

CÓMO CITAR

Melgarejo-Escobar JD, Cornejo-Rivera JJ, Vega-Gonzales EO. Factores asociados a la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre. Rev Méd Electrón [Internet]. 2026 [citado: fecha de acceso];48:e6819. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/6819/6488>

* Autor para correspondencia:

evegag@unmsm.edu.pe

Revisores:

Silvio Faustino Soler-Cárdenas y Laudys Rosa Blanco-Hernández.

Palabras clave:

disfunción sexual fisiológica, embarazo, orgasmo, tercer trimestre del embarazo.

Key words:

physiological sexual dysfunction, pregnancy, orgasm, third trimester of pregnancy.

Recibido: 26/07/2025.

Aceptado: 01/01/2026.

Publicado: 25/02/2026.

Artículo de Investigación

Factores asociados a la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre

Factors associated with sexual dysfunction in third-trimester pregnant women

Julia Denisse Melgarejo-Escobar¹  <https://orcid.org/0000-0001-9808-7084>

Judith Josefina Cornejo-Rivera¹  <https://orcid.org/0000-0001-8572-9279>

Emilio Oswaldo Vega-Gonzales^{1*}  <https://orcid.org/0000-0003-2753-0709>

Afiliación:

¹ Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

RESUMEN

Introducción: Las gestantes en el tercer trimestre presentan diversos factores que la predisponen a sufrir disfunción sexual.

Objetivo: Identificar los factores asociados a la disfunción sexual en gestantes que acuden a un hospital público peruano.

Métodos: Estudio observacional, analítico, prospectivo, de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 105 gestantes del tercer trimestre, atendidas en el consultorio de obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, durante octubre de 2024. Los instrumentos utilizados fueron el Índice de Función Sexual Femenina y un cuestionario para identificar los factores asociados a la disfunción sexual en gestantes.

Para el análisis estadístico bivariado se usó la prueba de chi-cuadrado, y luego el análisis multivariado de los factores significativos mediante regresión logística, con cálculo de los *Odd ratio* e intervalos de confianza al 95 %.

Resultados: La prevalencia de disfunción sexual en el tercer trimestre fue de 77,1 %. Los dominios excitación y el deseo obtuvieron menores medias (2,711 y 2,720, respectivamente); la satisfacción fue mejor valorada (4,141). Los factores de riesgo asociados significativamente a la disfunción sexual fueron la edad de 18-29 años ($p = 0,019$), la creencia de hacer daño al bebé ($p = 0,021$) o de dañar la gestación ($p = 0,035$), y sentir rechazo hacia la pareja ($p = 0,006$); pero solo la edad y el rechazo hacia la pareja fueron significativos con el análisis multivariado.

Conclusiones: La edad y el rechazo hacia la pareja son factores que se asocian significativamente a la disfunción sexual en las gestantes durante el tercer trimestre.

ABSTRACT

Introduction: Third-trimester pregnant women present various factors that predispose them to suffer from sexual dysfunction.

Objective: To identify factors associated with sexual dysfunction in pregnant women attending a Peruvian public hospital.

Methods: An observational, analytical, prospective, cross-sectional study. The sample consisted of 105 third-trimester pregnant women treated at the obstetrics consultation of the National Hospital Sergio E. Bernales in October 2024. The instruments used were the Female Sexual Function Index and a questionnaire to identify factors associated with sexual dysfunction in pregnant women. Bivariate statistical analysis was performed using the chi-square test, followed by multivariate analysis of significant factors using logistic regression, calculating odd ratios and 95% confidence intervals.

Results: The prevalence of sexual dysfunction in the third trimester was 77.1%. The arousal and desire domains had lower means (2.711 and 2.720, respectively); while satisfaction was more highly rated (4.141). Risk factors significantly associated with sexual dysfunction were age 18 to 29 years ($p=0.019$); the belief of harming the baby ($p=0.021$) or damaging the pregnancy ($p=0.035$), and feeling rejection toward the partner ($p=0.006$); however, only age and rejection toward the partner were significant in the multivariate analysis.

Conclusions: Age and rejection toward the partner are factors significantly associated with sexual dysfunction in pregnant women during the third trimester.



INTRODUCCIÓN

La salud sexual es definida como el bienestar biopsicosocial en relación con la sexualidad y no solo la ausencia de enfermedad o disfunción. Cada persona tiene derecho a disfrutar de una sexualidad libre, segura y placentera.⁽¹⁾ Sin embargo, la gestación es un período de cambios hormonales y psicológicos que suelen tener un impacto en la sexualidad, y puede ser positivo o negativo según las características inter e intrapersonales de la gestante.⁽²⁾

En el período de gestación, la sexualidad se ve modificada por los cambios fisiológicos que afectan las fases de la respuesta sexual.⁽³⁾ Específicamente, en el tercer trimestre disminuye el deseo sexual debido a la labilidad emocional, lumbalgia, fatiga, incontinencia urinaria, entre otros; aunque la satisfacción dependerá de las expectativas sexuales.⁽⁴⁾ Por ello, las gestantes y sus parejas ven la necesidad de adaptarse a los cambios en el comportamiento sexual.⁽⁵⁾ Por lo general, disminuye el deseo sexual y el coito, y afecta también las prácticas sexuales no penetrativas, sin diferencias significativas según la edad materna, y el nivel educativo que tengan ellas o sus parejas.⁽⁶⁾

La alteración de la función sexual normal y no tener estrategias de mitigación de los cambios en la gestación llevan a disfunción sexual femenina (DSF), la cual se entiende como un problema en la respuesta sexual que no permite obtener gratificación sexual, los vínculos eróticos son insatisfactorios, deteriora la autoestima y afecta la calidad de vida.⁽⁷⁾

Además, la prevalencia de DSF en gestantes se estima en un 69,7 %; la edad de la mujer embarazada, la edad del cónyuge y la duración del matrimonio constituyen factores que estarían correlacionados negativamente, mientras que el nivel educativo se correlacionaría positivamente.⁽⁸⁾ En América Latina y el Caribe, los estudios muestran los siguientes datos de prevalencia de la DSF en gestantes: Brasil, 32,1 %, ⁽⁹⁾ y Chile, 36 %. ⁽¹⁰⁾ Mientras tanto, en el Perú, las investigaciones realizadas muestran prevalencias de DSF en gestantes de 42,8 % y 82 %. ⁽¹¹⁾

A manera de síntesis, existen dos patrones que se repiten en la literatura. El primero es que la información y consejería brindada a las gestantes sobre sexualidad por parte de los profesionales de la salud aún debe incrementarse, pues solo se comenta el tema cuando existe alguna contraindicación para el coito.⁽²⁾ El segundo es la mayor prevalencia de DSF en el tercer trimestre de gestación.⁽¹²⁻¹⁴⁾

El objetivo de este estudio es identificar los posibles factores asociados a la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, de Lima Metropolitana, Perú.



MÉTODOS

El estudio fue de tipo analítico transversal, con enfoque cuantitativo, diseño no experimental y prospectivo. La población estuvo conformada por 173 gestantes en el tercer trimestre, que acudieron al servicio de atención prenatal del Hospital Nacional Sergio E. Bernal en octubre de 2024. Los criterios de inclusión fueron gestantes entre 18 y 49 años que voluntariamente desearon participar, tercer trimestre de gestación y con pareja sexual estable.

Los criterios de exclusión fueron gestantes con contraindicación para tener relaciones sexuales, con patologías psiquiátricas incapacitantes y no heterosexuales. Se seleccionó como muestra a todas las gestantes que conformaron la población de estudio; sin embargo, debido a los criterios de exclusión, se descartaron 68 gestantes; quedan como tamaño final 105.

Para medir los factores asociados se elaboró un cuestionario de 21 ítems y 4 dimensiones, que se distribuyen en factores sociodemográficos (edad, nivel de instrucción, nacionalidad, lugar de procedencia, ocupación y pertenencia a una religión); obstétricos (IMC pregestacional, ganancia de peso durante el embarazo, número de partos vaginales, antecedente de episiotomía y/o desgarro, antecedente de aborto o pérdidas y planificación del embarazo); culturales (creer que la mujer tiene la obligación de tener intimidad con la pareja, que las relaciones sexuales pueden causar algún daño a su bebé y/o alguna complicación en el embarazo y parto) y personales (información sobre sexualidad durante el embarazo, imagen corporal negativa, y rechazo hacia la pareja).

En el caso de los ítems de IMC pregestacional y ganancia de peso, se recolectó la información del carnet perinatal. La validación de este cuestionario se realizó mediante un juicio de expertos, en el que participaron dos obstetras con grado de máster y uno con doctorado.

Por el lado de la variable DSF se empleó el Índice de Función Sexual Femenina, cuestionario estandarizado, breve y multidimensional, propuesto por Rosen et al.⁽¹⁵⁾ en el 2000, posteriormente revalidado y adaptado al español por Blümel et al.⁽¹⁶⁾ en 2004. Consta de 19 ítems agrupados en 6 dominios, cada uno con preguntas medidas en escala de Likert: deseo sexual, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción sexual y dolor. La valoración se realiza mediante una suma aritmética simple.

Cada respuesta tiene asignado un valor (0-5), se suma cada respuesta por dominio, se multiplica por el factor de corrección y se obtiene el puntaje final por dominio. Sumando los puntajes de los 6 dominios, se obtiene el puntaje final total que varía entre 2 y 36. La DSF se considera como tal cuando el puntaje final es menor o igual a 26,5 puntos. A mayor puntaje, mejor será la función sexual.

La encuesta fue aplicada en el mes de octubre de 2024. Para ello, previa coordinación con las autoridades del hospital, se invitó a las gestantes en sala de espera a participar del estudio, seleccionándose a aquellas que firmaron el consentimiento informado. Seguidamente, se hizo entrega del primer cuestionario de medición del IFSF y, al finalizar este, el cuestionario de medición de los factores asociados a la DSF, que fue llenado por las gestantes a excepción de los ítems 7 y 8, recolectados por el encuestador con la ayuda del carnet perinatal. Al terminar, se verificó el correcto llenado de los instrumentos y se archivaron de forma ordenada en una carpeta para su posterior traslado a una matriz del programa SPSS versión 26.

Se presentó la prevalencia de DSF global y los puntajes promedio obtenidos en cada dominio. Para el análisis bivariado se aplicó la prueba ji cuadrado de independencia. Luego se aplicó la regresión logística multivariada con los factores que presentaron una asociación significativa en la prueba anterior, calculándose los valores de las razones de probabilidad (OR) cruda y ajustada, se consideró un nivel de significación de $p < 0,05$.

El estudio cuenta con el aval del Comité de Ética de Investigación del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, Acta N° 0129-2024. Los datos se recolectaron siguiendo los principios bioéticos, solicitando previamente la firma del consentimiento informado, y garantizando la confidencialidad de la información.

RESULTADOS

El puntaje global obtenido con el IFSF presentó una media de $19,17 \pm 9,51$, con un rango que varió entre 2,6 y 32,1. En relación a las dimensiones específicas, la satisfacción presentó el promedio más alto con $4,14 \pm 1,36$, mientras que el deseo fue la dimensión que presentó el puntaje más bajo con $2,72 \pm 0,98$. (Tabla 1)

Tabla 1. Puntajes obtenidos con el IFSF por cada dimensión

Dimensión sexual	N	Mínimo	Máximo	Media	D. E.
Disfunción sexual (global)	105	2,6	32,1	19,17	9,51
Deseo	105	1,2	5,4	2,72	0,98
Excitación	105	,0	5,7	2,71	1,86
Lubricación	105	,0	6,0	3,19	2,13
Orgasmo	105	,0	6,0	3,09	2,07
Satisfacción	105	,8	6,0	4,14	1,36
Dolor	105	,0	6,0	3,32	2,28

La tabla 2 muestra la prevalencia de la DSF en la población estudiada y fue determinada con los puntajes del IFSF. El 77,1 % de las gestantes ($n = 81$) presentaron algún grado de disfunción sexual, mientras que el 22,9 % ($n = 24$) no presentaron esta condición.

Tabla 2. Frecuencia de la disfunción sexual femenina según el IFSF

Disfunción sexual	Frecuencia	Porcentaje
Sí	81	77,1
No	24	22,9
Total	105	100,0

Los resultados del análisis bivariado de los factores sociodemográficos se exponen en la tabla 3, donde se evidencia como único factor asociado significativamente la edad 18-29 años en comparación con las de 30 años o más ($p = 0,019$).

Tabla 3. Análisis bivariado de los factores sociodemográficos

Factores	Disfunción sexual		χ ²	Valor p
	Sí n = 81 (%)	No n = 24 (%)		
Edad				
18 a 29 años	49 (60,5 %)	8 (33,3 %)	5,50	0,01
30 años a más	32 (39,5 %)	16 (66,7 %)		
Nivel de instrucción				
Primaria	9 (11,1 %)	3 (12,5 %)	1,40	0,49
Secundaria	54 (66,7 %)	13 (54,2 %)		
Superior	18 (22,2 %)	8 (33,3 %)		
Ocupación				
Ama de casa	60 (74,1 %)	15 (62,5 %)	4,61	0,09
Dependiente	5 (6,2 %)	5 (20,8 %)		
Independiente	16 (19,8 %)	4 (16,7 %)		
Procedencia				
Rural	13 (16,0 %)	22 (91,7 %)	0,90	0,34
Urbana	68 (84,0 %)	68 (84,0 %)		
Nacionalidad				
Extranjera	11 (13,6 %)	2 (8,3 %)	0,47	0,49
Peruana	70 (86,4 %)	22 (91,7 %)		
Religión				
Sí	51 (63,0 %)	12 (50,0 %)	1,29	0,25
No	30 (37,0 %)	12 (50,0 %)		

χ^2 : Prueba ji cuadrado.

Los resultados del análisis bivariado de los factores obstétricos (tabla 4) no reportaron asociación estadísticamente significativa para ninguno de los factores considerados.

Tabla 4. Análisis bivariado de los factores obstétricos

Factores	Disfunción sexual		χ^2	Valor p
	Sí n = 81 (%)	No n = 24 (%)		
IMC pregestacional				
Delgadez	2 (2,5 %)	-	1,31	0,72
Sobrepeso	27 (33,3 %)	10 (41,6 %)		
Obesidad	22 (27,2 %)	7 (29,2 %)		
Normal	30 (37,0 %)	7 (29,2 %)		
Ganancia de peso				
Insuficiente	12 (14,8 %)	3 (12,5 %)	1,75	0,41
Excesiva	27 (33,3 %)	5 (20,8 %)		
Normal	42 (51,9 %)	16 (66,7 %)		
Paridad				
Nulípara	51 (63,0 %)	13 (54,2 %)	2,72	0,25
Primípara	23 (28,4 %)	6 (25,0 %)		
Múltipara	7 (8,6 %)	5 (20,8 %)		
Antecedente de episiotomía				
Sí	17 (21,0 %)	6 (25,0 %)	0,17	0,67
No	64 (79,0 %)	18 (75,0 %)		
Antecedente de aborto				
Sí	29 (35,8 %)	13 (54,2 %)	2,60	0,10
No	52 (64,2 %)	11 (45,8 %)		
Planificación del embarazo				
Sí	33 (40,7 %)	14 (58,3 %)	2,31	0,12
No	48 (59,3 %)	10 (41,7 %)		

χ^2 : Prueba ji cuadrado.

Los resultados del análisis bivariado de los factores culturales y personales (tabla 5) reportaron como factores asociados de forma significativa a la creencia de que las relaciones harán daño al bebé ($p = 0,021$), la creencia de que las relaciones sexuales afectarán el proceso de gestación ($p = 0,035$) y el rechazo hacia la pareja ($p = 0,006$).

Tabla 5. Análisis bivariado de los factores culturales y personales

Factores	Disfunción sexual		χ^2	Valor p
	Sí n = 81 (%)	No n = 24 (%)		
Obligación de cumplir sexualmente con la pareja				
Sí	1 (1,2 %)	-	0,29	0,58
No	80 (98,8 %)	24 (100,0 %)		
Creencia de provocar daño al bebé				
Sí	21 (25,9 %)	1 (4,2 %)	5,29	0,02
No	60 (74,1 %)	23 (95,8 %)		
Creencia de dañar el proceso de gestación				
Sí	19 (23,5 %)	1 (4,2 %)	4,46	0,03
No	62 (76,5 %)	23 (95,8 %)		
Información por parte del personal de salud				
Sí	47 (58,0 %)	14 (58,3 %)	0,00	0,97
No	34 (42,0 %)	10 (41,7 %)		
Percepción negativa de la imagen				
Sí	40 (49,4 %)	10 (41,7 %)	0,44	0,50
No	41 (50,6 %)	14 (58,3 %)		
Rechazo hacia la pareja				
Sí	35 (43,2 %)	3 (12,5 %)	7,56	0,00
No	46 (56,8 %)	21 (87,5 %)		

χ^2 : Prueba de ji cuadrado.

El análisis multivariado evidenció que, de los cuatro factores antes mencionados, solo la edad 18-29 años (ORa = 2,653) y el rechazo a la pareja (ORa = 5,059) se mantuvieron como factores de riesgo significativo. (Tabla 6)

Tabla 6. Análisis multivariado

Factores asociados	ORa	IC 95 %		Valor p
		Inf.	Sup.	
Edad				
18 a 29 años	2,653	,949	7,414	0,019
30 años a más	Ref.	-	-	-
Creencia de daño al bebé				
Sí	2,897	,298	28,160	0,359
No	Ref.	-	-	-
Creencia de daño a la gestación				
Sí	4,606	,478	44,423	0,186
No	Ref.	-	-	-
Rechazo a la pareja				
Sí	5,059	1,338	19,125	0,017
No	Ref.	-	-	-

Regresión logística binaria. ORa=OR ajustado

DISCUSIÓN

La gestación es una etapa de diversos cambios hormonales, físicos, psicológicos, y otros que modifican el estilo de vida de las gestantes. Es así que la sexualidad, dimensión inherente a todas las personas, también se ve afectada y dependerá de muchos factores el mantenimiento de su estado óptimo, es decir, la salud sexual.⁽⁵⁾ Ciertos factores sociodemográficos, obstétricos, culturales, y personales determinarán la predisposición o no a desarrollar DSF.⁽⁸⁾

En la presente investigación se encontró una prevalencia de DSF en el tercer trimestre en el 77,1 % de las gestantes encuestadas. Cifra que coincide con los hallazgos de otras investigaciones internacionales realizadas por Olivares et al.⁽¹⁷⁾ y Jaramillo et al.,⁽¹⁸⁾ en Colombia, donde se hallaron prevalencias de 62 % y 60,2 % respectivamente. Asimismo, los resultados de Alizadeh et al.⁽¹⁹⁾ revelan que la prevalencia de DSF en mujeres embarazadas es de 65 %, el tercer trimestre de gestación es el menor puntuado con un promedio de 22,60.

La alta prevalencia de DSF en el tercer trimestre de gestación se explicaría por la infrecuencia de las relaciones sexuales, aumento de la fatiga, incontinencia urinaria, edema y disminución del deseo sexual. Hay un patrón de pérdida de interés sexual por parte de la pareja, temor a hacer daño al bebé y coito

entorpecido. En definitiva, los estudios muestran que hay un cambio significativo que afecta la calidad de vida sexual, tanto en la mujer como en su pareja.⁽⁵⁾

Esta alta tasa puede deberse también a la diferencia en la puntuación del desempeño sexual utilizando el cuestionario IFSF y, por otro lado, las mujeres embarazadas pueden haber respondido en base a creencias incorrectas sobre la actividad sexual, tabúes religiosos y sociales que limitan su funcionalidad sexual.⁽²⁰⁾

Con respecto a los dominios del IFSF, a manera de profundizar en la función sexual de las gestantes, la presente investigación encontró que la satisfacción fue el indicador con una mayor media, mientras que el deseo presentó el puntaje más bajo. Al respecto, algunos estudios muestran que la satisfacción disminuye, tal como menciona Carta Peña,⁽³⁾ debido a los cambios en la apariencia, inseguridad de la pareja, temores y molestias; asimismo Gerges et al.⁽²¹⁾ afirman que disminuye un 37 % en el embarazo comparado con la preconcepción.

De manera opuesta, Amorim et al.⁽⁹⁾ observaron que la satisfacción aumenta solo en el tercer trimestre. Estas diferencias se atribuyen a su naturaleza multifactorial pues depende de las expectativas sexuales, autoconocimiento, actitud, entre otros.⁽²²⁾

El deseo sexual suele ser el dominio con menor puntaje general según diversos estudios.^(3,21) Resultado similar al obtenido por Bahrami et al.,⁽²³⁾ y que puede ser el resultado de factores orgánicos y psicógenos descritos como las molestias del embarazo, creencia de dañar al feto, disminución de la atracción sexual, percepción negativa de la imagen corporal, anteponer la maternidad sobre la relación conyugal, entre otros.^(5,12)

El factor sociodemográfico asociado fue la edad; las gestantes de 18 a 29 años presentaron más riesgo de experimentar DSF en comparación con aquellas de 30 años o más. Esto coincide con Olivares et al.⁽¹⁷⁾ y Amorim et al.,⁽⁹⁾ los cuales mostraron que el IFSF mejora con el avance de la edad y que las gestantes entre 21 y 30 años tienen 4,6 veces más riesgo de sufrir DSF, en comparación de las mayores de 30. De forma distinta, Hajnasiri et al.⁽²⁴⁾ encontraron que la función sexual disminuye 0,5 puntos a partir de los 30 años, diferencia que podría relacionarse con la cultura de cada país, que deriva en expectativas sexuales distintas.⁽²⁵⁾

Además, la evidencia médica menciona que la función sexual disminuye con la edad junto con los estrógenos, pero la práctica continuada de la sexualidad puede revertir esta relación, ya que una mayor edad indicaría mayor autoconocimiento y confianza para expresar necesidades y preferencias.⁽²⁶⁾

En los factores sociodemográficos no significativos se observó alto porcentaje de gestantes con DSF en los grupos con instrucción básica, ocupación ama de casa, procedencia urbana, que profesan una religión, y gestantes extranjeras. Aksoy



Derya et al.⁽¹⁴⁾ encontraron en su estudio que, al contrario, vivir en un centro provincial o rural es un factor de riesgo para desarrollar DSF en gestantes (OR 1,50). Diversas investigaciones demuestran que tener estudios superiores está asociado a la DSF en gestantes, contrario a los hallazgos del presente estudio.^(14,24,27) Esta diferencia puede explicarse por las distintas expectativas sexuales. Asimismo, saber que el 84,6 % de extranjeras presenta DSF debe ser una alerta para los profesionales de salud.

En relación a los factores obstétricos, no se halló asociación con la DSF en gestantes, es más, no existe variación significativa. Es una situación que no se esperaba encontrar, pues la bibliografía demuestra que los factores obstétricos tienen suficiente justificación como patogénicos de DSF.⁽²⁸⁾ Sin embargo, se infiere que los factores obstétricos por sí solos no determinan DSF. Entonces, los profesionales de salud no deben descartar la probabilidad o presencia de esta afección ante la ausencia de factores obstétricos.

Sobre las creencias de las gestantes de que las relaciones sexuales pueden hacer daño al bebé o el embarazo, si bien se encontró una asociación significativa en el análisis bivariado, no se mantuvo en el multivariado. Esto se ve influenciado por sus creencias socioculturales que se expresan a través de frases como, por ejemplo, "Yo prefiero pasar tranquila mi embarazo", dando a entender que la intimidad sexual es una molestia o un riesgo; "Una como embarazada tiene que darse a respetar", infiriendo que el sexo es irrespetar la gestación, entre otros comentarios recibidos durante el presente estudio.⁽²⁾

El rechazo a la pareja se mantuvo como un factor de riesgo significativo, lo cual puede explicarse por la alteración en la activación del córtex prefrontal, por influencia hormonal, que produce mayor sensibilidad a estímulos amenazantes, como mecanismo evolutivo, lo cual conlleva a distanciamiento físico y emocional.⁽²⁹⁾ Este factor debe ser analizado más a profundidad en futuras investigaciones para plantear un manejo integral.

Se concluye que los principales factores que se asocian a la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre son la edad, sentir rechazo hacia la pareja y las creencias de daño al bebé o la gestación. Asimismo, la elevada prevalencia de la DSF en gestantes representa un desafío dentro del ámbito de la salud sexual y reproductiva. En este contexto, el profesional de la salud que brinda atención a la gestante desempeña un papel clave en la promoción de la salud sexual: es responsable de la identificación de casos, realizar derivaciones pertinentes para establecer diagnósticos y proponer planes de manejo enfocados en las causas directas y factores predisponentes. Se deben liderar iniciativas a fin de reducir la prevalencia de DSF, diseñando estrategias y fijando metas para abordar este problema integralmente.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Sexual health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2002 [citado 22/01/2025]. Disponible en: <https://www.who.int/health-topics/sexual-health>
2. Panea Pizarro I, Domínguez Martín AT, Barragán Prieto V, et al. Comportamiento y actitud frente a la sexualidad de la mujer embarazada durante el último trimestre. Estudio fenomenológico. Aten Primaria. 2019;51(3):127-34. DOI: 10.1016/j.aprim.2018.02.003.
3. Carta Peña M, González Blanco M. Función y patrón sexual: características y evolución durante el embarazo. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2016 [citado 22/01/2025];76(3):232-47. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322016000400003&lng=es
4. Maiellano B. Interpretation of changes in a woman's sexual behavior during pregnancy. JONNPR. 2020;5(10):1106-17. DOI: 10.19230/jonnpr.3673.
5. Kulhawik R, Zborowska K, Grabarek BO, et al. Changes in the Sexual Behavior of Partners in Each Trimester of Pregnancy in Otwock in Polish Couples. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(5):2921. DOI: 10.3390/ijerph19052921.
6. García Duarte S, Nievas Soriano BJ, Fischer Suárez N, et al. Quality of sexuality during pregnancy, we must do something—survey study. Int J Environ Res Public Health. 2023;20(2):965. DOI: 10.3390/ijerph20020965.
7. Mancilla Amador A, de la Torre y Fernández P. Disfunciones sexuales femeninas: Intervención y tratamiento. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2010 [citado 22/01/2025];78(1):391-413. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=27163>
8. Taştekin Ouyaba A, Infal Kesim S. The prevalence of sexual dysfunctions in pregnant women and the correlated factors: a systematic review and meta-analysis. J Sex Med. 2023;20(4):475-87. DOI: 10.1093/jsxmed/qdad002.
9. Amorim Lessa PR, Pereira Calou CG, Gomes Ribeiro S, et al. Sexualidade em gestantes e fatores de risco associados. Rev Bras Enferm [Internet]. 2020 [citado 22/01/2025];73(supl 4):1-7. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reben/a/bFjK4GHj8tTnRtvMLJGvM7n/?format=pdf&lang=pt>



10. Osorio Cerda L, Ortiz Lorca A, Muñoz Herrera P. Prevalencia de incontinencia urinaria y disfunción sexual en embarazadas atendidas en un Centro de Salud Familiar de Santiago de Chile. Rev Cuban Obstet Ginecol [Internet]. 2018 [citado 22/01/2025];44(1):1-11. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000100008&lng=es
11. Rivera Felix LM, López Sánchez M, Quiñones Colchado ER, et al. Disfunción sexual femenina y factores que influyen durante la gestación. Una revisión sistemática en Sudamérica y Asia en la última década. Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba. 2022;79(4):374-8. DOI: 10.31053/1853.0605.v79.n4.30907.
12. Morán Bayón Á, López Sosa C, Hernández Correa C. ¿Ha variado la sexualidad en el embarazo? Generación baby boom versus generación millennial. Semergen. 2022;48(2):245-51. DOI: 10.1016/J.SEMERG.2022.01.008.
13. Del Río Olvera FJ, Sánchez-Sandoval Y, García-Rojas AD, et al. The Prevalence of the Risk of Sexual Dysfunction in the First and Third Trimesters of Pregnancy in a Sample of Spanish Women. Int J Environ Res Public Health. 2023;20(5):3955. DOI: 10.3390/ijerph20053955.
14. Aksoy Derya Y, Gök Uğur H, Özşahin Z. Effects of demographic and obstetric variables with body image on sexual dysfunction in pregnancy: A cross-sectional and comparative study. Int J Nurs Pract. 2020;26(3):e12829. DOI: 10.1111/ijn.12829.
15. Rosen R, Brown C, Heiman J, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. J Sex Marital Ther. 2000;26(2):191-208. DOI: 10.1080/009262300278597.
16. Blümel JE, Binfa L, Cataldo P, et al. Índice de Función Sexual Femenina: Un Test para evaluar la sexualidad de la mujer. Rev chil obstet ginecol. 2004;69(2):118-25. DOI: 10.4067/S0717-75262004000200006.
17. Olivares Noguera E, Montoya Moreno RA, Arteaga Noriega A. Prevalencia de disfunción sexual en gestantes en control prenatal en una institución hospitalaria en Rionegro, Colombia, 2020-2021. Rev Mex Obstet Ginecol. 2021;72(4). DOI: 10.18597/rcog.3761.
18. Jaramillo Saldarraiga MI, Colonia Toro A, Andrea Posada G, et al. Factores asociados a disfunción sexual durante el embarazo: estudio multicéntrico en la ciudad de Medellín. Rev Fac Cienc Salud Univ Cauca. 2021;23(1). DOI: 10.47373/rfcs.2021.v23.1626.



19. Alizadeh S, Riazi H, Alavi-Majd H, et al. Prevalence of female sexual dysfunction during pregnancy in Eastern Mediterranean Regional Office Countries (EMRO): a systematic review and meta-analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2022;35(25):6654-62. DOI: 10.1080/14767058.2021.1919074.
20. Bender S, Sveinsdóttir E, Fridfinnsdóttir H. "You stop thinking about yourself as a woman". An interpretive phenomenological study of the meaning of sexuality for Icelandic women during pregnancy and after birth. *Midwifery.* 2018;62:14-19. DOI: 10.1016/j.midw.2018.03.009.
21. Gerges S, Obeid S, Hallit S. Associations Between Eating Attitudes, Mental Health, and Sexual Dysfunction during Pregnancy. *J Sex Marital Ther.* 2022;49(5):517-32. DOI: 10.1080/0092623x.2022.2149937.
22. Iglesias Campos P, Morell-Mengual V, Caballero-Gascón L, et al. Satisfacción sexual femenina: influencia de la edad y variedad de prácticas sexuales. *Int J Develop Edu Psy.* 2018;1(1):85-92. DOI: 10.17060/ijodaep.2018.n1.v1.1163.
23. Bahrami Vazir E, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Kamalifard M, et al. The correlation between sexual dysfunction and intimate partner violence in young women during pregnancy. *BMC Int Health Hum Rights.* 2020;20:24. DOI: 10.1186/s12914-020-00245-9.
24. Hajnasiri H, Moafi F, Nami M, et al. Sexual Dysfunction and its Related Factors Among Pregnant Women Referred to Health Centers in Qazvin, Iran. *Asian J Soc Health Behav.* 2020;3(1):27-34. DOI: 10.4103/SHB.SHB_5_20.
25. Gutiérrez Luna A, Fuentes Arzate I. Una aproximación a la situación de las mujeres en el Irán contemporáneo: perspectivas locales y globales. *Mx Cam Jun.* 2021;(13):159-87. DOI: 10.26457/mxcj.v0i13.2975.
26. Mas M. Fisiología de la respuesta sexual femenina: actualización. *Rev Int Androl.* 2007;5(1):11-21. DOI: 10.1016/S1698-031X(07)74029-3.
27. Karakas L, Azemi A, Simsek SY, et al. Risk factors for sexual dysfunction in pregnant women during the COVID-19 pandemic. *Int J Gynaecol Obstet.* 2021;152(2):226-30. DOI: 10.1002/ijgo.13462.
28. Junqueira Vasconcellos de Oliveira SM, De Souza Caroci A, De Paula Batista Mendes E, et al. Disfunciones del suelo pélvico en mujeres primíparas después del parto. *Enferm glob.* 2018;17(3). DOI: org/10.6018/eglobal.17.3.292821.
29. Coe Calcagni S, Mira Olivos A, García Valdés MI, et al. Salud mental en madres en el período perinatal. *Andes pediater.* 2021;92(5):724-32. DOI: 10.32641/andespediatr.v92i5.3519.



Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Contribución de autoría

Julia Denisse Melgarejo-Escobar: conceptualización, curación de datos, adquisición de financiamiento, investigación, metodología, administración del proyecto, supervisión, redacción del borrador original, revisión y edición.

Judith Josefina Cornejo-Rivera: conceptualización, análisis formal, investigación, validación, visualización, redacción, revisión y edición.

Emilio Oswaldo Vega-Gonzales: investigación, metodología, *software*, validación, visualización, redacción del borrador original, revisión y edición.