que les permite relacionarse con su bebé, es lo que llamamos vínculo; el cual se fortalece con el pasar del tiempo. El instinto materno es una condición humana que toda mujer desarrolla, que tiene como base

las enseñanzas y aprendizajes dados por una cultura, y es por ello que esta se puede llegar o no a desarrollar (16).

2.2.2. Actividad Sexual y Sexualidad

2.2.2.1. Definición

La actividad sexual es una expresión conductual de la sexualidad personal donde el componente erótico de la sexualidad es el más evidente. La actividad sexual se caracteriza por los comportamientos que buscan erotismo y es sinónimo de comportamiento sexual (17).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) "la sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (3).

Escobar (2008), define a la sexualidad como un conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológico-afectivas del mundo animal que caracterizan cada sexo, además de ser el conjunto de fenómenos emocionales y de conducta relacionados con el sexo, que marcan de manera decisiva al ser humano en todas las fases de su desarrollo (18).

Arcila (2003), por su parte define a la sexualidad humana como "el conjunto de condiciones estructurales, fisiológicas, comportamentales y socioculturales que permiten el ejercicio de la función sexual humana" y define Función Sexual Humana como "la función consciente y condicionada por la cultura que se ha derivado filogénicamente de la función reproductora, pero que es ejercida en primer lugar de

modo placentero o lúdico (función erótica) y secundariamente de modo reproductor, mediante el uso de zonas corporales de especial sensibilidad”. Además refiere que la definición anterior muestra dos condiciones fundamentales de la sexualidad humana, la primera de ellas es su carácter consciente, siendo la persona quien decide ejercerla o no, y en qué momentos, independiente de ciclos hormonales o reproductivos; esta segunda definición hace referencia a su finalidad placentera. La función erótica no solo ofrece una distracción de las preocupaciones, sino también enriquece el espíritu, ensancha el conocimiento y estimula el pacifismo y la creatividad, refiere además que las vivencias sexuales gratificantes están directamente relacionadas con el bienestar y la calidad de vida (19).

Herrera (2012), propone que la sexualidad es un sistema de la vida humana que se compone de cuatro características, éstas interactúan entre sí y con otros sistemas en todos los niveles del conocimiento, en particular en los niveles biológico, psicológico y social. Las características son: el erotismo, la vinculación afectiva, la reproductividad y el sexo genético (Genotipo) y físico (Fenotipo).

- El erotismo es la capacidad de sentir placer a través de la respuesta sexual, es decir a través del deseo sexual, la excitación sexual y el orgasmo.
- La vinculación afectiva es la capacidad de desarrollar y establecer relaciones interpersonales significativas (el amor).
- La reproductividad es más que la capacidad de tener hijos y criarlos, incluye efectivamente los sentimientos y actitudes de maternidad y paternidad, además de las actitudes favorecedoras del desarrollo y educación de otros seres (20).

2.2.2.2. Respuesta Sexual

La respuesta sexual humana es una función compleja que involucra factores biológicos, psicológicos, afectivos y socioculturales.

Castelo (2005), cita en su libro la investigación de los esposos Masters y Johnson, realizada en 1972, la cual proporcionó el conocimiento actual sobre la respuesta sexual femenina, que dividieron en cuatro fases distintas y secuenciales: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Cada una de éstas se caracteriza por cambios específicos en las mamas, los genitales externos e internos y la vagina (21).

✓ Fase de Deseo

Es difícil cuantificar la cantidad de deseo que experimenta una persona, por ser un dato subjetivo, este puede reflejarse con la búsqueda intencionada de contacto sexual, con la presencia de pensamientos y fantasías sexuales, la lubricación, etc. En estas mujeres, el interés sexual, puede verse afectado de diversas maneras según el tipo relación que lleve (21).

✓ Fase de Excitación

En esta fase, se produce un aumento del tamaño de las mamas por ingurgitación y vasocongestión, erección de los pezones, crecimiento del clítoris y apertura de los labios mayores y menores. La vagina comienza a lubricarse, aumenta su tamaño y se distiende. El útero y el cérvix se elevan sobre la pelvis para dejar el espacio necesario para el pene. La lubricación depende de la exudación de líquido de las venas dilatadas y congestivas que tapizan las paredes vaginales (21).

✓ Fase de Meseta

Los cambios físicos de esta fase son una continuación e intensificación de los de la fase de excitación. Las mamas aumentan su tamaño, así como las areolas. El tercio externo de la vagina muestra una congestión sanguínea marcada que produce disminución en su diámetro, formándose así lo que estos autores denominan "plataforma orgásmica" (Masters y Johnson, 1972). El clítoris se retrae, los músculos de todo el cuerpo se tensan, las pupilas se dilatan y se produce una sensación de vacío a medida que el orgasmo se avecina (21).

✓ Fase Orgásmica

Se logra a través de la estimulación directa o indirecta del clítoris. Durante el orgasmo, la parte más externa y congestiva de la vagina se contrae fuertemente y a intervalos regulares de 0,8 segundos. El número de contracciones de la plataforma orgásmica varía de mujer a mujer y en cada una de las experiencias individual. El útero también se contrae a intervalos regulares. Se observa también una mayor retracción del clítoris, el cierre del esfínter anal, la retracción de los dedos y un aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria. El orgasmo suele durar entre 10 y

15 segundos y durante el mismo no es infrecuente la pérdida de orina en la embarazada, como la eyección láctea en la puérpera que amamanta (21).

✓ Fase de Resolución

Después del orgasmo se observa un momento de calma y relajación. En esta fase se invierte las alteraciones anatómicas y fisiológicas que ocurrieron durante las fases anteriores.

En las mujeres, las contracciones musculares del orgasmo extraen la sangre de la vagina, lo que provoca la desaparición de la "plataforma orgásmica". El útero retorna a su posición de reposo, desaparece la coloración de los labios y, tanto la vagina como el clítoris, reducen su tamaño y vuelven a su posición habitual (21).

2.2.3 Actividad Sexual en el Puerperio

No hay reglas basadas en pruebas a cerca del reinicio del coito después del parto, lo mejor parece ser recurrir al sentido común. Después de dos semanas se puede reiniciar el coito, con base en el deseo y la comodidad. El coito demasiado pronto puede ser desagradable y doloroso, por la cicatrización incompleta de la episiotomía o las laceraciones. Más aun el epitelio vaginal es delgado y hay muy poca lubricación después de la estimulación sexual. Es posible que esto se deba al estado hipoestrogénico consecutivo al parto y que dura hasta que se reinicia la ovulación, puede ser problemático en mujeres que amamantan (13).

Es por esto, que el reinicio de la actividad sexual significa una fuente de tensión para la mujer durante las primeras semanas, principalmente por el hecho de no sentirse preparada para esta etapa. Esto se describe a través de diferentes factores, dentro de los que destacan: cambios en los niveles hormonales, cambios emocionales, tiempo dedicado al cuidado de el/la recién nacido/a, falta de sueño y cansancio. Además este temor está relacionado también con la realización de episiotomía durante el parto, inconformidad con su cuerpo, sintiéndose poco atractiva, y factores propios del acto sexual, como: temor al desempeño sexual y dolor que se asocia a la experiencia del parto y del embarazo (11).

Estas percepciones que las mujeres poseen sobre sus cuerpos en el postparto están ligados a ideologías del cuerpo biológico, ya que las mujeres se sienten incómodas con sus cuerpos, lo que les afecta a la autoestima, autoimagen, sexualidad y relación con su pareja. La percepción sobre el cuerpo en el puerperio está relacionada con la forma en que cada mujer acepta los cambios físicos, frente a la subjetividad, relaciones y cultura de la misma (9).

La influencia de estos factores se verá reducida cuando exista una colaboración de tres partes: la mujer, la pareja y el/la profesional de salud. Por parte de la pareja se encuentra la posibilidad de apoyar a la mujer, aunque no sepa cómo, pudiendo partir de un hecho tan simple y a la vez tan importante como es el acompañarla durante el parto, que se ha observado, genera que la comprensión hacia la mujer sea mayor. Y por su parte, el/la profesional de salud debe brindar confianza a la pareja (hombre y mujer), mediante apoyo, orientación y prevención en esta área, a través del abordar estos temas en presencia de ambos, fomentando la comunicación y el intercambio de sentimientos que faciliten el retorno a la actividad sexual (11).

2.2.4. Satisfacción Sexual

La satisfacción sexual constituye un componente subjetivo y psicológico fundamental en la experiencia sexual de la mujer, cuya naturaleza y relación con otros aspectos ha sido muy poco estudiada. La presencia de sentimientos de culpa y castigo a su propia sexualidad es consecuencia de un tipo de educación censora que no aprueba la sexualidad general y que se acentúa particularmente en este periodo, especialmente si se producen síntomas que lo justifiquen. De hecho, no todas las mujeres y sus parejas, ni todos los ambientes educativos, aceptan la actividad placentera del coito a la vez de su consecuencia fisiológica. Es preciso señalar que el cambio de una actividad sexual a otra, priva a la mujer del coito pero no de otras formas de actividad erótica con su pareja. La historia íntima de cualquier pareja contiene, sin lugar a dudas, alguna forma de actividad placentera sustituta durante los lapsos de inactividad coital justificada por alteraciones o prescripción médica durante estos meses (9).

2.2.5. Factores Físicos que Influyen en el Reinicio de Actividad Sexual

2.2.5.1. Tipo de Parto

- Parto Distócico

La distocia se refiere siempre a un problema que impide que se produzca el parto normal o eutócico. Los partos distócicos pueden ser a su vez partos instrumentales (vacuo o ventosa, fórceps o espátulas) o quirúrgicos (cesárea). Dependiendo de la situación del parto se utilizará un instrumento u otro si se produce el parto vaginal o un parto por cesárea cuando no hay posibilidad de un parto vaginal (22).

- Cesárea

La operación cesárea tiene por objetivo la extracción del feto a través de la incisión de las paredes del abdomen y del útero, su frecuencia es muy variable, las cifras más altas se registran en centros especializados de alta complejidad y concentración de patologías. Las indicaciones para cesárea pueden ser absolutas o relativas (1).

En las indicaciones absolutas se puede mencionar la desproporción fetopélvica, la placenta previa oclusiva, la inminencia de rotura uterina, la rotura uterina, la presentación pelviana, etc. Son los casos en los cuales la cesárea es la única técnica a tener en cuenta como la terminación del parto; las indicaciones relativas son aquellas en que se elige la cesárea como mejor alternativa en circunstancias en la que se plantea también alguna otra opción (1).

2.2.5.2. Episiotomía, Laceraciones y Desgarros

Existen varios aspectos que pueden ocurrir en las etapas del parto y pueden llegar a modificar la anatomía del piso pélvico de la mujer, alteraciones producidas ya sea por el feto en su descenso como los desgarros del canal del parto o intervenciones realizadas por la persona que brinda la atención del parto como la episiotomía el parto instrumentado o hasta la cesárea, estas modificaciones junto con otros aspectos del postparto podrían alterar o no la función sexual de la mujer (8).

1) Episiotomía

Consiste en la sección perineo vaginal realizada en el sentido medio lateral o en la línea media. Se realiza para evitar desgarros importantes cuando la cabeza fetal coronando distiende excesivamente el periné sin ceder a la dilatación necesaria para su salida, este procedimiento no debe practicarse como una rutina (1). La episiotomía está íntimamente ligado a la dispareunia.

2) Laceraciones del conducto del parto

Se cree que la genitalidad, aunque no es primordial para la función sexual, puede afectar su ejercicio dada la frecuencia del uso del coito vaginal y sin duda las alteraciones anatómicas que se pueden producir en el parto vaginal ponen en tela de duda su verdadera intervención en este tópico. Por lo tanto, esto explica los aspectos básicos de las laceraciones del conducto del parto.

✓ Desgarros Vaginales

Es una solución de continuidad en la pared vaginal que se produce durante el período expulsivo y pueden ser de forma longitudinal o transversal. Suelen ser desgarros del tercio medio y/o inferior de vagina; los desgarros del tercio superior de vagina son más raros, y casi siempre se dan a partir de desgarros del cuello prolongados hacia abajo (13).

✓ Desgarros Vulvares

Los desgarros vulvares se producen a nivel de los labios y de la región del clítoris. Cuando se afecta el clítoris o procesos varicosos vulvares, la hemorragia es de mayor intensidad; sin embargo, las lesiones de los labios suelen ser superficiales y discretamente hemorrágicas. Su etiología incluye los partos instrumentados y precipitados, pero la causa principal suele ser la protección forzada del periné para evitar la episiotomía (13).

✓ Desgarros Perineales

Se producen por una sobredistensión mecánica del periné, por la presión de la cabeza fetal, de los hombros o por el efecto instrumental del fórceps o ventosa. Son factores condicionantes los tejidos fibrosos de las primíparas añosas, las cicatrices anteriores, la hipoplasia perineal, la pelvis estrecha con un ángulo muy agudo y las variedades occipito-sacras, que se desprenden en orientación posterior con mayor distensión del periné. La protección del periné durante el segundo período del trabajo de parto ha sido recomendada. Sin embargo son muy comunes los desgarros a nivel de periné (1) .

En un seguimiento realizado durante el año 2008, se señaló que las mujeres con desgarro de esfínter anal en el momento del parto presentaban reducción de la actividad sexual a los seis meses, además en las pacientes en que se mantuvo el perineo intacto referían un desempeño sexual más apropiado en comparación con quienes sufrieron traumatismo perineal (13).

2.2.5.3. Dolor

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor definió a éste como "una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial". La percepción del dolor consta de un sistema neuronal sensitivo (nocioceptores) y unas vías nerviosas aferentes que responden a estímulos nociocéptivos tisulares; la nociocépción puede estar influida por otros factores (p.ej. psicólogos).

La mayoría de las mujeres experimentan cierto grado de dolor o incomodidad a corto plazo tras un parto vaginal y aún más en aquellas con un parto abdominal (cesárea).

Entre los factores que se relacionan con una mayor tolerancia al dolor se encuentran la edad, el nivel educativo de la mujer y las experiencias previas de partos anteriores. Situaciones tales como el estrés, la ansiedad, la depresión o el tipo de personalidad pueden modificar los umbrales de tolerancia al dolor (9).

2.2.5.4. Dispareunia

Se define como dolor genital persistente o recurrente que se produce justo antes, durante o después del coito. Las causas por las que se genera pueden ser físicas: por falta de lubricación, trastornos del introito vaginal, irritación, infección, atrofia

vaginal, cicatrices o lesiones de procedimientos anteriores. Así como también existen causas emocionales, una de las más comunes es la falta de excitación, lo que origina que no exista una buena lubricación vaginal ni una relajación muscular adecuada para favorecer la penetración; también influyen factores como el miedo al embarazo, una educación sexual pobre o un alto nivel de estrés o ansiedad (23).

La dispareunia después del parto es un padecimiento frecuente, ocasionado principalmente por problemas obstétricos y ginecológicos, que influye negativamente en la calidad de vida de las mujeres. El parto instrumentado y la extensión del desgarramiento son factores predictivos del dolor perineal después del parto y por lo general afecta a la vida sexual de la mujer. Algunos investigadores han documentado la asociación entre la episiotomía y la dispareunia, incluso seis meses después del parto. La dehiscencia y la infección de la episiorrafia pueden provocar un mayor riesgo de dispareunia, al igual que la estrechez del introito vaginal como consecuencia de una mala reparación de la episiorrafia. Otro elemento asociado con la dispareunia es la disminución de los niveles de estrógeno ocasionada por la lactancia materna. Se han observado niveles hormonales bajos hasta seis meses después del parto, lo que puede producir resequedad en la vagina, adelgazamiento de la pared vaginal, irritación de la mucosa durante la relación sexual y pérdida de la libido (24)

- Dolor por Suturas en Perineo

La técnica de sutura continua para el cierre perineal ya sea por reparación de desgarramiento o episiorrafía; comparado con métodos interrumpidos, está asociada a menor dolor a corto plazo. Además, si la técnica continua es usada para todo (vagina, musculo perineal y piel) comparando con la usada solo en piel, la reducción del dolor es aún mayor (25).

Aunque está claro que la episiotomía y las laceraciones severas tienen un efecto perjudicial sobre la función y la actividad sexual postparto, es difícil desentrañar entre sí las influencias por separado del trauma perineal, la episiotomía, y el parto operatorio. La necesidad de un parto vaginal operatorio puede reflejar una característica de la pelvis materna o del piso pélvico o del proceso del trabajo de parto, lo que a su vez puede tener una influencia independiente sobre la salud

sexual postparto. Las tendencias temporales y geográficas en el uso y método preferido de parto vaginal operatorio también pueden dar lugar a diversos resultados con respecto al efecto sobre el trauma en el piso pélvico y la función sexual (10).

2.2.6. Factores Emocionales que Influyen en el Reinicio de la Actividad Sexual

Entre los factores emocionales que interfieren con el reinicio de la actividad sexual en el puerperio se citan los siguientes:

2.2.6.1. Miedo

El miedo se define como recelo o aprensión que alguien tiene de que le suceda algo contrario a lo que desea (26).

Durante el reinicio de la actividad sexual el miedo puede estar presente y estar asociado con: la cicatrización externa de la región perineal que fue episiotomizada y suturada, la cicatrización interna uterina, y con la posibilidad de una nueva gestación. Estos miedos pueden estar asociados a experiencias vividas o escuchadas de otras personas (6).

2.2.6.2. Preocupación

Está definida como ocuparse antes o anticipadamente de algo (26).

Las preocupaciones presentes en la vida sexual de las mujeres están relacionadas con los cuidados que los bebés demandan, con la presencia del bebé en el cuarto durante la relación y con la satisfacción del compañero (6).

2.2.6.3. Depresión

Muchas mujeres padecen cierto grado de depresión durante algunos días después del parto. Es probable que la denominada depresión posparto sea producto de varios factores, entre ellos el decaimiento emocional posterior a la excitación y los temores experimentados durante el embarazo y el parto, las molestias del puerperio inmediato, la fatiga por la privación del sueño, la ansiedad en cuanto a la capacidad de proveer atención adecuada al lactante, y las preocupaciones por la imagen

corporal. La depresión posparto mayor recurre en al menos 25% de las mujeres en embarazos posteriores (13).

✓ Depresión por el Cambio en la Imagen Corporal

Las alteraciones corporales que se suceden a lo largo del embarazo se asocian, a veces, a sentimientos de pérdida de la autoestima debido a percepciones subjetivas de ser poco atractivas físicamente e incapaces de seducir (12).

Frecuentemente también subsiste la idea de irreversibilidad relativa a la imagen corporal anterior al embarazo. Comúnmente el ajuste biológico ocurre entre las primeras seis a ocho semanas después del parto, sin embargo el retorno a la imagen corporal anterior al embarazo raramente ocurre durante ese período, culminando, muchas veces, con una evolución negativa de la imagen corporal y de la relación conyugal de las mujeres. La mujer puede sentirse menos atractiva, en el período posparto, con evidente baja estima, lo que interfiere negativamente en su sexualidad, ya que tiene la percepción de su cuerpo en el posparto asociada a la ideología del cuerpo biológico, elogiada y valorizada por la sociedad de consumo (12).

Correa y Sepúlveda (2013), refieren que: la adaptación psicológica es un proceso fundamental que al cumplirse completamente, propicia el desenvolvimiento armónico del individuo en el ambiente y en la sociedad en que se desenvuelve. Es durante el embarazo y puerperio donde esta capacidad adaptativa cumple un rol fundamental ya que determinará la mantención, enaltecimiento o decaída de la autoestima de la mujer durante los períodos de embarazo y post-parto (11).

2.2.6.4. Relación con la Pareja

En el periodo post-parto, la relación con la pareja puede sufrir cambios, especialmente después del primer parto. Una de las dificultades que pudieran generarse es la aparición de celos por parte del padre, quien reclama a la mujer porque el/la niño/a ocupa todo su tiempo y lo hace sentirse desplazado a un segundo lugar. Las mujeres, en general, consideran inevitable su preocupación centrada en el/la hijo/a y esta doble exigencia afectiva puede ser fuente de tensión en la relación de pareja (11).

En general, en la vida de la mujer se producen cambios importantes en el plano emocional y cambios en los intereses y prioridades. Durante las primeras semanas la madre tiende a tener su atención centrada en su hijo o hija y difícilmente cambia su foco de atención a otros temas. Es aquí donde cobra importancia el modo en que la pareja afronte este cambio de atención, cuando el padre se siente involucrado en la atención del niño/a y participa en los cuidados y manifestaciones de afecto y alegría, se constituye en un estímulo para la mujer y hace más fáciles los cambios que se producen en la relación (11).

La comprensión de la pareja acerca de la vulnerabilidad de las mujeres en lo sexual en el primer período después del parto, junto con la puesta en común de determinados aspectos de la nueva familia, juegan un papel esencial en la recuperación gradual de una vida serena sexual, tal vez diferente a la anterior en el tiempo y forma, pero sin duda reforzada por el conocimiento del papel de los nuevos padres (27).

Por su parte, los hombres tienen a veces temor a que su pareja haya cambiado sexualmente, y a que su desinterés sexual sea algo más permanente. Muchos hombres comprenden la situación de la mujer en esta etapa y tienen la disposición de apoyarla, aun cuando a veces no sepan cómo hacerlo. Se ha observado que los hombres que participan en el parto generalmente son más comprensivos con la mujer, probablemente porque se dan cuenta de la intensidad física y emocional de la experiencia. Sin embargo, se produce una situación difícil cuando el hombre no entiende las dificultades y presiona a la mujer, llegando en casos extremos a la amenaza de buscarse otra mujer si ella se niega a reiniciar su actividad sexual. (11).

2.3. Hipótesis

Ha: Los factores físicos y emocionales influyen significativamente en el reinicio de la actividad sexual en puérperas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, Cajamarca. 2016

Ho: Los factores físicos y emocionales no influyen en el reinicio de la actividad sexual en puérperas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, Cajamarca. 2016

2.4. Variables

2.4.1. Variable independiente

- Factores físicos y emocionales.

2.4.2. Variable dependiente

- Actividad sexual.

2.5. Definición conceptual y operacionalización de variables

Tipo de variable	Dimensiones	Indicadores	- Items	Escala
Variable independiente: Factores físicos y emocionales.	Factores físicos: concierne a la constitución corpórea natural de la puérpera (25)	Tipo de parto	- Vaginal - Abdominal	Nominal
		Desgarro	- Si - No	Nominal
		Episiotomía	- Si - No	Nominal
		Dispareunia	- Si - No	Nominal
	Factores emocionales: referente a las expresiones psicológicas y biológicas de los estados mentales de la puérpera (25).	Percepción del cambio corporal	- Si - No	Nominal
		Depresión	- Presente - Ausente	Nominal
		Autoestima	- Baja - Media - Alta	Nominal
Variable dependiente: Actividad sexual: es una expresión conductual de la sexualidad de la puérpera (16).	Reinicio de la actividad sexual	- Si - No	Nominal	
	Razón del reinicio de la actividad sexual en el puerperio	- Presión de la pareja - Obligación - Voluntad	Nominal	
	Razón del no reinicio de la actividad sexual en el puerperio	- Dolor - Miedo - Vergüenza - Falta de deseo	Nominal	
	Tiempo de reinicio de la actividad sexual en el puerperio.	- Semana 1° - Semana 2° - Semana 3° - Semana 4° - Semana 5° - Semana 6°	Ordinal	
	Siente placer en su actividad sexual	- Si - No	Nominal	

CAPÍTULO III

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

3.1. Diseño y Tipo de Estudio

El diseño de la presente investigación es no experimental de corte transversal de tipo descriptivo, analítico y correlacional; de naturaleza prospectiva.

- No experimental porque no se manipuló deliberadamente ninguna variable.
- De corte transversal porque se analizó cuál es el estado de cada una de las variables en un momento dado.
- Descriptivo porque se analizó cada una de las variables: factores físicos y emocionales que afectan el reinicio de la actividad sexual.
- Analítico porque estuvo dirigido a contestar cuál es la causa de determinados fenómenos.
- Correlacional porque estableció una relación entre algunos factores físicos y emocionales y el reinicio de la actividad sexual durante el puerperio.
- Prospectivo porque se obtuvieron los resultados conforme fueron sucediendo los hechos.

3.2. Área de estudio y población

El estudio se realizó en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, ubicado en el Distrito de Cajamarca, provincia de Cajamarca, y departamento de Cajamarca es la ciudad más importante de la sierra norte de Perú. El distrito de Cajamarca está ubicado en la zona nor andina del Perú, entre los paralelos 4° 30' y 7° 30' de latitud sur y los meridianos 77° 47' y 79° 20' de longitud oeste a 856 kilómetros de la capital del país "Lima", a una altitud de 2720 000 msnm y cuenta con una temperatura media anual de 18.9°C.

La población estuvo constituida por todas las púerperas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, pertenecientes a su jurisdicción, en los meses de enero a noviembre del año 2015, que según registro obstétrico es de 382 púerperas.

$$N = 382$$

3.3. Muestra

La muestra se obtuvo teniendo en cuenta los criterios de inclusión considerando el muestreo aleatorio simple.

3.3.1. Tamaño de la Muestra

El tamaño de la muestra se calculó para estimar la proporción de puérperas que reinician su actividad sexual precozmente ($P=0.50$) con una confianza del 95% y una precisión en la estimación del 5% y se calculó teniendo en cuenta la siguiente fórmula:

$$n \geq \frac{NZ^2PQ}{d^2N + Z^2PQ}$$

$$n \geq \frac{(382)(1.96)^2(0.8)(0.2)}{0.07^2(382) + 1.96^2(0.8)(0.2)}$$

$$n \geq 94$$

Donde:

N= Tamaño de la población

n = tamaño de muestra

Z= 1.96 (nivel de confianza)

P= 0.8 (proporción de puérperas con reinicio de su actividad sexual precozmente)

Q= 0.2 (Proporción de puérperas con reinicio de actividad sexual tardíamente)

D= 0.07 (margen de error)

3.4. Unidad de Análisis

La unidad de análisis del presente estudio estuvo constituida por cada una de las puérperas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar durante los meses de enero a noviembre del 2015.

3.5. Criterios

- ❖ De inclusión
 - Puérpera atendida en el centro materno perinatal Simón Bolívar
 - Estar en uso completo de facultades mentales.
 - Aceptar voluntariamente ser parte de la muestra del presente estudio.
 - Puérpera con pareja estable.
- ❖ De exclusión.
 - Puérperas de otros centros de salud.
 - Puérperas con residencia en zona rural.

3.6. Consideraciones éticas

En esta investigación primó los siguientes criterios éticos:

- **Autonomía:** En la investigación fue prioridad las opiniones vertidas por las puérperas.
- **No maleficencia:** La información se obtuvo sin lucro personal, ni tampoco para ser usado en contra de alguna persona.
- **Consentimiento informado:** Luego que las puérperas fueron informadas de forma clara y precisa del propósito y modalidad de la investigación, se emitió su autorización firmada en el documento de consentimiento informado.
- **Privacidad:** Se respetó el anonimato de la puérpera desde el momento en que se inicie la investigación hasta la conclusión de esta.
- **Confidencialidad:** La información obtenida de cada puérpera no podrá ser revelada, utilizándose solo para fines de investigación

3.7. Procedimiento, Técnica e instrumento de recolección de datos

Para la realización de la presente investigación se siguió los siguientes pasos:

- 1) Se solicitó el permiso al director del Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, así como al jefe de Servicio del área de Obstetricia para la obtención de datos referente a las mujeres que fueron sido atendidas en dicho centro, para obtener la dirección domiciliaria, la fecha de parto y otros datos utilizables en el estudio.
- 2) En una segunda etapa se realizó la visita domiciliaria a cada una de la puérperas que cumplieron con los criterios de inclusión de la investigación, a las que se les informó de la finalidad de la investigación solicitándoles su apoyo y firma en el consentimiento informado.
- 3) Se procedió al recojo de la información correspondiente.

La técnica a utilizada fue la encuesta y como instrumentos se utilizó:

- Una ficha de recolección de datos en donde se consignó información para caracterizar a la puérpera social y culturalmente, como edad, grado de instrucción, estado civil, procedencia, ocupación, religión.
- Escala de Rosenberg, para determinar el nivel de autoestima de puérpera la misma que consta de diez preguntas que son valoradas de uno a cuatro puntos y permiten obtener una puntuación mínima de 10 y máxima de 40 puntos. De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.
 - o De 30 a 40 puntos: autoestima elevada considerada normal
 - o De 26 a 29 puntos: autoestima media, no presenta problemas graves.
 - o Menos de 25 puntos: Autoestima baja, existen problemas significativos.
- Escala La escala de autoevaluación para la depresión de Zung: es una encuesta corta que se auto administra para valorar que tan deprimido se encuentra un paciente. Hay diez preguntas elaboradas de forma positiva, y otras diez, de

forma negativa. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4 (poco tiempo, algo de tiempo, una Buena parte del tiempo, y la mayor parte del tiempo). El rango de calificación es de 20-80. según resultados tenemos:

- 25-49 rango normal
 - 50-59 Ligeramente deprimido
 - 60-69 Moderadamente deprimido
 - 70 o más, Severamente deprimido
- Test del funcionamiento sexual para mujeres el cual valora el placer, deseo y la frecuencia, el deseo y el interés, la excitación y el orgasmo, asignándoles una puntuación del 1 al 5 los cuales se suman para obtener como resultado final un puntaje de 14 a 72 puntos.

Si se obtiene un puntaje por debajo de la tasa de corte (los números que están en negrita) en alguna de las escalas indicará que puede estar padeciendo alguna disfunción sexual:

- | | |
|---------------------------------------|------------------------------|
| - Puntaje total para el cuestionario: | 42 (rango de 14 a 70) |
| - Placer sexual: | 4 (rango de 1 a 5) |
| - Deseo sexual/frecuencia: | 6 (rango de 2 a 10) |
| - Deseo sexual/interés: | 9 (rango de 3 a 15) |
| - Excitación/lubricación: | 12 (rango de 5 a 25) |
| - Orgasmo: | 11 (rango de 3 a 15) |

Las escalas a utilizar han sido ya valoradas en investigaciones anteriores desde su aparición, por generar resultados confiables.

3.8. Procesamiento y Análisis de Datos.

3.8.1. Procesamiento

Una vez transcrita la información fue codificada para su almacenamiento en la base de datos del paquete EXCEL, para luego ser procesado en el software estadístico SPSS v 21. Para Windows.

Los resultados obtenidos fueron vaciados y presentados en tablas estadísticas simples y de contingencia, para el análisis estadístico respectivo.

3.8.2. Análisis de datos

Para la interpretación y análisis de datos de la siguiente manera:

- Fase Descriptiva. Consistente en describir los resultados de la relación entre los factores físicos y emocionales y el reinicio de la actividad sexual en el puerperio.
- Fase Inferencial. Realizada para determinar la confiabilidad con que los resultados observados en la muestra se presentan también en la población correspondiente.

3.9. Control de Calidad de Datos

La calidad y confiabilidad de la información se determinó de la siguiente manera:

Prueba de operatividad y funcionalidad de los instrumentos de recolección de datos en base de una prueba piloto realizada en 10 puérperas.

Se asume un 95 % de confiabilidad en la recolección de datos ya que la información será recogida por la investigadora.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. Caracterización sociocultural de las puérperas de la muestra

Tabla 01: Características socioculturales de las Puérperas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2015

Edad	n°	%
15-19 años	14	14,9
20-24 años	36	38,3
25-29 años	26	27,7
30-34 años	10	10,6
35-39 años	6	6,4
40+ años	2	2,1
Grado de instrucción	n°	%
Primaria incompleta	3	3,2
Primaria completa	2	2,1
Secundaria incompleta	17	18,1
Secundaria completa	33	35,1
Superior técnico	20	21,3
Superior universitaria	19	20,2
Estado civil	n°	%
Casada	19	20,2
Conviviente	75	79,8
Religión	n°	%
Católica	70	74,5
No católica	24	25,5
Total	94	100,0

Fuente: datos recolectados por la autora

En cuanto a los datos sobre edad, se obtuvo que, el mayor porcentaje de puérperas perteneció al grupo etáreo de 20-24 años con 38,3%; seguido del 27,7% de puérperas pertenecientes al grupo de 25-29 años. Un significativo 14,9% fueron adolescentes (15-19 años) mientras que solamente el 8,5% fueron mayores de 35 años. Correa y Sepúlveda encontraron que la mayoría de mujeres que estudiaron tenían entre 25.5 y 30.4 años (11), coincidiendo con los grupos encontrados en este estudio.

La edad cobra importancia ya que aquellas mujeres en edades óptimas de procrear, son más maduras no solo fisiológicamente sino también emocionalmente, hecho que permitirá en un determinado momento tomar una decisión sobre el inicio de las relaciones sexuales en el post parto; en cambio las adolescentes probablemente estarán más sujetas a la decisión de su pareja, mermando su integridad física y emocional; las mujeres mayores también podrán manejar satisfactoriamente el reinicio de su actividad sexual.

ENDES 2013, refirió que en cuanto a la procreación un 2,0% inicia la procreación a los 15 años, llegando hasta el 30,2% en las de 19 años. En el Perú el porcentaje de adolescentes que son madres o están embarazadas es 13,9%, de éstas el 10,5 % son madres y el 3,5% están gestando por primera vez. Aguilar y otros refieren en su estudio que; la madre adolescente primípara presenta constantes cambios físicos, psicológicos y sociales, que se encuentran relacionadas con su propia etapa de desarrollo y que se caracterizan por aspectos vinculados a un proceso de madurez que aún no se encuentra completo tanto física y emocionalmente, afrontando una maternidad precoz, lo que hace que exista escaso conocimiento acerca de su propio cuidado (28).

Respecto al grado de instrucción se observa que un 35,1% registra haber concluido sus estudios secundarios, siendo solo un 2,1% puérperas que tienen primaria incompleta. Según el INEI Para el año 2011, la población de 25 y más años de edad logró obtener como promedio 9,8 años de estudio, siendo ligeramente mayor al registrado en el 2002 que fue de 9,2 años. En el área urbana, los hombres obtienen como promedio 10,9 años y las mujeres 10,3 años de escolaridad (29).

La educación y la salud se encuentran íntimamente relacionadas puesto que una mujer educada tiene mayor facilidad de adquirir conocimiento, y que este sea aplicado en su día a día, mejorando así su calidad de vida y la de su familia, además de conocer y hacer valer sus derechos como madre, esposa y sobre todo como mujer, evitando posibles abusos de parte de la pareja y mejorando su vida en relación al ámbito sexual.

Se evidencia, en cuanto al estado civil que, un 79,8% de la población convive con su pareja mientras que un 20,2% de la población es casada. Correa y Sepúlveda, encontró que, el 62,1% de mujeres refería que su estado civil era de conviviente y un 37,9% refería encontrarse casada (11); obteniendo resultados similares en cuanto a un mayor número de parejas convivientes.

En los últimos años en la sociedad peruana se ha visto un incremento mayor en cuanto al número de parejas convivientes, ya que cada vez son menos parejas las que recurren al contrato del matrimonio para formalizar su situación ante la sociedad civil. De 17,6% de personas que vivían en unión de hecho en el año 2004, se incrementó a 20,4% en el año 2013. En tanto que la condición de casada/o disminuyó de 30,8% en el año 2004 a 28,1% en el año 2013. Esta característica es similar en las áreas urbana y rural (30).

El elevado porcentaje de convivientes se puede deber a que hoy en día no se requiere un acuerdo matrimonial para validar sus derechos civiles como pareja ante la sociedad, se suma a ello el engorroso y lento trámite que hay que seguir cuando uno o ambos miembros del matrimonio pide la disolución de este. En muchos casos es la mujer normalmente quien sueña y tienen la ilusión de ser una mujer casada, pero los varones generalmente son quienes huyen o evitan dicha situación, razón por la que aumenta el estado de convivencia, así mismo, puede existir también una actitud de individualismo y falta de compromiso por alguna de las dos partes, que conlleva a que un matrimonio no se genere. De otra parte en la actualidad, la mujer es la que, muchas veces, decide el estado de convivencia.

En cuanto a la religión se obtuvo que, el 74,5% de puérperas pertenecen a la religión católica y un 25,5% son no católicos. Estos datos coinciden con los registrados en el último censo nacional (31), en donde la mayor parte de la población se identificaba como católica (81,3%); seguida en número de fieles por las iglesias evangélicas (12,5%).

Muchas veces la religión impide la libertad y la diversidad sexual reprimiendo los deseos y la satisfacción sexual tanto del hombre como de la mujer pudiéndose alterar el vínculo entre la pareja. Existen muchas religiones que fortalecen conceptos restrictivos sobre la moral sexual además de tachar los actos como pecaminosos obstaculizando así el aprendizaje y la aplicación de los derechos sexuales de cada uno.

4.2. Determinación de algunos antecedentes Obstétricos de las puérperas de la muestra

Tabla 02: Antecedentes obstétricos de las puérperas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2015

Tipo de Parto	n°	%
Parto vaginal eutócico	76	80,9
Parto vaginal distócico	12	12,8
Parto por cesárea	6	6,4
Paridad	n°	%
Primíparas	61	64,9
Secundíparas	24	25,5
Múltiparas	9	9,6
Total	94	100,0

Fuente: datos recolectados por la autora

Se obtuvo sobre el tipo de parto que, el 80,9% de las puérperas tuvieron un parto vaginal eutócico siendo este el porcentaje más alto, mientras que un 12,08% tuvo un parto vaginal distócico y un 6,4% un parto por cesárea.

Estos resultados coinciden también con los estudios realizados por De Fátima y otros quienes encontraron una mayor predominancia de parto vaginal (12); difieren de ello Correa y Sepúlveda quienes en su estudio encontraron que del total de mujeres que participaron, un 59% se les practicó cesárea, y un 41% fueron partos eutócicos (11); Por otro lado Ortiz, García y Coldeforns mencionaron que existe un deterioro mayor de la sexualidad en aquellas mujeres que tuvieron un parto abdominal o también llamado cesárea (32).

El tipo de parto puede influir de manera ventajosa o no el reinicio de las relaciones sexuales, puesto que las mujeres con un parto normal pueden tener mayor facilidad para reiniciar sus relaciones ya que el tiempo de bienestar corporal se ve disminuido sobre todo en aquellas que no han sufrido intervención en la zona del periné o en el área abdominal, ya que en ellas se podría generar un temor mayor al dolor en la zona de intervención.

En cuanto a la paridad, se obtuvo que, un 64,9% son puérperas primíparas, un 25,5% secundíparas y escasamente un 9,6% multíparas frente a esto Castillo y Paredes encontraron en su estudio que las mujeres primigestas reportan una buena iniciativa para retomar su actividad sexual (8)

La paridad puede influir de manera positiva o negativa para el reinicio de la actividad sexual después del parto, ya que muchas veces las mujeres con más de un parto refieren haber tenido menos problemas para decidir reiniciar sus relaciones coitales ya que anteriormente tuvieron que pasar por la misma situación, y hoy es menos complicado decidir, Juana señaló: *“en mi primer parto tenía mucho miedo estar con mi esposo otra vez, porque me hicieron corte, pero ya para mi segundo hijo mi parto fue normal y no me cortaron ni me desgarré, además mi sangrado me duró menos, y es por eso que inicie a los quince días nada más mis relaciones”*.

Por otro lado se pueden presentar muchas dificultades, las primíparas pueden tener mucho temor de reiniciar la actividad sexual por el dolor sentido durante el parto creyendo tal vez que este se repetirá durante la penetración peneana, a diferencia de las multíparas que ya tienen experiencia o conocimiento de ello, también puede influir el hecho de que muchos varones esperan que el sexo de su primer hijo sea varón , y cuando no sucede así se sienten decepcionados, llegando inclusive a culpar a la mujer por ello, tratándola fríamente y culpándola siempre, trato que puede llegar a retrasar el reinicio de relaciones sexuales durante el puerperio; una puérpera manifestó: *“con la llegada de mi segundo bebe, mi esposo cambio bastante, es más amable y cariñoso y es por eso que me animé a tener relaciones rápido, el deseaba mucho un varón y como yo se lo di está muy contento”*.

4.3. Identificación de factores físicos que influyen en el reinicio de las relaciones sexuales en las puérperas de la muestra

Tabla 03: Factores físicos de las puérperas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2015

Episiotomía	n°	%
Si	40	42,6
No	54	57,4
Desgarros	n°	%
Si	14	14,9
No	80	85,1
Dispareunia	n°	%
Si	23	24,5
No	48	51,1
Total	71	75.5

Fuente: datos recolectados por la autora

Se aprecia en los datos obtenidos sobre episiotomía que, un 57,4% de la puérperas entrevistadas no se les hizo episiotomía, mientras que a un 42,6% si se les realizó. Referente a desgarros durante el parto el 85,1% refirió que no sufrió de algún desgarro durante el parto mientras que un 14,9% refirió haber sufrido desgarro.

La disminución de episiotomía en el Centro Materno Perinatal se puede deber al cumplimiento de la sugerencia dada por la Organización Mundial de la salud en cuanto al uso restringido de esta sobre todo en partos vaginales sin complicaciones (33) generando así un menor riesgo de traumatismo perineal posterior y la necesidad de sutura y con respecto al bajo porcentaje de desgarros, se puede deber a la buena técnica de protección del periné utilizada por el personal de salud.

La presencia de episiotomía y/o desgarros en la zona perineal es importante ya que pueden dificultar el reinicio de las relaciones sexuales, puesto que tanto la episiotomía como los desgarros pueden dejar en la vagina y especialmente en el

introito cicatrices de un tejido fibroso muy poco elástico que se distiende mal a la hora de mantener relaciones sexuales.

Martínez en su estudio, mencionó que en los partos cuyo periné permaneció íntegro, la mujer tiene menor presencia de dispareunia durante el pos parto (5); así mismo Correa y Sepúlveda mencionan en su estudio que dentro de los factores que dificultaron el reinicio de la actividad sexual después del parto, figura el dolor en la zona genital en un 17,2% del total de púerperas participantes de su estudio (11), de igual manera De Fátima y otros menciona que uno de los motivos para no reiniciar la actividad sexual después del parto se debe por sentir dolor en la zona en donde se realizó la episiorrafia; difieren de este estudio Ortiz, García y Coldeforns, quienes hallaron en su investigación que el reinicio de las relaciones coitales posparto no se ve influido por las lesiones del periné (32).

Los resultados sobre dispareunia indican que, el 51,1% de las púerperas que ya han reiniciado su actividad sexual manifiesta no sentir dolor, mientras que un 24,5% manifiesta sentir dolor durante la relación coital.

La presencia de dispareunia durante el reinicio de las relaciones sexuales puede afectar la vida sexual de la pareja, debido a que por más deseo que tenga la mujer, le será imposible obtener satisfacción por el dolor que experimenta, durante el puerperio, esta puede ser provocada por factores como la episiotomía o el desgarró, estrechez del introito vaginal como consecuencia de una mala reparación así como la presencia de infecciones además de la influencia hormonal por la caída de estrógenos durante la lactancia. Solana y otros manifiestan en su estudio que de 368 mujeres que habían reiniciado relaciones sexuales pos parto, el 41,3%, refirió dispareunia además manifiestan que los factores asociados a su presencia fueron haber tenido infección con o sin dehiscencia de la episiorrafia, presentar síntomas de vaginitis, tener sensación de estrechez del introito vaginal y practicar la lactancia exclusiva (24). Leeman y Rogers encontraron en su estudio que la dispareunia es extremadamente común en los primeros tres a seis meses pos parto (10).

Tabla 04: Factores Físicos de las puérperas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2015

Reinicio de las relaciones sexuales en el puerperio	n°	%
Si	70	74,5
No	24	25,5

Fuente: datos recolectados por la autora

Los resultados obtenidos demuestran que el 74,5% de las puérperas participantes en el estudio ya ha reiniciado sus relaciones sexuales, mientras que un notorio porcentaje de 25,5% aún no lo han hecho.

Con respecto a aquellas mujeres que no han reiniciado su actividad sexual De Fátima y otros, encontraron en su estudio que el motivo principal para que las puérperas todavía no reinicien sus relaciones fue el presentar miedo a un nuevo embarazo y miedo a sentir dolor en la zona donde se efectuó la reparación de episiotomía o desgarro, así mismo el miedo al dolor en la zona operatoria por aquellas puérperas que tuvieron un parto abdominal (34).

El grupo de mujeres que refirió no haber tenido relaciones coitales después del parto probablemente sean aquellas mismas mujeres que manifestaron no haber tenido relaciones durante su embarazo, por abandono de la pareja y haberse quedado solas, habiéndose incluido a este grupo algunas mujeres que han tenido problemas inclusive desde el trabajo de parto una de ella por ejemplo refirió *“mi parto duro mucho, en el hospital me dijeron que era porque yo era primeriza, y para mí fue muy traumático, mi hijo nació muy gordito y el parto me dolió mucho tanto que después no quería reiniciar mis relaciones por miedo a que me duela en la penetración”*. Por otro lado otra participante manifestó que: *“la relación con mi pareja no anda bien, yo me niego a tener relaciones sexuales con él, ya que tengo miedo a embarazarme otra vez, el parto me dolió muchísimo y no quiero pasar por eso otra vez”*

Rejane, Matos y Rosa, determinaron que el tiempo de espera para el reinicio de la actividad sexual en el puerperio se debe al “respeto con el tiempo del propio cuerpo” es decir depende del bienestar físico y emocional particular de cada una de las mujeres, también refiere que las nuevas preocupaciones relacionadas con el cuidado del bebe, la presencia de este durante la relación sexual y la preocupación por la satisfacción que tiene el compañero puede influenciar al momento de decidir si reinicia o no sus relaciones sexuales (6)

4.4. Determinación de algunos factores emocionales en puérperas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar

Tabla 05: Factores emocionales en puérperas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2015

Conformidad con la nueva imagen corporal después parto	n°	%
Si	53	56,4
No	41	43,6
Total	94	100,0

Nivel de autoestima	n°	%
Alta	1	1,1
Media	69	73,4
Baja	24	25,5
Total	94	100

Depresión	n°	%
Normal	86	91,5
Leve	8	8,5
Total	94	100

Fuente: datos recolectados por la autora

Referente a la conformidad con la nueva imagen corporal, se evidencia que, el 56,4% de puérperas entrevistadas se siente conforme con su imagen después del embarazo mientras que el 43% refirió no sentirse conforme.

Rejane, Matos y Rosa en su estudio mencionan que algunas mujeres relatan sentimientos negativos por el cambio de su imagen corporal después del parto y además pudieron observar que dicha insatisfacción influyó negativamente en la vida sexual, ya que dicho sentimiento de vergüenza no permitió que se sintieran tranquilas delante de su pareja (6), coinciden también los estudios realizados por De Fátima y otros en donde mencionan que las puérperas participantes de su estudio relataron que practicar el sexo después del parto fue una experiencia diferente ya

que sentían vergüenza del propio cuerpo (34), por otro lado Correa y Sepúlveda difieren de lo anteriormente dicho ya que durante su investigación mencionan que las modificaciones corporales pos parto no representaron molestia alguna para sus participantes al momento de tomar la decisión de reiniciar sus relaciones sexuales (11).

Las mujeres que dijeron sentirse conformes con su imagen corporal después del parto probablemente se debe a la seguridad que tienen en recuperar su figura en algún momento posterior a la lactancia, también puede deberse a la seguridad que les brinda su pareja, se sienten apreciadas, amadas tal como son, y porque no reciben reclamos por parte de su pareja referente a su aspecto físico. El simple hecho de sentirse conformes con su imagen es indicativo de que están aceptando su maternidad y la imagen corpórea queda en segunda instancia. Caso contrario aquellas mujeres que no se sienten conformes con su cuerpo, probablemente está asociado a una baja autoestima, o el hecho de que sus parejas les reclaman por no tener la figura que ellos desean.

Muchas mujeres presentan estrías durante el embarazo y luego del parto estas no son muy estéticas, asociado a la flaccidez del abdomen, y la presencia del cloasma puede generar una serie de rechazos hacia sí mismo, además de que muchas veces la lactancia puede afectar de manera negativa el reinicio de la actividad sexual, debido a que antes del parto, los senos pueden ser vistos como un estímulo sexual para la pareja, pero luego cambia cuando se genera el parto ya que las mamas se cargan de leche para amamantar al recién nacido y la pareja puede tener repulsión de tocarlos o besarlos al momento del acto sexual pudiendo afectar seriamente el reinicio de la actividad sexual.

Al respecto Sonia manifestó: *“ no me gusta mi cuerpo señorita, me avergüenzo y más cuando quiero estar con mi pareja, las manchas en mi cara me hacen sentir fea y las estrías que me quedaron me incomodan, mi pareja dice que me veo bien pero yo no me siento así”*, otra púérpera declaró: *“ tuve problemas para amamantar a mi bebe por lo que las enfermeras me sacaron la leche con una jeringa, dolía mucho pero era afán de una semana estar con eso, mis pezones han quedado grandes hasta mi esposo se sorprende, él no dice nada pero creo que no le gustan, no eran*

así antes, estoy panzona y aunque parece que no me importa, la verdad si me pone mal, siento que es otro cuerpo yo no era así”.

Respecto al nivel de autoestima y presencia de depresión en el pos parto se obtuvo que el 73,4% de las entrevistadas obtuvieron como resultado un nivel de autoestima media y un 25,5% un nivel de autoestima bajo y con respecto a la depresión un 8,5% obtuvo como resultado padecer de depresión leve según el test realizado.

El autoconcepto está ligado estrechamente con el nivel de autoestima y mujeres con un nivel de autoestima bajo o intermedio probablemente sean quienes tienen conflicto con su apariencia personal post parto que las imposibilita a llevar relaciones de pareja positivas y peor aún las relaciones coitales pueden ser nada placenteras.

Ohana (2015) manifiesta que tener una autoestima adecuada, y un adecuado concepto de uno mismo, ayuda en gran medida a que la sexualidad sea sana y saludable. Sintiendo capaz de complacer y de ser complacido, de entregarse plena y satisfactoriamente a la pareja también manifiesta que las relaciones satisfactorias favorecen el clima de la relación en general, pero cuando se percibe la sexualidad como deficiente, nula o escasa, o hay dificultades en ella, termina por menoscabarse la autoestima de uno o de ambos miembros de la pareja (35).

Torres (2012) menciona en su artículo que muchas mujeres afirman que antes y durante la relación sexual les asaltan dudas acerca de sí a él le gustará su cuerpo, si su imagen resultará bella, si él se dará cuenta de la celulitis o las estrías, si le decepcionarán sus mamas al quitarse el sujetador, y así sucesivamente un gran número de inseguridades, en su mayoría estéticas, que interfieren con el placer, conduciendo esto a la evitación de las relaciones sexuales, de modo que puede generarse un círculo vicioso en el que los temores nunca se resuelvan y se pierde las ganas de mantener relaciones sexuales (36).

Referente a la depresión durante el puerperio el 91,5% obtuvieron resultados normales en el cuestionario aplicado y un escaso 8,5% padece de depresión leve.

Algunas mujeres pertenecientes a aquellas con depresión posiblemente esperaron sentirse contentas debido a la llegada del bebé, pero por lo contrario se sintieron tristes y decaídas, posiblemente porque ya no se siente el centro de la atención como cuando estaba embarazada, es él bebe quien ahora ocupa el centro de atención, también por el hecho de asumir nuevos roles, y dejar de hacer ciertas cosas a las que estaba acostumbrada, sintiéndose cansadas, llorosas, malhumoradas abrumadas por la nueva situación que hay que afrontar llegando así a padecer de una depresión posparto.

4.5. Establecimiento de las características de las relaciones coitales en púerperas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar

Tabla 06: Características de las relaciones coitales en las púerperas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar

Relaciones coitales en el post parto	n°	%
Igual que antes	40	42,6
Mejor que antes	24	25,5
No es igual que antes	4	4,3
Es peor que antes	3	3,2
Total	71	75,5
Placer en las Relaciones	n°	%
Si	43	45,7
No	29	30,9
Total	72	76,6

Fuente: datos recolectados por la autora

En cuanto a los factores emocionales que influyen en el reinicio de las relaciones sexuales, la tabla 06 muestra que en comparación de las relaciones sexuales a antes del parto, el 42,6% manifestó que sus relaciones coitales son igual que antes, mientras que el 25,5% manifestó que son mejores después del parto y solo un 3,2% manifestó que sus relaciones coitales son peores que antes.

En el estudio realizado por Soria se declara que, el cambio en la cercanía emocional y la confianza con la pareja pueden alterar las relaciones sexuales durante el puerperio dicha cercanía se puede llegar afectar en esta etapa debido a la presencia del recién nacido y el mayor interés puesto en él (37).

El reinicio de las relaciones sexuales durante el puerperio se pueden ver influenciadas por cómo está la relación entre la pareja, si una pareja tienen una buena comunicación y respeta las decisiones del otro, las relaciones coitales se pueden dar sin generar ningún inconveniente, e inclusive pueden mejorar después del parto, como afirmó una de las participantes jóvenes quien contó: *“la relación con mi pareja ha mejorado muchísimo, porque antes no teníamos tanta libertad para*

estar juntos hablar y tener relaciones sexuales, siempre se daba de manera espontánea y poco duradera, no disfrutábamos mucho porque tenía vergüenza de decirle algunas cosas, pero ahora que me casé ha mejorado , porque al vivir con mi pareja me he dado cuenta que nos llevamos mejor de lo que me imaginaba, el me escucha entiende y respeta mis decisiones así que mis relaciones sexuales son más placenteras que antes”.

Otra de ellas manifestó contrariamente: “desde que mi niña nació hace como tres meses, no tengo relaciones sexuales con mi pareja, es más yo no lo quiero ni ver, mi pareja no nos toma en cuenta, para todo el día en la calle y siempre está de mal humor sin que yo de motivos, cosa que a mí no me gusta y en lugar de ser mejor porque estamos juntos y tenemos una hija todo es grito eso me pone triste antes él no era así”.

Después del parto las relaciones coitales se pueden ver severamente alteradas debido al cambio corporal y estilo de vida que ahora tiene la mujer, quien tiene que cuidar al bebé, dicha situación de hecho afecta al varón. En general la llegada de un bebé puede fortalecer los lazos de relación marital o resquebrajarlos influenciando en el disfrute de la relación sexual.

Se evidencia en los siguientes datos que el 45,7 % de las puérperas que reiniciaron su actividad sexual siente placer durante las relaciones mientras que un 30,9% manifiesta no sentir placer durante las relaciones sexuales.

Los resultados encontrados son similares a los de Castillo y Paredes quienes también encontraron un porcentaje notorio en cuanto a la capacidad de disfrute de la actividad sexual tanto en puérperas de parto vaginal y puérperas de parto abdominal obteniendo un 70% y 72% respectivamente (8). Por el contrario Soria evidencia en su estudio alteraciones sexuales negativas en el pos parto sobre todo en el área de la satisfacción, deseo, excitación, lubricación y orgasmo (9).

Probablemente la gran mayoría de mujeres siente placer debido a que al momento de reiniciar sus relaciones coitales, ellas sentían deseos de hacerlo, hecho que favorece el disfrute sexual; aquellas que manifestaron no sentir placer durante la relación sexual, se puede deber a que el nuevo rol que asumen como madres las deja totalmente agotadas, haciendo que pierda interés en la pareja; Roció contó: *“Yo he reiniciado ya mis relaciones pero fue más por la insistencia de mi pareja , si por mí fuera no tendría relaciones , un hijo te cambia la vida , te agota , no hay tiempo ni para mí, mi hijo abarca todo, y aunque mi esposo se porta muy bien conmigo, soy yo quien siente que no tiene tiempo para él”*.

5. Determinación de la influencia de factores físicos y emocionales en el reinicio de las relaciones coitales en puérperas atendidas en el Centro Materno Perinatal

Tabla 07: Reinicio de las relaciones coitales según realización de episiotomía en puérperas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2015

Episiotomía	Reinicio de las relaciones Coitales				Total	
	Si		No		n°	%
	n°	%	n°	%		
Si	28	70,0%	12	30,0%	40	42,6
No	42	77,8%	12	22,2%	54	57,4
Total	70	74,5	24	25,5	94	100,0

Fuente: datos recolectados por la autora

$$X^2 = 0.731$$

$$p < 0.268$$

En la presente tabla se observa que del 57,4% de mujeres a quienes no se les realizó episiotomía, el 77,8% reinició sus relaciones coitales en el post parto, mientras que el 22,2% no lo hizo; del 42,6% de mujeres a quienes se les practicó episiotomía, el 70,0% también dijo haber reiniciado sus relaciones en el post parto, y el 30,0% no lo hizo.

En las puérperas en quienes se les realizó episiotomía, la presencia del dolor por la misma herida, el proceso de cicatrización o la presencia de infección e inclusive una dehiscencia de la episiorrafia, pueden afectar las relaciones coitales; una de las puérperas entrevistadas manifestó *“no he reiniciado mis relaciones sexuales debido a que después del parto el dolor en el corte, era intenso, tanto que no podía estar sentada, ni caminar, tenía miedo hasta de que se descociera, es por eso que me niego a tener relaciones, por temor a que me duela en esa parte.*

Las mujeres que reiniciaron sus relaciones sin ningún inconveniente a pesar de tener consigo la herida de la episiotomía, probablemente no experimentaron estas

molestias asociado al deseo de estar con su pareja. Es importante en uno u otro sentido el apoyo por parte de la pareja, quien deberá comprender la situación de la mujer.

Estadísticamente no se encontró relación significativa entre ambas variables.

Tabla 08: Reinicio de las relaciones coitales según la presencia de desgarros producidos por el parto en puérperas atendidas en el Centro Perinatal Simón Bolívar, 2015

Desgarros	Reinicio de relaciones coitales				Total	
	si		no		n°	%
	n°	%	n°	%		
Si	10	71,4%	4	28,6%	14	14,9%
No	60	75,0%	20	25,0%	80	85,1%
total	70	74,5%	24	25,5%	94	100,0

Fuente: datos recolectados por la autora

$$X^2 = 0.080$$

$$p < 0. 504$$

La tabla 8 refiere que el 85,1% que no presento desgarros, el 75,0% ya ha reiniciado sus relaciones coitales y un 25,0% aun no lo ha hecho; por otro lado el 14,9% de puérperas que sufrió algún tipo de desgarro durante el parto, el 71,4% ya ha reiniciado sus relaciones y solo el 28,06% aun no lo ha hecho.

La mayoría de puérperas que ya ha reiniciado sus relaciones sexuales y que han sufrido algún tipo de desgarro durante el parto se puede deber a que la reparación de este no les generó ningún inconveniente al momento de tener sus relaciones sexuales, a diferencia de aquellas mujeres que no han reiniciado sus relaciones sexuales debido a las molestias que genera el haber sufrido un desgarro durante el parto, posiblemente presenten dolor en la zona de la reparación, o falta de sensibilidad por una mala cicatrización, infecciones o dehiscencias, que les dificulta reiniciar su actividad sexual.

La señora Araceli relató : *“para mi último niño me desgarré porque era muy cabezoncito, así que la doctora me tubo que cocer, yo tenía bastante miedo porque pensé que no quedaría igual, pero al tener relaciones con mi esposo otra vez, todo fue de manera normal, no me molesto para nada”.*

Estadísticamente no se encontró relación significativa entre ambas variables.

Tabla 09: Reinicio de las relaciones coitales según la conformidad con la imagen corporal tras el parto en puérperas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2015

Conformidad con el cuerpo en el posparto	Reinicio de relaciones coitales				Total	
	Si		No		n°	%
	n°	%	n°	%		
Si	38	71,7%	15	28,3	53	56,4%
No	32	78,0%	9	22,0%	41	43,6%
total	70	74,5%	24	25,5%	94	100,0%

Fuente: datos recolectados por la autora

$$\chi^2 = 0.490$$

$$p < 0.324$$

La anterior tabla muestra que el 43,6% de las puérperas que no están conformes con su cuerpo, el 78,0% ha reiniciado sus relaciones coitales y el 22,0% aun no lo ha hecho; en cuanto a aquellas puérperas que si se sienten conformes con su cuerpo que es el 56,4%, el 71,7% reinicio sus relaciones sexuales y un 28,3% aun no.

De lo anterior mencionado se puede deducir que posiblemente aquellas mujeres que se sienten conformes con su cuerpo y que aún no han reiniciado sus relaciones sexuales, se puede llegar a creer que el cambio corporal sufrido en el embarazo afecto tanto que se avergüenza de su nuevo cuerpo y aún no está preparada para que su pareja pueda verlo y mucho menos tocarlo .Una participante primípara mencionó; *“mi abdomen ha quedado tan flojo y lleno de estrías que me da vergüenza por más que trato de que no se note siempre sobresale por el borde de mi pantalón, y ni hablar de mis nalgas que durante el embarazo prácticamente desaparecieron, no tengo nada, mi pareja dice que pronto volveré a ser como antes, que no me preocupe, pero mientras tanto no quiero que me vea así y mucho menos que toque mi barriga , que vergüenza”*; mientras que aquellas mujeres no conformes con su cuerpo y ya han reiniciado sus relaciones coitales tal vez decidieron hacerlo por la seguridad y confianza que les brindo su pareja.

Estadísticamente no se encontró relación significativa entre ambas variables.

CONCLUSIONES

1. La mayoría de puérperas participantes pertenecieron al grupo etáreo de 20-24 años; el mayor porcentaje de ellas tiene secundaria completa; son convivientes católicas.
2. Las puérperas en su mayoría fueron primíparas y de parto vaginal eutócico.
3. La mayoría de puérperas, no fueron episiotomizadas, no tuvieron desgarro perianal y no presentaron dispareunia.
4. En un alto porcentaje las puérperas tuvieron una autoestima media, no estuvieron deprimidas y se sintieron conformes con su imagen corporal. La mayoría sintió placer al reinicio de sus relaciones coitales.
5. Ninguna variable física, ni emocional se relacionó estadísticamente con la variable reinicio de la actividad sexual, confirmándose la hipótesis nula formulada.

RECOMENDACIONES

- Al Ministerio de Salud, que capacite y concientice al personal respecto a la sexualidad posparto.
- Al personal de obstetricia que labora en área asistencial y preventiva, poner más énfasis en cuanto a la sexualidad pos parto, a la información clara y precisa de los cambios tanto físicos como emocionales que se generan tras esta etapa; así mismo a que día a día de a conocer y a respetar los derechos sexuales a cada una de las mujeres que asiste a sus establecimientos, así como también a sus acompañantes y la comunidad en la que se encuentran.
- Que la presente investigación sea una referencia para que se elaboren otros estudios científicos, para tener conocimientos más certeros y recolectar más evidencias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. OBSTETRICIA. 6th ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2008.
2. Bueno E. Evidencia de la escala de Edimburgo ante la depresión postparto. Educare21. 2014 febrero;(2).
3. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2006. Available from: <http://www.who.int/es/>.
4. Zazo S. Bebes y Más. [Online].; 2012 [cited 2015]. Available from: <http://www.bebesymas.com/postparto/la-sexualidad-en-el-postparto>.
5. Martínez J. Influencia de la Episiotomía versus el Desgarro Perineal sobre la Normalización de las Relaciones Sexuales en Puérperas. Nure Investigación. 2009 Noviembre - Diciembre;(43): p. 7.
6. Rejane N, Matos N, Rosa D. Cuerpo y Sexualidad: Experiencias de Puérperas. Latino-Am. Enfermagem. 2010 Julio - Agosto;: p. 8.
7. Ortiz M, Garcia S, Colldeforns M. Estudio del interés sexual, la excitación y la percepción de las relaciones de pareja en mujeres primíparas lactantes en relación con las no lactantes. [Online].; 2010 [cited 2015 noviembre]. Available from: www.federacion-matronas.org/rs/680/.54ec./vol11n2pag45-52.pdf.
8. Castillo D, Paredes V. Función Sexual y su Ejercicio en Mujeres Primigestas que Acuden a la Consulta Externa hasta un Año Después del Parto Vaginal o por Cesárea en el Hospital Gineco - Obstetrico Isidro Ayora de Quito. Tesis. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2012.
9. Soria B. Estudio de la Actividad Sexual de la Mujer durante el Embarazo y el Puerperio. España: Universidad de Almería; 2012.
10. Leeman L, Rogers R. Relaciones Sexuales Después del Parto. Obstetrics & Gynecology - Series de Especialidad Clínica. 2012;(2211): p. 13.
11. Correa L, Sepúlveda D. Factores biopsicosociales que influyen en el retorno a la actividad sexual de mujeres en el periodo post parto pertenecientes al CESFAM Castro Alto, durante el segundo semestre del 2013. Tesis. Santiago de Chile: Universidad Austral de Chile; 2013.
12. De Fátima C, Pereira N, Lerch V, Magroski C, Mattos L, Fonseca E. Condicionantes y/o Determinantes del Retorno a la Actividad Sexual en el Puerperio. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2013 Mayo - Junio;: p. 7.
13. Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Williams Obstetricia. 23rd ed. Mexico: Mc Graw-Hill; 2011.
14. Pérez A, Donoso E. OBSTETRICIA. 4th ed. Chile: Mediterraneo Ltda; 2011.
15. Adamy K. Pilates para el Pos Parto. In. BARCELONA: Paidrotivo; 2007.
16. Sánchez K. Instinto materno: ¿nace o se hace? [Online].; 2014. Available from: <http://www.abcdelbebe.com/embarazo/parto-y-posparto/salud/instinto-materno-nace-o-se-hace>.
17. OPS. Actividad Sexual. [Online].; 2000 [cited 2015]. Available from:

- http://www.who.int/topics/sexual_health/es/.
18. Escobar A. Aprendiendo Sexualidad. [Online].; 2008. Available from: <http://aprendiendosexualidad.blogspot.com/2008/06/educacin-sexual.html>.
 19. Arcila A. Educación para la Salud Sexual. 1st ed. Colombia: Universidad de Caldas; 2003.
 20. Herrera C. Erotismo y Sexualidad. [Online].; 2012. Available from: <http://es.slideshare.net/Luisgra/erotismo-sexualidad>.
 21. Castelo C. Sexualidad Humana- Una aproximación integral Madrid: Medica Panamericana, S.A; 2005.
 22. López D. tipos de parto. [Online].; 2015 [cited 2015]. Available from: <http://www.materna.es/el-parto/tipos-de-partos/>.
 23. Roselló M. www.bbc.com. [Online].; 2015 [cited 2015 Noviembre]. Available from: http://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/05/150506_salud_dispareunia_enfermedadsexo_il.
 24. Solana E, Villegas A, Legorreta J, Cárdenas M, Enzaldo J, Andersson N. Dispareunia en mujeres después del parto: estudio de casos y controles en un hospital de Acapulco, México. Revista Panamericana de la Salud. 2012; 23(1): p. 16.
 25. Márquez A, Cruz L. Revisión Bibliográfica sobre dolor Puerperal Secundario a Sutura Continua o Discontinua durante el Trabajo de Parto. Cuidándote. 2015; IX(1): p. 10.
 26. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española 23va edición. [Online].; 2014 [cited 2015].
 27. Minnie L. Mamas, Salud. [Online].; 2013 [cited 2015]. Available from: [/los%20problemas%20sexuales%20en%20el%20puerperio.html](http://los%20problemas%20sexuales%20en%20el%20puerperio.html).
 28. Aguilar S, Zaguma S, García M, Meléndez R. Perfil de la madre adolescente primípara, en el servicio de puerperio de un hospital de Lima. Revista de Enfermería Heredia. 2014 Noviembre;; p. 8.
 29. INEI. Perú: Indicadores de Educación por Departamento. Lima;; 2013.
 30. INEI. Estado de la población peruana 2014. [Online].; 2014. Available from: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1157/libro.pdf.
 31. INEI. Censo Nacional XI de Población y Vivienda. [Online]. lima; 2007. Available from: <http://censos.inei.gob.pe/cpv2007/tabulados/>.
 32. Ortiz M, García S, Coldeforns M. federación de matronas. [Online].; 2010. Available from: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/14425/173/estudio-del-interes-sexual-la-excitacion-y-la-percepcion-de-las-relaciones-de-pareja-en-mujeres-primiparas-lactantes-en->.
 33. OMS. Episiotomía en el parto vaginal. [Online].; 2003. Available from: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/2nd_stage/ilcom/es/.
 34. De Fátima C, Pereira N, Lerch V, Magroski C, Mattos L, Fonseca E. Condicionantes y/o determinantes del retorno a la actividad sexual en el puerperio. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2013;; p. 7.
 35. Ohana D. Sexualidad y Autoestima. [Online].; 2015. Available from:

http://www.atraigaelexito.com/Sexualidad_y_autoestima/.

36. Torres B. Influencia del Autoestima en las Relaciones Sexuales. [Online].; 2012. Available from: <http://www.blancatorres.org/2012/01/08/influencia-de-la-autoestima-en-las-relaciones-sexuales/>.
37. Soria B. Estudio de la Actividad Sexual de la Mujer durante el Embarazo y el Puerperio. España.; 2012.

ANEXO 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por_____. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es_____

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomara aproximadamente _____ minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente y no será usada para ningún otro propósito fuera de este estudio sin mi consentimiento. He sido informada de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación es este estudio puedo contar al teléfono_____

Firma del paciente:_____

Fecha:_____

ANEXO 02

CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. DATOS GENERALES

1) **Edad:**

- 15 – 19 años ()
20 – 24 años ()
25 – 29 años ()
30-34 años ()
35-39 años ()
40 a +años ()

2) **Grado de instrucción**

- Sin instrucción ()
Primaria incompleta ()
Primaria completa ()
Secundaria incompleta ()
Secundaria completa ()
Superior técnica ()
Superior universitaria ()

3) **Estado civil**

- Casada () Conviviente ()

4) **Religión**

- Católica () No católica ()

II. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

5) **Paridad**

- Primíparas () Secundíparas () Multíparas ()

6) **Tipo de parto**

- Parto vaginal eutócico ()
Parto vaginal distócico ()
Parto por cesárea ()

7) **Presencia de episiotomía** SI () no ()

8) **Presencia de desgarros** Si () no ()

III. FACTORES FÍSICOS Y EMOCIONALES

9) **¿Tuvo relaciones coitales durante el embarazo?**

Si () no ()

10) **¿Se siente conforme con su cuerpo después del parto?**

Si () No ()

11) **¿A reiniciado ya sus relaciones coitales?**

Si () No ()

❖ Si la respuesta es negativa ¿Cuál es el motivo que no haya iniciado sus relaciones coitales?

Dolor ()

Miedo ()

Vergüenza ()

Falta de Deseo ()

❖ Si ya reinició su actividad sexual ¿por qué lo hizo?

Presión de la pareja ()

Obligación ()

Voluntariamente ()

12) **¿A las cuántas semanas después del parto inició sus relaciones coitales?**

Primera semana ()

Segunda semana ()

Tercera semana ()

Cuarta semana ()

quinta semana ()

Sexta semana ()

13) ¿Sintió placer durante la relación coital?

Si ()

No ()

14) ¿Presenta dispareunia (Dolor durante la relación)?

Si ()

No ()

❖ **¿su pareja tiene conocimiento de que siente dolor en la relación?**

Si ()

No ()

15) Cree usted que la relación coital en el puerperio es :

Es igual que antes ()

Es mejor que antes ()

No es igual que antes ()

Es peor que antes ()

16) La relación en el ámbito sexual con su pareja después del parto

Ha mejorado ()

Se mantiene ()

Ha empeorado ()

ANEXO 03

ESCALA DE ROSENBERG

Marque con un aspa si está de acuerdo o no con la siguiente afirmación:

	ESCALA DE ROSENBERG	Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	Me siento una persona tan valiosa como las otras	1	2	3	4
2	Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso	1	2	3	4
3	Creo que tengo algunas cualidades buenas	1	2	3	4
4	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás	1	2	3	4
5	Creo que no tengo de que estar orgulloso	1	2	3	4
6	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	1	2	3	4
7	En general me siento satisfecho conmigo mismo	1	2	3	4
8	Me gustaría tener más respeto por mí mismo	1	2	3	4
9	Realmente me siento inútil en algunas ocasiones	1	2	3	4
10	A veces pienso que no sirvo para nada	1	2	3	4

ANEXO 04

Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung

POR FAVOR MARQUE (X) LA COLUMNA ADECUADA		Poco tiempo	Algo de tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1	Me siento decaído y triste				
2	Por la mañana es cuando me siento mejor				
3	Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto				
4	Tengo problemas para dormir por la noche				
5	Como la misma cantidad siempre				
6	Todavía disfruto del sexo				
7	He notado que estoy perdiendo peso				
8	Tengo problemas de estreñimiento				
9	Mi corazón late más rápido de lo normal				
10	Me canso sin razón alguna				
11	Mi mente está tan clara como siempre				
12	Me es fácil hacer lo que siempre hacía				
13	Me siento agitado y no puedo estar quieto				
14	Siento esperanza en el futuro				
15	Estoy más irritable de lo normal				
16	Me es fácil tomar decisiones				
17	Siento que soy útil y me necesitan				
18	Mi vida es bastante plena				
19	Siento que los demás estarían mejor si yo muriera				
20	Todavía disfruto de las cosas de antes				

ANEXO 05

TEST DEL FUNCIONAMIENTO SEXUAL PARA MUJERES

Este es un cuestionario sobre la actividad sexual entendida como relación coital, masturbación o fantasías sexuales. Marca o encierre en un círculo lo que creas que corresponde a tu situación, sólo una respuesta por ítem.

I - Comparada con las relaciones que te brindaban más placer, ¿cuán placentera es tu vida sexual actualmente?

- 1) Sin placer
- 2) Poco placentera
- 3) Algo placentera
- 4) Bastante placentera
- 5) Muy placentera

II-¿Cuán frecuente se involucra en actividades sexuales (coito, masturbación, fantasías)?

- 1) Nunca
- 2) Raramente (una vez al mes o menos)
- 3) A veces (más de una vez al mes hasta dos veces por semana)
- 4) Frecuentemente (más de 2 veces a la semana)
- 5) Todos los días

III- ¿Cuán frecuente tiene deseos de tener actividad sexual?

- 1) Nunca
- 2) Raramente (una vez al mes)
- 3) A veces (más de una vez al mes)
- 4) Frecuentemente (más de dos a la semana)
- 5) Todos los días

IV- ¿Cuán frecuentemente tienes pensamientos sobre sexo?

- 1) Nunca
- 2) Raramente (una vez al mes o menos)
- 3) A veces (más de una vez al mes , hasta dos veces por semana)
- 4) Frecuentemente (más de dos a la semana)
- 5) Todos los días

V- ¿disfrutas de libros, videos o música con contenido sexual?

- 1) Nunca
- 2) Raramente (una vez al mes o menos)

- 3) A veces (más de una vez al mes , hasta dos veces por semana)
- 4) Frecuentemente (más de dos veces por semana)
- 5) Siempre

VI- ¿Cuánto placer siente de pensar o fantasear en el sexo?

- 1) Nada
- 2) Poco
- 3) Algo
- 4) Mucho
- 5) Enorme

VII- ¿con qué frecuencia se excita sexualmente?

- 1) Nunca
- 2) Raramente (una vez al mes o menos)
- 3) A veces (más de una vez al mes , hasta dos veces por semana)
- 4) Frecuentemente (más de dos por semana)
- 5) Todos los días

VIII- ¿Se excita con facilidad?

- 1) Nunca
- 2) Raramente (menos de la mitad de veces)
- 3) A veces (cerca de la mitad de veces)
- 4) Con frecuencia (más de la mitad de veces)
- 5) Siempre

IX- ¿Tiene adecuada humedad (lubricación) vaginal durante la actividad sexual?

- 1) Nunca
- 2) Raramente (menos de la mitad de las veces)
- 3) A veces (cerca de la mitad de las veces)
- 4) Con frecuencia (más de la mitad de las veces)
- 5) Siempre

X- En sus relaciones sexuales ¿siente dolor antes o durante la penetración vaginal?

- 1) Siempre
- 2) Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- 3) A veces (cerca de la mitad de las veces)
- 4) Raramente (menos de la mitad de las veces)
- 5) Nunca

XI- ¿Con qué frecuencia se excita y luego se desconcentra y pierde interés?

- 1) Siempre

- 2) Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- 3) A veces (cerca de la mitad de las veces)
- 4) Raramente (menos de la mitad de las veces)
- 5) Nunca

XII- ¿Con qué frecuencia llega al orgasmo?

- 1) Nunca
- 2) Raramente (menos de la mitad de las veces)
- 3) A veces (cerca de la mitad de las veces)
- 4) Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- 5) Siempre

XIII- ¿Es capaz de tener un orgasmo cuando lo desea?

- 1) Nunca
- 2) Raramente (menos de la mitad de las veces)
- 3) A veces (cerca de la mitad de las veces)
- 4) Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- 5) Siempre

XIV- ¿Cuánto placer obtiene en sus orgasmos?

- 1) Ningún placer
- 2) Poco placer
- 3) Algo de placer
- 4) Mucho placer
- 5) Enorme placer

Puntaje sumado total:

.....Placer (ítem I)

..... Deseo /Frecuencia (ítem II+III)

..... Deseo /Interés (ítem IV+V+VI)

..... Excitación /Lubricación (ítem VII+VIII+IX+X+XI)

.....Orgasmo (ítem XII+XIII+XIV)

.....Puntaje total (ítem I al XIV)

MUCHAS GRACIAS POR SU APOYO.