Artículo original
Ginecol Obstet Mex 2026; 94: e10990.

https://doi.org/10.24245/gom.v94id.10990

Disfunción sexual en embarazadas que cursan con embarazo de alto riesgo

Sexual dysfunction in pregnant women with high-risk pregnancies.

Ricardo Meza Agudelo,[1] Silvia Valentina Lemus Matajira,[2] Julián David Losada Marin,[2] María Kamila Lemus Matajira,[3] Rocío Guarín Serrano,[4] Sonia Osma Zambrano[1]

Resumen

OBJETIVO: Determinar la prevalencia y los factores asociados con la disfunción sexual durante el embarazo en población de alto riesgo.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo y transversal efectuado en pacientes embarazadas de alto riesgo obstétrico en cualquiera de los tres trimestres del embarazo al momento del ingreso al estudio en el Hospital Universitario de Santander, España. Para la obtención de los datos se aplicó el cuestionario Índice de función sexual femenina.
RESULTADOS: Se estudiaron 98 pacientes con embarazo de alto riesgo, con estrato socioeconómico entre 1 y 3, donde el 2 fue el de mayor frecuencia. El 88% de las pacientes tenían estudios más allá de la primaria completa; el 87% estaban casadas o permanecían en unión estable con su pareja. Los hallazgos del estudio reflejan que 6 de cada 10 embarazadas tuvieron disfunción sexual global. Se observó mayor disfunción en el dominio del deseo en los extremos de los límites de edad, y en las pacientes en quienes su pareja no aceptó tener relaciones sexuales durante el embarazo.
CONCLUSIONES: Se evidenció que el 60% de las mujeres embarazadas padecieron disfunción sexual, sobre todo en los trimestres finales de la gestación. Las alteraciones más frecuentes corresponden a disminución del deseo y excitación, seguidas de dolor, dificultades para la lubricación, el orgasmo y la satisfacción. Esa disfunción se asoció con los cambios físicos, emocionales y hormonales característicos del embarazo, que pueden limitar la actividad sexual y repercutir en la autopercepción femenina.
PALABRAS CLAVE: Disfunción sexual; embarazadas de alto riesgo obstétrico; Índice de disfunción sexual femenina.

Abstract

OBJECTIVE: This study aims to determine the prevalence of sexual dysfunction and its associated factors among high-risk pregnant populations.
MATERIALS AND METHODS: An observational, descriptive, cross-sectional study was conducted involving pregnant patients with high obstetric risk during any trimester at the time of admission to the University Hospital of Santander, Spain. Data collection utilized the Female Sexual Function Index questionnaire.
RESULTS: Ninety-eight high-risk pregnant patients participated in the study. The majority had a socioeconomic status between 1 and 3, with level 2 being most common. Eighty-eight percent had attained education beyond the primary level, and 87% were married or in a stable relationship. The findings indicated that 60% of these women exhibited global sexual dysfunction. Notably, diminished desire was especially prevalent among patients at the extremes of the age spectrum and those whose partners did not consent to sexual activity during pregnancy.
CONCLUSIONS: Sexual dysfunction affected 60% of high-risk pregnant women, with a higher incidence noted in the final trimester. The most frequent issues observed in-

[1] Ginecoobstetra.
[2] Médica general.
[3] Médica general, servicio de Ginecología, Hospital Emiro Quintero Cañizares.
[4] Ginecoobstetra, Magíster en salud sexual y sexología clínica.
Universidad Industrial de Santander, Hospital Universitario de Santander.

ORCID
https://orcid.org/0009-0005-7188-2391
https://orcid.org/0009-0009-0760-0600
https://orcid.org/0009-0002-4290-5345
https://orcid.org/0009-0000-4531-4722
https://orcid.org/0000-0002-4751-9905
https://orcid.org/0000-0003-4450-3147

Recibido: agosto 2025

Aceptado: enero 2026

Correspondencia
Silvia Valentina Lemus Matajira
silvia2200056@correo.uis.edu.co

Este artículo debe citarse como:
Meza-Agudelo R, Lemus-Matajira SV, Losada-Marin JD, Lemus-Matajira MK, Guarín-Serrano R, Osma-Zambrano S. Disfunción sexual en embarazadas que cursan con embarazo de alto riesgo. Ginecol Obstet Mex 2026; 94: e10990. https://doi.org/10.24245/gom.v94id.10990

cluded reduced desire and arousal, followed by pain, lubrication difficulties, problems achieving orgasm, and reduced satisfaction. These dysfunctions are associated with the physical, emotional, and hormonal changes inherent to pregnancy, which may limit sexual activity and influence self-perception in women.
KEYWORDS: Sexual dysfunction; High-risk pregnant women; Female Sexual Function Index.

ANTECEDENTES

Para la Organización Mundial de la Salud, la sexualidad es un aspecto central del ser humano a lo largo de toda su vida. Abarca el sexo, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Por ello, la OMS define a la salud sexual como un estado de bienestar emocional, mental y social mediante el que la personalidad, la comunicación y el amor se fortalecen y enriquecen positivamente.[1]

La disfunción sexual femenina se caracteriza por falta o disminución de los sentimientos de interés sexual, fantasías y pensamientos, o por problemas para excitarse, lubricarse o alcanzar un orgasmo a pesar de que haya un estímulo adecuado o por la coexistencia de dolor durante el coito (dispareunia).[1] Estas alteraciones pueden ser síntoma de problemas biológicos o de conflictos intrapsíquicos e interpersonales o una combinación de ellos.[2] La disfunción sexual puede ser de toda la vida o adquirida, generalizada o situacional (limitada a una pareja o situación) y progresiva.

Con frecuencia, el embarazo deriva en estrés vital significativo que interrumpe los estilos previos de actividad física y adaptación emocional de las parejas, con la consiguiente disminución de la frecuencia de relaciones sexuales y de la libido.[3] Debido a esto, en múltiples estudios se ha descrito el papel relevante que juega el embarazo en la función y comportamiento sexual de las mujeres.[4] Durante esa etapa, además de la gran repercusión hormonal, los cambios emocionales pueden reflejarse en el estilo de vida e, incluso, en la propia imagen, lo que termina por modificar la expresión de la sexualidad y el comportamiento sexual de la embarazada.[5,6]

Por lo anterior, la gestación se considera un facilitador de los trastornos sexuales, que requieren estudio y seguimiento para poder conseguir su mejor y mayor comprensión del comportamiento y de las medidas necesarias que permitan intervenir de manera acertada y oportuna. Entre la búsqueda para el entendimiento, en un ensayo emprendido por Leite y colaboradores en una población de embarazadas de Brasil, se demostró que la disfunción sexual (evaluada mediante el Índice de función sexual femenina) se incrementa a lo largo del embarazo, donde los porcentajes, según el trimestre, fueron 46.6, 34.2 y 73.3%, respectivamente.[7,8,9]

Un aumento de la disfunción sexual en el tercer trimestre del embarazo es un reporte común en diversos estudios llevados a cabo en grupos de embarazadas en diferentes regiones, donde los porcentajes varían discretamente. Sin embargo, el comportamiento en la mayoría es el mismo.[8,9]

https://doi.org/10.24245/gom.v94id.10990

En Santander, España, Orostegui determinó la incidencia de disfunción sexual en 50 embarazadas de bajo riesgo obstétrico conforme a los trimestres y reportó: 55% en el primero, 55% en el segundo y 54% en el tercero.[10]

Si bien la disfunción sexual durante el embarazo ha sido objeto de numerosos estudios en pacientes de bajo riesgo, existe una limitada cantidad de investigaciones disponibles en la bibliografía de mujeres con embarazo de alto riesgo. En este contexto, resulta relevante generar conocimiento médico actualizado que describa la función sexual en esta etapa reproductiva, con el propósito de establecer fundamentos que permitan comprender las variaciones a las que se enfrentan las mujeres durante un embarazo de alto riesgo y, de este modo, ofrecerles un acompañamiento más adecuado. Por consiguiente, el objetivo de este estudio fue: determinar la prevalencia y los factores asociados con la disfunción sexual durante el embarazo en población de alto riesgo, ámbito escasamente investigado en España y en otros países.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y transversal efectuado en pacientes embarazadas de alto riesgo obstétrico en cualquiera de los tres trimestres del embarazo al momento del ingreso al estudio en el Hospital Universitario de Santander, España. Para la obtención de los datos se aplicó el cuestionario "Índice de función sexual femenina", planteado por Rosen y colaboradores.[11]

Criterios de inclusión: mujeres mayores de 14 años, en cualquier trimestre del embarazo, con gestación de alto riesgo obstétrico, atendidas en el Hospital Universitario de Santander en sus diferentes servicios (consulta externa, ecografía, urgencias u hospitalización), manifestar tener vida sexual activa con pareja heterosexual, saber leer y escribir, no tener alteraciones visuales que limiten el diligenciamiento del instrumento, embarazo que no sea producto de abuso sexual y tener un compañero sexual estable.

Criterios de exclusión: situaciones individuales del embarazo que contraindiquen la actividad sexual, tener diagnóstico de alguna enfermedad mental y antecedente de disfunción sexual previa al embarazo.

Para estimar el tamaño de muestra se utilizó el programa *Open epi* para frecuencia, asumiendo una población infinita, una frecuencia anticipada de disfunción sexual femenina en la población de embarazadas de alto riesgo del 50%, con una incertidumbre del 10% y un efecto de diseño de 1 se estableció un tamaño de muestra de 98 embarazadas clasificadas de alto riesgo obstétrico.

Para el análisis estadístico se describieron todas las variables estudiadas: cualitativas, nominales u ordinales y se resumieron con proporciones. A partir de los resultados de la escala de disfunción sexual femenina, en el subgrupo poblacional, se estimó la prevalencia global de disfunción con su respectivo IC95%. Como punto de corte para definir la disfunción sexual se consideró un puntaje menor de 26.5 y para alteración en algún dominio un puntaje menor a 3.6. También se calculó la proporción de alteración en cada uno de los dominios que evalúa la escala. Por último, se describió la población de embarazadas con disfunción sexual femenina conforme a la coexistencia de las dos principales comorbilidades que hacen al riesgo obstétrico alto.

RESULTADOS

Se estudiaron 98 pacientes con embarazo de alto riesgo **(Cuadro 1)**, con estrato socioeconómico entre 1 y 3, donde el 2 fue el de mayor frecuencia. El 88% (n = 86) de las pacientes tenían estudios más allá de la primaria completa; el 87% (n = 85) estaban casadas o permanecían en unión estable con su pareja. Solo una tenía

Cuadro 1. Características demográficas de las pacientes embarazadas del estudio

Variable	Variables sociodemográficas	
	n	%
Total	101	100
Estrato socioeconómico		
1	35	34.65
2	53	52.48
3	13	12.87
Escolaridad		
Primaria incompleta	7	6.93
Primaria completa	5	4.95
Bachillerato incompleto	26	25.74
Bachillerato completo	45	44.55
Técnico	13	12.87
Universitario	5	4.95
Estado civil		
Soltera	12	11.88
Casada	18	17.82
Unión libre	70	69.31
Separada	1	0.99
Ocupación		
Desempleada	2	1.98
Ama de casa	79	78.22
Estudiante	4	3.96
Empleada-independiente	16	15.84
Práctica religiosa		
No practicante	17	16.83
Poco practicante	47	46.53
Muy practicante	37	36.63
Pareja masculina		
No	1	0.99
Sí	100	99.01
Pareja acepta tener relaciones		
No	27	26.73
Sí	74	73.27

pareja actual femenina, y el 73% (n = 71) de las parejas tuvieron relaciones sexuales durante el embarazo.

El 80% (n =78) eran amas de casa. La práctica religiosa prevaleció en el 83% (n = 81) de las entrevistadas. La mayoría de las embarazadas se encontraba en el tercer trimestre de la gestación. **Cuadro 1**

Con referencia a las características ginecoobstétricas de la población, menos de la tercera parte eran nulíparas, el 33% (n = 32) tenía, al menos, una cesárea previa. Los antecedentes de óbito fetal y embarazos ectópicos fueron los de más baja frecuencia, y el de aborto tuvo una frecuencia del 23.8%. La mayoría de las embarazadas cursaba el tercer trimestre de la gestación.

En el **Cuadro 2** se evidencian los factores de riesgo obstétrico, en donde el 61% (n = 58) tenía un peso por encima del normal (sobrepeso u obesidad). La amenaza de parto pretérmino fue el factor más frecuente, seguido de primipaternidad, restricción del crecimiento intrauterino, ser adolescente y padecer diabetes gestacional.

Cuadro 2. Factores de riesgo obstétrico

Variable	Factores de riesgo obstétrico	
	n	%
Total	101	100
Índice de Masa Corporal		
Bajo peso	20	19.80
Peso normal	38	37.62
Sobrepeso	24	23.76
Obesidad	19	18.81
Diabetes gestacional		
No	80	79.21
Sí	21	20.79
Diabetes pregestacional		
No	98	97.03
Sí	3	2.97
Trastorno hipertensivo del embarazo		
No	83	82.18
Sí	18	17.82
Hipertensión pregestacional		
No	96	95.05

https://doi.org/10.24245/gom.v94id.10990

Cuadro 2. Factores de riesgo obstétrico (Continúa en la siguiente página)

Variable	Factores de riesgo obstétrico	
	n	%
Sí	5	4.95
Amenaza de parto pretérmino		
No	36	35.64
Sí	65	64.36
Restricción del crecimiento intrauterino		
No	78	77.23
Sí	23	22.77
Adolescentes embarazadas		
No	79	78.22
Sí	22	21.78
Edad materna avanzada		
No	87	86.14
Sí	14	13.86
Primipaternidad		
No	93	92.08
Sí	8	36.63
Gran multípara		
No	95	94.06
Sí	6	5.94
Sin control prenatal		
No	97	96.04
Sí	4	3.96

Los hallazgos del estudio reflejan que 6 de cada 10 embarazadas tenían disfunción sexual global. En el **Cuadro 3** se encuentran los resultados obtenidos conforme al dominio, donde la mayor frecuencia de disfunciones fue para la excitación y el deseo sexual, seguidas de cerca por dispareunia, falta de lubricación, orgasmo y satisfacción.

Con base en los dominios de la disfunción sexual y de embarazo con factores de riesgo, se encontró que quienes no asistieron a ninguno de sus controles prenatales tuvieron disfunción del deseo sexual. En el rubro de excitación solo se evidenció asociación con las adolescentes embarazadas ($p = 0.019$). No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre los dominios de la disfunción y los factores de riesgo obstétrico.

En la información del **Cuadro 4** se demuestra la disfunción sexual y su relación con las variables demográficas. Se observó mayor disfunción en el dominio del deseo en los extremos de los límites de edad, y en las pacientes en quienes su pareja no aceptó tener relaciones sexuales durante el embarazo ($p = 0.045$).

Por lo que se refiere al dominio de la excitación, se observó una mayor frecuencia de disfunción en mujeres solteras que no conviven con sus parejas ($p = 0.02$), en comparación con quienes comparten vivienda con su cónyuge, ya sea en matrimonio o unión libre. Asimismo, se identificó una asociación significativa en mujeres cuya pareja no acepta mantener relaciones sexuales durante el embarazo.

Respecto al dominio de la lubricación, los resultados tuvieron un comportamiento similar al de la excitación sexual, lo que evidencia asociaciones estadísticamente significativas para el estado civil ($p = 0.017$) y para la aceptación de las relaciones sexuales durante el embarazo por parte de la pareja ($p < 0.001$).

La disfunción orgásmica mostró una asociación significativa con el estado civil ($p = 0.002$), la aceptación de la pareja para mantener relaciones durante el embarazo ($p < 0.001$) y la intensidad de la práctica religiosa ($p = 0.049$). De manera análoga, la satisfacción sexual tuvo una asociación estadísticamente significativa con el estado civil ($p = 0.002$) y con la aceptación de la pareja respecto de las relaciones sexuales ($p < 0.001$). Finalmente, en el dominio del dolor, las variables más afectadas fueron el estado civil ($p = 0.011$), la aceptación de la pareja para tener relaciones sexuales ($p < 0.001$) y la intensidad de la práctica religiosa ($p = 0.027$).

Cuadro 3. Disfunción sexual por dominios (continúa en la siguiente página)

	Disfunción del deseo sexual				Disfunción de la excitación				Disfunción de la lubricación			
	No	Sí	Total	P*	No	Sí	Total	P*	No	Sí	Total	P*
Diabetes gestacional												
No	44	36	1	0.377†	40	40	80	0.132	50	30	80	311
	55.00%	45.00%	100.00%		50.00%	50.00%	100.00%		62.50 %	37.50 %	100%	
Sí	13	8	100		14	7	21		15	6	21	
	61.90%	38.10%	100.00%		66.67%	33.33%	100.00%		71.43 %	28.57 %	100%	
Diabetes pregestacional												
No	54	44	98	0.176†	51	47	98	0.149†	62	36	98	0.262†
	55.10%	44.90%	100.00%		52.04%	47.96%	100.00%		63.27 %	36.73 %	100%	
Sí	3	0	3		3	0	3		3	0	3	
	100.00%	0.00%	100.00%		100.00%	0.00%	100.00%		100%	0.00 %	100%	
Trastornos hipertensivos del embarazo												
No	47	36	83	0.568	43	40	83	0.326	52	31	83	315
	56.63%	43.37%	100.00%		51.81%	48.19%	100.00%		62.65 %	37.35 %	100%	
Sí	10	8	18		11	7	18		13	5	18	
	55.56%	44.44%	100.00%		61.11%	38.89%	100.00%		72.22 %	27.78 %	100%	
Hipertensión pregestacional												
No	52	44	96	0.053†	49	47	96	0.040†	60	36	96	0.104†
	54.17%	45.83%	100.00%		51.04%	48.96%	100.00%		62.50 %	37.50 %	100%	
Sí	5	0	5		5	0	5		5	0	5	
	100.00%	0.00%	100.00%		100.00%	0.00%	100.00%		100%	0.00 %	100%	
Amenaza de parto pretérmino												
No	18	18	36	0.223	17	19	36	0.233	23	13	36	555
	50.00%	50.00%	100.00%		47.22%	52.78%	100.00%		63.89 %	36.11 %	100%	
Sí	39	26	65		37	28	65		42	23	65	
	60.00%	40.00%	100.00%		56.92%	43.08%	100.00%		64.62 %	35.38 %	100%	
Restricción del crecimiento intrauterino												
No	43	35	78	0.404	40	38	78	0.285	49	29	78	369
	55.13%	44.87%	100.00%		51.28%	48.72%	100.00%		62.82 %	37.18 %	100%	
Sí	14	9	23		14	9	23		16	7	23	
	60.87%	39.13%	100.00%		60.87%	39.13%	100.00%		69.57 %	30.43 %	100%	
Adolescentes embarazadas												
No	47	32	79	0.176	47	32	79	0.019	53	26	79	201
	59.49%	40.51%	100.00%		59.49%	40.51%	100.00%		67.09 %	32.91 %	100%	
Sí	10	12	22		7	15	22		12	10	22	
	45.45%	54.55%	100.00%		31.82%	68.18%	100.00%		54.55 %	45.45 %	100%	
Edad avanzada de la madre												
No	51	36	87	0.504	47	50	87	0.501	56	31	87	608
	58.62%	41.38%	100.00%		58.62%	41.38%	100.00%		64.37 %	35.63 %	100%	
Sí	6	8	14		7	7	14		9	5	14	
	42.86%	57.14%	100.00%		50.00%	50.00%	100.00%		64.29 %	35.71 %	100%	

https://doi.org/10.24245/gom.v94id.10990

Cuadro 3. Disfunción sexual por dominios (continúa en la siguiente página)

	Disfunción del deseo sexual				Disfunción de la excitación				Disfunción de la lubricación			
	No	Sí	Total	P*	No	Sí	Total	P*	No	Sí	Total	P*
Primipaternidad												
No	52	41	93		49	44	93		59	34	93	
	55.91%	44.09%	100.00%	0.510†	52.69%	47.31%	100.00%	0.438	63.44 %	36.56 %	100%	0.406†
Sí	5	3	8		5	3	8		6	2	8	
	62.50%	37.50%	100.00%		62.50%	37.50%	100.00%		75.00 %	25.00 %	100%	
Gran multípara												
No	53	42	95		50	45	95		61	34	95	
	55.79%	44.21%	100.00%	0.469†	52.63%	47.37%	100.00%	0.407†	64.21 %	35.79 %	100%	0.636†
Sí	4	2	6		4	2	6		4	2	6	
	66.67%	33.33%	100.00%		66.67%	33.33%	100.00%		66.67 %	33.33 %	100%	
Sin control prenatal												
No	57	40	97		53	44	97		62	35	97	
	58.76%	41.24%	100.00%	0.033†	54.64%	45.36%	100.00%	0.258	63.92 %	36.08 %	100%	0.551†
Sí	0	4	4		1	3	4		3	1	4	
	0.00%	100.00%	100.00%		25.00%	75.00%	100.00%		75.00 %	25.00 %	100%	
Control de comorbilidades												
No	9	7	16		11	5	16		13	3	16	
	56.25%	43.75%	100.00%	0.59	68.75%	31.25%	100.00%	0.146	81.25 %	18.75 %	100%	0.080†
Sí	46	35	81		41	40	81		48	33	81	
	56.79%	43.21%	100.00%		50.62%	49.38%	100.00%		59.26 %	40.74 %	100%	
Cantidad de diagnósticos que complican el embarazo												
1	9	7	16		9	7	16		9	7	16	
	56.25%	43.75%	100.00%		56.25%	43.75%	100.00%		56.25 %	43.75 %	100%	
2	25	19	44		24	20	44		24	20	44	
	56.82%	43.18%	100.00%		54.55%	45.45%	100.00%		54.55 %	45.45 %	100%	
3	15	12	27		13	14	27		13	14	27	
	55.56%	44.44%	100.00%	0.907†	48.15%	51.85%	100.00%	0.863†	48.15 %	51.85 %	100%	0.407†
4	3	4	7		3	4	7		3	4	7	
	42.86%	57.14%	100.00%		42.86%	57.14%	100.00%		42.86 %	57.14 %	100%	
5	4	1	5		4	1	5		4	1	5	
	80.00%	20.00%	100.00%		80.00%	20.00%	100.00%		80.00 %	20.00 %	100%	
6	1	1	2		1	1	2		1	1	2	
	50.00%	50.00%	100.00%		50.00%	50.00%	100.00%		50.00 %	50.00 %	100%	
Trimestre												
1	7	1	8		7	1	8		7	1	8	
	87.50%	12.50%	100.00%		87.50%	12.50%	100.00%		87.50 %	12.50 %	100%	
2	13	16	29	0.086	13	16	29	0.100†	17	12	29	346
	44.83%	55.17%	100.00%		44.83%	55.17%	100.00%		58.62 %	41.38 %	100%	
3	37	27	64		34	30	64		41	23	64	
	57.81%	42.19%	100.00%		-53.13%	-46.88%	-100.00%		64.06 %	35.94 %	100%	
Diagnóstico único de ARO												
No	48	37	85		45	40	85		55	30	85	
	56.47%	43.53%	100.00%	0.599	52.94 %	47.06 %	100%	0.514	64.71 %	35.29 %	100%	538
Sí	9	7	16		9	7	16		10	6	16	
	56.25%	43.75%	100.00%		56.25 %	43.75 %	100%		62.50 %	37.50 %	100%	

Cuadro 3. Disfunción sexual por dominios (continúa en la siguiente página)

Disfunción del orgasmo				Disfunción en la satisfacción				Disfunción por dolor			
No	Sí	Total	P*	No	Sí	Total	P*	No	Sí	Total	P*
Diabetes gestacional											
52	28	80		52	28	80		48	32	80	
65.00 %	35.00 %	100%	127	65.00 %	35.00 %	100%	0.196†	60.00 %	40.00 %	100%	131
16	5	21		17	4	21		16	5	21	
76.19 %	23.81 %	100%		80.95 %	19.05 %	100%		76.19 %	23.81 %	100%	
Diabetes pregestacional											
65	33	98		66	32	98		61	37	98	
66.33 %	33.67 %	100%	0.314†	67.35 %	32.65 %	100%	0.314†	62.24 %	37.76 %	100%	0.250†
3	0	3		3	0	3		3	0	3	
100%	0.00 %	100%		100%	0.00 %	100%		100%	0.00 %	100%	
Trastornos hipertensivos del embarazo											
55	28	83		58	25	83		53	30	83	
66.27 %	33.73 %	100%	322	69.88 %	30.12 %	100%	322	63.86 %	36.14 %	100%	514
66.27 %	5	18		11	7	18		11	7	18	
72.22 %	27.78 %	100%		61.11 %	38.89 %	100%		61.11 %	38.89 %	100%	
Hipertensión pregestacional											
63	33	96		64	32	96		60	36	96	
65.63 %	34.38 %	100%	0.142†	66.67 %	33.33 %	100%	0.142†	62.50 %	37.50 %	100%	0.393†
5	0	5		5	0	5		4	1	5	
100%	0.00 %	100%		100%	0.00 %	100%		80.00 %	20.00 %	100%	
Amenaza de parto pretérmino											
24	12	36		25	11	36		24	12	36	
66.67 %	33.33 %	100%	520	69.44 %	30.56 %	100%	520	66.67 %	33.33 %	100%	385
44	21	65		44	21	65		40	25	65	
67.69%	32.31 %	100%		67.69%	32.31 %	100%		61.54 %	38.46 %	100%	
Restricción del crecimiento intrauterino											
50	28	78		51	27	78		47	31	78	
64.10 %	35.90 %	100%	182	65.38 %	34.62 %	100%	182	60.26 %	39.74 %	100%	172
18	5	23		18	5	23		17	6	23	
78.26 %	21.74 %	100%		78.26 %	21.74 %	100%		73.91 %	26.09 %	100%	
Adolescentes embarazadas											
54	25	79		54	25	79		51	28	79	
68.35 %	31.65 %	100%	589	68.35 %	31.65 %	100%	589	64.56 %	35.44 %	100%	408
14	8	22		15	7	22		13	9	22	
63.64 %	36.36 %	100%		68.18 %	31.82 %	100%		59.09 %	40.91 %	100%	
Edad avanzada de la madre											
60	27	87		60	27	87		55	32	87	
68.97 %	31.03 %	100%	473	68.97 %	31.03 %	100%	473	63.22 %	36.78 %	100%	595
8	6	14		9	5	14		9	5	14	
57.14 %	42.86 %	100%		64.29 %	35.71 %	100%		64.29 %	35.71 %	100%	
Primipaternidad											
62	31	93		63	30	93		60	33	93	
66.67 %	33.33 %	100%	0.506†	67.74 %	32.26 %	100%	0.506†	64.52 %	35.48 %	100%	0.324†
6	2	8		6	2	8		4	4	8	
75.00 %	25.00 %	100%		75.00 %	25.00 %	100%		50.00 %	50.00 %	100%	

https://doi.org/10.24245/gom.v94id.10990

Cuadro 3. Disfunción sexual por dominios

Disfunción del orgasmo				Disfunción en la satisfacción				Disfunción por dolor			
No	Sí	Total	P*	No	Sí	Total	P*	No	Sí	Total	P*
Gran multípara											
64	31	95		65	30	95		59	36	95	
67.37 %	32.63 %	100%	0.622†	68.42 %	31.58 %	100%	0.622†	62.11 %	37.89 %	100%	0.282†
4	2	6		4	2	6		5	1	6	
66.67 %	33.33 %	100%		66.67 %	33.33 %	100%		83.33 %	16.67 %	100%	
Sin control prenatal											
66	31	97		65	32	97		63	34	97	
68.04 %	31.96 %	100%	0.212†	67.01 %	32.99 %	100%	0.212†	64.95 %	35.05 %	100%	0.138†
2	2	4		4	0	4		1	3	4	
50.00 %	50.00 %	100%		100%	0.00 %	100%		25.00 %	75.00 %	100%	
Control de comorbilidades											
12	4	16		12	4	16		10	6	16	
75.00 %	25.00 %	100%	368	75.00 %	25.00 %	100%	0.368†	62.50 %	37.50 %	100%	554
54	27	81		54	27	81		52	29	81	
66.67 %	33.33 %	100%		66.67 %	33.33 %	100%		64.20 %	35.80 %	100%	
Cantidad de diagnósticos que complican el embarazo											
10	6	16		10	6	16		10	6	16	
62.50 %	37.50 %	100%		62.50 %	37.50 %	100%		62.50 %	37.50 %	100%	
32	12	44		30	14	44		31	13	44	
72.73 %	27.27 %	100%		68.18 %	31.82 %	100%		70.45 %	29.55 %	100%	
18	9	27		21	6	27		15	12	27	
66.67 %	33.33 %	100%	0.613†	77.78 %	22.22 %	100%	0.50†	55.56 %	44.44 %	100%	0.571†
3	4	7		3	4	7		3	4	7	
42.86 %	57.14 %	100%		42.86 %	57.14 %	100%		42.86 %	57.14 %	100%	
4	1	5		4	1	5		4	1	5	
80.00 %	20.00 %	100%		80.00 %	20.00 %	100%		80.00 %	20.00 %	100%	
1	1	2		1	1	2		1	1	2	
50.00 %	50.00 %	100%		50.00 %	50.00 %	100%		50.00 %	50.00 %	100%	
Trimestre											
7	1	8		7	1	8		7	1	8	
87.50 %	12.50 %	100%		87.50 %	12.50 %	100%		87.50 %	12.50 %	100%	
18	11	29	0.367†	21	8	29	0.367†	17	12	29	0.392†
62.07 %	37.93 %	100%		72.41 %	27.59 %	100%		58.62 %	41.38 %	100%	
43	21	64		41	23	64		40	24	64	
67.19 %	32.81 %	100%		64.06 %	35.94 %	100%		62.50 %	37.50 %	100%	
Diagnóstico único de ARO											
58	27	85		59	26	85		54	31	85	
68.24 %	31.76 %	100%	392	69.41 %	30.59 %	100%	392	63.53 %	36.47 %	100%	574
10	6	16		10	6	16		10	6	16	
62.50 %	37.50 %	100%		62.50 %	37.50 %	100%		62.50 %	37.50 %	100%	

*Prueba de χ^2; † Prueba exacta de Fisher.

Cuadro 4. Disfunción del deseo sexual según la variable sociodemográfica (continúa en la siguiente página)

	Disfunción del deseo sexual				Disfunción de la excitación				Disfunción de la lubricación			
	No	Sí	Total	P*	No	Sí	Total	P*	No	Sí	Total	P*
Grupo de edad												
10 a 14	1	0	1		1	0	1		1	0	1	
	100%	0.00 %	100%		100%	0.00 %	100%		100%	0.00 %	100%	
15 a 19	9	12	21		6	15	21		11	10	21	
	42.86 %	57.14 %	100%		28.57 %	71.43%	100%		52.38 %	47.62 %	100%	
20 a 24	14	11	25		14	11	25		15	10	25	
	56.00 %	44.00 %	100%	0.356†	56.00 %	44.00 %	100%	0.121†	60.00 %	40.00 %	100%	0.687†
25 a 29	13	7	20		13	7	20		14	6	20	
	65.00 %	35.00 %	100%		65.00 %	35.00 %	100%		70.00 %	30.00 %	100%	
30 a 34	14	6	20		13	7	20		15	5	20	
	70.00 %	30.00 %	100%		65.00 %	35.00 %	100%		75.00 %	25.00 %	100%	
35 a 39	6	8	14		7	7	14		9	5	14	
	42.86 %	57.14 %	100%		50.00 %	50.00 %	100%		64.29 %	35.71 %	100%	
Clasificación IMC												
Bajo peso	10	9	20		10	9	19		11	8	20	
	52.63 %	47.37 %	100%		52.63 %	47.37%	100%		57.89 %	42.11 %	100%	
Peso normal	12	8	38		11	9	20		13	7	38	
	60.00 %	40.00 %	100%	604	55.00 %	45.00 %	100%	426	65.00 %	35.00 %	100%	332
Sobrepeso	19	19	24		17	21	38		22	16	24	
	50.00 %	50.00 %	100%		44.74 %	55.26 %	100%		57.89 %	42.11 %	100%	
Obesidad	16	8	19		16	8	24		19	5	19	
	66.67 %	33.33 %	100%		66.67 %	33.33 %	100%		79.17 %	20.83 %	100%	
Estrato social												
1	18	17	35		20	15	35		25	10	35	
	51.43 %	48.57 %	100%		57.14 %	42.86 %	100%		71.43 %	28.57 %	100%	
2	31	22	53	814	27	26	53	887	32	21	53	543
	58.49 %	41.51 %	100%		50.94 %	49.06 %	100%		60.38 %	39.62 %	100%	
3	8	5	13		7	6	13		8	5	13	
	61.54 %	38.46 %	100%		53.85 %	46.15 %	100%		61.54 %	38.46 %	100%	
Escolaridad												
Primaria incompleta	3	4	7		2	5	7		2	5	7	
	42.86 %	57.14 %	100%		28.57 %	71.43 %	100%		28.57 %	71.43 %	100%	
Primaria completa	3	2	5		2	3	5		2	3	5	
	60.00 %	40.00 %	100%		40.00 %	60.00 %	100%		40.00 %	60.00 %	100%	
Bachillerato incompleto	12	14	26		13	13	26		18	8	26	
	46.15 %	53.85 %	100%	0.777†	50.00 %	50.00 %	100%	0.547†	69.23 %	30.77 %	100%	0.122†
Bachillerato completo	28	17	45		28	17	45		33	12	45	
	62.22 %	37.78 %	100%		62.22 %	37.78 %	100%		73.33 %	26.67 %	100%	
Técnico	8	5	13		7	6	13		8	5	13	
	61.54 %	38.46 %	100%		53.85 %	46.15 %	100%		61.54 %	38.46 %	100%	
Universitario	3	2	5		2	3	5		2	3	5	
	60.00 %	40.00 %	100%		40.00 %	60.00 %	100%		40.00 %	60.00 %	100%	
Estado civil												

https://doi.org/10.24245/gom.v94id.10990

Cuadro 4. Disfunción del deseo sexual según la variable sociodemográfica (continúa en la siguiente página)

	Disfunción del deseo sexual				Disfunción de la excitación				Disfunción de la lubricación			
	No	Sí	Total	P*	No	Sí	Total	P*	No	Sí	Total	P*
Soltera	6	6	12	0.550†	2	10	12	0.020†	3	9	12	0.017†
	50.00 %	50.00 %	100%		16.67 %	83.33 %	100%		25.00 %	75.00 %	100%	
Casada	9	9	18		10	8	18		12	6	18	
	50.00 %	50.00 %	100%		55.56 %	44.44 %	100%		66.67 %	33.33 %	100%	
Unión libre	42	28	70		42	28	70		49	21	70	
	60.00 %	40.00 %	100%		60.00 %	40.00 %	100%		70.00 %	30.00 %	100%	
Separada	0	1	1		0	1	1		1	0	1	
	0.00 %	100%	100%		0.00 %	100%	100%		100%	0.00 %	100%	
Ocupación												
Desempleada	2	0	2	0.130†	2	0	2	0.218†	2	0	2	0.231†
	100%	0.00 %	100%		100%	0.00 %	100%		100%	0.00 %	100%	
Ama de casa	42	37	79		40	39	79		50	29	79	
	53.16 %	46.84 %	100%		50.63 %	49.37 %	100%		63.29 %	36.71 %	100%	
Estudiante	1	3	4		1	3	4		1	3	4	
	25.00 %	75.00 %	100%		25.00 %	75.00 %	100%		25.00 %	75.00 %	100%	
Empleada-independiente	12	4	16		11	5	16		12	4	16	
	75.00 %	25.00 %	100%		68.75 %	31.25 %	100%		75.00 %	25.00 %	100%	
Pareja masculina												
No	0	1	1	0.436†	0	1	1	-	0	1	1	-
	0.00 %	100%	100%		0.00 %	100%	100%		0.00 %	100%	100%	
Sí	57	43	100		54	46	100		65	35	100	
	57.00 %	43.00 %	100%		54.00 %	46.00 %	100%		65.00 %	35.00 %	100%	
Pareja acepta tener relaciones												
No	11	16	27	45	5	22	27	<0.001	8	19	27	<0.001
	40.74 %	59.26 %	100%		18.52 %	81.48 %	100%		29.63 %	70.37 %	100%	
Sí	46	28	74		49	25	74		57	17	74	
	62.16 %	37.84 %	100%		66.22 %	33.78 %	100%		77.03 %	22.97 %	100%	
Práctica religiosa												
No practicante	8	9	17	667	6	11	17	240	10	7	17	890
	47.06 %	52.94 %	100%		35.29 %	64.71 %	100%		58.82 %	41.18 %	100%	
Poco practicante	28	19	47		26	21	47		31	16	47	
	59.57 %	40.43 %	100%		55.32 %	44.68 %	100%		65.96 %	34.04 %	100%	
Muy practicante	21	16	37		22	15	37		24	13	37	
	56.76 %	43.24 %	100%		59.46 %	40.54 %	100%		64.86 %	35.14 %	100%	

Cuadro 4. Disfunción del deseo sexual según la variable sociodemográfica (continúa en la siguiente página)

	Disfunción del orgasmo				Disfunción en la satisfacción				Disfunción por dolor			
	No	Sí	Total	P*	No	Sí	Total	P*	No	Sí	Total	P*
Grupo de edad												
10 a 14	1	0	1		1	0	1		1	0	1	
	100%	0.00 %	100%		100%	0.00 %	100%		100%	0.00 %	100%	
15 a 19	13	8	21		14	7	21		12	9	21	
	61.90 %	38.10 %	100%		66.67 %	33.33 %	100%		57.14 %	42.86 %	100%	
20 a 24	16	9	25		16	9	25		14	11	25	
	64.00 %	36.00 %	100%	0.712†	64.00 %	36.00 %	100%	0.852†	56.00 %	44.00 %	100%	0.788†
25 a 29	14	6	20		13	7	20		13	7	20	
	70.00 %	30.00 %	100%		65.00 %	35.00 %	100%		65.00 %	35.00 %	100%	
30 a 34	16	4	20		16	4	20		15	5	20	
	80.00 %	20.00 %	100%		80.00 %	20.00 %	100%		75.00 %	15.00 %	100%	
35 a 39	8	6	14		9	5	14		9	5	14	
	57.14 %	42.86 %	100%		64.29 %	35.71 %	100%		64.29 %	35.71 %	100%	
Clasificación IMC												
Bajo peso	14	6	20		15	5	20		15	5	20	
	70.00 %	30.00 %	100%		75.00 %	25.00 %	100%		75.00 %	25.00 %	100%	
Peso normal	22	16	38		24	14	38		20	18	38	
	57.89 %	42.11 %	100%	0.203†	63.16 %	36.84 %	100%	0.141†	52.63 %	47.37 %	100%	206
Sobrepeso	20	4	24		20	4	24		18	6	24	
	83.33 %	16.67 %	100%		83.33 %	16.67 %	100%		75.00 %	25.00 %	100%	
Obesidad	12	7	19		10	9	19		11	8	19	
	63.16 %	36.84 %	100%		52.63 %	47.37 %	100%		57.89 %	42.11 %	100%	
Estrato social												
1	25	10	35		23	12	35		24	11	35	
	71.43 %	28.57 %	100%		65.71 %	34.29 %	100%		68.57 %	31.43 %	100%	
2	35	18	53	729	37	16	53	0.954†	31	22	53	0.623†
	66.04 %	33.96 %	100%		69.81 %	30.19 %	100%		58.49 %	41.51 %	100%	
3	8	5	13		9	4	13		9	4	13	
	61.54 %	38.46 %	100%		69.23 %	30.77 %	100%		69.23 %	30.77 %	100%	
Escolaridad												
Primaria incompleta	4	3	7		4	3	7		5	2	7	
	57.14 %	42.86 %	100%		57.14 %	42.86 %	100%		71.43 %	28.57 %	100%	
Primaria completa	3	2	5		3	2	5		3	2	5	
	60.00 %	40.00 %	100%		60.00 %	40.00 %	100%		60.00 %	40.00 %	100%	
Bachillerato incompleto	17	9	26		17	9	26		13	13	26	
	69.23 %	30.77 %	100%	0.857†	69.23 %	30.77 %	100%	0.607†	50.00 %	50.00 %	100%	0.615†
Bachillerato completo	33	12	45		34	11	45		32	13	45	
	73.33 %	26.67 %	100%		75.56 %	24.44 %	100%		71.11 %	28.89 %	100%	
Técnico	8	5	13		7	6	13		8	5	13	
	61.54 %	38.46 %	100%		53.85 %	46.15 %	100%		61.54 %	38.46 %	100%	
Universitario	3	2	5		4	1	5		3	2	5	
	60.00 %	40.00 %	100%		80.00 %	20.00 %	100%		60.00 %	40.00 %	100%	
Estado civil												

https://doi.org/10.24245/gom.v94id.10990

Cuadro 4. Disfunción del deseo sexual según la variable sociodemográfica

	Disfunción del orgasmo				Disfunción en la satisfacción				Disfunción por dolor			
	No	Sí	Total	P*	No	Sí	Total	P*	No	Sí	Total	P*
Soltera	3	9	12		3	9	12		3	9	12	
	25.00 %	75.00 %	100%		25.00 %	75.00 %	100%		25.00 %	75.00 %	100%	
Casada	14	4	18		14	4	18		12	6	18	
	77.78 %	22.22 %	100%	0.002†	77.78 %	22.22 %	100%	0.002†	66.67 %	33.33 %	100%	0.011†
Unión libre	51	19	70		52	18	70		49	21	70	
	70.00 %	30.00 %	100%		74.29 %	25.71 %	100%		70.00 %	30.00 %	100%	
Separada	0	1	1		0	1	1		0	1	1	
	0.00 %	100%	100%		0.00 %	100%	100%		0.00 %	100%	100%	
Ocupación												
Desempleada	2	0	2		2	0	2		2	0	2	
	100%	0.00 %	100%		100%	0.00 %	100%		100%	0.00 %	100%	
Ama de casa	52	27	79		54	25	79		48	31	79	
	65.82 %	34.18 %	100%	0.134†	68.35 %	31.65 %	100%	0.258†	60.76 %	39.24 %	100%	0.107†
Estudiante	1	3	4		1	3	4		1	3	4	
	25.00 %	75.00 %	100%		25.00 %	75.00 %	100%		25.00 %	75.00 %	100%	
Empleada-independiente	13	3	16		12	4	16		13	3	16	
	81.25 %	18.75 %	100%		75.00 %	25.00 %	100%		81.25 %	18.75 %	100%	
Pareja masculina												
No	0	1	1		0	1	1		0	1	1	
	0.00 %	100%	100%	-	0.00 %	100%	100%	-	0.00 %	100%	100%	-
Sí	68	32	100		69	31	100		64	36	100	
	68.00 %	32.00 %	100%		69.00 %	31.00 %	100%		64.00 %	36.00 %	100%	
Pareja acepta tener relaciones												
No	9	18	27		8	19	27		9	18	27	
	33.33 %	66.67 %	100%	<0.001	33.33 %	66.67 %	100%	<0.001	33.33 %	66.67 %	100%	<0.001
Sí	59	15	74		61	13	74		55	19	74	
	79.73 %	20.27 %	100%		82.43 %	17.57 %	100%		74.32 %	25.68 %	100%	
Práctica religiosa												
No practicante	7	10	17		10	7	17		6	11	17	
	41.18 %	58.82 %	100%		58.82 %	41.18 %	100%		35.29 %	64.71 %	100%	
Poco practicante	34	13	47	49	32	15	47	0.58	34	13	47	27
	72.34 %	27.66 %	100%		68.09 %	31.91 %	100%		72.34 %	27.66 %	100%	
Muy practicante	27	10	37		27	10	37		24	13	37	
	72.97 %	27.03 %	100%		72.97 %	27.03 %	100%		64.86 %	35.14 %	100%	

*Prueba de χ^2; † Prueba exacta de Fisher.

DISCUSIÓN

La disfunción sexual en mujeres embarazadas de alto riesgo constituye un tema escasamente tratado en la bibliografía médica, a pesar de los desafíos singulares que enfrentan en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Los resultados obtenidos indican que, aproximadamente, el 60% de las embarazadas evaluadas tuvieron disfunción sexual global, en concordancia con estudios previos. Por ejemplo, Espitia De La Hoz y su grupo, en un estudio efectuado en Colombia titulado "Impacto del embarazo en la sexualidad de las embarazadas del Eje Cafetero", reportaron prevalencias de disfunción sexual del 39.79% en el primer trimestre, 44.37% en el segundo y 71.87% en el tercero.[11,12]

Resultados similares se evidencian en la investigación de Cassis y colaboradores, quienes incluyeron 78 primigestas evaluadas durante la ecografía del primer trimestre en un hospital de tercer nivel, de Inglaterra.[13] La aplicación del índice de función sexual femenina (IFSF) reveló una disminución progresiva de la puntuación total a lo largo del embarazo con una prevalencia de disfunción sexual del 86.1% en el tercer trimestre.[13]

Respecto de los dominios específicos, los datos muestran que la excitación y el deseo son los más afectados, seguidos por disfunción relacionada con dolor, lubricación, orgasmo y satisfacción. Estos hallazgos concuerdan con la investigación de De La Hoz y coautores, donde el trastorno de deseo fue el más prevalente (71.94%), seguido de alteración del orgasmo (39.79%) y dolor (26.45%).[12] La bibliografía señala que la excitación disminuye, progresivamente, a lo largo del embarazo, quizá debido a cambios fisiológicos: congestión genital secundaria al crecimiento fetal y modificaciones anatómicas preparatorias para el parto.

Las transformaciones físicas y emocionales durante los tres trimestres representan un reto para la paciente embarazada y para su pareja. El incremento de la disfunción sexual conforme avanza el embarazo puede estar relacionado con barreras físicas, creencias referentes a la actividad sexual durante el embarazo o percepciones corporales negativas. Las intervenciones orientadas a la preparación y educación de la pareja han demostrado beneficios, como lo evidenció Esmaeili Mahnaz y colaboradores, quienes encontraron mejoras significativas en todos los dominios de la función sexual luego de implementar un programa educativo estructurado.[14,15,16]

Asimismo, se identificaron diferencias estadísticamente significativas asociadas con la edad y ocupación de la madre, observándose una mayor prevalencia de disfunción sexual en mujeres de mayor edad y amas de casa. Estos resultados son congruentes con lo observado por Amorim y su grupo, quienes reportaron una asociación entre disfunción sexual, edad, nivel de ingreso y tipo de servicio de salud utilizado, siendo el deseo el dominio más afectado y la satisfacción el menos dañado.[17,18]

Por último, las comorbilidades analizadas no resultaron ser factores estadísticamente significativos para la disfunción sexual global ni por dominios, quizá debido al tamaño de la muestra estudiada y la diversidad clínica de la población. Se recomienda que en futuras investigaciones se utilicen muestras estratificadas conforme a las afecciones coexistentes y prevalencias observadas, a fin de optimizar el poder estadístico y la validez de los hallazgos.

CONCLUSIONES

En la muestra analizada se evidenció que el 60% de las mujeres embarazadas padece disfunción sexual, sobre todo en los trimestres finales de la gestación. Las alteraciones más frecuentes corresponden a disminución del deseo y excitación, seguidas de dolor, dificultades para la

https://doi.org/10.24245/gom.v94id.10990

lubricación, el orgasmo y la satisfacción. Esa disfunción se asocia con los cambios físicos, emocionales y hormonales característicos del embarazo, que pueden limitar la actividad sexual y repercutir en la autopercepción femenina. Se observó una menor prevalencia de disfunción en mujeres que conviven de manera permanente con su pareja y muestran aceptación hacia las relaciones sexuales durante el embarazo, lo que sugiere que la educación respecto de estos cambios y la orientación profesional contribuyen al bienestar sexual. Se recomienda priorizar la implementación de programas de preparación integral para madres y padres, así como el acompañamiento continuo, con el propósito de favorecer la salud física, emocional y sexual de las embarazadas.

Consideraciones éticas

Teniendo en cuenta la resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud, se considera que este estudio representa riesgo mínimo para la salud e intimidad de las embarazadas participantes porque utiliza la aplicación del instrumento que trata aspectos sensitivos de la conducta de las mujeres participantes. Según la clasificación de riesgo de este estudio se hace necesario la previa explicación, de consentimiento informado por escrito donde se obtendrá la autorización de la gestante a la recolección, almacenamiento y análisis de datos; dicho consentimiento podrá ser retirado por la gestante en cualquier momento del estudio. En la recolección de pacientes también se incluirá población menor de edad (entre 14-18 años de edad) quienes diligenciarán el asentimiento informado, previa explicación del documento y en el cual se consigna de forma resumida, didáctica y sencilla la metodología, alcances y objetivo del trabajo, con el fin de obtener la autorización de la paciente para participar en el estudio. La atención de este grupo de pacientes se hará con lenguaje sencillo, con hincapié en la resolución de dudas y el acompañamiento cercano del encargado de la recolección de la información. Basados en los principios éticos de la declaración internacional de Helsinki, modificada en el 2001, se asignará un código único a cada gestante con el cual serán identificadas dentro de la base de datos que se construirá a lo largo del estudio. Adicionalmente no se mencionará la identificación de ninguna de las participantes en ningún apartado del proyecto ni se mencionará en las publicaciones que de éste resulten.

DECLARACIONES

Conflicto de intereses

Los autores no tenemos ningún conflicto de interés.

Financiamiento

Los autores no tenemos relación comercial ni financiera con ningún patrocinador

Uso de IA

Para este trabajo no se recurrió a la inteligencia artificial

Declaración de derechos humanos y de los animales

Teniendo en cuenta la resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud, se considera que el presente estudio representa riesgo mínimo para la salud e intimidad de las embarazadas participantes ya que utiliza la aplicación del instrumento el cual trata aspectos sensitivos de la conducta de las mujeres participantes.

El estudio cuenta con aval por parte del comité de ética de la Universidad Industrial de Santander y del Hospital Universitario de Santander.

Basados en los principios éticos de la declaración internacional de Helsinki, modificada en el 2001, se asignó un código único a cada gestante con el cual fueron identificadas dentro de la base de datos que se construyó a lo largo del estudio. Adicionalmente no se mencionó la identificación de ninguna de las participantes en alguna parte del proyecto.

Contribución de los autores

Ricardo Meza Agudelo: Diseño de investigación, compilación y análisis de datos.

Silvia Valentina Lemus Matajira: Recolección de datos, redacción y revisión del artículo.
Julián David Losada Marin: Recolección de datos, redacción y revisión del artículo.

María Kamila Lemus Matajira: Redacción y revisión del artículo.

Rocio Guarin Serrano: Asesora especializada.

Sonia Osma Zambrano: Asesora epidemiológica.

Referencias clave

- Carta Peña M, González Blanco M. Función y patrón sexual: características y evolución durante el embarazo. Rev Obstet Ginecol Venez 2016;76:232–47.
- Orostegui Diana. Prevalencia de la disfunción sexual y su severidad en gestantes de bajo riesgo obstétrico. Universidad Industrial de Santander, 2019.
- Cassis C, Mukhopadhyay S, Morris E, Giarenis I. What happens to female sexual function during pregnancy? European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology 2021;258:265–8.
- Espitia De la Hoz FJ. Impacto del embarazo en la sexualidad de la|s gestantes del Eje Cafetero (COLOMBIA). Rev Chil Obstet Ginecol 2020;85:537–48.

Permisos

Todas las figuras y cuadros con originales.

REFERENCIAS

1. Mobasher A, Ismail S, Habib D, Abu-Taleb D, et al. The effect of pregnancy on female sexual function: a cross-sectional study. J Curr Med Res Pract 2019; 4: 170-73. https://doi.org/10.4103/JCMRP.JCMRP_83_17
2. Carta Peña M, González Blanco M. Función y patrón sexual: características y evolución durante el embarazo. Rev Obstet Ginecol Venez 2016; 76: 232-47.
3. Chang SR, Chen KH, Lin HH, Yu HJ. Comparison of overall sexual function, sexual intercourse/activity, sexual satisfaction, and sexual desire during the three trimesters of pregnancy and assessment of their determinants. J Sex Med 2011; 8: 2859-67. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02420.x
4. Abouzari-Gazafroodi K, Najafi F, Kazemnejad E, Rahnama P, et al. Demographic and obstetric factors affecting women's sexual functioning during pregnancy. Reprod Health 2015; 12: 12-72. https://doi.org/10.1186/S12978-015-0065-0
5. Espitia De la Hoz FJ. Sexo Ilimitado. El vuelo hacia una sexualidad más placentera. vol. 1. Bogotá: Editorial Bolívar, 2015.
6. Manusirivithaya S, Kerdarunsuksri A. Attitudes and sexual function in Thai pregnant women. J Med Assoc Thai 2010; 93: 265-71. PMID: 20420099
7. Leite A, Campos A, Dias A. Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy. Rev Assoc Med Bras 2009; 55: 563-68. https://doi.org/10.1590/s0104-42302009000500020
8. Pauls R, Occhino J, Dryfhout V. Effects of pregnancy on female sexual function and body image: a prospective study. J Sex Med 2008; 5: 1915-22. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00884.x
9. Jamali S, Mosalanejad L. Sexual dysfnction in Iranian pregnant women. Iran J Reprod Med 2013; 11: 47986. PMID: 24639782
10. Orostegui D. Prevalencia de la disfunción sexual y su severidad en gestantes de bajo riesgo obstétrico. Universidad Industrial de Santander, 2019. https://noesis.uis.edu.co/items/15a89b4f-4a37-4f78-914b-4bbf8e432efa/full
11. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, 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: 191-205. https://doi.org/10.1080/009262300278597
12. Espitia De la Hoz FJ. Impacto del embarazo en la sexualidad de las gestantes del Eje Cafetero (Coloombia). Rev Chil Obstet Ginecol 2020; 85: 537-48. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75262020000500537&lng=es
13. Cassis C, Mukhopadhyay S, Morris E, Giarenis I. What happens to female sexual function during pregnancy? European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology 2021; 258: 265-68. https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.01.003
14. Rodríguez F. Sexualidad en el embarazo y puerperio. AEEM 2006: 40-8.
15. Yee Fok W, Yik-si Chan L, Yuen PM. Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. Obstet Gynecol Scand 2005; 84. https://doi.org/10.1111/j.0001-6349.2005.00743.x
16. Aslan G, Aslan D, Kizilyar A, Ispahi Ç, et al. A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. Int J Impot Res 2005; 17: 154-57. https://doi.org/10.1038/sj.ijir.3901288
17. Mahnaz E, Nasim B, Sonia O. Effect of a structured educational package on women's sexual function during pregnancy. Int J Gynecol Obstet 2020; 148: 225-30. https://doi.org/10.1002/ijgo.13051
18. Soares PRAL, Calou CGP, Ribeiro SG, Aquino P de S, et al. Sexuality and associated risk factors in pregnant women. Rev Bras Enferm 2020; 73 4: e20180786. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0786

https://doi.org/10.24245/gom.v94id.10990