



Universidad
Norbert Wiener

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA

Tesis

Factores asociados a la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre
atendidas en un hospital de Lima Metropolitana, 2026

Para optar el Título Profesional de
Licenciada en Obstetricia

Presentado por:

Autora: Mariños Ugaz, María Fernanda

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2980-964X>

Asesora: Dra. Reyes Serrano, Bertha Nathaly

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9541-207X>

Lima – Perú

2026

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

Yo, Mariños Ugaz Maria Fernanda egresada de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Escuela Académica Profesional de **Obstetricia** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación "Factores asociados a la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre atendidas en un hospital de Lima Metropolitana, 2026" Asesorada por la docente: Dra. Bertha Nathaly Reyes Serrano DNI 46030497 ORCID [0000-0002-9541-207X](https://orcid.org/0000-0002-9541-207X) tiene un índice de similitud de (17%) (Diecisiete) con código oid:14912:573459626 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
Mariños Ugaz Maria Fernanda
DNI:73788521



.....
Reyes Serrano Bertha Nathaly
DNI: 46030497

Lima, 26 de Marzo de 2026

DEDICATORIA

A Dios, por guiar mis pasos, brindarme fortaleza en los momentos difíciles y permitirme alcanzar este importante logro en mi vida.

A mi madre y a mi padre, por su amor incondicional, su sacrificio y su constante apoyo a lo largo de mi formación académica. Gracias por creer en mí y por ser el pilar fundamental en cada paso de este camino.

A mis abuelos que hoy descansan en el cielo, quienes desde donde se encuentran sé que iluminan mi camino y se sienten orgullosos de este logro.

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi sincero agradecimiento a mi asesora de tesis Dra. Reyes Serrano Bertha Nathaly, por su guía experta, orientación constante y valiosas sugerencias que contribuyeron significativamente a la calidad y rigurosidad de este trabajo.

Extiendo mi gratitud a los docentes del programa, quienes compartieron sus conocimientos y proporcionaron un marco académico sólido que enriqueció mi formación y facilitó el desarrollo de esta investigación.

De manera especial, agradezco a las gestantes que participaron en el estudio, por su disposición, tiempo y confianza al compartir sus experiencias, sin las cuales este proyecto no habría sido posible.

Finalmente, agradezco a todas las personas e instituciones que colaboraron de alguna manera en la realización de esta investigación, brindando apoyo logístico, técnico y académico.

INDICE GENERAL

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
INDICE GENERAL	v
ÍNDICE DE TABLAS	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN	x
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	11
1.1. Planteamiento del problema	11
1.2. Formulación del problema	12
1.2.1. Problema general	12
1.2.2. Problemas específicos	12
1.3. Objetivos de la investigación	13
1.3.1. Objetivo general	13
1.3.2. Objetivos específicos	13
1.4. Justificación	14
1.4.1. Teórica	14
1.4.2. Metodológica	14
1.4.3. Práctica	15
1.5. Limitaciones de la investigación	15
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	17
2.1. Antecedentes de la investigación	17
2.2. Bases teóricas	20
2.3. Formulación de hipótesis	27
2.3.1. Hipótesis general	27
2.3.2. Hipótesis específicas	28
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	29
3.1. Método de investigación	29
3.2. Enfoque investigativo	29
3.3. Tipo de investigación	29

3.4	Diseño de la investigación	29
3.5	Población, muestra y muestreo	30
3.6	Variables y operacionalización	30
3.6.1	Técnica	32
3.6.2	Descripción	32
3.6.3	Validación	33
3.6.4	Confiabilidad	34
3.7	Procesamiento y análisis de datos	34
3.8	Aspectos éticos	35
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS		36
4.1	Resultados	36
4.1.1.	Análisis descriptivo de los resultados	36
4.1.2.	Prueba de hipótesis	39
4.1.3.	Discusión de resultados	44
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		49
5.1	Conclusiones	49
5.2	Recomendaciones	49
REFERENCIAS		51
ANEXOS		58
Anexo 1: Matriz de consistencia		59
Anexo 2: Instrumento de recolección de datos		60
Anexo 3: Consentimiento informado		66
Anexo 4: Validez de instrumento		69
Anexo 4: Confiabilidad del instrumento		75
Anexo 5: Aprobación del Comité de Ética		76
Anexo 6: Carta de aprobación de la institución para la recolección de datos		78
Anexo 7: Informe del asesor de Turnitin		79

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Factores sociodemográficos asociados a la disfunción sexual en el tercer trimestre	37
Tabla 2. Factores obstétricos asociados a la disfunción sexual en el tercer trimestre	38
Tabla 3. Factores socioculturales asociados a la disfunción sexual en el tercer trimestre	39
Tabla 4. Prueba de chi cuadrado de factores sociodemográficos * disfunción sexual ...	40
Tabla 5. Prueba de chi cuadrado de los factores obstétricos * disfunción sexual	41
Tabla 6. Prueba de chi cuadrado de los factores socioculturales * disfunción sexual ...	42
Tabla 7. Factores asociados significativamente a la disfunción sexual	43

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Nivel de disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre	36
--	----

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue analizar los factores asociados a la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2026. La metodología corresponde a un estudio con enfoque cuantitativo con diseño observacional, de alcance correlacional, que consideró una muestra de 90 gestantes atendidas en el referido establecimiento entre los meses de enero y febrero del año 2026. Como instrumento se empleó un cuestionario de factores asociados de 14 ítems elaborado y validado por la autora del estudio, y el Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) de 19 ítems previamente validado. Los resultados destacan una alta prevalencia de disfunción sexual en el tercer trimestre con el 87,8%. No se halló ningún factor sociodemográfico asociado; entre los factores obstétricos fueron significativos el antecedente de aborto ($p=0,043$) y la ganancia de peso en la gestación ($0,021$); y como único factor sociocultural se encontró la percepción negativa de la imagen corporal ($p=0,010$). Los valores de Odd Ratio determinó que sólo la percepción negativa de la imagen corporal mantiene la asociación significativa, aumentando la probabilidad de disfunción sexual en diez veces (OR 10,256; IC 95% 1,25-83,96). Se concluye que existen factores obstétricos y socioculturales asociados a la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre atendidas en un hospital de Lima Metropolitana, 2026.

Palabras clave: Disfunción sexual femenina, Embarazo, Función sexual, Factores asociados, Imagen corporal.

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the factors associated with sexual dysfunction in pregnant women in their third trimester treated at the San Juan de Lurigancho Hospital in 2026. The methodology corresponds to a quantitative, observational, correlational study that considered a sample of 90 pregnant women treated at the aforementioned facility between January and February of 2026. A 14-item questionnaire on associated factors, developed and validated by the study author, and the previously validated 19-item Female Sexual Function Index (FSFI) were used as instruments. The results highlight a high prevalence of sexual dysfunction in the third trimester (87.8%). No associated sociodemographic factors were found; among the obstetric factors, a history of abortion ($p=0.043$) and weight gain during pregnancy ($p=0.021$) were significant. and the only sociocultural factor found was the negative perception of body image ($p=0.010$). Odds ratio values determined that only negative body image perception maintained a significant association, increasing the probability of sexual dysfunction tenfold (OR 10.256; 95% CI 1.25–83.96). It is concluded that there are obstetric and sociocultural factors associated with sexual dysfunction in pregnant women in their third trimester treated at a hospital in Metropolitan Lima, 2026.

Keywords: Female sexual dysfunction, Pregnancy, Sexual function, Associated factors, Body image.

INTRODUCCIÓN

En el contexto actual, resulta relevante profundizar en el estudio de la función sexual durante la gestación, en especial durante el tercer trimestre, etapa en la que los cambios fisiológicos, psicológicos y sociales pueden influir de manera importante en la vivencia de la sexualidad de la mujer. A pesar de que diversos estudios han evidenciado una alta prevalencia de disfunción sexual en gestantes, todavía existen vacíos de conocimiento respecto a los factores que se asocian a esta condición en determinados contextos poblacionales. En el ámbito local, la información disponible es limitada, lo que dificulta la implementación de estrategias de orientación y consejería adecuadas durante el control prenatal.

En base a esta situación, se planteó como objetivo de estudio analizar los factores asociados a la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre atendidas en un hospital de Lima Metropolitana, 2026.

En el capítulo I se desarrolló el problema, objetivos y justificación del estudio. En el capítulo II se muestran los antecedentes y las bases teóricas relacionadas con la investigación. En el capítulo III se muestran las características metodológicas del estudio, las variables y su operacionalización, la técnica e instrumentos de recolección de datos, el procesamiento estadístico y los aspectos éticos. En el capítulo IV se presentan los resultados y su discusión, terminando con las referencias y anexos del estudio.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La disfunción sexual es una posible anomalía en la capacidad de una persona para responder sexualmente o disfrutar de la experiencia sexual, que, durante en el embarazo, especialmente en el tercer trimestre, constituye una problemática subestimada que involucra aspectos físicos, psicológicos, hormonales y socioculturales ¹.

A nivel internacional, un estudio realizado en gestantes de España evidenció que la prevalencia de mujeres con riesgo de disfunción sexual aumentaba de un 65% en el primer trimestre hasta un 81% en el tercer trimestre, siendo la dimensión orgasmo la que se encontraba más afectada ya que alcanzaba un 88% de riesgo de disfunción ². Por otro lado, en Nigeria, un estudio reportó que el puntaje de disfunción sexual variaba significativamente en el segundo y tercer trimestre de gestación, pasando de un promedio de un promedio de 27,61 en el primer trimestre a un promedio de 24,25 y 24,16 en el segundo y tercer trimestre, respectivamente ³.

En América Latina, los estudios revelan patrones comparables: en Colombia, cerca del 30 % de mujeres sexuales activas presentó dificultades sexuales ⁴, pero este porcentaje aumenta cuando se trata de mujeres gestantes, en quienes alcanza entre el 39% y 71% con algún grado de disfunción sexual, siendo más común la alteración en los dominios de deseo, excitación y satisfacción, especialmente en el tercer trimestre ⁵.

A nivel nacional, un estudio reciente realizado en el Hospital Nacional Sergio Bernales encontró una prevalencia de disfunción sexual en gestantes del 71%, siendo esta mayor en el tercer trimestre, el cual reportó una prevalencia del 80,4% ⁶.

Por otro lado, existe una variedad de factores que influyen en la disfunción sexual femenina en gestantes y los más frecuentes están relacionados con el avance de los trimestres de gestación, por los cambios que se producen en el mismo embarazo, los temores a complicaciones o creencias, estado emocional de la madre, y el estilo de vida que lleva gestante⁷.

De acuerdo con el panorama descrito, y considerando la necesidad de comprender mejor los factores que se asocian a la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre, se formula el siguiente problema de investigación: ¿Cuáles son los factores asociados a la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre atendidas en un hospital de Lima Metropolitana, 2026?

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son los factores asociados a la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre atendidas en un hospital de Lima Metropolitana, 2026?

1.2.2. Problemas específicos

¿Cuáles son las características de las gestantes del tercer trimestre atendidas en un hospital de Lima Metropolitana, 2026?

¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre atendidas en un hospital de Lima Metropolitana, 2026?

¿Cuáles son los factores obstétricos asociados a la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre atendidas en un hospital de Lima Metropolitana, 2026?

¿Cuáles son los factores socioculturales asociados a la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre atendidas en un hospital de Lima Metropolitana, 2026?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Analizar los factores asociados a la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre atendidas en un hospital de Lima Metropolitana, 2026.

1.3.2. Objetivos específicos

Identificar las características de las gestantes del tercer trimestre atendidas en un hospital de Lima Metropolitana, 2026.

Determinar los factores sociodemográficos asociados a la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre atendidas en un hospital de Lima Metropolitana, 2026.

Determinar los factores obstétricos asociados a la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre atendidas en un hospital de Lima Metropolitana, 2026.

Determinar los factores socioculturales asociados a la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre atendidas en un hospital de Lima Metropolitana, 2026.

1.4. Justificación

1.4.1. Teórica

Diversos estudios han demostrado que durante esta etapa se producen cambios anatómicos, hormonales y emocionales significativos que pueden afectar el deseo, la excitación, la lubricación, el orgasmo y la satisfacción sexual. Sin embargo, el tema sigue siendo poco abordado en la literatura científica, especialmente en contextos culturales donde la sexualidad durante el embarazo aún se considera un tabú. Comprender los factores asociados a esta disfunción contribuye a ampliar el marco teórico sobre la salud sexual de la gestante, permitiendo una visión más integral del embarazo que incluya el bienestar físico, emocional y sexual.

1.4.2. Metodológica

El presente estudio se justifica en la necesidad de obtener evidencia empírica sobre los factores que influyen en la disfunción sexual durante el tercer trimestre del embarazo. La utilización de un diseño analítico transversal (o de tipo caso-control, si se elige) permitirá establecer asociaciones entre diversas variables sociodemográficas, obstétricas, psicológicas y de relación de pareja con la presencia de disfunción sexual. Esta aproximación facilitará la recolección de datos en un período determinado, siendo útil en contextos con limitaciones de tiempo y recursos. Asimismo, el uso de instrumentos validados como el Índice de Función Sexual Femenina (FSFI) otorga rigurosidad a la medición de la

variable dependiente, garantizando resultados más confiables y comparables con estudios internacionales.

1.4.3. Práctica

Identificar los factores asociados a la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre permitirá a los profesionales de salud —especialmente a los obstetras— diseñar intervenciones adecuadas de consejería, acompañamiento y educación sexual. Esto es especialmente relevante en los servicios de atención prenatal, donde suele descuidarse el componente sexual de la salud materna. La información obtenida podrá emplearse para sensibilizar tanto al personal sanitario como a las gestantes y sus parejas, contribuyendo a mejorar la calidad de vida y la comunicación de pareja durante el embarazo. Además, permitirá visibilizar un problema que, aunque frecuente, se mantiene en silencio debido a mitos, vergüenza o falta de espacios seguros para su expresión.

1.5. Limitaciones de la investigación

Por tratarse de un estudio de diseño observacional y de nivel correlacional, no se puede determinar la existencia de causalidad entre las variables analizadas, sino identificar solamente asociaciones entre los factores estudiados y la disfunción sexual en gestantes, ya que las variables fueron evaluadas en un único momento durante el tercer trimestre de gestación. En este sentido, los hallazgos permiten identificar asociaciones, pero no determinar relaciones causa-efecto.

Otra limitación corresponde al número relativamente reducido de participantes en la población, pertenecientes a un único establecimiento de salud. Si bien se trabajó con una muestra censal, lo que permitió incluir a la totalidad

de la población disponible durante el periodo de estudio, el tamaño de la muestra podría haber limitado la potencia estadística para detectar asociaciones en algunas variables, lo que también se reflejó en la amplitud de los intervalos de confianza en el análisis de la razón de probabilidades.

Asimismo, la información fue recolectada mediante la técnica de encuesta y el uso de cuestionarios autoinformados, lo que podría generar sesgo de información o deseabilidad social, especialmente al tratarse de un tema sensible como la sexualidad durante el embarazo, donde algunas gestantes podrían haber modificado sus respuestas por razones culturales o personales.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Antecedentes internacionales

Yilmaz y Meydan⁸, en Turquía, el año 2025, publicaron un artículo con el objetivo de “evaluar los niveles de función sexual de las mujeres embarazadas según los trimestres”, mediante un estudio transversal prospectivo, que incluyó como muestra a 198 mujeres gestantes de 6 a 40 semanas, en quienes se aplicó el cuestionario «Índice de Función Sexual Femenina» (IFSF) de forma presencial. Los resultados evidenciaron altos porcentajes de disfunción sexual en los tres trimestres, alcanzando valores de 93,75% en el primero, 93,75% en el segundo y 98,5% en el tercero. Las dimensiones excitación, orgasmo, lubricación, satisfacción y dolor presentaron puntajes más bajos en el tercer trimestre, mientras que el deseo alcanzó su puntaje más bajo en el primer trimestre. Se concluye que existe una alta prevalencia de disfunción sexual en el tercer trimestre de gestación, la cual afecta casi todos los dominios.

Del Río et al.², en España, el año 2023, realizaron un estudio con el objetivo de “examinar la prevalencia del riesgo de disfunción sexual en gestantes españolas y determinar en qué trimestre se presentan las mayores dificultades en la respuesta sexual”. La muestra estuvo compuesta por 180 mujeres españolas embarazadas, con una edad media de 32,03 años (DE = 4,93). Los resultados indican que el porcentaje de mujeres con riesgo de disfunción sexual fue del 65 % en el primer trimestre y del 81,11 % en el tercer trimestre. Asimismo, la

puntuación más alta en el cuestionario de depresión se obtuvo en el tercer trimestre, y la relación de pareja también mejoró en este último. Para mejorar la vida sexual de las mujeres en la gestación, se recomienda aumentar la educación e información sexual tanto en las mujeres embarazadas como en sus parejas.

Jaramillo et al.⁹ en Colombia, el año 2021, plantearon como objetivo “evaluar la prevalencia de disfunción sexual durante la gestación y su relación con algunos factores de riesgo”, a través de un estudio de corte transversal analítico, en el que participaron 259 mujeres en etapa de embarazo y puerperio de tres diferentes centros de atención. Los resultados evidenciaron una prevalencia de disfunción sexual del 62% en el tercer trimestre, y como factores asociados significativamente se hallaron el haber recibido información sobre sexualidad (OR 0,51; IC 95% 0,3-0,88), el tener una relación estable (OR 0,06; IC 95% 0,008-0,46), la creencia de la madre de que le causara daño (OR 4,07; IC 95% 1,5-10,98). Se concluye que existe un alto porcentaje de gestantes del tercer trimestre con disfunción sexual, lo cual está asociado a factores de tipo sociocultural.

Olivares et al.¹⁰ en Colombia, el año 2021, plantearon como objetivo “describir la prevalencia de disfunción sexual en un grupo de mujeres embarazadas y explorar los factores potenciales asociados a esta condición en esta población”; mediante un estudio descriptivo transversal en el que formaron parte 98 mujeres embarazadas de 15 años o más, sexualmente activas durante la gestación. Los resultados evidenciaron que el 37,7% presentaron disfunción sexual (puntuación < 26,5). Las puntuaciones medias para cada dominio fueron: deseo 3,6 (RIC: 3,0-4,2); excitación 4,5 (RIC: 3,6-5,1); lubricación 4,8 (RIC: 3,9-5,4); orgasmo 4,4 (RIC: 3,6-5,2); Dolor 4,4 (RIC: 3,6-6,0); y satisfacción 5,4 (RIC: 4,8-6,0).

El riesgo de disfunción sexual es menor entre las mujeres que no tiene hijos (OR 0,28; IC 95% 0,11-0,67) y las que no han tenido cesáreas previas (OR 0,29; IC 95% 0,12-0,87), pero es mayor en aquellas que no tiene pareja (OR 2,85; IC 95% 1,01-8,33). Se concluye que la disfunción sexual se presenta en al menos un tercio de las mujeres embarazadas, especialmente durante el tercer trimestre.

Antecedentes nacionales

Melgarejo ⁶, en el año 2025, realizó un estudio con el objetivo de “analizar los factores asociados a la disfunción sexual en gestantes que acuden a un hospital de Lima”, a través de un estudio analítico, de corte transversal, el cual contó con una muestra de 145 gestantes, y usando como instrumento el Índice de Función Sexual Femenina. Los resultados destacan que, en el tercer trimestre la prevalencia de disfunción sexual alcanzó el 80,4%, en comparación con la prevalencia alcanzada en toda la gestación, que fue del 71%. En torno a los factores asociados, se encontró valor significativo en tener una edad mayor o igual a 30 años [RP: 0,92]; la existencia de violencia de pareja [RP: 1,17], no tener privacidad para las relaciones sexuales [RP: 1,19] y sentir rechazo hacia la pareja [RP: 1,16]. Se concluye que hay factores sociodemográficos y socioculturales asociados a la disfunción sexual de la gestante.

Donayre ¹¹, en el año 2023, realizó una investigación para “analizar cómo se relaciona la disfunción sexual femenina (DSF) y los trimestres de gestación”, en mujeres atendidas en un distrito del Cono Este de Lima Metropolitana, mediante un estudio con diseño no experimental correlacional, que consideró como muestra a 90 gestantes, en quienes aplicó el índice de función sexual femenina. Los resultados muestran que la DSF entre las gestantes fue 72,2%, encontrándose mayor porcentaje de alteración en las dimensiones orgasmo,

lubricación, excitación y deseo, donde se hallaron porcentajes de 48,9%, 43,3%, 43,3% y 40,0%, respectivamente. Tras comparar la disfunción por trimestre se encontró que el tercero era el más afectado, alcanzando un 72,2% de DSF en el puntaje global.

Chávez ¹² en el año 2023, realizó una investigación con el objetivo de “determinar los factores que se asocian a la disfunción sexual en gestantes atendidas en un hospital de Arequipa”, a través de un estudio prospectivo, relacional, sobre una muestra formada por 103 gestantes. Los resultados evidenciaron disfunción sexual en el 77% de las gestantes según el IFSF, y como factores asociados significativamente se encontró la falta de privacidad en relaciones sexuales ($p<0.005$), el grado de instrucción superior ($p<0.05$), la obesidad ($p<0.05$), así como las creencias de dañar al bebé o complicar el embarazo con las relaciones sexuales ($p<0.05$). Se concluye que existen factores sociodemográficos y socioculturales asociados a la disfunción sexual en las gestantes.

2.2. Bases teóricas

Disfunción sexual femenina: La disfunción sexual femenina (DSF) puede definirse como una alteración que afecta la respuesta sexual en cualquiera de sus fases y genera un malestar clínicamente significativo, involucrando no solo factores biológicos y desequilibrios hormonales, sino también psicológicos, emocionales y sociales que pueden interferir en la vivencia plena de la sexualidad ⁷. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 categoriza la DSF en tres diagnósticos principales: trastorno del interés/excitación sexual femenino, trastorno del orgasmo femenino y trastorno de dolor genito-pélvico/penetración, lo que refleja su carácter multifactorial y la

importancia de un enfoque integral en su abordaje ¹³.

Cabe destacar que la disfunción sexual no siempre es evidente, ya que muchas mujeres no la reportan por vergüenza, desconocimiento o normalización del problema asiendo que esto tenga un impacto en la calidad de vida, autoestima y relaciones de pareja profundo, afectando su bienestar emocional y social ¹⁴.

Esta situación suele permanecer oculta debido a barreras culturales, estigmas sociales y a la falta de educación sexual, lo que limita el reconocimiento del problema y retrasa el acceso a un diagnóstico y tratamiento adecuado ¹⁵.

Además, es importante reconocer que la DSF no se limita a una ausencia de actividad sexual, sino que abarca una vivencia subjetiva de insatisfacción, dolor o displacer. Este trastorno puede desarrollarse en cualquier etapa de la vida, con mayor prevalencia en momentos como el embarazo, el posparto y la menopausia, donde se producen importantes cambios hormonales y emocionales^{16,17}

Función sexual femenina: La función sexual femenina se articula en dimensiones como el deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor¹⁸, evaluadas comúnmente mediante el Índice de Función Sexual Femenina (IFSF), cuya versión adaptada ha mostrado excelente fiabilidad interna ¹⁹.

Por el lado del deseo sexual femenino, hace referencia al interés espontáneo o receptivo por mantener relaciones sexuales, siendo influenciado por factores hormonales, como la testosterona, pero también por la conexión emocional con la pareja, el contexto social y el estado psicológico ²⁰. El deseo puede fluctuar a lo largo del ciclo menstrual y disminuir con el estrés, la fatiga o problemas relacionales. Una baja en esta dimensión suele ser la que más afecta la vida sexual, generando frustración y dificultades de pareja si no se aborda adecuadamente ²¹.

La excitación sexual, en cambio, es una respuesta tanto física como psicológica, y puede verse afectada por condiciones como la ansiedad, depresión o trastornos endocrinos ²⁰. Uno de los elementos esenciales de esta fase es la lubricación vaginal, cuya disminución puede provocar molestias, ardor o dolor durante la relación sexual. La lubricación deficiente está relacionada con el uso de anticonceptivos hormonales, edad avanzada, hipoestrogenismo o periodos como el embarazo y la lactancia ²².

El orgasmo es la fase culminante del ciclo sexual femenino, caracterizada por contracciones rítmicas de los músculos pélvicos acompañadas de una intensa sensación de placer. Sin embargo, muchas mujeres reportan dificultades para alcanzarlo debido a factores psicológicos, experiencias sexuales negativas previas o falta de estimulación adecuada ²³.

Finalmente, el dolor durante la relación, conocido como dispareunia, puede originarse en causas orgánicas (infecciones, atrofia vaginal) o psicosomáticas (ansiedad, abuso sexual), y suele ser el síntoma más infradiagnosticado por la vergüenza que genera ⁷.

Disfunción sexual femenina en el tercer trimestre de gestación: Durante el tercer trimestre de gestación, la disfunción sexual femenina se intensifica por múltiples cambios físicos y psicológicos, siendo el aumento del volumen abdominal, el dolor lumbar, la fatiga y el insomnio alteran significativamente la comodidad y disponibilidad para la actividad sexual ²⁴, por lo que, en esta etapa, se afecta el deseo, excitación y orgasmo. La percepción de riesgo fetal, sumada a las restricciones médicas, reduce aún más la frecuencia sexual ²⁵.

Psicológicamente, la mujer puede experimentar ansiedad, baja autoestima por los cambios corporales, o miedo a generar daño al bebé, estas percepciones

afectan el nivel de excitación, la lubricación y la disposición al encuentro sexual, incluso si no hay contraindicación médica real ²⁶. Asimismo, los cambios hormonales modifican la sensibilidad y la respuesta sexual, generando molestias en lugar de placer. En algunos casos, también se presentan síntomas depresivos que agravan la disfunción ²⁷.

La relación de pareja también atraviesa cambios en el último trimestre. Algunos hombres muestran temor a lastimar al bebé o a incomodar a la mujer, lo que lleva a evitar la actividad sexual ²⁴. Esta distancia puede generar frustración o sentimientos de rechazo, incrementando la disfunción. Es vital que los profesionales de salud brinden consejería, validen estos temores y promuevan la intimidad sin coito si es necesario, para mantener la conexión emocional y sexual ²⁸.

Factores asociados a la disfunción sexual femenina: Los factores que se asocian significativamente a la disfunción sexual femenina en el tercer trimestre de gestación se pueden agrupar en sociodemográficos, obstétricos y socioculturales.

Entre los factores sociodemográficos se encuentran la edad materna, el estado civil, vivir en zonas urbanas, el ingreso familiar, cursar estudios universitarios o superiores, y la ocupación de la madre.

La edad materna extrema se considera un factor determinante en la función sexual durante el embarazo, particularmente en el tercer trimestre. La edad materna avanzada se asocia a mayor prevalencia de alteraciones en el deseo y orgasmo debido a la menor elasticidad vaginal, comorbilidades o fatiga física ¹⁰. Asimismo, las adolescentes embarazadas también la presentan, y se ve relacionada con el miedo, la falta de educación sexual y la inmadurez emocional

²⁹. Las mujeres jóvenes, especialmente adolescentes, pueden presentar disfunción sexual debido a inmadurez emocional, desconocimiento del cuerpo, o miedo frente al embarazo y el parto ³⁰. En cambio, las gestantes mayores de 35 años tienden a reportar mayor incidencia de problemas relacionados con excitación y lubricación, influenciados por cambios hormonales y comorbilidades ³¹.

Asimismo, con el avance de la edad, suelen incrementarse las preocupaciones sobre el bienestar fetal y la seguridad del acto sexual, lo que reduce la frecuencia y calidad de las relaciones íntimas. Las mujeres mayores también pueden experimentar cansancio físico, disminución de la elasticidad vaginal y mayor propensión a patologías como diabetes o hipertensión, que afectan la función sexual ^{17,32}.

Por otro lado, el estado civil y la estabilidad de la relación afectiva influyen significativamente en la salud sexual de la mujer embarazada. Las gestantes que conviven con su pareja o están casadas tienden a reportar mayor satisfacción sexual, menor dispareunia y mejor comunicación erótica. Por lo que las mujeres no casadas presentaron mayor riesgo de disfunción sexual en comparación con las casadas, y que dicho riesgo aumentaba progresivamente con la duración de la relación de convivencia sin matrimonio formal ³⁰. Sin embargo, si existe una mala relación, o violencia por parte de la pareja o cónyuge este puede ser factor que cause una disminución del deseo sexual, libido, entre otros, por el estrés y el contexto en el que se encuentra la mujer ³³.

El nivel educativo está estrechamente relacionado con la percepción, vivencia y afrontamiento de la sexualidad durante el embarazo. Las mujeres con mayor grado de instrucción presentan menor frecuencia de disfunciones sexuales, dado

que manejan mejor la información relacionada con los cambios fisiológicos del embarazo, conocen métodos de adaptación sexual y tienen mayor capacidad de comunicación con su pareja ³⁰. Por el contrario, las gestantes con bajo nivel educativo tienden a tener mayor temor al daño fetal, vergüenza de explorar nuevas formas de placer o creencias erróneas sobre sexualidad en el embarazo ³⁴.

El empleo y las condiciones laborales influyen considerablemente en la función sexual de la gestante. Mujeres que continúan trabajando durante el tercer trimestre reportan niveles más altos de fatiga, estrés y dolor físico, especialmente si sus trabajos requieren esfuerzo prolongado o posturas incómodas ³⁵. Esta fatiga acumulada interfiere con el deseo y la energía para la actividad sexual. Además, las gestantes que no reciben apoyo en el trabajo, o enfrentan discriminación, pueden desarrollar ansiedad y baja autoestima, afectando su salud sexual ³⁶.

Entre los factores obstétricos se encuentran la paridad, los antecedentes de abortos, la ganancia de peso y la planificación del embarazo.

La paridad influye directamente en la experiencia sexual de la gestante, particularmente en el tercer trimestre. Las mujeres primigestas, por ejemplo, suelen presentar mayor ansiedad, desconocimiento y temor respecto al sexo en el embarazo, lo que puede traducirse en disminución del deseo y evitación de la actividad sexual. Muchas interpretan los cambios corporales como indicios de vulnerabilidad, lo que reduce su seguridad y comodidad con la intimidad ^{7,16}.

En contraste, las multíparas presentan disfunciones sexuales relacionadas con el agotamiento físico, la sobrecarga de responsabilidades domésticas y el cuidado de otros hijos. Estas condiciones limitan el tiempo para la intimidad y aumentan

la fatiga emocional, reduciendo el deseo sexual. Por tanto, tanto la nuliparidad como la multiparidad representan riesgos específicos que deben ser abordados ³⁷.

Por otro lado, los efectos emocionales y psicológicos, como la culpa, la vergüenza o la ansiedad, pueden surgir de un aborto previo e impactar el bienestar sexual de una mujer durante embarazos posteriores. Además, un historial de aborto puede afectar la dinámica de la relación, dando lugar a dificultades de comunicación, problemas de confianza o distanciamiento emocional, lo que puede contribuir a problemas sexuales. El trauma físico o las complicaciones de abortos previos también pueden causar incomodidad, dolor o una reducción de la función sexual en embarazos posteriores ³³.

Entre los factores socioculturales se encuentran la obligación de cumplir sexualmente a la pareja, las creencias de que el coito puede causar daño al bebé o al proceso de gestación, la falta de privacidad para tener relaciones sexuales y la percepción negativa de su imagen corporal.

Aunque las creencias negativas sobre la actividad sexual durante el embarazo, como el temor a que se dañe el feto, se produzca un aborto o desencadene un parto prematuro, fueron más comunes, también se han reportado creencias positivas sobre la sexualidad durante el embarazo como el hecho de que puede facilitar el parto, promueve la armonía marital, protege contra la infidelidad y mejora la salud fetal ³⁶.

La imagen corporal es otro factor relevante. Muchas mujeres experimentan sentimientos ambivalentes frente a los cambios corporales del embarazo. Si bien algunas se sienten empoderadas y sensuales, otras desarrollan rechazo, vergüenza o inseguridad, lo que afecta negativamente su autoestima sexual. La

percepción de no ser atractiva para la pareja puede generar evitación del contacto físico o inhibición del placer ³⁸.

Definición de términos

Coito: Unión sexual de dos individuos, que implica la penetración de un órgano en una cavidad corporal, como la introducción del pene en la vagina.

Dispareunia: Dolor en el acto sexual³⁹.

Imagen corporal: Percepción que tiene la mujer sobre su cuerpo; influye directamente en la autoestima y en la vivencia de la sexualidad durante el embarazo⁴⁰.

Infidelidad: Ruptura de un acuerdo de exclusividad (sexual, emocional o ambos) en una relación de pareja.

Placer sexual: Sensación de disfrute y goce que se deriva de la actividad sexual, ya sea individual o con pareja⁴¹.

Respuesta sexual femenina: Conjunto de cambios fisiológicos y psicológicos que ocurren durante la actividad sexual, descritos clásicamente en cuatro fases: deseo, excitación, orgasmo y resolución⁴².

Trimestre gestacional: División del embarazo en tres períodos de aproximadamente tres meses cada uno.

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1 Hipótesis general

Hi: Los factores sociodemográficos, obstétricos y socioculturales están asociados a la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre atendidas en un hospital de Lima Metropolitana, 2026.

Ho: Los factores sociodemográficos, obstétricos y socioculturales no están asociados a la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre atendidas en un hospital de Lima Metropolitana, 2026.

2.3.2 Hipótesis específicas

H1: Los factores sociodemográficos están asociados a la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre.

Ho: Los factores sociodemográficos no están asociados a la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre.

H2: Los factores obstétricos están asociados a la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre.

Ho: Los factores obstétricos no están asociados a la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre.

H3: Los factores socioculturales están asociados a la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre.

Ho: Los factores socioculturales no están asociados a la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Método de investigación

En la presente investigación se empleó fundamentalmente el método denominado hipotético deductivo.

3.2 Enfoque investigativo

La investigación se encontraba dentro del enfoque cuantitativo, ya que se centró en la recolección y análisis de datos numéricos, tratando de establecer relaciones entre variables a través de mediciones de carácter objetivo, y técnicas estadísticas para alcanzar conclusiones generalizables ⁴³.

3.3 Tipo de investigación

La investigación se clasificó como básica, ya que generó conocimiento teórico sin una aplicación directa del mismo, y se centró fundamentalmente en la ampliación de la comprensión de fenómenos, principios o leyes científicas⁴⁴.

3.4 Diseño de la investigación

El estudio tuvo un diseño observacional, ya que el investigador se limita a observar y registrar los datos, sin manipular las variables. Además, presentó un alcance correlacional, ya que busca relacionar dos o más variables; fue de corte transversal, ya que la variable será medida sólo una vez en el estudio; y fue prospectivo en base al tiempo en que se recoge la información, ya que esto se hará después de la elaboración del instrumento, directamente en las personas que son objeto de estudio ⁴³.

3.5 Población, muestra y muestreo

La población estuvo formada por todas las gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, en el periodo de enero-febrero del año 2026, la cual según información proporcionada por dicho establecimiento fueron 90 gestantes para dicho periodo.

Por tratarse de una población pequeña, se seleccionó el total de gestantes para el estudio, es decir, se empleó una muestra censal, conformado por las 90 gestantes que conformaron la población, y no fue necesario aplicar una técnica de muestreo.

Criterios de inclusión

- Gestantes que se encuentren en el tercer trimestre, a partir de la semana 35.
- Gestantes entre los 18 a 49 años.
- Gestantes sin riesgo obstétrico (patologías)
- Gestantes con pareja sexual estable.

Criterios de exclusión

- Gestantes con alguna contraindicación para tener relaciones sexuales.
- Gestantes con patologías psiquiátricas.
- Gestantes no heterosexuales.
- Gestantes que no firmen el consentimiento informado.

3.6 Variables y operacionalización

Variable 1: Factores asociados

Variable 2: Disfunción sexual femenina

Cuadro 1. Variables y operacionalización

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	ESCALA
Factores asociados	Factores identificados mediante un cuestionario estructurado que evaluará la presencia de factores asociados a la disfunción sexual de la gestante. Las dimensiones a evaluar serán: sociodemográficas, obstétricas y socioculturales.	Factores sociodemográficos	Edad	Menor de 20 años 20 a 34 años 35 años a más	Ordinal
			Estado civil	Soltera Casada Conviviente Otro	Nominal
			Grado de instrucción	Primaria Secundaria Técnico Superior	Ordinal
			Ingreso familiar	<1000 soles 1000-2000 soles >2000 soles	Nominal
			Ocupación	Ama de casa Estudiante Empleada Independiente	Nominal
		Factores obstétricos	Paridad	Ninguno Uno o dos Más de dos	Nominal
			Antecedente de aborto	Sí No	Nominal
			Amenaza de aborto	Sí No	Nominal
			Ganancia de peso en el embarazo	Normal Deficiente Excesiva	Nominal
			Planificación del embarazo	Sí No	Nominal
		Factores socioculturales	Obligación de cumplir sexualmente a la pareja	Sí No	Nominal
			Creencia de que el coito daña al bebé	Sí No	Nominal
			Creencia de que el coito afecta al proceso de gestación	Sí No	Nominal
			Percepción negativa de la imagen corporal	Sí No	Nominal
Disfunción sexual femenina	Alteración que afecta la respuesta sexual en cualquiera de sus fases y genera un malestar clínicamente	Deseo	Frecuencia Intensidad	Puntaje de 1 a 5	Ordinal
		Excitación	Frecuencia Intensidad Confianza Frecuencia de satisfacción	Puntaje de 0 a 5	Ordinal

significativo, involucrando no solo factores biológicos y desequilibrios hormonales, sino también psicológicos, emocionales y sociales que pueden interferir en la vivencia plena de la sexualidad ⁷ .	Lubricación	Frecuencia Nivel de dificultad Frecuencia de mantener la lubricación Nivel de dificultad de mantener la lubricación	Puntaje de 0 a 5	
	Orgasmo	Frecuencia Nivel de dificultad de alcanzar el orgasmo Nivel de satisfacción	Puntaje de 0 a 5	Ordinal
	Satisfacción	Cercanía emocional con la pareja Relación con la pareja Vida sexual en general	Puntaje de 0 a 5	Ordinal
	Dolor	Frecuencia durante la penetración vaginal Frecuencia después de la penetración vaginal Nivel de dolor durante o después de la penetración vaginal	Puntaje de 0 a 5	Ordinal

3.6.1 Técnica

Para ambas variables de estudio se empleó la técnica de la encuesta, ya que permite obtener información de manera sistematizada y objetiva, previa validación y determinación de la confiabilidad del instrumento.

3.6.2 Descripción

El primer instrumento fue un cuestionario de factores asociados, formado por 14 ítems cerrados, elaborado por la autora del estudio, y que se divide en tres secciones: factores sociodemográficos con 5 ítems, factores obstétricos con 5

ítems y factores socioculturales con 4 ítems. Dicho instrumento se validó mediante un juicio de expertos antes de ser aplicado en los sujetos de estudio.

El segundo instrumento fue un cuestionario denominado Índice de Función Sexual Femenina (IFSF), formado por 19 ítems, y elaborado por Rosen et al.⁴⁵ el año 2000, cuya versión al español fue publicada por Blumel et al.⁴⁶ el año 2004. Este instrumento comprende seis dominios: deseo sexual, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción sexual y dolor. Las respuestas son medidas de 0 - 5 puntos en los ítems 1 y 2, y de 1 - 5 en los demás ítems.

La determinación de la disfunción se hizo sumando los puntos obtenidos en cada dominio, previa multiplicación con un factor de corrección preestablecido. El dominio deseo cuenta con 2 ítems y empleó como factor de corrección 0.6; los dominios excitación y lubricación cuentan con 4 ítems cada uno, y emplearon como factor de corrección 0.3; mientras que los dominios orgasmo, satisfacción y dolor cuentan con 3 ítems cada uno, y emplearon como factor de corrección 0.4. Se consideró disfunción sexual un puntaje final menor o igual a 26,5 puntos.

3.6.3 Validación

Para la determinación de la validez de contenido del cuestionario de factores asociados se realizó un juicio de expertos en el que participaron tres obstetras con grado de maestría, quienes determinaron la suficiencia, pertinencia y claridad de cada uno de los ítems, considerándose válidos todos aquellos que han sido aprobados por unanimidad. En el caso del IFSF, la validación de constructo en población peruana fue realizada por Yépez et al.⁴⁷ obteniendo la

existencia de seis dominios que explican la varianza en los resultados a través del análisis factorial

3.6.4 Confiabilidad

En el caso del cuestionario, para determinar la confiabilidad del instrumento se aplicó la técnica de Alfa de Cronbach (α) a partir de los resultados obtenidos con una prueba piloto, en la que se encuestaron a 20 gestantes del tercer trimestre seleccionadas por conveniencia. Se obtuvo un Alfa de Cronbach (α) de 0,874, lo cual determinó una alta confiabilidad del instrumento.

Para el IFSF, la confiabilidad del instrumento fue determinada mediante el coeficiente Omega por Yépez et al.⁴⁷ obteniendo valores en sus dominios entre 0,779 y 0,979 para el modelo hexadimensional, lo cual indica una buena confiabilidad del instrumento

3.7 Procesamiento y análisis de datos

Para el procesamiento de la información recolectada se creó una base de datos, con tablas de frecuencia y gráficos usando el programa Excel. La parte estadística, tanto descriptiva como inferencial se realizó usando el programa estadístico SPSS versión 26; y como prueba estadística se usó la prueba de chi cuadrado para determinar si existe asociación entre cada uno de los factores y la disfunción sexual, considerando un valor de significancia de 0,05. Posteriormente, entre los factores que presentaron asociación significativa se determinó la intensidad de la asociación, calculando los valores del Odd Ratio, considerando un intervalo de confianza al 95%.

3.8 Aspectos éticos

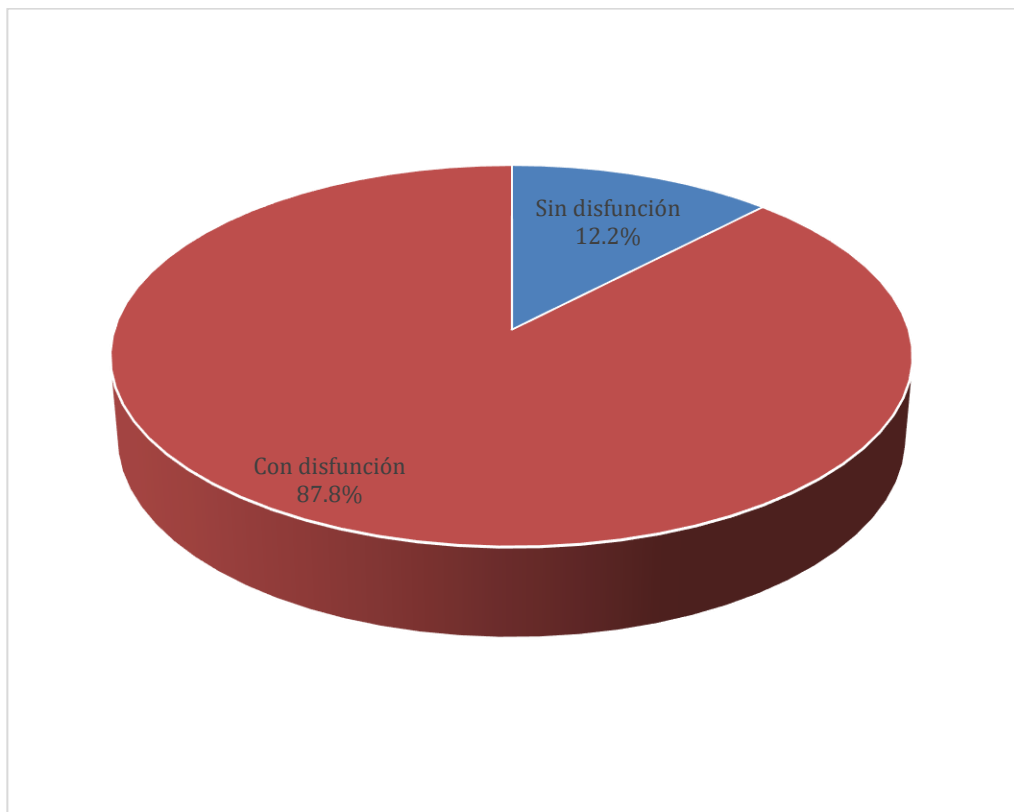
En el presente estudio se respetaron las normas vigentes sobre investigación en seres humanos, para lo cual se solicitó la aprobación del Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener. Asimismo, se realizaron los trámites de la documentación necesaria a todas las instituciones que estaban involucradas en el estudio. En otro aspecto, el instrumento garantizó el anonimato de los participantes, así como la confidencialidad de la información entregada, todo ello indicado en un formato de consentimiento informado que fue entregado antes de contestar la encuesta, y que fue firmado como señal de conformidad.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 Resultados

4.1.1. Análisis descriptivo de los resultados

Figura 1. Nivel de disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre



En la figura 1 se puede destacar que la mayoría de gestantes que participaron en el estudio presentan disfunción sexual en el tercer trimestre con el 87,8%, en comparación con el 12,2% que no presentaba disfunción.

Tabla 1. Factores sociodemográficos asociados a la disfunción sexual en el tercer trimestre

			Disfunción sexual		Total
			No	Sí	
Edad	Menor de 20 años	n	3	12	15
		%	27,3%	15,2%	16,7%
	Entre 20 y 34 años	n	8	56	64
		%	72,7%	70,9%	71,1%
	De 35 años a más	n	0	11	11
		%	0,0%	13,9%	12,2%
Estado civil	Soltera	n	1	16	17
		%	9,1%	20,3%	18,9%
	Casada	n	0	12	12
		%	0,0%	15,2%	13,3%
	Conviviente	n	10	51	61
		%	90,9%	64,6%	67,8%
Grado de instrucción	Primaria	n	2	7	9
		%	18,2%	8,9%	10,0%
	Secundaria	n	7	54	61
		%	63,6%	68,4%	67,8%
	Técnico	n	2	9	11
		%	18,2%	11,4%	12,2%
	Universitario	n	0	9	9
		%	0,0%	11,4%	10,0%
Ingreso familiar mensual	< 1000 soles	n	6	26	32
		%	54,5%	32,9%	35,6%
	1000-2000 soles	n	4	33	37
		%	36,4%	41,8%	41,1%
	> 2000 soles	n	1	20	21
		%	9,1%	25,3%	23,3%
Ocupación	Ama de casa	n	7	54	61
		%	63,6%	68,4%	67,8%
	Estudiante	n	0	7	7
		%	0,0%	8,9%	7,8%
	Empleada	n	2	11	13
		%	18,2%	13,9%	14,4%
	Independiente	n	2	7	9
		%	18,2%	8,9%	10,0%
Total			n	11	79
			%	100,0%	100,0%

En la tabla 1 se destaca que la mayoría de mujeres que presenta disfunción sexual en el tercer trimestre tiene entre 20 y 34 años (70,9%), son convivientes (64,6%), su grado de instrucción es secundaria (68,4%), tienen un ingreso familiar mensual entre 1000 y 2000 soles (41,8%) y su ocupación es ama de casa (68,4%).

Tabla 2. Factores obstétricos asociados a la disfunción sexual en el tercer trimestre

			Disfunción sexual		Total	
			No	Sí		
Paridad	Ninguno	n	3	25	28	
		%	27,3%	31,6%	31,1%	
	Uno o dos	n	7	38	45	
		%	63,6%	48,1%	50,0%	
	Más de dos	n	1	16	17	
		%	9,1%	20,3%	18,9%	
Antecedente de aborto	No	n	10	47	57	
		%	90,9%	59,5%	63,3%	
	Sí	n	1	32	33	
		%	9,1%	40,5%	36,7%	
	Amenaza de aborto	No	n	10	59	69
			%	90,9%	74,7%	76,7%
Sí		n	1	20	21	
		%	9,1%	25,3%	23,3%	
Ganancia de peso en la gestación		Normal	n	10	37	47
			%	90,9%	46,8%	52,2%
	Deficiente	n	1	23	24	
		%	9,1%	29,1%	26,7%	
	Excesiva	n	0	19	19	
		%	0,0%	24,1%	21,1%	
Embarazo planificado	No	n	8	52	60	
		%	72,7%	65,8%	66,7%	
	Sí	n	3	27	30	
		%	27,3%	34,2%	33,3%	
	Total	n	11	79	90	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	

En la tabla 2 se destaca que la mayoría de gestantes con disfunción sexual en el tercer trimestre tiene uno o dos partos (48,1%), no tuvo antecedente de aborto (59,5%), no tuvo amenaza de aborto (74,7%), presentó ganancia de peso normal en la gestación (46,8%) y no tuvo un embarazo planificado (65,8%).

Tabla 3. Factores socioculturales asociados a la disfunción sexual en el tercer trimestre

			Disfunción sexual		Total
			No	Sí	
Obligación de cumplir sexualmente a la pareja	No	n	9	60	69
		%	81,8%	75,9%	76,7%
	Sí	n	2	19	21
		%	18,2%	24,1%	23,3%
Creencia de que el coito daña al bebé	No	n	10	53	63
		%	90,9%	67,1%	70,0%
	Sí	n	1	26	27
		%	9,1%	32,9%	30,0%
Creencia de que el coito afecta al proceso de gestación	No	n	9	48	57
		%	81,8%	60,8%	63,3%
	Sí	n	2	31	33
		%	18,2%	39,2%	36,7%
Percepción negativa de la imagen corporal	No	n	10	39	49
		%	90,9%	49,4%	54,4%
	Sí	n	1	40	41
		%	9,1%	50,6%	45,6%
Total		n	11	79	90
		%	100.0%	100.0%	100.0%

En la tabla 3 se destaca que la mayoría de mujeres con disfunción sexual en el tercer trimestre no eran obligadas a cumplir sexualmente a la pareja (75,9%), no tenían la creencia de que el coito daña al bebé (67,1%), no tenía la creencia de que el coito afecta al proceso de gestación (60,8%) y tienen una percepción negativa de la imagen corporal (50,6%).

4.1.2. Prueba de hipótesis

Prueba de hipótesis específica 1

H1: Los factores sociodemográficos están asociados a la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre atendidas en un hospital de Lima Metropolitana, 2026.

Ho: Los factores sociodemográficos no están asociados a la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre atendidas en un hospital de Lima Metropolitana, 2026.

Tabla 4. Prueba de chi cuadrado de factores sociodemográficos * disfunción sexual

Factor	Chi cuadrado	p-valor
Edad	2,382	0,304
Estado civil	3,297	0,192
Grado de instrucción	2,488	0,477
Ingreso familiar mensual	2,429	0,297
Ocupación	1,966	0,579

En la tabla 4 se muestran los resultados de la prueba de chi cuadrado obtenidas para los factores sociodemográficos. Ningún factor presentó un p-valor menor de 0,05, con lo cual se acepta la hipótesis nula y se afirma que los factores sociodemográficos no están asociados significativamente a la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre.

Prueba de hipótesis específica 2

H2: Los factores obstétricos están asociados a la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre atendidas en un hospital de Lima Metropolitana, 2026.

Ho: Los factores obstétricos no están asociados a la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre atendidas en un hospital de Lima Metropolitana, 2026.

Tabla 5. Prueba de chi cuadrado de los factores obstétricos * disfunción sexual

Factor	Chi cuadrado	p-valor
Paridad	1,162	0,559
Antecedente de aborto	4,104	0,043
Amenaza de aborto	1,421	0,223
Ganancia de peso en la gestación	7,689	0,021
Planificación del embarazo	0,207	0,649

En la tabla 5 se muestran los resultados de la prueba de chi cuadrado obtenidas para los factores obstétricos. Los factores que alcanzaron valor significativo (p-valor menor de 0,05) fueron el antecedente de aborto y la ganancia de peso en la gestación, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se puede afirmar que los factores obstétricos están asociados significativamente a la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre.

Prueba de hipótesis específica 3

H3: Los factores socioculturales están asociados a la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre atendidas en un hospital de Lima Metropolitana, 2026.

Ho: Los factores socioculturales no están asociados a la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre atendidas en un hospital de Lima Metropolitana, 2026.

Tabla 6. Prueba de chi cuadrado de los factores socioculturales * disfunción sexual

Factor	Chi cuadrado	p-valor
Obligación de cumplir sexualmente a la pareja	0,186	0,666
Creencia de que el coito daña al bebé	2,609	0,106
Creencia de que el coito afecta al proceso de gestación	1,844	0,174
Percepción negativa de la imagen corporal	6,718	0,010

En la tabla 6 se muestran los resultados de la prueba de chi cuadrado obtenidas para los factores socioculturales. El único factor que alcanzó valor significativo (p-valor menor de 0,05) fue la percepción negativa de la imagen corporal; con lo cual se rechaza la hipótesis nula y se puede afirmar que los factores socioculturales están asociados significativamente a la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre.

Prueba de hipótesis general

Hi: Los factores sociodemográficos, obstétricos y socioculturales están asociados a la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre atendidas en un hospital de Lima Metropolitana, 2026.

Ho: Los factores sociodemográficos, obstétricos y socioculturales no están asociados a la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre atendidas en un hospital de Lima Metropolitana, 2026.

Tabla 7. Factores asociados significativamente a la disfunción sexual

Factor	OR	IC 95%	p-valor
Obstétricos			
Antecedente de aborto	6,809	(0,83-55,83)	0,043
Ganancia de peso (excesiva)	10,92*	(0,61 – 196,3)	0,052**
Ganancia de peso (deficiente)	6,22	(0,75 – 51,8)	0,085**
Socioculturales			
Percepción negativa de la imagen corporal	10,256	(1,25-83,96)	0,010

* Se empleó la corrección de Haldane-Anscombe

** Test de Fisher

En la tabla 7 se muestran todos los factores asociados que presentaron valor significativo con la prueba de chi cuadrado ($p < 0,05$). El único factor que presentó un Odd Ratio significativo fue la percepción negativa de la imagen, el cual aumenta en diez veces la probabilidad de la gestante de presentar disfunción sexual en el tercer trimestre. Por el lado de la ganancia de peso gestacional, si bien se encontró asociación significativa con la disfunción sexual con la prueba de chi cuadrado, al analizar las categorías individualmente tomando como referencia la ganancia de peso normal, los odds ratio obtenidos no alcanzaron significancia estadística, probablemente debido al tamaño reducido de las celdas y a la amplitud de los intervalos de confianza. Algo similar ocurrió con el antecedente de aborto. En base a ello se acepta la hipótesis nula y se puede afirmar que los factores sociodemográficos, obstétricos y socioculturales no están asociados a la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre.

4.1.3. Discusión de resultados

En el contexto actual, el estudio de la función sexual durante la gestación resulta relevante, especialmente en el tercer trimestre, ya que en esta etapa los cambios fisiológicos, psicológicos y sociales pueden ejercer una influencia marcada sobre la vivencia de la sexualidad de la mujer. A pesar de que la evidencia existente demuestra que hay una alta prevalencia de disfunción sexual entre las gestantes, aún hay vacíos de conocimiento relacionados con los factores asociados a esta condición en contextos poblacionales específicos.

La presente investigación evidenció que la mayoría de las gestantes en el tercer trimestre presentan disfunción sexual (87,8%). Estos resultados son similares a los reportados en los estudios internacionales de Yilmaz y Meydan⁸, en Turquía, y Del Río et al.², en España, quienes hallaron porcentajes de 98,5% y 81,11% de disfunción sexual, respectivamente. Asimismo, a nivel nacional Melgarejo⁶, Chávez¹² y Donayre¹¹, encontraron una prevalencia de disfunción sexual de 80,4%, 77% y 72,2%, respectivamente. Estas coincidencias refuerzan la idea de que en el tercer trimestre de gestación, la disfunción sexual femenina se intensifica como consecuencia de los múltiples cambios físicos y psicológicos, siendo el aumento del volumen abdominal, el dolor lumbar, la fatiga y el insomnio alteran significativamente la comodidad y disponibilidad para la actividad sexual²⁴, por lo que, en esta etapa, se afecta el deseo, excitación y orgasmo.

En relación al primer objetivo específico, no se halló asociación significativa entre los factores sociodemográficos y la disfunción sexual durante el tercer trimestre ($p>0,05$). Este resultado sugiere que dichas características no representan determinantes directos en la aparición de alteraciones de la función

sexual durante la gestación en la población estudiada, lo cual se podría explicar por la influencia predominante de otros factores propios del embarazo.

Estos resultados difieren parcialmente de lo reportado por Chávez ¹², quien encontró asociación significativa entre la disfunción sexual y el grado de instrucción ($p<0,05$), así como por Melgarejo⁶, quien evidenció relación con la edad mayor o igual a 30 años ($p<0,05$). Sin embargo, es probable que la ausencia de asociación en el presente estudio se deba a diferencias en las características sociodemográficas de la población evaluada, al contexto sociocultural o al tamaño de la muestra, aspectos que pueden influir en la expresión de la sexualidad durante la gestación. Asimismo, diversos estudios sugieren que las alteraciones en la función sexual durante el embarazo suelen estar más relacionadas con factores obstétricos y sociales, más que con variables sociodemográficas propiamente dichas.

En relación al segundo objetivo específico, los factores obstétricos que presentaron asociación significativa con la disfunción sexual en el tercer trimestre fueron el antecedente de aborto y la ganancia de peso gestacional, aunque el análisis con la razón de probabilidades (Odds Ratio), no alcanzaron significancia estadística, probablemente debido al tamaño reducido de las celdas y a la amplitud de los intervalos de confianza.

Si bien los estudios revisados no reportan específicamente al antecedente de aborto ni a la ganancia de peso gestacional como factores asociados directos a la disfunción sexual durante el embarazo, algunos autores han identificado la influencia de otras condiciones relacionadas con la salud reproductiva y obstétrica. En este sentido, Olivares et al.¹⁰ evidenciaron que las mujeres sin

hijos y aquellas que no habían tenido cesáreas previas presentaban menor riesgo de disfunción sexual, lo que sugiere que los antecedentes obstétricos pueden influir en la experiencia de la sexualidad durante la gestación.

Asimismo, el aumento de peso durante la gestación puede influir en la percepción de la imagen corporal, la comodidad física y el bienestar general de la gestante, factores que pueden repercutir en la respuesta sexual. En este contexto, aunque las variables analizadas no mostraron significancia en el análisis de Odds Ratio, los resultados sugieren una posible relación que podría explorarse con mayor profundidad en futuros estudios con muestras más amplias, a fin de estimar con mayor precisión el efecto de estos factores obstétricos sobre la función sexual durante el embarazo. Un estudio relacionado corresponde al realizado por Chávez ¹², quien halló una relación significativa entre la obesidad de la gestante y la disfunción sexual.

En relación con el tercer objetivo específico, el único factor sociocultural que presentó asociación significativa con la disfunción sexual en el tercer trimestre fue la percepción negativa de la imagen corporal. Este hallazgo sugiere que la manera en que la gestante percibe los cambios físicos propios del embarazo ejerce una influencia importante en su respuesta sexual, ya que las modificaciones corporales, como el aumento de peso, el crecimiento abdominal y otros cambios fisiológicos, producen sentimientos de inseguridad o reducción de la autoestima, afectando el deseo, la excitación y la satisfacción sexual.

Asimismo, en el presente estudio no se encontró asociación significativa entre la disfunción sexual y la creencia de que las relaciones sexuales pueden dañar la gestación o al bebé, ni con la percepción de obligación hacia la pareja

para mantener relaciones sexuales. Estos resultados difieren de lo reportado por algunos estudios previos, como el de Chávez¹², quien encontró asociación significativa entre la disfunción sexual y las creencias relacionadas con el posible daño al bebé o la aparición de complicaciones durante el embarazo. De igual manera, Jaramillo et al.⁹ reportaron que la creencia de que las relaciones sexuales podrían causar daño al feto incrementaba el riesgo de disfunción sexual en gestantes.

Las diferencias observadas podrían estar relacionadas con la diversidad en el contexto sociocultural, el nivel de información de las gestantes o las características de la población estudiada, ya que en algunos entornos las creencias y mitos en torno a la sexualidad durante el embarazo pueden tener mayor influencia en la conducta sexual de la pareja. En contraste, la asociación que se encontró con la percepción negativa de la imagen corporal destaca la importancia de los aspectos psicológicos y de la autoimagen en la vivencia de la sexualidad durante la gestación, en particular durante el tercer trimestre, etapa en que se evidencia mejor los cambios físicos. Por ello, resulta fundamental que durante la atención prenatal se aborden no solo los aspectos clínicos del embarazo, sino también la educación sexual y el acompañamiento emocional de la gestante y su pareja.

En conjunto, los resultados encontrados evidencian que la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre no está determinada por factores sociodemográficos, mientras que algunos factores obstétricos, como el antecedente de aborto y la ganancia de peso gestacional, mostraron una posible asociación que requiere ser interpretada con cautela debido a limitaciones en la estimación estadística. En contraste, algunos factores socioculturales,

especialmente la percepción negativa de la imagen corporal, emergen como un elemento relevante en la explicación de la disfunción sexual durante esta etapa. Estos hallazgos refuerzan la importancia de comprender la sexualidad en el embarazo desde un enfoque integral, en el que convergen aspectos físicos, psicológicos y relacionales, más allá de las características demográficas de la gestante. En este sentido, el fortalecimiento de la consejería en salud sexual durante el control prenatal se vuelve necesario, incorporando intervenciones que se orientan a la mejora de la autoimagen, la resolución de dudas y creencias erróneas, y la promoción de una vivencia saludable de la sexualidad durante el embarazo.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Los factores obstétricos y socioculturales están asociados a la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre atendidas en un hospital de Lima Metropolitana, 2026.

Los factores sociodemográficos no están asociados a la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre atendidas en un hospital de Lima Metropolitana, 2026 ($p>0,05$).

Los factores obstétricos que están asociados a la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre atendidas en un hospital de Lima Metropolitana, 2026 son el antecedente de aborto ($p=0,043$) y ganancia de peso en la gestación ($p=0,021$).

El único factor sociocultural que está asociado la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre atendidas en un hospital de Lima Metropolitana, 2026 es la percepción negativa de la imagen corporal ($p=0,010$).

5.2 Recomendaciones

Se recomienda a las obstetras investigadoras desarrollar estudios en otros establecimientos de salud y con muestras de mayor tamaño para analizar con mayor amplitud los factores que se asocian a la disfunción sexual en las gestantes del tercer trimestre.

Se recomienda a las obstetras que laboran en el centro de salud continuar brindando educación y consejería sobre la disfunción sexual en todas las

gestantes del tercer trimestre independientemente de sus características sociodemográficas, ya que en el presente estudio dichos factores no mostraron asociación con la disfunción sexual.

Se recomienda a las obstetras que laboran en el centro de salud fortalecer las estrategias de consejería y educación sobre sexualidad en el embarazo durante el control prenatal, especialmente en las gestantes que tienen alteraciones en su ganancia de peso y antecedente de aborto.

Se recomienda a los docentes de obstetricia desarrollar intervenciones educativas dirigidas a las gestantes del tercer trimestre en colaboración con profesionales de psicología, para la detección de aquellas que tienen percepción negativa de su imagen corporal, quienes son más afectadas en su función sexual.

REFERENCIAS

1. Alizadeh S, Riazi H, Alavi-Majd H, Ozgoli G. 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
2. Del Río Olvera FJ, Sánchez-Sandoval Y, García-Rojas AD, Rodríguez-Vargas S, Ruiz-Ruiz J. 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
3. Ugwu E, Dim C, Eleje G. Sexual Function in Pregnancy in a Nigerian Population: A Prospective Longitudinal Study. *Niger J Clin Pract.* 2023;26(5):636-45. doi:10.4103/njcp.njcp_119_23
4. Echeverry MC, Arango A, Castro B, Raigosa G. Study of the Prevalence of Female Sexual Dysfunction in Sexually Active Women 18 to 40 years of Age in Medellín, Colombia. *J Sex Med.* 2010;7(8):2663-9. doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01695.x
5. Hoz FJEDL. Impacto del embarazo en la sexualidad de las gestantes del Eje Cafetero (COLOMBIA). *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2020;85(5):537-48. doi:10.4067/S0717-75262020000500537
6. Melgarejo J. Factores asociados a la disfunción sexual en gestantes que acuden al Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2024 [Tesis de pregrado] [Internet]. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2025 [citado 10 de junio de 2025]. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/item/e02acf4c-577b-47c5-9d00-cb07a9be56fb>
7. Rivera Felix LM, López Sánchez M, Quiñones Colchado ER, Ramos Cardenas MA. [Female sexual dysfunction and factors that influence it during pregnancy. A systematic review in South America and Asia in the last decade]. *Rev Fac Cienc Medicas Cordoba Argent.* 21 de diciembre de 2022;79(4):374-8. doi:10.31053/1853.0605.v79.n4.30907 PubMed PMID: 36542591; PubMed Central PMCID: PMC9987313.

8. Yılmaz BK, Meydan BN. Evaluation of Sexual Life According to Pregnancy Trimesters. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilim Derg.* 1 de enero de 2025;16(1):1. doi:10.31067/acusaglik.1489968
9. Jaramillo-Saldarriaga MI, Colonia-Toro A, Posada GA, Uribe MDP. Factores asociados a disfunción sexual durante el embarazo: estudio multicéntrico en la ciudad de Medellín. *Rev Fac Cienc Salud Univ Cauca.* 2021;23(1):15-22. doi:10.47373/rfcs.2021.v23.1626
10. 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 Colomb Obstet Ginecol.* 2021;72(4):368-76. doi:10.18597/rcog.3761
11. Donayre A. Relación de disfunción sexual femenina y trimestre de gestación en mujeres del distrito de San Juan de Lurigancho - sector las Lomas, 2020 [Tesis de pregrado] [Internet]. [Lima]: Universidad Privada del Norte; 2023. Disponible en: <https://repositorio.upn.edu.pe/handle/11537/36743>
12. Chávez Pino DL. Factores asociados a la disfunción sexual en gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Goyeneche, Arequipa 2023 [Tesis de pregrado] [Internet]. [Arequipa]: Universidad Católica de Santa María; 2023 [citado 12 de julio de 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12920/13217>
13. Alcántara Montero A, Sánchez Carnerero CI. Disfunción sexual femenina: opciones de tratamiento farmacológico. *Semergen Rev Esp Med Fam* [Internet]. 2016 [citado 8 de julio de 2025];(5):33-7. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5595070>
14. Purificação ER, Santos ASAD, Ferraz DD. Sexual dysfunctions in young university women: a cross-sectional study. *Rev Pesqui Em Fisioter.* 2021;11(2):307-19. doi:10.17267/2238-2704rpf.v11i2.3612
15. Fischer VJ, Bravo RG, Brunnet AE, Michielsen K, Tucker JD, Campbell L, et al. Sexual satisfaction and sexual behaviors during the COVID-19 pandemic: results from the International Sexual Health And REproductive (I-SHARE) health survey

- in Luxembourg. BMC Public Health. 2022;22(1). doi:10.1186/s12889-022-13509-x
16. Szymanska E, Kisielewski R. Female sexual functioning during pregnancy. Ginekol Pol. 2023. doi:10.5603/gpl.93464
 17. Gonçalves JTT, Gonçalves CT, Vieira KH, Santana RF, Reis VMCP, Silveira MF. Disfunção sexual no climatério e fatores associados. Rev Bras Saúde Materno Infant. 2023;23. doi:10.1590/1806-93042023000000079
 18. Reed MA. Female Sexual Dysfunction. Clin Plast Surg. 2022;49(4):495-504. doi:10.1016/j.cps.2022.06.009
 19. Sánchez-Sánchez B, Navarro-Brazález B, Arranz-Martín B, Sánchez-Méndez Ó, De La Rosa-Díaz I, Torres-Lacomba M. The Female Sexual Function Index: Transculturally Adaptation and Psychometric Validation in Spanish Women. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(3):994. doi:10.3390/ijerph17030994
 20. Kolbuszewska MT, Tavares IM, Nobre PJ, Dawson SJ. Using network analysis to model associations between psychological symptoms, sexual function, and sexual distress in women. Int J Clin Health Psychol. 2024;24(3):100479. doi:10.1016/j.ijchp.2024.100479
 21. Bittoni C, Kiesner J. Sexual Desire in Women: Paradoxical and Nonlinear Associations with Anxiety and Depressed Mood. Arch Sex Behav. 2022;51(8):3807-22. doi:10.1007/s10508-022-02400-w
 22. Hessami K, Sayegh N, Abdolmaleki AS, Bakht S, Qaderi S, Darabi M, et al. Women's sexual function before and during COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. J Obstet Gynaecol Res. 2022;48(9):2285-95. doi:10.1111/jog.15337
 23. Santos Silva IM, Paula Pinto M, Gonçalves D. Educational Programs and Sexual Counselling for Postmenopausal Sexual Dysfunction: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Sex Med. 2022;19(1):54-63. doi:10.1016/j.jsxm.2021.09.017

24. Ozerdogan N, Mizrak Sahin B, Gursoy E, Zeren F. Sexual dysfunction in the third trimester of pregnancy and postpartum period: a prospective longitudinal study. *J Obstet Gynaecol.* 2022;42(7):2722-8. doi:10.1080/01443615.2022.2106830
25. Frigerio M, Urogynecology-Pelvic Floor Working Group (GLUP), Barba M, Palmieri S, Ruffolo AF, Gallo P, et al. Prevalence and severity of sexual disorders in the third trimester of pregnancy. *Minerva Obstet Gynecol.* 2024;76(1). doi:10.23736/s2724-606x.22.05118-1
26. Tosun Güleröğlu F, Uludağ E. The effects of motherhood and body perception on sexual dysfunctions among pregnant women. *Perspect Psychiatr Care.* 2022;58(4):2072-8. doi:10.1111/ppc.13033
27. Pamuk T, Erbil N. Effect of attitudes towards sexuality on sexual function of pregnant women: A cross-sectional study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2025;310:113942. doi:10.1016/j.ejogrb.2025.113942
28. Karakas LA, Azemi A, Simsek SY, Akilli H, Esin S. Risk factors for sexual dysfunction in pregnant women during the COVID-19 pandemic. *Int J Gynecol Obstet.* 2021;152(2):226-30. doi:10.1002/ijgo.13462
29. Maya ET, Boamah MO, Agyabeng K, Srofenyoh E, Mumuni K, Samba A. Determinants of sexual dysfunction in pregnancy in a large tertiary hospital in Ghana. Oche OM, editor. *PLOS ONE.* 2023;18(7):e0288456. doi:10.1371/journal.pone.0288456
30. Muñoz D ADP, Camacho L PA. Prevalencia y factores de riesgo de la disfunción sexual femenina: revisión sistemática. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2016;81(3):168-80. doi:10.4067/s0717-75262016000300002
31. Madbouly K, Al-Anazi M, Al-Anazi H, Aljarbou A, Almannie R, Habous M, et al. Prevalence and Predictive Factors of Female Sexual Dysfunction in a Sample of Saudi Women. *Sex Med.* 2021;9(1):100277-100277. doi:10.1016/j.esxm.2020.10.005

32. Peivandi S, Habibi A, Hosseini SH, Khademloo M, Motamedi-Rad E. Sexual function of overweight pregnant women with gestational diabetes mellitus: A cross-sectional study. *Health Sci Rep.* 2024;7(9). doi:10.1002/hsr2.70080
33. Daescu AMC, Navolan DB, Dehelean L, Frandes M, Gaitoane AI, Daescu A, et al. The Paradox of Sexual Dysfunction Observed during Pregnancy. *Healthcare.* 2023;11(13):1914. doi:10.3390/healthcare11131914
34. Díaz-Vélez C, Samalvides-Cuba F. Factores asociados a disfunción sexual en mujeres atendidas en un hospital nivel III-Chiclayo-Perú. *Rev Chil Obstet Ginecol.* octubre de 2017;82(4):386-95. doi:10.4067/s0717-752620170004003686
35. Andrade-Tasayco AV, Rosales-Bringas CA, Pinedo-Torres I. Calidad de vida laboral y riesgo de disfunción sexual en enfermeras. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2023;69(3). doi:10.31403/rpgo.v69i2544
36. Guerhazi F, Ajmi S, Jmaa MB, Masmoudi R, Zouari A, Amamou B, et al. Sexuality and pregnancy: Beliefs and dysfunctions in pregnant women. *J Obstet Gynaecol Res.* 2025;51(1). doi:10.1111/jog.16169
37. Brand AM, Waterink W, Stoyanov S, van Lankveld JJDM. Restrictions and distress in daily, social, and sexual functioning, and intimate relationships in women with pelvic floor complaints: A mixed-method study. *Health Care Women Int.* 2023;44(9):1178-91. doi:10.1080/07399332.2022.2062758
38. Öcalan D, Toker S, Doğan EK, Alparslan Ö. Is there a relationship between pregnant women's sexual attitudes and body image? *Afr J Reprod Health.* 2024;28(11):56-67. doi:10.29063/ajrh2024/v28i11.6
39. Florido Navío J, García García MJ. Dispareunia. *Rev Int Andrología.* 2007;5(3):258-62. doi:10.1016/S1698-031X(07)74067-0
40. Vaquero-Cristóbal R, Alacid F, Muyor JM, López-Miñarro PÁ. Imagen corporal: revisión bibliográfica. *Nutr Hosp.* 2013;28(1):27-35. doi:10.3305/nh.2013.28.1.6016

41. Trejo Pérez F. Elaboración de una definición integral del placer sexual. *Psicol Iberoam*. 2017;25(2):8-16. Located at: This study covers the development of a comprehensive definition of sexual pleasure. The research is based on data from 144 men and women (ages 25-35) in Mexico City, using the Modified Natural Semantic Networks technique. The scope includes integrating four key categories often omitted from traditional definitions: sexual activity, human sexual response, emotional aspects (affectivity), and perceptions. A key finding is the high correlation between how men and women define pleasure, with «couple,» «love,» and «orgasm» as central elements. doi:10.48102/pi.v25i2.101
42. Mas M. Fisiología de la respuesta sexual femenina: actualización. *Rev Int Andrología*. 2007;5(1):11-21. doi:10.1016/S1698-031X(07)74029-3
43. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. Sexta. McGraw Hill; 2016.
44. Ceroni M. Editorial ¿Investigación básica, aplicada o sólo investigación? *Rev Soc Quím Perú*. 2010;76(1).
45. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leib S. 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
46. Blümel M JE, Binfá E L, Cataldo A P, Carrasco V A, Izaguirre L H, Sarrá C S. Índice de Función Sexual Femenina: Un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2004;69(2). doi:10.4067/S0717-75262004000200006
47. Yépez-Alvarez ML, Valdivia Talavera CD, Sotomayor Herrera JH, Ramos-Vargas LF. Validación preliminar peruana del Índice de Respuesta Sexual Femenina (FSFI). *Rev Psicol*. 2022;138. doi:10.24215/2422572xe138
48. Mallma Benavides EY, Llantoy Sañudo NE. Factores socioculturales asociados al nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva y técnicas de amamantamiento en púerperas inmediatas del Centro de Salud San Juan Bautista, 2023 [Tesis de pregrado] [Internet]. [Ayacucho]: Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga; 2024 [citado 19 de abril de 2025]. Disponible en: <http://repositorio.unsch.edu.pe/handle/UNSCH/6526>

49. Huaman Ynquiltupa C. Conocimiento sobre lactancia materna y técnica de amamantamiento en madres de niños menores de 6 meses que acuden al Centro de Salud Cono Norte de la ciudad de Ayaviri, Puno – 2023. [Tesis de pregrado] [Internet]. [Puno]: Universidad Privada San Carlos; 2024 [citado 19 de abril de 2025]. Disponible en: <http://repositorio.upsc.edu.pe:8080/handle/UPSC/733>

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología
PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL	Factores asociados	Método: Hipotético deductivo
¿Cuáles son los factores asociados a la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre atendidas en un hospital de Lima Metropolitana, 2026?	Analizar los factores asociados a la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre atendidas en un hospital de Lima Metropolitana, 2026.	Los factores sociodemográficos, obstétricos y socioculturales están asociados a la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre atendidas en un hospital de Lima Metropolitana, 2026.	* Socio-demográficos * Obstétricos * Socioculturales	Enfoque: Cuantitativo Diseño: Observacional Corte: Transversal
PROBLEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	Disfunción sexual	Población: 90 gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho. Muestra: 90 gestantes. Técnica: Encuesta. Instrumento: Cuestionario de factores asociados y el Índice de Función Sexual Femenina (IFSF).
¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre atendidas en un hospital de Lima Metropolitana, 2026?	Determinar los factores sociodemográficos asociados a la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre atendidas en un hospital de Lima Metropolitana, 2026.	Los factores sociodemográficos están asociados a la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre atendidas en un hospital de Lima Metropolitana, 2026.		
¿Cuáles son los factores obstétricos asociados a la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre atendidas en un hospital de Lima Metropolitana, 2026?	Determinar los factores obstétricos asociados a la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre atendidas en un hospital de Lima Metropolitana, 2026.	Los factores obstétricos están asociados a la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre atendidas en un hospital de Lima Metropolitana, 2026.		
¿Cuáles son los factores socioculturales asociados a la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre atendidas en un hospital de Lima Metropolitana, 2026?	Determinar los factores socioculturales asociados a la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre atendidas en un hospital de Lima Metropolitana, 2026.	Los factores socioculturales están asociados a la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre atendidas en un hospital de Lima Metropolitana, 2026.		

Anexo 2: Instrumento de recolección de datos

Cuestionario de factores asociados

Código:

Factores asociados:

I. Factores sociodemográficos

1. Edad:

() Menor de 20 años	() De 20 a 34 años
() De 35 años a más	

2. Estado civil:

() Soltera	() Casada
() Conviviente	() Otro

Especifique: _____

3. Grado de instrucción:

() Primaria	() Secundaria
() Técnico	() Superior

4. Ingreso familiar

() Menos de 1000 soles	() De 1000 a 2000 soles
() Más de 2000 soles	

5. Ocupación

() Ama de casa	() Estudiante
() Empleada	() Independiente

II. Factores obstétricos

6. Número de partos

() Ninguno	() Uno o dos
() Más de dos	

7. Antecedente de aborto

() Sí	() No
---------------	---------------

- ### III. Factores socioculturales

- ### III. Factores socioculturales

Índice de Función Sexual Femenina

Instrucciones

Estas preguntas son sobre su sexualidad durante las últimas 4 semanas. Por favor responda las siguientes preguntas lo más honesta y claramente posible. Sus respuestas serán mantenidas completamente confidenciales.

Definiciones

- Actividad sexual: se refiere a caricias, juegos sexuales, masturbación y relaciones sexuales.
- Relación sexual: se define como penetración del pene en la vagina.
- Estimulación sexual: incluye juegos sexuales con la pareja, autoestimulación (masturbación) o fantasías sexuales.

Marque sólo una alternativa por pregunta

Deseo o interés sexual es la sensación que incluye deseo de tener una experiencia sexual, sentirse receptiva a la incitación sexual de la pareja y pensamientos o fantasías sobre tener sexo.

1. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán a menudo usted sintió deseo o interés sexual?
 - ☐ Siempre o casi siempre
 - ☐ La mayoría de las veces (más que la mitad)
 - ☐ A veces (alrededor de la mitad)
 - ☐ Pocas veces (menos que la mitad)
 - ☐ Casi nunca o nunca
2. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de deseo o interés sexual?
 - ☐ Muy alto
 - ☐ Alto
 - ☐ Moderado
 - ☐ Bajo
 - ☐ Muy bajo o nada

Excitación sexual es una sensación que incluye aspectos físicos y mentales de la sexualidad. Puede incluir sensación de calor o latidos en los genitales, lubricación vaginal (humedad) o contracciones musculares.

3. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuánta frecuencia usted sintió excitación sexual durante la actividad sexual?
 - ☐ No tengo actividad sexual
 - ☐ Siempre o casi siempre
 - ☐ La mayoría de las veces (más que la mitad)
 - ☐ A veces (alrededor de la mitad)
 - ☐ Pocas veces (menos que la mitad)
 - ☐ Casi nunca o nunca

4. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?
- ☐ No tengo actividad sexual
 - ☐ Muy alto
 - ☐ Alto
 - ☐ Moderado
 - ☐ Bajo
 - ☐ Muy bajo o nada
5. En las últimas 4 semanas, ¿Cuánta confianza tiene usted de excitarse durante la actividad sexual?
- ☐ No tengo actividad sexual
 - ☐ Muy alta confianza
 - ☐ Alta confianza
 - ☐ Moderada confianza
 - ☐ Baja confianza
 - ☐ Muy baja o nada de confianza
6. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia se sintió satisfecho con su excitación durante la actividad sexual?
- ☐ No tengo actividad sexual
 - ☐ Siempre o casi siempre
 - ☐ La mayoría de las veces (más que la mitad)
 - ☐ A veces (alrededor de la mitad)
 - ☐ Pocas veces (menos que la mitad)
 - ☐ Casi nunca o nunca
7. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuánta frecuencia usted sintió lubricación o humedad vaginal durante la actividad sexual?
- ☐ No tengo actividad sexual
 - ☐ Siempre o casi siempre
 - ☐ La mayoría de las veces (más que la mitad)
 - ☐ A veces (alrededor de la mitad)
 - ☐ Pocas veces (menos que la mitad)
 - ☐ Casi nunca o nunca
8. En las últimas 4 semanas, ¿le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual?
- ☐ No tengo actividad sexual
 - ☐ Extremadamente difícil o imposible
 - ☐ Muy difícil
 - ☐ Difícil
 - ☐ Poco difícil
 - ☐ No me es difícil
9. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?
- ☐ No tengo actividad sexual
 - ☐ Siempre o casi siempre la mantengo
 - ☐ La mayoría de las veces la mantengo (más que la mitad)

- ☐ A veces la mantengo (alrededor de la mitad)
 - ☐ Pocas veces la mantengo (menos que la mitad)
 - ☐ Casi nunca o nunca mantengo la lubricación vaginal hasta el final
10. En las últimas 4 semanas, ¿Le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?
- ☐ No tengo actividad sexual
 - ☐ Extremadamente difícil o imposible
 - ☐ Muy difícil
 - ☐ Difícil
 - ☐ Poco difícil
 - ☐ No me es difícil
11. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Con qué frecuencia alcanza el orgasmo o clímax?
- ☐ No tengo actividad sexual
 - ☐ Siempre o casi siempre
 - ☐ La mayoría de las veces (más que la mitad)
 - ☐ A veces (alrededor de la mitad)
 - ☐ Pocas veces (menos que la mitad)
 - ☐ Casi nunca o nunca
12. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿le es difícil alcanzar el orgasmo o clímax?
- ☐ No tengo actividad sexual
 - ☐ Extremadamente difícil o imposible
 - ☐ Muy difícil
 - ☐ Difícil
 - ☐ Poco difícil
 - ☐ No me es difícil
13. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual?
- ☐ No tengo actividad sexual
 - ☐ Muy satisfecha
 - ☐ Moderadamente satisfecha
 - ☐ Ni satisfecha ni insatisfecha
 - ☐ Moderadamente insatisfecha
 - ☐ Muy insatisfecha
14. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán satisfecha está con la cercanía emocional existente durante la actividad sexual entre usted y su pareja?
- ☐ No tengo actividad sexual
 - ☐ Muy satisfecha
 - ☐ Moderadamente satisfecha
 - ☐ Ni satisfecha ni insatisfecha
 - ☐ Moderadamente insatisfecha
 - ☐ Muy insatisfecha
15. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán satisfecha está con su relación sexual con su pareja?

- ☐ Muy satisfecha
- ☐ Moderadamente satisfecha
- ☐ Ni satisfecha ni insatisfecha
- ☐ Moderadamente insatisfecha
- ☐ Muy insatisfecha

16. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán satisfecha está con su vida sexual en general?

- ☐ Muy satisfecha
- ☐ Moderadamente satisfecha
- ☐ Ni satisfecha ni insatisfecha
- ☐ Moderadamente insatisfecha
- ☐ Muy insatisfecha

17. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán a menudo siente discomfort o dolor durante la penetración vaginal?

- ☐ No intenté tener relaciones sexuales
- ☐ Siempre o casi siempre
- ☐ La mayoría de las veces (más que la mitad)
- ☐ A veces (alrededor de la mitad)
- ☐ Pocas veces (menos que la mitad)
- ☐ Casi nunca o nunca

18. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán a menudo siente discomfort o dolor después de la penetración vaginal?

- ☐ No intenté tener relaciones sexuales
- ☐ Siempre o casi siempre
- ☐ La mayoría de las veces (más que la mitad)
- ☐ A veces (alrededor de la mitad)
- ☐ Pocas veces (menos que la mitad)
- ☐ Casi nunca o nunca

19. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de discomfort o dolor durante o después de la penetración vaginal?

- ☐ No intenté tener relaciones sexuales
- ☐ Muy alto
- ☐ Alto
- ☐ Moderado
- ☐ Bajo
- ☐ Muy bajo o nada

Anexo 3: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Título de proyecto de investigación : Factores asociados a la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre atendidas en un hospital de Lima Metropolitana, 2026

Investigadora : Mariños Ugaz, María Fernanda

Institución : Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW)

Estamos invitando a usted a participar en un estudio de investigación titulado: "Factores asociados a la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre atendidas en un hospital de Lima Metropolitana, 2026". de fecha __/__/____ y versión.0__. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Privada Norbert Wiener(UPNW).

I. INFORMACIÓN

Propósito del estudio: El propósito de este estudio es los factores asociados a la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre atendidas en un hospital de Lima Metropolitana, 2026. Su ejecución ayudará/permitirá conocer mejor la problemática del por qué existe un considerable número de mujeres con disfunción sexual en la gestación, información que podrá emplearse para sensibilizar tanto al personal sanitario como a las gestantes y sus parejas, contribuyendo a mejorar la calidad de vida y la comunicación de pareja durante el embarazo. Además, permitirá visibilizar un problema que, aunque frecuente, se mantiene en silencio debido a mitos, vergüenza o falta de espacios seguros para su expresión.

Duración del estudio (meses): 3 meses

Nº esperado de participantes: 90 gestantes

Criterios de Inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión

- Gestantes que se encuentren en el tercer trimestre, a partir de la semana 35.
- Gestantes entre los 18 a 49 años.
- Gestantes sin riesgo obstétrico (patologías)
- Gestantes con pareja sexual estable.

Criterios de exclusión

- Gestantes con alguna contraindicación para tener relaciones sexuales.
- Gestantes con patologías psiquiátricas.
- Gestantes no heterosexuales.
- Gestantes que no firmen el consentimiento informado.

Procedimientos del estudio: Si Usted decide participar en este estudio se le realizará los siguientes procesos:

- Se le hará leer y firmar el consentimiento informado para indicar que su participación es voluntaria, y está de acuerdo con la misma.
- Se le entregará dos cuestionarios, los cuales debe contestar con la mayor veracidad posible, y de manera anónima.

La *encuesta* puede demorar en promedio un total 15 minutos.

Los resultados se le entregarán a usted en forma individual y se almacenarán respetando la confidencialidad y su anonimato.

Riesgos:

Su participación en el estudio *no* presenta riesgos físicos ni psicológicos, y no está tampoco obligada a contestar la totalidad de preguntas si lo considera impertinente.

Beneficios:

Usted se beneficiará del presente proyecto porque el personal de salud responsable del área de Obstetricia se basará en los hallazgos del estudio para mejorar y personalizar la atención de acuerdo con las características de cada usuaria, y así reducir el riesgo de disfunción sexual en las gestantes que se atiendan en el futuro en el establecimiento.

Costos e incentivos: Usted no pagará ningún costo monetario por su participación en la presente investigación. Así mismo, no recibirá ningún incentivo económico ni medicamentos a cambio de su participación.

Confidencialidad: Nosotros guardaremos la información recolectada con códigos para resguardar su identidad. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita su identificación. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al equipo de estudio.

Derechos del paciente: La participación en el presente estudio es voluntaria. Si usted lo decide puede negarse a participar en el estudio o retirarse de éste en cualquier momento, sin que esto ocasione ninguna penalización o pérdida de los beneficios y derechos que tiene como individuo, como así tampoco modificaciones o restricciones al derecho a la atención médica.

Preguntas/Contacto: Puede comunicarse con la Investigadora Principal Fernanda Mariños, celular 922972396, correo electrónico a2019101583@uwiener.edu.pe.

Así mismo puede comunicarse con el Comité de Ética que validó el presente estudio,

Contacto del Comité de Ética: Dra. Yenny M. Bellido Fuentes, Presidenta del Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener, para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, **Email:** comité.etica@uwiener.edu.pe

II. DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

He leído la hoja de información del Formulario de Consentimiento Informado (FCI), y declaro haber recibido una explicación satisfactoria sobre los objetivos, procedimientos y finalidades del estudio. Se han respondido todas mis dudas y preguntas. Comprendo que mi decisión de participar es voluntaria y conozco mi derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento, sin que esto me perjudique de ninguna manera. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

_____ (Firma) _____

Nombre **participante**:

DNI:

Fecha: (dd/mm/aaaa)

_____ (Firma) _____

Nombre **investigador**:,

.....

DNI:

Fecha: (dd/mm/aaaa)

_____ (Firma) _____

Nombre testigo o representante legal:

DNI:

Fecha: (dd/mm/aaaa)

Anexo 4: Validez de instrumento

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVES DE JUICIO DE EXPERTO

Título: "Factores asociados a la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre atendidas en un Hospital de Lima Metropolitana, 2026"

Nº DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
VARIABLE 1: FACTORES DE RIESGO							
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	Si	No	Si	No	Si	No	Sugerencias
1. Edad	x		x		x		
2. Estado civil	x		x		x		
3. Grado de instrucción	x		x		x		
4. Ingreso familiar	x		x		x		
5. Ocupación	x		x		x		
FACTORES OBSTETRICOS	Si	No	Si	No	Si	No	Sugerencias
6. Paridad	x		x		x		
7. Antecedentes de aborto	x		x		x		
8. Amenaza de aborto	x		x		x		
9. Ganancia de peso en el embarazo	x		x		x		
10. Planificación del embarazo	x		x		x		
FACTORES SOCIOCULTURALES	Si	No	Si	No	Si	No	Sugerencias
11. Obligación de cumplir sexualmente a la pareja	x		x		x		
12. Creencias de que el coito daña al bebé	x		x		x		
13. Creencias de que el coito afecta al proceso de gestación	x		x		x		
14. Privacidad para tener relaciones sexuales	x		x		x		

¹ Pertinencia: el ítem corresponde al concepto teórico formulado.

² Relevancia: el ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

³ Claridad: se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota. Suficiencia: se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

Observaciones (precisar si hay suficiencia):.....

Opinión de aplicabilidad:.....

Aplicable [☒]

Aplicable después de corregir [☐]

No aplicable [☐]

Apellidos y nombres del juez validador: CHASQUIBOL CHACON Ruth Celina

DNI: 33734017.....

Especialidad del validador: Emergencia Obstétrica y Cuidados Críticos


Obst. Ruth C. Chasquibol Chacón
Esp. Emergencia Obstétrica
COP. 18583 REG. ESP. 1895

06 de noviembre del 2025.

Firma del experto informante

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVES DE JUICIO DE EXPERTO

Título: "Factores asociados a la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre atendidas en un Hospital de Lima Metropolitana,2026"

Nº DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
VARIABLE 1: FACTORES DE RIESGO							
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	Si	No	Si	No	Si	No	Sugerencias
1. Edad	x		x		x		
2. Estado civil	x		x		x		
3. Grado de instrucción	x		x		x		
4.Ingreso familiar	x		x		x		
5.Ocupación	x		x		x		
FACTORES OBSTETRICOS	Si	No	Si	No	Si	No	Sugerencias
6.Paridad	x		x		x		
7.Antecedentes de aborto	x		x		x		
8. Amenaza de aborto	x		x		x		
9. Ganancia de peso en el embarazo	x		x		x		
10. Planificación del embarazo	x		x		x		
FACTORES SOCIOCULTURALES	Si	No	Si	No	Si	No	Sugerencias
11. Obligación de cumplir sexualmente a la pareja	x		x		x		
12. Creencias de que el coito daña al bebé	x		x		x		
13. Creencias de que el coito afecta al proceso de gestación	x		x		x		
14.Privacidad para tener relaciones sexuales	x		x		x		

¹ Pertinencia: el ítem corresponde al concepto teórico formulado.

² Relevancia: el ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

³ Claridad: se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota. Suficiencia: se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Los ítems son SUFICIENTES para medir las dimensiones. Si hay suficiencia.

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [☒]

Aplicable después de corregir [☐]

No aplicable [☐]

Apellidos y nombres del juez validador: Tapia Núñez, Walter Enrique

DNI: 07318544

Especialidad del validador: Gineco - Obstetra

07 de noviembre de 2025.



Firma del experto informante

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVES DE JUICIO DE EXPERTO

Título: "Factores asociados a la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre atendidas en un Hospital de Lima Metropolitana, 2026"

Nº DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
VARIABLE 1: FACTORES DE RIESGO							
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	Si	No	Si	No	Si	No	Sugerencias
1. Edad	x		x		x		
2. Estado civil	x		x		x		
3. Grado de instrucción	x		x		x		
4. Ingreso familiar	x		x		x		
5. Ocupación	x		x		x		
FACTORES OBSTETRICOS	Si	No	Si	No	Si	No	Sugerencias
6. Paridad	x		x		x		
7. Antecedentes de aborto	x		x		x		
8. Amenaza de aborto	x		x		x		
9. Ganancia de peso en el embarazo	x		x		x		
10. Planificación del embarazo	x		x		x		
FACTORES SOCIOCULTURALES	Si	No	Si	No	Si	No	Sugerencias
11. Obligación de cumplir sexualmente a la pareja	x		x		x		
12. Creencias de que el coito daña al bebé	x		x		x		
13. Creencias de que el coito afecta al proceso de gestación	x		x		x		
14. Privacidad para tener relaciones sexuales	x		x		x		

¹ Pertinencia: el ítem corresponde al concepto teórico formulado.

² Relevancia: el ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

³ Claridad: se entiende sin dificultad alguna el enunciado del Ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota. Suficiencia: se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [☒]

Aplicable después de corregir [☐]

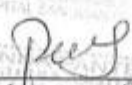
No aplicable [☐]

Apellidos y nombres del juez validador: *P. ante. Salas, Giovanna Gladys*

DNI: *09733574*

Especialidad del validador: *Dra en Salud Pública*

22 de 12 del 2025.


Firma del experto informante

Anexo 5: Confiabilidad del instrumento

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,874	14

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Factor1	7,25	15,039	,193	,884
Factor2	7,75	15,461	,314	,875
Factor3	7,15	15,292	,139	,886
Factor4	6,80	16,063	,000	,880
Factor5	7,15	14,976	,224	,882
Factor6	7,00	15,158	,231	,879
Factor7	7,40	12,674	,877	,847
Factor8	7,35	12,555	,898	,845
Factor9	7,30	13,168	,707	,856
Factor10	7,25	12,618	,878	,846
Factor11	7,35	12,555	,898	,845
Factor12	7,20	13,326	,677	,858
Factor13	7,25	12,829	,813	,850
Factor14	7,20	14,063	,464	,870

Anexo 6: Aprobación del Comité de Ética



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Lima, 04 de noviembre del 2025.

Autor Responsable:

MARÍA FERNANDA MARIÑOS UGAZ

Exp. N°: 2854-2025

De mi consideración:

Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética e Integridad Científica (CIEIC) de la Universidad Privada Norbert Wiener evaluó y APROBÓ el siguiente proyecto de investigación:

Proyecto Titulado: "FACTORES ASOCIADOS A LA DISFUNCIÓN SEXUAL EN GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE ATENDIDAS EN UN HOSPITAL DE LIMA METROPOLITANA, 2026"

Versión Nro. 1, aprobada por el asesor en fecha 24/10/ 2025.

El cual tiene como Autor(es) a:

MARÍA FERNANDA MARIÑOS UGAZ

La APROBACIÓN otorgada comprende la verificación del cumplimiento de las buenas prácticas éticas, la adecuada evaluación del balance riesgo/beneficio, la idoneidad del equipo de investigación y la garantía de confidencialidad en el manejo de los datos, entre otros aspectos éticos y metodológicos pertinentes.

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

- La aprobación otorgada por el CIEIC tiene una vigencia de veinticuatro (24) meses contados desde la fecha de emisión del presente documento. Esta vigencia es exclusiva para los procedimientos éticos revisados por el Comité y no sustituye ni aplica a los trámites administrativos ante la Oficina de Grados y Títulos.
- La constancia de aprobación por el CIEIC no garantiza la aceptación por parte de las instituciones en las que se planea realizar la investigación.
- En caso de requerir una enmienda, entendida como una modificación menor que no altera de manera sustantiva el proyecto aprobado, esta deberá ser presentada al CIEIC y no podrá ejecutarse sin su aprobación previa. Cualquier cambio sustantivo deberá tramitarse como proyecto nuevo ante el CIEIC.

Es cuanto informo a usted para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

Mg. Angelica Karina Minaya Galarreta
Presidente
Comité Institucional de Ética e Integridad Científica
Universidad Privada Norbert Wiener



PERÚ

Ministerio
de Salud

Vicerrectoría
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
San Juan de Lurigancho

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

CONSTANCIA

004-2026-CIEI-UADI-HSJL-DIRIS LC/MINSA

El Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) del Hospital San Juan de Lurigancho, **APROBÓ** la Revisión del Proyecto de Investigación titulado:

**"FACTORES ASOCIADOS A LA DISFUNCIÓN SEXUAL EN
GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE ATENDIDAS EN UN
HOSPITAL DE LIMA METROPOLITANA, 2026"**

INVESTIGADORA:

Maria Fernanda Mariños Ugaz

Dicho Proyecto de Tesis, es desarrollado para optar el Título en Licenciada en Obstetricia

San Juan de Lurigancho, 08 de Enero del 2026



DR. GIOVANNI MENESES FLORES
Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación
Hospital San Juan de Lurigancho

GGMF/tev
CC/Archivo
Folios: 01

**¡EL PERÚ A TODA
MÁQUINA!**

Anexo 7: Carta de aprobación de la institución para la recolección de datos



"Año de la recuperación y consolidación de la
economía peruana"



Lima, 16 de Diciembre de 2025

CARTA N° 0696-2025-SG-UPNW-CP

Dr. Manuel Gerardo Baluarte Espinoza
Director ejecutivo del Hospital
Hospital San Juan de Lurigancho
Av. Canto Grande S/N alt. Paradero 10, distrito de San Juan de Lurigancho, Provincia de
Lima, Departamento de Lima, Perú
ASUNTO: Autorización para aplicación de estudio de campo

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a la vez presentar a la estudiante del Programa Académico de la carrera profesional de **OBSTETRICIA, María Fernanda Mariños Ugaz**, con código de matrícula **2019101583** con la finalidad de solicitar se brinde todas las facilidades pertinentes para que pueda aplicar los instrumentos de recolección de datos a 90 gestantes del tercer trimestre que cumplan los criterios de inclusión y acepten participar de manera voluntaria.

Toda la información que solicita la tesista **María Fernanda Mariños Ugaz**, para la elaboración de su proyecto de investigación denominado: **"Factores asociados a la disfunción sexual en gestantes del tercer trimestre atendidas en un hospital de Lima Metropolitana, 2026."** dirigido por el asesor de tesis Dr. David Elías Bobadilla Minaya, para la obtención del Título Profesional en Licenciada en Obstetricia.

Agradeciendo por anticipado su autorización a la tesista para que logre su propósito, hago propicia la ocasión para expresarle los sentimientos de mi consideración y estima personal.

Atentamente,



Firmado digitalmente por:
Khristian Vigil Vega
DNI: 44025157
RUC: 20485248370
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 17/12/2025 Hora: 16:18:41



Khristian Vigil Vega
Secretario General
Universidad Privada Norbert Wiener S.A.

17% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 14%  Fuentes de Internet
- 3%  Publicaciones
- 10%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 14% Fuentes de Internet
- 3% Publicaciones
- 10% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	4%
2	Internet	dspace.ucacue.edu.ec	1%
3	Internet	pmc.ncbi.nlm.nih.gov	<1%
4	Internet	repositorio.upn.edu.pe	<1%
5	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2023-02-03	<1%
6	Internet	repositorio.upsb.edu.pe	<1%
7	Publicación	Molina Carita, Percy Alan. "Tecnologías emergentes y el desempeño docente en I...	<1%
8	Internet	core.ac.uk	<1%
9	Internet	alicia.concytec.gob.pe	<1%
10	Trabajos entregados	Universidad Internacional de la Rioja on 2025-05-22	<1%
11	Trabajos entregados	Universidad Católica de Santa María on 2017-06-27	<1%