



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Profesional de Obstetricia

**Características de la reanudación de la actividad
sexual posparto en mujeres atendidas en un Hospital
Público de Lima, 2025**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

AUTOR

Fiorela Lizeth MENDOZA BARRIENTOS

ASESOR

Mg. John Jesús BARJA ORE

Lima, Perú

2025



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Mendoza F. Características de la reanudación de la actividad sexual posparto en mujeres atendidas en un Hospital Público de Lima, 2025 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Obstetricia; 2025.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Fiorela Lizeth Mendoza Barrientos
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	75487418
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-0460-8270
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	John Jesús Barja Oré
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	73174713
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-9455-0876
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Zaida Zagaceta Guevara
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	06095595
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Verónica Antoinette Arnao Degollar
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	10347747
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Milagros Elizabeth Gonzales Falcon
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	40078871
Datos de investigación	
Línea de investigación	No aplica.
Grupo de investigación	No aplica.

Agencia de financiamiento	Sin financiamiento.
Ubicación geográfica de la investigación	País: Perú Departamento: Lima Provincia: Lima Distrito: Puente Piedra Latitud: -11.9364° Longitud: -77.0938°
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2025
URL de disciplinas OCDE	Obstetricia, Ginecología https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS EN MODALIDAD PRESENCIAL
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO (A) EN OBSTETRICIA

1. FECHA DE LA SUSTENTACIÓN: 16/ 12 / 2025

HORA INICIO : 11:00 hrs

HORA TÉRMINO : 12:00 hrs

2. MIEMBROS DEL JURADO

PRESIDENTE : Dra. Zaida Zagaceta Guevara

MIEMBRO : Mg. Veronica Antoinette Arnao Degollar

MIEMBRO : Mg. Milagros Elizabeth Gonzales Falcon

ASESOR (A) : Mg. John Jesús Barja Ore

3. DATOS DEL TESISTA

NOMBRES Y APELLIDOS : Fiorela Lizeth Mendoza Barrientos

CODIGO : 20010404

TÍTULO DE LA TESIS: Características de la reanudación de la actividad sexual posparto en mujeres atendidas en un Hospital Público de Lima, 2025.

4. RECOMENDACIONES: publicar su tesis

5. NOTA OBTENIDA: (17) DIECISIETE

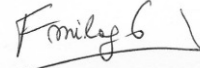


6. PÚBLICO ASISTENTE: (Nombre, apellido y DNI)

N°	Nombres y apellidos	DNI
1	Sonia Barrientos Anyosa	10604868
2	Fatima Carina Mañueco González	77417662
3	Lozano Vásquez Elisa Cristina	75315741

7. FIRMAS DE LOS MIEMBROS DEL JURADO

	
DRA. ZAIDA ZAGACETA GUEVARA D.N.I. 06095595 PRESIDENTE	MG. VERONICA ANTOINETTE ARNAO DEGOLLAR D.N.I. 10347747 MIEMBRO

	
MG. MILAGROS ELIZABETH GONZALES FALCON D.N.I. 40078871 MIEMBRO	MG. JOHN JESUS BARJA ORE D.N.I. 75179715 ASESOR (A)

 Firmado digitalmente por SALAZAR SALVATIERRA Emma Felicia FAU 20148092282 soft Motivo: Soy el autor del documento Fecha: 30.12.2025 22:35:26 -05:00	 Firmado digitalmente por SALAZAR SALVATIERRA Emma Felicia FAU 20148092282 soft Motivo: Soy el autor del documento Fecha: 31.12.2025 13:05:16 -05:00
Dra. Emma Felicia Salazar Salvatierra Directora de la Escuela Profesional de Obstetricia	Dra. Emma Felicia Salazar Salvatierra Vicedecana Académica (e) -Facultad de Medicina
DIRECTORA DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA	VICEDECANA ACADÉMICA (E) DE FACULTAD DE MEDICINA



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú. Decana de América

FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"



CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo Mg. John Jesús Barja Ore, en mi condición de Asesor acreditado con el DICTAMEN N°548-EPO-FM-2024, de la tesis, cuyo título **"Características de la reanudación de la actividad sexual posparto en mujeres atendidas en un Hospital Público de Lima, 2025"**, presentado por la bachiller: Mendoza Barrientos, Fiorela Lizeth; para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia.

CERTIFICO que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud de Trabajos Académicos, de Investigación y Producción Intelectual. Según la revisión, análisis y evaluación mediante el software de similitud textual, el documento evaluado cuenta con el porcentaje de 7% de similitud, nivel **PERMITIDO**, para continuar con los trámites correspondiente y para su **publicación en el repositorio institucional**.

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del título correspondiente.

Firma del Asesor:

DNI: 73174713

Nombre y apellidos del asesor: John Jesús Barja Ore

Agradecimiento

En primer lugar, agradezco a Dios, por darme la fuerza, la salud y la sabiduría necesarias para culminar esta etapa.

A la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, por otorgarme el privilegio de formarme en sus aulas y ser parte de su valiosa tradición académica.

A mis docentes y, en especial, a mi asesor de tesis, por su orientación, exigencia y compromiso a lo largo de este proceso.

Al Hospital Carlos Lanfranco La hoz, así como a los profesionales del establecimiento por facilitarme la realización de mi investigación.

Finalmente, a todas las personas que colaboraron de una u otra forma en la realización de esta investigación, por su apoyo y confianza, gracias.

Dedicatoria

Esta tesis va dedicada a mi madre, por su apoyo, sacrificio, por ser la motivación y ejemplo para no rendirme, sin su ayuda esto no sería posible.

A mis hermanos y familiares, por creer en mí y acompañarme con su aliento y cariño en cada etapa de este camino académico.

A mis hermanas de internado, que estuvieron ahí para mí, animándome a continuar hasta el final, entre tristezas y alegrías no me dejaron sola cuando creía que ya no podía.

Índice

Agradecimiento	ii
Dedicatoria	iii
Índice	iv
Índice de tablas	v
Resumen	vi
Abstract	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Planteamiento de problema	1
1.2. Objetivos	4
1.3. Importancia y alcance de la investigación	4
1.4. Limitaciones de la investigación	6
II. MARCO TEÓRICO	7
2.1. Antecedentes	7
2.2. Bases teóricas	10
2.3. Definición de términos	
III. HIPÓTESIS Y VARIABLES	
3.1. Hipótesis	
3.2. Variables	
3.3. Operalización de variables	
	19
IV. MATERIALES Y MÉTODOS	25
4.1. Tipo de estudio	25
4.2. Diseño de estudio	25
4.3. Población	25
4.4. Muestra	25
4.5. Técnica	26
4.6. Instrumento de recolección de datos	26
4.7. Procedimientos	27
4.8. Análisis de datos	27
4.9. Consideraciones éticas	28
V. RESULTADOS	29
VI. DISCUSIÓN	40
VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
ANEXOS	50

Índice de tablas

Tabla 1. Datos sociodemográficos de las puérpera atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, 2025.	24
Tabla 2. Datos Obstétricos de las puérperas atendidas en el Hospital Carlos LanFranco La Hoz, 2025.	25
Tabla 3. Datos del parto de las puérperas atendidas en el Hospital Carlos LanFranco La Hoz, 2025.	26
Tabla 4. Características de la práctica sexual de las puérperas atendidas en el Hospital Carlos LanFranco La Hoz, 2025.	27
Tabla 5. Problemas sexuales en las puérperas atendidas en el Hospital Carlos LanFranco La Hoz, 2025.	29
Tabla 6. Implicancia emocional en las puérperas atendidas en el Hospital Carlos LanFranco La Hoz, 2025.	31
Tabla 7. Conductas preventivas en las puérperas atendidas en el Hospital Carlos LanFranco La Hoz, 2025.	32

Ubicación geográfica de la investigación	Edificio: Hospital Carlos Lanfranco La Hoz País: Perú Departamento: Lima Provincia: Lima Distrito: Puente Piedra Latitud: -11.9364° Longitud: -77.0938°
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2025
URL de disciplinas OCDE	Obstetricia, Ginecología http://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02

Resumen

Objetivo: Determinar las características de la reanudación de la actividad sexual posparto en mujeres atendidas en un Hospital Público de Lima, 2025.

Materiales y Métodos: Estudio de tipo cuantitativo, diseño observacional, descriptivo y transversal, con una muestra de 148 mujeres. Se utilizó como técnica la encuesta, y como instrumento, un cuestionario estructurado validado por juicio de expertos. El análisis se realizó empleando estadística descriptiva, considerando frecuencias absolutas y relativas, además de medidas de tendencia central y dispersión.

Resultados: La mediana del tiempo para reanudar las prácticas sexuales no coitales fue de 4 semanas y para las coitales, 8 semanas; observándose una reanudación temprana en el 16,8 % de las participantes. En el 85,1 % la decisión fue propia. Se evidenció una disminución progresiva en la frecuencia coital. En el posparto, las posturas sexuales más empleadas fueron aquellas donde la mujer tiene mayor control. El 52 % refirió falta de deseo sexual y el 48 % imposibilidad de alcanzar el orgasmo. El 44,6 % manifestó dolor durante la penetración y el 52 % interrumpió temporalmente las relaciones sexuales. Emocionalmente, el 66,2 % expresó miedo al dolor y el 57,4 % se percibió poco atractiva. La maternidad, la lactancia y los problemas emocionales influyeron en el reinicio sexual.

Conclusión: La reanudación de la actividad sexual posparto es un proceso que varía de acuerdo con el contexto sociocultural y obstétrico de cada mujer. El reinicio se da de forma gradual, enfrentando temores, cambios en el deseo y en la autoimagen corporal.

Palabras clave: Periodo Posparto, salud sexual, maternidad.

Abstract

Objective: To determine the characteristics of the resumption of postpartum sexual activity in women treated at a public hospital in Lima, 2025.

Materials and Methods: Quantitative, observational, descriptive, and cross-sectional study with a sample of 148 women. The technique used was a survey, and the instrument was a structured questionnaire validated by expert judgment. The analysis was performed using descriptive statistics, considering absolute and relative frequencies, as well as measures of central tendency and dispersion.

Results: The median time to resume non-coital sexual practices was 4 weeks and for coital practices, 8 weeks; an early resumption was observed in 16.8% of the participants. In 85.1% of cases, the decision was their own. A progressive decrease in coital frequency was evident. In the postpartum period, the most commonly used sexual positions were those where the woman had greater control. Fifty-two percent reported a lack of sexual desire and 48% reported an inability to reach orgasm. Forty-four point six percent reported pain during penetration and 52% temporarily interrupted sexual relations. Emotionally, 66.2% expressed fear of pain and 57.4% perceived themselves as unattractive. Motherhood, breastfeeding, and emotional problems influenced the resumption of sexual activity.

Conclusion: The resumption of postpartum sexual activity is a process that varies according to the sociocultural and obstetric context of each woman. The restart happens gradually, facing fears, changes in desire, and body image.

Keywords: Postpartum period, sexual health, motherhood.

I. INTRODUCCIÓN

I.1. Planteamiento del problema

La sexualidad cumple un rol de vital importancia en la calidad de vida de toda persona. Incluye aspectos como la identidad y roles de género, así como también el erotismo, el disfrute sexual, la reproducción y la orientación sexual. Se expresa mediante pensamientos, deseos, comportamientos y relaciones interpersonales, que pueden modificarse a lo largo del ciclo vital de cada persona por diferentes factores (1). Uno de los momentos donde la sexualidad puede verse alterada es el embarazo, durante el primer y tercer trimestre, las relaciones sexuales disminuyen. Del mismo modo, después del parto, la reanudación de la actividad sexual es lenta (2,3). Asimismo, el enfoque profesional en el cuidado de las mujeres durante el embarazo y el período postparto ha estado principalmente orientado a la evaluación de la salud física de la madre y el feto, a través de la detección de factores de riesgo, de la promoción de un estilo de vida saludable y del diagnóstico oportuno de patologías. Por lo cual, la atención a la sexualidad en el posparto ha sido relegada a un segundo plano, lo que dificulta la orientación y la educación sexual oportuna tanto para las mujeres como para sus parejas.

El puerperio comprende el período que va desde el alumbramiento hasta la recuperación fisiológica completa de la mujer, con una duración aproximada de 42 días (4). Esta etapa se caracteriza por ser una fase con fuertes emociones, la mujer debe buscar un equilibrio entre su función de madre y su faceta de mujer en el ámbito sexual (5). Gran parte de las mujeres refieren tener dificultades en la reanudación de la actividad sexual debido a factores como el cansancio por haber pasado por el embarazo y el parto, la preocupación por las responsabilidades maternas, la disminución en la lubricación vaginal, de la libido, o por la percepción negativa de la autoimagen e incluso, la espera del tiempo necesario para que el aparato genital pueda recuperarse, especialmente en caso de episiotomía o desgarro (6).

A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que se realicen 3 atenciones posparto; en las cuales se debe promover la lactancia materna exclusiva, el bienestar emocional y como parte de la evaluación de bienestar general, entre la segunda y sexta semana se debe orientar sobre el reinicio de su actividad sexual (7). Se señala que la sexualidad no debería verse afectada tras el parto, solo las relaciones coitales requieren ser pospuestas hasta que el periné se haya recuperado por completo y exista un deseo consciente de retomarlas (8). Un estudio realizado en 2021, en Etiopía reveló que el período más temprano de reanudación sexual fue en la segunda semana y el más retardado en la decimotercera; más de la mitad de las participantes (53,9%) reanudaron sus relaciones sexuales durante el tiempo no recomendado, antes de las 6 semanas posparto; y la mayoría de ellas (76,5%) mencionaron que el motivo de la reanudación fue por solicitud de sus parejas (9). Asimismo, un metaanálisis publicado en 2024 evidenció que las mujeres que utilizaron métodos anticonceptivos tenían una probabilidad 1,48 veces mayor de reanudar la actividad sexual tempranamente en comparación con aquellas que no los utilizaron durante el período posparto. Además, las mujeres primíparas tuvieron 2,88 veces más probabilidades de reiniciar precozmente las relaciones sexuales, al igual que aquellas sin antecedentes de lesiones genitales graves en el último parto, quienes presentaron una probabilidad 2,27 veces mayor (10). Por otro lado, en Malasia, un estudio realizado en 2020 encontró que entre los problemas sexuales que más se presentaban en el posparto estaban el trastorno de lubricación, con un 85,6%; trastorno del deseo, con un 69,7%; trastorno de dolor, con un 62,9% y el trastorno de excitación en un 11,0% (11).

A nivel latinoamericano, un estudio realizado en Paraguay, en 2017, reportó que el 42,9% inició su actividad sexual tipo coital a las 8 semanas posparto, de este grupo, el 47% lo realizó por deseo y confort personal y el 33% por requerimiento de su pareja; por otro lado, el 57,1% refirió no reiniciar la actividad sexual coital, el 30% por temor a sentir dolor y el 20% por miedo a embarazarse nuevamente (12). Sin embargo, un estudio en Colombia, en 2021, encontró que del 93,8% de las mujeres que habían

reanudado su actividad sexual, el 47% optó por relaciones coitales, mientras que el 22,4% prefirió sumarle besos y caricias; asimismo, en esta población el 62,5% de las participantes reportaron problemas sexuales posparto, más no había diferencias estadísticamente significativas de presentar problemas sexuales si habían tenido parto vaginal o cesárea (13). Otro estudio en México, en 2019, encontró que, respecto a la experiencia de la mujer en su primera actividad sexual después del parto, el 70,8% de las participantes manifestaron experimentar excitación y el 81,3% llegó al clímax, no obstante, un 66,7% indicaron experimentar una lubricación insuficiente y un 83,3% dispareunia (8).

A nivel nacional, en un estudio realizado en 2024, en el departamento de San Martín, se encontró que el 47% de las participantes que habían reanudado su actividad sexual lo hicieron por motivos de deseo y confort personal, el 33% por petición de su pareja y el 20% restante indicó que fue porque tenía un método anticonceptivo (14). Mientras, en Iquitos, en 2024 la mayoría de las mujeres sintieron miedo; a sentir dolor, un 96,3%; a un embarazo, un 77,8%; a una complicación, un 87,7% y al desempeño sexual, un 53,1% (15). Asimismo, en Huaraz, en 2017 se encontró que, entre las mujeres de 20 a 34 años de edad, la reanudación del acto sexual se dio entre 2 a 3 meses después del parto (26,5%). El 12,3% de las mujeres que tuvieron episiotomía y episiorrafia a la vez, demoraron de 3 a 4 meses en reiniciar el acto sexual y aquellas que tuvieron dehiscencia lo realizaron después de 4 meses (16).

A nivel local, en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, al mes se atienden aproximadamente 260 partos, al ser un hospital de categoría II - 2, reciben pacientes con diferentes niveles de complejidad médica. En ocasiones llegan gestantes con escasos o nulos controles prenatales, sin sesiones de psicoprofilaxis o mujeres que no acuden a las atenciones postnatales, a pesar de la importancia de estas actividades que buscan educar y preparar a la mujer en el embarazo, parto y puerperio con el objetivo de lograr una buena salud materna perinatal. De acuerdo con la experiencia clínica observada durante las prácticas hospitalarias y lo referido por el

personal obstétrico del establecimiento, algunas puérperas han retornado a consulta por dispareunia, infecciones y sangrado tras reanudar tempranamente su vida sexual sin los cuidados necesarios. Aunque estos casos no son frecuentes, pueden presentarse y ocasionar disfunciones sexuales que afectan la salud integral de la mujer.

Por lo presentado este estudio plantea la pregunta de investigación:

¿Cuáles son las características de la reanudación de la actividad sexual posparto en mujeres atendidas en un Hospital Público de Lima, 2025?

I.2. Objetivos

Objetivo general

Determinar las características de la reanudación de la actividad sexual posparto en mujeres atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, 2025.

Objetivos específicos

- Describir las características de la práctica sexual posparto.
- Describir los problemas sexuales de la reanudación de la actividad sexual posparto.
- Describir la implicancia emocional de la reanudación de la actividad sexual posparto.
- Describir las conductas preventivas en la reanudación de la actividad sexual posparto.

I.3. Importancia y alcance de la investigación

La salud sexual representa un aspecto importante en la calidad de vida de las personas. Tanto hombres como mujeres tienen derecho al goce de una vida sexual sana y segura, a la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras, libres de coacción, discriminación y violencia en cualquier etapa de sus vidas. Las relaciones sexuales antes, durante y después del embarazo varían drásticamente. A medida que avanza la gestación, la actividad y el interés sexual disminuyen progresivamente y empiezan a volver a la normalidad aproximadamente entre la cuarta y

sexta semana después del parto. En este sentido, se recomienda que la reanudación de la actividad sexual ocurra a partir de los cuarenta días postparto, de acuerdo al confort y deseo de la mujer. Sin embargo, la adaptación a las demandas del recién nacido, el contraste entre ser madre y ser amante, los cambios en la imagen corporal de la mujer, la fatiga, el miedo al dolor durante las relaciones sexuales y/o quedar embarazada nuevamente pueden causar dificultades en la sexualidad de la mujer e impactar negativamente en la relación de pareja, afectando su bienestar físico, social y psicológico.

Durante el puerperio se evidencian cambios hormonales como disminución del deseo sexual, sentimientos de tristeza y adelgazamiento de las paredes vaginales, que ocasionan dificultad en la excitación. Asimismo, experimentan el miedo al dolor, el cual es asociado al recuerdo del dolor experimentado durante el parto y se manifiesta con mayor intensidad en aquellas mujeres que han requerido episiotomía o sutura por desgarros perineales. A nivel emocional, se puede presentar el temor al desempeño sexual, el miedo a no ser percibida como atractiva por su pareja generado por la insatisfacción con su cuerpo. Es así que la comunicación, el diálogo y la comprensión mutua entre la pareja adquiere una importancia fundamental y el varón debe demostrar empatía y comprensión para poder afrontar de manera óptima los retos relacionados con la sexualidad.

La falta de información respecto a los problemas sexuales después del parto provoca el desconocimiento sobre cómo afrontar la reanudación de su vida sexual. Las atenciones prenatales y postnatales se enfocan más en el progreso del embarazo y los cuidados del recién nacido y se deja de lado la sexualidad de la mujer, lo que conlleva a complicaciones como infecciones puerperales y embarazos no deseados en un corto periodo intergenésico. Por lo tanto, este estudio permitirá contribuir en sensibilizar a la población y al personal de salud que mediante un manejo interdisciplinario ayuden a la puérpera a superar los problemas que ocurren en su vida sexual. Asimismo, se podrán implementar o fortalecer

normas de salud que favorezcan una atención integral que responda a las necesidades de cada mujer para una reanudación de la actividad sexual saludable y satisfactoria con la participación activa de la pareja.

I.4. Limitaciones de la investigación

El estudio es factible de realizar; sin embargo, presenta algunas limitaciones que deben considerarse. En primer lugar, existe el riesgo de sesgo de deseabilidad social, puesto que, al tratarse de preguntas sobre la vida sexual, algunas participantes podrían sentirse avergonzadas y ofrecer respuestas que perciben como socialmente aceptables o esperadas. Además, podría presentarse un sesgo de memoria si la participante no recuerda con precisión ciertos datos debido al tiempo transcurrido desde la experiencia reportada. Por otro lado, al ser un estudio descriptivo con muestreo no probabilístico, no es posible establecer relaciones causales y los resultados obtenidos no pueden generalizarse a toda la población. Finalmente, la diferencia temporal entre la captación de participantes, al firmar el consentimiento informado, y el seguimiento realizado dos meses después para el llenado del cuestionario, pudo haber ocasionado pérdida de participantes o de información, constituyendo una limitación operativa del estudio.

II. MARCO TEÓRICO

II.1. Antecedentes

Asmamaw D. *et al.* en el año 2023, en África, desarrollaron un estudio analítico, obtuvieron datos de las Encuestas de Salud Demográfica de África Subsahariana y entrevistaron a 118.371 mujeres. Encontraron que las probabilidades de reanudar las relaciones sexuales tempranas fueron mayores en mujeres que usaron planificación familiar (1,84 veces), en aquellas que deseaban más hijos (1,27 veces) y las que tuvieron un parto institucional (1,51 veces) en comparación con sus opuestos. Concluyeron que la educación de las mujeres y de su pareja, el lugar del parto, el uso de método de planificación familiar, la religión y el deseo de tener hijos se asociaron estadísticamente con la reanudación temprana de las relaciones sexuales. Por ende, se debe mejorar la incorporación de la educación posparto sobre la reanudación sexual en los servicios de atención de salud materna (17).

Edosa D. *et al.* en el 2022, en Etiopía, realizaron un estudio transversal, mediante muestreo aleatorio simple, seleccionaron a 421 participantes en quienes aplicaron un cuestionario semiestructurado. Encontraron que el 31,6% de mujeres reanudan su actividad sexual dentro de las 6 semanas después del parto, el 61% tuvo atención posparto, el 46,3% retomaron sus prácticas sexuales por solicitud de sus parejas, el 80% reportó que no recibieron orientación sobre el momento de reanudar las relaciones sexuales después del parto y las mujeres que utilizaban alimentación artificial tenían 2,3 veces más probabilidades de reanudar las relaciones sexuales tempranamente a comparación con las que brindaban lactancia materna exclusiva. Concluyeron que, la reanudación temprana de la actividad sexual se asocia con la monogamia, primiparidad, la atención posnatal y la alimentación con fórmula al recién nacido (18).

Dahlgren H. *et al.* en el 2022, en Suecia, desarrollaron un estudio prospectivo donde participaron 958 mujeres, a quienes les aplicaron un cuestionario estructurado. Encontraron que la prevalencia de mujeres

sexualmente activas disminuyó de 98% a 66,7% a las 8 semanas posparto; el desgarro perineal de segundo grado y la lactancia materna fueron factores de riesgo estadísticamente significativos para inactividad sexual a las 8 semanas posparto. Asimismo, la edad materna mayor a 35 años se asoció a un mayor riesgo de inactividad sexual a los 12 meses posparto. Concluyeron que los factores de riesgo asociados a inactividad sexual a las 8 semanas y 12 meses después del parto son mínimos, los problemas sexuales que pueden presentarse en el puerperio inmediato tienden a disminuir progresivamente, asimismo, es importante que los profesionales sanitarios brinden asesoría sobre sexualidad (19).

Asratie M. y Andualem Z. en el 2022, en Etiopía, realizaron un estudio analítico donde emplearon la técnica de muestreo por conglomerados para seleccionar a 6447 participantes, quienes fueron entrevistadas. Encontraron que el 60,41% de ellas reanudaron de forma temprana las relaciones sexuales posparto; además, la probabilidad de reanudación temprana era mayor en mujeres multíparas (1,45 veces) y con planificación familiar (1,2 veces); por el contrario, habría una menor probabilidad en aquellas con cesáreas (66%) y con deseos de fertilidad (19%). Concluyeron que, hay una prevalencia alta de reanudación temprana de las relaciones sexuales posparto; por lo que resulta importante que los profesionales de la salud consideren los factores predictivos asociados con la reanudación temprana de las relaciones sexuales postparto en las atenciones sanitarias (20).

Mekonnen B. en el 2020, en Etiopía desarrolló un estudio transversal, donde participaron 634 puérperas seleccionadas mediante la técnica de muestreo aleatorio sistemático, en quienes se aplicó un cuestionario estructurado. Encontró que el 26,9 % de las mujeres reanudaron las relaciones sexuales de forma temprana. Tenían mayor probabilidad de reiniciar tempranamente las relaciones aquellas mujeres que utilizaban planificación familiar (2,72 veces), primíparas (2,26 veces) y las que acudían a atenciones posnatales (1,45 veces). Además, para el 76,1%, el motivo principal para retomar la actividad sexual tras el parto fue por

solicitud de la pareja y el 15,6% mencionan haber presentado dolor durante las relaciones sexuales. Concluye que, se debe fomentar la comunicación sobre la actividad sexual posparto tanto en la atención prenatal, del parto y posparto como en la relación de pareja (21).

Adedokun B. et al. en el 2020, en Nigeria, desarrollaron un estudio transversal que contó con una muestra de 213 mujeres con quienes se utilizó un cuestionario semiestructurado. Encontraron que un 13,3% de las mujeres habían interrumpido su actividad sexual por dolor vaginal, dispareunia por episiotomía o desgarros perineales, y por no tener un método de planificación familiar. El 36,4% de las mujeres que habían reanudado la actividad sexual, usaban un método anticonceptivo. Asimismo, los métodos más usados fueron los preservativos (32,7 %) y los implantes/dispositivos intrauterinos (20,8%). Concluyeron que la mayoría de las mujeres reanudan las relaciones sexuales durante el período posparto sin utilizar anticonceptivos, por lo cual se deben realizar intervenciones para mejorar la adopción temprana de la planificación familiar (22).

Zhuang C. et al. en el 2019, en China, desarrollaron un estudio transversal, tuvo como muestra a 406 mujeres y utilizaron un cuestionario en línea y registros médicos. Encontraron que el 48% de las participantes tuvieron cesárea, el 85% brindó lactancia materna exclusiva, el 92,8% utilizaron anticonceptivos, el 27,3% informó que dentro de las razones para no utilizar anticonceptivos estaba el miedo a que los anticonceptivos perjudiquen la lactancia materna, la falta de conocimiento y falta de acceso al anticonceptivo deseado. Por otro lado, el 52,76% de las que no tenían relaciones sexuales manifestaron que fue por falta de interés sexual. Concluyeron que el regreso temprano del ciclo menstrual y tener relaciones sexuales durante el embarazo se asocian a la reanudación de las relaciones sexuales dentro de los 3 meses posteriores al parto (23).

Polanco R. et al. en el 2019, en México, desarrollaron un estudio descriptivo, transversal, tuvo como muestra 48 mujeres, utilizaron como

instrumento un cuestionario. Encontraron que el promedio del tiempo para reanudar actividades sexuales fue de 60.48 ± 19.63 días, como principal motivo reportaron el deseo propio y en segundo lugar, complacer a la pareja; entre los principales problemas sexuales mencionaron dispareunia y lubricación escasa. Concluyeron que las mujeres retoman la actividad sexual por decisión propia, a pesar de presentar alteraciones en la imagen corporal y molestias durante la penetración, logrando mantener la satisfacción sexual (8).

II.2. Bases teóricas

La salud sexual constituye un componente primordial en el bienestar integral de las personas. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, se define como un estado de bienestar físico, emocional y social relacionado con la sexualidad, el cual no se limita únicamente a la ausencia de enfermedad. En este sentido, la salud sexual implica la posibilidad de vivir experiencias sexuales seguras y satisfactorias, libres de coerción, discriminación o violencia, lo cual puede lograrse cuando se garantiza el respeto, la protección y el ejercicio pleno de los derechos sexuales dentro de la sociedad (24).

Desde esta perspectiva, la sexualidad se reconoce como un aspecto permanente en la vida del ser humano, presente desde el nacimiento y que se manifiesta a lo largo de todo el ciclo vital. Abarca más que solo actividades coitales, actualmente comprende elementos como la identidad y los roles de género, el erotismo, el placer y la orientación sexual (25). Asimismo, la sexualidad puede analizarse desde diversas dimensiones que permiten comprender su complejidad. En la dimensión biológica, se entiende como el resultado de la interacción entre factores genéticos e impulsos aprendidos, reflejando tanto aspectos innatos como sociales de la naturaleza sexual humana. Desde la dimensión psicológica, se relaciona con la percepción íntima y subjetiva de la identificación con un género determinado, integrando componentes como el temperamento, el carácter y la personalidad. Por su parte, la dimensión social se expresa a

través de los roles sexuales y de género, los cuales son construcciones sociales influenciadas por factores históricos y culturales. Finalmente, desde la dimensión ética, la sexualidad se concibe como un conjunto de valores que cada individuo desarrolla a lo largo de su vida, destacando la autovaloración como un aspecto central de este proceso (26).

En concordancia con lo anterior, la vivencia de la sexualidad, en su dimensión biológica, se manifiesta a través de la respuesta sexual humana, la cual presenta similitudes tanto en hombres como en mujeres. Esta respuesta se describe tradicionalmente en cuatro fases: deseo, excitación, orgasmo y resolución. La fase de deseo sexual se vincula con la apetencia sexual e incluye pensamientos, impulsos y fantasías de carácter erótico. Posteriormente, la fase de excitación sexual comprende la percepción subjetiva del placer acompañada de cambios fisiológicos, como la erección del pene en los hombres y la lubricación vaginal en las mujeres. En algunos modelos se reconoce una fase intermedia denominada meseta, caracterizada por un incremento sostenido de la excitación producto de la estimulación continua, lo que genera una tensión sexual significativa que facilita la aparición del orgasmo. La fase orgásmica o clímax representa el punto máximo del placer sexual y se acompaña de contracciones rítmicas de la musculatura genital y la eyaculación. Finalmente, la fase de resolución se distingue por una sensación general de relajación y bienestar, presentándose en los hombres un período refractario que generalmente no se observa en las mujeres (27).

La reanudación de la actividad sexual después del parto constituye un proceso progresivo influenciado por los cambios fisiológicos, anatómicos y emocionales propios del puerperio. Las prácticas sexuales comprenden diversas expresiones de intimidad, como la masturbación, el coito vaginal, anal y oral, el uso de juguetes sexuales, las fantasías sexuales, los besos profundos y los masajes eróticos, las cuales favorecen el vínculo afectivo y la satisfacción en la relación de pareja (28). En este contexto, las características de la práctica sexual posparto abarcan el tiempo de espera

para la reanudación de las prácticas sexuales coitales y no coitales, los tipos de prácticas no coitales empleadas, la frecuencia de la actividad sexual, las motivaciones para su reinicio, así como las posturas sexuales adoptadas y el lugar donde se desarrollan los encuentros sexuales. Tras el parto, el momento adecuado para reiniciar el coito vaginal representa una preocupación frecuente. Generalmente, se recomienda esperar aproximadamente seis semanas posparto, periodo que coincide con la duración del puerperio y que permite reducir el riesgo de infecciones puerperales, considerando que el útero y el tracto genital aún se encuentran en proceso de recuperación y son más vulnerables al ascenso bacteriano (29). El reinicio temprano de las relaciones sexuales puede resultar incómodo o doloroso debido a la cicatrización incompleta de episiotomías o desgarros perineales, así como a la disminución de la lubricación vaginal secundaria al descenso de los niveles de estrógeno característico del posparto, especialmente en mujeres lactantes (30,31). No obstante, la decisión de reiniciar las relaciones sexuales no siempre responde únicamente a la comodidad o disposición de la mujer, ya que en muchos casos se ve influenciada por la pareja, siendo menos frecuente que se trate de una decisión consensuada (9). Entre las principales motivaciones para la reanudación de la actividad sexual se encuentran la búsqueda de placer, el deseo de complacer a la pareja, la insistencia de esta o la percepción de seguridad asociada al uso de métodos anticonceptivos (32). En relación con las posturas sexuales, se ha descrito que aquellas en las que la mujer controla la penetración favorecen una mayor comodidad y reducen el dolor durante el coito, facilitando la adaptación y la recuperación de la vida sexual. Asimismo, el lugar del encuentro sexual suele adaptarse a las nuevas dinámicas familiares y al rol materno, priorizando los espacios que brinden privacidad, comodidad y seguridad (28).

En relación con los problemas sexuales, son aquellas dificultades que no permiten o disminuyen la posibilidad de experimentar placer o responder sexualmente (33). Durante el puerperio se observa una disminución considerable de la función sexual, atribuida a la interacción de factores

obstétricos, fisiológicos y psicológicos propios de esta etapa (34). Entre las disfunciones sexuales más frecuentes se encuentran los trastornos del deseo, caracterizados por la disminución o ausencia persistente de fantasías sexuales o disposición para la actividad sexual, los cuales responden a múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales y pueden generar malestar personal significativo, aún sin manifestarse necesariamente en cambios conductuales evidentes (35,36). Asimismo, los trastornos de la excitación sexual se expresan como una respuesta insuficiente a la estimulación sexual, ya sea a nivel subjetivo, genital o combinado, y suelen asociarse a condiciones emocionales como estrés, ansiedad o depresión (37). En cuanto al orgasmo, algunas mujeres presentan dificultad o incapacidad para alcanzarlo pese a encontrarse sexual y emocionalmente excitadas, situación que afecta la satisfacción sexual (38). Por otro lado, la dispareunia constituye uno de los problemas más reportados en el posparto y se manifiesta como dolor genital persistente o recurrente durante el coito, asociado tanto a la presencia de episiotomías, desgarros o edema perineal como a los cambios hormonales propios del puerperio (39, 40). La reducción de los niveles de estrógeno y progesterona posterior al parto, junto con el aumento de prolactina asociado a la lactancia materna, puede provocar adelgazamiento del epitelio vaginal, sequedad y dificultad para la lubricación, lo que puede generar dolor durante el coito y disminución del deseo sexual (41).

Respecto a la implicancia emocional, el puerperio representa una etapa de especial vulnerabilidad psicológica para la mujer. La tristeza posparto es la alteración emocional más frecuente y se manifiesta en los primeros días tras el nacimiento, caracterizándose por llanto fácil, irritabilidad y tristeza, condiciones que pueden disminuir el interés por la actividad sexual y afectar la vivencia del placer. Estos estados emocionales se asocian a cambios hormonales, al cansancio físico, a la falta de sueño y a las exigencias propias del nuevo rol materno (42). Asimismo, las experiencias vividas durante el parto, especialmente cuando existieron complicaciones o situaciones de riesgo, pueden generar temor o

inseguridad para reanudar la vida sexual, influyendo negativamente en el deseo y la disposición sexual (43). Las preocupaciones relacionadas con la imagen corporal posparto, como la percepción de cambios físicos y la disminución de la autoestima, se asocian a menor deseo, excitación y satisfacción sexual (44, 45). Además, la adaptación a los nuevos roles parentales y la lactancia materna implican un reajuste en la dinámica de pareja, con reducción del tiempo para la intimidad y priorización del cuidado del recién nacido, lo que puede generar tensiones emocionales, insatisfacción sexual y sentimientos de distanciamiento en la relación de pareja durante el primer año posparto (46,47).

En cuanto a las conductas preventivas, estas se consideran como las acciones orientadas a proteger la salud sexual y reproductiva de la mujer durante la reanudación de la actividad sexual en el posparto, tales como el uso de métodos anticonceptivos, las prácticas de higiene antes y después de las relaciones sexuales, la búsqueda de orientación o ayuda ante problemas relacionados con la sexualidad y la asistencia a los controles posnatales. La reanudación de la actividad sexual en el posparto debe considerar el uso de métodos anticonceptivos, dado que la fertilidad puede restablecerse pocas semanas después del parto, especialmente en mujeres que no amamantan (30). La elección y uso de un método anticonceptivo permite prevenir embarazos no planificados y contribuye a una vivencia más segura de la sexualidad. Asimismo, las prácticas de higiene genital antes y después de las relaciones sexuales y la búsqueda oportuna de información y consejería ante molestias o dudas relacionadas con la sexualidad posparto favorecen la prevención de infecciones, la detección temprana de complicaciones y una mejor adaptación a la reanudación de la vida sexual. En este contexto, las orientaciones en salud sexual y reproductiva durante el puerperio resultan fundamentales para favorecer conductas preventivas adecuadas y una reanudación informada de la vida sexual (48).

II.3. Definición de términos

Disfunción sexual: Se entiende como un trastorno que afecta el deseo, la excitación, el orgasmo y dolor durante la actividad sexual, lo cual afecta la calidad de vida de la pareja (49)

Erotismo: Se refiere a las sensaciones y satisfacciones asociadas con la activación de impulsos sexuales, experimentadas principalmente en las zonas erógenas (50).

Imagen corporal: Hace referencia a la percepción subjetiva de la apariencia física (51).

Orgasmo: Es un estado de alta excitación que surge debido a estímulos internos o externos durante la fase de respuesta sexual y se manifiesta a través de contracciones musculares rítmicas en la región pélvica acompañadas de placer sexual (52).

III. HIPÓTESIS Y VARIABLES

III.1. Hipótesis

Al ser un estudio descriptivo no se consideró una hipótesis en el estudio.

III.2. Variables

Características de la reanudación de la actividad sexual después del parto.

Definición conceptual:

Aquellas cualidades de la reanudación de la actividad sexual después del parto que pueden verse afectadas por el estado de salud, el ajuste a la maternidad, los roles de pareja y el contexto emocional por el que atraviesa la mujer. (31)

Definición operacional:

Conjunto de elementos medibles que describen cuándo y cómo se lleva a cabo el retorno de la actividad sexual después del parto en términos de frecuencia, variedad de prácticas sexuales, presencia de problemas sexuales, implicancia emocional y conductas preventivas que serán evaluadas luego de 2 meses a través de un cuestionario.

III.3. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Tipo y escala de medición	Valor final
Características de la reanudación de la actividad sexual.	Aquellas cualidades de la reanudación de la actividad sexual después del parto que pueden verse afectadas por el estado de salud, el ajuste a la maternidad, los roles de pareja y el contexto emocional por el que atraviesa la mujer.	Conjunto de elementos medibles que describen cuándo y cómo se lleva a cabo el retorno de la actividad sexual después del parto en términos de frecuencia, variedad de prácticas sexuales, presencia de problemas sexuales, implicancia emocional y conductas preventivas	Datos sociodemográficos	Edad	Cuantitativa/Razón	En años
				Religión	Cualitativa Nominal	Ninguna Católica Testigo de Jehová Otra:
				Estado civil	Cualitativa Nominal	Soltera Casada Conviviente Separada Divorciada
				Duración de la relación de pareja	Cuantitativa/Razón	En años
				Edad de la pareja	Cuantitativa/Razón	En años
				Persona con las que convive	Cualitativa Nominal	Solo con sus hijos Sus hijos y su pareja Familia nuclear y otros familiares Otros familiares
				Grado de instrucción	Cualitativa Ordinal	Sin instrucción Primaria Secundaria Superior técnico Superior universitario
				Ocupación	Cualitativa Nominal	Estudiante Ama de casa Dependiente

						Independiente
				Procedencia	Cualitativa/Nominal	Rural/Urbana
			Datos Obstétricos	Menarquía	Cuantitativa/Razón	En años
				Inicio de relaciones sexuales	Cuantitativa/Razón	En años
				Andria	Cuantitativa/Razón	En números
				Método Anticonceptivo	Cualitativa Nominal	Si, cuál: No
				Número de embarazo	Cuantitativa/Razón	En números.
				Periodo intergenésico	Cuantitativa/Razón	En años..
				Número de controles prenatales	Cuantitativa Razón	En números.
				Embarazo planificado	Cualitativa/Nominal	Si/No
				Consejería prenatal	Cualitativa/Nominal	Si/No
				Tipo de parto	Cualitativa/Nominal	Vaginal/cesárea
				Episiotomía	Cualitativa/Nominal	Si/No
				Desgarro	Cualitativa/Nominal	Si/No
				Complicación	Cualitativa Nominal	Si, cual No.

				Consejería posparto	Cualitativa/Nominal	Si/No
				Control posnatal	Cualitativa Nominal	Si, acudí a 2 atenciones Sí, pero solo a una No, ninguna
				Compañía de la pareja en los controles	Cualitativa/Nominal	Si/No
			Características de la práctica sexual	Actividad sexual	Cualitativa/Nominal	Si/No
				Relación sexual NO COITAL	Cuantitativa/Razón	En semanas
				Tipos de práctica sexual NO COITAL	Cualitativa Nominal	Besos y caricias con intención erótica Masturbación Juegos sexuales Sexo oral Usa juguetes sexuales
				Relación sexual COITAL	Cuantitativa Razón	En semanas
				Decisión de reanudar	Cualitativa Nominal	Si/No
					Cualitativa Nominal	Por complacerme a mí misma. Porque ya no siento dolor. Porque cuento con un método anticonceptivo. Por complacer a mi pareja. Por insistencia de mi pareja. Por temor a que me engañe. Porque creo que es necesario para no perder a mi pareja.

						Por comentarios de mis amistades.
				Frecuencia	Cuantitativa/Razón	En números
				Posiciones sexuales	Cualitativa/Nominal	Imágenes
					Cualitativa/Nominal	Imágenes
				Lugar de encuentro sexual	Cualitativa/Nominal	Dormitorio de la casa El baño/ducha Hotel:
			Problemas sexuales	Trastorno del deseo sexual	Cualitativa/Nominal	Si/No
				Trastorno de la excitación	Cualitativa/Nominal	Si/No
				Trastorno del orgasmo	Cualitativa/Nominal	Si/No
				Trastorno de lubricación vaginal	Cualitativa/Nominal	Problema de lubricación vaginal Dolor al ser acariciada o tocada en la zona genital. Molestia o dolor vaginal con la penetración. Ninguna de las anteriores
				Infección	Cualitativa Nominal	Irritación o picazón Mal olor Secreción excesiva Flujo verde, amarillo o cremoso. Sangrado al tener relaciones sexuales. No he tenido problemas
				Interrupción	Cualitativa/Nominal	Si/No

			Implicancia emocional	Miedo	Cualitativa Nominal	A Sentir dolor A un nuevo embarazo A tener alguna complicación A su desempeño sexual
				Imagen corporal	Cualitativa Nominal	Poco atractiva Atractiva Muy atractiva
					Cualitativa/Nominal	Si/No
					Cualitativa/Nominal	Si/No
				Adaptación a la maternidad	Cualitativa/Nominal	Si/No
					Cualitativa/Nominal	Si/No
					Cualitativa/Nominal	Si/No
			Relación de pareja		Cualitativa/Nominal	Si/No
					Cualitativa Nominal	Sí, me ayuda con los quehaceres del hogar y el cuidado de nuestro(s) hijo(s). Sí, es corresponsable con los quehaceres del hogar y el cuidado de nuestro(s) hijo(s). Me ayuda de otras formas No asume la responsabilidad
			Conductas preventivas	Método anticonceptivo	Cualitativa Nominal	Si, ¿cuál? No
					Cualitativa Nominal	Miedo a perjudicar la lactancia materna Sin conocimiento sobre la anticoncepción posparto

						Sin acceso a la anticoncepción posparto deseada
				Higiene	Cualitativa Nominal	Me ducho Me aseguro que el lugar esté limpio. Solo realizo una limpieza rápida con toallitas húmedas No tengo prácticas específicas
					Cualitativa Nominal	Me ducho. Orino. Solo realizo una limpieza rápida con toallitas húmedas No tengo prácticas específicas
				Cuidados	Cualitativa Nominal	Uso productos recomendados para el alivio de la irritación. Consulto a un profesional de salud para obtener recomendaciones No realizo cuidados especiales
				Orientación	Cualitativa Nominal	Si, por un gineco obstetra Si, por una obstetra Si, por una enfermera Si, por: _____ No
					Cualitativa Nominal	Sí, me hubiera gustado contar con el apoyo de especialistas para entender los cambios que estoy pasando. Si, por otras razones No, considero que es un tema privado, y solo debo tratarlo con mi pareja. No, por otras razones

MATERIALES Y MÉTODOS

III.4. Tipo de estudio

Descriptivo y transversal.

III.5. Diseño de estudio

Observacional

III.6. Población

Las 330 puérperas atendidas en el servicio de hospitalización del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el mes de marzo y la primera semana de abril.

III.7. Muestra

Todas las puérperas cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, siendo un total de 148. Inicialmente, durante el periodo de estudio se hospitalizaron 330 puérperas; de ellas, 30 no firmaron el consentimiento informado, quedando 300 participantes. Posteriormente, 196 indicaron la fecha y modalidad para el llenado del cuestionario, mientras que 104 no respondieron por diversos motivos. Finalmente, solo 148 completaron toda la encuesta, mientras que las restantes no lo hicieron por diferentes razones (se separaron de la pareja, tenían problemas de salud, se fueron de viaje, no reanudaron su vida sexual).

Criterios de Inclusión

- Mujeres que acepten participar voluntariamente en el estudio y hayan firmado el consentimiento informado.
- Mujeres mayores de 17 años.
- Mujeres que tuvieron un parto mínimo hace dos y máximo 4 meses.
- Mujeres que han reiniciado su actividad sexual después del parto.

Criterios de Exclusión

- Mujeres que tuvieron un aborto u óbito.

- Mujeres que tengan contraindicación de reanudación de actividad sexual.
- Mujeres sin pareja estable.
- Mujeres que hayan respondido el cuestionario de forma incompleta.

Tipo de muestreo

No probabilístico por conveniencia

III.8. Técnica

Se utilizó como técnica la encuesta para poder obtener información detallada de las características de la reanudación de la actividad sexual después del parto.

III.9. Instrumento de recolección de datos

El instrumento fue creado por la autora del estudio, es un cuestionario estructurado que cuenta con 31 ítems relacionados con la variable del estudio que están distribuidos en 4 dimensiones. Adicionalmente cuenta con 9 preguntas sobre características generales y 16 preguntas sobre características obstétricas.

Cada parte está conformada por preguntas abiertas y cerradas de acuerdo a las dimensiones tomadas en cuenta en la operacionalización de variables y la cantidad de preguntas están distribuidas de la siguiente forma:

- Características de la práctica sexual: 10 preguntas abiertas y de opción múltiple.
- Problemas sexuales: 6 preguntas entre dicotómicas y de opción múltiple.
- Implicancia emocional: 9 preguntas dicotomías.
- Conductas preventivas: 6 preguntas de opción múltiple.

La validación de contenido del cuestionario se dio a través de Juicio de Expertos, fueron 3 expertos en el tema quienes brindaron opiniones que

contribuyeron en la redacción y comprensión de los ítems presentados, evaluando pertinencia, relevancia y claridad. Para el análisis cuantitativo se aplicó el coeficiente V de Aiken, obteniéndose un valor de $V = 1$, lo que evidencia un alto nivel de concordancia entre los jueces y confirma la adecuada validez de contenido del instrumento. (Anexo 3).

Previo a la aplicación definitiva del instrumento, se realizó una prueba piloto con un grupo de 10 puérperas que cumplieran criterios similares a la población de estudio, con el objetivo de evaluar la comprensibilidad, claridad y aplicabilidad del cuestionario; mas no, para estimar confiabilidad. Los resultados permitieron realizar ajustes menores en la redacción de algunos ítems, sin modificar su contenido.

III.10. Procedimientos

Se presentó el proyecto de Tesis al Comité de investigación de la Escuela Profesional de Obstetricia; posteriormente se envió al Comité Institucional de Ética e Investigación del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz para su evaluación. Luego, se entregó la solicitud de permiso al servicio de Ginecobstetricia del Hospital. Previo permiso a las obstetras del servicio de hospitalización se procedió a explicar a cada puérpera el fin del estudio, se solicitó el permiso de cada usuaria para que acceda a participar mediante un consentimiento informado y se le pidió su número de celular para contactarlas luego de 2 meses para la aplicación del instrumento. Las puérperas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión completaron el cuestionario en la fecha previamente acordada, el llenado del cuestionario fue virtual y en algunos casos presencial, la modalidad fue elegida por comodidad de cada participante. Finalmente, estos datos fueron revisados y procesados para su análisis.

III.11. Análisis de datos

Se realizó una matriz de datos en el programa Microsoft Excel 2016 para la digitación de los datos obtenidos del cuestionario, luego esta matriz se importó al programa estadístico SPSS versión 26 para su análisis. En relación a las variables cualitativas, se estimaron frecuencias absolutas y

relativas que fueron presentadas en tablas. En el caso de las variables cuantitativas, se estimaron la mediana y rango intercuartílico para los resultados con distribución no normal, solo en un resultado se reportó promedio y desviación estándar por tener una distribución normal.

III.12. Consideraciones éticas

Esta investigación fue revisada y aprobada por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz para su realización. Se respetaron los principios de bioética. En relación con el principio de autonomía, la participación de las usuarias fue voluntaria, y ello se vio reflejado cuando cada participante por decisión propia y previa explicación del estudio decidió firmar el consentimiento informado. Respecto al principio de beneficencia, se brindó una breve consejería del tema investigado después del llenado del cuestionario y se ofreció la posibilidad de comunicarse posteriormente en caso de dudas. En referencia al principio de no maleficencia, los participantes no fueron expuestos a ningún riesgo físico, no obstante, se reconoce la posibilidad de generar incomodidad a nivel emocional debido a la naturaleza de algunas preguntas formuladas. En caso se hubieran sentido vulnerados, tenían la libertad de retirarse en cualquier momento. Por último, con respecto al principio de justicia, se garantizó la participación de manera equitativa, asegurando igualdad de oportunidades para todas las participantes elegibles. Los datos obtenidos se mantuvieron confidenciales y se utilizaron únicamente con fines de investigación.

IV. RESULTADOS

Tabla 1. Datos sociodemográficos de las puérperas atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, 2025.

	Me (Ri)	n	%
Edad	28 (24 - 33)		
Religión			
Ninguna		31	20,9
Católica		83	56,1
Cristiana		13	8,8
Evangélica		12	8,1
Otros		9	6,1
Estado Civil			
Soltera		18	12,2
Casada		12	8,1
Conviviente		114	77,0
Separada		4	2,7
Duración de la relación de pareja (en años)	7 (3-11)		
Edad de la pareja - $\bar{x}$ (DE)	32,2 (6,9)		
Personas con las que convive			
Solo con sus hijos		8	5,4
Sus hijos y su pareja		92	62,2
Familia nuclear y otros familiares		42	28,4
Otros familiares		6	4,1
Grado de instrucción			
Sin instrucción		1	0,7
Primaria		7	4,7
Secundaria		85	57,4
Superior técnico		38	25,7
Superior universitario		17	11,5
Ocupación			
Estudiante		10	6,8
Ama de casa		114	77,0

Dependiente	7	4,7
Independiente	17	11,5

Me: Mediana RI: Rango intercuartílico $\bar{x}$: Promedio DE: Desviación estándar

La tabla 1 permite comprender el contexto sociodemográfico de las participantes, de un total de 148 encuestadas, se observó que la mediana de las edades fue de 28 años, con un rango intercuartílico de 24 a 33 años, lo que indica que la mayoría se encuentra en el rango de jóvenes adultos. El 56,1% se identificaron como católicas, el 77,0% refirió ser conviviente y el mismo porcentaje refirió ser ama de casa. La mediana del tiempo de relación de pareja fue de 7 años. El promedio de las edades de sus parejas fue de 32,2 años, con una desviación estándar de 6,9 años. El 62,2 % de las familias eran nucleares, el 9,5% de las encuestadas mencionaron vivir sin la pareja y en cuanto al grado de instrucción de las participantes, se observó que el 57,4% cuenta con estudios secundarios.

Tabla 2. Datos Obstétricos de las púérperas atendidas en el Hospital Carlos LanFranco La Hoz, 2025.

	Me (Ri)	n	%
Menarquía	13 (12 - 14)		
Edad de IRS	18 (16 - 19)		
Andria	2 (1 - 3)		
MAC antes del embarazo			
No ha utilizado		47	31,8
Inyectable mensual		31	20,9
Inyectable trimestral		26	17,6
AOC		24	16,2
Implante		12	8,1
Preservativos		5	3,4
T de cobre		3	2,0
Número de embarazos	2 (1 - 3)		
Primigestas		45	30,4
PIG	3 (0-7)		
Número de CPN	8 (6 - 9)		
Planificó su embarazo		85	57,4

Recibió información del tema durante el CPN	78	52,7
Su pareja la acompañó en algún control prenatal o posnatal	88	59,5

Me: Mediana; RI: Rango intercuartílico; PIG: Periodo Intergenésico; CPN: Control prenatal; MAC: Método anticonceptivo; AOC: Anticonceptivos orales combinados.

La tabla 2 muestra que la mediana de la menarquía fue de 13 años, la mediana de la edad de IRS fue de 18 años y la mediana del número de parejas sexuales fue 2. Asimismo; se evidenció que el 31,8 % no había utilizado ningún método anticonceptivo antes de su último embarazo; el 20,9 % usó el inyectable mensual y el 17,6% el inyectable trimestral. Por otro lado, la mediana del número de embarazos fue 2, la mediana del PIG fue de 3 años y la mediana del número de controles prenatales en su último embarazo fue 8. Del total de encuestadas, el 57,4 % manifestó haber planificado su embarazo, el 52,7% mencionó haber recibido información durante sus controles prenatales sobre el tiempo recomendado para la reanudación de la actividad sexual posparto, y el 59,5% refirió que su pareja las acompañó en al menos un control prenatal o postnatal.

Tabla 3. Datos del parto de las puérperas atendidas en el Hospital Carlos LanFranco La Hoz, 2025.

	Parto vaginal		Cesárea	
	n = 82	%	n=66	%
Tuvo episiotomía	28	34,1	0	0,0
Tuvo desgarro	47	57,3	0	0,0
Complicación después del parto				
Ninguna	66	80,6	46	69,7
Dehiscencia de herida	2	2,4	11	16,7
Infección de tracto urinario.	5	6,1	2	3,0
preeclampsia	2	2,4	5	7,6
Mastitis	5	6,1	0	0,0
Hemorragia	2	2,4	1	1,5
Endometritis	0	0,0	1	1,5
Recibió información del tema después de su parto	49	59,8	32	48,5
Acudió a sus atenciones postnatales				

Solo a una atención	21	25,6	21	31,8
A las 2 atenciones	28	34,2	26	39,4
A ninguna	33	40,2	19	28,8

n = frecuencia absoluta; % = porcentaje.

En la tabla 3 se observa que del total de puérperas con parto vaginal (82), el 18,9 % tuvo episiotomía y el 16,2 % presentó desgarros. Respecto a las complicaciones postparto, la mayoría de las mujeres no presentó complicaciones; sin embargo, en las mujeres con parto vaginal, se encontró que el 6,1% tuvo mastitis y el 4,9% infección del tracto urinario, mientras que de las puérperas cesareadas (66), el 16,7% presentó dehiscencia de herida operatoria y el 7,6% preclamsia. En cuanto a la educación postparto, el 59,8 % de las puérperas con parto vaginal y el 48,5 % de las que tuvieron cesárea sí recibieron información sobre salud sexual postparto. En relación a la asistencia a controles postnatales, se observó que solo un 34,2 % de las mujeres con parto vaginal y un 28,8 % de las que tuvieron cesárea acudieron a las dos atenciones postnatales.

Tabla 4. Características de la práctica sexual de las puérperas atendidas en el Hospital Carlos LanFranco La Hoz, 2025.

	Total		Parto vaginal		Cesárea	
	n= 148	%	n= 82	%	n= 66	%
Reinicio de RS NO COITAL - Me (Ri)	4 (3 - 7)		6 (4 - 8)		4 (3 - 6)	
Tipos de prácticas sexuales NO COITALES						
Besos y caricias con intención erótica	139	93,9	77	93,9	62	93,9
Masturbación	18	12,2	9	11,0	9	13,6
Juegos sexuales	10	6,8	6	7,3	4	6,1
Sexo oral	22	14,9	10	12,2	12	18,2
Usa juguetes sexuales	3	2,0	0	0	3	4,5
Reinicio de RS COITALES - Me (Ri)	8 (6 - 10)		7 (6 - 10)		8 (6 - 10)	
Reanudación de las RS <6 semanas.	25	16,9	15	18,3	10	15,2
Decisión propia						
Si	126	85,1	71	86,6	55	83,3

No	22	14,9	11	13,4	11	16,7
Razones						
por complacerme a mí misma	76	51,4	43	52,4	33	50
porque ya no siento dolor	67	45,3	40	48,8	27	40,1
porque cuento con MAC	50	33,8	31	37,8	19	28,8
por complacer a mi pareja	43	29,1	23	28,0	20	30,3
por insistencia de mi pareja	7	4,7	4	4,9	3	4,5
por temor a que me engañe	3	2,0	0	0	3	4,5
porque creo que es necesario para no perder a mi pareja.	5	3,4	1	1,2	4	6,1
Por comentarios de familiares o amistades	2	1,4	2	2,4	0	0
Frecuencia de RS COITALES						
Antes del embarazo - Me (Ri)	3 (2 - 4)		3 (2 - 4)		3 (2 - 4)	
Durante el embarazo - Me (Ri)	1 (1 - 3)		2 (1 - 3)		1 (1 - 2)	
Después del parto - Me (Ri)	1 (1 - 2)		2 (1 - 2)		1 (1 - 2)	
Posición sexual más frecuente						
Mujer encima del hombre	42	28,4	26	31,7	16	24,2
De lado	42	28,4	22	26,8	20	30,3
cuadrúpeda	26	17,6	14	17,1	12	18,2
Hombre sobre la mujer	21	14,2	9	11,0	12	18,2
Posición sexual más placentera						
Mujer encima del hombre	60	40,5	29	35,4	31	47,0
cuadrúpeda	29	19,6	18	22,0	11	16,7
De lado	27	18,2	13	15,9	14	21,2
Hombre sobre la mujer	9	6,1	5	6,1	4	6,1
Posición sexual menos dolorosa						
De lado	49	33	24	29,3	25	37,9
Mujer encima del hombre	38	25,7	24	29,3	14	21,2
cuadrúpeda	18	12,2	9	11,0	9	13,6
Hombre sobre la mujer	18	12,2	9	11,0	9	13,6
Espacios						
Dormitorio de la casa	145	98,0	82	100	63	95,5
El baño/ducha	12	8,1	7	8,5	5	7,6
Hotel	11	7,4	8	9,8	3	4,5
Otro	1	0,7	1	1,2	0	0

Me: Mediana; RI: Rango intercuartílico; MAC: Método anticonceptivo; RS: Relaciones sexuales

En la Tabla 4 se evidencia que la mediana del tiempo para reanudar las prácticas sexuales no coitales fue de 4 semanas, predominando los besos y caricias con intención erótica en un 93,9 %. La mediana para el reinicio de la actividad sexual coital fue de 8 semanas posparto; un 16,9 % de mujeres lo retomaron antes de las seis semanas, registrándose el caso más temprano en la primera semana.

La decisión de reanudar las relaciones sexuales fue principalmente propia (85,1 %). Se observó una disminución progresiva de la frecuencia coital, desde antes del embarazo hasta después del parto. Las posiciones sexuales más frecuentes en el posparto fueron la posición donde la mujer está encima del hombre y la posición de lado, ambas con una frecuencia del 28,4 %, siendo considerada la primera postura como la más placentera y la más común en mujeres con parto vaginal; la segunda fue señalada como la menos dolorosa y la más frecuente en aquellas con cesárea.

Tabla 5. Problemas sexuales en las puérperas atendidas en el Hospital Carlos LanFranco La Hoz, 2025.

	Total		Parto vaginal		Cesárea	
	n=148	%	n= 82	%	n=66	%
Deseo sexual						
Si	71	48,0	39	47,6	32	48,5
No	77	52,0	43	52,4	34	51,5
Excitación sexual						
Si	56	37,8	29	35,4	27	40,9
No	92	62,2	53	64,6	39	59,1
Orgasmo						
Si	77	52,0	41	50,0	36	54,5
No	71	48,0	41	50,0	30	45,5
Problemas sexuales						
Problema de lubricación vaginal	30	20,3	17	20,7	13	19,7
Dolor al ser acariciada o tocada en la zona genital.	21	14,2	19	23,2	2	3,0
Molestia o dolor vaginal con la penetración.	66	44,6	38	46,3	27	40,1
A nivel de la zona genital						
Irritación o picazón	27	18,2	15	18,3	12	18,2
Mal olor	15	10,1	8	9,8	7	10,6
Secreción excesiva	10	6,8	7	8,5	3	4,5
Flujo verde, amarillo o cremoso	14	9,4	7	8,5	7	10,6
Sangrado al tener relaciones sexuales.	16	10,8	14	17,1	2	3,0
Deseo de evitar relaciones coitales por un tiempo						
Si	77	52,0	43	52,4	34	51,5
No	71	48,0	39	47,6	32	48,5

En la tabla 5 se muestra que el 52,0 % de las participantes manifestó no haber tenido deseos sexuales, el 62,2 % del total tuvo dificultades para excitarse

sexualmente y el 48% no pudo lograr llegar al orgasmo. Respecto a los problemas al reanudar la actividad sexual, el 20,3 % manifestó haber tenido problemas de lubricación vaginal y el 44,6 % indicó sentir molestias o dolor vaginal durante la penetración. En relación a los síntomas en la zona genital tras el reinicio de las relaciones sexuales, el 18,2 % refirió irritación o picazón y el 10,1 % mal olor. Asimismo, un 52,0 % de las mujeres indicó que, después de algunos encuentros sexuales, sintió que ya no quería continuar teniendo relaciones coitales por un periodo de tiempo.

Tabla 6. Implicancia emocional en las puérperas atendidas en el Hospital Carlos LanFranco La Hoz, 2025.

	n	%
Sensación de miedo		
A sentir dolor	98	66,2
A un nuevo embarazo	58	39,2
A tener alguna complicación	56	37,8
A su desempeño sexual	26	17,6
Percepción corporal en las RS		
Poco atractiva	85	57,4
Atractiva	40	37,0
Muy atractiva	20	13,5
Indiferente	3	2,1
Vergüenza al reiniciar RS después del parto	78	52,7
Influencia de la imagen corporal en el placer sexual	76	51,4
Influencia del rol de madre en el reinicio de la vida sexual	85	57,4
Influencia de la lactancia materna en el reinicio sexual	62	41,9
Problemas emocionales que afectaron la reanudación sexual	68	45,9
Confianza para comunicar preferencias sexuales a la pareja	123	83,1
Responsabilidad de la pareja durante el posparto		
Ayuda con los quehaceres y cuidado de los hijos	84	56,8
Corresponsabilidad en el hogar y con los hijos	55	37,2
Apoyo de otras formas	1	0,7
No asume responsabilidades	8	5,4

RS: Relaciones sexuales

En la tabla 6 se observa que la mayoría de las puérperas manifestó que al retomar su vida sexual sintió miedo al dolor. Respecto a la autoimagen corporal, el 57,4 % de las mujeres reportó sentirse poco atractiva durante sus relaciones sexuales; el 52,7 % manifestó haber sentido vergüenza y el 51,4 % consideró que su imagen corporal si influye en la posibilidad de mantener relaciones sexuales placenteras. Por otro lado; el 57,4 % afirmó que su rol de madre influyó en el reinicio de su vida sexual, un 41,9 % indicó que el hecho de brindar lactancia materna también tuvo un impacto negativo y el 45,9 % de las puérperas experimentó algún problema emocional que influyó en su decisión de reanudar la actividad sexual luego del parto. En cuanto a la comunicación en la pareja, el 83,1 % indicó sentirse en confianza para expresar a su pareja lo que le gusta o le desagrada durante sus encuentros sexuales. Sin embargo, el 5,4 % manifestó que su pareja no asume ninguna responsabilidad.

Tabla 7. Conductas preventivas en las puérperas atendidas en el Hospital Carlos LanFranco La Hoz, 2025.

	n	%
MAC después del parto		
Inyectable trimestral	51	34,5
Implante	23	15,5
Preservativos	17	11,5
Ligadura	11	7,4
Inyectable mensual	5	3,4
AOC	3	2,0
T de cobre	1	0,7
Motivos por los que no utilizaron MAC		
Miedo a perjudicar la lactancia materna	9	6,1
Miedo a los efectos secundarios	24	16,2
Sin acceso a la anticoncepción posparto deseada	3	2,0
Pareja con vasectomía	1	0,7
Prácticas de higiene sigue ANTES del acto sexual		
Ducharse	81	54,7

Asegurar que el lugar esté limpio.	39	26,4
Limpieza rápida con toallitas húmedas o papel higiénico	12	8,1
Lavado de la zona íntima	4	2,7
Sin prácticas específicas	12	8,1
Prácticas de higiene sigue DESPUÉS del acto sexual		
Ducharse	90	60,8
Orina	23	15,5
Limpieza rápida con toallitas húmedas o papel higiénico	21	14,2
Lavado de la zona íntima	10	6,8
Sin prácticas específicas	4	2,7
Manejo del dolor o malestar durante o después de las RS		
Uso de productos para alivio	35	23,6
Consulta a un profesional de salud	64	43,2
No realiza cuidados especiales	48	32,4
Orientación o ayuda recibida sobre vida sexual		
Si, por un gineco obstetra	28	18,9
Si, por una obstetra	35	23,6
Si, por una enfermera	5	3,4
No	79	53,4
Importancia de recibir orientación sobre salud sexual y maternidad		
Sí, hubiera deseado apoyo para comprender los cambios.	116	78,4
Si, por otras razones	21	14,2
No, considero que es un tema privado, y solo debo tratarlo con mi pareja	9	6,1
No, por vergüenza	2	1,4

AOC: Anticonceptivos orales combinados; MAC: Métodos anticonceptivos; RS: Relaciones sexuales

En la tabla 7 se encontró que el método más utilizado después de parto fue el inyectable trimestral, elegido por el 34,5 % de las puérperas. Asimismo, entre las razones reportadas por aquellas que no utilizaron ningún MAC en el postparto, la más frecuente fue el miedo a los efectos secundarios (16,2 %). Respecto a las prácticas de higiene realizadas antes y después del acto sexual durante el puerperio, la mayoría manifestó que se duchaba. Sobre el manejo del dolor o

malestar durante o después de las relaciones sexuales, el 43,2 % manifestó que consulta a un profesional de salud y el 32,4 % no realiza cuidados especiales. En relación al acceso a orientación sobre salud sexual en el puerperio, un 53,4 % indicó que no recibió ningún tipo de orientación y entre quienes sí accedieron a algún tipo de consejería, fue principalmente a través de una obstetra. Por último, en relación con la percepción sobre la importancia de recibir orientación en esta etapa, el 78,4 % del total de participantes expresó que le habría gustado contar con el apoyo de especialistas para comprender los cambios que estaban atravesando en su salud sexual y materna.

V. DISCUSIÓN

Durante el puerperio, las mujeres experimentan una serie de cambios físicos, hormonales y emocionales que forman parte del proceso de adaptación posterior al parto. Esta etapa implica transformaciones que pueden repercutir en distintos aspectos de la vida cotidiana; entre ellos, el ámbito sexual, así como en la relación con la pareja y la dinámica familiar. La vivencia de este periodo varía entre mujeres, dependiendo de las características propias de cada una y de las circunstancias que acompañan su proceso de recuperación. En este sentido, los resultados obtenidos describen las principales características de la reanudación de la actividad sexual posparto en la población estudiada.

Con relación a las prácticas sexuales después de haber pasado por un parto, la mediana del tiempo para reanudar las prácticas sexuales no coitales fue de 4 semanas (rango intercuartílico: 3 – 7 semanas), hallazgo que se alinea con lo reportado por Giménez (12), quien reportó que la mayoría de las mujeres reinició estas prácticas durante las primeras semanas posparto (2 ± 2.96 semanas en promedio). En cuanto a las manifestaciones predominantes, los besos y caricias con intención erótica fueron las más frecuentes, tanto en parto vaginal como en cesárea, respaldando lo señalado por Delgado (13) y Gonzales (5), quienes destacan que durante el puerperio las parejas expresan su sexualidad mediante muestras de afecto y ternura, priorizando el contacto no coital para mantener la intimidad.

En este contexto, el presente estudio encontró que la mediana del tiempo para el reinicio de las relaciones sexuales coitales fue de 8 semanas (rango intercuartílico: 6 – 10 semanas). Se observó que 16,9 % de las participantes reanudó la actividad sexual coital de manera temprana, es decir, antes de las seis semanas posparto. Del total de ellas, el 60 % de las mujeres tuvo parto vaginal y el 56 % fue múltipara. Estudios previos muestran resultados variados. Mekonnen (21) reportó que el 26,9 % de las mujeres retomó la actividad sexual antes de las seis semanas, mientras que Tariku (9) encontró una proporción mayor (53,9 %), señalando además que las mujeres con cesárea tenían un 93,5 % menos de probabilidad de reiniciar precozmente su vida sexual en

comparación con las mujeres con parto vaginal. En contraste, Edosa (18) observó que las mujeres multíparas tenían un 89 % menos de probabilidad de reiniciar precozmente la actividad sexual comparadas con las primíparas. Estos hallazgos difieren de los nuestros, ya que en esta población la mayoría de las mujeres que reanudaron tempranamente la actividad sexual fueron multíparas y habían tenido parto vaginal.

Respecto a la motivación para reanudar la vida sexual, el 85,1% manifestó que fue una decisión personal, principalmente por deseo propio (51,4%) o ausencia de dolor (45,3%). En contraste, solo el 29,1% refirió hacerlo por complacer a la pareja. Este resultado difiere de lo reportado Anzaku (30), donde la mayoría de las mujeres reanudó su actividad sexual por deseo de la pareja, incluso sin sentirse preparadas.

La frecuencia de relaciones sexuales coitales disminuyó progresivamente, pasó de un rango de 2 a 4 veces por semana antes del embarazo, a 1 a 3 veces por semana durante la gestación y finalmente 1 a 2 veces por semana después del parto. Este patrón coincide con el de Dahlgren (19), quien reportó una reducción significativa de la actividad sexual a las ocho semanas posparto, seguida de una recuperación gradual hasta el primer año. Las posibles causas de esta disminución incluyen el cansancio, la falta de sueño, las demandas del recién nacido, el temor al dolor, la alteración de la autoimagen corporal, la disminución de la libido y la lactancia materna, tal como también lo menciona Gonzales (5).

En relación con las posturas sexuales, la posición en la que la mujer se encuentra encima fue considerada la más placentera, mientras que la posición lateral fue la menos dolorosa para ambos tipos de parto, hallazgo que es consistente con lo descrito por O'Malley (28), quien señala que las posturas en las que la mujer controla la penetración favorecen la comodidad y reducen el dolor, facilitando la recuperación de la salud sexual. En cuanto al lugar de los encuentros, el dormitorio fue el espacio predominante, lo que refleja una preferencia por la privacidad e intimidad dentro del hogar.

En lo que respecta a los problemas sexuales, los resultados indican que el 52 % de las participantes no manifestó iniciativa o deseo sexual tras el parto, predominando este hallazgo en mujeres con parto vaginal, lo cual es similar a lo reportado por Dahlgren (19), quien encontró que aproximadamente la mitad de las primíparas experimentaba deseo sexual ocasional a las 8 semanas posparto. Además, el 62,2 % de las mujeres refirió dificultades para excitarse, mientras que durante la actividad coital se reportaron dolor con penetración (44,6 %) y lubricación insuficiente (20,3 %), resultados consistentes con lo descrito por Adedokun (22) y Khalid (11), quienes identifican la dispareunia y la sequedad vaginal como las principales barreras para la reanudación de la actividad sexual. A pesar de estas dificultades, el 52 % de las participantes logró alcanzar el orgasmo, lo que sugiere que la recuperación parcial de la función sexual es posible, aunque limitada por factores físicos y emocionales. No obstante, un porcentaje similar (52 %) suspendió temporalmente las relaciones coitales tras algunos encuentros; situación también descrita por Adedokun (22), donde el dolor genital y la ausencia de método anticonceptivo influyeron en la interrupción de la actividad sexual.

En relación con la implicancia emocional, el estudio evidenció que el miedo al dolor (66,2 %) y al embarazo no planificado (39,2 %) constituyen las principales barreras emocionales, lo que coincide con Velásquez (31) y Giménez (12). En este estudio, más de la mitad de las mujeres se sentían poco atractivas y un 52,7 % manifestó vergüenza al reiniciar la actividad sexual, mientras que el 51,4 % percibió que su imagen corporal afectaba el placer sexual, apoyando la evidencia de que la aceptación corporal influye directamente en deseo, excitación y satisfacción sexual (5). El rol materno y la lactancia también impactaron: el 57,4 % indicó que la maternidad influye en la reanudación de la actividad sexual, y el 41,9 % destacó la lactancia como un factor limitante. La disminución de libido asociada a cambios hormonales y físicos coincide con hallazgos previos de Polanco Reyes (8). La comunicación sobre preferencias sexuales fue alta (83,1 %), aunque solo el 37,2 % percibió corresponsabilidad de la pareja en tareas domésticas, destacando la importancia de la relación de pareja en el bienestar sexual posparto, según O'Malley (28).

Respecto a las conductas preventivas, el 85,1 % de las participantes refirió el uso de algún método anticonceptivo en el periodo posparto, siendo el inyectable trimestral el más utilizado (34,5 %), seguido del implante subdérmico (15,5 %). En contraste, Adedokun (22) reportó que el preservativo fue el método más frecuente (32,7 %), seguido del implante, mientras que Zhuang (23) también identificó el preservativo como la opción más elegida, reflejando diferencias en la preferencia de métodos que podrían relacionarse con factores culturales, disponibilidad de servicios y asesoría profesional. En cuanto a las razones para no usar anticonceptivos, en Adedokun (22) aproximadamente una cuarta parte (23,7 %) manifestó que no les gustaban y más de un tercio (37,4 %) indicó que lo utilizaría en el futuro; en este estudio, la principal razón fue el miedo a los efectos secundarios, mostrando similitudes en la percepción de barreras, aunque con motivaciones específicas diferentes entre poblaciones. Respecto a las prácticas de higiene sexual, la mayoría de las participantes reportó ducharse y mantener limpio el entorno antes y después del acto sexual, y el 52 % consultaba a un profesional ante dolor o malestar; no obstante, más de la mitad no recibió orientación profesional sobre sexualidad posparto, y un 6,1 % consideró que esta orientación no era necesaria por tratarse de un tema privado. Estos hallazgos evidencian una brecha en educación sexual y la presencia de barreras socioculturales, subrayando la necesidad de intervenciones sistemáticas que integren información sobre cambios físicos, emocionales y sexuales durante el puerperio, así como apoyo en planificación familiar y bienestar sexual, garantizando un enfoque más holístico y centrado en las necesidades de las mujeres.

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- La reanudación de la actividad sexual posparto se caracterizó por ser un proceso progresivo que varía de acuerdo al contexto sociocultural obstétrico de cada mujer.
- Las características de la práctica sexual posparto evidenciaron un inicio predominantemente no coital, la decisión de reanudar la vida sexual fue principalmente propia, las posturas adoptadas priorizaron la comodidad corporal y el control del dolor.
- Los principales problemas sexuales identificados fueron la disminución del deseo sexual, de la excitación y el orgasmo, dispareunia y escasa lubricación, lo cual afectó la satisfacción sexual y llevó, en algunos casos, a la interrupción temporal de las relaciones.
- La implicancia emocional de la reanudación sexual estuvo caracterizada por temores, inseguridades y cambios en la percepción de la imagen corporal. El rol materno y la lactancia se acompañaron de una menor disposición emocional para la intimidad sexual.
- Respecto a las conductas preventivas, predominó el uso del inyectable trimestral; sin embargo, persistieron barreras como el temor a efectos secundarios, la limitada orientación profesional y una limitada búsqueda de ayuda ante dificultades sexuales.

RECOMENDACIONES

- Incorporar de manera sistemática la salud sexual posparto dentro de la atención integral del puerperio, abordando la sexualidad como parte del bienestar físico y emocional de la mujer.
- Brindar información clara sobre las distintas formas de reanudar la actividad sexual posparto, enfatizando el inicio con prácticas no coitales, el respeto a los tiempos individuales y la elección de posturas cómodas.
- Incluir la identificación de problemas sexuales durante los controles posnatales, ofreciendo orientación oportuna sobre molestias frecuentes como dolor, sequedad vaginal y disminución del deseo sexual.
- Fortalecer el acompañamiento emocional en el puerperio, promoviendo espacios de consejería que aborden temores, autoestima e imagen corporal, así como la comunicación en la pareja.
- Mejorar el acceso a información confiable, mediante plataformas digitales o servicios de telemedicina brindar consejería en planificación familiar e higiene sexual, incentivando la asistencia a controles posnatales y la búsqueda de orientación profesional ante dificultades sexuales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguilera Vásconez RP, Sánchez Acosta AC, Andino Peñafiel EE, Llerena Cruz ÁG, Torres Vizuite RE. Percepción sobre la sexualidad en los estudiantes universitarios. Rev Eugenio Espejo. 2022;16(1):59-70. Doi:10.37135/ee.04.13.07
2. López Puerto AL, Gutiérrez Cardozo PA, Campos Neira D, Calderón Espejo CV. Sexualidad, Erotismo y amor en el embarazo y postparto. 2020; Disponible en: <https://repository.ucatolica.edu.co/server/api/core/bitstreams/e5401c16-37e9-4dc3-8fa3-86ab05b0b424/content>
3. Panea Pizarro I, Domínguez Martín AT, Barragán Prieto V, Martos Sánchez A, López Espuela F. Comportamiento y actitud frente a la sexualidad de la mujer embarazada durante el último trimestre. Estudio fenomenológico. Aten Primaria. marzo de 2019;51(3):127-34.
4. Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia posnatal positiva [Internet]. Organización Panamericana de la Salud; 2022 [citado 25 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK589456/>
5. González Robles L, Martínez Raposo P. La sexualidad femenina en el puerperio desde la metodología cualitativa. 15 de diciembre de 2020;III(33):1-0.
6. Enderle C de F, Pereira da Costa Kerber N, Lerch Lunard V, Goulart Nobre CM, Fonseca Rodrigues E, Mattos L. Condicionantes y/o determinantes del retorno a la actividad sexual en el puerperio. Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2013;;21(3):719-25. doi: 10.1590/S0104-11692013000300010
7. OMS. Atención posparto a madres y recién nacidos. 2015; Disponible en: <https://www.mcsprogram.org/wp-content/uploads/2016/03/WHO-PNC-2014-Briefer-A4-SP.pdf>
8. Polanco Reyes L, Monge Díaz J, Canto Cetina T, Ballote Zapata M. El reinicio de la actividad sexual en las mujeres puérperas según los cambios bio-psico-sociales. Rev de sexologia. 2019; 8(2): 27-34 Disponible en: <http://salutsexual.sidastudi.org/es/registro/a53b7fb37256b87c01739ed4a6ff0473>.

9. Tariku Bekela G, Mengistu Welday G, Mihretab Mehari R, Beyene Dorsisa A. Early resumption of postpartum sexual intercourse and its associated risk factors among married postpartum women who visited public hospitals of Jimma zone, Southwest Ethiopia: A cross-sectional study. *PLoS One*. 2021;16(3):e0247769. doi: 10.1371/journal.pone.0247769.
10. Abebe Gelaw K, Atalay YA, Yeshambel A, Adella GA, Gelaw Walle B, Bewket Zeleke L, et al. Prevalence and factors associated with early resumption of sexual intercourse among postpartum women: Systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*. 17 de enero de 2024;19(1):e0288536. doi: 10.1371/journal.pone.0288536.
11. Khalid NN, Jamani NA, Abd Aziz KH, Draman N. The prevalence of sexual dysfunction among postpartum women on the East Coast of Malaysia. *J Taibah Univ Med Sci*. 22 de septiembre de 2020;15(6):515-21. doi: 10.1016/j.jtumed.2020.08.008.
12. Giménez M de los Á, Kawabata A, Rios-Gonzalez CM. Prácticas sexuales y anticoncepción en puérperas en un Hospital de tercer nivel de atención de Paraguay, 2017. *Rev Salud Pública Parag*. diciembre de 2019;9(2):35-40.
13. Delgado Jaime V. Conductas sexuales en el posparto de mujeres mayores de 18 años atendidas en el Hospital Local del Norte en Bucaramanga, Santander [Internet]. Universidad Autónoma de Bucaramanga - UNAB; 2021. Disponible en: https://redcol.minciencias.gov.co/Record/UNAB2_34d2e57cb9323aa41127d1b136dc7faa
14. Lozano Tapia SG, Lozano Carrasco JP, Santa María Vásquez LG, Chuquizuta Puelles LW, Zagaceta Daza JA. Prácticas sexuales y anticonceptivas en puérperas adolescentes Sexual and contraceptive practices in adolescent postpartum women. *Rev MÉDICA Hosp RIOJA*. 4 de abril de 2024;1:18-30. doi: 10.62888/rmhr.v1i1.2
15. Villacorta de la Cruz SM. Factores asociados al inicio de la actividad sexual en primíparas atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García de octubre a diciembre 2018. 18 de junio de 2019 [citado 25 de agosto de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.ucp.edu.pe/handle/UCP/741>
16. Ocaña Marquez GM. Factores asociados al reinicio tardío de relaciones sexuales en el postparto, Centro de Salud Monterrey, Huaraz, 2017"

- [Internet]. 2017. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/RUNM_c9d1d56e20437e99db893fbc861569da
17. Asmamaw DB, Belachew TB, Negash WD. Multilevel analysis of early resumption of sexual intercourse among postpartum women in sub-Saharan Africa: evidence from Demographic and Health Survey Data. *BMC Public Health*. 21 de abril de 2023;23(1):733. doi: 10.1186/s12889-023-15687-8
 18. Edosa Dirirsa D, Awol Salo M, Eticha TR, Geleta TA, Deriba BS. Return of Sexual Activity Within Six Weeks of Childbirth Among Married Women Attending Postpartum Clinic of a Teaching Hospital in Ethiopia. *Front Med*. 25 de abril de 2022;9:865872. doi: 10.3389/fmed.2022.865872
 19. Dahlgren H, Jansson MH, Franzén K, Hiyoshi A, Nilsson K. Sexual function in primiparous women: a prospective study. *Int Urogynecology J*. 2022;33(6):1567-82. doi: 10.1007/s00192-021-05029-w.
 20. Asratie MH, Andualem Z. Predictors of early resumption of post-partum sexual intercourse among post-partum period women in Ethiopia: A multilevel analysis based on Ethiopian demographic and health survey 2016. *PloS One*. 2022;17(9):e0271372. doi: 10.1371/journal.pone.0271372.
 21. Mekonnen BD. Factors associated with early resumption of sexual intercourse among women during extended postpartum period in Northwest Ethiopia: a cross sectional study. *Contracept Reprod Med*. 2 de noviembre de 2020;5:19. doi: 10.1186/s40834-020-00124-7.
 22. Adedokun B, Abdus-Salam RA, Babawarun T, Morhason-Bello I, Ojengbede O. Resumption of Sexual Intercourse and Family Planning use Among Postpartum Women Attending Infant Welfare Clinics in Ibadan, Southwest Nigeria - A Cross-Sectional Study. *Niger J Clin Pract*. diciembre de 2020;23(12):1648-55. doi: 10.4103/njcp.njcp_76_20.
 23. Zhuang C, Li T, Li L. Resumption of sexual intercourse post partum and the utilisation of contraceptive methods in China: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 1 de marzo de 2019;9(3):e026132. doi: 10.1136/bmjopen-2018-026132.
 24. Salud Sexual y Reproductiva - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2024 [citado 25 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-sexual-reproductiva>

25. UNFPA-Mexico [Internet]. [citado 25 de agosto de 2024]. Educación Integral de la Sexualidad. Disponible en: <https://mexico.unfpa.org/es/topics/educaci%C3%B3n-integral-de-la-sexualidad-0>
26. López S, Campos J, Padrón A, Martínez L, Suarez E, López A. Las dimensiones del sexo y la teoría de los holones como modelo sistémico de la sexualidad. Bol Científico Esc Super Atotonilco Tula. 5 de enero de 2024;11:22-9. doi: <https://doi.org/10.29057/esat.v11i21.11445>
27. Rao TSS, Nagaraj AKM. Female sexuality. Indian J Psychiatry. julio de 2015;57(Suppl 2):S296-302. doi: 10.4103/0019-5545.161496.
28. O'Malley D, Higgins A, Smith V. Sexuality of the Couple in Postpartum and Early Parenthood (1st Year). En: Midwifery and Sexuality [Internet]. Springer International Publishing; 2023 [citado 28 de septiembre de 2024]. p. 85-98. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-031-18432-1_8
29. Delbono González V. Abordaje de la sexualidad en el período grávido - puerperal*. An Fac Med. diciembre de 2018;5(2):141-5.
30. Anzaku A, Mikah S. Postpartum Resumption of Sexual Activity, Sexual Morbidity and Use of Modern Contraceptives Among Nigerian Women in Jos. Ann Med Health Sci Res. 2014;4(2):210-6. doi: 10.4103/2141-9248.129044
31. Graziottin A, Di Simone N, Guarano A. Postpartum care: Clinical considerations for improving genital and sexual health. European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology 2024;296:250-257. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2024.02.037>
32. Velázquez Barrios M, Díaz Jiménez D, Reina Caro AJ. Recuperación de la actividad sexual tras el parto. Sanum. 2019;3(1):36-42.
33. Prasanna Tadi GC. Physiology, Postpartum Changes. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [citado 26 de septiembre de 2024]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555904/>
34. Fischer J, Andersson G, Billieux J, Vögele C. La relación entre la regulación emocional y la función y satisfacción sexual: una revisión exploratoria. Sex Med Rev 2022;10(2):195–208. doi: <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2021.11.004>
35. Gutzeit O, Levy G, Lowenstein L. Postpartum Female Sexual Function: Risk

- Factors for Postpartum Sexual Dysfunction. *Sex Med.* 2019;8(1):8–13. doi: 10.1016/j.esxm.2019.10.005
36. Fisiopatología del trastorno del deseo sexual en el climaterio [Internet]. [citado 26 de septiembre de 2024]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672018000100010
37. Chaparro G, Pérez V, Sáez C. Función sexual femenina durante el período posparto. *Rev Obstet Ginecol Venezuela.* septiembre de 2013;73(3):181-6. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322013000300005&lng=es.
38. Conn A, Hodges K. Manual MSD. 2023 [citado 26 de septiembre de 2024]. Trastorno del interés/de la excitación sexual. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/hogar/salud-femenina/función-y-disfunción-sexual-en-la-mujer/trastorno-del-interés-de-la-excitación-sexual>
39. MedlinePlus. Disfunción orgásmica en las mujeres [Internet]. 2024 [citado 26 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001953.htm>
40. Alonso Calvete A, Prado Fontan N, Da Cuña Carrea I, González González Y. Disfunciones sexuales en el período posparto. Una revisión de la literatura. *Medicina naturista.* 2022;16(1).
41. González LS, Blanco E de D, Ortega LR, Moraguez DM. Dispareunia y vaginismo, trastornos sexuales por dolor. *Rev Cuba Med Mil.* 2 de agosto de 2020;49(3):0200450.
42. Acevedo-Bedoya SY, Londoño-Sierra DC, Sterling-Villada M de los Á, Osorio-Posada A, Garnica-Cardona C, Restrepo-Mesa SL. Experiencias en lactancia materna, vivencia desde la mujer que amamanta: estudio cualitativo. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 30 de diciembre de 2023;74(4):287-96. doi: <https://doi.org/10.18597/rcog.4105>
43. Rahmani A, Fallahi A, Allahqoli L, Grylka-Baeschlin S, Alkatout I. How do new mothers describe their postpartum sexual quality of life? a qualitative study. *BMC Womens Health.* 9 de septiembre de 2023;23(1):477. doi: 10.1186/s12905-023-02619-2
44. Correa Tanta YDLM. Influencia de factores físicos y emocionales en el reinicio de la actividad sexual en púerperas Centro Materno Perinatal Simón Bolívar

- Cajamarca 2016 [Internet]. [Cajamarca]: Universidad Nacional de Cajamarca; 2016 [citado 26 de septiembre de 2024]. Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/1127>
45. Santiago Sanabria L, Islas Tezpa D, Flores Ramos M. Trastornos del estado de ánimo en el postparto. *Acta Médica Grupo Ángeles*. junio de 2022;20(2):173-177.
 46. Pardell-Dominguez L, Palmieri PA, Dominguez-Cancino KA, Camacho-Rodriguez DE, Edwards JE, Watson J, et al. The meaning of postpartum sexual health for women living in Spain: a phenomenological inquiry. *BMC Pregnancy Childbirth*. 28 de enero de 2021;21:92. doi: 10.1186/s12884-021-03578-y.
 47. Serrano Drozdowskyj E, Gimeno Castro E, Trigo López E, Bárcenas Taland I, Chiclana Actis C. Factors Influencing Couples' Sexuality in the Puerperium: A Systematic Review. *Sex Med Rev*. enero de 2020;8(1):38-47.
 48. Grussu P, Vicini B, Quatraro RM. Sexuality in the perinatal period: A systematic review of reviews and recommendations for practice. *Sex Reprod Healthc*. 1 de diciembre de 2021;30:100668.
 49. Ministerio de Salud. Gob.pe. 2017 [citado 26 de septiembre de 2024]. Norma técnica de salud para la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/280842-norma-tecnica-de-salud-para-la-atencion-del-parto-vertical-en-el-marco-de-los-derechos-humanos-con-pertinencia-intercultural>
 50. Rivera Felix LM, López Sánchez M, Quiñones Colchado ER, Ramos Cardenas MA. [Female sexual dysfunction and factors that influence it during pregnancy. A systematic review in South America and Asia in the last decade]. *Rev Fac Cienc Medicas Cordoba Argent*. 21 de diciembre de 2022;79(4):374-8.
 51. Rosero García LC, Rosero Arcos VH, Mora Acosta LF. Erotismo en la Sexualidad [Internet]. 2013 [citado 25 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://revistadepsicologiagepu.es.tl/Erotismo-en-la-Sexualidad.htm>
 52. Hernández-Cruz A, Cervantes-Luna BS, Escoto Ponce de León M del C, Rodríguez-Hernández G, Flores-Perez V. Evaluación de intervenciones sobre imagen corporal positiva en niños y adolescentes: revisión sistemática.

Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 26 de agosto de 2022 [citado 27 de septiembre de 2024]; Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745022000841>

53. Uribe Arcila JF, Quintero Tobón MT, Gómez Gómez M. Orgasmo femenino: definición y fingimiento. Urol Colomb. 1 de abril de 2015;24(1):19-27.

ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Institución: Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Investigadora: Mendoza Barrientos, Fiorela Lizeth

Título: Características de la reanudación de la actividad sexual posparto en mujeres atendidas en un Hospital Público de Lima, 2025.

Propósito del Estudio: Es usted invitada a participar en este estudio titulado “Características de la reanudación de la actividad sexual posparto en mujeres atendidas en un Hospital Público de Lima, 2025.” Este estudio es desarrollado por una estudiante de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Realizo esta investigación con el fin de Identificar las características de la reanudación de la actividad sexual posparto. Antes de decidir si acepta participar o no, se le brindará la información necesaria, para que pueda tomar su decisión, puede realizar las preguntas que desee y serán respondidas gustosamente. A este proceso se le denomina **Consentimiento Informado**.

Procedimientos: Si usted acepta participar en el estudio se le pedirá su número de celular para contactarla y luego de dos meses acordar el modo de aplicación del cuestionario (virtual o presencial); el cual tiene preguntas abiertas y cerradas donde deberá marcar con un aspa (X) de acuerdo con su criterio. No existen respuestas malas ni buenas, solo se pide sinceridad. Desde ya se le agradece su participación.

Beneficios y riesgos: Esta investigación tiene como beneficio brindar conocimiento científico que sensibilice a la población sobre cómo afrontar los problemas sexuales que pueden presentarse después del parto; promover que los profesionales de salud brinden una atención integral que responda a las necesidades de cada mujer para una reanudación de la actividad sexual saludable. Por otro lado, el ser partícipe de este estudio no involucra ningún tipo de riesgo. El llenado del instrumento no repercutirá sobre su integridad.

Confidencialidad: El llenado del cuestionario será anónimo, es decir, no se expondrán sus nombres. Se asignará códigos aleatorios a los instrumentos de recolección de datos que usted llene; si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna

información que permita la identificación de las personas que participaron. La información obtenida no será mostrada a ninguna persona ajena a la investigación sin su consentimiento.

Derechos del participante: Si usted decide ser parte del estudio, podrá retirarse de éste en cualquier momento que desee, del mismo modo si decide no participar puede hacerlo sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional puede contactar de forma personal a la investigadora Fiorela Lizeth Mendoza Barrientos al celular 960128212. Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en Investigación del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz al correo: docenciaeinvestigacion@hcllh.gob.pe.

Declaración del participante: Se me ha explicado este estudio, he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Acepto voluntariamente participar en este estudio. Entiendo que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones. Si luego tengo más preguntas acerca del estudio, puedo comunicarme con la investigadora, al celular arriba mencionado. Si tengo preguntas acerca de los aspectos éticos del estudio, puedo comunicarme con el jefe del Comité de Ética en Investigación del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, al correo arriba mencionado. Además, recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Participante

Nombre:

DNI:

Celular:

Investigador

Nombre: Mendoza Barrientos, Fiorela
Lizeth

DNI: 75487418

Fecha:

(firma)

(firma)

ANEXO 2: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Estimada usuaria, por favor lea atentamente las siguientes preguntas y marque con una X o escriba su respuesta, según corresponda. Se le pide total sinceridad al completar este cuestionario, recuerde que no existen respuestas buenas o malas. Asimismo, las disculpas del caso si algunas de las imágenes les resultan muy fuertes, sin embargo, son necesarias para la investigación. (Si tiene alguna pregunta o duda puede realizarlo con confianza.

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

- 1) ¿Cuál es su edad? (años cumplidos):

- 2) ¿Qué religión practica?:
 - a) Ninguna
 - b) Católica
 - c) Testigo de Jehová
 - d) Mormón
 - e) Otra: _____
- 3) ¿Cuál es su estado civil?:
 - a) Soltera
 - b) Casada
 - c) Conviviente
 - d) Separada
 - e) Divorciada
- 4) ¿Hace cuánto es su pareja sexual?
(Años)

- 5) ¿Cuál es la edad de su pareja? (años cumplidos)

- 6) ¿Con qué personas vive en su casa?
 - a) Solo con sus hijos
 - b) Sus hijos y su pareja
 - c) Familia nuclear y otros familiares
- 7) ¿Cuál es su grado de instrucción?:
 - a) Sin instrucción
 - b) Primaria
 - c) Secundaria
 - d) Superior técnico

- e) Superior universitario
- 8) ¿A qué se dedica actualmente?:
 - a) Estudiante
 - b) Ama de casa
 - c) Dependiente
 - d) Independiente
- 9) Procedencia (Lugar de nacimiento)
 - a) Rural
 - b) Urbana

II. DATOS OBSTÉTRICOS

- 10) Edad de primera menstruación: _____
- 11) Edad de inicio de relaciones sexuales:

- 12) ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido?

- 13) Ha utilizado método anticonceptivo, antes de este embarazo:
 - a) Si ¿cuál utilizaba?

 - b) No he utilizado
- 14) ¿Cuántos embarazos ha tenido?: _____
- 15) ¿Cuánto tiempo ha pasado entre sus dos últimos embarazos? (en meses)

- 16) En su último embarazo, ¿cuántos controles prenatales tuvo? : _____
- 17) ¿Su último embarazo fue planificado?
 - a) Si
 - b) No

18) En la atención prenatal le informaron de cuándo debe iniciar su actividad sexual después del parto:

- a) Si
- b) No

- c) Dehiscencia de herida operatoria.
- d) Endometritis
- e) Mastitis
- f) Infección de tracto urinario.

*Dehiscencia: Cuando no cicatriza el desgarro o herida operatoria.

EN RELACIÓN AL PARTO

19) Tipo de parto:

- a) Parto vaginal
- b) Cesárea

20) ¿Le realizaron episiotomía?:

- a) Si
- b) No

21) ¿Tuvo desgarro?:

- a) Si
- b) No

22) ¿Tuvo alguna complicación después del parto?:

- a) Si
- b) No

Si su respuesta a la pregunta anterior fue si, ¿Qué tipo de complicación fue?

23) ¿Después de su atención de parto le informaron de cuándo debe iniciar su actividad sexual?

- a) Si
- b) No

24) ¿Acudió a sus atenciones postnatales?

- a) Si, acudí a las 2 atenciones.
- b) Si, pero solo a una.
- c) No, a ninguna.

25) ¿En alguna de sus atenciones prenatales o postnatales, su pareja la acompañó?

- a) Si
- b) No

III. CARACTERÍSTICAS DEL REINICIO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL DESPUÉS DEL PARTO

Características de la práctica sexual

1) ¿Usted ya reinició su actividad sexual después de su parto?

- a) Si
- b) No

2) ¿Después de cuánto tiempo usted reinició su actividad sexual de tipo NO COITAL? (En semanas):

3) ¿Qué tipos de prácticas sexuales NO COITALES ha realizado? (puede marcar más de uno)

- a) Besos y caricias con intención erótica.

- b) Masturbación
- c) Juegos sexuales.
- d) Sexo oral
- e) Usa juguetes sexuales (vibradores, dildos, etc.)

4) ¿Después de cuánto tiempo usted reinició su actividad sexual de tipo COITAL? (en semanas): _____

5) ¿Fue su decisión reanudar las actividades sexuales?

- a) Si
- b) No

6) ¿Por qué razón decidió reanudar su actividad sexual? (puede marcar más de uno)

- | | |
|---|---|
| a) por complacerme a mí misma | b) porque ya no siento dolor |
| c) porque cuento con un método anticonceptivo | g) porque creo que es necesario para no perder a mi pareja. |
| d) por complacer a mi pareja | h) por miedo a que mi hijo se quede sin padre. |
| e) por insistencia de mi pareja | i) por comentarios de mi familia |
| f) por temor a que me engañe | j) por comentarios de mis amistades |

7) ¿Cuántas veces a la semana ha tenido relaciones sexuales COITALES?

- Antes del embarazo: _____
- Durante el embarazo: _____
- Después del parto: _____

8) ¿Cuál es la posición sexual que más práctica después del parto?



i) Otro (cuál): _____

9) Según las imágenes previas, marque con una X la posición sexual que considera más placentera y con un O la que considera menos dolorosa.

a	b	c
d	e	f
g	h	i

10) ¿En qué espacios o lugares tiene sus encuentros sexuales?

- a) Dormitorio de la casa
- b) El baño/ducha
- c) Hotel
- d) Otro: _____

Problemas sexuales

- 11) Después de su parto, ¿ha tenido iniciativa o deseos de realizar algún tipo de actividad sexual?
- a) Si
 - b) No
- 12) ¿Le ha resultado fácil excitarse sexualmente?
- a) Si
 - b) No
- 13) ¿Ha logrado llegar al orgasmo?
- a) Si
 - b) No
- 14) Marque con una X si ha presentado alguno de los siguientes problemas al reanudar su actividad sexual (Puede marcar más de una opción).
- a) Problema de lubricación vaginal.
 - b) Dolor al ser acariciada o tocada en la zona genital.
 - c) Molestia o dolor vaginal con la penetración.
 - d) Ninguna de las anteriores.
- 15) Después del parto, ¿Ha presentado alguno de los siguientes problemas en su zona genital? (Puede marcar más de una opción).
- a) Irritación o picazón.
 - b) Mal olor.
 - c) Secreción excesiva.
 - d) Flujo verde, amarillo o cremoso.
 - e) Sangrado al tener relaciones sexuales.
 - f) No he tenido problemas.
- 16) Después de algunos encuentros sexuales, ¿ha sentido que ya no quiere continuar teniendo relaciones coitales al menos por un periodo de tiempo?
- a) Si
 - b) No

Implicancia emocional

- 17) Puede marcar más de una opción, si al reanudar sus relaciones coitales, en algún momento tuvo miedo a:
- a) A sentir dolor.
 - b) A un nuevo embarazo.
 - c) A tener alguna complicación.
 - d) A su desempeño sexual.
- 18) ¿Cómo se siente respecto a su cuerpo cuando tiene relaciones sexuales?
- a) Poco atractiva
 - b) Atractiva
 - c) Muy atractiva
 - d) Otro: __
- 19) ¿Tuvo vergüenza de reiniciar su actividad sexual después del parto?
- a) Si
 - b) No
- 20) ¿Cree usted que su imagen corporal influye en tener relaciones sexuales placenteras?
- a) Si
 - b) No
- 21) ¿Siente que su rol de madre (cuidar a su bebe y/o demás hijos) ha influido en el reinicio de sus relaciones sexuales?
- a) Si
 - b) No
- 22) ¿Brindar lactancia materna ha influido en el reinicio de sus relaciones sexuales?
- a) Si
 - b) No
- 23) ¿Experimentó algún problema emocional que haya influido en su decisión de reanudar las relaciones sexuales después del parto?
- a) Si
 - b) No

24) ¿Se ha sentido en confianza para comunicar a su pareja lo que le gusta o desagrada en sus encuentros sexuales?

- a) Si
- b) No

25) ¿Su pareja es responsable con usted durante esta etapa?

- a) Sí, me ayuda con los quehaceres del hogar y el cuidado de nuestro(s) hijo(s).
- b) Sí, es corresponsable con los quehaceres del hogar y el cuidado de nuestro(s) hijo(s).
- c) Me ayuda de otras formas
- d) No asume la responsabilidad.

Conductas preventivas

26) ¿Utilizó algún método anticonceptivo al reiniciar su actividad sexual después de su parto?

- a) Si, ¿cuál? _____
- b) No

Si su respuesta a la pregunta anterior fue no, ¿Cuál es el motivo de no tomar métodos anticonceptivos?

- a) Miedo a perjudicar la lactancia materna.
- b) Sin conocimiento sobre la anticoncepción posparto.
- c) Sin acceso a la anticoncepción posparto deseada.
- d) Otro: _____

27) ¿Qué prácticas de higiene sigue ANTES del acto sexual durante el puerperio?

- a) Me ducho.
- b) Me aseguro que el lugar esté limpio.
- c) Solo realizo una limpieza rápida con toallitas húmedas.

- d) No tengo prácticas específicas.
- e) Otros (especifique): _____

28) ¿Qué prácticas de higiene sigue DESPUÉS del acto sexual durante el puerperio?

- a) Me ducho.
- b) Orino.
- c) Solo realizo una limpieza rápida con toallitas húmedas.
- d) No tengo prácticas específicas.
- e) Otros (especifique): _____

29) Si experimentas dolor o malestar durante o después de la actividad sexual, ¿cómo lo manejas?

- a) Uso productos recomendados para el alivio de la irritación.
- b) Consulto a un profesional de salud para obtener recomendaciones.
- c) No realizo cuidados especiales.
- d) Otros (especificar): _____

30) ¿Recibió algún tipo de orientación o ayuda con respecto a su vida sexual en esta etapa?

- a) Si, por un gineco obstetra.
- b) Si, por una obstetra.
- c) Si, por una enfermera.
- d) Si, por: _____
- e) No

31) ¿Cree que sería importante que las mujeres reciban orientaciones sobre salud sexual y maternidad?

- a) Sí, me hubiera gustado contar con el apoyo de especialistas para entender los cambios que estoy pasando.
- b) Si, por otras razones: _____
- c) No, considero que es un tema privado, y solo debo tratarlo con mi pareja.
- d) No, por otras razones: _____

ANEXO 3. VALIDACIÓN MEDIANTE JUICIO DE EXPERTOS

ANÁLISIS DE VALIDEZ DE CONTENIDO - COEFICIENTE V DE AIKEN

ITEM	JUEZ 1	JUEZ 2	JUEZ 3	SUMA	V de Aiken
1	1	1	1	3	1
2	1	1	1	3	1
3	1	1	1	3	1
4	1	1	1	3	1
5	1	1	1	3	1
6	1	1	1	3	1
7	1	1	1	3	1
8	1	1	1	3	1
9	1	1	1	3	1
RESULTADO					1

$$V = S/n(c-1)$$

Donde:

S: La suma de Si

Si: Valor asignado por el juez

n: Número de jueces

c: Número de valores de la escala de valoración

La validación del instrumento se realizó a través de la evaluación de 3 expertos en el tema investigado. Se realizó la estimación del coeficiente V de Aiken, el cual tuvo un valor de 1, demostrando que el instrumento es válido para la investigación.