

UCUENCA

Facultad de Ciencias Médicas

Maestría en Sexología

PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA ACTIVIDAD SEXUAL EN
PACIENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MUNICIPAL DE
CUENCA 2022.

Trabajo de titulación previo a la
obtención del título de Magíster en
Sexología.

Autora:

Karla Verónica Molina Pulgarín

CI: 0104831680

Correo electrónico: karla_16e@hotmail.com

Directora:

Brigith Vanessa Borja Robalino

CI: 0102546504

Cuenca–Ecuador

04-enero-2023

Resumen:

Antecedentes: el estado de gestación conlleva en la mujer a tener algunos cambios psicológicos, sociales y biológicos; por lo que la función sexual puede verse afectada en esta etapa.

Objetivo: identificar la prevalencia y factores asociados a la actividad sexual en pacientes embarazadas atendidas en el Hospital Municipal de Cuenca durante el periodo marzo – agosto 2022.

Diseño metodológico: estudio cuantitativo, analítico, transversal. La muestra fue de 175 embarazadas del área de ginecología del Hospital Municipal de Cuenca. Se aplicó un formulario basado en el cuestionario EVAS–M. El análisis se realizó en los programas estadísticos SPSS 24 y Epi-Info 07.

Resultados: la edad promedio fue de $28,05 \pm 6,18$ años (IC95%: 27,12–28,97), el grupo de edad más frecuente fue 26–32 años (41,1%); 52,6% eran casadas, 80,6% tenían nivel de secundaria, 64,0% vivían en zonas urbanas y 84,6% eran católicas. 61,7% tenían 27 o más semanas gestacionales; 40% han tenido una sola gesta; 77,1% tienen información acerca de la sexualidad durante el embarazo; 42,9% tuvieron relaciones sexuales 2 veces por semana; 37,1% tuvieron su última relación sexual durante el primer trimestre; 63,4% consideraron que su autoestima es de nivel medio y 62,9% que la actividad sexual causa poco daño al feto. Se encontraron diferencias de medias significativas para grupos definidos por la edad, residencia, estado civil, nivel de instrucción, religión, tener información sobre sexualidad en el embarazo, frecuencia coital, última relación sexual según trimestre del embarazo, nivel de autoestima y considerar daño al feto.

Conclusiones: la disfunción sexual de la embarazada se incrementa en el tercer trimestre de gestación.

Palabras clave: Embarazo. Actividad sexual. Disfunción sexual. Factores asociados.

Abstract:

Background: the state of pregnancy leads women to have some psychological, social and biological changes; so sexual function can be affected at this stage.

Objective: to identify the prevalence and factors associated with sexual activity in pregnant patients treated at the Municipal Hospital of Cuenca during the period March - August 2022.

Methodological design: quantitative, analytical, cross-sectional study. The sample consisted of 175 pregnant women from the gynecology area of the Municipal Hospital of Cuenca. A form based on the EVAS-M questionnaire was applied. The analysis was performed in the statistical programs SPSS 24 and Epi-Info 07.

Results: the average age was 28.05 ± 6.18 years (95% CI: 27.12-28.97), the most frequent age group was 26-32 years (41.1%); 52.6% were married, 80.6% had a high school education, 64.0% lived in urban areas, and 84.6% were Catholic. 61.7% had 27 or more gestational weeks; 40% have had a single gesta; 77.1% have information about sexuality during pregnancy; 42.9% had sexual intercourse 2 times a week; 37.1% had their last sexual intercourse during the first trimester; 63.4% considered that their self-esteem is medium level and 62.9% that sexual activity causes little harm to the fetus. Significant mean differences were found for groups defined by age, residence, marital status, level of education, religion, having information on sexuality during pregnancy, coital frequency, last sexual intercourse according to trimester of pregnancy, level of self-esteem and considering damage to the fetus.

Conclusions: sexual dysfunction in pregnant women increases in the third trimester of pregnancy.

Keywords: Pregnancy. Sexual activity. Sexual dysfunction. Associated factors.

Índice

I.	INTRODUCCIÓN	13
II.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
III.	JUSTIFICACIÓN	15
IV.	FUNDAMENTO TEÓRICO	16
4.1.	Deseo sexual	16
4.2.	Respuesta sexual humana.....	18
4.3.	Fases de la respuesta sexual humana	18
V.	OBJETIVOS.....	20
5.1.	Objetivo general.....	20
5.2.	Objetivos específicos	20
5.3.	Hipótesis.....	21
VI.	DISEÑO METODOLÓGICO	21
6.1.	Diseño del estudio.....	21
6.2.	Área de estudio, población, universo y muestra.....	21
6.3.	Criterios de inclusión	21
6.4.	Criterios de exclusión.....	21
6.5.	Variables de estudio.....	21
6.6.	Método, técnicas e instrumentos para la recolección de la información.....	22
6.7.	Procedimiento	22
6.8.	Plan de tabulación y análisis de datos.....	23
6.9.	Consideraciones bioéticas.....	23
VII.	RESULTADOS	24
7.1.	Variables sociodemográficas	24
7.2.	Variables obstétricas	25
7.3.	Prevalencia de la actividad sexual según trimestre del embarazo	27

7.4. Relación entre la actividad sexual y los factores sociodemográficos, obstétricos, psicológicos y sociales del embarazo	27
VIII. DISCUSIÓN.....	41
IX. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	44
Conclusiones	44
Recomendaciones.....	44
X. BIBLIOGRAFÍA	46
ANEXOS	49
Anexo 1. Operacionalización de las variables.....	49
Anexo 2. Instrumento de recolección de datos.....	53
Anexo 3. Solicitud dirigida al director del Hospital Municipal de Cuenca	57
Anexo 4. Consentimiento informado	58
Anexo 5. Resultados del cuestionario EVAS-M.....	61

Índice de figuras

Figura 1. Distribución de embarazadas según posibilidad de disfunción sexual femenina. Hospital Municipal de Cuenca, 2022.....	28
Figura 2. Histograma de frecuencias y prueba de normalidad del rango o puntuación total de la escala EVAS-M. Hospital Municipal de Cuenca, 2022.....	28
Figura 3. Comparación de medias de la puntuación total de la escala EVAS-M según edad de 20-35 años. Hospital Municipal de Cuenca, 2022.....	29
Figura 4. Comparación de medias de la puntuación total de la escala EVAS-M según tipo de residencia. Hospital Municipal de Cuenca, 2022.....	30
Figura 5. Comparación de medias de la puntuación total de la escala EVAS-M según estado civil. Hospital Municipal de Cuenca, 2022.	31
Figura 6. Comparación de medias de la puntuación total de la escala EVAS-M según nivel de instrucción. Hospital Municipal de Cuenca, 2022.	32
Figura 7. Comparación de medias de la puntuación total de la escala EVAS-M según religión. Hospital Municipal de Cuenca, 2022.	33
Figura 8. Comparación de medias de la puntuación total de la escala EVAS-M según edad gestacional. Hospital Municipal de Cuenca, 2022.	34
Figura 9. Comparación de medias de la puntuación total de la escala EVAS-M según número de gestas. Hospital Municipal de Cuenca, 2022.....	35
Figura 10. Comparación de medias de la puntuación total de la escala EVAS-M según tiene información sobre sexualidad durante el embarazo. Hospital Municipal de Cuenca, 2022.....	36
Figura 11. Comparación de medias de la puntuación total de la escala EVAS-M según frecuencia coital. Hospital Municipal de Cuenca, 2022.	37
Figura 12. Comparación de medias de la puntuación total de la escala EVAS-M por última relación sexual según trimestre del embarazo. Hospital Municipal de Cuenca, 2022.	38
Figura 13. Comparación de medias de la puntuación total de la escala EVAS-M según considera que durante la gestación su autoestima se mantiene. Hospital Municipal de Cuenca, 2022.....	39
Figura 14. Comparación de medias de la puntuación total de la escala EVAS-M según considera que no practica la actividad sexual por miedo a dañar al feto. Hospital Municipal de Cuenca, 2022.....	40

Índice de tablas

Tabla 1. Distribución de la muestra según las variables edad, estado civil, nivel de instrucción, tipo de residencia y religión. Hospital Municipal de Cuenca, 2022.	24
Tabla 2. Distribución de embarazadas según edad gestacional, número de gestas, información, frecuencia coital, trimestre del embarazo, autoestima y miedo de daño al feto. Hospital Municipal de Cuenca, 2022.	25
Tabla 3. Frecuencia de la actividad sexual según los trimestres del embarazo. Hospital Municipal de Cuenca, 2022.	27

Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Yo, KARLA VERÓNICA MOLINA PULGARÍN en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA ACTIVIDAD SEXUAL EN PACIENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MUNICIPAL DE CUENCA 2022", 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, 04 de enero del 2023



KARLA VERÓNICA MOLINA PULGARÍN

C.I: 0104831680

Cláusula de Propiedad Intelectual

Yo, KARLA VERÓNICA MOLINA PULGARÍN, autora del trabajo de titulación "PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA ACTIVIDAD SEXUAL EN PACIENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MUNICIPAL DE CUENCA 2022", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 04 de enero del 2023.



KARLA VERÓNICA MOLINA PULGARÍN

C.I: 0104831680

RECONOCIMIENTO

Yo, Karla Verónica Molina Pulgarín, autora de la Tesis “Prevalencia y factores asociados a la Actividad sexual en pacientes embarazadas atendidas en el Hospital Municipal de Cuenca 2022.”; reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al ART. 5, literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este, requisito para la obtención de mi título de Magíster en Sexología. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afeción alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, 04 de enero del 2023



Karla Verónica Molina Pulgarín

C.I: 0104831680

AGRADECIMIENTO

A Dios por nunca soltarme de la mano en el camino que he tenido que recorrer, por ser el pilar fundamental en mi vida.

A mi amado hijo José David que es mi sueño hecho realidad, el que me impulsa a ser mejor cada día, a mi querido esposo David Solís, porque ha sido uno de los autores principales de apoyo durante la carrera, brindándome amor, apoyo incondicional para llegar hasta el final.

A mi familia, por demostrarme el verdadero significado de la misma, por todo el apoyo y amor incondicional que se veía reflejado mientras estaba en cada clase de la Maestría estando a lado de mi hijo brindándole todo su amor y cariño.

A mi querida amiga Fernanda Segarra por ser la mejor cómplice de todas las aventuras que hemos pasado juntas, por llenar mi vida de grandes momentos compartidos.

A la Dra. Brigith Borja por ayudarme a llegar al final de este trabajo de titulación, por apoyarme con sus conocimientos sin ningún pretexto y por estar siempre dispuesta a ayudarme.

A mis profesores que han sido una gran guía, que han compartido con dedicación todos sus conocimientos y experiencia en la Especialidad.

Cuenca, agosto de 2022

Karla Verónica Molina Pulgarín

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo principalmente a Dios por siempre guiar mis pasos firmemente y aprender a levantarme en momentos de debilidad y aprender de errores cometidos.

A mi hijo José David que con su existencia ha sido la motivación más grande para culminar cada etapa y proyectar mi futuro, te amo hijito mío. A mi querido esposo por ser el pilar fundamental de nuestra familia, por el apoyo y el amor que le pone cada día para poder superar cualquier adversidad juntos.

A mis queridos padres por tanto amor en cada situación que se presenta.

Cuenca, agosto de 2022

Karla Verónica Molina Pulgarín

I. INTRODUCCIÓN

La sexualidad es uno de los elementos más complejos pero básico del comportamiento humano. La expresión de la sexualidad se da por diferentes aspectos psicológicos, culturales y sociales. Cuando el ser humano percibe una vivencia saludable de la sexualidad logra mantener un equilibrio psicofísico y por lo tanto mejora su estado general de salud.¹

La sexualidad no solo es la necesidad para la continuidad de la vida, sino también un punto indispensable de convivencia y comunicación con otros seres humanos.² El estado de gestación produce cambios en muchos aspectos en la vida de la mujer, incluyendo en su respuesta sexual, y por lo tanto de su entorno familiar.²

Durante el embarazo aparecen los conflictos personales y de pareja ya que surgen nuevos sentimientos y emociones, como la ansiedad e incertidumbre; que están en relación con la espera y la llegada de su nuevo hijo/a, que en algunas ocasiones se suman a los ya existentes.³

Durante el periodo de gestación la regularidad del coito y el deseo sexual se reducen y en algunos casos hay preferencia por algunas prácticas sexuales, estos cambios son originados por mitos sobre la posible afectación del embarazo en el acto sexual, debido a que piensan que las relaciones sexuales adelantan el trabajo de parto, que pueden producir un aborto, que la penetración puede hacer daño al feto, además la mujer embarazada experimenta cansancio físico y se siente menos atractiva para su pareja.¹

Los cambios en el comportamiento sexual son regulares y comienzan luego de la concepción. El deseo sexual durante el embarazo puede disminuir, aumentar y a veces mantenerse impasible. Sin embargo, estos cambios son muy personales y variados, ya que hay embarazadas que se sienten más femeninas y toman el embarazo y lo viven desde la sensualidad, en cambio hay otras que en el estado grávido el cansancio del peso del vientre, la angustia y el cambio hormonal hace que experimenten una disminución del deseo sexual.¹

La consulta médica permite que las mujeres expresen dudas y problemas que tienen que ver con su sexualidad. En la actualidad parece existir más conciencia y entendimiento de la importancia de la salud sexual para el bienestar social y personal, aunque por lo general los profesionales se acostumbran a tratar temas muy generales, dejando de lado la satisfacción y el placer sexual, esto se debe a muchas razones como el tabú, pudor y sobre todo el desconocimiento del tema.

Los prejuicios, la falta de información y el desconocimiento acerca de este tema han llevado a que se trate de una forma errónea la realidad sexual.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dentro de investigaciones a nivel mundial se encuentran los siguientes datos. En un estudio realizado en Barcelona – España en 213 gestantes, el 86% experimentó variaciones en su sexualidad. El deseo disminuyó de una puntuación de 3,93 al inicio, hasta otra de 2,75 al final, la frecuencia de las relaciones sexuales pasó de 2,37 veces semanales al inicio a 1,26 al final, y la satisfacción con la sexualidad se redujo desde los 7,03 puntos iniciales hasta los 4,28 puntos finales. Estos cambios se atribuyeron a las molestias físicas (60% en el tercer trimestre) y al temor de dañar al feto (23%).⁴

En otro estudio realizado en el Eje Cafetero (Colombia), se analizaron 1140 gestantes, la prevalencia de disfunciones sexuales en el grupo estudiado fueron, en el primer trimestre 39,79%, en el segundo trimestre 44,37% y en el tercer trimestre 71,87%. La disfunción sexual presentada con más frecuencia en la población total, fue el trastorno del deseo (71,89%), seguido por la alteración del orgasmo (39,79%), y en tercer lugar la presencia de dolor (26,45%). La satisfacción sexual disminuyó 20,62%.⁵

Según un estudio realizado en Venezuela con una muestra de 345 gestantes la frecuencia de disfunción sexual fue 63,5 %, en el primer trimestre fue 62,9 %, en el segundo 55,9 % y en el tercero del 75 %. La fase más afectada fue el deseo (67 %), la menos afectada fue la lubricación (33 %), todos los dominios se modificaron con la edad gestacional.¹

Así también, en un estudio del comportamiento de la conducta sexual durante el embarazo en un grupo de púerperas en Cuba, en una muestra de 300 mujeres, se concluyó que el deseo sexual se mantuvo en las pacientes estudiadas, pero la frecuencia de las relaciones sexuales disminuyó a medida que el embarazo avanzaba, teniendo en cuenta que los estudios que se han realizado coinciden con una variación dependiendo del trimestre de gestación en el que se encuentran las mujeres.⁶

En el Ecuador en un estudio realizado en la Ciudad de Quito en una muestra de 150 mujeres gestantes, los resultados mostraron un modelo parecido de descenso en la actividad sexual a comparación con la condición antes del embarazo, durante el primer, segundo y tercer trimestre en frecuencia coital, deseo sexual, orgasmos y lubricación con una significancia menor a 0,001; excepto por dolor y comunicación con la pareja donde no hubo diferencias. El 46% creía que el coito en el tercer trimestre podría desencadenar el parto.⁷

El embarazo es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la concepción y termina con el parto y el nacimiento del producto a término. Aquel que no cursa con criterios de riesgo y debe ser atendido por el primer nivel de complejidad.⁸

Durante el embarazo, tanto el deseo sexual como la frecuencia del coito disminuyen, y existe cierta preferencia por algunas prácticas sexuales; cambios generados por ciertos mitos sobre la afectación del embarazo durante el acto sexual, el cansancio físico y el hecho de sentirse menos atractiva por parte de la pareja.¹

Por lo general, la falta de información y conocimiento suele impedir las prácticas sexuales por el miedo que se genera ante la probabilidad de causar complicaciones, partos prematuros o abortos. Durante el embarazo, la creencia se inclina hacia una reducción de: frecuencia de coitos, interés sexual, satisfacción sexual y capacidad orgásmica de la gestante; los tabúes y creencias hacen que, en algunas ocasiones, las gestantes tomen resoluciones equivocadas. El interés sexual de la embarazada se ve disminuido en el primer trimestre, pero es en el segundo y tercero cuando se hace más marcada.⁹

Hay pocos estudios sobre la conducta sexual durante el embarazo, las relaciones sexuales durante el embarazo han estado sujetas a especulación, durante varios años, en donde el desconocimiento y el miedo por hacer daño al feto o un posible parto prematuro prima en muchas de las mujeres las cuales escasamente han sido informadas por parte del equipo de salud.

Formulación del problema

Por lo anteriormente expuesto, se planteó la siguiente pregunta: ¿Cuál es la prevalencia y los factores asociados a la actividad sexual en pacientes embarazadas atendidas en el Hospital Municipal de Cuenca 2022?

III. JUSTIFICACIÓN

Frente a la realidad de la sexualidad en el embarazo y la falta de información, se plantea la presente investigación. Existen pocos estudios que tienen que ver con el tema, pero se debe tomar en cuenta que el embarazo influye inevitablemente sobre la sexualidad en las personas. La mayoría de las mujeres en periodo de gestación desconocen las variaciones que se producen a nivel hormonal y en sus cuerpos, hechos que cambian el ciclo natural de su vida sexual.

Los beneficiarios de la investigación serán: la sociedad en general, la mujeres en periodo de gestación y sus parejas, las cuales obtendrán mayor información sobre la actividad sexual durante el embarazo;

el personal médico, al poner a su alcance la realidad del problema y puedan establecer con sustento medidas correctivas respecto a la información brindada a las pacientes gestantes, en el área Institucional: la Universidad de Cuenca al tener investigaciones sobre la población de mujeres embarazadas, la casa médica en donde se realizará el estudio Hospital Municipal de Cuenca ya que se podrá tener datos que apoyen a la correcta promoción y aplicación de las políticas presentes sobre el componente de la salud sexual y reproductiva y así restablecer la calidad de atención a las mujeres en estado de gestación.

La investigación es viable, ya que se cuenta con los medios humanos y económicos, además metodológicamente es posible de realizarse y operativamente también. Los resultados serán difundidos por los medios pertinentes a los directores y personal de salud del Hospital Municipal de Cuenca; también se efectuarán los trámites para permitir la publicación en una revista médica indexada, como la revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, que apoye la diseminación generada con la investigación.

El presente proyecto se enmarca dentro de las prioridades de investigación del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP)2013-2017: Área: materna; línea de investigación: no presenta una línea específica para el tema, bajo el enfoque de sexualidad.¹⁰ En la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, línea: Salud Sexual y Reproductiva, en la Maestría en Sexología, línea: Aspectos psico-biológicos de la sexología, y en los Objetivos de Desarrollo sostenibles (ODS-2030) línea: salud y bienestar, meta 3,7: Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.¹¹

IV. FUNDAMENTO TEÓRICO

4.1. Deseo sexual

La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe la salud sexual como la experiencia de un desarrollo progresivo de bienestar físico, mental y sociocultural vinculado con la sexualidad. La salud sexual comprende tres conceptos básicos: la aptitud para gozar de la actividad sexual, la ausencia de trastornos orgánicos y la ausencia de temores.¹²

La sexualidad de hombres y mujeres puede cambiar a lo largo de la vida debido a una serie de factores como la salud, las relaciones y las variables socioculturales. En las mujeres, también influyen las circunstancias relacionadas con la reproducción. Tanto en el embarazo como en el puerperio se

perciben profundos cambios fisiológicos, hormonales y psíquicos que influyen en la función sexual y que pueden prolongarse incluso hasta 6 meses después del parto.⁴

Muchos de los cambios tienen relación con disfunciones sexuales como dispareunia, pérdida del deseo, anorgasmia, entre otros; y pensamientos enfocados en el feto, como el hacer daño al producto o ideas que están relacionadas con parto pretérmino.⁴ Así encontramos estudios relacionados con el tema:

Carta y González, en un estudio realizado en Venezuela, con 345 gestantes, la frecuencia de disfunción sexual fue 63,5%, en el primer trimestre 62,9%, en el segundo 55,9% y en el tercero 75%. La fase más afectada fue el deseo (67%), la menos afectada fue la lubricación (33%), todos los dominios se modificaron con la edad gestacional ($p < 0,05$), menos el dolor ($p = 0,068$). La frecuencia de actividad sexual fue 2-3 veces por semana en 34,2%, el coito fue la actividad sexual predominante (78,0%), la actividad sexual se vio limitada por dificultad de las posiciones sexuales (35,9%), temor a hacer daño al bebé (25,5%) y miedo al aborto (15,3%).¹

Maiellano, en Colombia, estudió una muestra de 1.440 gestantes colombianas, de las cuales la edad promedio fue de $24,9 \pm 6,57$ años; 39,02% se encontraban en unión libre y el 57,29% tenían nivel de secundaria. Encontró que la frecuencia de las relaciones sexuales de la embarazada disminuye en el tercer trimestre.¹³

Actualmente hay muy pocos estudios sobre la sexualidad durante el embarazo. Es importante señalar que existen cambios que llegan a afectar la vida sexual de la pareja a lo largo de los trimestres del embarazo, relacionados con cambios de ánimo, desconocimiento y afecciones fisiológicas. Es importante saber que a menos de que existan circunstancias especiales tales como aborto o hemorragia, la actividad sexual durante el embarazo no es nociva para la madre ni para el producto y tampoco adelanta el trabajo de parto.¹⁴

La correlación de la actividad sexual durante el embarazo, el puerperio inmediato y sus efectos ha estado propenso durante un largo tiempo a especulación. Sin embargo, la sexualidad como expresión de la personalidad, es única, personalizada e irrepitible, cuando se enfrenta al transcurso reproductivo, debería haber un proceso de aceptación y adaptación, así como también a la variación del disfrute sexual.¹⁵ Masters y Johnson fueron pioneros en realizar estudios con una observación sistematizada y directa de la conducta sexual de las parejas. Así generaron el modelo de la respuesta sexual humana, dividiéndola en cinco fases las cuales son: deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución.¹⁶

Es complejo estudiar un fenómeno tan difícil como es la sexualidad humana, ya que este comportamiento ha cambiado en el tiempo y los diferentes grupos humanos.¹⁷ Los cambios en la conducta sexual son frecuentes y comienzan después de la concepción. La falta de satisfacción sexual en la mujer embarazada da lugar a problemas que se manifiestan en forma de queja a nivel de deseo, frecuencia de relaciones sexuales, respuesta y comportamiento sexual.¹⁸

El mundo evoluciona día a día y las nuevas generaciones van dejando atrás las creencias y los prejuicios antiguos, sin embargo, pese a la nueva forma de ver la vida, aún persisten temores y prejuicios debido a conocimientos erróneos; de esta forma la edad de las mujeres tiene un papel importante en el comportamiento sexual durante el embarazo. Por otro lado, influye el grado de instrucción ya que un nivel de conocimiento bajo relacionado con la sexualidad durante el embarazo por parte de las mujeres en estado de gestación hace que este proceso no se lleve de una manera confiada y adecuada, además del lugar de convivencia ya que en la zona rural las mujeres son cohibidas y conservadoras.¹⁸

4.2. Respuesta sexual humana

El término respuesta sexual designa el conjunto de cambios biológicos, psicológicos, afectivos y socioculturales. Los factores biológicos de la respuesta sexual actúan en el sistema nervioso central y periférico, el sistema neuromuscular y el aparato cardiovascular.¹⁹

4.3. Fases de la respuesta sexual humana

Cada ciclo de respuesta sexual frente un estímulo específico efectivo se divide en las siguientes fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución. La fase de excitación es el inicio de la reacción al estímulo sexual, donde las diferentes estructuras orgánicas inician modificaciones específicas. En la fase de meseta estas modificaciones se mantienen o se incrementan hasta alcanzar la fase de orgasmo, con contracciones musculares genitales que son muy placenteras. Luego del orgasmo se produce la fase de resolución, aquí el organismo recupera su situación basal, tal y como se encontraba antes de enfrentarse al estímulo erótico que inició la reacción.²⁰

En tiempos pasados algunos autores planteaban posibles consecuencias nocivas de las relaciones sexuales durante el embarazo, relacionándolas con el parto pretérmino. Cambios físicos: en la mujer embarazada se pueden encontrar numerosos cambios físicos que afecta a su sexualidad entre ellos se destacan los siguientes:¹⁹

- Aumento de volumen del útero grávido, lo cual impide desplazamientos adecuados y la movilidad durante el coito, conforme avanza el embarazo habrá alteraciones respiratorias debido a la elevación del diafragma a partir del tercer trimestre, lo que puede provocar disnea.¹⁹
- El sistema cardiovascular también influye en la actividad sexual de la embarazada, debido al aumento del gasto cardíaco, reducción de la resistencia vascular sistémica y, por lo general, un ligero descenso en la presión arterial media, lo cual puede provocar cansancio y somnolencia.¹⁹
- Se produce un aumento del flujo sanguíneo, causando mayor sensibilidad genital y mamaria y así mejora el placer en la actividad sexual.¹⁹

Cambios Hormonales:

- La BHCG juega un papel importante en el embarazo en la mayoría pacientes, el inicio de las náuseas se presenta dentro de las cuatro a seis semanas después del último período menstrual, con un pico a la semana nueve, en el 60% la sintomatología se resuelve al final del primer trimestre de la gestación, en el 90% a la semana veinte, sin embargo en el 10% de los casos, pueden continuar sobre la mitad del embarazo, incluso hasta el parto.²¹
- Otra hormona importante en el embarazo es el estriol, de muy baja potencia como estrógeno, pero de elevada producción en caso de embarazo²², que genera el comportamiento “estro” o calor sexual de la mujer.¹⁹
- Distintas investigaciones manifiestan que se la lubricación es menor en el primer trimestre que en el último, debido a que la placenta produce gran cantidad de hormonas aumentando así el flujo y lubricación vaginal favoreciendo la sexualidad de la pareja.²³

Cambios psicosociales y emocionales:

- Para algunas mujeres la transformación de su cuerpo puede provocar una alteración desfavorable en la percepción erótica de la mujer. Estos factores pueden llegar a tener una influencia negativa en la actividad sexual de la pareja y en la respuesta sexual.¹⁹
- La presencia del feto hace que tanto la mujer como el hombre sientan miedo a provocar algún daño al hijo que está por nacer, este es un impedimento para una adecuada actividad sexual.¹⁹

- La disfunción sexual durante el embarazo puede conllevar a la ruptura de las parejas, desembocando en el divorcio.¹⁹
- También, es posible que aparezca el consumo de algunas sustancias (alcohol, tabaco o drogas ilícitas) que pueden afectar al entorno social de la embarazada.²⁴

Hay una elevada frecuencia de disfunción durante la gestación, que es mayor en el primer y tercer trimestre. La fase que más se afectó fue el deseo y la menos afectada la lubricación.¹

En la sexualidad intervienen una serie de acontecimientos influenciados desde la sociedad y cultura del individuo. La reproducción es un hecho sexual de los seres humanos, donde se tiende a dar diferentes significados y sentimientos, a las creencias, religión, cultura y sociedad.²⁵

La percepción de la mujer gestante se ve alterada por sus creencias y miedos a dañar al futuro bebé, la sexualidad en la gestación se ve modificada por factores como la edad, estado civil, nivel de instrucción entre otras, y claramente la edad gestacional y el número de embarazo.²⁶

V. OBJETIVOS

5.1. Objetivo general

Identificar la prevalencia y factores asociados a la actividad sexual en pacientes embarazadas atendidas en el Hospital Municipal de Cuenca durante el período marzo–agosto 2022.

5.2. Objetivos específicos

- Caracterizar a la población de estudio según variables sociodemográficas: estado civil, edad, nivel de instrucción, religión y residencia.
- Caracterizar a la población de estudio según variables obstétricas: edad gestacional, número de embarazo, frecuencia coital; y psicológicas: satisfacción sexual, miedo y autoestima.
- Determinar la prevalencia de la actividad sexual en los diferentes trimestres del embarazo.
- Establecer la relación entre la actividad sexual y los factores sociodemográficos, obstétricos, psicológicos y sociales del embarazo.

5.3. Hipótesis

La prevalencia y los factores asociados a la actividad sexual en pacientes embarazadas atendidas en el Hospital Municipal de Cuenca durante el período marzo–agosto 2022 son similares a los encontrados en la literatura académica.

VI. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1. *Diseño del estudio*

Estudio cuantitativo analítico de corte transversal.

6.2. *Área de estudio, población, universo y muestra*

La investigación se realizó en el Hospital Municipal de Cuenca, en el Departamento de Ginecología, Área de consulta externa, localizado en la Ciudad de Cuenca, perteneciente a la Zona de Salud 6 del Ecuador.

La población estuvo constituida por todas las pacientes que acuden a consulta externa del área de ginecología del Hospital Municipal de Cuenca.

El universo de estudio fue estructurado con un total de 900 pacientes con diagnóstico de embarazo simple, atendidas en el Departamento de Ginecología, área de consulta externa del Hospital Municipal de Cuenca; se aplicó un intervalo de confianza del 95% y con margen de error del 5%, por lo que se calculó una muestra de 175 pacientes, en donde ya se consideraron las posibles pérdidas de pacientes.

6.3. *Criterios de inclusión*

- Mujeres diagnosticadas con embarazo simple que acudieron a la consulta externa del Hospital Municipal de Cuenca y aceptaron su participación con la firma del consentimiento informado.

6.4. *Criterios de exclusión*

- Pacientes en las que no se contó con la información completa en la historia clínica, pacientes que tuvieran patologías graves como amenaza de aborto en el primer trimestre, y pacientes que presentaron placenta previa.

6.5. *Variables de estudio*

La variable resultado o dependiente es la actividad sexual durante el embarazo. Además, se incluyeron en el estudio otras variables descriptivas, modificadores y predictoras, tales como: edad, estado civil, nivel de instrucción, residencia, religión, edad gestacional, número de embarazo, información sobre sexualidad durante el embarazo, frecuencia coital, satisfacción sexual, orgasmo, deseo de mantener

relaciones sexuales, lubricación, dolor durante las relaciones sexuales, buena relación con la pareja, miedo y autoestima. La operacionalización de las variables se presenta en el Anexo 1.

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

El método utilizado fue la observación; asimismo, la técnica aplicada fue la encuesta con escala validada del instrumento EVAS-M, con la cual se pudo recolectar la información necesaria mediante el diseño de un formulario integral, con base en las variables consideradas para la realización del estudio (Anexo 2).

La clasificación generada por la aplicación del instrumento EVAS-M se llevó a cabo mediante los criterios del siguiente cuadro:



ESCALA DE VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD SEXUAL (EVAS – M)

Dominio	Preguntas	Rango	Ponderación	Puntuación mínima	Puntuación máxima
Deseo	3	1-5	2	2	10
Excitación	4	1-5 inversa	2	2	10
Lubricación	5	1-5 inversa	2	2	10
Orgasmo	6	1-5	2	2	10
Satisfacción	1 y 8	1-5	1	2	10
Dolor	7	1-5 inversa	2	2	10
<i>Rango o puntuación total de la escala</i>				12	60

Score <38 Probable Disfunción Sexual Femenina

- La Calle P, García J, De la Fuente L, Fernández Agís I. Escala de Valoración de la Actividad Sexual en la Mujer (EVAS-M). Construcción y análisis preliminares Sexología Integral 2008; 5(3): 114-116.
- La Calle P, García J, Fernández Agís I, De la Fuente L, García M. Escala de Valoración de la Actividad Sexual en la Mujer (EVAS-M). Validación a través de entrevista con experto. Sexología Integral 2009;7(4)

6.7. Procedimiento

Se realizó una solicitud dirigida al director del Hospital Municipal de Cuenca, Dr. Mario Humberto Alvarado Paredes, para viabilizar la ejecución del estudio y coordinar la participación de las personas (Anexo 3).

Se elaboró el instrumento de recolección de datos, formulario donde constan las variables de estudio relacionadas con datos sociodemográficos, físicos y psicológicos; además, se incluyó la Escala de Valoración de la Actividad Sexual en la Mujer (EVAS-M), el mismo que fue revisado por la directora del proyecto de investigación.

El director y asesor de tesis se encargó de realizar la revisión del instrumento de recolección de datos. También, se llevó a cabo una prueba piloto, que fue aplicada a 10 personas en el centro médico APROFE en la Ciudad de Cuenca, donde se evidenciaron aspectos importantes como el tiempo medio para la obtención de los datos, el cual fue de 10 minutos en cada persona y que se había omitido una pregunta importante que fue en que trimestre del embarazo tuvo su última actividad sexual.

Se identificó la población a incluirse en la investigación y se informó acerca de los objetivos, procedimientos y consideraciones éticas del estudio; tras la aceptación, las participantes firmaron el consentimiento informado (Anexo 4).

Se procedió a la recolección de datos con el llenado de los formularios por parte del encuestador, lo cual fue realizado por la investigadora, así como también la revisión de la información y análisis por el equipo de investigación; luego, se ingresaron los datos al programa SPSS versión 24.

6.8. Plan de tabulación y análisis de datos

En la exposición de los resultados, se usaron tablas simples y compuestas. Con la intención de resumir la investigación se presentaron: variables cuantitativas con la media aritmética (\bar{x}) y la desviación estándar (DS), en caso distribución normal o con la mediana y rango intercuartil cuando no se comprobó normalidad; para variables cualitativas se presentan frecuencias (N°) y porcentajes (%).

En la comparación de datos (variables independientes) y con la intención de confirmar diferencias entre grupos, se consideró un intervalo de confianza del 95% y se usaron pruebas de contrastación de hipótesis: el Test de Chi cuadrado para las variables cualitativas y, en las cuantitativas, la prueba T de Student para la diferencia de medias entre dos grupos y la prueba ANOVA cuando se tuvieron 3 o más grupos, examinando diferencias estadísticamente significativas según un p -valor < 0.05 . En el manejo, la presentación y el análisis de datos se usaron los programas Minitab Express 1.4, SPSS 24, Epi Info 07 y Microsoft Word 2016.

6.9. Consideraciones bioéticas

- Por la naturaleza del estudio y su diseño, los riesgos para las participantes fueron leves; en su lugar, los beneficios potenciales son mayores, además se facilitó a cada participante un tríptico con información sobre la sexualidad durante el embarazo una vez que se concluyó con el llenado del formulario.
- El manejo de los datos recolectados en todo momento fue confidencial, con el uso de códigos en lugar de los nombres. Además, el manejo de la base de datos y formularios fue únicamente

por los responsables directos de la investigación: director y asesor del estudio, además del investigador principal.

- Previo a la ejecución del estudio, el presente protocolo fue revisado y aprobado por los comités de investigación y bioética pertinentes.
- Antes de iniciar el proceso de recolección se solicitó mediante un oficio, la autorización para la realización del estudio a los directores de la casa de Salud, en donde se realizó la investigación.
- El investigador principal obtuvo el consentimiento informado de cada participante en la investigación a través de una encuesta a cada individuo. Se les informó los objetivos del estudio, propósitos, beneficios, riesgos potenciales, la duración del estudio, la posibilidad de abandonar el estudio cuando lo consideren necesario y la confidencialidad del manejo de los datos entregados.
- El acceso a base de datos y formularios se mantendrán al alcance del Comité de Bioética para la verificación de datos.
- Culminada la investigación permanecerá en archivo la base de datos anonimizados y los formularios durante un periodo de 2 años; cumplido el tiempo mencionado el investigador principal eliminará la información.
- El financiamiento de la investigación fue cubierto en su totalidad por la autora, se declara que no existe conflictos de interés.

VII. RESULTADOS

Con la aplicación del instrumento de recolección de datos en la muestra de 175 mujeres embarazadas del Hospital Municipal de la ciudad de Cuenca, se obtuvieron los siguientes resultados:

7.1. *Variables sociodemográficas*

Tabla 1. Distribución de la muestra según las variables edad, estado civil, nivel de instrucción, tipo de residencia y religión. Hospital Municipal de Cuenca, 2022.

Variable	Categorías	Nro.	%
Grupos de Edad	18 a 25 años	63	36,0%
	26 a 32 años	72	41,1%
	33 a 39 años	34	19,4%
	40 años o más	6	3,4%
Estado civil	Soltera	29	16,6%
	Casada	92	52,6%
	Unión libre	54	30,9%
Nivel de Instrucción	Primaria	9	5,1%
	Secundaria	141	80,6%
	Superior	25	14,3%
Tipo de residencia	Urbana	112	64,0%
	Rural	63	36,0%
Religión	Católica	148	84,6%
	Evangélica	12	6,9%
	Cristiana	15	8,6%
Total		175	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Elaborado por: Karla Molina.

El 41,1% de las embarazadas tuvieron de 26 a 32 años; la media de la edad y su desviación estándar fue de $28,05 \pm 6,18$ años (IC95%: 7,12–28,97). Del total de participantes, 52,6% eran casadas, 80,6% tenían nivel de educación secundaria, el 64,0% vivían en zonas urbanas y el 84,6% pertenecían a la religión católica.

7.2. Variables obstétricas

Tabla 2. Distribución de embarazadas según edad gestacional, número de gestas, información, frecuencia coital, trimestre del embarazo, autoestima y miedo de daño al feto. Hospital Municipal de Cuenca, 2022.

Variable	Categorías	Nro.	%
Edad gestacional (rangos)	De 1 a 13 semanas (Trim. I)	32	18,3%
	De 14 a 26 semanas (Trim. II)	35	20,0%
	De 27 semanas o más (Trim. III)	108	61,7%
Número de gestas	1	71	40,6%
	2	59	33,7%
	3	35	20,0%
	4	9	5,1%
	5	1	0,6%
Tiene información sobre sexualidad durante el embarazo	Sí	135	77,1%
	No	40	22,9%
Frecuencia coital semanal	Una (1) vez por semana	37	21,1%
	Dos (2) veces por semana	75	42,9%
	Tres o más (≥ 3) veces por semana	63	36,0%
Última relación sexual según trimestre del embarazo	Primer trimestre	65	37,1%
	Segundo trimestre	50	28,6%
	Tercer trimestre	60	34,3%
Considera que durante la gestación su autoestima se mantiene	Alta	38	21,7%
	Media	111	63,4%
	Baja	26	14,9%
Considera que no practica la actividad sexual por miedo a dañar al feto	Bastante	44	25,1%
	Poco	110	62,9%
	Nada	21	12,0%
Total		175	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Elaborado por: Karla Molina.

De acuerdo con los resultados de la tabla 2, el 61,7% de las embarazadas del estudio tienen 27 o más semanas gestacionales; allí el promedio y desviación estándar es de $27,3 \pm 10,7$ semanas (IC_{95%}: 25,71–28,91). Del total, el 40% han tenido una sola gesta al momento del estudio; 77,1% tienen información acerca de la sexualidad durante el embarazo; un 42,9% tienen relaciones sexuales 2 veces por semana. Asimismo, un 37,1% han tenido su última relación sexual durante el primer trimestre; 63,4% consideran que su autoestima es de nivel medio durante la gestación y 62,9% que la actividad sexual causa poco daño al feto.

7.3. Prevalencia de la actividad sexual según trimestre del embarazo

Tabla 3. Frecuencia de la actividad sexual según los trimestres del embarazo. Hospital Municipal de Cuenca, 2022.

Trimestre del embarazo	Frecuencia coital semanal						Total		p-valor
	Una (1) vez por semana		Dos (2) veces por semana		Tres o más (≥ 3) veces por semana				
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	
Primer trimestre	4	12,5%	20	62,5%	8	25,0%	32	100,0%	0,071
Segundo trimestre	5	14,3%	14	40,0%	16	45,7%	35	100,0%	
Tercer trimestre	28	25,9%	41	38,0%	39	36,1%	108	100,0%	
Total	37	21,1%	75	42,9%	63	36,0%	175	100,0%	

Fuente: Ficha de recolección de datos.

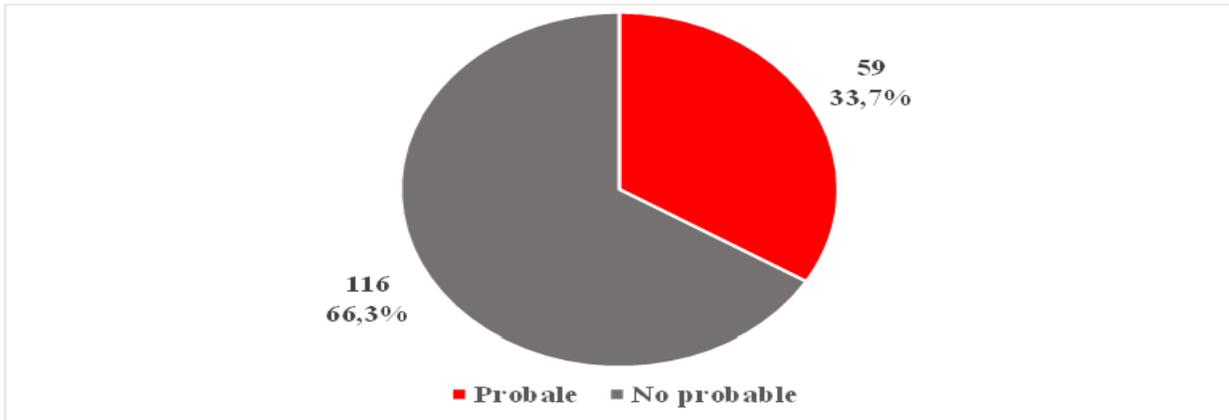
Elaborado por: Karla Molina.

Según los resultados de la tabla 3, durante el primer trimestre de embarazo la frecuencia coital más frecuente fue de 2 veces por semana con el 62,5%; para el segundo trimestre fue de 3 veces o más por semana con el 45,7% y para el tercer trimestre fue de 2 veces por semana con el 38,0%. Sin embargo, después del análisis de tablas de contingencia chi-cuadrado se encontró que no existe asociación significativa entre la frecuencia coital y el trimestre del embarazo, dado que el p-valor fue de 0,071, superior al nivel de significancia establecido en 0,05.

7.4. Relación entre la actividad sexual y los factores sociodemográficos, obstétricos, psicológicos y sociales del embarazo

Después de aplicar el instrumento EVAS-M, cuyos resultados por ítems se presentan en el Anexo 5, se obtuvo como resultado general que en el 33,7% de las embarazadas es probable la disfunción sexual femenina.

Figura 1. Distribución de embarazadas según posibilidad de disfunción sexual femenina. Hospital Municipal de Cuenca, 2022.

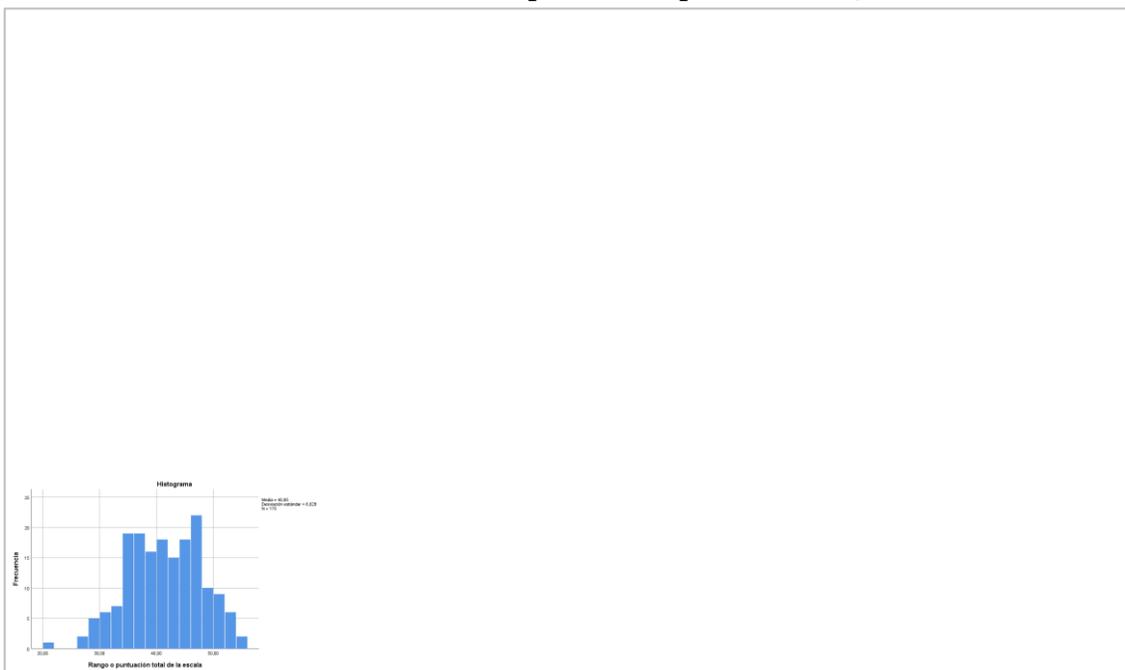


Fuente: Ficha de recolección de datos.

Elaborado por: Karla Molina.

Asimismo, se analizó la normalidad de la puntuación total de la escala EVAS-M, como se presenta a continuación.

Figura 2. Histograma de frecuencias y prueba de normalidad del rango o puntuación total de la escala EVAS-M. Hospital Municipal de Cuenca, 2022.



Pruebas de normalidad						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Rango o puntuación total de la escala	0,066	175	0,062	0,989	175	0,191

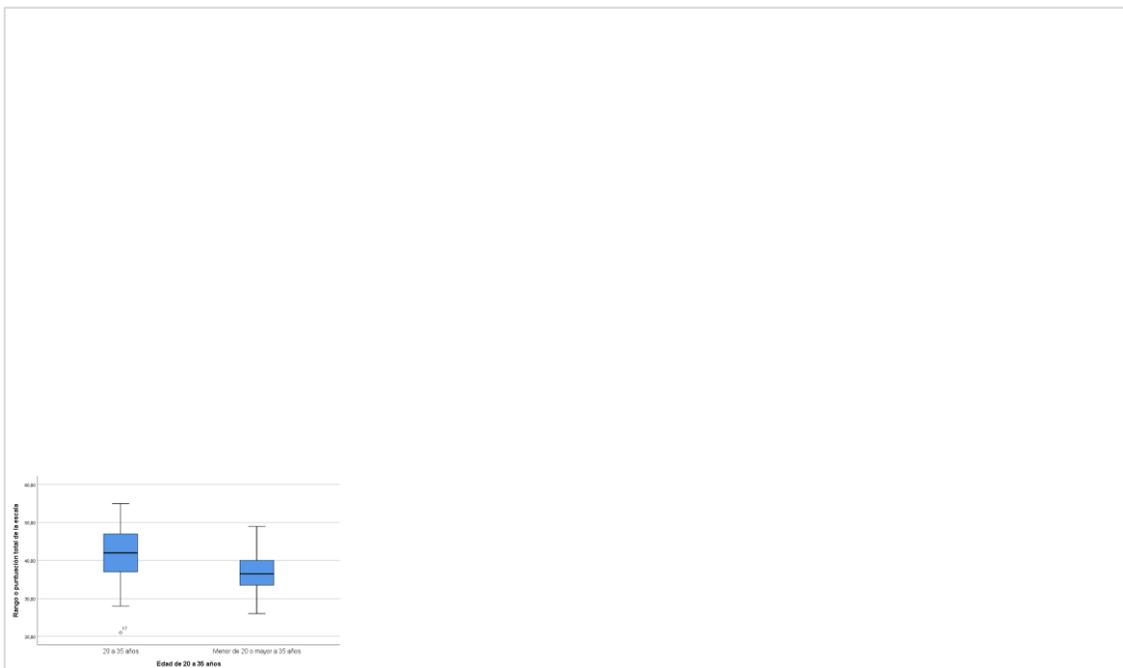
a. Corrección de significación de Lilliefors

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Elaborado por: Karla Molina.

En el histograma se puede apreciar que la variable rango o puntuación total de la escala presenta una distribución aproximada a una forma de campana de Gauss; en tanto que, la prueba de normalidad corrobora que la distribución de la puntuación total del EVAS-M presenta una distribución normal, dado que el valor p es superior a 0,05.

Figura 3. Comparación de medias de la puntuación total de la escala EVAS-M según edad de 20-35 años. Hospital Municipal de Cuenca, 2022.



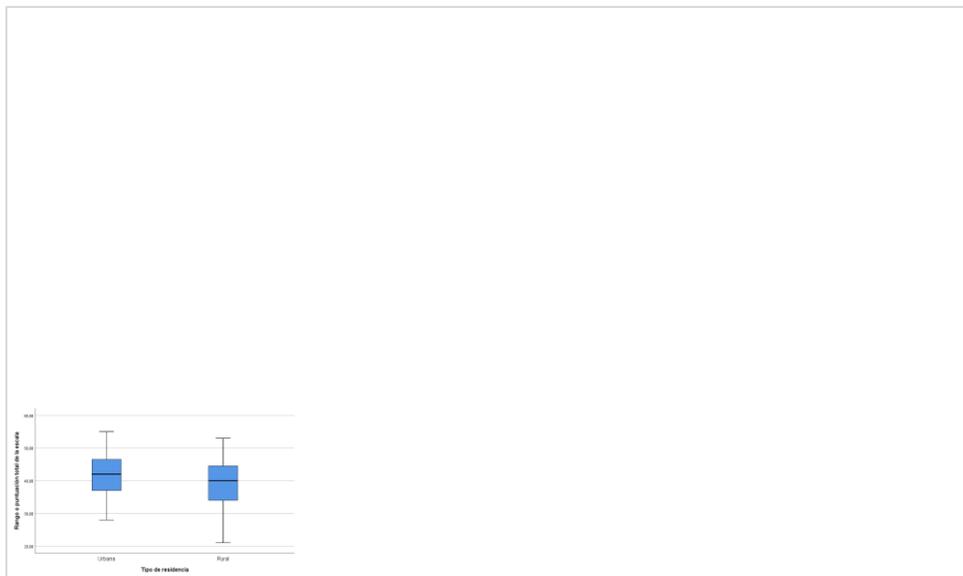
Edad	N	Media de puntuación EVAS-M	Desy. Estándar	t	p-valor
20 a 35 años	135	42,01	6,53	4,487	<0,001
Menor de 20 o mayor a 35 años	40	36,93	5,40		

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Elaborado por: Karla Molina.

En la figura 3, se puede apreciar que en el grupo de 20 a 35 años, la mediana de la puntuación EVAS-M es más alta que en otras edades fuera de ese rango. En consecuencia, la prueba t-Student indica que la diferencia de medias es significativa, dado que el p-valor es inferior a 0,001.

Figura 4. Comparación de medias de la puntuación total de la escala EVAS-M según tipo de residencia. Hospital Municipal de Cuenca, 2022.



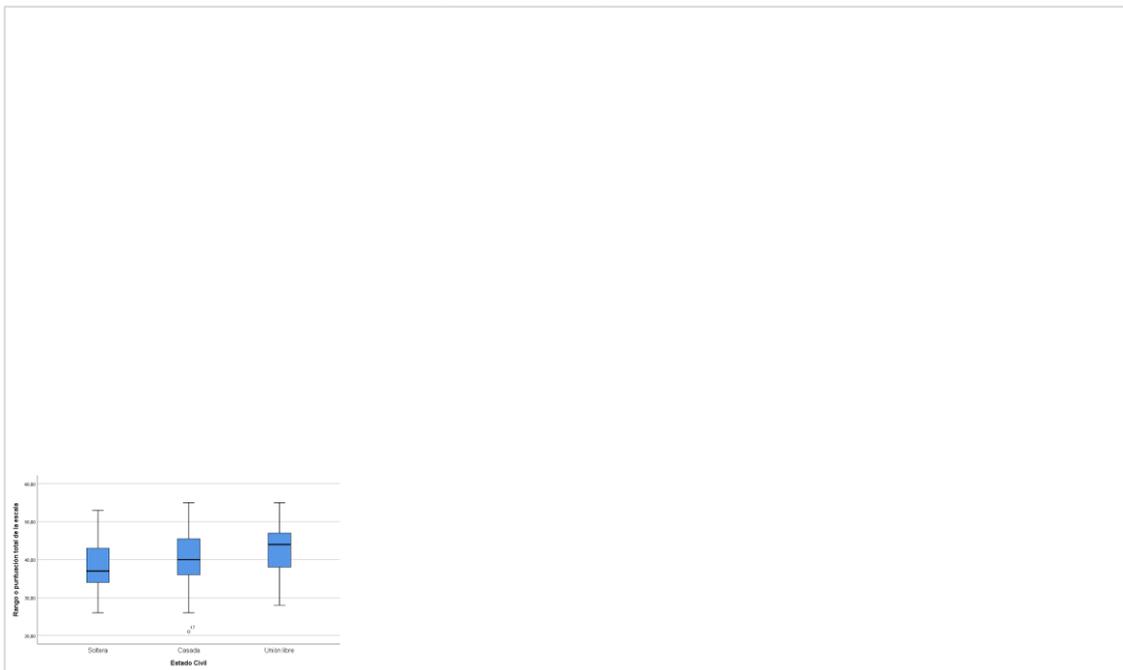
Tipo de residencia	N	Media de puntuación EVAS-M	Desy. Estándar	t	p-valor
Urbana	112	41,8	6,2	2,540	0,012
Rural	63	39,2	7,0		

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Elaborado por: Karla Molina.

La figura 4, muestra que las medianas de la puntuación EVAS-M se encuentran relativamente cercanas; no obstante, la amplitud es mayor en el grupo de embarazadas que residen en zonas rurales. La prueba t-Student indicó que existe una diferencia de medias significativa, dado que el p-valor es de 0,012, inferior al nivel de significancia de 0,05.

Figura 5. Comparación de medias de la puntuación total de la escala EVAS-M según estado civil. Hospital Municipal de Cuenca, 2022.



ANOVA

Rango o puntuación total de la escala

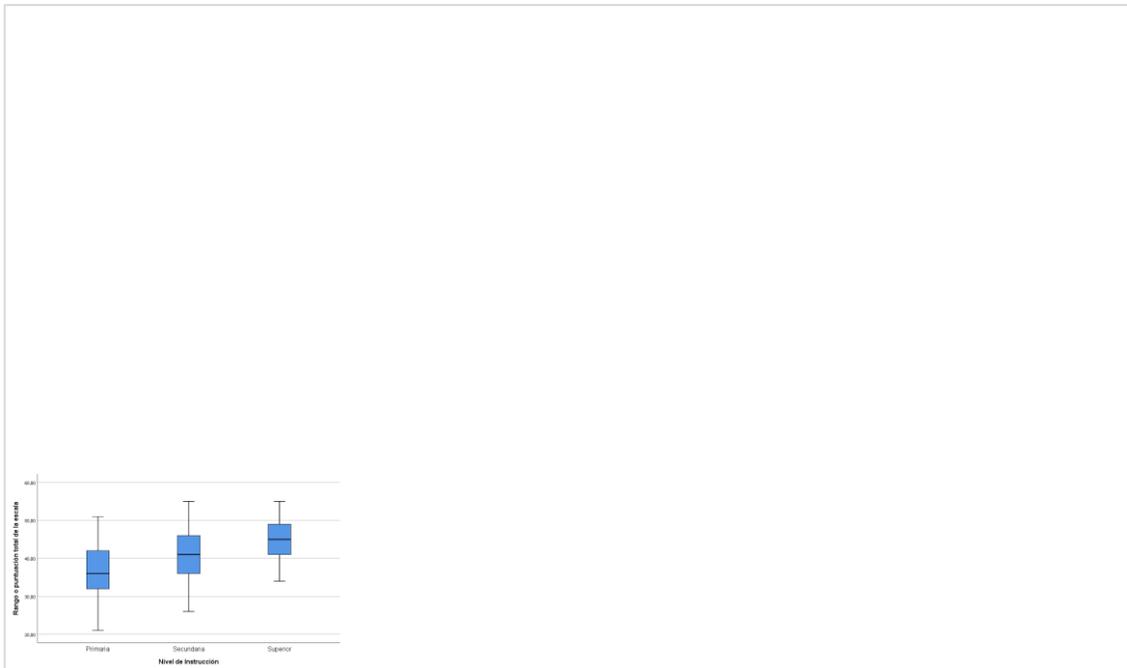
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	343,514	2	171,757	4,046	0,019
Dentro de grupos	7301,320	172	42,450		
Total	7644,834	174			

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Elaborado por: Karla Molina.

En la figura 5, se puede apreciar que las embarazadas en unión libre presentan una mediana de la puntuación EVAS-M superior a la mostrada en los grupos de mujeres casadas y solteras, siendo este último grupo el que presenta la menor mediana entre los estados civiles. El resultado de la prueba ANOVA estableció que la diferencia de medias es significativa entre los diferentes estados civiles, ya que el p-valor es de 0,019, menor que el nivel de significancia de 0,05.

Figura 6. Comparación de medias de la puntuación total de la escala EVAS-M según nivel de instrucción. Hospital Municipal de Cuenca, 2022.



ANOVA

Rango o puntuación total de la escala

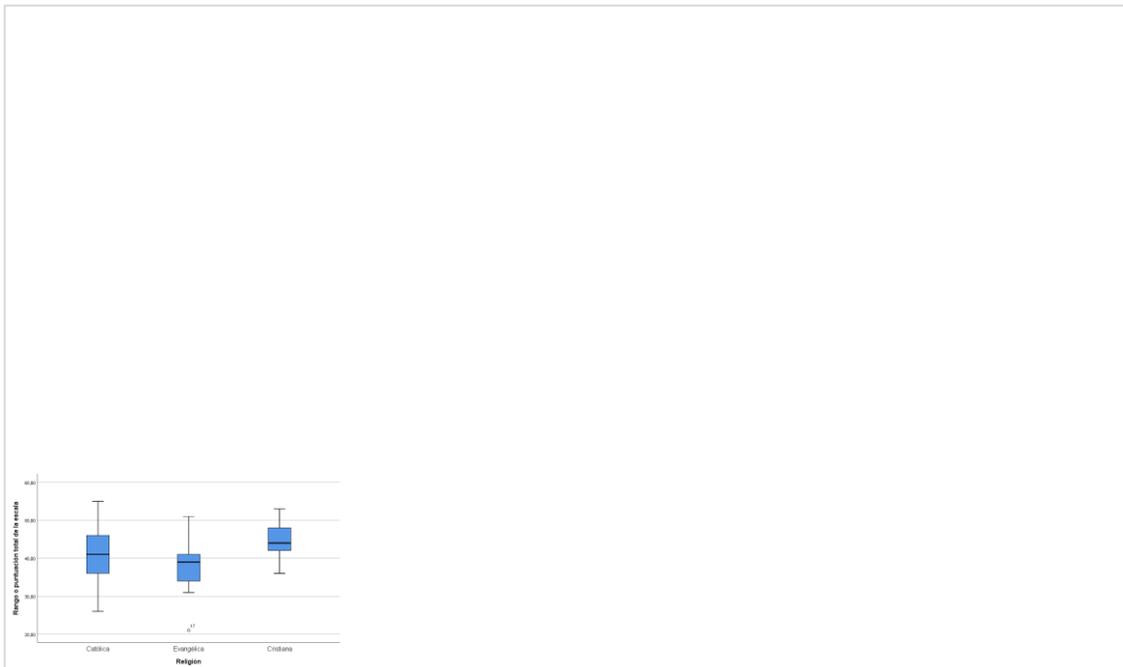
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	502,064	2	251,032	6,045	0,003
Dentro de grupos	7142,770	172	41,528		
Total	7644,834	174			

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Elaborado por: Karla Molina.

De acuerdo con la figura 6, la caja referida al conjunto de embarazadas con nivel de educación superior reflejó una mediana mayor que las mujeres con secundaria o con primaria. La prueba ANOVA indicó que la diferencia entre las medias fue significativa, dado que el p-valor fue de 0,003, inferior al nivel de significancia de 0,05.

Figura 7. Comparación de medias de la puntuación total de la escala EVAS-M según religión. Hospital Municipal de Cuenca, 2022.



ANOVA

Rango o puntuación total de la escala

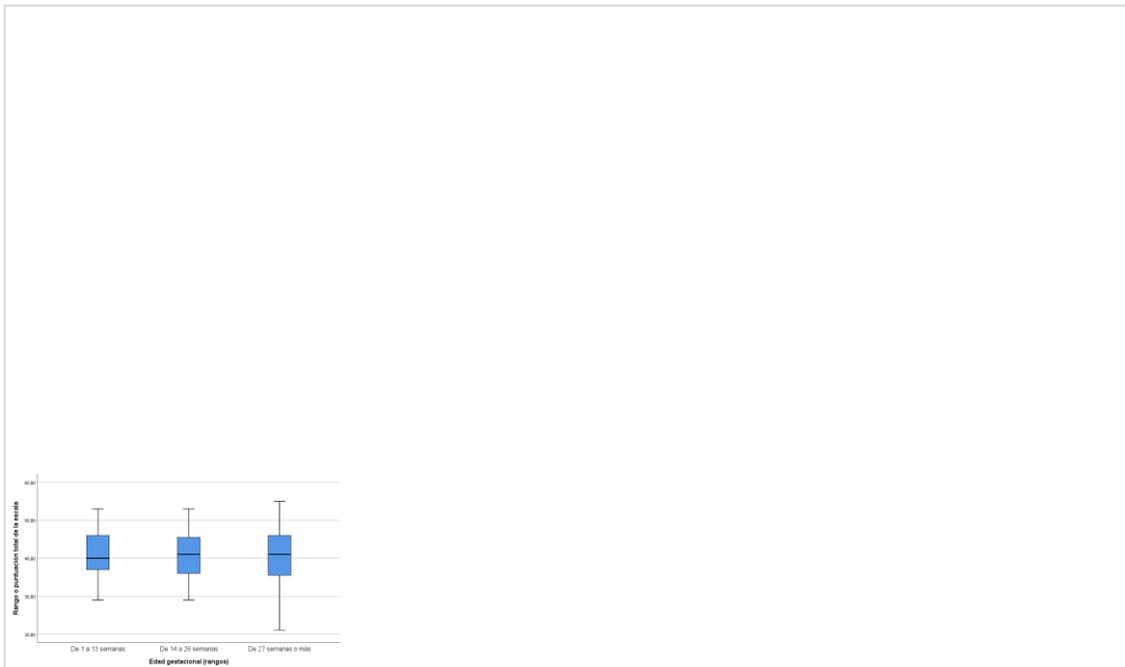
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	328,903	2	164,452	3,866	0,023
Dentro de grupos	7315,931	172	42,534		
Total	7644,834	174			

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Elaborado por: Karla Molina.

Según la figura 7, las embarazadas cristianas presentan la mediana más alta de la puntuación total EVAS-M, seguidas del grupo de mujeres católicas y, por último, el grupo de evangélicas. La diferencia entre los grupos es significativa según la prueba ANOVA, dado que el p-valor fue de 0,023, inferior al nivel de significancia de 0,05.

Figura 8. Comparación de medias de la puntuación total de la escala EVAS-M según edad gestacional. Hospital Municipal de Cuenca, 2022.



ANOVA

Rango o puntuación total de la escala

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	4,787	2	2,393	0,054	0,948
Dentro de grupos	7640,048	172	44,419		
Total	7644,834	174			

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Elaborado por: Karla Molina.

En cuanto a la edad gestacional, las medianas se encontraron relativamente cercanas, aunque las distribuciones presentaron algunas diferencias, especialmente en el grupo de 27 semanas gestacionales o más (tercer trimestre). Esto se corroboró con la prueba ANOVA, la cual indicó que no existen diferencias significativas entre grupos según la edad gestacional, dado que el p-valor fue de 0,948, superior al nivel de significancia de 0,05.

Figura 9. Comparación de medias de la puntuación total de la escala EVAS-M según número de gestas. Hospital Municipal de Cuenca, 2022.



ANOVA

Rango o puntuación total de la escala

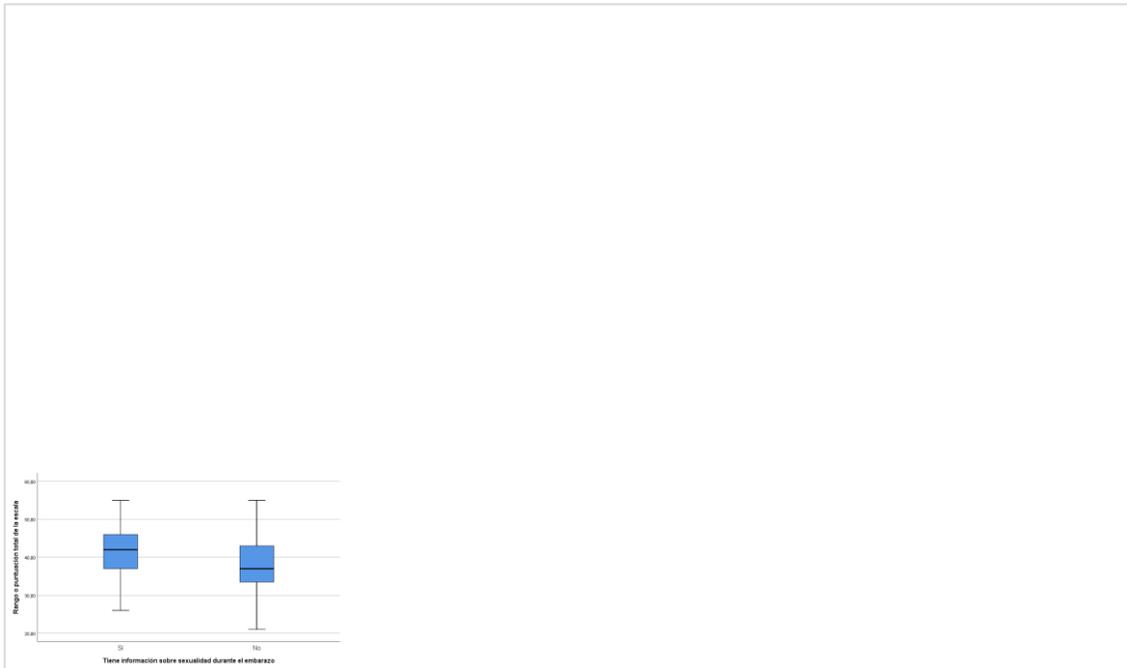
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	293,417	4	73,354	1,696	0,153
Dentro de grupos	7351,418	170	43,244		
Total	7644,834	174			

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Elaborado por: Karla Molina.

De acuerdo con la figura 9, existen similitudes en las medianas para las mujeres de 1, 2 y 4 gestaciones; no obstante, según el análisis ANOVA no se encontraron diferencias significativas entre las medias, puesto que el p-valor fue de 0,153, mayor a 0,05.

Figura 10. Comparación de medias de la puntuación total de la escala EVAS-M según tiene información sobre sexualidad durante el embarazo. Hospital Municipal de Cuenca, 2022.



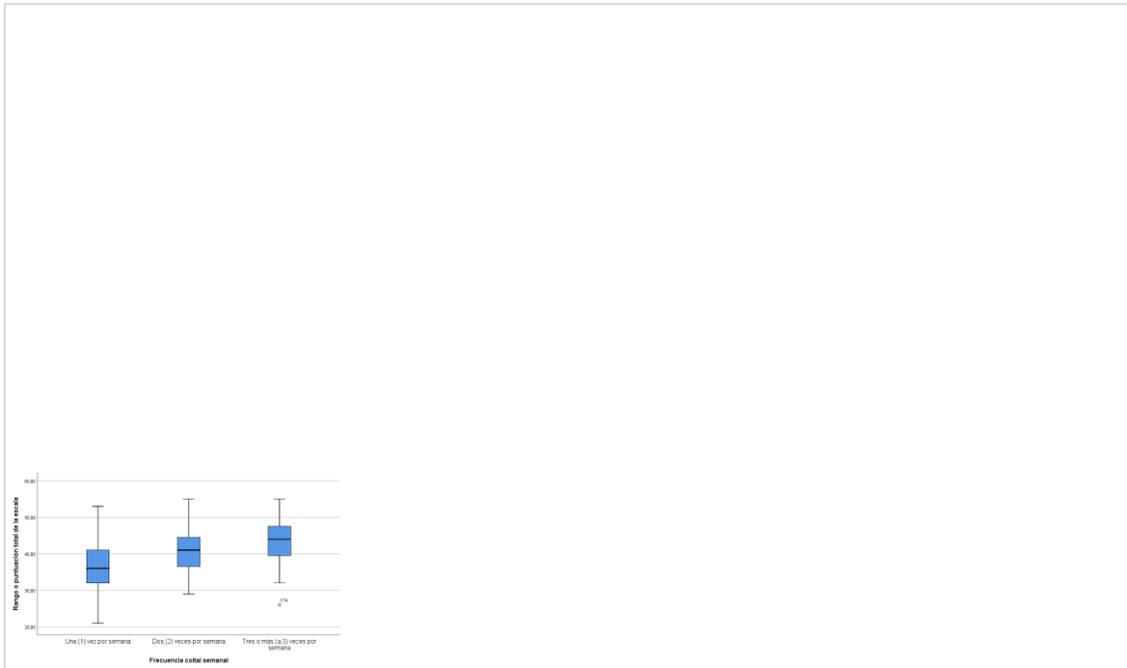
Tiene información sobre sexualidad durante el embarazo	N	Media de puntuación EVAS-M	Desv. Estándar	t	p-valor
Sí	135	41,7	6,1	3,200	0,002
No	40	38,0	7,7		

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Elaborado por: Karla Molina.

Según la figura 10, las mujeres con información sobre sexualidad durante el embarazo presentan valores más altos de la puntuación EVAS-M, en comparación con aquellas mujeres que no tienen información. La prueba t-Student indicó que sí existe una diferencia significativa entre las medias, dado que el p-valor fue de 0,002, inferior al nivel de significancia de 0,05.

Figura 11. Comparación de medias de la puntuación total de la escala EVAS-M según frecuencia coital. Hospital Municipal de Cuenca, 2022.



ANOVA

Rango o puntuación total de la escala

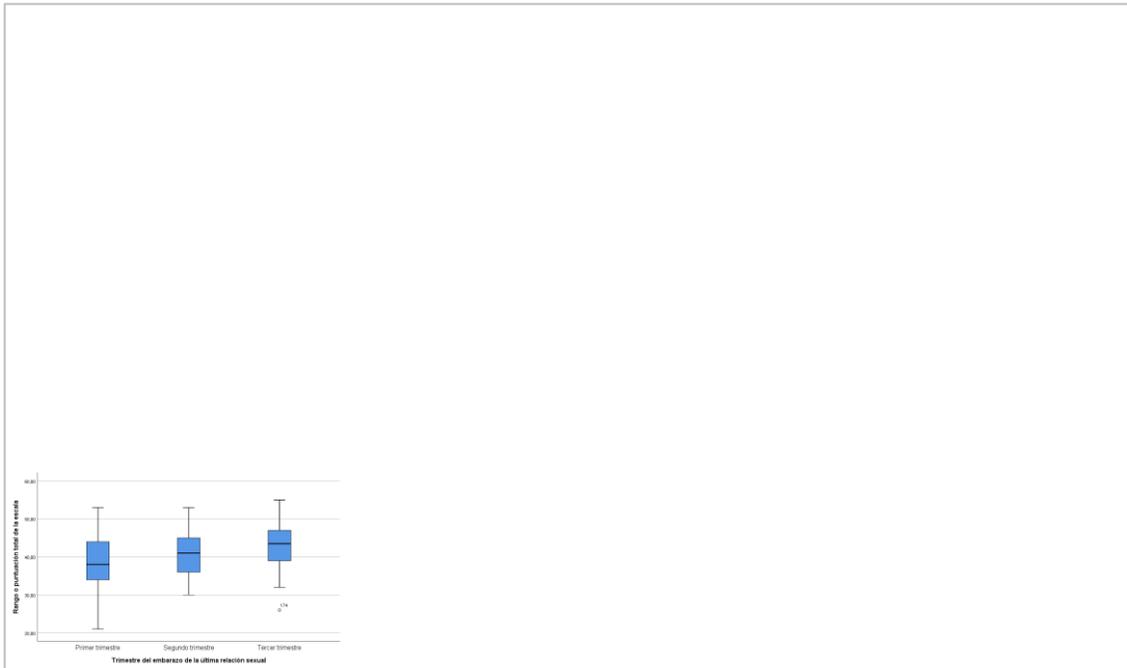
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	1066,850	2	533,425	13,948	<0,001
Dentro de grupos	6577,985	172	38,244		
Total	7644,834	174			

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Elaborado por: Karla Molina.

Según los resultados de la figura 11, la mediana de la puntuación EVAS-M es mayor en el grupo de embarazadas con 3 o más coitos por semana, mientras que la menor se evidenció en aquellas con frecuencia de una vez por semana. La prueba ANOVA arrojó como resultado que existe una diferencia significativa entre grupos según la frecuencia coital, con un p-valor inferior a 0,001.

Figura 12. Comparación de medias de la puntuación total de la escala EVAS-M por última relación sexual según trimestre del embarazo. Hospital Municipal de Cuenca, 2022.



ANOVA					
Rango o puntuación total de la escala					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	576,546	2	288,273	7,015	0,001
Dentro de grupos	7068,288	172	41,095		
Total	7644,834	174			

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Elaborado por: Karla Molina.

En la figura 12, se puede apreciar que los diagramas de caja varían para cada grupo de embarazadas de acuerdo con la última relación sexual según trimestre del embarazo; destacándose que en el tercer trimestre se observa la mediana más alta, en contraste con el primer trimestre donde la mediana fue la menor y los bigotes expresan las mayores variaciones. Asimismo, de acuerdo con el análisis de comparación de medias para tres grupos a través del análisis de la varianza ANOVA, se encontró que existen diferencias significativas para la puntuación total del EVAS-M entre los diferentes trimestres de la última relación sexual de la embarazada, dado que el valor p es de 0,001, inferior al nivel de significancia de 0,05.

Figura 13. Comparación de medias de la puntuación total de la escala EVAS-M según considera que durante la gestación su autoestima se mantiene. Hospital Municipal de Cuenca, 2022.



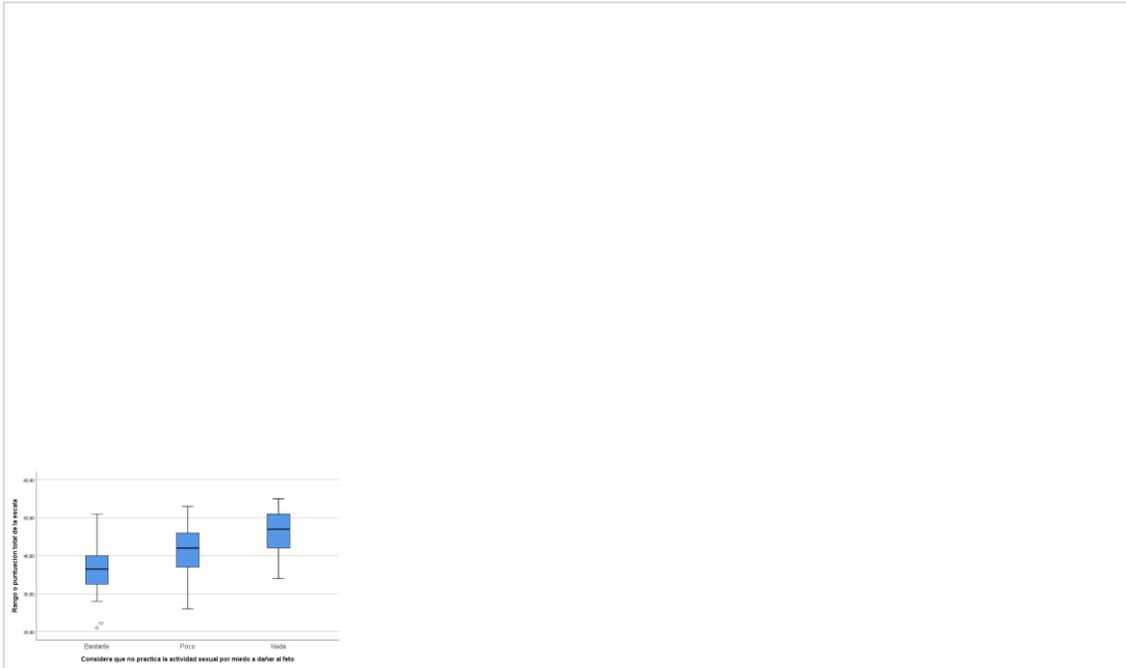
ANOVA					
Rango o puntuación total de la escala					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	964,237	2	482,119	12,413	<0,001
Dentro de grupos	6680,597	172	38,841		
Total	7644,834	174			

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Elaborado por: Karla Molina.

En la figura 13, se observa que la puntuación media del EVAS-M es mayor en las mujeres embarazadas que consideran que su autoestima se mantiene alta durante la gestación, por el contrario, la mediana de la puntuación EVAS-M es menor en aquellas mujeres que consideran que su autoestima se mantiene baja. La prueba ANOVA indicó que existen diferencias significativas entre grupos según el nivel de autoestima durante la gestación, con un p-valor inferior a 0,001.

Figura 14. Comparación de medias de la puntuación total de la escala EVAS-M según considera que no practica la actividad sexual por miedo a dañar al feto. Hospital Municipal de Cuenca, 2022.



ANOVA

Rango o puntuación total de la escala

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	1305,873	2	652,936	17,717	<0,001
Dentro de grupos	6338,961	172	36,854		
Total	7644,834	174			

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Elaborado por: Karla Molina.

De acuerdo con la figura 14, aquellas mujeres que en nada practican la actividad sexual por miedo a dañar al feto tienen una mediana superior de la puntuación EVAS-M, en comparación con aquellas que lo consideran poco o bastante. La prueba ANOVA, indicó que existen diferencias significativas entre los grupos dado que el p-valor es inferior a 0,001.

VIII. DISCUSIÓN

El estudio tuvo como objetivo identificar la prevalencia y factores asociados a la actividad sexual en pacientes embarazadas que fueron atendidas en el Hospital Municipal de la ciudad de Cuenca entre marzo y agosto de 2022. Para cumplir con ello se tomó una muestra de 175 mujeres embarazadas, de las cuales la edad promedio fue de $28,05 \pm 6,18$ años y, en general, 4 de cada 10 tenían de 26 a 32 años. Más de la mitad eran casadas, 8 de cada 10 tenían nivel de educación secundaria, la gran mayoría vivían en zonas urbanas y pertenecían a la religión católica.

Olivares-Noguera et al., realizaron un estudio en Colombia sobre una muestra de 98 gestantes, cuya edad media fue de 27,5 años, en tanto que el 80% tenían educación básica.²⁷ Si bien la edad promedio estuvo aproximada respecto al presente estudio, el nivel educativo más frecuente fue diferente; esto puede estar relacionado con la diferencia de los ámbitos territoriales y, también, por los diferentes tamaños de muestras.

En el estudio de Staruch et al., en una muestra de 149 embarazadas del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad Médica de Varsovia, la edad promedio de las embarazadas fue de $29,6 \pm 4,85$ años, relativamente cercana a la encontrada en el presente trabajo de investigación.²⁸ Por otra parte, Maiellano estudió una muestra de 1.440 gestantes colombianas, de las cuales la edad promedio fue de $24,9 \pm 6,57$ años, menor a la de nuestro estudio; asimismo, se observó que 39,02% se encontraban en unión libre y el 57,29% tenían nivel de secundaria, este último aspecto similar al presente trabajo.¹³

La mayoría de las embarazadas tenían 27 o más semanas de gestación; 4 de cada 10 han tenido una sola gesta al momento del estudio. Por su parte, Olivares-Noguera et al., encontraron que el 50% tenían 28,5 semanas gestacionales o más, y el 77,05% de las embarazadas tenían una o más gestaciones previas, en ambos estudios la mayoría de las embarazadas se encontraban en una etapa media o avanzada de la gestación.²⁷

El 77,1% tuvieron información acerca de la sexualidad durante el embarazo y, respecto a la frecuencia del coito, 4 de cada 10 manifestaron haber tenido relaciones sexuales 2 veces por semana. Por su parte, Staruch et al. encontraron que un 63,5% de mujeres embarazadas conocían acerca de la sexualidad durante el embarazo, en tanto que un 29% tenían temores por la salud del feto durante las relaciones sexuales.²⁸ Asimismo, Oche et al., encontraron en una muestra de 153 embarazadas en Nigeria que 57,3% tenían información sobre sexualidad durante el embarazo y el 43,6% tenían relaciones una vez por semana.²⁹ La diferencia de los resultados se encuentra claramente relacionada

con el porcentaje de mujeres que conocen acerca de tener relaciones sexuales durante la gestación, en tanto que las diferencias culturales y regionales también pueden influir en la diferencia.

El 37,1% de las embarazada tuvo su última relación sexual durante el primer trimestre. En el estudio de Hasani et al., se observó que las embarazadas disminuyen significativamente la frecuencia del coito durante los dos últimos trimestres del embarazo. De manera similar, en el estudio de Maiellano se refiere que las mujeres embarazadas disminuyen la frecuencia de las relaciones sexuales en la medida en que la edad gestacional se incrementa, siendo muy frecuente que después del primer trimestre se reduzca la frecuencia del coito debido a temores, indicaciones médicas u otras razones.¹³ Por el contrario, Staruch et al. encontraron que hubo una disminución significativa de la frecuencia de las relaciones sexuales en embarazadas ($p < 0,001$).²⁸ En este sentido, tanto los temores como la tendencia a un mayor cuidado y los cambios del estado de ánimo pueden influir sobre la decisión de tener relaciones sexuales en la medida en que avanza la gestación.

Más del 60% consideran que su autoestima es de nivel medio durante la gestación y un porcentaje similar asegura que la actividad sexual causa poco daño al feto. Un valor más alto encontró Espitia De La Hoz en su estudio, donde el 86,9% sintieron temor de herir o lastimar al feto durante las relaciones sexuales.³⁰ Estos valores, que representan una gran mayoría de las embarazadas, indican que claramente las emociones se ven afectadas durante el embarazo, lo que puede predisponerlas a no querer participar en relaciones sexuales con su pareja.

En cuanto a la frecuencia coital durante el primer trimestre de embarazo lo más frecuente fue de 2 veces por semana (62,5%), en el segundo trimestre fue de 3 veces o más por semana (45,7%) y para el tercer trimestre fue de 2 veces por semana (38,0%), pero no se encontró asociación significativa entre la frecuencia coital y el trimestre del embarazo ($p = 0,071$). De forma similar, en el estudio de Kong et al., se observó que durante el segundo trimestre de embarazo se registró la mayor frecuencia de coitos.³¹ Aparentemente, estos valores tienen relación con el estado de ánimo y las condiciones físicas de la embarazada, ya que se cuidan mucho más (a ellas o al feto) para el tercer trimestre de gestación, cuando ya están más cercanas al momento del parto.

Con la aplicación del EVAS–M se encontró que un tercio de las embarazadas tenían probable la disfunción sexual femenina; además, se comprobó que el rango o puntuación total de la escala presenta una distribución Normal. De manera similar, en el estudio realizado por Olivares-Noguera et al., se encontró que el 37,7% de las gestantes mostraron disfunción sexual según el Índice de Función Sexual Femenina (FSFI).²⁷ Por el contrario, en el estudio realizado por Espitia De La Hoz se

observó una prevalencia de la disfunción sexual de la mujer embarazadas del 71,9%.³⁰ En este sentido, es preciso considerar que la posible disfunción sexual de la embarazada depende de múltiples factores y que las diferencias con nuestro estudio pueden asociarse con factores físicos y psicológicos que se experimentan a lo largo de la gestación.

Banaei et al., aseguran que 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, los cuales se pueden presentar con mayor frecuencia durante el embarazo.²⁴

Al evaluar las puntuaciones totales del EVAS–M, se encontró que existieron diferencias significativas entre grupos de edad ($p<0,001$), tipo de residencia ($p=0,012$), estado civil ($p=0,019$), el nivel de instrucción ($p=0,003$) y religión ($p=0,023$). Asimismo, la puntuación EVAS–M presentó diferencias significativas para las mujeres que tenían información acerca de las relaciones sexuales durante el embarazo ($p=0,002$), diferentes frecuencias coitales ($p<0,001$), última relación sexual según trimestre del embarazo ($p=0,001$), nivel de autoestima ($p<0,001$) y considerar si se hace daño al feto al tener relaciones sexuales durante el embarazo ($p<0,001$).

En el estudio de Olivares-Noguera et al., se determinó que había diferencias significativas de la disfunción sexual de la embarazadas según la edad ($p=0,017$), el estado civil ($p=0,049$) y el número de gestaciones ($=0,004$). Por su parte, Maiellano encontró que la disfunción sexual de la embarazada se incrementó hacia el tercer trimestre del embarazo con una diferencia significativa respecto a los trimestres primero y segundo ($p<0,05$), también disminuyó significativamente la frecuencia del coito ($p<0,001$).¹³ Asimismo, Fuchs et al., realizaron un estudio sobre el funcionamiento sexual en mujeres embarazadas en una muestra de 624 pacientes gestantes polacas, donde se observó que la disfunción sexual se incrementaba significativamente con el incremento de la edad gestacional ($p<0,010$) y tenía diferencias significativas según el estado civil ($p=0,020$).¹⁹

Como se puede apreciar, los factores que se relacionan con la posible disfunción sexual varían según la población; aquí el nivel de información, las creencias, el estado anímico y el estado físico de la embarazada determinan en gran medida si existe o no tendencia a presentar disfunción sexual durante el embarazo.

IX. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

A partir de los resultados obtenidos, se puede concluir lo siguiente:

- La mayoría de las mujeres embarazadas tienen de 26 a 32 años, encontrándose dentro del grupo de edad de menor riesgo para la gestación (20 a 35 años); el estado civil predominante es el de casadas, con nivel educativo de secundaria, residían en zonas urbanas y pertenecían a la religión católica.
- La mayoría de las embarazadas tenían 27 o más semanas de gestación y lo más frecuente fue que hayan tenido una sola gestación. La gran mayoría tuvieron información acerca de la sexualidad durante el embarazo y la frecuencia de relaciones sexuales predominante es de 2 veces por semana.
- Aproximadamente, 4 de cada 10 mujeres tuvieron su última relación sexual durante el primer trimestre. La mayoría considera que su autoestima es de nivel medio durante la gestación y, también, que la actividad sexual causa poco daño al feto.
- La frecuencia coital durante embarazo se incrementó durante el segundo trimestre y disminuyó nuevamente para el tercer trimestre; sin embargo, no existió asociación significativa entre la frecuencia coital y el trimestre del embarazo.
- Con la evaluación EVAS–M se observó que un tercio de las embarazadas tenían probable disfunción sexual femenina. Además, existieron diferencias significativas en las puntuaciones totales para las variables: edad, tipo de residencia, estado civil, nivel de instrucción, religión, contar de información acerca de las relaciones sexuales durante el embarazo, diferentes frecuencias coitales, última relación sexual según trimestre del embarazo, nivel de autoestima y considerar si se hace daño al feto al tener relaciones sexuales durante el embarazo.

Recomendaciones

Con base en los hallazgos del trabajo de investigación, se recomienda lo siguiente:

- A nivel institucional, abordar todo lo relacionado con disfunción sexual femenina durante el embarazo, dado que se puede contribuir desde este aspecto, por ejemplo, desde el sistema educativo, en torno a un problema que puede incidir en la salud de las relaciones de pareja y la calidad de vida de las mujeres.
- Al Ministerio de Salud Pública, incluir planes de capacitación sobre sexualidad durante el embarazo en sus programas de atención a las mujeres embarazadas, en los establecimientos de salud donde asisten a sus controles prenatales. Esto puede tener una influencia significativa en el nivel de conocimientos, prácticas y actitudes sobre la sexualidad durante el embarazo.
- Para el sector académico, es de suma relevancia producir nuevos trabajos de investigación que incluyan el análisis y la evaluación de la efectividad de las estrategias educativas y la seguridad sexual en las mujeres embarazadas.

X. BIBLIOGRAFÍA

1. Carta M, González M. Función y patrón sexual: características y evolución durante el embarazo. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela* [Internet]. 2016;76(3):159-68. Disponible en: <http://ve.scielo.org/pdf/og/v76n3/art03.pdf>
2. Azevedo J, Katz L, Duarte 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>
3. Fajardo M, Rodríguez O, Rodríguez A. Las hormonas sexuales femeninas y su relación con la enfermedad periodontal. *MEDISAN* [Internet]. 2017;21(1):108-12. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v21n1/san13211.pdf>
4. Rodríguez - Rubio M, Coll - Navarro E, Jiménez - Gómez N. Evolución y cambios de la sexualidad durante la gestación: visión de la mujer embarazada. *Matronas Prof.* 2017;88-95.
5. Franklin ED. Impacto del embarazo en la sexualidad de las gestantes del Eje Cafetero (COLOMBIA). *Rev chil obstet ginecol.* octubre de 2020;85(5):537-48.
6. Carrillo-Mora P. Physiological Changes During a Normal Pregnancy. *Revista de la Facultad de Medicina (México)* [Internet]. 2021;64(1):39-48. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v64n1/2448-4865-facmed-64-01-39.pdf>
7. Pichucho G, Suquillo F. Actividad sexual y modificaciones de la misma en pacientes embarazadas pertenecientes demográficamente a los Centros de Salud Unión de Ciudades 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/handle/22000/10246>
8. Motosko C, Bieber A, Pomeranz M, Stein J, Martires K. Physiologic changes of pregnancy: A review of the literature. *Int J Womens Dermatol* [Internet]. 2017;3(4):219-24. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5715231/>
9. Kong L, Li T, Li L. The impact of sexual intercourse during pregnancy on obstetric and neonatal outcomes: a cohort study in China: *Journal of Obstetrics and Gynaecology: Vol 39, No 4. Journal of Obstetrics and Gynaecology* [Internet]. 2019;34(4):455-60. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/01443615.2018.1533930>
10. Ministerio de Salud Pública. Prioridades de investigación en salud 2013-2017 [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.healthresearchweb.org/files/Prioridades20132017.pdf>
11. ONU. Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. New York: Naciones Unidas; 2020 p. 68. Disponible en: https://unstats.un.org/sdgs/report/2020/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2020_Spanish.pdf
12. Starrs A, Ezeh A, Barker G, Basu A, Bertrand J, Blum R, et al. Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *Lancet.* 2018;391:2642-92.

13. Maiellano B. Interpretación de los cambios en el comportamiento sexual de la mujer durante el embarazo. *Journal of Negative and No Positive Results* [Internet]. 2020;5(10):1106-17. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/jonnpr/v5n10/2529-850X-jonnpr-5-10-1106.pdf>
14. Rizk S, Ghaly A, Motakef H. Self-Care Practices Utilized By Yemeni Pregnant Women in Hodeida City. *IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS)* [Internet]. 2019;8(4):32-50. Disponible en: <https://doi.org/10.9790/1959-0804083250>
15. 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>
16. Schwartz M, Southern S. An Integrative Model for Treatment of Sexual Desire Disorders: An Update of the Masters and Johnson Institute Approach. *The Family Journal* [Internet]. 2018;26(2):1-10. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1066480718775734>
17. Wesche R, Walsh J, Shepardson R, Carey K, Carey M. The association between sexual behavior and affect: Moderating factors in young women. *J Sex Res* [Internet]. 2019;56(8):1058-69. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6546558/>
18. Elizarbe S. Actitudes y prácticas sexuales de gestantes atendidas en el hospital de san juan de lurigancho- lima. período: noviembre 2019 a febrero 2020 [Internet] [Tesis]. Universidad Norbert Wiener; 2020. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/3965>
19. Fuchs A, Czech I, Sikora J, Fuchs P, Lorek M, Skrzypulec-Plinta V, et al. Sexual Functioning in Pregnant Women. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [Internet]. 2019;16(21):4216:1-9. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/21/4216>
20. Iglesias P, Morell V, Caballero L, Ceccato R, Gil M. Satisfacción sexual femenina: influencia de la edad y variedad de prácticas sexuales. *International Journal of Developmental and Educational Psychology* [Internet]. 2018;1(1):85-92. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3498/349855553009/349855553009.pdf>
21. Giraldo SM, Awad DV, Serralde JAB, Aramendiz JM, Zapata GAV, Leal MB. Manejo de las náuseas y vómitos en el embarazo. *FECOPEN*. 2016;18.
22. Figueroa-Ruiz E, Prieto Prieto I, Bascones-Martínez A. Cambios hormonales asociados al embarazo: Afectación gingivo-periodontal. *Avances en Periodoncia*. agosto de 2006;18(2):13.
23. Sologuren-García G, Linares CL, Flores JR, Mejía R. Ejercicio de la Sexualidad en Gestantes de Tacna. *REV CHIL OBSTET GINECOL*. 2020;85:11.
24. 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. *Syst Rev* [Internet]. 2019;8(161):1-5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6612152/>
25. Ruth AL, Yorlenis GF, Derlly VR. Vivencias de la Sexualidad durante el Embarazo. 2016;56.

26. Lévano DY, Ricardo JE, Poemape OL, María V. La Percepción de la mujer con relación a la práctica de las relaciones sexuales durante el embarazo, en gestantes de 19 a 40 años atendidas en el consultorio de obstetricia del puesto de salud Laura Caller, Cañete - Lima, de enero de 2015 a noviembre del 2016. agosto de 2017;117.
27. Olivares-Noguera E, Montoya-Moreno R, Arteaga Noriega A. Prevalencia de disfunción sexual en gestantes en control prenatal en una institución hospitalaria en Rionegro, Colombia, 2020-2021. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [Internet]. 2021;72(4):368-76. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8833239/>
28. Staruch M, Kucharczyk A, Zawadzka K, Wielgos M, Szymusik I. Sexual activity during pregnancy. *Neuro Endocrinol Lett* [Internet]. 2016;37(1):53-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26994386/>
29. Oche OM, Abdullahi Z, Tunau K, Ango JT, Yahaya M, Raji IA. Sexual activities of pregnant women attending antenatal clinic of a tertiary hospital in North-West Nigeria. *Pan Afr Med J* [Internet]. 8 de octubre de 2020;37(140):1-17. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7757294/>
30. Espitia De La Hoz FJ. Impacto del embarazo en la sexualidad de las gestantes del Eje Cafetero (Colombia). *Revista chilena de obstetricia y ginecología* [Internet]. 2020;85(5):537-48. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v85n5/0717-7526-rchog-85-05-0537.pdf>
31. Kong L, Li T, Li L. The impact of sexual intercourse during pregnancy on obstetric and neonatal outcomes: a cohort study in China. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* [Internet]. 19 de mayo de 2019;39(4):455-60. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/01443615.2018.1533930>

ANEXOS

Anexo 1. Operacionalización de las variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Tiempo que lleva viviendo una persona desde que nació.	Tiempo en años	Años cumplidos desde el nacimiento referido por la persona o registrado en la historia clínica	Numérica 1. 19 – 25 años 2. 26 -32 años 3. 33 – 39 años 4. 40 años o más
Estado Civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto,	Relación legal	Estado civil referido por la persona	Nominal Soltera Casada Viuda Divorciada Unión Libre
Nivel de instrucción	Nivel más elevado de estudios realizado.	Educacional	Mayor nivel académico aprobado referido por la persona	Ordinal Ninguna Primaria Secundaria Superior
Residencia	Lugar donde habita cotidianamente la persona.	Geográfica	Residencia referida por la persona o registrado en la historia clínica	Nominal Urbana Rural
Religión	Creencias religiosas.	cultura	Diferentes sectas religiosas	Nominal Católica Evangélica Cristiana Otros
Edad Gestacional	Semanas de gestación del embarazo actual	Obstétrica	Semanas de gestación desde la FUM o calculada a por ecografía registrado en la historia clínica	Numérica Nº de semanas de gestación
Número de embarazo	Número de gestas anteriores y embarazo actual.	Obstétrica	Número de hijos vivos y/o muertos, referida por la persona.	Numérica Número de gestas

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Información sobre sexualidad durante el embarazo	Conocimiento sobre las relaciones sexuales durante el periodo de gestación.	Educacional	Información que posee sobre la sexualidad en el embarazo.	Nominal Sí No
Satisfacción sexual	Evaluación subjetiva de agrado o desagrado que una persona hace respecto de su vida sexual o bien, como la capacidad del sujeto de obtener placer de su actividad sexual.	Psicológica – Fisiológica	Satisfacción durante la actividad sexual	Nominal Muy insatisfecha Bastante insatisfecha Ni satisfecha - ni insatisfecha bastante satisfecha muy satisfecha
Actividad sexual	Contacto físico entre personas fundamentalmente con el objeto de dar y/o recibir placer.	Biológica	Diferentes formas de contacto sexual con la pareja	Nominal Sí No
Última relación sexual según trimestre del embarazo	Última vez que la embarazada tuvo una relación sexual según la edad gestacional en términos de trimestres.	Sexual	Última relación sexual	Ordinal Primero Segundo Tercero
Frecuencia coital	Número de veces que tiene coito a la semana.	Fisiológico	Número de coitos	Ordinal Ninguna Una vez Dos veces Tres o más
Insatisfacción sexual	Encuentros eróticos y relaciones sexuales insatisfactorias.	Psicológico	Satisfacción durante la actividad sexual	Nominal Muy insatisfecha Bastante insatisfecha Ni satisfecha - ni insatisfecha Bastante satisfecha Muy satisfecha
Orgasmo	Punto de mayor satisfacción de la excitación sexual en las zonas	Fisiológico	Satisfacción durante la excitación en la relación sexual.	Nominal: Nunca Raramente A veces A menudo

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
	erógenas o sexuales.			Casi siempre – siempre
Deseo de mantener relaciones sexuales con la pareja	Estado anímico, una propensión a excitarse.	Fisiológico	Deseo sexual	Nominal: Nunca Raramente A veces A menudo Casi siempre – siempre
Dificultad en la excitación	Falta de respuesta a la estimulación sexual, mental o emocional y física.	Psicológico – fisiológico	Excitación	Nominal: Nunca Raramente A veces A menudo Casi siempre – siempre
Sequedad vaginal	Estrechamente ligada a los niveles de la hormona estrógeno, que cambia en varias etapas de la vida.	Psicológico - Fisiológico	Resequedad vaginal	Nominal: Nunca Raramente A veces A menudo Casi siempre – siempre
Dolor durante las relaciones sexuales	Malestar que puede presentarse al tener actividad sexual durante el embarazo.	Fisiológico	Sensación dolorosa frente a la actividad sexual	Nominal: Nunca Raramente A veces A menudo Casi siempre - siempre
Buena relación sexual con la pareja	Estabilidad en la relación de pareja.	Psicológico	Buena comunicación que incluye también la actividad sexual.	Nominal: Nunca Raramente A veces A menudo Casi Siempre – siempre
Autoestima	Aprecio o consideración que uno tiene de sí mismo.	Psicológica	Apreciación que refiere que tiene la persona sobre sí misma.	Ordinal Alta Media Baja
Miedo	Sentimiento de desconfianza que impulsa a creer que ocurrirá un	Psicológica	Sensación de desconfianza e inseguridad que refiere que siente la persona.	Ordinal Bastante Poco Nada

UCUENCA

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
	hecho contrario a lo que se desea.			

Anexo 2. Instrumento de recolección de datos

Prevalencia y factores asociados a la Actividad sexual en pacientes embarazadas atendidas en el Hospital Municipal de Cuenca 2022.

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nº: _____

Fecha de recolección: ___/___/___

Introducción: - *identificar la Prevalencia y factores asociados a la Actividad sexual en pacientes embarazadas atendidas en el Hospital Municipal de Cuenca 2022. El uso de datos tiene un fin únicamente investigativo y se mantendrá la confidencialidad de la información aquí presentada.*

Instrucciones: El presente documento es un formulario para recolectar información referente a datos sociodemográficos (edad, estado civil, nivel de instrucción), obstétricos (número de embarazo, edad gestacional), información previa sobre sexualidad, frecuencia coital.

Código de identificación: □□□□□□	
A. Características Sociodemográficas	
A.1. Edad	_____ años cumplidos
A.2. Estado Civil	1. Soltera <input type="checkbox"/> 2. Casada <input type="checkbox"/> 3. Viuda <input type="checkbox"/> 4. Divorciada <input type="checkbox"/> 5. Unión Libre <input type="checkbox"/>
A.3. Instrucción	1. Ninguna <input type="checkbox"/> 2. Primaria <input type="checkbox"/> 3. Secundaria <input type="checkbox"/> 4. Superior <input type="checkbox"/>

<p>A.4. Residencia</p> <p>A.5 Religión</p>	<p>1. Urbana <input type="checkbox"/> 2. Rural <input type="checkbox"/></p> <p>1. católica <input type="checkbox"/> 2. Evangélica <input type="checkbox"/> 3. Cristiana <input type="checkbox"/> 4. otros <input type="checkbox"/></p>
<p>B. Características obstétricas</p>	
<p>B.1. Edad Gestacional</p> <p>B.2. Número de embarazo</p>	<p>_____ Semanas de gestación (determinada por FUM o ecografía)</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. más de 4 <input type="checkbox"/></p>
<p>C. Datos de características Biológicas y Psicológicas</p>	
<p>C.1 POSEE INFORMACION SOBRE LA SEXUALIDAD DURANTE EL EMBARAZO</p> <p>C.2 CUAL ES SU FRECUENCIA COITAL SEMANAL</p> <p>Y EN QUE TRIMESTRE DE SU EMBARAZO FUE SU ULTIMA RELACIÓN SEXUAL</p> <p>C.3 CONSIDERA QUE DURANTE LA GESTACIÓN SU</p>	<p>SI _____ NO _____</p> <p>NINGUNA _____</p> <p>1 _____</p> <p>2 _____</p> <p>3 O MAS _____</p> <p>PRIMERO _____</p> <p>SEGUNDO _____</p> <p>TERCERO _____</p> <p>ALTA _____</p> <p>MEDIA _____</p> <p>BAJA _____</p>

<p>AUTOESTIMA SE MANTIENE:</p> <p>C.4 CONSIDERA QUE NO PRACTICA LA ACTIVIDAD SEXUAL POR MIEDO A DAÑAR AL FETO ES:</p>	<p>BASTANTE ____</p> <p>POCO ____</p> <p>NADA ____</p>
--	--

ESCALA DE VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD SEXUAL EN LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO (EVAS – M)

1. ¿Está satisfecha en general con su actividad sexual?
 1. Muy insatisfecha
 2. Bastante insatisfecha
 3. Ni satisfecha – ni insatisfecha
 4. Bastante satisfecha
 5. Muy satisfecha
2. En caso de estar “muy” o “bastante” **insatisfecha** con su actividad sexual, ¿desde cuándo le ocurre esto?
 1. Semanas
 2. Meses
 3. Años
 4. Nunca he estado satisfecha
3. Durante las últimas cuatro semanas ¿ha tenido interés en tener algún tipo de actividad sexual?
 1. Nunca
 2. Raramente
 3. A veces
 4. A menudo
 5. Casi siempre – siempre
4. En las relaciones sexuales, ¿ha sentido dificultad en sentirse excitada?
 1. Nunca
 2. Raramente
 3. A veces
 4. A menudo
 5. Casi siempre – siempre
5. En las relaciones sexuales, ¿ha sentido sequedad vaginal?

1. Nunca
 2. Raramente
 3. A veces
 4. A menudo
 5. Casi siempre – siempre
6. Cuando ha tenido actividad sexual, con o sin penetración ¿ha sentido orgasmo?
1. Nunca
 2. Raramente
 3. A veces
 4. A menudo
 5. Casi siempre – siempre
7. ¿Ha sentido algún tipo de dolor que la haya impedido terminar su relación sexual?
1. Nunca
 2. Raramente
 3. A veces
 4. A menudo
 5. Casi siempre – siempre
8. ¿siente cercanía emocional y complicidad con su pareja en las relaciones sexuales?
1. Nunca
 2. Raramente
 3. A veces
 4. A menudo
 5. Casi siempre – siempre

Anexo 3. Solicitud dirigida al director del Hospital Municipal de Cuenca


UNIVERSIDAD DE CUENCA

Cuenca, 09 de marzo de 2022

Doctor.
Mario Humberto Álvarez Paredes.
DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL MUNICIPAL DE CUENCA
Ciudad

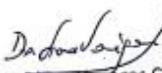
De mi consideración:

Reciba un cordial saludo de quien suscribe, Dra. Diana Patricia Vanegas Coveña, con C.I. 0102545340, Directora de la Maestría en Sexología de la Universidad de Cuenca. Mediante la presente, me dirijo a usted de la manera más respetuosa, por su intermedio solicito a quien corresponda, se autorice la realización de los trabajos de investigación de las estudiantes de la maestría, que se detallan a continuación

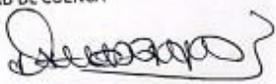
- Karla Verónica Molina Pulgarín: Prevalencia y factores asociados a la actividad sexual en pacientes embarazadas atendidas en el Hospital Municipal de Cuenca. 2022
- Maritza Alexandra Illescas Quezada: Prevalencia y factores asociados al retorno de la actividad sexual de las mujeres en los primeros 6 meses posparto, en el Hospital el Hospital Municipal de Cuenca. 2022

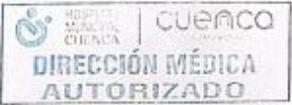
Ambos trabajos tendrán una duración de 6 meses.

Por la favorable acogida que se digne dar a la presente, anticipo mis sinceros agradecimientos

Atentamente

Dra. Diana Vanegas Coveña.
MÉDICA PEDIATRA
CA-01-0846-2003

DIRECTORA DE LA MAESTRÍA EN SEXOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA




- Recursos Humanos
- COORDINADOR DE ASISTENCIA

Anexo 4. Consentimiento informado

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: Prevalencia y factores asociados a la Actividad sexual en pacientes embarazadas atendidas en el Hospital Municipal Cuenca 2022.

Datos autor de la investigación:

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador Principal	Karla Verónica Molina Pulgarín	0104831680	Universidad de Cuenca

¿De qué se trata este documento?

Usted está invitado(a) a participar en este estudio que se realizará en el Hospital Municipal de Cuenca. En este documento llamado "consentimiento informado" se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación. También se explica 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

La gestación trae cambios en todas las fases de la vida de la mujer y de su entorno familiar. Entre ellos, la sexualidad se ve cambiada por transformaciones en la mujer suscitadas por la adaptación biológica, social, espiritual al estado de gestación y el desarrollo fetal. Para las mujeres las relaciones sexuales durante la gestación, como parte de la sexualidad, representan uno de los factores que más causan estrés, que de una u otra forma refieren al miedo y la ansiedad de mantener una vida sexual durante la gestación. Esta investigación se realiza con el fin de proporcionar un instrumento de trabajo a los profesionales sanitarios dentro de la práctica clínica.

Usted ha sido seleccionado para este estudio por encontrarse en periodo de gestación. Usted puede realizar todas las preguntas que necesite para entender claramente su participación y despejar sus dudas.

Objetivo del estudio

El objetivo de este estudio es conocer la prevalencia y los factores asociados a la actividad sexual durante el periodo de gestación.

Descripción de los procedimientos

Para este estudio usted tendrá que contestar un formulario en el que constan 19 preguntas enfocadas en datos generales y preguntas sobre la frecuencia de la actividad sexual y sobre los factores que han influido en la actividad sexual durante la gestación. Este cuestionario tiene una duración de 15 minutos aproximadamente y le da la opción de que escoja cualquiera de las opciones descritas en el mismo.

Riesgos y beneficios

Los riesgos que puede presentar al llenar usted este formulario podría ser el quebranto de la confidencialidad, para lo cual se ha tomado en cuenta las siguientes medidas:

- La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo los investigadores y el Comité de Ética de la Universidad de Cuenca tendrán acceso.
- Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.
- El Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

Es posible que este estudio no traiga beneficios directos a usted. Pero al final de esta investigación, la información que genera, puede aportar beneficios a las mujeres en posparto futuro y a la sociedad en general, además se le facilitará un tríptico con información sobre la sexualidad durante el embarazo una vez que se ha concluido con el llenado del formulario.

Otras opciones si no participa en el estudio

Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decírselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además, aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.

Derechos de los participantes *(debe leerse todos los derechos a 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.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0991315363 que pertenece a Karla Molina o envíe un correo electrónico a karla.molina@ucuenca.edu.ec

Consentimiento informado

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

Karla Verónica Molina Pulgarín

Firma del/a investigador/a

Fecha

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. Vicente Solano, presidente del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca, al siguiente correo electrónico: vicente.solano@ucuenca.edu.ec

Anexo 5. Resultados del cuestionario EVAS-M

Variable	Categorías	Nro.	%
P1. ¿Está satisfecha en general con su actividad sexual?	Muy insatisfecha	18	10,3%
	Bastante insatisfecha	41	23,4%
	Ni satisfecha – ni insatisfecha	62	35,4%
	Bastante satisfecha	45	25,7%
	Muy satisfecha	9	5,1%
P2. En caso de estar “muy” o “bastante” insatisfecha con su actividad sexual, ¿desde cuándo le ocurre esto?	Semanas	16	27,6%
	Meses	35	60,3%
	Años	7	12,1%
	Total	58	100,0%
P3. Durante las últimas cuatro semanas ¿ha tenido interés en tener algún tipo de actividad sexual?	Nunca	12	6,9%
	Raramente	63	36,0%
	A veces	71	40,6%
	A menudo	26	14,9%
	Casi siempre / siempre	3	1,7%
P4. En las relaciones sexuales, ¿ha sentido dificultad en sentirse excitada?	Nunca	13	7,4%
	Raramente	77	44,0%
	A veces	68	38,9%
P5. En las relaciones sexuales, ¿ha sentido sequedad vaginal?	A menudo	17	9,7%
	Nunca	16	9,1%
	Raramente	90	51,4%
	A veces	64	36,6%
	A menudo	3	1,7%
P6. Cuando ha tenido actividad sexual, con o sin penetración ¿ha sentido orgasmo?	Casi siempre / siempre	2	1,1%
	Nunca	4	2,3%
	Raramente	21	12,0%
	A veces	76	43,4%
	A menudo	63	36,0%
P7. ¿Ha sentido algún tipo de dolor que la haya impedido terminar su relación sexual?	Casi siempre / siempre	11	6,3%
	Nunca	39	22,3%
	Raramente	92	52,6%
	A veces	42	24,0%
P8. ¿Siente cercanía emocional y complicidad con su pareja en las relaciones sexuales?	A menudo	2	1,1%
	Nunca	6	3,4%
	Raramente	11	6,3%
	A veces	51	29,1%
Total	A menudo	63	36,0%
	Casi siempre / siempre	44	25,1%
	Total	175	100,0%