



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Medicina

Frecuencia y factores asociados de alteraciones en la respuesta sexual durante el embarazo en mujeres adscritas al centro de salud Carlos Elizalde. Cuenca – Ecuador, 2021.

Trabajo de titulación previo a la
obtención del título de Médico

Modalidad: Proyecto de
investigación

Autores:

Paúl Fabricio Brito Mogrovejo

CI: 0104842448

Correo electrónico: brito.fg2@gmail.com

Darío Alexander Matute Núñez

CI: 0105674139

Correo electrónico: dmatnuz@gmail.com

Directora:

Dra. Diana Patricia Vanegas Coveña

CI: 0102545340

Cuenca, Ecuador

27-octubre 2021



Resumen:

Antecedentes: Las alteraciones en la respuesta sexual durante el embarazo son bastante frecuentes y se ha observado asociación con diferentes factores.

Objetivo: Determinar la frecuencia y los factores asociados de alteraciones en la respuesta sexual durante el embarazo en mujeres que acuden al servicio de Ginecología del Centro de Salud Carlos Elizalde, en la ciudad de Cuenca durante el año 2021.

Diseño metodológico: Estudio observacional, analítico y transversal. La muestra fue de 285 embarazadas. La respuesta sexual se midió con el Inventario de Respuesta Sexual en el Embarazo (PSRI). El análisis de datos se realizó en el software SPSS v.25; la estadística descriptiva se presentó en frecuencias y porcentajes; se analizó la asociación mediante chi-cuadrado significativo para 0.05; los resultados se presentaron en tablas y gráficos.

Resultados: 76,5% tienen de 20 a 34 años; 76,5% son casadas o se encuentran en unión libre estable; 61,4% son bachilleres; 90,2% son católicas; 61,8% no trabaja; 81,4% de sus parejas tienen entre 18 y 35 años. La respuesta sexual muy buena fue del 30,9% antes del embarazo y durante este disminuyó a 24,9%, siendo más frecuente la mala con 25,6%. Hubo cambio significativo en todas las variables de respuesta sexual durante el embarazo ($p < 0,05$) y existe asociación con la edad gestacional, consumo de tabaco y drogas ilícitas, planificación del embarazo.

Conclusiones: La respuesta sexual de la embarazada se ve alterada por el embarazo, disminuyendo a medida que avanza el mismo hasta el tercer trimestre.

Palabras clave: Embarazo. Actividad sexual. Respuesta sexual. Función sexual.



Abstract:

Background: Alterations in the sexual response during pregnancy are quite frequent and an association with different factors has been observed.

Objective: To determine the frequency and associated factors of alterations in the sexual response during pregnancy in women who attend the Gynecology service of the Carlos Elizalde Health Center, in the city of Cuenca during the year 2021.

Methodological design: Observational, analytical and cross-sectional study. The sample was 285 pregnant women. Sexual response was measured with the Pregnancy Sexual Response Inventory (PSRI). Data analysis was performed in SPSS v.25 software; descriptive statistics were presented in frequencies and percentages; the association was analyzed by means of a chi-square significant for 0.05; the results were presented in tables and graphs.

Results: 76.5% are between 20 and 34 years old; 76.5% are married or are in a stable free union; 61.4% are high school graduates; 90.2% are Catholic; 61.8% do not work; 81.4% of their partners are between 18 and 35 years old. The very good sexual response was 30.9% before pregnancy and during this it decreased to 24.9%, the poor being more frequent with 25.6%. There was a significant change in all sexual response variables during pregnancy ($p < 0.05$) and there is an association with gestational age, tobacco and illicit drug use, pregnancy planning.

Conclusions: The sexual response of the pregnant woman is altered by pregnancy, decreasing as it progresses until the third trimester.

Keywords: Pregnancy. Sexual activity. Sexual response. Sexual function.



Índice

| | |
|---|----|
| ÍNDICE ----- | 4 |
| I. INTRODUCCIÓN ----- | 15 |
| II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA ----- | 17 |
| III. JUSTIFICACIÓN ----- | 19 |
| IV. FUNDAMENTO TEÓRICO ----- | 20 |
| 4.1. Definición de sexualidad ----- | 20 |
| 4.2. Salud sexual y salud reproductiva ----- | 20 |
| 4.3. Respuesta sexual ----- | 20 |
| 4.4. Creencias, tabúes y cultura sobre el embarazo ----- | 20 |
| 4.5. Función y respuesta sexual femenina ----- | 22 |
| 4.6. Cambios en la respuesta sexual durante el embarazo ----- | 24 |
| 4.6.1. Respuesta sexual en el embarazo: comparación respecto al estado previo | 24 |
| 4.7. Edad materna de bajo riesgo ----- | 26 |
| 4.8. Cambios durante el embarazo ----- | 26 |
| 4.9. Sexualidad en pareja durante el embarazo ----- | 27 |
| 4.10. Comportamiento sexual de los varones durante el embarazo ----- | 27 |
| 4.11. Medición de la respuesta sexual ----- | 28 |
| 4.12. Factores asociados con la respuesta sexual durante el embarazo ----- | 29 |
| 4.12.1. Consumo de tabaco durante el embarazo ----- | 29 |
| 4.12.2. Consumo de alcohol durante el embarazo ----- | 30 |
| 4.12.3. Consumo de drogas ilícitas durante el embarazo ----- | 30 |
| 4.13. Antecedentes ----- | 31 |
| V. OBJETIVOS E HIPÓTESIS ----- | 33 |
| 5.1. Objetivo general ----- | 33 |
| 5.2. Objetivos específicos ----- | 33 |
| 5.3. Hipótesis ----- | 33 |
| VI. DISEÑO METODOLÓGICO ----- | 34 |
| 6.1. Tipo de estudio y diseño general ----- | 34 |



| | |
|---|----|
| 6.2. Variables----- | 34 |
| 6.3. Área de estudio ----- | 35 |
| 6.4. Universo y muestra ----- | 35 |
| 6.5. Método, técnicas e instrumentos para la recolección de la información----- | 36 |
| 6.6. Procedimiento----- | 37 |
| 6.7. Plan de tabulación y análisis.----- | 38 |
| 6.8. Aspectos éticos ----- | 38 |
| VII. RESULTADOS ----- | 41 |
| Análisis de las variables sociodemográficas ----- | 41 |
| Análisis de variables obstétricas ----- | 42 |
| Análisis de hábitos ----- | 43 |
| Características de la respuesta sexual antes y durante el embarazo según factores asociados | 44 |
| Características de la respuesta sexual antes y durante los diferentes trimestres del embarazo | 49 |
| VIII. DISCUSIÓN----- | 50 |
| IX. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES ----- | 54 |
| Conclusiones----- | 54 |
| Recomendaciones ----- | 55 |
| X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS----- | 56 |
| XI. ANEXOS ----- | 62 |
| 12.1. Anexo N° 1. Operacionalización de variables ----- | 62 |
| 12.2. Anexo N° 2. Formulario de recolección de datos ----- | 66 |
| 12.3. Anexo N° 3. Cálculo de indicadores del Inventario de Respuesta Sexual de Embarazadas | 69 |
| 12.4. Anexo N° 4. Consentimiento informado----- | 70 |



Índice de Tablas

| | |
|---|----|
| Tabla 1. Comparación entre las fases de la respuesta sexual antes y durante el embarazo | 25 |
| Tabla 2. Distribución de las 285 pacientes embarazadas según edad materna, edad de la pareja, estado civil, nivel de educación, religión y tenencia de trabajo. Centro de Salud Carlos Elizalde, Cuenca - Ecuador, 2021. | 41 |
| Tabla 3. Distribución de las 285 pacientes embarazadas según número de hijos, trimestre del embarazo y planificación del embarazo actual. Centro de Salud Carlos Elizalde, Cuenca - Ecuador, 2021. | 42 |
| Tabla 4. Distribución de las 285 pacientes embarazadas según hábitos: fumar, consumo de alcohol y consumo de drogas ilícitas. Centro de Salud Carlos Elizalde, Cuenca - Ecuador, 2021. . | 43 |
| Tabla 5. Distribución de las 285 pacientes embarazadas según uso de preservativos con su pareja. Centro de Salud Carlos Elizalde, Cuenca - Ecuador, 2021..... | 43 |
| Tabla 6. Distribución de las 285 pacientes embarazadas por respuesta sexual antes y durante el embarazo. Centro de Salud Carlos Elizalde, Cuenca - Ecuador, 2021..... | 44 |
| Tabla 7. Distribución de las 285 pacientes embarazadas por respuesta sexual antes y durante el embarazo según edad gestacional, número de hijos, consumo de tabaco, consumo de alcohol, consumo de drogas ilícitas, planificación del embarazo y uso de preservativo. Centro de Salud Carlos Elizalde, Cuenca - Ecuador, 2021. | 46 |
| Tabla 8. Distribución de las 285 pacientes embarazadas por niveles de la medición compuesta de la respuesta sexual según los momentos antes y durante el embarazo. Centro de Salud Carlos Elizalde, Cuenca - Ecuador, 2021. | 48 |
| Tabla 9. Distribución de las 285 pacientes embarazadas por niveles de la medición compuesta de la respuesta sexual según los momentos antes y durante el embarazo y asociación estadística. Centro de Salud Carlos Elizalde, Cuenca - Ecuador, 2021..... | 48 |
| Tabla 10. Características de la respuesta durante los diferentes trimestres del embarazo. Centro de Salud Carlos Elizalde, Cuenca - Ecuador, 2021..... | 49 |
| Tabla 11. Operacionalización de variables | 62 |



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio
Institucional

Yo, Darío Alexander Matute Núñez, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS DE ALTERACIONES EN LA RESPUESTA SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO EN MUJERES ADSCRITAS AL CENTRO DE SALUD CARLOS ELIZALDE. CUENCA – ECUADOR, 2021", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 27 de octubre de 2021

f) 
Darío Alexander Matute Núñez
C.I: 0105674139



Cláusula de Propiedad Intelectual

Yo, Darío Alexander Matute Núñez, autor del trabajo de titulación "FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS DE ALTERACIONES EN LA RESPUESTA SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO EN MUJERES ADSCRITAS AL CENTRO DE SALUD CARLOS ELIZALDE. CUENCA - ECUADOR, 2021", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 27 de octubre de 2021

.....
Darío Alexander Matute Núñez
C.I: 0105674139



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio
Institucional

Yo, Paúl Fabricio Brito Mogrovejo, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS DE ALTERACIONES EN LA RESPUESTA SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO EN MUJERES ADSCRITAS AL CENTRO DE SALUD CARLOS ELIZALDE. CUENCA – ECUADOR, 2021", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 27 de octubre de 2021

ñ 
Paúl Fabricio Brito Mogrovejo
C.I: 0104842448



Cláusula de Propiedad Intelectual

Yo, Paúl Fabricio Brito Mogrovejo, autor del trabajo de titulación "FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS DE ALTERACIONES EN LA RESPUESTA SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO EN MUJERES ADSCRITAS AL CENTRO DE SALUD CARLOS ELIZALDE. CUENCA – ECUADOR, 2021", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 27 de octubre de 2021

Paúl Fabricio Brito Mogrovejo
C.I: 0104842448



AGRADECIMIENTO

El camino ha sido largo, lleno de altos y bajos, difícil, pero siempre he tenido a mi lado a las personas indicadas para poder lograrlo.

Agradezco a Dios por ponerme en este camino, por darme vida y sabiduría para cumplir la primera meta de las muchas que vendrán, siempre, caminando de su mano.

A mis padres por ser siempre el pilar fundamental de mi vida, porque siempre estuvieron, están y estarán incondicionalmente, por todo el apoyo y el amor que me han brindado cada día de este proceso, por haberme educado con valores y principios que a día de hoy hacen de mí, una persona de bien y sobre todo por nunca dejarme desmayar en este duro camino. Infinitas gracias por cada desayuno, por cada palabra de aliento, por las malas noches, o simplemente por ese abrazo que me reconstruía y me alentaba a seguir. Nunca me alcanzará la vida para devolverles todo lo que han hecho por mí.

A mis hermanos que han estado en los días más difíciles, que de una u otra forma han sido mi sostén y siempre he encontrado en ellos, una mano amiga e incondicional, por ser ese gran apoyo y por ser el motivo por el cual me esfuerzo cada día para ser un buen ejemplo, porque siguen mis pasos, y aunque sé que lo he hecho bien, para mí será un orgullo y un privilegio verlos volar más alto.

A mi gran amigo y hermano Darío, por la amistad sincera e incondicional, por la paciencia, las enseñanzas y el tiempo compartido.

A mis amigos y familiares que estuvieron durante este proceso y que, con sus consejos, con su tiempo y con sus palabras de apoyo, ponían en mí un granito de arena para cumplir con este objetivo.

A nuestra directora de tesis, doctora Diana Vanegas, por el tiempo y el conocimiento brindado durante la elaboración de este trabajo.

Finalmente, a la Facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca por abrirme sus puertas y a cada docente que dejó huella en mi vida, tanto por el conocimiento científico compartido como por los valores humanísticos que han dejado en mí.

Cuenca, octubre de 2021

Paúl Fabricio Brito Mogrovejo



AGRADECIMIENTO

A Dios por la oportunidad de despertar cada día con un propósito.

A mi alma máter, mi querida Universidad de Cuenca, por permitirme desarrollar mis habilidades y conocimientos, así como un amor profundo por mi carrera, por brindarme el ambiente adecuado para convertirme en un profesional competente y orgulloso de donde me formé.

A todos mis maestros y quienes fueron parte de mi formación académica, me llevo grandes enseñanzas y aprendizajes, que de seguro me serán de mucha utilidad en mi ejercicio profesional.

Y a mi directora de tesis, doctora Diana Vanegas, por su enorme ayuda, por hacer posible el proyecto y por guiarme en este proceso, dedicando su tiempo y conocimiento al desarrollo del mismo.

Cuenca, octubre de 2021

Darío Alexander Matute Núñez



DEDICATORIA

A Dios por guiar cada paso que doy, es el pilar fundamental de lo que he logrado y lograré en mi vida. Toda la gloria es para él.

A mis padres, Ruth y Paúl que después de Dios, son los responsables, artífices y mi fuente de inspiración para lograr mis objetivos. Todo esto, es suyo.

A mis hermanos Nico y Pame, mis pequeños, gracias a los cuales me siento tan fuerte y en quienes encuentro fortaleza y un motivo enorme para crecer como persona y profesional.

A mis abuelos, en especial Braulio e Irene, que me guían desde el cielo y que sé, que, aunque no estén a mi lado físicamente, estarán orgullosos de mí, con el corazón y el pecho llenos de orgullo.

Por último, a todas las personas que, aunque no cite sus nombres, han creído y creen en mí, gracias, no los defraudaré.

Cuenca, octubre de 2021

Paúl Fabricio Brito Mogrovejo



DEDICATORIA

A mis padres, por forjarme como el hombre que soy hoy en día, por guiarme y encaminarme siempre dentro de lo correcto, por inculcarme el valor del trabajo y el sacrificio, por enseñarme que la honestidad y honorabilidad me llevarán hacia donde quiero, es a ustedes a quienes debo todo cuanto soy y cuanto llegaré a ser, en mí vive y vivirá siempre el reflejo de su calidad como personas.

A mis hermanos, familia y amigos, por no dejarme desmayar, por cada risa y alegría que me brindan a diario, por ser gestores de mi entusiasmo por vivir y seguir adelante.

A mi compañero de tesis, por su amistad e incondicionalidad, por trabajar codo a codo conmigo desde que recuerdo.

Todo esto es posible gracias a ustedes.

Cuenca, octubre de 2021

Darío Alexander Matute Núñez



I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la sexualidad como el resultado de la interacción de múltiples factores biológicos, psicológicos, socioculturales y éticos que median la vivencia del sexo, el placer, la intimidad, la reproducción, la identidad de género y la orientación sexual, así como, sobre el bienestar multidimensional de las personas y las diferentes maneras en cómo estas experimentan y expresan la sexualidad como seres sexuados por naturaleza (1). A su vez, la respuesta sexual se define como el conjunto de procesos y cambios psicológicos, fisiológicos y neurohormonales que involucran a la totalidad del organismo y median la actividad sexual provocando percepciones físicas y sensoriales generalmente placenteras (2).

El embarazo es un período que no solo se caracteriza por cambios físicos y emocionales, sino especialmente por un cambio en las interacciones sociales; esto incluye la relación de pareja, que puede afectar su vida sexual de manera significativa. Durante esta fase de transición, se requiere equilibrio y maleabilidad de la pareja: también puede ser un momento emocionante para desarrollar una nueva perspectiva sobre la sexualidad. La vida sexual de una pareja durante el embarazo puede mejorar o experimentar cambios que impactan negativamente la salud física y psicológica (3).

Según Kiemtorè et al.(4), el coito durante el embarazo tiene muchas ventajas: armonía en la pareja, buen resultado del embarazo y el parto; en tanto que, la práctica sexual durante el embarazo está fuertemente influenciada por creencias, culturas y religiones. No obstante, el proceso de construcción de la maternidad implica mucha ansiedad y miedos primarios, como dudas sobre el parto, sobre la capacidad de generar un bebé sano y sobre las nuevas relaciones con la llegada de un nuevo miembro a la familia; además de este proceso, aún existen adaptaciones al nuevo cuerpo, y el malestar físico y el cansancio que, combinados con factores culturales, pueden influir en la vida sexual de la pareja (5).

El trabajo de investigación que se llevará a cabo tiene como objetivo estimar la frecuencia de alteraciones en la respuesta sexual durante el embarazo y sus factores asociados en mujeres que acuden al servicio de Ginecología del Centro de Salud Carlos Elizalde, en la ciudad de Cuenca, durante el año 2021. Para cumplir con dicho objetivo se realizará la revisión de los aspectos teóricos relacionados con la respuesta sexual de la mujer durante el embarazo; se recopilarán los datos y se procesarán, para determinar estadísticamente si hay cambios en la respuesta sexual cuando incrementa la edad gestacional. Se revisarán las investigaciones relacionadas con el problema de investigación, las cuales hayan sido publicadas durante los últimos 5 años, es decir, en el período 2016–2021, para lo cual se revisarán las publicaciones en



revistas indexadas, tales como Scielo, Medigraphic, Redalyc y otras similares; además, las búsquedas se realizarán a través de los buscadores de estos repositorios.

Los resultados se procesarán y mostrarán en tablas de frecuencias y porcentajes; posteriormente, se hará una discusión de los resultados y se compararán con otras investigaciones que tocan la misma temática.



II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La disfunción sexual es un importante problema de salud pública que es más común entre las mujeres que entre los hombres; aun así, la disfunción sexual femenina y los factores que influyen en ella, aún no se han investigado completamente, por lo que existen todavía muchas lagunas en el conocimiento sobre este aspecto (6). La disfunción sexual se refiere a una cadena de experiencias psiquiátricas, individuales y de pareja que se manifiesta como una disfunción en el deseo sexual, la excitación sexual, el orgasmo y el dolor durante el coito (7).

La respuesta sexual humana se realiza en un proceso armónico. En términos de normalidad y para su sistematización, se separa en etapas; las cuales no tienen un patrón, duración o cronología estrictamente determinados y, por ende, son susceptibles al cambio, por lo que puede entenderse que existan variaciones previsibles o no, de acuerdo a la situación individual de cada sujeto. El embarazo es una de esas variaciones que, aunque se espera transcurra de forma regular, puede acontecer con algunos cambios asociados al proceso. De hecho, durante la gestación existe un período temporal en el que el cuerpo de la mujer atraviesa por modificaciones biopsicosociales y hormonales profundas, por lo que es de suponer que esto puede conducir a la aparición de complicaciones y alteraciones en la respuesta sexual (8).

El embarazo es uno de los períodos más críticos en la vida de una mujer, puesto que implica cambios físicos y psicológicos que afectan su comportamiento, incluyendo su vida sexual (9). Se ha demostrado que los problemas sexuales durante el embarazo y después del parto son particularmente pronunciados en mujeres deprimidas; por ejemplo, la sintomatología depresiva durante el embarazo se ha asociado con un menor funcionamiento sexual, deseo, excitación, lubricación, orgasmo y satisfacción y más dolor durante el coito (10).

Según una revisión sistemática brasileña, realizada por Wolpe et al.(11) la prevalencia de disfunción sexual durante el embarazo osciló entre el 38,9% y el 73,3%, según el trimestre del embarazo. Esto permite construir una idea acerca de la intensidad del problema; los cambios en la respuesta sexual de la mujer a lo largo del embarazo pueden afectar su estado emocional y su relación de pareja, generándose un círculo vicioso que puede transformarse en irritabilidad emocional, depresión y roces interpersonales.

En el contexto local no ha sido abordada esta problemática; después de indagar al respecto, en el entorno de alcance del Centro de Salud Carlos Elizalde, en la ciudad de Cuenca no se han desarrollado estudios acerca de las alteraciones en la respuesta sexual de las mujeres embarazadas.



Con base en lo planteado anteriormente, la investigación se fundamenta en la siguiente pregunta: ¿cuál es la prevalencia de las alteraciones en la respuesta sexual de la mujer durante el embarazo según el Inventario de Respuesta Sexual en el Embarazo (PSRI) y cuáles son los factores asociados en mujeres que acuden al servicio de Ginecología del Centro de Salud Carlos Elizalde, en la ciudad de Cuenca durante el año 2021?



III. JUSTIFICACIÓN

El deseo sexual tiene un origen bio-fisiológico claro, con una estructura anatómico-neuroendocrina bastante perfilada. El embarazo provoca una multitud de cambios físicos y psicológicos en las mujeres y cambios psicológicos en sus parejas. Por lo que, es importante identificar las alteraciones en la respuesta sexual de la mujer embarazada.

El estudio contribuirá a la ampliación de conocimientos respecto a los cambios en la respuesta sexual de las mujeres embarazadas, a la vez que permitirá realizar la comparación de los resultados que se obtengan, con estudios similares.

El trabajo de investigación que se plantea representa una actualización y ampliación del conocimiento relacionado con la problemática, puesto que en la localidad no se encuentran estudios similares. Además, el estudio se enmarca dentro de las áreas prioritarias de investigación del Ministerio de Salud Pública (MSP) 2013–2017, ubicándose en la séptima área de investigación del MSP, salud materna, específicamente en lo relacionado con la salud sexual y reproductiva; por otra parte, el estudio se enmarca en el área de ciencias de la salud dentro de las líneas de investigación de la Universidad de Cuenca.

El trabajo tiene utilidad metodológica y científica, ya que pueden realizarse futuras investigaciones con desarrollo sistemático similar con lo que se posibilitará y facilitará los análisis conjuntos, comparaciones en periodos temporales concretos, particularmente porque se utilizará un instrumento ya probado en diversos estudios, en los cuales se ha comprobado su validez; mientras que, por otro lado, la investigación es viable, puesto que se dispone de los recursos necesarios para llevarla a cabo.

Los resultados del estudio serán publicados en el repositorio electrónico de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, con lo que se facilitará el acceso a todas las personas que presenten interés y les resulte de utilidad el estudio.



IV. FUNDAMENTO TEÓRICO

4.1. Definición de sexualidad

La sexualidad es una dimensión fundamental en el desarrollo del ser humano y se expresa o experimenta en cualquier forma de pensamiento, sentimiento o accionar, como gestora de toda construcción interpersonal o social de las personas (12). Según la OMS la sexualidad se define como "... un aspecto central del ser humano a lo largo de la vida que abarca el sexo, las identidades y roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción" (13).

4.2. Salud sexual y salud reproductiva

Según la OMS salud sexual se define como "... un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia" (14).

En tanto que, la salud reproductiva según la OMS aborda los mecanismos de la procreación y el funcionamiento del aparato reproductor en todas las etapas de la vida y se define como "...la posibilidad de tener una sexualidad responsable, satisfactoria y segura, así como la libertad de tener hijos si y cuando se desee" (14).

4.3. Respuesta sexual

La actividad sexual es importante para la salud y el bienestar general de una persona; por otra parte, la disfunción sexual tiene efectos negativos en las relaciones interpersonales y sociales, y en el bienestar y la calidad de vida de las mujeres (15).

La respuesta sexual se define como el conjunto de procesos y cambios psicológicos, fisiológicos y neurohormonales que involucran a la totalidad del organismo y median la actividad sexual provocando percepciones físicas y sensoriales generalmente placenteras (16).

Los cambios fisiológicos durante el embarazo afectan el medio hormonal del cuerpo, así como los deseos, respuestas y prácticas sexuales de la mujer. Por lo general, el interés sexual de las mujeres y la frecuencia del coito disminuyen en el primer trimestre del embarazo, muestran patrones variables en el segundo trimestre y disminuyen drásticamente en el tercer trimestre (17).

4.4. Creencias, tabúes y cultura sobre el embarazo

Históricamente la actividad sexual durante el embarazo ha sido considerada como un tema rodeado de numerosos tabúes, a menudo movidos por las creencias, la falta de conocimiento,



los prejuicios culturales, personales y religiosos, que de hecho se han convertido en limitaciones e impedimentos importantes sobre la sexualidad femenina en este período; sobre todo porque, de una u otra forma provocan conflictos a la hora en la que las mujeres expresan sus preocupaciones y dudas sobre el tema, sea con su pareja o con profesionales de salud lo cual compromete la libertad sexual y consigo el goce y satisfacción sexual de la embarazada. Todo esto hace que incluso, si la respuesta sexual femenina se entienda de mejor manera, las experiencias subjetivas, limitadas de una u otra manera, sigan siendo un asunto privado de la mujer y de lo cual poco se habla (18).

Aún hoy en día se mantiene vigente el mito de que las mujeres no sienten deseos sexuales durante el embarazo. El embarazo suele considerarse como un período inmaculado y de beatitud en el que se conceden a la mujer todos los deseos que tengan que ver únicamente con el embarazo, ensimismadas en la labor de la gestación, no pueden interesarse en nada más. Por ello si quienes las rodean, y especialmente si sus parejas idealizan que el embarazo es un período asexuado para ellas, tendrán que reprimir sus deseos sexuales por lo que el embarazo podría convertirse en un largo período de desierto sexual (19).

Algunos hallazgos antropológicos sobre la sexualidad en la mujer embarazada demuestran la gran variedad de prácticas respecto al tema, en las que se evidencia el hecho de que existen varias civilizaciones, como los Chukchees (un poblado del extremo nororiental de Siberia) y los Azandas (del centro-norte de África), que fomentan la actividad sexual en el embarazo puesto que, debido a sus creencias, imaginan al embrión como algo líquido que debe ser solidificado y nutrido por el esperma (19).

Se ha visto que en grupos primitivos de algunas zonas del trópico en América del Sur, existen prácticas denominadas por los antropólogos como *couvade*; que se refiere al hecho de que el hombre comparte con la pareja embarazada todo lo que concierne al embarazo a lo largo del progreso del mismo, así como las limitaciones, prohibiciones y rituales impuestos por sus culturas y su religión, a tal punto que se abstienen de comer determinados alimentos, de usar ciertos implementos domésticos e incluso de participar en actividades sociales que excluyen a la gestante. El hombre juega un papel fundamental en el embarazo, ya que estas prácticas se mantienen incluso en el momento del parto y se extienden al puerperio, en donde todos los cuidados son provistos por el hombre, con lo que esta actividad es una forma de reafirmación de la masculinidad ante el resto de la tribu (19).

En contraposición a lo anterior, existen tribus que prohíben la actividad sexual por temor a que el esperma deje cegado o herido permanentemente al embrión, también algunos pueblos primitivos que obligan al despojo del acto sexual con especial importancia durante el último mes



de gestación, sobre la creencia de que podría matar al producto de la concepción o causar parto prematuro, esta última observación resulta interesante ya que es una preocupación que aún persiste en las sociedades modernas (19).

4.5. Función y respuesta sexual femenina

La función y respuesta sexual femenina son difíciles de definir, ya que no existe una respuesta uniforme, común o previsible, sino una variada gama de lo que puede considerarse como normal. El papel de los factores psicobiológicos, socioculturales y personales es determinante en la función sexual femenina, pero aún es indeterminado cuál es el factor más influyente (20).

La comprensión actual y más reciente de la función sexual femenina se apoya en tres modelos de función sexual femenina, que son los más relevantes: el modelo lineal de Masters y Johnson que se basa más en los procesos fisiológicos, que son: la excitación, meseta, orgasmo y resolución; que posteriormente, al ser modificado por Kaplan, incluyó y antepuso la variable del deseo que incluye aspectos emocionales y psicosociales, y resumió las variables de meseta y resolución; y por último, el modelo más actual y global de Basson, quien incluyó dentro de un proceso cíclico otras variables emocionales a más del deseo, como la satisfacción sexual, la intimidad y el bienestar (20).

El modelo lineal de Masters y Johnson explica 4 estadios secuenciales que son: excitación, meseta, orgasmo y resolución, como se presenta a continuación (21):

- En la fase de excitación que dura de algunos minutos a varias horas se produce un aumento del tono muscular, de la frecuencia cardíaca, y se da lugar al aumento de los órganos genitales debido a la vasocongestión generada y también a la lubricación vaginal.
- En la fase de meseta, que se mantiene hasta el orgasmo, los cambios previos se intensifican.
- Durante el orgasmo se produce una repentina liberación de la tensión nerviosa acompañada de contracciones musculares involuntarias, como las esfinterianas y uterinas, se eleva la tensión arterial y la frecuencia tanto cardíaca como respiratoria.
- Finalmente, en la fase de resolución, el cuerpo vuelve a su estado basal acompañado de una sensación global de bienestar.

Según Pichucho Muñoz y Suquillo Yáñez (22), el modelo tricíclico de Kaplan resume el modelo anterior en tres fases a las que se incorpora el deseo a más de la excitación y orgasmo.



- La primera fase, el deseo, es definida como las sensaciones o impulsos que mueven al individuo a buscar experiencias sexuales o prestarse a ellas.
- La fase de excitación engloba las fases de excitación y meseta del modelo de Masters y Johnson e integra dos subfases: la de lubricación y la plataforma orgásmica.
- Por último, la fase orgásmica la describe como un reflejo genital controlado por centros neuronales espinales.

Por último, el modelo cíclico de funcionamiento sexual de Basson reconoce que las mujeres pueden iniciar o responder a los estímulos sexuales no solo por la excitación sino por muchas otras razones que pueden o no estar orientadas a objetivos. El modelo muestra muchos puntos de entrada al ciclo de respuesta sexual femenina que a menudo se superponen (20).

Una mujer puede iniciar o aceptar el inicio de la actividad sexual por un factor de motivación personal o por deseo espontáneo que luego pueden verse reforzados por estímulos sexuales, respuestas biológicas y posiciones psicológicas. El punto importante en el modelo cíclico de Basson, es que el deseo no siempre precede a la excitación y tampoco es el único razonamiento de la mujer para acceder a la actividad sexual (20).

También se incluye a la excitación subjetiva en el desarrollo del ciclo, que dirige al aumento del deseo seguido de satisfacción sexual que la mujer experimenta como orgasmo o recompensas no físicas, que a su vez provoca una excitación subjetiva que facilita la capacidad de respuesta femenina a los estímulos sexuales, lo que promueve la excitación y/o el orgasmo (20).

Las experiencias sexuales positivas previas en la mujer, así como su relación en pareja, su autocomprensión y autoconocimiento, facilitan el ciclo de respuesta sexual y permiten que un estado de neutralidad sexual quede detenido como tal o pase a la motivación sexual, el deseo, la excitación y la satisfacción. El contexto en el que ocurre el comportamiento sexual de la mujer ayuda a determinar si buscará actividad sexual, será receptiva a ella o se verá subjetivamente satisfecha. El funcionamiento sexual de una mujer, por lo tanto, no es lineal (20).

El modelo cíclico de Basson es útil para los médicos porque ayuda a representar el funcionamiento sexual multifacético de las mujeres y también muestra áreas donde puede haber un problema que afecta la función sexual. Su importancia en la comprensión actual de la respuesta sexual femenina se debe a la inclusión de variables emocionales y psicosociales como el deseo y la satisfacción sexual que permite englobar casi en su totalidad el funcionamiento sexual de la mujer.



4.6. Cambios en la respuesta sexual durante el embarazo

El embarazo es una fase fisiológica de la vida de una mujer, en la que se observan cambios significativos, como niveles elevados de prolactina, estrógeno y progesterona, modificaciones de la piel, aumento del volumen cardíaco, reducción de la actividad intestinal, así como agrandamiento del abdomen y las mamas (3).

Con el embarazo, el cuerpo de la mujer inicia una serie de cambios fisiológicos que la afecta de diferentes maneras y varían de una mujer a otra, no solamente en la esfera de la sexualidad, sino también en su estado de ánimo, con la consiguiente repercusión sobre el deseo, disposición sexual y vivencia de la sexualidad en pareja (19).

Durante el primer trimestre del embarazo las mujeres que experimentan náuseas y vómitos tienen una disminución de su interés por la actividad sexual y una reducción marcada de la frecuencia, mientras que, en contraposición, otras mujeres presentan un aumento de la libido por lo que se observa una importante variación en los modelos de conducta y capacidad de respuesta sexual entre una mujer y otra (19).

Los cambios corporales pueden hacer dolorosa la estimulación y por tanto la iniciación de la actividad sexual, un ejemplo bastante frecuente es la vaso-congestión mamaria en la que se produce un aumento de la turgencia y la sensibilidad a medida que avanza la gestación. Este problema se hace aún más evidente durante el acto sexual desde los primeros meses debido a la mayor afluencia de sangre a las áreas de por sí, ya congestionadas (19).

Existe también una disminución en la actividad sexual en el tercer trimestre respecto al segundo, algunas mujeres reportan también que consideraban que, la dificultad por adoptar posiciones cómodas para las relaciones sexuales debido al aumento progresivo del tamaño del vientre o por indicación médica, influyen también en la disminución de la frecuencia con la que tenían relaciones sexuales (19).

4.6.1. Respuesta sexual en el embarazo: comparación respecto al estado previo

Es necesario describir los cambios que se producen respecto a la respuesta sexual femenina durante el embarazo a diferencia del estado previo. La respuesta sexual de la mujer es una función compleja que se potencia con el embarazo debido a los efectos del mismo sobre la contractilidad y la perfusión vascular del aparato reproductor, si bien existen otros cambios que ocurren en la respuesta sexual, se los puede agrupar sistemáticamente en cinco fases, juntando el modelo de Masters & Johnson con el de Kaplan, y que son: deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución. Cada una de estas se caracteriza por cambios sistémicos específicos, así como cambios



en las mamas, los genitales externos e internos y la vagina (23). Los cambios se pueden resumir de la siguiente manera:

Tabla 1. Comparación entre las fases de la respuesta sexual antes y durante el embarazo

| Fases | Estado previo al embarazo | Embarazo |
|-------------------|---|---|
| Deseo | La excitabilidad neurofisiológica, las cogniciones, los sentimientos y las sensaciones conducen al impulso o deseo sexual, de manera que se origina la apetencia o necesidad de buscar placer sexual (24,25). | El deseo sexual suele aumentar en los primeros estadios, para posteriormente disminuir en fases más avanzadas del embarazo (26). |
| Excitación | Aumento del aporte sanguíneo a los órganos genitales, debido a la vasodilatación. Se produce la erección del clítoris, vasocongestión de la vagina y el conjunto de la pirámide vulvar. Ello determina el aumento de tamaño y dilatación de la vulva, así como la lubricación vaginal. | A la vasocongestión típica de esta fase se suma la producida por el embarazo, aumentando notablemente, al igual que la lubricación (27). |
| Meseta | Se mantienen e incrementan los niveles de excitación sexual dependiendo del estado previo, lo que predispone a la persona para el orgasmo (24). | La vasocongestión de la porción externa de la vagina y la reducción de la abertura vaginal se vuelven más pronunciadas en esta fase a medida que avanza la gestación, incluso dificultando la penetración (28). |
| Orgasmo | Contracciones intermitentes de la musculatura lisa de los órganos genitales como de la esquelética. Se produce la contracción rítmica (8-12 veces) de los músculos estriados del suelo de la pelvis, que provoca estrechamiento intermitentemente de las paredes de la porción más externa de la vagina (29). | Las contracciones pelvianas y musculares lisas características de los órganos genitales pueden ser experimentadas con mayor intensidad provocando espasmos dolorosos y temor al aborto (27,28). |
| Resolución | La fase de resolución consiste en el retorno a los valores funcionales iniciales, con reducción de la vasocongestión pélvica y relajación muscular. Se acompaña de un “período refractario”, durante el que es difícil inducir una nueva respuesta sexual (27). | En esta fase la congestión pelviana disminuye de manera demasiado lenta por lo que provoca molestias e incluso dolor (28). |



4.7. Edad materna de bajo riesgo

La edad materna ha sido considerada como un factor de riesgo para el desarrollo del embarazo. Las intervenciones obstétricas, incluido el parto por cesárea, la inducción del trabajo de parto y el parto instrumental, se han relacionado cada vez más con la edad materna avanzada (30).

En cuanto a la edad materna en riesgo, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) ha establecido que el grupo de edad de 35 años y más, así como las adolescentes hasta los 19 años constituyen un grupo de alto riesgo para el embarazo y el parto. Se trata de edades importantes porque están asociadas a patologías perinatales como la restricción del crecimiento intrauterino, la prematuridad y el bajo peso al nacer (31). Por otra parte, según el documento de Clasificación de Riesgo Obstétrico emitido por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, el grupo de edad de bajo riesgo obstétrico está definido por el intervalo de los 20 a 34 años (32). Por lo tanto, los grupos de edad materna de interés para los análisis relacionados con el embarazo y el parto son:

- Grupo de edad de bajo riesgo:
 - Edad entre los 20 y 34 años, ambos inclusive.
- Grupo de edad de alto riesgo:
 - Menores de 20 años (edad \leq 19 años)
 - Mayores de 34 años (edad \geq 35 años).

4.8. Cambios durante el embarazo

El embarazo es un período único en la vida de una mujer, que se caracteriza por complejos cambios fisiológicos y hormonales; es una condición normal y, al mismo tiempo, el estado fisiológico alterado más común al que los seres humanos están sujetos a cambios. Los cambios fisiológicos comienzan después de la concepción y afectan todos los sistemas de órganos del cuerpo, y también ayudan a las mujeres a adaptarse al estado de embarazo y ayudar al crecimiento fetal. Muchas de estas alteraciones afectan significativamente la farmacocinética (absorción, distribución, metabolismo y eliminación) y propiedades fármaco-dinámicas de diferentes agentes terapéuticos (33).

El embarazo se caracteriza por cambios bioquímicos, funcionales, anatómicos y emocionales que comienzan en una etapa muy temprana y permanecen en su curso. Todos estos cambios interfieren directa o indirectamente, en el comportamiento sexual de las embarazadas, en diferentes niveles y formas. Así, la transición a la paternidad puede entenderse como una fase



de la posible crisis psicosocial y un período crítico en el que la mayoría de las parejas experimentan cambios en su patrón habitual de comportamiento sexual (34).

Según Rahimian et al. (35), en general, las mujeres embarazadas responden de diversas formas a las relaciones sexuales, dado que factores como cambios fisiológicos y anatómicos en una mujer embarazada se relacionan con la tendencia a boicotear las actividades sexuales, sentirse culpable por tener relaciones sexuales durante el embarazo, alteración de la imagen mental del cuerpo, disminución del atractivo para el cónyuge, temor de lastimar al feto, temor infundado de aborto espontáneo y parto prematuro y similares, pueden tener un impacto significativo en la respuesta sexual de una persona y, en consecuencia, en la relación de pareja y pueden poner en grave peligro la salud sexual de la pareja.

4.9. Sexualidad en pareja durante el embarazo

Así como la respuesta sexual en cada embarazada tiene variaciones que van de un polo a otro, sucede lo mismo con la sexualidad en pareja. Mientras en algunas parejas, la sexualidad en este período se ve facilitada por el hecho de que existen algunas modificaciones favorecedoras en la mujer como el aumento en la lubricación vaginal o el estrechamiento del canal vaginal, así como la ausencia de la incomodidad producida por el uso de métodos anticonceptivos de barrera, que mejoran el goce y la satisfacción que obtienen; para otras parejas la actividad sexual se ve dificultada, debido a la manera en cómo experimentan de forma negativa la transformación que el cuerpo de la embarazada atraviesa, favoreciendo a la disminución de la libido, de la imagen erótica y el atractivo sexual de la mujer, y reduciendo el interés sexual mutuo y la predisposición a la actividad sexual. Todo esto que conduce a la ansiedad y la falta de autoconfianza en las parejas y eventualmente interrumpe la salud mental de la familia (7).

Algunas parejas, que mantiene relaciones sexuales durante el embarazo, reportan que en estadios avanzados, la incomodidad física producida por el volumen del vientre femenino, hace necesario modificar las posiciones coitales o abandonar el acto sexual (19).

4.10. Comportamiento sexual de los varones durante el embarazo

Los cambios cruciales que se producen en el embarazo no afectan solo a la mujer gestante, sino también al padre de la futura criatura y, por consiguiente, al desempeño de su actividad sexual. En los estudios sobre las experiencias sexuales de los hombres durante el embarazo de su pareja, la atención se centró principalmente en la actividad sexual durante el período posparto y rara vez durante el embarazo. Los conocimientos actuales sobre la sexualidad durante el embarazo se derivan principalmente de los informes de las mujeres, que en general han demostrado una



actividad sexual reducida durante el embarazo en comparación con los niveles previos al embarazo (36).

Tanto en hombres como en mujeres, la frecuencia de la actividad sexual es uno de los predictores más importantes de la satisfacción sexual; además, los hombres generalmente prefieren y consuman relaciones sexuales con más frecuencia que las mujeres. Debido a que se puede esperar una disminución en la frecuencia sexual durante el embarazo, y especialmente al final del embarazo, parece razonable esperar un efecto negativo resultante en la satisfacción sexual de los hombres durante el embarazo de su pareja (36).

4.11. Medición de la respuesta sexual

Según Cibrián-Llanderal et al. (37), la sexualidad debe ser considerada de forma multidimensional, considerando factores sexuales biológicos, psicológicos, sociales y neurobiológicos. Por ello, la medición de la respuesta sexual ha despertado el interés de los científicos desde hace mucho tiempo.

Se han diseñado instrumentos para medir la respuesta sexual, tanto en hombres como en mujeres; sin embargo, el cuestionario denominado Pregnancy Sexual Response Inventory (PSRI) o Inventario de Respuesta Sexual en el Embarazo, es la única prueba diseñada, estructurada y validada para evaluar específicamente la sexualidad y actividad sexual, así como alteraciones de las mismas durante el embarazo. Este instrumento se desarrolló debido a la falta de acceso a instrumentos validados para estos fines (2).

La estructura del cuestionario consta de 38 ítems distribuidos en dos secciones: la primera sección, relacionada con el inventario, que consiste en 12 aspectos relacionados con la información sociodemográfica de la embarazada; por otra parte, la segunda sección del inventario consta de 26 preguntas asociadas con la actividad y comportamiento sexual, correspondientes con 10 dominios, 8 de estos están relacionados con la respuesta sexual de la mujer y 2 se enfocan en las percepciones de la mujer acerca del interés sexual de sus parejas (5,38).

Rudge et al., citados por Azevedo et al. (5) establecieron el cálculo del puntaje específico para cada dominio y el puntaje compuesto final de los dominios del PSRI versión brasileña, dividiéndolo en cuartiles por respuesta sexual, de la siguiente manera: 0 a 25 equivalente a "muy malo"; 25 a 50 equivalente a "malo"; 50 a 75 equivalente a "bueno"; y de 75 a 100 equivalente a "excelente".



4.12. Factores asociados con la respuesta sexual durante el embarazo

Azevedo et al. (5) refieren que la respuesta sexual durante el embarazo se puede encontrar asociado con diversos factores que influyen en la mujer, así como también en su estado de salud. Los autores indican que algunos estudios apuntan a factores relacionados con la disfunción sexual durante el embarazo, tales como: edad materna, enseñanza, número de niños, planificación del embarazo, imagen corporal, satisfacción con la relación de pareja, consumo de tabaco, alcohol o drogas, así como depresión y ansiedad, entre otros; no obstante, no existe evidencia concluyente de la influencia real de la mayoría de estos factores en la función sexual.

Por su parte, Rahimian et al. (35) indican que factores como los cambios fisiológicos y anatómicos en la mujer embarazada, la tendencia a boicotear las actividades sexuales, sentimiento de culpa por tener relaciones sexuales durante el embarazo, alteración de la imagen mental del cuerpo, disminución del atractivo para el cónyuge, temor de lastimar al feto, temor infundado al aborto espontáneo y parto prematuro, y tras razones similares pueden tener un impacto significativo en la respuesta sexual de la mujer y, en consecuencia, en la relación de pareja y pueden poner en grave peligro la salud sexual de la pareja.

La disfunción sexual tiene una etiología biopsicosocial, es decir, el origen de la disfunción puede provenir de una condición biológica u orgánica, una condición psicológica o una condición asocial; los predictores de disfunción sexual son numerosos y se pueden utilizar varios enfoques para clasificarlos y evaluarlos, entre los cuales destacan el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas (39).

4.12.1. Consumo de tabaco durante el embarazo

El tabaquismo es un problema de salud creciente en todo el mundo y se asocia con comportamientos sociales y aumento del estrés. Un cigarrillo contiene cerca de cuarenta mil compuestos químicos y al menos sesenta de ellos son tóxicos. En las mujeres, el consumo de tabaco se asocia con mala circulación sanguínea, lo cual afecta la lubricación vaginal, provocando sequedad vaginal y limitando la excitación; también, es importante saber que cuando se fuma, puede ser peligroso usar píldoras anticonceptivas que también pueden afectar la circulación sanguínea (40). Fumar durante el embarazo es un área de preocupación dentro de la salud pública porque aumenta el riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer, varios defectos de nacimiento y síndrome de muerte súbita del lactante, así como el comportamiento sexual (41). Por lo tanto, el consumo de tabaco puede afectar seriamente el comportamiento sexual de las mujeres.

Según el estudio de Lugones Botell et al. (42) y el National Cancer Institute de los Estados Unidos (43), la frecuencia del consumo de tabaco se determina por el número de cigarrillos que el fumador consume al día, considerándose moderado o de mediana frecuencia cuando el número



de cigarrillos por día en menor de 10 y de alta frecuencia cuando el consumo es de 10 o más cigarrillos por día. A continuación, se presenta las categorías de frecuencias de consumo de cigarrillo considerados en el presente estudio:

- Sí, con alguna o mucha frecuencia (≥ 10 cigarrillos por día)
- Sí, sólo a veces (1 a 9 cigarrillos por día)
- Nunca

4.12.2. Consumo de alcohol durante el embarazo

El consumo de alcohol se está convirtiendo en un hábito cada vez más común entre las mujeres. La cantidad y el tipo de consumo difieren según los aspectos sociales, económicos y culturales. La prevalencia de la ingesta de alcohol por parte de las mujeres embarazadas varía del 4,5 al 31% en países como los Estados Unidos de América, India y Canadá (44). Por otra parte, se debe considerar que el alcohol consumido durante el embarazo pasa directamente a través de la barrera placentaria causando una amplia gama de síntomas y afecciones, tanto en la mujer como en el feto, cuya gravedad puede variar mucho en grado (45).

El alcohol es un depresor y su uso excesivo puede disminuir el estado de ánimo, disminuir el deseo sexual y dificultar las relaciones en la mujer. No obstante, se ha comprobado también que el consumo de alcohol aumenta el deseo sexual subjetivo, la excitación y el placer de muchas mujeres, aunque reduce la excitación fisiológica (46). En diversos estudios se ha demostrado que existe una correlación significativa entre el consumo de bebidas alcohólicas y la disminución de la función sexual (47).

Según un informe de la OMS, se considera que una frecuencia de consumo moderado de alcohol etílico en las mujeres no debe exceder del equivalente a una copa de vino al día o 5 g/día (48). Con base en esto, se consideraron las siguientes frecuencias de consumo de alcohol en el trabajo de investigación:

- Sí, con alguna o mucha frecuencia (más de 7 copas a la semana)
- Sí, sólo a veces (equivalente a 1 a 7 copas a la semana)
- Nunca

4.12.3. Consumo de drogas ilícitas durante el embarazo

Las drogas ilícitas se definen como sustancias cuya posesión es ilegal, no tienen aplicaciones médicas y pueden ser peligrosas de consumir (49). El consumo de sustancias ilegales en las mujeres embarazadas es considerado como una situación problemática, de creciente preocupación social y sanitaria, ya que impacta negativamente en la salud y el comportamiento social de la mujer (50). En los consumidores de drogas ilícitas, tres áreas de la sexualidad pueden



implicar un problema de salud sexual grave si están deterioradas: funcionamiento sexual, sexo consensuado deseado y conductas sexuales de riesgo (51).

El uso de estimulantes, como cocaína, metanfetaminas, éxtasis y estimulantes recetados, durante el embarazo es cada vez más común. En los Estados Unidos, los estimulantes son la segunda sustancia más utilizada y abusada durante el embarazo; las mujeres embarazadas que usan estimulantes durante el embarazo tienen un mayor riesgo de producir resultados adversos perinatales, neonatales y en la niñez, así como en lo personal, fundamentalmente en sus relaciones sociales lo cual incluye la relación con su pareja (52).

Según Valdés Iglesia et al. (53), el consumo de drogas se ha considerado una epidemia y la prevalencia va en ascenso; además, las drogas ilícitas son de varios tipos y abarcan un amplio espectro según sus efectos. En este sentido, el tipo de droga y la frecuencia de su consumo influirán en menor o mayor grado en la persona afectada (54). De acuerdo con Gryczynsk et al. (55), no existen medidas permitidas para consumir algún tipo de droga ilícita; no obstante, se considera que un consumo moderado o poco frecuente es aquél que no excede de una vez por semana o, a lo sumo, 4 veces al mes. Con ello, se consideraron las siguientes frecuencias de consumo de drogas ilícitas:

- Sí, con alguna o mucha frecuencia (más de 4 veces al mes)
- Sí, sólo a veces (1 a 4 veces al mes)
- Nunca

4.13. Antecedentes

En el año 2018, Cunha et al. (2) realizaron un estudio observacional, transversal y unicéntrico, en el que aplicaron el Inventario de Respuesta Sexual en el Embarazo (PSRI) en una muestra de 244 embarazadas en Botucatu, Brasil. El estudio mostró que la puntuación global PSRI fue de 72,95 antes del embarazo, la cual disminuyó a 43,83 durante el embarazo; además, se encontró que este cambio fue significativo dado que el p-valor fue inferior a 0,05.

En 2019, Azevedo et al. (5) publicaron un estudio acerca de la prevalencia de disfunciones sexuales y sus factores asociados en mujeres embarazadas en una clínica de atención prenatal ambulatoria e un establecimiento de salud en Brasil. El estudio fue descriptivo y transversal; se realizó sobre una muestra de 262 mujeres embarazadas a las cuales se les aplicó el Inventario de Respuesta Sexual en el Embarazo (PSRI). Entre los principales resultados se tiene que el 64,9% de las mujeres presentó una disminución en la frecuencia de la actividad sexual durante el embarazo; un poco más de la mitad (50,8%) estaban satisfechas y el 30,5% de ellas informó que la excitación era excelente o buena. La frecuencia de dificultades o disfunciones sexuales aumentó con el embarazo, pasando del 5,7% al 58,8%, mientras que el 45,8% reportó dolor durante las



relaciones sexuales. La puntuación total del PSRI mostró una disminución significativa desde el período previo al embarazo (puntuación media de 89,8, “excelente”) hasta el período de embarazo (puntuación media de 59,2, “buena”).

Samutri et al. (56), desarrollaron un estudio en Indonesia en el año 2020, en el cual se evaluó el cambio en la respuesta sexual de 78 embarazadas a través de un estudio de tipo transversal con el uso del Inventario de Respuesta Sexual en el Embarazo (PSRI). Se encontró que la mayoría de los encuestados eran multigrávidas (56,4%) por edades comprendidas entre 20 y 30 años (71,8%). El 11,5% presentaba dificultades en el aspecto emocional antes del embarazo, mientras que este valor aumentó al 50,0% para las mujeres que se encontraban en el último trimestre del embarazo. Todos los aspectos de la actividad sexual de la madre durante el embarazo mostraron varios cambios en comparación antes y durante el embarazo; este cambio tiende a ser similar para todos los trimestres, lo que significa que la actividad sexual de la madre durante el embarazo mostró una tendencia a la baja en comparación con antes del embarazo. Se encontró un cambio significativo en la respuesta sexual entre trimestres con un p-valor de 0,039.

Alizadeh et al. (57) desarrollaron una investigación de corte transversal en Irán, en la cual se aplicó el Inventario de Respuesta Sexual en el Embarazo (PSRI) en una muestra de 256 embarazadas. Se encontró que la edad promedio fue de $28,46 \pm 5,12$ años y el 73,4% de las mujeres se dedicaban a los quehaceres del hogar. El valor global del PSRI fue de $73,04 \pm 14,81$ antes del embarazo, pero disminuyó a $46,88 \pm 16,51$ durante el embarazo; no obstante, no se encontró que la diferencia fuera significativa ($p > 0,05$).



V. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

5.1. Objetivo general

Determinar la frecuencia y los factores asociados de alteraciones en la respuesta sexual durante el embarazo en mujeres que acuden a control prenatal y servicio de ginecología del Centro de Salud Carlos Elizalde, en la ciudad de Cuenca durante el año 2021.

5.2. Objetivos específicos

- Caracterizar a la población muestral de acuerdo a variables sociodemográficas: edad materna, edad de la pareja, estado civil, nivel de educación, religión y tenencia de trabajo.
- Describir las características de la respuesta sexual antes y durante el embarazo según factores asociados como la edad gestacional, número de hijos, consumo de tabaco, consumo de alcohol, consumo de drogas ilícitas, planificación del embarazo y uso de preservativo.
- Comparar las características de la respuesta sexual antes y durante los diferentes trimestres del embarazo.

5.3. Hipótesis

La actividad sexual en las mujeres embarazadas disminuye con el embarazo, por lo que las alteraciones en la respuesta sexual son muy frecuentes y se encuentran asociadas a factores como la edad gestacional, número de hijos, consumo de sustancias y planificación familiar; se acentúan con la progresión del embarazo y varían de acuerdo al trimestre de gestación.



VI. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1. Tipo de estudio y diseño general

El estudio llevado a cabo fue de tipo observacional, analítico y transversal.

6.2. Variables

Las variables de estudio fueron las siguientes:

- Variables independientes
 - Edad materna
 - Edad de la pareja
 - Edad gestacional
 - Trimestre del embarazo
 - Estado civil
 - Nivel de educación
 - Religión
 - Trabajo
 - Número de hijos
 - Hábito tabáquico
 - Consumo de alcohol
 - Consumo de drogas ilícitas
 - Planificación del embarazo
 - Uso de preservativo
 - Cambio en la frecuencia de relaciones sexuales
 - Frecuencia de relaciones sexuales
 - Deseo sexual
 - Excitación
 - Orgasmo
 - Placer sexual
 - Dispareunia
 - Iniciación del coito
 - Dificultades sexuales femeninas
 - Satisfacción sexual
 - Dificultades sexuales masculinas



- Variable dependiente
 - Respuesta sexual en el embarazo (puntuaciones PSRI)
- Operacionalización de las variables:

La operacionalización de las variables se presenta en el Anexo 1.

6.3. Área de estudio

El estudio se llevó a cabo en el Centro de Salud Carlos Elizalde del Distrito 01D01 Salud, ubicado en la ciudad de Cuenca - Ecuador, año 2021.

6.4. Universo y muestra

- Universo: estuvo conformado por 1.150 mujeres embarazadas en cualquier trimestre del embarazo adscritas al Centro de Salud Carlos Elizalde, Distrito 01D01 Salud, en el periodo de enero a mayo de 2021.
- Muestra: el número de pacientes que participaron en el estudio se calculó con la fórmula de muestreo para poblaciones finitas, como se muestra a continuación:

$$n = \frac{N \cdot Z_{\alpha/2}^2 \cdot p \cdot q}{e^2 \cdot (N - 1) + Z_{\alpha/2}^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

N = Tamaño del universo = 1.150 pacientes

Z = Valor en la Distribución Normal Estándar según un nivel de confianza; Z = 1,96 para una confianza del 95%

p = Proporción media esperada de la prevalencia; según el estudio de Wolpe et al.(11), p = 0,561 (56,1%)

q = 1 - p → q = 1 - 0,561 = 0,439

e = Error máximo admisible; e = 0,05

$$n = \frac{1.150 \cdot 1,96^2 \cdot (0,561) \cdot (0,439)}{0,05^2 \cdot (1.149) + 1,96^2 \cdot (0,561) \cdot (0,439)}$$

$$n = 285$$

La muestra fue de 285 mujeres embarazadas en cualquier trimestre del embarazo adscritas al Centro de Salud Carlos Elizalde, Distrito 01D01 Salud, en el período de junio a septiembre de 2021. La muestra se seleccionó probabilísticamente a partir del listado de las 1.150 pacientes.

- Criterios de inclusión y exclusión
 - Criterios de inclusión:

- Mujeres con diagnóstico de embarazo confirmado (CIE Z32.1) en cualquier trimestre de gestación, que tienen control prenatal en el Centro de Salud Carlos Elizalde, Distrito 01D01 Salud, en el periodo de junio a septiembre de 2021.
- Criterios de exclusión:
 - Mujeres embarazadas con enfermedades sistémicas previas, mujeres sin pareja sexual conviviente, mujeres con patología y/o afección del aparato reproductor.
 - Mujeres que no deseen participar en el estudio.

A continuación, se muestra el flujograma de participantes del trabajo de investigación:

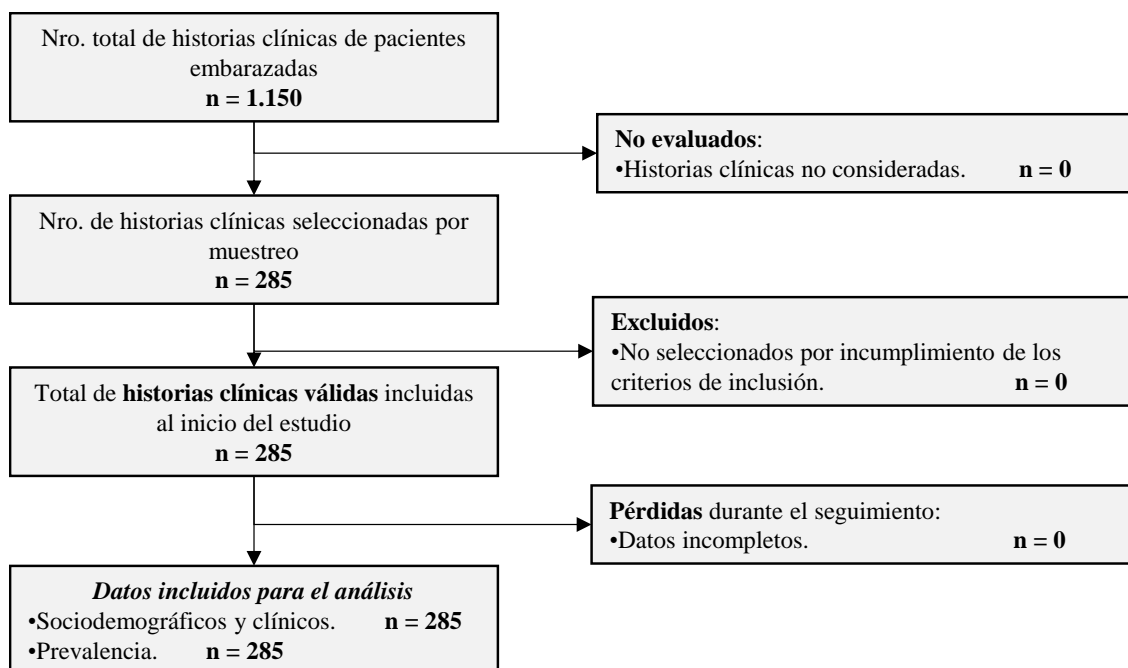


Figura 1. Flujograma de participantes

6.5. Método, técnicas e instrumentos para la recolección de la información

- El método aplicado fue la observación, ya que se tomaron los datos a partir de la realización de preguntas a las participantes a través de un cuestionario.
- Se aplicó la técnica de la encuesta, dado que se construyó un instrumento con ítems y categorías de respuestas.
- Se diseñó una ficha de recolección de datos a partir de las variables del estudio (ver Anexo 2).

El instrumento corresponde al estudio de Cunha Rudge et al. (2), en el cual se aplicó el cuestionario *Pregnant Sexual Response Inventory* (PSRI). La primera sección del inventario consiste en 12 puntos relacionados a los datos sociodemográficos de la embarazada que son: la edad de la paciente, el tiempo de gestación, el estado civil, el nivel socioeconómico (nivel



de escolaridad y ocupación), la religión, el número de hijos, el uso de preservativo (condón), la planificación del embarazo, el tabaquismo y el consumo de alcohol y drogas. La segunda sección del inventario consta de 26 preguntas relacionadas a la actividad y comportamiento sexual, divididas en 10 dominios, 8 de ellos están relacionados con la respuesta sexual de la mujer y están relacionados con las percepciones de la mujer sobre el interés sexual de sus parejas. La interpretación de las puntuaciones compuestas y específicas de dominio de la respuesta sexual se clasificaron en cuartiles según lo siguiente (2):

- 0 a 24,99: Muy malo;
 - 25 a 49,99: Malo;
 - 50 a 74,99: Bueno; y,
 - 75 a 100: Muy bueno.
- La calidad del instrumento se basó en la fiabilidad del cuestionario PSRI realizada por Rudge et al. (38), quienes encontraron un coeficiente de confiabilidad de Cronbach de 0,79 y, además, el instrumento fue validado por un conjunto de expertos, cuyo índice de Kappa fue de 0,67.

6.6. Procedimiento

- Autorización: se solicitó la autorización de las autoridades del Centro de Salud Carlos Elizalde, en la ciudad de Cuenca, así como de la consulta de Ginecología y Obstetricia del mismo, con el objeto de obtener los datos necesarios para el estudio.
- Capacitación: los procedimientos que se realizarán a lo largo del trabajo de investigación fueron tomados y aplicados a partir de los aprendizajes obtenidos en el seminario de Metodología de Investigación y en la materia de Estadística.
- Supervisión: El estudio se llevó a cabo bajo la supervisión de la directora de tesis.
- Proceso:
 - Una vez obtenidos los permisos del Centro de Salud Carlos Elizalde, en la ciudad de Cuenca, se procedió a solicitar debidamente el acceso al registro de historias clínicas para ubicar a las participantes.
 - Se recopilaron los datos de las variables requeridas en los cuestionarios a partir de la aplicación de la encuesta.
 - La información contenida en los cuestionarios fue transcrita y procesada en resultados agregados mediante el procesamiento estadístico.
 - El cuestionario y toda la información obtenida fueron resguardados en lugar seguro.



6.7. Plan de tabulación y análisis.

Los datos recopilados en la encuesta fueron transcritos en una base de datos diseñada en el software estadístico SPSS, versión 25, donde también se realizó el procesamiento de los datos. Los resultados descriptivos obtenidos se muestran a través del promedio y la desviación estándar de las puntuaciones según la tabla del anexo 3, mediante los cuales se realiza la comparación entre lo reportado por la mujer embarazada de lo ocurrido antes del embarazo y durante el mismo.

Los resultados de las variables cuantitativas (edad materna, edad gestacional, puntuaciones PSRI) se presentaron mediante promedios y desviaciones estándar; en tanto que, para las variables cualitativas o categóricas (estado civil, nivel de educación, religión, tenencia de trabajo, consumo de tabaco, consumo de alcohol, consumo de drogas ilícitas, número de hijos, trimestre del embarazo, planificación del embarazo y uso de preservativo) se mostraron tablas de frecuencias y porcentajes.

Para determinar la influencia en el cambio de las puntuaciones de la respuesta sexual de la embarazada según los factores asociados se presentó una tabla con la media y desviación estándar de las puntuaciones antes y durante el embarazo según cada factor: edad materna (rangos), edad de la pareja (rangos), estado civil, nivel de educación, religión, tenencia de trabajo, edad gestacional, número de hijos, consumo de tabaco, consumo de alcohol, consumo de drogas ilícitas, planificación del embarazo y uso de preservativo. Para cada uno de ellos se observó el cambio, así las diferencias entre ambos momentos (antes y durante el embarazo) se analizaron mediante el uso de la tabla chi-cuadrado, a un nivel de significancia del 5%.

6.8. Aspectos éticos

El desarrollo de la investigación se fundamentó en el cumplimiento de los principios de no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia. La investigación fue remitida al comité de ética en investigación clínica de la Universidad de Cuenca para su aprobación y se cumplió con lo siguiente:

- Confidencialidad: se veló por la privacidad y confidencialidad de los datos obtenidos, mediante la codificación de los datos personales en términos alfanuméricos, con lo cual no se puede identificar a cada paciente, pero sí se podrá emplear este método de resguardo de información para distinguir entre un formulario y otro. No se tomaron datos de identificación de las pacientes, como nombre, cédula, pasaporte o número de seguro social.
- Tiempo y uso de los datos: los datos recopilados fueron utilizados exclusivamente con fines académicos, por lo que los resultados no podrán ofrecer información sobre una paciente específica y no podrán ser utilizados para ningún otro fin que, para el desarrollo del presente



estudio, resguardando la confidencialidad de los mismos y evitando su uso indebido por terceros ajenos a la investigación. Las fichas y los datos obtenidos fueron resguardadas y custodiadas bajo llave y se conservarán hasta un plazo máximo de 3 meses después de la calificación del documento de investigación, tras lo cual serán incinerados.

- **Beneficios:** debido a las características del estudio y a que únicamente se realizó recolección de datos sin prever una intervención, no existe beneficio inmediato para las participantes, pero de darse el caso, de que tras publicarse los resultados obtenidos se puedan realizar futuras investigaciones con desarrollo sistemático similar, se posibilitarían y facilitarían los análisis conjuntos y comparaciones en períodos temporales concretos, así como posibles intervenciones en torno al tema, lo que apoyaría a la mejora de la salud sexual y reproductiva, pues permite la actualización e incremento del conocimiento de las entidades estudiadas.
- **Riesgos:** dado que la recolección de datos para el estudio se basó en la aplicación de un instrumento de tipo encuesta, se estima que la investigación genere poco o nulo riesgo sobre la participante. No obstante, existe la posibilidad de que terceros ajenos al estudio pudieran acceder a la información durante el proceso de recopilación de datos, frente a esta posibilidad, se realizó la codificación de la información como se describe en el acápite de confidencialidad; además, es necesario destacar que las preguntas pudieron afectar la susceptibilidad de la participante, representando un riesgo emocional, debido a la intimidad con la cual están relacionadas las preguntas acerca de la sexualidad, para lo cual, en caso de presentarse algún inconveniente de este tipo durante el desarrollo del cuestionario, se procedió a suspender el mismo y se reevaluará su culminación o postergación. No obstante, esta situación no se presentó, ya que todas las mujeres embarazadas seleccionadas en la muestra fueron receptivas ante el estudio y aceptaron participar.
- **Aplicación del consentimiento informado:** al aplicarse una encuesta, fue necesaria la solicitud de permisos a cada una de las pacientes, por lo que se presentó previamente a cada una de ellas el formato de *Consentimiento Informado*, que se presenta en el Anexo 3, mediante el mismo se detallaron los objetivos, procedimientos, uso de los datos, beneficios y riesgos a cada participante, para lo cual se brindaron todas las facilidades del caso que permitieran asegurar su inteligibilidad y despejar cualquier cuestionamiento que se suscitara en el proceso.
- **Idoneidad de los investigadores:** el estudio y la recolección de datos fueron supervisados por la directora del proyecto, PhD Dra. Diana Vanegas Coveña y fue realizado por los autores, egresados de la carrera de medicina, por lo que se estima que, en el momento del desarrollo de la investigación, no existan riesgos mayores al riesgo mínimo aceptable para este tipo de estudios y que, de darse el caso, puedan ser resueltos sin generar repercusiones.



- Uso de resultados: los resultados se expresaron de manera agregada, por lo que no se podrán identificar a las participantes; de esta manera, se espera que dichos resultados no hieran susceptibilidades sobre la población con tendencias conservadoras, aunque existe esta posibilidad. Sin embargo, dado que el instrumento ha sido probado en numerosos estudios y sus resultados han sido aceptados internacionalmente, se espera que el uso de los resultados sea estrictamente académico y con fines informativos para la comunidad.
- Conflictos de interés: el estudio no representó ni afrontó conflictos de intereses.

VII. RESULTADOS

Análisis de las variables sociodemográficas

Tabla 2. Distribución de las 285 pacientes embarazadas según edad materna, edad de la pareja, estado civil, nivel de educación, religión y tenencia de trabajo. Centro de Salud Carlos Elizalde, Cuenca - Ecuador, 2021.

| Variab les | Categorías | Frec. | Porc. |
|---------------------|--|--------------|---------------|
| Edad Materna | Edad de alto riesgo (≤ 19 años y ≥ 35 años) | 67 | 23,5% |
| | Edad de bajo riesgo (20 a 34 años) | 218 | 76,5% |
| Edad de la pareja | 18 a 35 años | 232 | 81,4% |
| | 36 a 59 años | 53 | 18,6% |
| Estado civil | Casada o en unión estable | 218 | 76,5% |
| | Soltera | 65 | 22,8% |
| | Separada o divorciada | 2 | 0,7% |
| Nivel de educación | Sin nivel | 1 | 0,4% |
| | Primaria | 82 | 28,8% |
| | Educación media (bachillerato) | 175 | 61,4% |
| | Educación superior | 27 | 9,5% |
| Religión | Católica | 257 | 90,2% |
| | Evangélica | 18 | 6,3% |
| | Otra | 10 | 3,5% |
| Trabaja actualmente | No | 176 | 61,8% |
| | Sí, tengo un trabajo | 72 | 25,3% |
| | Sí, pero en este momento estoy desempleada | 37 | 13,0% |
| Total | | 285 | 100,0% |

Fuente: Ficha de recolección de datos y cuestionario PSRI.

Elaboración: Paúl F. Brito M.; Darío A. Matute N.

Como se puede apreciar en la tabla 2, el 76,5% de las embarazadas participantes del estudio tienen edad de bajo riesgo, es decir, que se encuentran en el rango de 20 a 34 años; por el contrario, el 23,5% se encuentran en el grupo de edad de alto riesgo. El 81,4% de las parejas de las mujeres embarazadas tienen entre 18 y 35 años, en tanto que el 18,6% tienen de 36 a 59 años; estos grupos de edad corresponden con los utilizados en el estudio de Cabrera (58).

El 76,5% de las mujeres del estudio son casadas o se encuentran en unión libre estable. De las 285 participantes, el 61,4% tienen educación media o bachillerato, un 90,2% pertenecen a la religión católica y el 61,8% no trabajan, mientras que un 25,3% sí trabaja.

**Análisis de variables obstétricas****Tabla 3. Distribución de las 285 pacientes embarazadas según número de hijos, trimestre del embarazo y planificación del embarazo actual. Centro de Salud Carlos Elizalde, Cuenca - Ecuador, 2021.**

| Variables | Categorías | Frec. | Porc. |
|------------------------|-------------------|--------------|---------------|
| Número de hijos | No | 102 | 35,8% |
| | Sí, sólo uno | 89 | 31,2% |
| | Sí, dos o más | 94 | 33,0% |
| Trimestre del embarazo | Trimestre I | 30 | 10,5% |
| | Trimestre II | 84 | 29,5% |
| | Trimestre III | 171 | 60,0% |
| Embarazo planificado | Sí | 111 | 38,9% |
| | No | 174 | 61,1% |
| Total | | 285 | 100,0% |

Fuente: Ficha de recolección de datos y cuestionario PSRI.

Elaboración: Paúl F. Brito M.; Darío A. Matute N.

Según los resultados de la tabla 3, el 35,8% de las mujeres embarazadas no tienen hijos, mientras que un 33,0% tienen dos hijos o más. Del total de embarazadas, el 60,0% se encuentran en el tercer trimestre y un 29,5% en el segundo trimestre del embarazo. Finalmente, el 61,1% afirma que no planificó su embarazo, en tanto que un 38,9% sí lo planificó.

**Análisis de hábitos****Tabla 4. Distribución de las 285 pacientes embarazadas según hábitos: fumar, consumo de alcohol y consumo de drogas ilícitas. Centro de Salud Carlos Elizalde, Cuenca - Ecuador, 2021.**

| Variables | Categorías | Frec. | Porc. |
|-------------------------|--|--------------|---------------|
| Fuma | Sí, con alguna o mucha frecuencia (≥ 10 cigarrillos por día) | 1 | 0,4% |
| | Sí, sólo a veces (1 a 9 cigarrillos por día) | 13 | 4,6% |
| | Nunca | 271 | 95,1% |
| Consumo alcohol | Sí, con alguna o mucha frecuencia (más de 7 copas a la semana) | 3 | 1,1% |
| | Sí, sólo a veces (equivalente a 1 a 7 copas a la semana) | 71 | 24,9% |
| | Nunca | 211 | 74,0% |
| Consumo drogas ilícitas | Sí, con alguna o mucha frecuencia (más de 4 veces al mes) | 1 | 0,4% |
| | Sí, sólo a veces (1 a 4 veces al mes) | 1 | 0,4% |
| | Nunca | 283 | 99,3% |
| Total | | 285 | 100,0% |

Fuente: Ficha de recolección de datos y cuestionario PSRI.

Elaboración: Paúl F. Brito M.; Darío A. Matute N.

En la tabla 4 se puede apreciar que el 95,1% de las embarazadas nunca fuma, el 74,0% nunca consume alcohol y el 99,3% no consume drogas ilícitas.

Tabla 5. Distribución de las 285 pacientes embarazadas según uso de preservativos con su pareja. Centro de Salud Carlos Elizalde, Cuenca - Ecuador, 2021.

| Variables | Categorías | Frec. | Porc. |
|---------------------------------|-------------------|--------------|---------------|
| Usa preservativos con su pareja | Sí | 60 | 21,1% |
| | No | 225 | 78,9% |
| Total | | 285 | 100,0% |

Fuente: Ficha de recolección de datos y cuestionario PSRI.

Elaboración: Paúl F. Brito M.; Darío A. Matute N.

Según la tabla 5, el 78,9% de las mujeres embarazadas no utiliza preservativos con su pareja, mientras que el 21,1% sí utiliza el preservativo en las relaciones sexuales con su pareja.

Características de la respuesta sexual antes y durante el embarazo según factores asociados
Tabla 6. Distribución de las 285 pacientes embarazadas por respuesta sexual antes y durante el embarazo. Centro de Salud Carlos Elizalde, Cuenca - Ecuador, 2021.

| Variable | Categorías | Antes del embarazo | | Durante el embarazo | | p-valor |
|-----------------------------------|--|--------------------|-------------|---------------------|-------------|----------|
| | | Frec. | Porc. | Frec. | Porc. | |
| Frecuencia de relaciones sexuales | Ninguna | 7 | 2,5% | 135 | 47,4% | <0,001** |
| | 1-2 veces por semana | 163 | 57,2% | 130 | 45,6% | |
| | 3 o más veces por semana | 115 | 40,4% | 20 | 7,0% | |
| Deseo sexual | Nunca / raramente | 41 | 14,4% | 146 | 51,2% | <0,001** |
| | Algunas veces por semana | 207 | 72,6% | 124 | 43,5% | |
| | Una vez por día | 37 | 13,0% | 15 | 5,3% | |
| Excitación | Bajo, muy bajo | 21 | 7,4% | 82 | 28,8% | <0,001** |
| | Regular | 127 | 44,6% | 154 | 54,0% | |
| | Excelente | 137 | 48,1% | 49 | 17,2% | |
| Orgasmo | Nunca / raramente | 47 | 16,5% | 129 | 45,3% | <0,001** |
| | A veces | 154 | 54,0% | 126 | 44,2% | |
| | Con frecuencia / mucha frecuencia | 84 | 29,5% | 30 | 10,5% | |
| Placer sexual | No | 13 | 4,6% | 93 | 32,6% | <0,001** |
| | Supongo que todo está bien | 59 | 20,7% | 83 | 29,1% | |
| | Sí | 213 | 74,7% | 109 | 38,2% | |
| Dispareunia | Sí | 46 | 16,1% | 127 | 44,6% | <0,001** |
| | No | 239 | 83,9% | 158 | 55,4% | |
| Iniciación del coito | Forzadas, sin ningún deseo | 9 | 3,2% | 23 | 8,1% | <0,001** |
| | Generalmente iniciadas por la pareja | 139 | 48,8% | 157 | 55,1% | |
| | Espontáneamente o espontáneamente con estimulación | 137 | 48,1% | 105 | 36,8% | |
| Dificultades sexuales femeninas | Sí | 20 | 7,0% | 89 | 31,2% | 0,001** |
| | No | 265 | 93,0% | 196 | 68,8% | |
| Satisfacción sexual | Mala (0 – 3) | 17 | 6,0% | 99 | 34,7% | <0,001** |
| | Regular (4 – 7) | 91 | 31,9% | 115 | 40,4% | |
| | Buena (8 – 10) | 177 | 62,1% | 71 | 24,9% | |
| Total | | 285 | 100% | 285 | 100% | |

 ** Altamente significativos para un nivel de $\alpha = 0,001$

Fuente: Ficha de recolección de datos y cuestionario PSRI.

Elaboración: Paúl F. Brito M.; Darío A. Matute N.

De acuerdo con la tabla 6, se puede apreciar que, antes del embarazo el 57,2% de las mujeres tenían una frecuencia de 1 a 2 relaciones sexuales por semana, mientras que durante el embarazo este porcentaje disminuyó hasta el 45,6%, siendo más frecuente ninguna vez por



semana. El deseo sexual antes del embarazo tenía una frecuencia de algunas veces a la semana en el 72,6% de las mujeres, en tanto que durante el embarazo el 51,2% lo sentía raras veces o nunca.

El 48,8% de las mujeres tenía un nivel de excitación excelente previo al embarazo, mientras que durante el mismo un 54,0% tuvo un nivel regular de excitación. El 54,0% alcanzaba el orgasmo a veces antes del embarazo, mientras que durante este lo más frecuente es que nunca o raramente lo alcanzaran con un 45,3% de las embarazadas.

El 74,7% de las mujeres del estudio reportaron que tenían placer sexual antes del embarazo, mientras que durante el embarazo esta frecuencia disminuyó al 38,2%. Antes del embarazo apenas el 16,1% de las mujeres tuvo dispareunia, en tanto que durante el embarazo aumentó al 44,6%. La iniciación del coito era generalmente iniciada por la pareja antes del embarazo en el 48,8% de los casos, mientras que durante el embarazo aumentó al 55,1%.

El 7,0% de las mujeres tuvieron dificultades sexuales femeninas antes del embarazo; esta prevalencia aumentó durante el embarazo hasta el 31,2%. El nivel de satisfacción sexual fue bueno en el 62,1% de las mujeres antes del embarazo, mientras que durante el embarazo lo más frecuente fue que el 40,4% tuvieran un nivel regular de satisfacción sexual.

Asimismo, se observa que existen diferencias significativas en todas las variables de respuesta sexual al cambio experimentado entre la situación de las mujeres antes del embarazo y durante el mismo, dado que los valores p son de 0,001 o inferiores a este.

Tabla 7. Distribución de las 285 pacientes embarazadas por respuesta sexual antes y durante el embarazo según edad gestacional, número de hijos, consumo de tabaco, consumo de alcohol, consumo de drogas ilícitas, planificación del embarazo y uso de preservativo. Centro de Salud Carlos Elizalde, Cuenca - Ecuador, 2021.

| Factores | Respuesta sexual | Antes | Durante |
|----------------------------|-----------------------------------|----------|----------|
| Edad gestacional | Frecuencia de relaciones sexuales | 0,073 | <0,001** |
| | Deseo sexual | 0,967 | 0,256 |
| | Excitación | 0,488 | 0,027* |
| | Orgasmo | 0,675 | 0,010 |
| | Placer sexual | 0,068 | 0,039* |
| | Dispareunia | 0,830 | 0,337 |
| | Iniciación del coito | 0,224 | 0,112 |
| | Dificultad | 0,556 | 0,172 |
| | Satisfacción | 0,527 | 0,003* |
| Número de hijos | Frecuencia de relaciones sexuales | 0,857 | 0,945 |
| | Deseo sexual | 0,143 | 0,401 |
| | Excitación | 0,015* | 0,342 |
| | Orgasmo | 0,463 | 0,584 |
| | Placer sexual | 0,379 | 0,912 |
| | Dispareunia | 0,708 | 0,054 |
| | Iniciación del coito | 0,441 | 0,234 |
| | Dificultad | 0,056 | 0,258 |
| | Satisfacción | 0,191 | 0,927 |
| Consumo de tabaco | Frecuencia de relaciones sexuales | <0,001** | 0,890 |
| | Deseo sexual | 0,140 | 0,306 |
| | Excitación | 0,004* | 0,333 |
| | Orgasmo | 0,137 | 0,568 |
| | Placer sexual | <0,001** | 0,662 |
| | Dispareunia | 0,057 | 0,418 |
| | Iniciación del coito | <0,001** | 0,002* |
| | Dificultad | <0,001** | 0,063 |
| | Satisfacción | 0,422 | 0,455 |
| Consumo de alcohol | Frecuencia de relaciones sexuales | 0,002* | 0,936 |
| | Deseo sexual | 0,054 | 0,883 |
| | Excitación | 0,365 | 0,760 |
| | Orgasmo | 0,086 | 0,798 |
| | Placer sexual | 0,008* | 0,276 |
| | Dispareunia | 0,437 | 0,907 |
| | Iniciación del coito | 0,022* | 0,591 |
| | Dificultad | 0,199 | 0,940 |
| | Satisfacción | 0,578 | 0,509 |
| Consumo de drogas ilícitas | Frecuencia de relaciones sexuales | <0,001** | 0,680 |
| | Deseo sexual | 0,175 | 0,751 |
| | Excitación | <0,001** | 0,289 |
| | Orgasmo | 0,037* | 0,656 |
| | Placer sexual | <0,001** | 0,385 |
| | Dispareunia | 0,005* | 0,286 |
| | Iniciación del coito | <0,001** | <0,001** |
| | Dificultad | 0,001* | 0,265 |
| | Satisfacción | 0,002* | 0,297 |



| Factores | Respuesta sexual | Antes | Durante |
|----------------------------|-----------------------------------|--------|---------|
| Planificación del embarazo | Frecuencia de relaciones sexuales | 0,065 | 0,112 |
| | Deseo sexual | 0,134 | 0,327 |
| | Excitación | 0,044* | 0,004* |
| | Orgasmo | 0,557 | 0,171 |
| | Placer sexual | 0,009* | 0,003* |
| | Dispareunia | 0,336 | 0,547 |
| | Iniciación del coito | 0,790 | 0,713 |
| | Dificultad | 0,707 | 0,663 |
| | Satisfacción | 0,128 | 0,016* |
| Uso de preservativo | Frecuencia de relaciones sexuales | 0,899 | 0,189 |
| | Deseo sexual | 0,195 | 0,935 |
| | Excitación | 0,924 | 0,802 |
| | Orgasmo | 0,230 | 0,481 |
| | Placer sexual | 0,056 | 0,198 |
| | Dispareunia | 0,289 | 0,213 |
| | Iniciación del coito | 0,706 | 0,065 |
| | Dificultad | 0,209 | 0,478 |
| | Satisfacción | 0,789 | 0,278 |

* Significativo para un nivel de $\alpha = 0,05$

** Altamente significativo para un nivel de $\alpha = 0,001$

Fuente: Ficha de recolección de datos y cuestionario PSRI.

Elaboración: Paúl F. Brito M.; Darío A. Matute N.

En la tabla 7, se puede apreciar la asociación entre cada una de los factores y las variables de respuesta sexual de la embarazada. La edad gestacional se presentó asociada con la frecuencia de relaciones sexuales ($p < 0,001$), la excitación ($p = 0,027$), el placer sexual ($p = 0,039$) y el nivel de satisfacción durante el embarazo ($p = 0,003$). El Número de hijos influyó en la excitación antes del embarazo ($p = 0,015$), mientras que durante el embarazo no se presentó asociado con ninguna de las variables.

El consumo de tabaco se encontró asociado significativamente con el cambio en la iniciación del coito durante el embarazo ($p = 0,002$). El consumo de alcohol no se encontró asociado significativamente con ninguna de las variables de respuesta sexual durante el embarazo ($p > 0,05$). En tanto que, el consumo de drogas ilícitas se encuentra relacionado con la iniciación del coito ($p < 0,001$).

La planificación del embarazo se encuentra asociada con la excitación ($p = 0,004$), el placer sexual ($p = 0,003$) y la satisfacción ($p = 0,016$) durante el embarazo. Finalmente, el uso de preservativo no se encontró asociado con las variables de respuesta sexual en la embarazada.

Tabla 8. Distribución de las 285 pacientes embarazadas por niveles de la medición compuesta de la respuesta sexual según los momentos antes y durante el embarazo. Centro de Salud Carlos Elizalde, Cuenca - Ecuador, 2021.

| PSRI (Interpretación) | Antes | | Durante | |
|-----------------------|------------|---------------|------------|---------------|
| | Frec. | Porc. | Frec. | Porc. |
| Muy mala | 65 | 22,8% | 71 | 24,9% |
| Mala | 65 | 22,8% | 73 | 25,6% |
| Buena | 67 | 23,5% | 70 | 24,6% |
| Muy buena | 88 | 30,9% | 71 | 24,9% |
| Total | 285 | 100,0% | 285 | 100,0% |

Fuente: Ficha de recolección de datos y cuestionario PSRI.

Elaboración: Paúl F. Brito M.; Darío A. Matute N.

Según los resultados de la tabla 8, antes del embarazo el 30,9% de las mujeres tenían una respuesta sexual muy buena, mientras que durante el embarazo este dominio disminuyó a 24,9% y lo más frecuente fue una respuesta sexual mala con el 25,6% de las mujeres embarazadas.

Tabla 9. Distribución de las 285 pacientes embarazadas por niveles de la medición compuesta de la respuesta sexual según los momentos antes y durante el embarazo y asociación estadística. Centro de Salud Carlos Elizalde, Cuenca - Ecuador, 2021.

| PSRI - antes | PSRI - durante | | | | Total | p-valor |
|--------------|----------------|-----------|-----------|-----------|------------|---------|
| | Muy malo | Malo | Bueno | Muy bueno | | |
| Muy malo | 27 | 20 | 18 | 0 | 65 | |
| Malo | 15 | 17 | 19 | 14 | 65 | |
| Bueno | 15 | 19 | 15 | 18 | 67 | <0,001 |
| Muy bueno | 14 | 16 | 18 | 40 | 88 | |
| Total | 71 | 73 | 70 | 71 | 285 | |

Fuente: Ficha de recolección de datos y cuestionario PSRI.

Elaboración: Paúl F. Brito M.; Darío A. Matute N.

Según los resultados de la tabla 9, existe asociación estadística significativa entre los dominios de la medición compuesta de la respuesta sexual antes y durante el embarazo, dado que el p-valor es inferior a 0,001; lo cual quiere decir que, existe un cambio significativo en la respuesta sexual de la mujer durante el embarazo en comparación con la fase previa al embarazo.

Características de la respuesta sexual antes y durante los diferentes trimestres del embarazo**Tabla 10. Características de la respuesta durante los diferentes trimestres del embarazo. Centro de Salud Carlos Elizalde, Cuenca - Ecuador, 2021.**

| Variable | Trimestre I | Trimestre II | Trimestre III | p-valor |
|--------------------|-------------|--------------|---------------|----------|
| Frecuencia | 39,4 | 36,9 | 27,6 | 0,001* |
| Deseo | 34,2 | 27,4 | 19,9 | 0,004* |
| Excitación | 43,3 | 54,2 | 39,5 | 0,004* |
| Orgasmo | 35,0 | 41,7 | 27,8 | 0,006* |
| Dispareunia | 66,7 | 57,1 | 52,6 | 0,340 |
| Inicio del coito | 61,7 | 71,4 | 61,4 | 0,040* |
| Dificultades | 80,0 | 72,6 | 65,5 | 0,214 |
| Satisfacción | 145,0 | 151,8 | 108,2 | <0,001** |
| Medición compuesta | 82,5 | 85,4 | 64,8 | <0,001** |

* Significativo para un nivel de $\alpha = 0,05$

** Altamente significativo para un nivel de $\alpha = 0,001$

Fuente: Ficha de recolección de datos y cuestionario PSRI.

Elaboración: Paúl F. Brito M.; Darío A. Matute N.

En la tabla 10, se muestra si existen diferencias significativas entre los índices de las variables de respuesta sexual de la embarazada por cada trimestre de embarazo según los momentos antes y durante el embarazo. Se observa que la frecuencia de las relaciones sexuales fue disminuyendo significativamente en la medida en que la edad gestacional avanzó hasta el tercer trimestre ($p < 0,001$).

Durante el embarazo, el deseo sexual disminuyó significativamente ($p = 0,004$); asimismo, se redujo la excitación ($p = 0,004$) y el orgasmo ($p = 0,006$). Se produjeron cambios en la iniciación del coito ($p = 0,040$) y disminuyó la satisfacción sexual de la embarazada ($p < 0,001$). Finalmente, la medición compuesta de la respuesta sexual de la embarazada disminuyó en un 21,5% al pasar de una puntuación de 82,5 en el primer trimestre a 64,8 en el tercer trimestre, lo cual fue significativo ($p < 0,001$).



VIII. DISCUSIÓN

El trabajo de investigación se centró en determinar la frecuencia y los factores asociados de alteraciones en la respuesta sexual durante el embarazo en mujeres que acuden a control prenatal y servicio de ginecología del Centro de Salud Carlos Elizalde, en la ciudad de Cuenca durante el año 2021.

La función sexual durante el embarazo es un aspecto de la calidad de vida, ya que se relaciona con aspectos esenciales como el bienestar físico, el estado emocional, la salud mental y las relaciones sociales. Las disfunciones sexuales se definen como trastornos relacionados tanto con el deseo sexual como con la satisfacción sexual por varias razones (2).

El estudio se realizó en una muestra de 285 mujeres embarazadas, a quienes se les aplicó el cuestionario de respuesta sexual durante el embarazo PSRI. Del total, el 76,5% tenía edad de bajo riesgo, es decir, de 20 a 34 años; 81,4% de sus parejas tenían entre 18 y 35 años; 76,5% de eran casadas o se encontraban en unión libre estable; el 61,4% tenían bachillerato; 90,2% pertenecían a la religión católica; y 61,8% no trabajaban.

En el estudio realizado por Azevedo Guendler et al. (5) en Brasil, en una muestra de 262 mujeres embarazadas con edad gestacional entre las 10 y 35 semanas se encontró que un 82,8% de las participantes eran casadas o se estaban en unión libre estable, el 61,1% habían completado el bachillerato, un 40,8% pertenecían a la religión católica y un 25,6% se dedicaban a los quehaceres del hogar. Estos resultados varían de gran manera respecto al presente trabajo de investigación, lo cual puede justificarse por las diferencias poblacionales, socioeconómicas y culturales entre Brasil y Ecuador.

En este estudio se encontró que el 35,8% de las mujeres embarazadas no tenían hijos previos; un 60,0% se encontraban en el tercer trimestre, mientras que el 38,9% planificó su embarazo. Por su parte, Azevedo Guendler et al. (5) observaron que el 53,4% no tenían hijos, un 44,7% estaban en el tercer trimestre y el 42,4% planificaron el embarazo.

Se encontró que el 95,1% de las embarazadas del estudio no fumaban, un 74,0% nunca consumió alcohol y el 99,3% no consumía drogas ilícitas. Estos valores son similares a las frecuencias observadas por Azevedo Guendler et al. (5), quienes encontraron en su estudio que el 99,2% no fumaban, un 96,2% no consumían alcohol y el 100,0% no consumieron drogas ilícitas. En el estudio realizado por Hartnett et al. (41), se encontró que el 11,9% de las mujeres fumaron durante el embarazo. Una cifra más alta se observó en el estudio de Diez et al. (50), en el cual un 30,6% de las mujeres embarazadas fumó durante el embarazo; también, encontraron que el 25,8%



de las mujeres consumieron bebidas alcohólicas durante el último embarazo y que el 24,2% habían consumido drogas ilícitas durante el período de embarazo.

Según Grover et al. (47), las personas pueden consumir alcohol y otras sustancias para combatir la ansiedad por el desempeño sexual, mejorar el desempeño sexual o superar la disfunción sexual. Sin embargo, a largo plazo, el abuso de sustancias tiene un impacto negativo en el funcionamiento sexual y puede conducir a la aparición de trastornos sexuales.

El 21,1% sí utilizó el preservativo en las relaciones sexuales con su pareja. Azevedo Guendler et al. (5), observaron que el 14,9% usaban preservativos con sus parejas. No obstante, no es usual el uso de preservativos con la pareja habitual durante el embarazo.

En el presente estudio se observó que disminuyó la frecuencia de las relaciones sexuales, así como también el deseo sexual, el nivel de excitación, alcanzar el orgasmo y el placer sexual; mientras que aumentó la dispareunia, la frecuencia de iniciación del coito por la pareja y las dificultades sexuales femeninas. Asimismo, existen diferencias significativas en todas las variables de respuesta sexual al cambio experimentado entre la situación de las mujeres antes del embarazo y durante el mismo, dado que los valores p son de 0,001 o inferiores a este.

Azevedo Guendler et al. (5), observaron que el 64,9% de las mujeres informó de una disminución en la frecuencia de la actividad sexual durante el embarazo. Algo más de la mitad de las mujeres (50,8%) estaban satisfechas y el 30,5% de ellas informó que la excitación era excelente o buena. La frecuencia de dificultades o disfunciones sexuales aumentó con el embarazo, pasando del 5,7% al 58,8%, y el 45,8% informó de dolor durante las relaciones sexuales. Tener un título de educación superior disminuyó la posibilidad de estar sexualmente insatisfecho en un 50%.

Al evaluar la asociación entre los factores y las variables de respuesta sexual en la embarazada, se encontró que la edad gestacional se asoció con la frecuencia de relaciones sexuales ($p < 0,001$), la excitación ($p = 0,027$), el placer sexual ($p = 0,039$) y el nivel de satisfacción ($p = 0,003$). El consumo de tabaco estuvo asociado con la iniciación del coito ($p = 0,002$); el consumo de drogas ilícitas se encontró relacionado con la iniciación del coito ($p < 0,001$) aunque la frecuencia fue muy baja en la muestra de mujeres embarazadas. La planificación del embarazo estuvo asociada con la excitación ($p = 0,004$), el placer sexual ($p = 0,003$) y la satisfacción ($p = 0,016$). Esto indica que, de manera general los cambios fisiológicos en la mujer durante el embarazo afectaron en su comportamiento o respuesta sexual.

En el estudio de Alizadeh et al. (57), se encontró una asociación significativa entre la reducción de la respuesta sexual de la embarazada en comparación con el momento antes del



embarazo, especialmente respecto a la variable número de hijos ($p=0,022$) y el bajo nivel educativo ($p= 0,039$). En el trabajo de investigación de Angin et al. (59), se encontró que el nivel educativo tiene un impacto significativo en la función sexual, ya que las mujeres que han sido capacitadas durante más de 8 años tienen un riesgo bajo de disfunción sexual en comparación con las mujeres que han sido capacitadas durante 8 años o menos. En el estudio realizado por Cezimbra et al. (17), se observó que la edad gestacional se encuentra significativamente asociada con la disminución de la respuesta sexual de la embarazada.

Antes del embarazo el 30,9% de las mujeres presentaban una respuesta sexual muy buena, pero la misma disminuyó a 24,9%, siendo lo más frecuente una respuesta sexual mala en el 25,6% de las mujeres embarazadas. Asimismo, en este trabajo de investigación se encontró que hubo un cambio significativo entre los dominios del PSRI entre los momentos antes del embarazo y durante el mismo ($p<0,001$). De forma similar, Azevedo Guendler et al. (5) observaron que, durante el embarazo en todos los dominios del PSRI las puntuaciones específicas fueron más bajas que antes del embarazo ($p <0,001$). En el estudio de Abd-Ella et al. (60), se encontró que más del 50% de las mujeres embarazadas presentaron disfunción sexual y fue significativamente mayor a la magnitud de la misma antes del embarazo ($p<0,05$).

La puntuación total del PSRI del estudio de Azevedo Guendler et al. (5), mostró una disminución significativa desde el período previo al embarazo, cuando la respuesta sexual fue excelente, hasta el período de embarazo en que disminuyó a buena. De acuerdo con McCool-Myers et al. (39), la disfunción sexual femenina afecta al 41% de las mujeres en edad reproductiva en todo el mundo y aumenta durante el embarazo, lo que la convierte en un problema médico de alta prevalencia. En el trabajo de investigación de Cunha et al. (2), la puntuación global PSRI ubicó la respuesta sexual en buena antes del embarazo, cambiando a mala durante el embarazo, representando una variación significativa ($p<0,05$).

El deseo sexual disminuyó significativamente durante el embarazo ($p=0,004$); asimismo, la excitación se redujo durante el embarazo ($p=0,004$). El orgasmo disminuyó significativamente durante el embarazo ($p=0,006$), así como también el inicio del coito ($p=0,040$), la satisfacción sexual de la embarazada ($p<0,001$); asimismo, la medición compuesta de la respuesta sexual de la embarazada disminuyó significativamente durante el embarazo ($p<0,001$).

La medición compuesta de la respuesta sexual de la embarazada disminuyó en un 21,5% al pasar de una puntuación de 82,5 en el primer trimestre a 64,8 en el tercer trimestre, lo cual fue significativo ($p<0,001$). En el trabajo de Cezimbra et al. (17), encontraron que la disfunción sexual fue significativamente más prevalente en el tercer trimestre (62%) en comparación con el primer



(33,3%) y el segundo (50,9%) trimestres, por lo que la disminución de la respuesta sexual de la embarazada fue significativa ($p=0,015$).

De acuerdo con el estudio de Fernández-Carrasco et al. (61), el embarazo provoca una multitud de cambios físicos y psicológicos en las mujeres, así como también cambios psicológicos en los hombres; de manera general, se observa que durante el embarazo existe una leve a moderada disminución en el interés sexual durante el primer trimestre del embarazo, seguida de un patrón de conducta variable en el segundo trimestre y una marcada disminución en el período final del embarazo.

En opinión de Azevedo Guendler et al. (5), la disfunción sexual, por su etiología multifactorial, puede tener su prevalencia influenciada por la interacción con variables personales tales como la baja escolaridad, ya que se podría suponer que la falta de educación conduce a la falta de conocimiento sobre la anatomía y función sexual femenina y las posibilidades de resolución de problemas relacionados. Otros factores relevantes pueden ser la estabilidad con la pareja, ya que vivir en pareja puede contribuir en el afrontamiento de los cambios fisiológicos, sobrellevar de mejor manera los gastos y contar con compañía emocional.

En la etapa del embarazo, los puntajes fueron más bajos que antes del embarazo en todos los dominios del PSRI, tales como la frecuencia de la actividad sexual, excitación, orgasmo, satisfacción e inicio del coito, mientras que la dispareunia y las dificultades femeninas aumentaron, siendo significativos los cambios ($p < 0.05$), lo que sugiere un impacto negativo del embarazo en la respuesta de la función sexual. De manera similar, en el estudio de Cunha Rudge et al. (2), encontraron un cambio significativo global, en todos los dominios del PSRI; lo cual es consistente con el presente trabajo de investigación.

De acuerdo con Cezimbra et al. (17), el embarazo es un período crítico en la vida de la mujer y, en esta etapa, la vida sexual puede verse afectada por muchos factores, dado que los cambios físicos y psicológicos tienen un impacto significativo en la actividad sexual. Según Abd-Ella et al. (60), la disfunción sexual de la mujer se asocia con consecuencias negativas y múltiples efectos psicosociales que conducen a alteraciones en el deseo o la respuesta sexual que resultan en una angustia marcada, que afecta negativamente la calidad de vida.



IX. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

El trabajo de investigación se realizó con el fin de determinar la frecuencia y los factores asociados de alteraciones en la respuesta sexual durante el embarazo en mujeres que acuden a control prenatal y servicio de ginecología del Centro de Salud Carlos Elizalde, en la ciudad de Cuenca durante el año 2021, para lo cual se aplicó el cuestionario de respuesta sexual de la mujer embarazada (PSRI) en una muestra de 285 mujeres embarazadas. Con los resultados del estudio se presentan las siguientes conclusiones:

- Las características más frecuentes en la población objeto de estudio son que se ubican en el grupo de edad de bajo riesgo entre los 20 y 34 años, sus parejas tienen entre 18 y 35 años; las embarazadas son casadas o están en una relación de hecho estable, son bachilleres, son católicas y no trabajan.
- Antes del embarazo las mujeres tenían una frecuencia de 1 a 2 relaciones sexuales por semana, el deseo sexual tenía una frecuencia de algunas veces a la semana, el nivel de excitación era excelente, cerca de la mitad de las mujeres alcanzaba el orgasmo frecuentemente y en general sentían placer sexual; cerca de una de cada 5 mujeres presentaba dispareunia y menos del 10% tuvieron dificultades sexuales femeninas. Durante el embarazo, disminuyó la frecuencia de las relaciones sexuales, el deseo sexual, el nivel de excitación, la frecuencia de los orgasmos y el placer sexual, en tanto que aumentó la dispareunia y las dificultades sexuales femeninas.
- Durante el embarazo, la edad gestacional se asoció con la frecuencia de relaciones sexuales, la excitación, el placer sexual y el nivel de satisfacción. El consumo de tabaco estuvo asociado con la iniciación del coito; el consumo de drogas ilícitas se encuentra relacionado con la iniciación del coito. La planificación del embarazo estuvo asociada con la excitación, el placer sexual y la satisfacción sexual.
- Existen diferencias significativas en todas las variables de respuesta sexual al cambio experimentado entre la situación de las mujeres antes del embarazo y durante el mismo ($p < 0,001$).
- La respuesta sexual de la embarazada disminuyó en un 21,5% al comparar las puntuaciones del tercer trimestre respecto al primer trimestre, lo cual fue significativo



($p < 0,001$). Por lo tanto, la respuesta sexual de la embarazada se ve alterada por el embarazo, disminuyendo a medida que avanza el mismo hasta el tercer trimestre.

Recomendaciones

Es importante que los proveedores de atención médica en el campo de la obstetricia puedan asesorar a sus pacientes sobre los aspectos emocionales relacionados con las alteraciones sexuales durante el embarazo y los aspectos sexuales durante el embarazo.

Además, sería imprescindible la intervención de profesionales en sexología durante todas las etapas de la vida y particularmente en el embarazo.

Se recomienda también que se replique la aplicación del cuestionario PSRI y se incluyan variables como el estado nutricional, la presencia de otros factores como la diabetes mellitus, hipertensión arterial y otras enfermedades que puedan influir en la respuesta sexual de la embarazada, así como también incorporar variables relacionadas con la pareja de la embarazada, con lo cual se puedan encontrar otros factores influyentes en la disfunción sexual de la mujer durante el embarazo.



X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez Fernández B, Sueiro Domínguez E. Sexualidad en embarazo y postparto: la necesidad de educación afectivo-sexual. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación* [Internet]. 2017;Extr.(14):1-4. Disponible en: <http://revistas.udc.es/index.php/reipe/article/view/reipe.2017.0.14.3034/pdf>
2. Cunha Rudge CV, Paranhos Calderon I de M, Machado de Almeida AP, Piculo F, Cunha Rudge MV, Pascon Barbosa AM. Score Establishment and Brazilian Portuguese version of the Pregnancy Sexual Response Inventory (PSRI). *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2018;40(6):322-31. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/326238751_Score_Establishment_and_Brazilian_Portuguese_version_of_the_Pregnancy_Sexual_Response_Inventory_PSRI
3. Nóbrega Monteiro M, de Souza Lucena EE, Uchoa Cabral P, Queiroz Filho J, Queiroz J, Gonçalves AK. Prevalence of Sexual Dysfunction among Expectant Women. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* [Internet]. 2016;38(11):559-63. Disponible en: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0036-1594306.pdf>
4. Kiemtorè S, Ouèdraogo I, Ouattara A, Zamanè H, Sawadogo YA, Kain PD, et al. Sex during Pregnancy: Opinions, Attitudes and Practices among Pregnant Women. *Journal of Women's Health Care* [Internet]. 2016;5(6):1-5. Disponible en: <https://www.longdom.org/open-access/sex-during-pregnancy-opinions-attitudes-and-practices-among-pregnant-women-2167-0420-1000343.pdf>
5. Azevedo Guendler J, Katz L, Duarte Mello Flamini ME, Lemos A. Prevalence of Sexual Dysfunctions and their Associated Factors in Pregnant Women in an Outpatient Prenatal Care Clinic. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2019;41(9):555-63. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v41n9/1806-9339-rbgo-41-09-555.pdf>
6. El-Kashif MML, El-tahry SE. A study of sexual dysfunction and its associated factors among women in childbearing age, Egypt. *Journal of Nursing Education and Practice*. 2019;9(3):95-108.
7. Banaei M, Azizi M, Moridi A, Dashti S, Yabandeh AP, Roozbeh N. Sexual dysfunction and related factors in pregnancy and postpartum: a systematic review and meta-analysis protocol. *Systematic Reviews*. 5 de julio de 2019;8(1):161.
8. Fejza H, Icka E, Alilaj M, Elezi M, Fejza A, Jemini L. Assessing the Impact of Pregnancy on Sexuality Using the Pregnancy Sexual Response Inventory. *Advances in Sexual Medicine*. 2018;8:15-24.
9. Navidian A, Kykhaee A, Imani M, Taimoori B, Soltani P. The Effect of Group Sexual Counseling on the Sexual Response of Pregnant Women. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences* [Internet]. 2017;5(1):60-5. Disponible en: http://www.ijwhr.net/pdf/pdf_IJWHR_186.pdf



10. Asselmann E, Hoyer J, Wittchen H-U, Martini J. Sexual Problems During Pregnancy and After Delivery Among Women With and Without Anxiety and Depressive Disorders Prior to Pregnancy: A Prospective-Longitudinal Study. *The Journal of Sexual Medicine*. 2016;13(1):95-104.
11. Wolpe RE, Zomkowski K, Silva FP, Queiroz APA, Sperandio FF. Prevalence of female sexual dysfunction in Brazil: A systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. abril de 2017;211:26-32.
12. Zapata Boluda RM, Gutiérrez Izquierdo MI. *Salud Sexual y Reproductiva*. Almería, España: Editorial Universidad de Almería; 2016.
13. World Health Organization. Sexual and reproductive health and research including the Special Programme HRP [Internet]. 2020 [citado 12 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health>
14. Organización Mundial de la Salud. Salud sexual [Internet]. 2020 [citado 15 de diciembre de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/topics/sexual_health/es/
15. da Silva Lara LA, Poerner Scalco SC, Kefalás Troncon J, Pereira Lopes G. A Model for the Management of Female Sexual Dysfunctions. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* [Internet]. 2017;39(4):184-94. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v39n4/0100-7203-rbgo-39-04-00184.pdf>
16. Mas M. Fisiología de la respuesta sexual femenina: actualización. *Revista Internacional de Andrología*. 2007;5(1):11-21.
17. Cezimbra Miranda C, Vilaverde Perez A, Ribeiro Bossardi B, et al. Sexual Function in Pregnant Women in the Public Health System. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology* [Internet]. 2019;9:764-74. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/9da8/b2d93bb10eb355eb3129ca16f7bb4d52d066.pdf>
18. da Silva Martins Köhler B, Pereira Martins M, Foletto Pivetta HM. Disfunções sexuais nos três trimestres gestacionais. *ConScientiae Saúde* [Internet]. 2017;16(3):360-6. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/929/92953906007.pdf>
19. González Labrador I, Miyar Pieiga E. Sexualidad femenina durante la gestación. *Revista Cubana de Medicina General Integral* [Internet]. 2001;17(5):497-501. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v17n5/mgi15501.pdf>
20. Murtagh J. Female Sexual Function, Dysfunction, and Pregnancy: Implications for Practice. *DISCLOSURES, Midwifery Womens Health* [Internet]. 2010;55(5):438-46. Disponible en: https://www.medscape.com/viewarticle/732989_4
21. Gutiérrez Teira B. La respuesta sexual humana. *AMF* [Internet]. 2010;6(10):543-6. Disponible en: https://www.academia.edu/7346257/FISIOLOG%C3%8DA_DE_LA_RESPUESTA_SEXUAL_HUMANA_LLECTURA



22. Pichucho Muñoz GC, Suquillo Yáñez FP. Actividad sexual y modificaciones de la misma en pacientes embarazadas pertenecientes demográficamente a los centros de salud Unión de Ciudadelas y Pío XII durante los meses de abril a julio de 2015 [Internet] [Tesis]. [Quito, Ecuador]: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2015. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/10246/ACTIVIDAD%20SEXUAL%20Y%20MODIFICACIONES%20DE%20LA%20MISMA%20EN%20PACIENTES%20EMBARAZADAS%20PERTENECIENTES%20DEMOGR%C3%81FICA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
23. Torres Romero G del C, Palacios Tavera M del S, Zambrano Macías JS, Vallejo López AB. Comportamiento y conducta sexual en gestantes. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento* [Internet]. 2019;3(2):860-81. Disponible en: <http://recimundo.com/index.php/es/article/view/480/555>
24. Haj Ali SMA. Understanding Physiology and Pathology of Sexual Health. *The International Journal of Indian Psychology* [Internet]. 2016;4(1-81):134-40. Disponible en: <https://ijip.in/wp-content/uploads/2019/02/18.01.134.20160401.pdf>
25. Velten J, Dawson SJ, Suschinsky K, Brotto LA, Chivers ML. Development and Validation of a Measure of Responsive Sexual Desire. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2020;46(2):122-40.
26. Lundin C. Hormonal contraception, mood and sexual function [Internet]. *Digital Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine*; 2020. Disponible en: <http://uu.diva-portal.org/smash/get/diva2:1472364/FULLTEXT01.pdf>
27. Delbono González V. Abordaje de la sexualidad en el período grávido–puerperal. *Debates* [Internet]. 2018;5(2):141-5. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/afm/v5n2/2301-1254-afm-5-02-141.pdf>
28. García Romero M. Sexualidad en el periodo gestacional [Internet]. [Cádiz, España]: Universidad de Cádiz; 2014. Disponible en: <https://rodin.uca.es/xmlui/bitstream/handle/10498/16645/Sexualidad%20en%20el%20periodo%20gestacional.pdf>
29. Morris D, Marshall SA, Demers D. Exercise Predictors of Self-Reported Sexual Performance among Healthy Adults. *International Journal of Health Sciences* [Internet]. 2018;6(1):1-16. Disponible en: http://ijhsnet.com/journals/ijhs/Vol_6_No_1_March_2018/1.pdf
30. Einarsdóttir K, Bogadóttir HÝ, Bjarnadóttir RI, Steingrímisdóttir Þ. The Effect of Maternal Age on Obstetric Interventions in a Low-Risk Population. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2018;1-6.
31. Villalva-Luna JL, Villena-Prado JJ. The Relationship Between Pregnant Women With Anemia of High-risk Maternal Age and Low Birth Weight in a Hospital of the Social Security of Peru. *Rev Fac Med Hum* [Internet]. 2021;21(1):101-7. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v21n1/en_2308-0531-rfmh-21-01-101.pdf



32. Ministerio de Salud Pública. Clasificación de riesgo obstétrico [Internet]. Quito, Ecuador: MSP; 2019. Disponible en: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/ANEXO%20%20-%20CLASIFICACION%20DE%20RIESGOS%20OBST%20C3%89TRICOS.pdf>
33. Shagana JA, Dhanraj M, Jain AR, Nirosa T. Physiological changes in pregnancy. *Drug Invention Today* [Internet]. 2018;10(8):1594-7. Disponible en: <https://jprsolutions.info/files/final-file-5b55d994e58183.90299067.pdf>
34. Honorato Carteiro DM, Ribeiro de Sousa LM, Alves Caldeira SM. Clinical indicators of sexual dysfunction in pregnant women: integrative literature review. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2016;69(1):153-61. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2670/267043690022.pdf>
35. Rahimian M, Nassiri S, Saffarieh E. Pregnant Women's Attitude Towards Sexual Desire and Its Relationship with Quality of Life and Rumination in the Last Trimester of Pregnancy. *Journal of Obstetrics, Gynecology and Cancer Research* [Internet]. 2019;4(1):16-23. Disponible en: <http://jogcr.com/article-1-233-en.pdf>
36. Nakić Radoš S, Soljačić Vraneš H, Šunjić M. Sexuality During Pregnancy: What Is Important for Sexual Satisfaction in Expectant Fathers? *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2015;282-93.
37. Cibrián-Llenderal T, Cadena-Barajas M, Cuervo-Ledesma F, Martínez-Fuentes E. Sexual, Emotional and Physical Variables Associated With Sexual Response in Women. *Revista de Comunicación Vivat Academia*. 2016;XIX(136):31-51.
38. Rudge CVC, Calderon IMP, Dias A, Lopes GP, Barbosa AP, Maestá I, et al. Design and validity of a questionnaire to assess sexuality in pregnant women. *Reproductive Health* [Internet]. 2009 [citado 10 de febrero de 2021];6(12):1-6. Disponible en: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1742-4755-6-12>
39. McCool-Myers M, Theurich M, Zuelke A, Knuettel H, Apfelbacher C. Predictors of female sexual dysfunction: a systematic review and qualitative analysis through gender inequality paradigms. *BMC Women's Health* [Internet]. 2018;18(108):1-15. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12905-018-0602-4>
40. Yilmaz MO, Akin Y, Gulum M, Ciftci H, Yeni E. Relationship between Smoking and Female Sexual Dysfunction. *Andrology*. 2015;4(2).
41. Hartnett CS, Butlera Z, Everette BG. Disparities in smoking during pregnancy by sexual orientation and race-ethnicity. *SSM - Population Health*. 2021;15:1-8.
42. Lugones Botell M, Ramírez Bermúdez M, Pichs García LA, Miyar Pieiga E. Las consecuencias del tabaquismo. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología* [Internet]. 2006;44(3):1-10. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2232/223220189007.pdf>
43. NCI Press Release. No Safe Level of Smoking: Even low-intensity smokers are at increased risk of earlier death [Internet]. National Institutes of Health; 2016. Disponible en: <https://www.cancer.gov/news-events/press-releases/2016/low-intensity-smoking-risk>



44. Perez da Silva Pereira P, Araújo Figueiredo Da Mata F, Morais Godoy Figueiredo AC, Borges Silva R, Gomes Pereira M. Maternal Exposure to Alcohol and Low Birthweight: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2019;41(5):333-47. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/J7wkhRTM4DM7zt4KvCdwjQC/?lang=en&format=pdf>
45. Ceccanti M, Fiorentino D, Ciolli P, et al. Investigating Alcohol Consumption during Pregnancy for the Prevention of Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD). *Obstetrics and Gynaecology Cases - Reviews* [Internet]. 2016;3(2):1-7. Disponible en: <https://clinmedjournals.org/articles/ogcr/obstetrics-and-gynaecology-cases-reviews-ogcr-3-076.pdf>
46. Hequembourg AL, Blayney JA, Bostwick W, Van Ryzin M. Concurrent Daily Alcohol and Tobacco Use among Sexual Minority and Heterosexual Women. *Subst Use Misuse*. 2020;55(1):66-78.
47. Grover S, Mattoo SK, Pendharkar S, Kandappan V. Sexual Dysfunction in Patients with Alcohol and Opioid Dependence. *Indian Journal of Psychological Medicine* [Internet]. 2014;36(4):355-65. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.4103/0253-7176.140699>
48. OMS / OPS. Alcohol y atención primaria de la salud [Internet]. Washington, D.C.: Organización Mundial de la Salud (OMS); Organización Panamericana de la Salud (OPS); 2008 p. 148. Disponible en: https://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_atencion_primaria.pdf
49. Caetano R, Vaeth PAC, Canino G. Illegal drug use and its correlates in San Juan, Puerto Rico. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2018;185:356-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29524872/>
50. Diez M, Pawlowicz MP, Vissicchio F, Amendolaro R, Barla JC, Muñoz A, et al. Entre la invisibilidad y el estigma: consumo de sustancias psicoactivas en mujeres embarazadas y púérperas de tres hospitales generales de Argentina. *Salud Colectiva* [Internet]. 2020;16(2509):1-19. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/scol/2020.v16/e2509/es>
51. Vallejo-Medina P, Sierra JC. Relationship Between Drug Use and Sexual Assertiveness in a Spanish Male Drug-dependent Sample. *Salud y drogas* [Internet]. 2015;15(1):39-47. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/839/83938758004.pdf>
52. Smid MC, Metz TD, Gordon AJ. Stimulant Use in Pregnancy: An Under-recognized Epidemic Among Pregnant Women. *Clin Obstet Gynecol* [Internet]. 2019;62(1):168-84. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30601144/>
53. Valdés Iglesia AJ, Vento Lezcano CA, Hernández Martínez D, Álvarez Gómez AE, Díaz Pita G. Drogas, un problema de salud mundial. *Revista Universidad Médica Pinareña* [Internet]. 2018;14(2):168-83. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revunimedpin/ump-2018/ump182j.pdf>



54. Collins SE. Associations Between Socioeconomic Factors and Alcohol Outcomes. *Alcohol Res.* 2016;38(1):83-94.
55. Gryczynsk J, Schwartz RP, Mitchell SG, O'Grady KE, Ondersma SJ. Hair Drug Testing Results and Self-reported Drug Use among Primary Care Patients with Moderate-risk Illicit Drug Use. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2014;141:44-50. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4080811/>
56. Samutri E, Nisman WA, Lismidiati W. Alteration of Mother's Sexual Activity during Pregnancy. *Indonesian Journal of Nursing and Midwifery* [Internet]. 2020;8(1):17-25. Disponible en: <http://download.garuda.ristekdikti.go.id/article.php?article=1719724&val=11202&title=ALTERATION%20OF%20MOTHERS%20SEXUAL%20ACTIVITY%20DURING%20PREGNANCY>
57. Alizadeh S, Riazi H, Majd HA, Ozgoli G. Factors Affecting the Variation in Sexual Activity and Response before and During Pregnancy among Pregnant Women in Rasht City, Northern Iran. *Galen Medical Journal* [Internet]. 2019;8(e1531):1-10. Disponible en: <https://www.gmj.ir/index.php/gmj/article/view/1531/html>
58. Cabrera Vilca KM. Factores asociados a disfunciones sexuales en mujeres del Centro de Salud Carlos Protzel durante el periodo de julio a enero del 2015 [Internet] [Tesis]. [Lima, Perú]: Universidad San Martín de Porres; 2016. Disponible en: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/2404/cabrera_k.pdf?sequence=3&isAllowed=y
59. Angin AD, Özkaya E, Çetin M, Gün İ, Sakin O, et al. Comparison of female sexual function and sexual function of their partners between groups of pregnant and non-pregnant women. *Ginekologia Polska.* 2020;91(5):235-9.
60. Abd-Ella NY, Yousef Heggy EH, El-Kurdy R. Effect of PLISSIT Based Sexual Counseling Model on Sexual Dysfunction among Diabetic Pregnant Women. *Egyptian Journal of Health Care.* 2019;10(3):363-78.
61. Fernández-Carrasco FJ, Rodríguez-Díaz L, González-Mey U, Vázquez-Lara JM, Gómez-Salgado J, Parrón-Carreño T. Changes in Sexual Desire in Women and Their Partners during Pregnancy. *Journal of Clinical Medicine.* 2020;9(2):1-14.

XI. ANEXOS

12.1. Anexo N° 1. Operacionalización de variables

Tabla 11. Operacionalización de variables

| VARIABLE | DEFINICIÓN | DIMENSIÓN | INDICADOR | ESCALA |
|--------------------|---|-----------------|--|---|
| Edad materna | Años cumplidos desde el nacimiento | Socio económica | Número de años cumplidos | Numérica, transformada a rangos: 1. Edad de alto riesgo (<20 años y >35 años) 2. Edad de bajo riesgo (20 a 35 años) |
| Edad de la pareja | Años cumplidos desde el nacimiento | Socio económica | Número de años cumplidos | Numérica, transformada a rangos: 1. 18 a 35 años 2. 36 a 59 años 3. 60 años o más |
| Estado civil | Condición de una persona según su relación de pareja y situación legal actual | Socio económica | Estado civil (cédula) | 1. Casada o en unión estable 2. Soltera 3. Separada o divorciada 4. Viuda |
| Nivel de educación | Nivel educativo más alto logrado por un individuo | Socio económica | Nivel de instrucción (cédula) | Ordinal 1. Sin nivel 2. Primaria 3. Educación media (bachillerato) 4. Educación superior |
| Religión | Apego a un conjunto de creencias | Socio económica | Creencia religiosa | Nominal 1. Católica 2. Evangélica 3. Otra |
| Trabajo | Tenencia o realización de labor o actividad a la que se dedica un individuo | Socio económica | Actividad o labor a la que se dedica la paciente actualmente | Nominal 1. No 2. Sí, tengo un trabajo 3. Sí, pero en este momento estoy desempleada |



| VARIABLE | DEFINICIÓN | DIMENSIÓN | INDICADOR | ESCALA |
|----------------------------|---|------------|---|--|
| Número de hijos | Cantidad de hijos que ha tenido un individuo | Obstétrica | Cantidad de hijos que ha tenido la encuestada hasta el momento de la entrevista | Ordinal 1. No 2. Solo uno 3. Dos o más |
| Edad gestacional | Semanas cumplidas desde el inicio del embarazo | Obstétrica | Número de semanas de embarazo cumplidas | Numérica |
| Trimestre del embarazo | Trimestre en el cual se encuentra el embarazo según la edad gestacional | Obstétrica | Número de semanas de embarazo cumplidas | Ordinal 1. Trimestre I 1. Trimestre II 1. Trimestre III |
| Consumo de tabaco | Tendencia de un individuo al consumo del tabaco | Hábitos | Frecuencia con la que la encuestada consume tabaco al momento de la entrevista | Nominal 1. Sí, con alguna frecuencia (≥ 10 cigarros por día) 2. Sí, sólo a veces (1 a 9 cigarrillos por día) 3. Nunca |
| Consumo de alcohol | Tendencia de un individuo a la ingesta de alcohol | Hábitos | Frecuencia con la que la encuestada ingiere alcohol al momento de la entrevista | Nominal 1. Sí, con alguna frecuencia (más de 7 copas por semana) 2. Sí, sólo a veces (equivalente a 1 a 7 copas a la semana) 3. Nunca |
| Consumo de drogas ilícitas | Tendencia de un individuo al consumo de drogas no legales | Hábitos | Frecuencia con la que la encuestada consume drogas ilícitas al momento de la entrevista | Nominal 1. Sí, con alguna frecuencia (más de 4 veces al mes) 2. Sí, sólo a veces (1 a 4 veces al mes) 3. Nunca |
| Planificación del embarazo | Embarazo que se desea o aspira tener previo a la concepción | Sexual | Deseo de embarazarse antes de la concepción | Nominal 1. Sí 2. No |
| Uso de preservativo | Utilización de métodos anticonceptivos de barrera (condón masculino) | Sexual | Uso de preservativo masculino en la relación sexual | Nominal 1. Sí 2. No |



| VARIABLE | DEFINICIÓN | DIMENSIÓN | INDICADOR | ESCALA |
|--|--|-------------|---|---|
| Cambio en la frecuencia de relaciones sexuales | Frecuencia de relaciones sexuales que mantiene un individuo respecto a un período previo | Sexual | Cambio en la frecuencia con la que la encuestada mantenía relaciones sexuales antes del embarazo | Nominal 1. Sí, disminuyó 2. No, es la misma 3. Sí, aumentó |
| Frecuencia de relaciones sexuales | Cantidad de relaciones sexuales que un individuo mantiene en un determinado periodo de tiempo | Sexual | Cantidad de relaciones sexuales que la encuestada mantuvo por semana antes del embarazo, mantuvo durante el primer trimestre y mantiene actualmente | Ordinal 1. Ninguna 2. 1-2 veces 3. 3 o más veces |
| Deseo sexual | Búsqueda sexual intencionada, ya sea de contacto directo, pensamiento, masturbación o fantasías sexuales | Psicológica | Frecuencia del deseo sexual durante el embarazo | Ordinal 1. Nunca/raramente 2. Algunas veces por semana 3. Una vez por día |
| Excitación | Manifestaciones orgánicas de la primera fase de la respuesta sexual | Sexual | Grado de excitación alcanzado antes y durante el embarazo | Ordinal 1. Bajo, muy bajo 2. Regular 3. Excelente |
| Orgasmo | Descarga de la tensión sexual caracterizado por el placer sexual máximo | Sexual | Frecuencia con la que alcanza el orgasmo antes y durante el embarazo | Nominal 1. Nunca/raramente 2. A veces 3. Con frecuencia/con mucha frecuencia |
| Placer sexual | Sensaciones agradables asociadas a las experiencias sexuales | Sexual | Capacidad de obtener placer sexual antes y durante el embarazo | Nominal 1. No 2. Supongo que todo está bien 3. Sí |
| Dispareunia | Dolor o molestia antes, durante o después de la actividad sexual | Sexual | Aparición de dispareunia en las relaciones sexuales antes y durante el embarazo | Nominal 1. Sí 2. No |
| Iniciación del coito | Forma en la que se da comienzo a la actividad sexual | Sexual | Forma de inicio de la actividad sexual antes y durante el embarazo | Nominal 1. Forzadas, sin ningún deseo |



| VARIABLE | DEFINICIÓN | DIMENSIÓN | INDICADOR | ESCALA |
|----------------------------------|---|------------------|---|---|
| | | | | 2. Generalmente iniciadas por la pareja 3. Espontáneamente |
| Dificultades sexuales femeninas | Problemas en relación a la actividad sexual en la mujer | Sexual | Presencia de dificultades sexuales en la embarazada antes y durante el embarazo | Nominal 1. Sí 2. No |
| Satisfacción sexual | Conformidad generada por la calidad de la actividad sexual en un individuo | Sexual | Grado de satisfacción sexual alcanzada antes y durante el embarazo | De escala Escala de 0 a 10: 0: muy malo 10: muy bueno Rangos: 0-3: malo 4-7: regular 8-10: muy bueno |
| Dificultades sexuales masculinas | Problemas en relación a la actividad sexual en el hombre | Sexual | Presencia de dificultades sexuales en la pareja antes y durante el embarazo | Nominal 1. Sí 2. No |
| Puntuación PSRI | Valoración de las respuestas del inventario de respuesta sexual en embarazadas (PSRI) | Respuesta sexual | Grado de la respuesta sexual | Numérica 1. < 25: muy malo 2. 25 a 49,99: malo 3. 50 a 74,99: bueno 4. 75 a 100: muy bueno |

Elaboración: Paúl F. Brito M.; Darío A. Matute N.

**12.2. Anexo N° 2. Formulario de recolección de datos**

UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS DE ALTERACIONES EN LA
RESPUESTA SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO EN MUJERES ADSCRITAS AL
CENTRO DE SALUD CARLOS ELIZALDE. CUENCA - ECUADOR. 2021**

| Sección I. Características sociodemográficas | |
|--|---|
| 1) (1.a) Edad materna (años cumplidos): _____ (1.b) Edad de la pareja (años cumplidos): _____ | 2) Edad gestacional: _____ semanas |
| 3) Estado civil: (1) Casada o en unión estable ____ (2) Soltera ____ (3) Separada o divorciada ____ (4) Viuda ____ | 4) Nivel de educación: (1) Sin nivel ____ (2) Primaria ____ (3) Educación media (bachillerato) ____ (4) Educación superior ____ |
| 5) Religión: (1) Católica ____ (2) Evangélica ____ (3) Otra (especifique) _____ | 6) ¿Usted trabaja? (1) No ____ (2) Sí, tengo un trabajo ____ (3) Sí, pero en este momento estoy desempleada ____ |
| 7) ¿Usted tiene hijos? (1) No ____ (2) Sí, sólo uno ____ (3) Sí, dos o más ____ | 8) ¿Usted fuma? (1) Sí, con alguna o mucha frecuencia ____ (2) Sí, sólo a veces ____ (3) Nunca ____ |
| 9) ¿Usted consume alcohol? (1) Sí, con alguna o mucha frecuencia ____ (2) Sí, sólo a veces ____ (3) Nunca ____ | 10) ¿Usted consume drogas ilícitas? (1) Sí, con alguna o mucha frecuencia ____ (2) Sí, sólo a veces ____ (3) Nunca ____ |
| 11) ¿Usted planificó su embarazo? (1) Sí ____ (2) No ____ | 12) ¿En sus relaciones sexuales con su pareja, usan preservativo? (1) Sí ____ (2) No ____ |



| Sección II. Comportamiento/actividad sexual antes y durante la gestación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| <p>13) En su opinión, ¿cambió la frecuencia de sus relaciones sexuales después de quedar embarazada?</p> <p>(1) Sí, disminuyó ____ (2) No, es la misma ____ (3) Sí, aumentó ____</p> | <p>14a) Antes de quedar embarazada, ¿cuántas veces por semana tenía relaciones sexuales?</p> <p>(1) Ninguna ____ (2) 1-2 veces ____ (3) 3 o más veces ____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>14b) En el primer trimestre del embarazo, ¿cuántas veces por semana usted tenía relaciones sexuales?</p> <p>(1) Ninguna ____ (2) 1-2 veces ____ (3) 3 o más veces ____</p> | <p>14c) Actualmente, ¿cuántas relaciones sexuales tiene por semana?</p> <p>(1) Ninguna ____ (2) 1-2 veces ____ (3) 3 o más veces ____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>15a) Cómo clasificaría usted su vida sexual antes del embarazo? (0 = muy malo, 10 = muy bueno)</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <p>15b) Cómo clasificaría usted su vida sexual actualmente? (0 = muy malo, 10 = muy bueno)</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | | | | | | | | | | |
| <p>16a) ¿Cómo cree que su pareja calificaría su vida sexual antes de que usted quedara embarazada? (0 = muy malo, 10 = muy bueno)</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <p>16b) ¿Cómo cree usted que su pareja calificaría su vida sexual actualmente? (0 = muy malo, 10 = muy bueno)</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | | | | | | | | | | |
| <p>17a) Usted sentía placer en sus relaciones sexuales antes de quedar embarazada?</p> <p>(1) No ____ (2) Supongo que todo está bien ____ (3) Sí ____</p> | <p>17b) Usted siente placer en sus relaciones sexuales durante el embarazo?</p> <p>(1) No ____ (2) Supongo que todo está bien ____ (3) Sí ____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>18a) ¿Cómo clasificaría usted su excitación antes de quedar embarazada?</p> <p>(1) Bajo, muy bajo ____ (2) Regular ____ (3) Excelente ____</p> | <p>18b) ¿Cómo clasificaría usted su excitación durante el embarazo?</p> <p>(1) Bajo, muy bajo ____ (2) Regular ____ (3) Excelente ____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>19a) ¿Usted presentó alguna dificultad sexual antes de quedar embarazada?</p> <p>(1) Sí ____ (2) No ____</p> | <p>19b) ¿Usted ha presentado alguna dificultad sexual durante el embarazo?</p> <p>(1) Sí ____ (2) No ____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



| | |
|---|---|
| <p>20) ¿Cree usted que estas dificultades sexuales le provocan ansiedad?</p> <p>(1) Sí ____ (2) Un poco ____ (3) No ____</p> | <p>21a) ¿Con qué frecuencia tuvo deseo sexual antes del embarazo?</p> <p>(1) Nunca/raramente ____ (2) Algunas veces por semana ____ (3) Una vez por día ____</p> |
| <p>21b) ¿Con qué frecuencia tiene deseo sexual durante su embarazo?</p> <p>(1) Nunca/raramente ____ (2) Algunas veces por semana ____ (3) Una vez por día ____</p> | <p>22) ¿Qué pasó con su deseo sexual después de quedar embarazada?</p> <p>(1) Disminuyó ____ (2) Es el mismo ____ (3) Aumentó ____</p> |
| <p>23a) ¿Con qué frecuencia usted alcanzaba un orgasmo antes de quedar embarazada?</p> <p>(1) Nunca/raramente ____ (2) A veces ____ (3) Con frecuencia/con mucha frecuencia ____</p> | <p>23b) ¿Con qué frecuencia usted alcanza un orgasmo desde que quedó embarazada?</p> <p>(1) Nunca/raramente ____ (2) A veces ____ (3) Con frecuencia/con mucha frecuencia ____</p> |
| <p>24a) ¿Usted sentía dolor durante las relaciones sexuales antes de quedar embarazada?</p> <p>(1) Sí ____ (2) No ____</p> | <p>24b) ¿Usted ha sentido dolor durante las relaciones sexuales durante su embarazo?</p> <p>(1) Sí ____ (2) No ____</p> |
| <p>25a) Las relaciones sexuales antes del embarazo se iniciaban:</p> <p>(1) Forzadas, sin ningún deseo ____ (2) Generalmente iniciadas por la pareja ____ (3) Espontáneamente o espontáneamente con estimulación ____</p> | <p>25b) Las relaciones sexuales durante del embarazo se inician:</p> <p>(1) Forzadas, sin ningún deseo ____ (2) Generalmente iniciadas por la pareja ____ (3) Espontáneamente o espontáneamente con estimulación ____</p> |
| <p>26a) En su opinión, ¿cree que su pareja estaba experimentando dificultades sexuales antes del embarazo?</p> <p>(1) Sí ____ (2) No ____</p> | <p>26b) En su opinión, ¿cree que su pareja está experimentando dificultades sexuales durante el embarazo?</p> <p>(1) Sí ____ (2) No ____</p> |

12.3. Anexo N° 3. Cálculo de indicadores del Inventario de Respuesta Sexual de Embarazadas

| Puntuaciones específicas (PSRI) | |
|---|---|
| Antes del embarazo | Durante el embarazo |
| Puntuación de Frecuencia $FS = \frac{(Q14a - 1)}{2} \times 100$ | Puntuación de Frecuencia $FS = \frac{[(Q13 + Q14b + Q14c) - 3]}{6} \times 100$ |
| Puntuación de Deseo $DS = \frac{(Q21a - 1)}{2} \times 100$ | Puntuación de Deseo $DS = \frac{[(Q21b + Q22) - 2]}{4} \times 100$ |
| Puntuación de Excitación $AS = \frac{(Q18a - 1)}{2} \times 100$ | Puntuación de Excitación $AS = \frac{(Q18b - 1)}{2} \times 100$ |
| Puntuación del Orgasmo $OS = \frac{(Q23a - 1)}{2} \times 100$ | Puntuación del Orgasmo $OS = \frac{(Q23b - 1)}{2} \times 100$ |
| Puntuación de Satisfacción $SS = \frac{[(Q15a + Q17a) - 2]}{4} \times 100$ | Puntuación de Satisfacción $SS = \frac{[(Q15b + Q17b) - 2]}{4} \times 100$ |
| Puntuación de Dispareunia $DyS = (Q24a - 1) \times 100$ | Puntuación de Dispareunia $DyS = (Q24b - 1) \times 100$ |
| Puntuación de inicio de relaciones sexuales $ISS = \frac{(Q25a - 1)}{2} \times 100$ | Puntuación de inicio de relaciones sexuales $ISS = \frac{(Q25b - 1)}{2} \times 100$ |
| Puntuación de dificultades femeninas $FDS = (Q19a - 1) \times 100$ | Puntuación de dificultades femeninas $FDS = (Q19b - 1) \times 100$ |
| Puntuación de satisfacción sexual masculina $MSSS = \frac{(Q16a - 1)}{2} \times 100$ | Puntuación de satisfacción sexual masculina $MSSS = \frac{(Q16b - 1)}{2} \times 100$ |
| Puntuación de dificultades masculinas $MDS = (Q26a - 1) \times 100$ | Puntuación de dificultades masculinas $MDS = (Q26b - 1) \times 100$ |
| Medición compuesta de las puntuaciones $\text{Medición compuesta} = \frac{FS + DS + AS + OS + SS + DyS + ISS + FDS + MSSS + MDS}{10}$ | |

**12.4. Anexo N° 4. Consentimiento informado****FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO****FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS DE ALTERACIONES EN LA RESPUESTA SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO EN MUJERES ADSCRITAS AL CENTRO DE SALUD CARLOS ELIZALDE. CUENCA - ECUADOR. 2021.**

Datos del equipo de investigación:

| Rol | Nombres completos | # de cédula | Institución a la que pertenece |
|------------------------|-------------------------------|--------------------|---|
| Investigador principal | Paúl Fabricio Brito Mogrovejo | 0104842448 | Universidad de Cuenca Facultad de Ciencias Médicas |
| Investigador principal | Darío Alexander Matute Núñez | 0105674139 | Universidad de Cuenca Facultad de Ciencias Médicas |

¿De qué se trata este documento?

Usted está invitada a participar en este estudio que se realizará en el Centro de Salud Carlos Elizalde. En este documento llamado "consentimiento informado" se explican las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación. También, se explican los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información en este "consentimiento" y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir. Si es necesario, lleve a la casa y lea este documento con sus familiares u otras personas que son de su confianza.

Introducción

Históricamente los problemas en la sexualidad femenina han sido pasados por alto, aún más los que se producen durante el embarazo. Los datos sobre este tema en nuestro medio no son suficientes. Es por esto que es necesario realizar esta investigación, debido a la alta frecuencia con la que se presentan problemas sexuales en las mujeres gestantes. Al cumplir con los requisitos necesarios para este fin, usted ha sido elegida como candidata de participación en el estudio.

Objetivo del estudio

Determinar la frecuencia y factores asociados de la presentación de alteraciones en la sexualidad de mujeres embarazadas que acuden a control en el Centro de Salud Carlos Elizalde, de la ciudad de Cuenca.

Descripción de los procedimientos



Posterior a su aprobación de participación en el estudio, se procederá con la recolección de datos mediante formulario (protegidos bajo anonimato), para posteriormente analizarlos y presentarlos como resultados estadísticos agrupados dentro de los resultados de la investigación. Por lo cual, no se podrá identificar a ninguna de las participantes, protegiendo en todo momento su identidad.

Riesgos y beneficios

Dado que la recolección de datos para el estudio se basa en la aplicación de un instrumento de tipo encuesta, se estima que la investigación genera poco o nulo riesgo sobre la participante. No obstante, es necesario destacar que las preguntas pueden afectar la susceptibilidad de la participante, representando un riesgo emocional, debido a la intimidad con la cual están relacionadas las preguntas acerca de la sexualidad; por ello, le invitamos a considerar este aspecto.

El instrumento ha sido aplicado con éxito en otras investigaciones, por lo que confiamos en que el mismo no produce daño alguno sobre las participantes.

Por otra parte, el aporte que usted realice es de relevante importancia, ya que con el mismo se podrá conocer con más detalle acerca del problema que se investiga en la localidad, en la cual es la primera vez que se realiza un estudio de este tipo.

Derechos de los participantes

Usted tiene derecho a:

- 1) Recibir la información del estudio de forma clara;
- 2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;
- 3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;
- 4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;
- 5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;
- 6) Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario;
- 7) Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede;
- 8) El respeto de su anonimato (confidencialidad);
- 9) Que se respete su intimidad (privacidad);
- 10) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador;
- 11) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;
- 12) Estar libre de retirar su consentimiento para utilizar o mantener el material biológico que se haya obtenido de usted, si procede;
- 13) Contar con la asistencia necesaria para que el problema de salud o afectación de los derechos que sean detectados durante el estudio, sean manejados según normas y protocolos de atención establecidas por las instituciones correspondientes;
- 14) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Consentimiento informado *(Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieren el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)*



Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar, en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Nombres completos del/a participante

Firma del/a participante

Fecha

Nombres completos del testigo (*si aplica*)

Firma del testigo

Fecha

Nombres completos del/a investigador/a

Firma del/a investigador/a

Fecha

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. José Ortiz Segarra, Presidente del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca, al siguiente correo electrónico:

jose.ortiz@ucuenca.edu.ec