

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



T E S I S

**Inicio de la actividad sexual pos parto y su relación con su estado
psicosomático en pacientes púerperas, Tarma enero del 2024**

Para optar el título profesional de:

Obstetra

Autores:

Bach. Sherly Kateryn MALLQUI PAULINO

Bach. Jhonnatan Gregorio ORIHUELA LUIS

Asesor:

Dr. Javier SOLIS CONDOR

Cerro de Pasco - Perú – 2025

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



T E S I S

**Inicio de la actividad sexual pos parto y su relación con su estado
psicosomático en pacientes púerperas, Tarma enero del 2024**

Sustentada y aprobada ante los miembros del jurado:

Dra. Elda Nelly MOYA MALAGA

PRESIDENTE

Mg. Yolanda COLQUI CABELLO

MIEMBRO

Mg. Glenn Clemente ROSAS USURIAGA

MIEMBRO



Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión
Facultad de Ciencias de la Salud
Unidad de Investigación

INFORME DE ORIGINALIDAD N° 053-2025

La Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión ha realizado el análisis con exclusiones en el Software Turnitin Similarity, que a continuación se detalla:

Presentado por:

MALLQUI PAULINO Sherly Kateryn
ORIHUELA LUIS Jhonnatan Gregorio

Escuela de Formación Profesional

OBSTETRICIA

Tesis

**“INICIO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL POS PARTO Y SU
RELACIÓN CON SU ESTADO PSICOSOMÁTICO EN PACIENTES
PUÉRPERAS, TARMA ENERO DEL 2024”**

Asesor:

Dr. Javier SOLIS CONDOR

Índice de Similitud: 22%

Calificativo
APROBADO

Se adjunta al presente el informe y el reporte de evaluación del software similitud.

Cerro de Pasco, 07 de octubre del 2025



Firmado digitalmente por PAITA
HUATA Elsa Lourdes FAU
20154605046 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 07.10.2025 19:56:06 -05:00

Dra. Elsa Lourdes PAITA HUATA
Directora de la Unidad de Investigación
Facultad de Ciencias de la Salud

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación a las mujeres que con su fuerza silenciosa, su fe inquebrantable, que nos enseñaron el verdadero significado de la maternidad, a nuestros docentes por demostrarme que la ciencia también abraza.

A nuestras madres, por formar parte de nuestros sueños y a nuestros padres que nos endearon a no rendirnos. A nuestros amigos y compañeros de aula que estuvieron en los buenos momentos y más en los malos que con su palabra de aliento nos motivaron a continuar.

Autores.

AGRADECIMIENTO

Esta tesis es el resultado de muchas manos, miradas y corazones que nos sostuvieron cuando el cansancio pesaba y la vocación llamaba más fuerte. Gracias por recordarnos, en cada guardia y cada amanecer que la obstetricia es ciencia.

Agradecemos a nuestras familias por su amor incondicional, paciencia. A nuestro maestro por enseñarnos con rigor y humanidad, abrirnos caminos cuando aún no sabíamos por dónde empezar. A nuestros jefes de práctica, aprendimos de su entrega y trabajo en equipo. A nuestra universidad por el espacio académico, los recursos y la exigencia.

Autores

RESUMEN

Aunque la sexualidad constituye un componente inherente a la condición humana, persiste en la actualidad una marcada reticencia social para abordar abiertamente los aspectos vinculados a ella, especialmente en el contexto del embarazo. Tanto la gestación como el puerperio implican transformaciones significativas en el plano hormonal, físico y psicológico, las cuales pueden incidir en la dinámica relacional de la pareja, incluyendo esfera sexual. No obstante resulta evidente la limitada disponibilidad de información científica y social sobre las formas en que las mujeres experimentan y satisfacen sus necesidades sexuales durante etapas del ciclo reproductivo.

La satisfacción sexual forma parte integral de la experiencia humana y su importancia se equipara a la de necesidades primarias como la alimentación. A pesar de ello, su consideración en el ámbito sanitario es limitada y rara vez se aborda de forma sistemática en la práctica ginecoobstétrica. La definición de sexualidad resulta compleja, por ello es posible sostener que está condicionado por actitudes individuales, determinantes socioculturales, experiencias vitales y relaciones interpersonales.

Desde 1974, diversos especialistas comenzaron a reconocer la relevancia de la salud sexual y un año más tarde en 1975, la organización mundial de la salud la incorporó dentro de su concepción integral de la salud. No obstante persisten hasta la actualidad múltiples mitos y tabúes en torno a la sexualidad, lo que se refleja en la limitada disponibilidad de información sobre este ámbito (Suarez, 1996). En el caso particular del embarazo, la sexualidad no puede ser analizada de manera aislada, sino que debe comprenderse como parte constitutiva de la vida en pareja. Al respecto, López Ibor (1983) señala que cada pareja en función de su personalidad, de su historia sexual previa, así como la frecuencia e intensidad de sus relaciones, experimentará de manera distinta la vivencia de la sexualidad durante la gestación, siendo este proceso influido, además por el hecho de que el embarazo haya sido o no planificado.

Palabras claves: actividad sexual, psicósomáticas.

ABSTRACT

Although sexuality is an inherent component of the human condition, there is currently a marked social reluctance to openly address its related aspects, especially in the context of pregnancy. Both pregnancy and the postpartum period involve significant hormonal, physical, and psychological transformations, which can impact the relationship dynamics of the couple, including the sexual sphere. However, the limited availability of scientific and social information on the ways in which women experience and satisfy their sexual needs during stages of the reproductive cycle is evident.

Sexual satisfaction is an integral part of the human experience and its importance is comparable to that of primary needs such as nutrition. Despite this, its consideration in the healthcare field is limited and it is rarely systematically addressed in obstetric and gynecological practice. The definition of sexuality is complex, which is why it is possible to argue that it is conditioned by individual attitudes, sociocultural determinants, life experiences, and interpersonal relationships.

Since 1974, various specialists began to recognize the importance of sexual health, and a year later, in 1975, the World Health Organization incorporated it into its comprehensive concept of health. However, many myths and taboos surrounding sexuality persist to this day, which is reflected in the limited availability of information on this area (Suarez, 1996). In the particular case of pregnancy, sexuality cannot be analyzed in isolation, but must be understood as an integral part of life as a couple. In this regard, López Ibor (1983) points out that each couple, depending on their personality, their previous sexual history, as well as the frequency and intensity of their relationships, will experience sexuality differently during pregnancy, this process also being influenced by whether the pregnancy was planned or not.

Keywords: sexual activity, psychosomatic.

INTRODUCCIÓN

La sexualidad es un componente importante de los seres humanos, es una de los factores que influyen desde diferentes puntos de vista en la vida, ya que estos al experimentar sentimientos, emociones y tomar determinadas actitudes frente a su vida sexual pueden incurrir a situaciones que los ponen en riesgo como el inicio de las relaciones sexuales prematuras, enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, abortos entre otros, dado que no emplean medidas preventivas para estas consecuencias.

El puerperio reconfigura el cuerpo, la mente y los vínculos. En ese tránsito, la sexualidad no es un retorno a la normalidad, sino un proceso adaptativo atravesado por cambios hormonales, recuperación tisular, nuevas demandas de cuidado, renegociación de identidad y dinámica de pareja. Abordar el inicio de actividad sexual pos parto desde un enfoque psicosomático permite comprender como el dolor, la fatiga y los síntomas somáticos se entrelazan con afectos, creencias, estrés y expectativas sociales para moldear el deseo, la motivación y el momento de reinicio sexual este enfoque reconoce que los síntomas corporales no son epifenómenos aislados, sino expresiones entrelazadas como experiencia emocional y contextual.

La sexualidad pos parto es multidimensional: integra componentes biológicos (cicatrización perineal, lactancia y ejes hormonales), psicológicos (estado de ánimo, imagen corporal, ansiedad). Sociales (apoyo, corresponsabilidad del cuidado, comunicación, satisfacción diádica), bajo este marco la actividad sexual no se reduce al coito, incluye deseo, intimidad, prácticas no coitales, satisfacción y el reencuentro sexual.

El estado psicosomático integra indicadores somáticos (dolor perineal, fatiga, trastornos del sueño, cefalea, tensión muscular, molestias pélvicas) y psicológicos (estado de ánimo, ansiedad, irritabilidad, rumiación, estrés). Su medición rigurosa exige instrumentos con evidencia de validez y confiabilidad en puérperas con sensibilidad al cambio en el corto plazo. La triangulación con escalas de función sexual y satisfacción

de pareja permite modelar rutas de influencia bidireccionales: como el malestar psicosomático condiciona el reinicio sexual y a su vez como la experiencia sexual temprana (positiva o negativa) retroalimenta el estado psicoactivo y somático. El puerperio no es solo un simple epílogo del parto, sino una fase crítica de reorganización biológica, psíquica y social en la que la experiencia sexual se redefine.

La tesis describe detalladamente la estructura que sigue del capítulo I: planteamiento del problema, objetivos, justificación y limitación. Capítulo II: antecedentes de estudio, marco teórico y definición operacional. Capítulo III: metodología, tipo, método, diseño, población y muestra, instrumentos y técnicas de recolección de datos, análisis de datos, validación y confiabilidad. Capítulo IV: resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones. Se finaliza con los anexos documentos e instrumentos que se utilizaron en el estudio de investigación.

Las autoras.

ÍNDICE

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	
ÍNDICE	

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Identificación y determinación del problema	1
1.2. Delimitación del problema.....	4
1.3. Formulación del problema.....	4
1.3.1. Problema general	4
1.3.2. Problemas específicos.....	5
1.4. Formulación de objetivos.	5
1.4.1. Objetivo general.....	5
1.4.2. Objetivos específicos	5
1.5. Justificación de la investigación	6
1.6. Limitación de la investigación.	7

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudio	8
2.2. Bases teóricas - científicas	12
2.3. Definición de los términos básicos	21
2.4. Formulación de la hipótesis	21
2.4.1. Hipótesis general	21
2.4.2. Hipótesis específicas	21
2.5. Identificación de la variable.....	21

2.6. Definición operacional de variables e indicadores.....	22
---	----

CAPITULO III

METODOLOGIA Y TECNICAS DE INVESTIGACION

3.1. Tipo de Investigación	23
3.2. Nivel de investigación.	23
3.3. Métodos de investigación.....	23
3.4. Diseño de investigación.	24
3.5. Población y muestra.	24
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	25
3.7. Selección, validación y confiabilidad de los instrumentos de investigación	25
3.8. Técnicas de procedimiento y análisis de datos.	25
3.9. Tratamiento Estadístico.	26
3.10. Orientación ética filosófica y epistémica.....	26

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Descripción del Trabajo de Campo	27
4.2. Presentación análisis e interpretación de resultados.....	29
4.3. Prueba de hipótesis	37
4.4. Discusión de Resultados	37

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS:

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Historia Clínica Obstétrica de Herida Episiotomizada Según Tipo de Gestante en Pacientes Puérperas, Tarma 2024.....	29
Cuadro 2. Controles Prenatales Realizadas Según Edad Cronológicas De Las Pacientes Puérperas, Tarma 2024.....	31
Cuadro 3. Nivel de Instrucción Según Tiempo de Lactancia Materna Exclusiva en las Pacientes Puérperas, Tarma 2024.....	32
Cuadro 4. Frecuencia y Porcentaje de las Manifestaciones Clínicas Psicosomáticas Antes de la Primera Relación Sexual Pos Parto en las Pacientes Puérperas, Tarma 2024.....	34
Cuadro 5. Tiempo Cronológico del Inicio de Actividad Sexual Según Evidencia Clínica de Alteraciones Psicosomáticas en las Pacientes Puérperas, Tarma 2024.....	35

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Historia Clínica Obstétrica de Herida Episiotomizada Según Tipo de Gestante en Pacientes Puérperas, Tarma 2024.....	30
Gráfico 2. Controles Prenatales Realizadas Según Edad Cronológicas De Las Pacientes Puérperas, Tarma 2024.	32
Gráfico 3. Nivel de Instrucción Según Tiempo de Lactancia Materna Exclusiva en las Pacientes Puérperas, Tarma 2024.	33
Gráfico 4. Frecuencia y Porcentaje de las Manifestaciones Clínicas Psicósomáticas Antes de la Primera Relación Sexual Pos Parto en las Pacientes Puérperas, Tarma 2024.	35
Gráfico 5. Tiempo Cronológico del Inicio de Actividad Sexual Según Evidencia Clínica de Alteraciones Psicósomáticas en las Pacientes Puérperas, Tarma 2024.	36

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Identificación y determinación del problema

El puerperio es un periodo de la vida de la mujer que sigue al parto. Comienza después de la expulsión de la placenta y se extiende hasta la recuperación anatómica y fisiológica de la mujer. Esta es una etapa de transición de duración variable, aproximadamente de 6 a 8 semanas, en el que se inician y desarrollan los complejos procesos de la lactancia y adaptación entre la madre, su hijo y su entorno (1).

En el pos parto temprano es frecuente que las mujeres experimenten una disminución del deseo sexual causada por múltiples factores, en combinaciones diferentes para cada mujer (2).

La sexualidad es un aspecto central de la calidad de vida de una mujer y un reflejo de su bienestar físico, psicológico y conyugal. Lamentablemente, un reciente estudio longitudinal irlandés revelo que la mitad de las mujeres participantes reportan problemas de salud sexual a los 6 meses de dar a luz y que estos problemas persistieron e incluso aumentaron a los 12 meses, la pérdida de interés en la actividad sexual fue el problema más común (46.3% a los 6 meses y 39.8% a los 12 meses) (3).

La reanudación de las relaciones sexuales después del parto supone una readaptación para la pareja que parece determinada por variables biológicas y psicológicas, pero también sociales y culturales, aunque no está claro el alcance de la influencia de cada una. En países de África subsahariana aproximadamente el 68% de las mujeres han reanudado las relaciones antes de las 6 semanas posparto mientras que en China solo el 36% de las mujeres las han reiniciado después de 3 meses. En algún punto intermedio se encontró que en EE. UU. el 43% de las mujeres las han reiniciado después de las 6 semanas como el periodo mínimo para reiniciar las relaciones sexuales de forma segura (3).

De las 282 mujeres de las cuales 72 (25.53%) habían reiniciado relaciones sexuales. El 25.73% del total habían reanudado sus relaciones sexuales y el 49.5% de las que respondieron 6 meses después de dar a luz aun no lo habían hecho (3).

En un estudio en la variable Gineco-obstétricas el 66% se encontraba en amenorrea de lactancia, el 50.9% tuvo parto por cesárea y el 49.1% parto vía vaginal, el 45.3% fue madre por primera vez. El 20.8% de las mujeres refirieron no haber utilizado algún tipo de método anticonceptivo al momento de iniciar actividad sexual pos parto, un 75.5% de las mujeres se encontraba en lactancia materna exclusiva (4).

Al consultar el motivo de reinicio de actividad sexual posparto, el 30.2% refiere que la primera relación fue porque su pareja insistió y el 69.8% porque ella lo deseaba. El 56.6% señala que la primera relación después del parto no fue satisfactorio. Las mujeres iniciaron actividad sexual en promedio a los 30 días posparto, con un rango entre 8 a 90 días (4).

Mientras lo psicosomático índice en el ser del sujeto, en su psiquesoma de forma que se da un real, sin mayor simbolización en el organismo del sujeto el cual tiene cierta coherencia con la representación del Self y su mundo, donde

algún órgano blando o el cuerpo en general puede afectarse si tenemos en cuenta al cuerpo imaginario de la fase del espejo en la organización del yo, lacan como una unidad en la enfermedad psicosomática de una manera radical como el poder de la agresividad del ello y del superyó que genera una angustia, la cual se dirige al órgano-blanco en el yo corporal de una manera inconsciente (5).

El estado psicosomático posparto o en el puerperio abarca un espectro de alteraciones de salud mental, desde la tristeza postparto hasta la depresión postparto y en el caso más grave, psicosis posparto. El estado de ánimo comprende un estado psicológico que revela las experiencias tanto afectivas como emocionales que posee una persona, tiene una duración prolongada que abarca desde unas horas hasta varios días y es cambiante aunque no de manera inestable, por medio de un conjunto de comportamientos se expresan los sentimientos y emociones experimentados subjetivamente. Dichos estados de ánimo pueden presentar alteraciones, los cuales resulta en una perturbación del estado emocional o mal humor de la persona.

Por otra parte, la situación clínica de nuestra labor amerita la anamnesis exhaustiva para la valoración de riesgos y la promoción de beneficios es por ello nuestra profesión de obstetricia ejecuta medidas que ayuden a mejorar el nivel de conocimiento de la madre y el padre porque durante y después del parto la mujer puede presentar alteraciones del estado de ánimo. La reanudación de la vida sexual posparto no solo depende de la recuperación física, sino también del bienestar emocional de la púérpera. Es un proceso que requiere paciencia, comprensión mutua en la pareja y en caso de dificultades, buscar la orientación de profesionales de la salud. Es fundamental normalizar y visualizar los desafíos emocionales del posparto para que las mujeres se sientan apoyadas y busquen ayuda cuando sea necesario.

1.2. Delimitación del problema

1.2.1. Delimitación conceptual

Se abordó conceptos importantes como inicio de la actividad sexual posparto es la reanudación de las relaciones sexuales que una persona tiene después del parto, pero no es el inicio de la sexualidad en general, lo cual es un aspecto complejo de la vida que involucra cuerpo, emociones, pensamientos y la forma en que nos relacionamos. El estado psicossomático se caracteriza por la manifestación de síntomas físicos que se originan en la mente, como resultado de factores psicológicos como el estrés, ansiedad o depresión. Esta situación a la sexualidad posparto como un fenómeno integral donde el cuerpo y las emociones dialogan bajo condicionantes sociales.

1.2.2. Delimitación espacial.

Se desarrolló en los ambientes del servicio de ginecología del Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma, ubicado a 3 060 m.s.n.m. en el departamento de Junín provincia de Tarma, distrito de Tarma.

1.2.3. Delimitación temporal.

El proyecto de investigación, ejecución (aplicación de instrumento) y el informe de tesis tuvo una duración de 8 meses calendarios que inicio en agosto del 2024 y finalizó en mayo del 2025.

1.2.4. Delimitación social

Se abordó a las puérperas atendidas en el servicio de ginecología en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema general

¿Cuál es el inicio cronológico de la actividad sexual post parto y su relación con el estado psicossomático en pacientes puérperas?

1.3.2. Problemas específicos.

- a. ¿Cuáles son los signos y síntomas psicósomáticas del nivel de ansiedad?
- b. ¿Cuál es el nivel de ansiedad de las unidades de análisis de la muestra sujeto a estudio?
- c. ¿Cuál es el tiempo cronológico del inicio de las actividades sexuales pos parto?
- d. ¿Qué grado de relación existe entre el inicio cronológico de la actividad sexual pos parto y el estado psicósomático en las unidades de análisis?

1.4. Formulación de objetivos.

1.4.1. Objetivo general

Determinar el inicio cronológico de la actividad sexual post parto y su relación con el estado psicósomático en paciente puérperas.

1.4.2. Objetivos específicos

- a. Seleccionar las unidades de análisis de tal manera que sean valederas y representativas haciendo uso de técnicas de selección de la misma.
- b. Valorar las historias clínicas obstétricas con criterios de inclusión y exclusión de las puérperas tardías para realizar las visitas domiciliarias.
- c. Registrar principales molestias psicósomáticas que perduraron en diferentes tiempos cronológicos evaluando la intensidad y duración de cada signo y síntoma.
- d. Aplicar la simulación de escala de Hamilton para evaluar el nivel de ansiedad de las unidades de análisis del sujeto.

- Establecer el tiempo cronológico del inicio de las actividades sexuales pos parto según signos y síntomas psicossomáticos de pos parto.
- Relacionar el inicio cronológico de la actividad sexual pos parto y su relación con el estado psicossomático en las unidades de análisis.

1.5. Justificación de la investigación

Justificación teórica:

La tesis permite evidenciar, estimar y comparar las variables de estudio que es el inicio de la actividad sexual pos parto: el posparto puede ser un periodo difícil en relación a la vida sexual se reinicia después de un periodo de abstinencia durante el embarazo, originado en el temor del hombre a provocar daño al feto asegurando una recuperación optima de los órganos reproductivos y prevenir infecciones. El estado psicossomático en el puerperio durante este periodo de tiempo la mujer puede presentar alguna alteración del estado de ánimo como tristeza, depresión, ansiedad. Estas alteraciones del estado de ánimo en el pos parto son infra diagnosticadas debido a la escasa información a la falta de un adecuado abordaje clínico por parte del personal médico y a que las mujeres ya sea por culpa, vergüenza o desconocimiento no reportan abiertamente sus síntomas.

Justificación practica:

Tendrá aporte teórico y practico ya que nos permite describir, estimar y comparar el inicio de la actividad sexual con el estado psicossomático de las puérperas que se logrará evidenciar mediante los datos recolectados en la encuesta y ficha de registro.

Justificación metodológica:

Se utilizó 2 instrumentos, cuestionario de Hamilton y ficha de registro para documentar datos importantes que se analizaron para la obtención de resultados.

1.6. Limitación de la investigación.

Se tuvo las siguientes limitaciones.

- ✓ Falta de antecedentes de estudio de ambas variables.
- ✓ Disposición de los pacientes hospitalizados en el servicio de ginecología.
- ✓ Falta de recursos humanos para la aplicación de instrumento.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudio

ORDOÑEZ ANCONEIRA, Ana M. (2021) características sociodemográficas, fisiológicas, Gineco-obstétricas y su relación con el reinicio de la actividad coital en puérperas que acuden al Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa, Mayo 2021. Objetivo: establecer las características sociodemográficas, fisiológicas y Gineco-obstétricas relacionadas al reinicio de la actividad coital de las puérperas que acuden al Centro de Salud Maritza Campos Díaz. Metodología: se realizó un trabajo de investigación cuantitativo, descriptivo observacional de corte transversal, de correlación. La población de estudio comprendió 150 pacientes que tuvieron su parto en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz en los meses de febrero, marzo y abril que cumplieron con los criterios de selección. Resultados: el 66.0% de las puérperas que acuden al Centro de Salud Maritza Campos Díaz tiene instrucción secundaria, el 87.33% son solteras, el 56.67% de las puérperas presentaron cansancio en ocasiones, mientras que el 45.33% presentan el sueño afectado debido a la lactancia materna, el 36.0% de las puérperas son secundíparas, el 14.67% presentan dolor perineal, el 1.33% de las puérperas presentan dehiscencia de episiorrafia, seguido del 99.33% de puérperas que no presentaron hematomas

vulvo vaginales, 8.0% tiene edema vulvar, mientras que solo el 10.0% presenta dispareunia, el 81.33% de las puérperas reiniciaron su actividad coital después de los 15 días posparto, mientras que el 18.67% de las puérperas reiniciaron su actividad coital antes de los 15 días posparto. Conclusiones: se comprobó que las características sociodemográficas, fisiológicas y Gineco-obstétricas no están relacionadas con el reinicio de la actividad coital en las puérperas que acuden al centro de salud Maritza Campos Díaz (6).

VILLACORTA DE LA CRUZ Shirley, M. (2019) Factores asociados al inicio de la actividad sexual en primíparas atendidas en el hospital Iquitos Cesar Garayar García de octubre a diciembre 2018. Objetivo: determinar la relación entre los factores sociodemográficos, obstétricos y psicológicos con el inicio de la actividad sexual en primíparas atendidas en el hospital Iquitos Cesar Garayar García de octubre a diciembre 2018. Metodología: el estudio de investigación es de tipo descriptivo, de corte transversal y prospectivo. La población estuvo conformado por todas las puérperas primíparas de parto vaginal atendidas en el hospital Iquitos Cesar Garayar García de octubre a diciembre 2018. La muestra estuvo conformado por 81 primíparas de parto vaginal que cumplieron con los criterios de inclusión. Resultados: los resultados muestran que el 79% de las primíparas de parto vaginal no habían iniciado su actividad sexual después de 2 a 5 meses del parto, 51.9% tenían menos de 19 años, el 53.1% con estudios de nivel secundario, 82.7% eran de zona urbana, el 97.5% estado civil conviviente, el 71.6% amas de casa, el 79% tuvieron más de 6 atenciones prenatales, 65.4% no recibieron información sobre el inicio de las actividad sexual después del parto en la atención prenatal y el 71.6% después de la atención del parto en el establecimiento de salud, el 90.1% se les practico episiotomía, el 55.6%no tuvieron desgarros, el 93.8% practicaban lactancia materna exclusiva y el 79.0% no tuvieron complicaciones en el post parto. Factores psicológicos: 96.3% tuvo miedo al iniciar su actividad sexual, el 77.8%

miedo a un embarazo, el 87.7% miedo a presentar una complicación, el 43.2% sintió que perdió el deseo sexual. Para determinar si los factores se asocian. Se aplicó la prueba de chí cuadrada, encontrando asociación entre los factores: edad. Factores obstétricos: atención prenatal, información sobre cuando iniciar la actividad sexual después del parto, episiotomía, desgarro, lactancia materna, complicaciones en el post parto no están asociados con el tiempo de inicio de inicio de la actividad sexual, así mismo no representan un riesgo, existe asociación entre la infección urinaria y el tiempo de inicio de la actividad sexual, factores psicológico: miedo a sentir dolor, miedo a un embarazo y perdida del deseo sexual se asocian con el tiempo de inicio de la actividad sexual; lo que representaría un riesgo en la estabilidad de pareja. El factor miedo a tener una complicación y vergüenza no se asocia ni representa un riesgo. Conclusión: existe una asociación estadísticamente significativa entre los factores obstétricos y psicológicos con el inicio tardío de la actividad sexual postparto (7).

URIBE SANTANA, Juana M. (2019) factores biopsicosociales que influyen en el retorno a la actividad sexual después del parto en usuarias del Centro de Salud el Alamo – Comas, junio – julio 2018. Objetivo: determinar los factores biopsicosociales que influyen en el retorno a la actividad sexual después del parto en usuarias del Centro de Salud el Alamo – Comas, junio – julio 2018. Método: se realizó un estudio tipo correlacional, prospectivo de corte transversal, no experimental, aplicativo, cuantitativo. Se utilizó como técnica la encuesta y el instrumento fue un cuestionario aplicado a una muestra de 71 mujeres que acuden a su control después del parto en el servicio de obstetricia del Centro de Salud el Alamo. Resultados: los factores biológicos influyen al retorno de la actividad sexual ($p \leq 0,05$); los factores psicológicos influyen al retorno de la actividad sexual ($p \leq 0,05$) y los factores sociales influyen al retorno de la actividad sexual ($p \leq 0,05$). Conclusiones: los factores biopsicosociales si

influyen significativamente en el retorno a la actividad sexual después del parto en usuarios del Centro de Salud el Alamo – Comas, junio – julio 2018 (8).

SULLCA CONTRERAS Giannina L. (2016) Características del reinicio de la actividad sexual, en madres atendidas de parto vía vaginal y vía abdominal en el Hospital María Auxiliadora septiembre – octubre 2016. Objetivo: determinar las características del reinicio de las actividad sexual en madres atendidas de parto vía vaginal y vía abdominal en el Hospital María Auxiliadora septiembre – octubre 2016. Método: estudio transversal, descriptivo simple, prospectivo. La muestra fue de 128 madres adolescentes de 12 a 17y jóvenes de 18 a 29 años. Se utilizó una encuesta como instrumento, se utilizó el programa de SPSS. Resultados: de la madre atendida predominó el 64.8% con parto vaginal, el 49.2% reiniciaron actividad sexual entre 43 a 90 días postparto, presentaron edades entre 12 a 17 años el 53.9%, conviviente el 67.2%, con secundaria el 57.8% amas de casa 48.4%. el reinicio de la actividad sexual 70.3% ambos decidieron retomar la relaciones sexuales, el 100% de madres no tenían deseos o pensamientos sexuales, para el 97.7% no fue fácil excitarse el 77.3% refirió no sintieron dolor durante su actividad sexual sin penetración, 57.8% no realizó con facilidad la penetración vaginal, 97.7% no originó encuentros sexuales con su pareja, mientras el 50.8% si comunica lo que le gusta o desagrada de sus encuentros sexuales a su pareja, 43.8% de madres tuvieron actividad sexual en su primer mes de inicio entre 1 a 2 veces. Conclusiones: las madres en general con parto vaginal o parto vía abdominal reiniciaron su actividad sexual entre 43 a 90 días postparto. Sin mayores complicaciones (9).

ABARCA CASTRO Nallely (2025) Alteraciones del estado de ánimo en el postparto: narrativas y significados. Las alteraciones del estado de ánimo es el postparto (tristeza, depresión y psicosis) son entidades que ocasionan sufrimiento a la madre y que dificultan la creación del vínculo materno-infantil. A pesar de las graves consecuencias que generan a la madre, a los recién

nacidos, infantes y a las familias, las mujeres encuentran dificultades para externar su sintomatología, lo que ocasiona que no reciban atención profesional. El propósito de este estudio es dar cuenta de la experiencia de una mujer que curso son sintomatología relacionada con las alteraciones del estado de ánimo durante el periodo postparto, desde una aproximación socio-construccionista y a través de una investigación narrativa. El análisis de la narrativa me permite conocer que la experiencia de la participante estuvo matizada por construcciones sociales acerca de la maternidad, la idealización de la maternidad y el concepto de la buena madre, las cuales influyen en que no pudiera externar lo que le estaba sucediendo. Es necesario cuestionar las construcciones sociales asociadas a las alteraciones del estado de ánimo en el postparto, para posibilitar la emergencia de nuevos significados y así propiciar que las mujeres transiten por este periodo con acompañamiento familiar, social y atención profesional (10).

2.2. Bases teóricas - científicas

Actividad sexual

Desde un enfoque integral, la sexualidad se entiende como una dimensión constitutiva e inherente de la condición humana, superando posturas reduccionistas que la confinan únicamente a lo biológico o anatómico. Este planteamiento incorpora, además de la esfera genital, afectiva, de componentes psicológicos y sociales entre ellos las relaciones interpersonales y la relación consigo mismo lo que favorece la realización plena del potencial individual. En virtud de este marco teórico, toda conducta humana puede interpretarse como una manifestación de la sexualidad (11).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la sexualidad constituye una dimensión inherente a la condición humana. La práctica regular y sostenida de la actividad sexual, enmarca en un adecuado estado de salud física y en una orientación apropiada, favorece un entorno para

el óptimo desarrollo de la vida sexual del individuo. En contraposición, la interrupción o ausencia de dicha actividad puede acelerar los procesos de envejecimiento tanto fisiológico como psicológico, los cuales suelen manifestarse, además, en la aparición de alteraciones funcionales en el organismo (12).

Dentro del conjunto de acontecimiento que configuran la trayectoria vital de los individuos, la primera unión sexual y el nacimiento del primogénito adquieren una relevancia singular. Ello se debe por un lado a que constituyen la culminación de procesos con profundas raíces socioculturales y por otro a que implican transformaciones sustantivas en la vida futura, al exigir la asunción de nuevos roles sociales y familiares como el de cónyuge, jefe de hogar madre o padre que marcan el tránsito definitivo desde las etapas propias de la infancia y la adolescencia hacia la adultez. Asimismo, la manera en que se produce tanto la primera experiencia sexual como la llegada del primer hijo puede incidir de forma decisiva en la autonomía del individuo ya sea ampliando sus márgenes de decisión o por el contrario, restringiéndolos. En situaciones extremas, como en los casos de violación o de matrimonios forzados, esta capacidad de autodeterminación se ve gravemente vulnerado (13).

Inicio de actividad sexual posparto.

El periodo posparto constituye una fase compleja respecto a la sexualidad, que exige ajustes y una comprensión recíproca entre la pareja. Esta etapa puede actuar tanto como un factor de enriquecimiento de la vida sexual como un detonante de dificultades y disfunciones. Con frecuencia, determinadas parejas intentan reanudar su actividad sexual como si no hubiese mediado una transformación, ignorando los cambios fisiológicos, emocionales con desajuste temporal entre las expectativas previas, la necesidad de configurar una nueva dinámica afectiva. Por tanto resulta imprescindible dedicar tiempo y recursos a abordar esta dimensión, proporcionando a la pareja orientaciones básicas como

de apoyo especializado que facilite la reconstrucción de un equilibrio sexual adaptada a la nueva situación (2).

Es imprescindible considerar las modalidades, el momento y las circunstancias que rodean la reanudación de la vida sexual en una pareja. Por ello los profesionales de la salud deben evaluar la situación particular de cada mujer y de la pareja para proporcionar una orientación clínica adecuada.

Tras un periodo de abstinencia motivado por el temor a perjudicar al feto durante la gestación, la reanudación de la actividad sexual puede extenderse durante el puerperio con el objetivo de favorecer la recuperación adecuada de los órganos reproductores y reducir el riesgo de infecciones. Finalizando ese periodo de recuperación, prevalece en la mayoría de los varones y en algunas mujeres el deseo de retomar tempranamente las relaciones sexuales, no obstante, numerosas mujeres presenten circunstancias físicas, hormonales o psicosociales que las conducen a posponer la actividad íntima de modo que los tiempos de reinicio difieren entre los miembros de la pareja.

En el postparto temprano es frecuente que las mujeres experimenten una disminución del deseo sexual causada por múltiples factores, en combinaciones diferentes y con importancia variable para cada mujer.

- Cansancio, a veces depresión y estrés.
- Falta de sueño.
- Atención focalizada en el recién nacido
- Cambios hormonas.
- Temor al dolor
- Temor al desempeño sexual.
- Sentimiento de que el cuerpo es poco atractivo.

El temor al dolor puede asociarse con la vivencia de molestias durante el parto y con la sensación de haber sido sometida a múltiples exploraciones en el puerperio inmediato. Asimismo la circulación de creencias erróneas alimenta la

expectativa de experimentar dolor en las primeras relaciones sexuales posparto. En determinadas situaciones se manifiesta efectivamente dispareunia durante los encuentros sexuales iniciales, atribuibles a la presencia de una episiotomía o a la hipolubricación vaginal derivada de niveles estrogénicos reducidos.

El miedo al desempeño sexual alude a las inquietudes que manifiestan algunas mujeres sobre su capacidad para excitarse con la misma intensidad que antes del embarazo, la posibilidad de que la anatomía vaginal haya sufrido alteraciones que modifiquen la experiencia de la penetración y la incertidumbre respecto a recuperar la respuesta orgásmica previa al parto asimismo, se cuestionan si la pareja alcanzara niveles de satisfacción semejantes a los anteriores, dado que perciben su cuerpo como resultado de una transformación notable que pone en duda la continuidad de la vida sexual tal como existía antes de la gestación.

Una faceta de esta transformación corporal consiste en que muchas mujeres perciben su cuerpo como menos atractivo, experimentan sensación de aumento de peso y molestias mamarias debidas a la ingurgitación láctea y muestran escepticismo respecto a seguir resultado deseable para su pareja. Este proceso demanda un trabajo continuo de aceptación corporal y adaptación a la nueva imagen física.

Entre los factores que pueden dificultar la reanudación de las relaciones sexuales figura el temor a presentar complicaciones médicas, una inquietud relativamente común así como el subsecuente recelo ante la posibilidad de un nuevo embarazo.

Aunque persiste el deseo sexual en muchas mujeres, existen obstáculos prácticos para la reanudación de las relaciones íntimas, tales como las constantes interrupciones por las demandas del lactante y la falta de privacidad que afecta especialmente a parejas de bajos recursos que viven en condiciones de hacinamiento. Para numerosas mujeres el retorno a la actividad sexual, sea

por motivos personales o por circunstancias externas en algunos casos se vive mas como una obligación adicional que como una experiencia placentera.

Entre las mujeres que desean reanudar tempranamente las relaciones sexuales, algunas manifiestan dificultad para expresar ese deseo por temor a ser percibidas como excesivamente interesadas. Es fundamental que el personal de salud actúe sin emitir juicios y anteponga las preferencias, autonomía de la mujer al ofrecer orientación y cuidados.

Aspectos clínicos del puerperio.

El puerperio constituye la etapa del ciclo reproductivo femenino que se inicia tras la expulsión de la placenta y se prolonga hasta la restauración completa de las condiciones anatómicas y fisiológicas previas al embarazo, esta fase tiene una duración aproximada de seis a ocho meses (1).

Cambios anatómicos y fisiológicos.

Durante el puerperio, los órganos y sistemas maternos que experimentaron modificaciones a lo largo del embarazo y el parto atraviesan un proceso que en gran medida los restituye a las condiciones fisiológicas previas a la gestación.

- ✓ **Útero:** tras la expulsión de la placenta, persisten las contracciones uterinas, las cuales pueden presentarse con gran intensidad. Dichas contracciones resultan fundamentales para la hemostasis ya que permiten la comprensión de los vasos sanguíneos del lecho placentario y su consecuente obliteración. En este contexto, es posible identificar tres modalidades, la contracción permanente o retracción uterina, las contracciones rítmicas espontaneas y las contracciones inducidas.
- ✓ **Loquios:** el contenido liquido expulsado por el útero durante su proceso de involución y de reparación de la superficie cruenta situada bajo el lecho placentario corresponde a los loquios, una secreción fisiológica propia del puerperio, esta no presenta olor fétido, muestran variaciones en calidad y

características a lo largo de dicho periodo. En los primeros tres días predominan la sangre fresca, restos de deciduo necrótico, posteriormente el componente hemático disminuye, la secreción adquiere un aspecto más claro. La eliminación de loquios se extiende en promedio entre cuatro a seis semanas, con la culminación del proceso de involución uterina.

- ✓ **Vagina:** la vagina inicialmente distendida y con paredes lisas no recupera por completo las dimensiones previas a la gestación, sin embargo los pliegues reaparecen hacia la tercera semana. El himen por su parte, es remplazada durante el proceso de cicatrización por tejido que conforma las demandas carúnculas himeneales mirtiformes. La vulva, el periné y el suelo pélvico inician de manera paralela su proceso de recuperación, siempre que no se presenten complicaciones asociados, como episiotomías extensas o desgarros transcurridas aproximadamente tres semanas.
- ✓ **Suelo pélvico:** es un conjunto de músculos, ligamentos y facies que cierran la pelvis en su parte inferior. Este tiene como objetivo, sostener los órganos dentro de la pelvis (utero, vagina y recto).
- ✓ **Trompas de Falopio:** los cambios puerperales en las trompas son histológicos. Los secretores celulares se reducen en número y tamaño y hacia la sexta semana ya han recuperado los cilios retornando a la estructura epitelial de la fase folicular.
- ✓ **Mamas:** durante el embarazo las mamas se preparan para el proceso de la lactancia materna después del parto, con la salida de la placenta se produce un descenso brusco de los esteroides y lactato placentario. Esto elimina la inhibición de la acción de la prolactina en el epitelio mamario y se desencadena la síntesis de leche.

Signos fisiológicos del puerperio.

- ✚ **Pérdida de peso:** en el parto con la salida del recién nacido y la placenta la pérdida de líquido amniótico y la pérdida insensible, se produce una

disminución ponderal de 5 a 6 Kg. Posteriormente por lo explicado anteriormente en relación al equilibrio hídrico, la mujer pierde alrededor de 2 Kg durante el puerperio temprano y alrededor de 1.5 Kg por semana en las siguientes semanas.

✚ **Involución uterina:** a las 24 horas después del parto el útero se palpa al nivel del ombligo. En los 10 días siguientes, desciende clínicamente alrededor de un traves de dedo por día. Al quinto día del puerperio se palpa a la mitad de distancia entre el ombligo y la sínfisis pubiana. En el décimo día se palpa a nivel de la sínfisis o 1 a 2 traveses de dedo por encima de ella. Posteriormente el útero regresa a su tamaño normal entre 5 a 6 semanas después del parto.

✚ **Micción:** en el puerperio temprano hay un aumento de la diuresis debido a la reducción del compartimiento extracelular. Es importante la vigilancia de la evacuación de la orina durante este periodo ya que pueden ocurrir problemas como hematuria, retención urinaria, infecciones urinarias.

Lactancia materna:

La lactancia materna consiste en proporcionar al lactante la leche producida por la madre como fuente principal de nutrición. Se recomienda que durante los primeros seis meses de vida esta constituya el alimento exclusivo, con excepción de la administración de soluciones de rehidratación oral, vitamina, minerales o fármacos prescritos. Posteriormente se aconseja mantener la lactancia hasta al menos los dos años de edad en combinación con una alimentación complementaria adecuada y segura.

La lactancia materna se vincula con el desarrollo de la sensibilidad materna, tanto las mujeres que la practican fortalecen su capacidad de percibir e interpretar las señales del lactante particularmente aquellos relacionados con el hambre y de responder de manera oportuna a dicha demanda. Conlleva múltiples beneficios, favoreciendo la involución uterina, contribuye a la

hemostasia al reducir el sangrado, disminuye el riesgo de anemia, facilita la pérdida de peso, previene cáncer de mamas y ovarios, mejora la autoestima. La lactancia ejerce un efecto anticonceptivo temporal, dado que durante su práctica suele inhibirse la reaparición de la menstruación.

Psicosomático

El término “psicosomático” se refiere a la íntima conexión e interacción entre la mente (psique) y el cuerpo (soma). Describe como los factores psicológicos y emocionales, como el estrés, la ansiedad, la depresión o los traumas pueden influir y manifestarse en el cuerpo a través de síntomas, enfermedades o afecciones físicas.

En esencia la psicosomática no implica que una enfermedad sea imaginaria o solo mental.

Componente clave:

Psique (mente): incluye los pensamientos, emociones, creencias, estrés crónico, conflictos internos y la personalidad)

Soma (cuerpo): se refiere a los órganos, sistemas biológicos, tejidos y funciones físicas del órgano.

El sistema psicosomático opera a través de complejas redes de comunicación entre el cerebro, el sistema nervioso, sistema endocrino (hormonas) y el sistema inmunitario. Debilitamiento de sistema inmunitario; aumento de la vulnerabilidad a afecciones. Problemas digestivos; como el síndrome de intestino irritable, úlceras o gastritis. Problemas cardiovasculares; aumento de la presión arterial y el riesgo de enfermedades del corazón. Afecciones de la piel; como dolores de cabeza tensionales o fibromialgia.

Existe evidencia de alteraciones de los neurotransmisores (aminas biogénicas), citoquinas y hormonas que parecen modular o influir de forma importante sobre la aparición y el curso de la enfermedad. La psiconeuroinmunología ha evidenciado trastorno en el eje hipotálamo-

hipofisario-adrenal relacionado con varias citoquinas proinflamatorias como interleukina-1, interleukina-6 y factores de necrosis tumoral que se incrementan en la depresión, así como alteraciones inmunológicas asociadas a neurotransmisores en el trastorno depresivo mayor se reduce el número de transportadores de serotonina en plaquetas y linfocitos de sangre periférico. Esto parece apuntar a una fuerte relación entre la serotonina y el sistema inmune en esta patología.

Inmediato antes del parto, los niveles de estrógeno y de la progesterona son unas 50 veces más altos que antes del embarazo. En el curso de pocos días estos niveles bajan bruscamente hasta los valores normales. Al tiempo empieza a segregarse en abundancia prolactina. En todo caso tales oscilaciones hormonales no son mayores en las madre con depresión, ansiedad que en las sanas por lo que no podemos considerarlas factores desencadenantes de estas enfermedades. El dramático descenso hormonal que ocurre en el periodo posnatal juega un papel significativo en la etiología de las enfermedades mentales, pero la exacta naturaleza de estas influencias permanecen desconocidas aunque si se conoce la implicancia de la subunidad delta de los receptores GABAérgicos (14).

Cambios psicológicos.

Desde la perspectiva psicológica el posparto es una experiencia difícil para las mujeres por las demandas del recién nacido, el deseo de cumplir con las funciones maternas de la mujer dentro o fuera de la casa y por la inseguridad que las mujeres tienen con frecuencia acerca de la manera en que debe cumplir estas funciones maternas. La mujer vive un periodo difícil ya que experimenta cambios anatómicos, fisiológicos, en la relación con pareja y con la familia en general, en la forma en que se desarrolla la vida diaria. La vida de una mujer y de una pareja vuelve a ser la misma después de haber tenido un hijo.

2.3. Definición de los términos básicos

- **Actividad sexual:** incluye inicio/tiempo al primer contacto íntimo, frecuencia, tipo de práctica, motivación, satisfacción.
- **Estado psicossomático:** integra síntomas corporales (dolor perineal, fatiga, cefalea, tensión muscular, trastorno de sueño, molestias pélvicas) y afectivas (ánimo, ansiedad, irritabilidad, estrés percibido).

2.4. Formulación de la hipótesis

2.4.1. Hipótesis general

El inicio cronológico de la actividad sexual pos parto es directamente proporcional a la disminución o inhibición total de los signos y síntomas psicossomáticos en paciente puérperas.

2.4.2. Hipótesis específicas

- a. Los signos y síntomas psicossomáticos del nivel de ansiedad influyen en el reinicio de la actividad sexual de las puérperas sujeto a estudio.
- b. El nivel de ansiedad de las unidades de análisis de la muestra sujeto a estudio es de forma acentuada.
- c. El tiempo cronológico del inicio de las actividades sexuales pos parto esta fuera de los límites establecidos en el marco teórico.
- d. Existe relación entre el inicio cronológico de la actividad sexual pos parto y el estado psicossomático en las unidades de análisis.

2.5. Identificación de la variable.

- **Variable Independiente:** actividad sexual
- **Variable dependiente:** estado psicossomático

2.6. Definición operacional de variables e indicadores

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	instrumento
Actividad sexual	variedad de actos físicos y expresiones de la sexualidad humana,	Reinicio de la actividad sexual de la puérpera.	Cronología promedio Pre establecido	-Menor a 4 semanas -4 a 16 semanas -Mayor a 16 semanas	Ficha de registro obstétrico
Estado psicossomático	condición en la que los factores psicológicos, como el estrés y la ansiedad, influyen en el desarrollo o la gravedad de síntomas físicos	Comportamiento socioemocional de la puérpera dentro de la homeostasia.	Manifestaciones psicossomáticas puerperal.	Depresión pos parto. Ansiedad Dolor localizado Sequedad vaginal Disminución del interés sexual	Escala de Hamilton

CAPITULO III

METODOLOGIA Y TECNICAS DE INVESTIGACION

3.1. Tipo de Investigación

Tipos de investigación como: Descriptiva, y Comparativa; por lo que se toma esta definición al respecto, incluye las características siguientes (15)

- Observacional: Por ser de acuerdo a la interferencia del investigador en el estudio.
- Comparativa: Por ser de acuerdo con la comparación de las poblaciones.
- Longitudinal: Por ser de acuerdo a la evolución del fenómeno estudiado.
- Retrospectiva: Por ser de acuerdo al periodo en que se capta la información

3.2. Nivel de investigación.

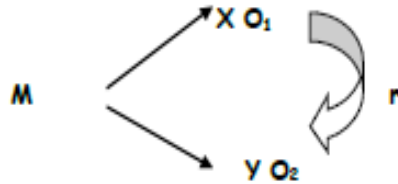
El estudio se enmarca dentro del nivel de investigación cuantitativa, debido a la orientación y postura investigativa de las investigadoras (16)

3.3. Métodos de investigación.

La metodología empleada en este estudio fueron los métodos generales: análisis-síntesis y, el método particular: descriptiva sustantiva; apoyados en el método estadístico como auxiliar (17).

3.4. Diseño de investigación.

El diseño que se aplicó en el estudio correspondiente al diseño Descriptivo Correlacional entre las variables de estudio; cuyo el esquema es la siguiente (15).



Donde:

- M = Mujeres Puérperas.
- X O₁ = Inicio cronológico de la actividad sexual.
- Y O₂ = Estado psicossomático.
- r = Relación.

3.5. Población y muestra.

Población:

Están consideradas las pacientes gestantes que fueron atendidos en el Hospital Félix Mayorca Soto Tarma.

Muestra.

La técnica NO PROBABILÍSTICA de tipo intencional, fue la aplicada en este estudio para seleccionar la muestra de estudio, bajo criterios de selección: criterios de exclusión e inclusión (16).

Criterios de inclusión.

- Puérperas que aceptaron ser parte de nuestro estudio.
- Puérperas no mayor a 6 meses.
- Puérperas mayores a las 4 semanas según historia clínica.
- Edad no extrema de nuestras muestras.

Criterios de exclusión.

- Todos aquellos que sean antónimas de lo considerado en los criterios de inclusión.

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Considerando los métodos de investigación y los objetivos que se alcanzaron en el estudio se utilizó las siguientes:

Técnicas

- Examen clínico.
- Entrevista.
- Observación

Instrumento

- Lista de cotejo
- Guía de observación
- Carnet perinatal
- Historia clínica obstétrica
- Cuestionario tipo entrevista (Hamilton).

3.7. Selección, validación y confiabilidad de los instrumentos de investigación

El instrumento seleccionado para este estudio, fue validado mediante evaluación por juicios de expertos, empleando la valoración por parte de tres jurados, quienes fueron ajenos a nuestros actores como asesor y jurados de tesis.

3.8. Técnicas de procedimiento y análisis de datos.

La información recolectada fue procesada a través del apoyo del programa estadístico SPSS versión 27; asimismo el Microsoft Excel, minitab.

3.9. Tratamiento Estadístico.

La prueba de chi-cuadrada es útil en bioestadística la prueba mide si la distribución de una variable depende de la distribución de otra, lo cual es crucial en estudios donde se investigan relaciones entre variables categóricas (16).

3.10. Orientación ética filosófica y epistémica

El estudio de investigación respetó cada uno de los principios éticos de la investigación: Beneficencia y no Maleficencia, Autonomía y Justicia, y el respeto irrestricto de los protocolos de la ética y bioética. Además de ello, se tuvo presente el consentimiento informado, la libre participación y voluntaria en el presente estudio de investigación (17).

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Descripción del Trabajo de Campo

El presente estudio de investigación tuvo como sede principal al distrito de Tarma, situado en la parte septentrional y occidental del departamento de Junín, geográficamente está situado en la sierra central de los andes peruanos, a una altitud de 3060 m.s.n.m. de clima templado, tiene una época lluviosa entre los meses de octubre y abril.

Sus límites son: Por el norte con la provincia de Junín, por el sur con la provincia de Jauja, por el este con la provincia de Chanchamayo y por el oeste con la provincia de Yauli.

La ciudad de Tarma por su ubicación geográfica cuenta con abundante flora y fauna, teniendo como base económica la zona rural, la crianza de animales domésticos y la agricultura.

El distrito es una ciudad rodeada por cerros elevados teniendo una forma de hoyo, tiene ocho distritos: Acobamba, Palca, Palcamayo, Huasahuasi, Tapo, San Pedro de Cajas, Huaricolca, Cochabamba, desde el punto de vista político esta dirigido por el alcalde de la ciudad, la educación esta organizado por el ADE (Área de Desarrollo Educativo) contando con educación inicial, primaria, secundaria e institutos superiores tecnológicos y pedagógicos, más dos

Universidades importantes como son: la UNDAC (Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión) y UNCP (Universidad Nacional del Centro del Perú); culturalmente tiene un amplio ámbito como: monumentos arqueológicos y centros culturales que sirven de expresión en la danza y música folklórica del distrito, el poblador tarmeño tiene un rico conocimiento en cuanto a sus mitos y leyendas, la práctica religiosa es un centro de atención y afluencia de turistas para la cual en Semana Santa, la fiesta del Señor de Muruhuay en Mayo.

Al sur de Tarma se encuentra ubicado el Hospital general Félix Mayorca Soto en la Av. Pacheco Tercera cuadra, fue creado en 1951 por el presidente constitucional de la república Manuel Arturo Odría Amoreti, este hospital es de material noble y pisos de vinílico, su forma es vertical con seis pisos y un sótano, una unidad sanitaria, El primer piso a la "A" es destinado a triaje, consultorios externos, programas de PCT, IRA, EDA, Servicio de emergencia, farmacia, servicios auxiliares de rayos x, endoscopia y fisioterapia, en al ala "B" las dependencias administrativas.

El segundo piso ala "A" se encuentra los programas PAI y programa de control de la madre y el niño, en la ala "B" áreas administrativas, oficina de PANFAR y el laboratorio, tiene áreas distribuidas para obtención y análisis de muestras, banco de sangre y oficinas administrativas.

El tercer piso del ala "A" destinado a pediatría y ala "B" servicio de gineco-obstetricia.

El cuarto piso ala "A" el servicio de traumatología y central de esterilización y ala "B" el servicio de cirugía.

El quinto piso ala "A" sala de reuniones del cuerpo médico y ala "B" el servicio de medicina general y UTI.

El sexto piso cuenta con salas de reuniones del personal médico y paramédico y comedor general del personal del hospital.

La capacidad del hospital es de 250 camas, dentro del terreno del hospital se han construido locales destinados al alojamiento de los internos de medicina, enfermería y obstetricia, hay una capilla y viviendas para médicos del hospital. También hay servicios generales como las instalaciones de: casa de fuerza, equipos mecánicos, cocina, comedor, almacenes, depósito, garaje, lavandería, morgue.

El servicio de cirugía está ubicado en el cuarto piso en ala "B" siendo jefe de servicio el Dr. Carlos Cornejo y la enfermera Lourdes Mendoza, el servicio cuenta con una estación de enfermería, sala de juntas, tópico, repostería, ocho habitaciones que pueden albergar a 40 pacientes distribuido en salas para niños, adultos (mujeres, varones).

Para el estudio también se requirió del laboratorio clínico que está ubicado en el segundo piso del mismo hospital donde se realizó los estudios microbiológicos, los que fueron necesarios para el estudio.

4.2. Presentación análisis e interpretación de resultados.

Cuadro 1. *Historia Clínica Obstétrica de Herida Episiotomizada Según Tipo de Gestante en Pacientes Puérperas, Tarma 2024.*

Herida Episiotomizada	Tipo de Gestante				Total	
	Primípara		Multípara			
	N	%	N	%	N	%
Si	20	32.3	02	3.2	22	35.5
No	-	-	40	64.5	40	64.5
Total	20	32.3	42	67.7	62	100

Fuente: Escala de Ansiedad de Hamilton y Ficha de Registro Obstétrico.

Comentario del cuadro N° 01

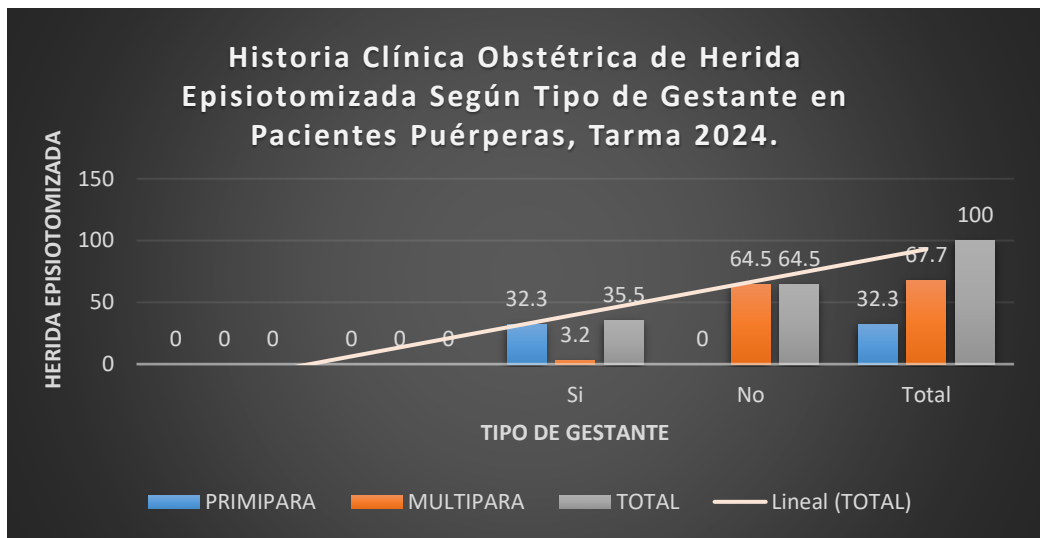
En el estreno del análisis descriptivo de los datos encontrados en nuestro estudio de investigación se visualiza la relación de las variables de historia

clínica de herida episiotomizada según el tipo de gestante se pudo hallar el siguiente resultado:

Del 100% de nuestra muestra de estudio el 64.5% refirieron y evidenciaron con la historia clínica que no tuvieron que realizarles una herida de episiotomía profiláctica y todas ellas pertenecen a madres multíparas con mayor a 2 hijos. El 35.5% si refirieron haberles realizado la episiotomía profiláctica de las cuales el 32.3% fueron en mujeres primíparas y el 3.2% en mujeres multíparas.

En definitiva, se tuvo como variables intervinientes el tipo de gestante y la herida episiotomizada por lo que concluimos que se tuvo en gran porcentaje mujeres multíparas y muestra de mujeres a quienes no se les realizaron la herida episiotomizada.

Gráfico 1. *Historia Clínica Obstétrica de Herida Episiotomizada Según Tipo de Gestante en Pacientes Puérperas, Tarma 2024.*



FUENTE: Cuadro N° 01

Cuadro 2. Controles Prenatales Realizadas Según Edad Cronológicas De Las Pacientes Puérperas, Tarma 2024.

Controles Prenatales	Edad cronológicas						Total	
	18 a 23 años		24 a 29 años		30 a 35 años			
	N	%	N	%	N	%	N	%
SI	10	16.1	04	6.5	04	6.5	18	29.1
NO	02	3.2	24	38.7	18	29.0	44	70.9
Total	12	19.3	28	45.2	22	35.5	62	100

Fuente: Escala de Ansiedad de Hamilton y Ficha de registro obstétrico.

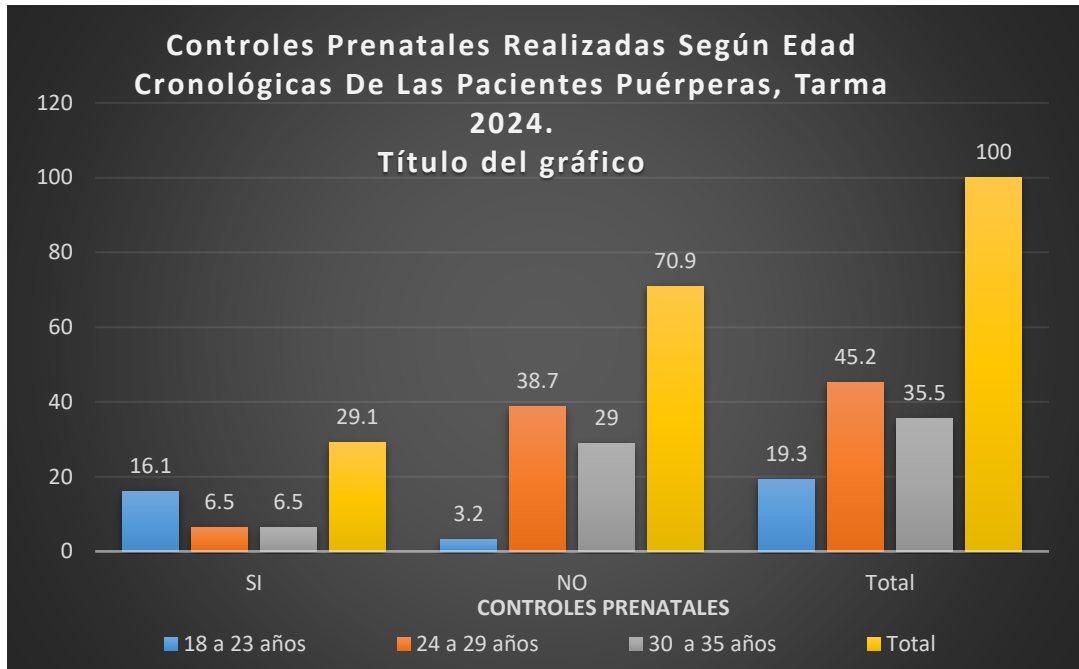
Comentario del cuadro N° 02

En el presente cuadro estadístico se visualiza las variables de controles prenatales según edades cronológicas de las madres del puerperio tardío a quienes se sometió a estudio de investigación donde se halló lo siguiente:

Del 100% de nuestra unidades de análisis el 70.9% no cumplieron con el 100% de las citas al control prenatal de las cuales el 38.7% tienen edades de 24 a 29 años, el 29% fueron puérperas de las edades de 30 a 35 años así mismo el 16.1% de nuestra muestra tienen edades de 18 a 23 años. El 29.1% si cumplieron con el 100% de asistencia al control prenatal y teniendo casi una distribución homogénea de las edades cronológicas de las misma.

Concluimos que en este cuadro estadístico tuvimos dos indicadores primero que más del 50% de las puérperas no cumplieron con la asistencia al control prenatal así mismo más del 50% tienen edades desde 24 a 35 años

Gráfico 2. Controles Prenatales Realizadas Según Edad Cronológicas De Las Pacientes Puérperas, Tarma 2024.



FUENTE: Cuadro N° 02

Cuadro 3. Nivel de Instrucción Según Tiempo de Lactancia Materna Exclusiva en las Pacientes Puérperas, Tarma 2024.

Nivel de Instrucción	Tiempo de lactancia materna exclusiva				Total	
	Menor a 6 meses		Mayor a 6 meses		N	%
	N	%	N	%		
Superior	01	1.6	05	8.1	06	9.7
Secundaria	02	3.3	16	25.7	18	29.0
Primaria	01	1.6	13	21.0	14	22.6
Primaria incompleta	-	-	24	38.7	24	38.7
Total	04	6.50	58	93.5	62	100

Fuente: Escala de ansiedad de Hamilton y Ficha de registro obstétrico.

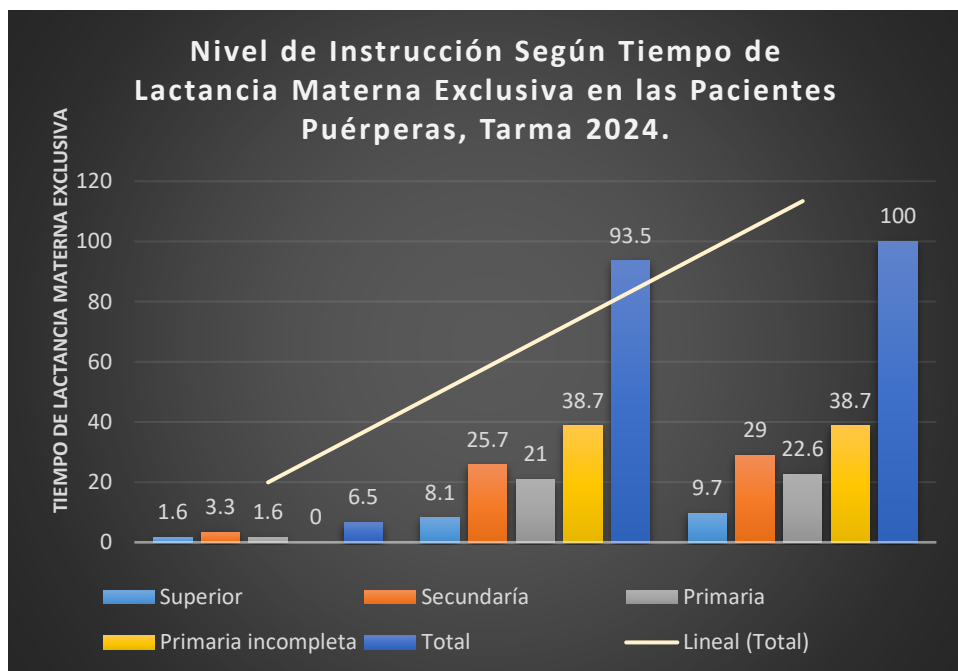
Comentario del cuadro N° 03

Como es de conocimiento científico se tiene que evidenciar los datos hallados para luego someter a prueba de hipótesis en el presente cuadro estadístico se observa las variables de nivel de instrucción y el tiempo de lactancia materna exclusiva que tuvieron a su menor hijo(a) por lo que se halló lo siguiente:

Del 100% de nuestra puérperas en el periodo tardío, el 38.7% fueron madres con primaria incompleta de las cuales todos ellas mantuvieron una lactancia materna exclusiva mayor a 6 meses, así mismo otro dato resaltante es que el 29% tienen un nivel de instrucción de secundaria completa de las cuales el 25.7% tuvieron un tiempo mayor a 6 meses de lactancia materna exclusiva a su menor hijo y 3.3% esta técnica no superó los 6 meses de ser exclusivo por que inmediatamente fueron con la técnica de ablactancia.

Esto es un soporte científico del porque se demoraran con el inicio de su actividad sexual ya que el hecho de alargar la técnica de lactancia materna exclusiva hace que fisiológicamente el cuerpo de la puérpera no responda al lividez hacia su pareja.

Gráfico 3. Nivel de Instrucción Según Tiempo de Lactancia Materna Exclusiva en las Pacientes Puérperas, Tarma 2024.



FUENTE: Cuadro N° 03

Cuadro 4. Frecuencia y Porcentaje de las Manifestaciones Clínicas Psicosomáticas Antes de la Primera Relación Sexual Pos Parto en las Pacientes Puérperas, Tarma 2024.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS PSICOSOMÁTICAS	N	%
Depresión pos parto	02	3.2
Ansiedad	22	35.5
Dolor Localizado	12	19.4
Sequedad vaginal	10	16.1
Disminución del interés sexual	10	16.1
Ninguno	06	9.7
TOTAL	62	100

Fuente: Escala de ansiedad de Hamilton y Ficha de registro obstétrico.

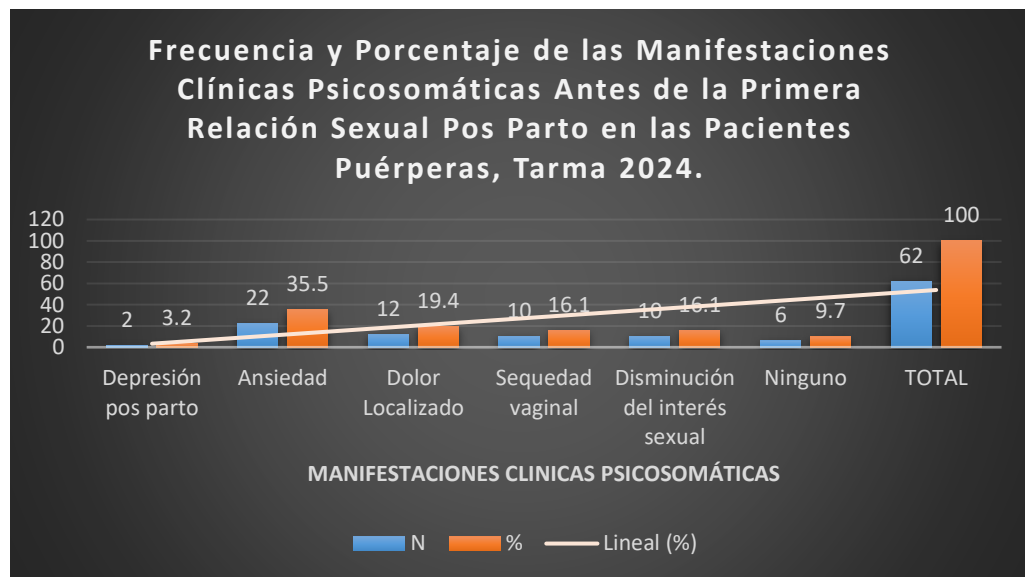
Comentario del cuadro N° 04

En el presente cuadro estadístico de una sola entrada se puede observar las manifestaciones clínicas psicosomáticas del por qué no iniciaron con su actividad sexual pos parto; por lo que se halló lo siguiente:

Del 100% de la muestra en estudio quienes fueron las puérperas en la fase tardía, el 35.5% refirieron haber experimentado ansiedad pos parto, el 19.4% refirieron haber tenido molestias duraderas de la región perineal, el 16.1% refirieron sequedad del canal vaginal y por consiguiente disminución en el interés sexual por lo que esto influirían en su retardo de inicio de su actividad sexual con su pareja y que a esto argumentaba 100% que el bebe ocupaba todo su tiempo.

Es por eso que del análisis esto nos hace que si existe todo un cuadro psicosomático del porque una puérpera tarda con el inicio de su actividad sexual prolongándose de esta forma patológica requiriendo una asistencia por el personal de salud.

Gráfico 4. Frecuencia y Porcentaje de las Manifestaciones Clínicas Psicosomáticas Antes de la Primera Relación Sexual Pos Parto en las Pacientes Puérperas, Tarma 2024.



FUENTE: Cuadro N° 04

Cuadro 5. Tiempo Cronológico del Inicio de Actividad Sexual Según Evidencia Clínica de Alteraciones Psicosomáticas en las Pacientes Puérperas, Tarma 2024.

Tiempo cronológico de inicio de actividad sexual	Evidencia clínica de alteraciones psicosomáticas				Total	
	Si		No			
	N	%	N	%	N	%
Menor a 4 semanas	-	-	04	6.5	04	6.5
4 a 16 semanas	12	19.4	02	3.2	14	22.6
Mayor a 16 semanas	44	70.9	-	-	44	70.9
Total	56	90.3	06	9.7	62	100

Fuente: Escala de ansiedad de Hamilton y Ficha de registro obstétrico.

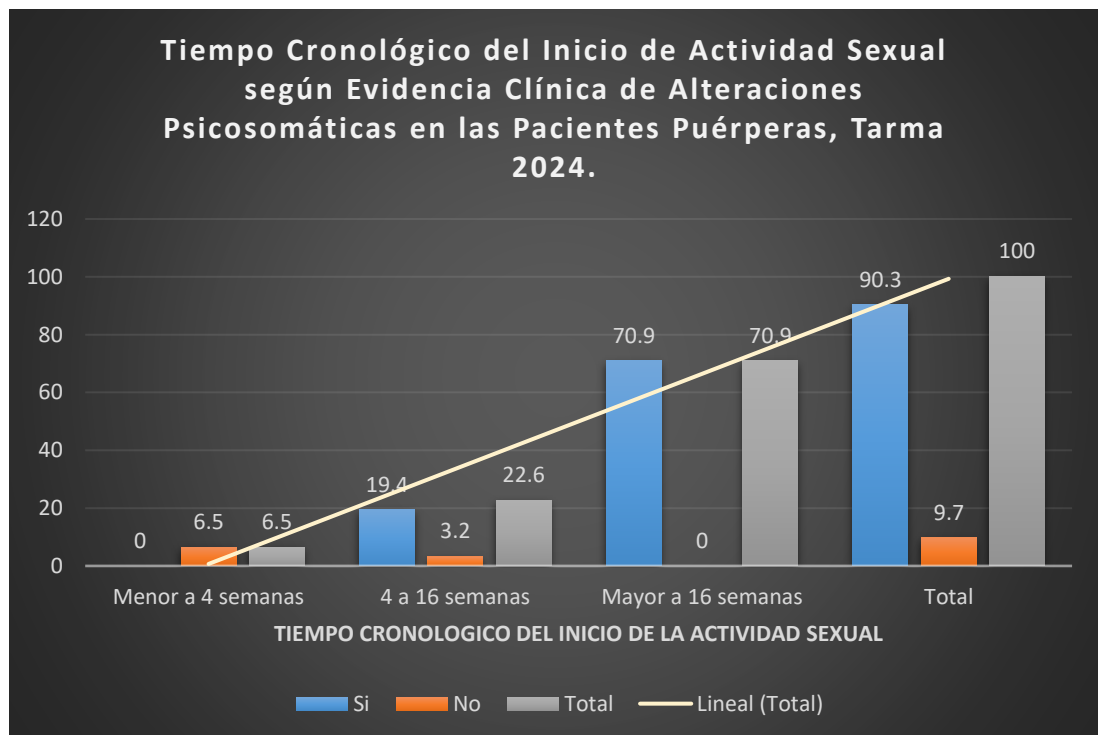
Comentario del cuadro N° 05

En el reduzco del análisis descriptivo y estadístico de nuestros datos hallados en nuestro estudio se pudo visualizar las últimas variables de Tiempo cronológico de inicio de actividad sexual y su relación con la Evidencia clínica de alteraciones psicosomáticas donde se halló lo siguiente:

Del 100% de nuestra muestra en estudio, el 70.9% tuvieron un tiempo de inicio de su actividad sexual mayor a 16 semanas de las cuales todos a ellas justificaron porque si evidenciaron clínicamente las alteraciones psicosomáticas. Así mismo el 22.6% refirieron el tiempo de inicio de su actividad sexual de 4 a 16 semanas pos parto; de las cuales el 19.4% evidenciaron clínicamente alteraciones psicosomáticas y el 3,2% no evidenciaron estas alteraciones.

Esto un contaste descriptivo de nuestra hipótesis de trabajo que si existe una relación directa entre la presencia de signos clínicos de alteración psicosomática con el inicio de la actividad sexual post parto demostrando asertivamente nuestra hipótesis de trabajo.

Gráfico 5. *Tiempo Cronológico del Inicio de Actividad Sexual Según Evidencia Clínica de Alteraciones Psicosomáticas en las Pacientes Puérperas, Tarma 2024.*



FUENTE: Cuadro N° 04

4.3. Prueba de hipótesis

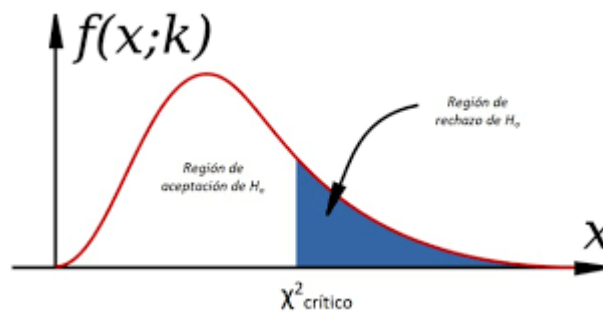
4.3.1. Formulación de la Hipótesis Estadísticas:

Ha.- El Tiempo cronológico de inicio de actividad sexual se relaciona por las alteraciones psicossomáticas en las pacientes puérperas.

Ho.- El Tiempo cronológico de inicio de actividad sexual no se relaciona por las alteraciones psicossomáticas en las pacientes puérperas.

4.3.2. Nivel de significancia: α 0.05

4.3.3. Prueba estadística:



$$X_0^2 = 42.40 > X_{\tau}^2 (gl=2, \alpha= 0.05)= 5.99$$

4.3.4. Decisión Estadística:

Como la Chi Cuadrada calculada es mayor que la tabulada se toma la decisión de aceptar la chi cuadrada calculada y no aceptar la hipótesis tabulada.

4.3.5. Conclusión:

Que aceptado la hipótesis alterna donde nos indica una asociación estadística significativa ($P < 0.05$). entre El tiempo cronológico de inicio de actividad sexual y las alteraciones psicossomáticas en las pacientes puérperas.

4.4. Discusión de Resultados

Tras la experiencia del nacimiento de un hijo es posible que en los días posteriores particular mente en mujeres primíparas, emerja un estado de tristeza

transitoria. En condiciones habituales dicha manifestación emocional tiende a resolverse de manera espontánea en un corto plazo. El periodo posparto constituye una etapa crucial de adaptación que se extiende aproximadamente durante seis semanas en el cual la mujer enfrenta un proceso de reajuste físico como psicológico frente a las nuevas demandas de su vida. Este proceso no resulta exento de dificultades, pues implica la recuperación del desgaste físico acumulado durante la gestación y el parto, al mismo tiempo que se asume la responsabilidad del cuidado del recién nacido, la atención a sus necesidades, la construcción de una nueva identidad materna y la búsqueda de bienestar en esta renovada condición vital.

La fatiga constituye una manifestación habitual en el posparto; sin embargo, es ampliamente reconocido que el cansancio, junto con las alteraciones hormonales propias de esta etapa, incrementa la vulnerabilidad hacia estados de desánimo irritabilidad, labilidad emocional, llanto frecuente, disforia caracterizada por oscilaciones entre la alegría, tristeza, así como a la presencia de insomnio y trastornos en la conducta alimentaria ya sea por exceso o por restricción. Dicho estado de ánimo, en escenarios más severos, puede evolucionar hacia un cuadro depresivo que compromete la seguridad personal, la confianza necesaria para afrontar las nuevas demandas familiares, sociales y laborales inherentes a la maternidad. La depresión posparto, que afecta aproximadamente al 10% de las madres primíparas, constituye una condición clínica de mayor gravedad, cuya aparición suele manifestarse alrededor del primer mes tras el parto y que requiere de atención terapéutica oportuna.

Cabe señalar que la depresión materna puede repercutir también en el recién nacido, quien puede manifestar alteraciones de carácter psicosomático, tales como trastornos en la alimentación, dificultades en el sueño, irritación cutánea y un comportamiento marcado por la inquietud. De manera preliminar es pertinente destacar que las madres que cursan con cuadros depresivos suelen

establecer una menor interacción sensorial y afectiva con sus hijos lo que condiciona la calidad del vínculo temprano.

Se sugiere la práctica de ejercicio y técnica de relajación como estrategia coadyuvante en el posparto, siendo suficiente en algunos casos la realización de breves sesiones de reparación lenta de aproximadamente cinco minutos para mitigar el estrés propio de esta etapa. No obstante, resulta fundamental el respaldo constante y explícito del núcleo familiar cercano, ya que en ausencia de dicho apoyo la sintomatología depresiva tiende a interferirse y a dificultar su afrontamiento. Asimismo la atención dirigida al recién nacido no debe implicar el descuido del vínculo afectivo y de la dedicación emocional hacia la pareja, pues esta relación no debe relegarse a un plano secundario. Cabe señalar, además que los padres varones también pueden experimentar cuadros de depresión posparto lo que subraya la necesidad de considerar la salud mental de ambos progenitores en este proceso.

Se estima que cerca del 80% de las mujeres que han cursado un parto vaginal presentan algún tipo de alteración en la esfera sexual, sin embargo únicamente alrededor del 15% solicita evaluación ginecológica. Resulta aconsejable la consulta especializada en estos casos, dado que el profesional puede orientar de manera óptima la recuperación de una vida sexual satisfactoria, aun cuando los controles posparto tiendan a focalizarse prioritariamente en la anticoncepción. La frecuencia de las disfunciones sexuales en el posparto es elevado, en ese sentido, en Inglaterra se llevó a cabo un estudio con 600 mujeres durante los seis meses posterior al parto, que pone de relieve la prevalencia de estos trastornos en dicho periodo.

Desde la perspectiva psicosocial, el puerperio constituye una experiencia compleja para las mujeres debido a las exigencias del recién nacido, al propósito de desempeñar de forma óptima las funciones maternas que compite con otras responsabilidades dentro y fuera del hogar, la incertidumbre

frecuente respecto a la manera adecuada de cumplir dichas funciones. En este periodo, la mujer atraviesa cambios anatómicos y fisiológicos, junto con reajustes en la relación de pareja, vínculos familiares y en la organización de la vida cotidiana. La llegada de un hijo/a marca un hito que transforma de forma perdurable la biografía de la mujer y de la pareja en la medida en que asume las responsabilidades inherentes al cuidado y crianza.

En términos generales, el posparto se acompaña de transformaciones sustantivas en la esfera emocional y de una reconfiguración de intereses y prioridades, tanto inmediatas como a lo largo plazo. Estas modificaciones se evidencian con particular intensidad durante las primeras semanas, periodo en el que la madre concentra su atención exclusiva en el recién nacido y rara vez desplaza su foco hacia otros asuntos. En cierto caso pueden presentarse alteraciones psicopatológicas que eventualmente configuran un cuadro clínico relevante, como la depresión posparto, cuya identificación temprana y manejo adecuado resultan indispensables.

La configuración cultural y las construcciones sociales en torno a la maternidad condicionan las expectativas tanto de la mujer como de su entorno respecto a su desempeño como madre. Con frecuencia, se distribuyen a la figura materna valores de abnegación, ternura y sacrificio, estableciéndose un ideal de buena madre que exige ofrecer lo mejor de sí misma a sus hijos. La fase posparto momento en el que ocurre la transición hacia la identidad maternal resulta crucial para el desarrollo de la autoestima, la satisfacción personal y la consolidación de un concepto positivo. No obstante este proceso puede convertirse en fuente de tensión, pues muchas mujeres temen no saber cómo cuidar adecuadamente al recién nacido, suministrarle la lactancia, interpretar su llanto o atender sus necesidades en caso de enfermedad.

Diversas mujeres manifiestan temor respecto a la posibilidad de no producir leche en cantidad suficiente en gran medida debido al desconocimiento

de los mecanismos fisiológicos que regulan la secreción láctea y de las transformaciones que esta experimenta a lo largo del periodo posparto. Este fenómeno se ve influido además por los procesos de socialización a través de los cuales los instintos naturales han sido objeto de condicionamiento y control lo que limita la manifestación de respuestas espontáneas que, por contraste, se observan de manera más evidente en otros mamíferos frente a sus hijos. En consecuencia la reacción materna ante las demandas del recién nacido suele estar mediada por interrogantes de carácter normativo, tales como ¿Qué debo hacer?, ¿es conveniente dejarlo llorar? O ¿existe el riesgo de malcriarlo? Tal como lo expresaron algunas madres entrevistadas tras su primera experiencia de parto, la vivencia de la maternidad resultó más compleja de lo esperado. Imaginaba que sería más sencillo, no creía que un niño dependiera tanto de una y requiera tanta atención.

Presentada en sus fases iniciales, la maternidad suele implicar un nivel elevado de dificultad, asociado a la inexperiencia en prácticas fundamentales de cuidado, como la adecuada manipulación del recién nacido y su higiene. Muchas mujeres reportan haber sostenido una visión idealizada del rol materno centrado en el afecto y ternura, con expectativas de una experiencia exenta de complejidades que contrasta con una realidad más exigente, la cual demanda un considerable proceso de maduración personal y asunción de múltiples responsabilidades. Este es el resultado más importante con el que podemos hacer la confrontación y realizar el soporte científico de la aceptación de nuestra hipótesis de trabajo. Que del 100% de nuestra muestra en estudio, el 70.9% tuvieron un tiempo de inicio de su actividad sexual mayor a 16 semanas de las cuales todas ellas justificaron porque si evidenciaron clínicamente las alteraciones psicosomáticas. Así mismo el 22.6% refirieron el tiempo de inicio de su actividad sexual de 4 a 16 semanas pos parto; de las cuales el 19.4%

evidenciaron clínicamente alteraciones psicosomáticas y el 3,2% no evidenciaron estas alteraciones cotidianas.

Esto un contraste descriptivo de nuestra hipótesis de trabajo que si existe una relación directa entre la presencia de signos clínicos de alteración psicosomática con el inicio de la actividad sexual post parto demostrando asertivamente nuestra hipótesis de trabajo. Y los datos fueron sometidos al contraste estadístico no paramétrica de la Chi cuadrada lo cual nos indica una asociación estadística significativa ($P < 0.05$).

CONCLUSIONES

- a) Del 100% de nuestra muestra de estudio el 64.5% refirieron y evidenciaron con la historia clínica que no tuvieron que realizarles una herida de episiotomía profiláctica y todas ellas pertenecen a madres multíparas con mayor a 2 hijos. El 35.5% si refirieron haberles realizado la episiotomía profiláctica de las cuales en el 32.3% fueron en mujeres primíparas y el 3.2% en mujeres multíparas.
- b) Del 100% de nuestra unidades de análisis el 70.9% no cumplieron con el 100% de las citas al control prenatal de las cuales el 38.7% tienen edades de 24 a 29 años, el 29% fueron puérperas de las edades de 30 a 35 años así mismo el 16.1% de nuestra muestra tienen edades de 18 a 23 años. El 29.1% si cumplieron con el 100% de asistencia al control prenatal y teniendo casi una distribución homogénea de las edades cronológicas de las mismas.
- c) Del 100% de nuestra puérperas en el periodo tardío, el 38.7% fueron madres con primaria incompleta de las cuales todas ellas mantuvieron una lactancia materna exclusiva mayor a 6 meses, así mismo otro dato resaltante es que el 29% tienen un nivel de instrucción de secundaria completa de las cuales el 25.7% tuvieron un tiempo mayor a 6 meses de lactancia materna exclusiva a su menor hijo y 3.3% esta técnica no superó los 6 meses de ser exclusivo por que inmediatamente fueron con la técnica de ablactancia.
- d) Del 100% de la muestra en estudio quienes fueron las puérperas en la fase tardía, el 35.5% refirieron haber experimentado ansiedad pos parto, el 19.4% refirieron haber tenido molestias duraderas de la región perineal, el 16.1% refirieron sequedad del canal vaginal y por consiguiente disminución en el interés sexual por lo que esto influirían en su retardo de inicio de su actividad sexual con su pareja y que a esto argumentaba 100% que el bebe ocupaba todo su tiempo.
- e) Del 100% de nuestra muestra en estudio, el 70.9% tuvieron un tiempo de inicio de su actividad sexual mayor a 16 semanas de las cuales todas a ellas justificaron porque si evidenciaron clínicamente las alteraciones psicósomáticas. Así mismo el

22.6% refirieron el tiempo de inicio de su actividad sexual de 4 a 16 semanas pos parto; de las cuales el 19.4% evidenciaron clínicamente alteraciones psicosomáticas y el 3,2% no evidenciaron estas alteraciones.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda aprovechar de manera sistemática todas las oportunidades de descanso. Es pertinente desarrollar la práctica de breves siestas reparadoras, durante el periodo nocturno, la alimentación del lactante puede ser asumida por la pareja, utilizando si se prefiere, leche materna previamente extraída.
2. Se aconseja mantener una ingesta nutricional equilibrada. En esta etapa, resultan particularmente recomendables las ensaladas, vegetales, frescos, frutas, jugos, la leche y los cereales tanto por su idoneidad nutricional como por su mínima exigencia de preparación culinaria.
3. Resulta esencial reservar momentos destinados al disfrute en pareja. Para ello se recomienda organizar el cuidado del lactante mediante la contratación de una niñera de modo que ambos pueden dedicarse a actividades conjuntas, tales como una cena, la asistencia al cine, encuentros con amistades o la degustación de una copa.
4. Se recomienda fomentar la intimidad con la pareja aun cuando no se cuenta todavía con el apetito necesario para la actividad sexual plena. El intercambio de gestos afectivos besos, abrazos, caricias o demostraciones de ternura puede resultar altamente reconfortante hasta el deseo sexual se restablezca por completo.
5. Se recomienda moderar la crítica excesiva tanto hacia uno mismo como hacia la pareja. Durante este periodo de elevada carga emocional y física, la confluencia de fatiga e irritabilidad puede incrementar la frecuencia de conflictos que en lugar de reforzar el vínculo, lo erosiona en el momento en que resulta esencial reformarlo.
6. Se recomienda la realización sistémica de ejercicio de kegel para promover la recuperación del tono muscular del suelo pélvico. Así mismo se sugiere la participación en programas estructurados de ejercicio posparto que faciliten la readaptación a la actividad física habitual y contribuyan al fortalecimiento de la autoestima materna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Octavio Peralta M. ASPECTOS CLÍNICOS DEL PUERPERIO [Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER)].; 1996. Acceso 12 de Enero de 2024. Disponible en: https://www.academia.edu/24753124/Puerperio_octavio.
2. Sánchez S, Eugenia Casado MM. VIDA SEXUAL EN EL POSTPARTO [Instituto Chileno de Medicina Reproductiva]. Acceso 12 de Enero de 2024. Disponible en: https://icmer.org/wp-content/uploads/2019/Posparto_y_lactancia/1107-Vida-sexual-en-el-posparto-rev.pdf.
3. Artieta Pinedo I, Paz Pascual C, García Álvarez A, Bully P, Espinosa M. Reinicio de la actividad sexual tras el parto y factores relacionados en mujeres españolas, un estudio transversal. ELSEVIER (ScienceDirect). ; 141.
4. Chaparro G M, Pérez V R, Sáez C K. Función sexual femenina durante el período posparto. SCIELO (Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela). 2013; 73(03).
5. Dapena Botero JM. CORRELATO ENTRE DE DEPRESIÓN POSTPARTO Y LUPUS ERITEMATOSO DESDE UN PUNTO DE VISTA PSICOSOMÁTICO Y PSICOANALÍTICO. REDALYC (Revista Científica Arbitrada de la Fundación MenteClara). 2019; 04(01).
6. Ordoñez Anconeira AM. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, FISIOLÓGICAS, GINECO-OBSTÉTRICAS Y SU RELACIÓN CON EL REINICIO DE LA ACTIVIDAD COITAL EN PUÉRPERAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ; AREQUIPA. MAYO 2021 [Tesis de Pregrado].; 2021. Acceso 12 de Febrero de 2024. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/3415809c-6147-4275-8b93-7d3ae89cdad1/content>.

7. VILLACORTA DE LA CRUZ SM. FACTORES ASOCIADOS AL INICIO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL EN PRIMIPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IQUITOS CÉSAR GARAYAR GARCÍA DE OCTUBRE A DICIEMBRE 2018 [Tesis de Pregrado].; 2019. Acceso 12 de Febrero de 2024. Disponible en: <https://repositorio.ucp.edu.pe/server/api/core/bitstreams/b3bc2a9a-0f57-4e99-9e40-9c75a3cc5092/content>.
8. Uribe Santana JM. factores biopsicosociales que influyen en el retorno a la actividad sexual después del parto en usuarias del Centro de Salud el Alamo – Comas, junio – julio 2018 [Tesis de Pregrado].; 2019. Acceso 12 de Febrero de 2024. Disponible en: https://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12990/5169/Tesis_Factores_Biopsicosociales_Actividad_Sexual.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
9. SULLCA CONTRERAS GL. Características del reinicio de la actividad sexual, en madres atendidas de parto vía vaginal y vía abdominal en el Hospital María Auxiliadora septiembre – octubre 2016 [Tesis de Pregrado].; 2016. Acceso 12 de Febrero de 2024. Disponible en: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/2363/sullca_g.pdf?sequence=3&isAllowed=y.
10. ABARCA CASTRO N. Alteraciones del estado de ánimo en el postparto: narrativas y significados [Tesis de Pregrado].; 2025. Acceso 30 de Julio de 2025. Disponible en: <https://ru.dgb.unam.mx/server/api/core/bitstreams/ff79acc0-0320-4570-a5ea-564129bbbcc2/content>.
11. Sexualidad y Salud - salud sexual y reproductiva. binasss. [Online]; Sexualidad humana: Concepto y componentes. Acceso 12 de Febrerode 2024. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/adolescencia/todas/Sexualidad%20y%20salud.pdf>.

- 12 Guadarrama RM, Ortiz Zaragoza MC, Moreno Castillo YdC, Pedraza Avilés AG.
. Características de la actividad sexual de los adultos mayores y su relación con su calidad de vida. Medigraphic (Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas). 2010; 15(02).
- 13 Welti Chanes C. Inicio de la vida sexual y reproductiva [Artículo de revista SCIELO].; 2005. Acceso 12 de Febrero de 2024. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v11n45/v11n45a7.pdf>.
- 14 JM, IM. Plasticidad del GABA A R durante el embarazo: relevancia para la depresión posparto. Neuron. 2008; 59((2) : 207-213).
- 15 Hernández Sampieri R, Fernández collado C, Baptista Lucio P. Metodologías de la investigación. - Sexta edición. [Libro electrónico].; 2014. Acceso 16 de Julio de 2025. Disponible en: <https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>.
- 16 Ñaupas Paitán H, Valdivia Dueñas MR, Palacios Vilela JJ, Romero Delgado HE. Metodología de la investigación Cuantitativa - Cualitativa y Redacción de la Tesis. 5th ed. M AG, editor. Bogotá, Colombia: Ediciones de la U; 2018 Disponible en: http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/MetodologiaInvestigacionNaupas.pdf.
- 17 Bunge M. 2004 LA INVESTIGACION CIENTIFICA (tercera edición). Siglo XXI editores. [Online].; Google Académico - Libros. Acceso 09 de Enero de 2025. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=iDjRhR82JHYC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>.

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

I. INTRODUCCIÓN:

El presente instrumento tiene por objetivo valorar con actualidad de manera referencial directamente el nivel de ansiedad que presenta el paciente púérpera en su fase tardía.

II. INSTRUCCIONES:

- Se empleará la Escala de Angustia de Hamilton, la cual cuenta con una división de 6 ítems, para medir el nivel de ansiedad que presenta el paciente. Se observará y evaluará al paciente para registrar los parámetros correspondientes a cada ítem.

III. DATOS GENERALES:

Fecha de registro:..... Hora:.....

Nombre del paciente:Nombre del observador:

IV. CONTENIDO:

Nº	CLASIFICACIÓN	SÍNTOMAS	PREOPT.	POSTOPT.
1.	TENSIÓN	-Irritabilidad e incomodidad para relajarse, refiere sentirse tenso. -Sobresaltos a estímulos.		
2.	SISTEMA CARDIOVASCULAR	-Taquicardia -Aumenta la presión arterial		

3.	SISTEMA RESPIRATORIO	-Enrojecimiento de la piel -Taquipnea -Suspiros		
4.	APARATO UROGENITAL	-Micción frecuente -Urgencia para orinar		
5.	SISTEMA VEGETATIVO	-Boca seca -Tendencia al sudor {Expresión facial: rostro tenso, fruncido, entrevejo.		
6.	COMPORTAMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA	-Nervioso: Frotación de dedos, temblor de manos		
		TOTAL		

0 : AUSENTE

1 : LEVE

2 : MODERADO

3 : SEVERO

4 : MUY SEVERO

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

FICHA DE REGISTRO OBSTÉTRICO

INTRODUCCIÓN:

La información solicitada, tiene la finalidad de darnos a conocer los resultados pos parto en relación a la presentación de síntomas psicopáticos.

INSTRUCTIVO:

Registrar solo los datos que se solicitan en el presente formato clínico.

Paciente:.....

Semana de Inicio de su actividad sexual:.....

Edad:

Paridad:

CODIGOS DE PACIENTES	2º SEMANA	4º SEMANA	6º SEMANA	8º SEMANA	12º SEMANA	14º SEMANA	16º SEMANA	18º SEMANA
<u>SINTOMAS PSICOLOGICOS</u>								
ANSIEDAD (S, R,A)								
IRRITABILIDAD (S, R,A)								
OLVIDO (S, R,A)								
<u>SINTOMAS VASOMOTORES</u>								
TRANSPIRACION (S,R,A)								
PALPITACIONES (S,R,A)								
FRIALDADES (S,R,A)								
<u>SINTOMAS SEXUALES Y GENITALES</u>								
SEQUEDAD VAGINAL (S,R,A)								
DISMINUCION DE LA LIBIDO (S,R,A)								
<u>OTROS</u>								
SENSACION DE FATIGA EN EL DIA (S,R,A)								
DOLORES OSEOS (S,R,A)								
CEFALAGIA (S,R,A)								
ACTITUD TERAPEUTICA *								

Sin cambios = S

Reducción = R

Ausencia = A