



ORIGINAL

¿Ha variado la sexualidad en el embarazo? Generación *baby boom* versus generación *millennial*



Á. Morán Bayón ^{a,*}, C. López Sosa ^b, C. Hernández Correa ^c,
A. Trigo González ^d y M. Alonso Sardón ^e

^a Medicina de Familia, Urgencias Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España

^b Sexología, Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Salamanca, Salamanca, España

^c Medicina de Familia, C.S. Periurbana Norte, Salamanca, España

^d Medicina de Familia, Urgencias Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila, España

^e Epidemiología, Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública,
Facultad de Medicina, Universidad de Salamanca, Salamanca, España

Recibido el 17 de noviembre de 2021; aceptado el 19 de enero de 2022

Disponible en Internet el 3 de mayo de 2022

PALABRAS CLAVE

Conducta sexual;
Deseo sexual;
Coito en relación con
el embarazo/
gestación

Resumen La sexualidad es un fenómeno complejo y multidimensional que constituye un componente fundamental en las relaciones humanas. El embarazo es un periodo crucial en la vida de las mujeres y los cambios fisiológicos que ocurren durante este periodo inciden en su sexualidad. **Objetivo:** Conocer qué impacto produce la gestación en las conductas sexuales en la generación *millennial* comparado con la generación *baby boom*.

Material y métodos: Estudio descriptivo y transversal, mediante encuesta autocumplimentada, de base poblacional, a una muestra de mujeres embarazadas en el tercer trimestre de gestación que acudían a una consulta del equipo de atención primaria. Se realizó un estudio descriptivo de distribución de frecuencias de todas las variables.

Resultados: Tanto en la generación *baby boom* como en la generación *millennial* se observa que durante el embarazo la atracción por la pareja disminuye ligeramente. En las variables deseo y frecuencia de coito los resultados obtenidos muestran que a medida que progresó el embarazo hay una disminución marcada del deseo y la frecuencia coital. Las mujeres manifiestan que no tienen suficiente información sobre la sexualidad en su estado actual, a pesar de los años transcurridos.

Conclusión: Las conductas sexuales en las mujeres embarazadas no han cambiado en los últimos 35 años. Los cambios observados en ambas generaciones, en los dominios deseo y coito, fueron particularmente notables, siendo en el tercer trimestre de embarazo cuando más decrece la frecuentación del coito. Las gestantes siguen manteniendo creencias erróneas acerca de la sexualidad y solicitan más educación sexual.

© 2022 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alvaro86@gmail.com (Á. Morán Bayón).

KEYWORDS

Sexuality behavior;
Desire in pregnancy;
Sexual activity in
pregnancy

Has sexuality changed in pregnancy? Baby boom generation versus millennial generation

Abstract Sexuality is a complex and multidimensional phenomenon that constitutes a fundamental component in human relationships. Pregnancy is a crucial period in women's life and the physiological changes that happen in this period affect their sexuality.

Objective: Knowing how pregnancy impacts on sexual behaviors in *millennial* generation compared to *baby boom* generation.

Material and methods: Descriptive and cross-sectional study, by means of a self-completed, population-based survey, to a sample of pregnant women in the third trimester of gestation who attended Primary Care. A descriptive study of the frequency distribution of all the variables was carried out.

Results: In *baby boom* generation and *millennial* generation, it is observed that during pregnancy couple's attraction decreases slightly. According to variables desire and frequency of intercourse, results obtained show that as the pregnancy progresses there is a marked decrease in desire and intercourse frequency. Women state that they do not have enough information about sexuality in their current state, despite years having passed.

Conclusions: During last 35 years, sexual behaviors have not changed in pregnant women. In both generations, changes in desire and intercourse domains were particularly significant, being in third trimester of pregnancy when frequency of intercourse decline. Pregnant women continue to hold erroneous beliefs about sexuality and request more sexual education.

© 2022 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud, ya en el 1972, declara que la salud sexual es una parte importante de la calidad de vida y está definida como «un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionados con la sexualidad»¹.

La sexualidad es un fenómeno complejo y multidimensional, que constituye un componente fundamental, central y universal en la salud y en las relaciones humanas.

El embarazo constituye un periodo crucial en la vida de las parejas con características muy definidas. La gestación va a producir una serie de cambios en la estructura biopsicosocial de la mujer que también afectará a su pareja, al núcleo familiar y a la sociedad, debiendo adaptarse a esta nueva situación en un breve periodo. Ambos fenómenos, la sexualidad y el embarazo, son el objetivo de nuestra investigación.

Como es sabido, en las ciencias médicas el estudio del individuo se estructura a través de sistemas², cuyos elementos están interrelacionados entre sí. Sin embargo, es notable la ausencia de un sistema sexual³, compuesto e interrelacionado con elementos de otros sistemas anatómicos, cerebrales, sociales, etc. La interrelación obliga, por las leyes del sistema², a que si modificamos cualquiera de ellos se verán afectados todos los demás, variando hasta lograr un nuevo equilibrio.

El embarazo produce cambios en el sistema endocrino, reproductor, circulatorio, locomotor, neurológico, psíquico, etc. Aplicando la teoría de los sistemas al embarazo, la morfología de la mujer cambia, y a ese cambio no es ajeno el sistema sexual, produciendo una serie de variaciones que repercuten en sus conductas sexuales. Por ello nos

planteamos conocer qué impacto produce la gestación en las conductas sexuales en la generación *millennial* comparado con la generación *baby boom*, teniendo muy presente que actualmente tener un hijo es un acto volitivo.

Material y método

Diseño, población y muestra

Se diseña un estudio descriptivo y transversal mediante encuesta autocumplimentada, de base poblacional, a una muestra de mujeres embarazadas en el tercer trimestre de gestación que acudían a una consulta del equipo de atención primaria (médico/a de familia, enfermero/a o matrón/a) del área de salud de Salamanca, centros de salud urbanos y periurbanos, entre los años 2016 y 2019. La muestra se obtuvo al azar entre las gestantes que cumplían los criterios de inclusión y que acudieron a consultas de atención primaria: médico/a de familia, enfermeros/as o matrones/as, cursos de preparación al parto del tercer trimestre de gestación, que se imparten de forma rutinaria en todos los centros de salud de Salamanca. El tamaño de muestra obtenido fue 92 mujeres de la generación *millennial* (nacidas en los inicios de 1980 hasta finales de la década de 1990, incluyendo el año 2000). Los datos se compararon con los resultados de una muestra obtenida en 1984 de mujeres de la generación *baby boom* (nacidas entre 1946 y 1964).

Instrumento de medida y recogida de datos: un cuestionario estructurado autocumplimentado fue diseñado basándose en los objetivos planteados, a partir de la revisión exhaustiva de la evidencia disponible. Incluye

información sobre datos personales para caracterizar la muestra, y sobre las conductas sexuales antes y durante el embarazo. Con el fin de garantizar la calidad en la recogida de datos las personas que colaboraron en la recogida de la muestra del estudio fueron entrenadas por el investigador principal/colaboradores para unificar procedimientos y criterios de aplicación del cuestionario. Previo a la distribución del cuestionario las gestantes fueron informadas y firmaron el consentimiento informado. No se utilizó un cuestionario validado de función sexual por 2 motivos: poder comparar los resultados con la muestra del año 1984 y porque no existe para población embarazada.

Análisis de los datos

Se realizó un estudio descriptivo de distribución de frecuencias de todas las variables. Las variables cualitativas o categóricas se expresan en forma de frecuencias absolutas y relativas (%). Los resultados cuantitativos se presentan como media y mediana (medidas de tendencia central), acompañadas de las correspondientes medidas de dispersión: desviación estándar (DS) y rango intercuartílico (RIQ, Q3-Q1), respectivamente. La fuerza de la asociación entre las variables cualitativas se midió con el estadístico de contraste Chi cuadrado de Pearson. Para comparar medias entre 2 grupos (variables cuantitativas) se aplicaron la prueba «t» de Student (distribución normal) y U de Mann-Whitney (ausencia de normalidad). Para comparar una variable categórica o cualitativa (factor o variable independiente) que define los grupos, con una variable cuantitativa (variable dependiente) se empleó el análisis de la varianza (ANOVA). El nivel de significación estadística (error) asumido por los investigadores ha sido el 5% (grado de significación estadístico $p < 0,05$). La recogida y análisis de datos se ha realizado en el programa estadístico SPSS 26.0.

Aspectos éticos

El estudio contó con la autorización por parte de la Gerencia de Atención Primaria de Salamanca, así como la aprobación del Comité Ético de Investigación de Salamanca. Las mujeres que decidieron participar en el estudio firmaron un consentimiento informado previo a la realización de la encuesta.

Limitaciones

El trabajo de campo se alargó varios años por varios motivos: uno de ellos es la escasa población de embarazadas que hay en la zona de Salamanca, otro los prejuicios y tabús que persisten en la población para participar en temas de sexualidad. Así mismo, tuvimos algunos impedimentos en algunos centros de salud donde los profesionales sanitarios no estaban a favor de colaborar en la realización del estudio, a pesar de contar con todas las aprobaciones, tanto del Comité Ético como de la Gerencia de Salud.

Fortalezas

Este artículo pretende aportar a la comunidad científica cierta formación en sexología clínica para evitar que se perpetúen conceptos que ya disponen de suficiente evidencia científica.

Resultados

Nuestra muestra se compuso de 92 mujeres en el año 1984 y 92 mujeres en el año 2019. La edad media de las mujeres de la muestra del año 1984 se situó en 26 años, mientras que en el año 2019 fue de 33,5 años.

Atracción por la pareja (tablas 1 y 2)

Antes del embarazo todas las mujeres dijeron que sí se sentían atraídas por su pareja, tanto en el año 1984 como 2019. Al realizar esta misma pregunta durante el embarazo cabe destacar que un 3,3% en 1984 y un 5,4% en 2019 contestaron que no sentían esta atracción.

Deseo de juego sexual

Los datos obtenidos muestran que antes del embarazo había un 3,3% en 1984 y un 5,4% en el año 2019 que no sentían deseos de practicar juegos sexuales. Si esta pregunta se realiza durante el embarazo la respuesta de que no sentían estos deseos asciende al 7,6% en 1984 y más del doble, con un 12%, en 2019.

Deseo de practicar coito

Los resultados obtenidos fueron: antes del embarazo en el año 1984 un 95,7% contestó que sí sentía deseo y en el año 2019 todas las mujeres, un 100%, tuvieron deseo de practicar coito. Durante el embarazo en el año 1984 se obtiene que un 88% dijo sentir deseo y un 7,6% contestó no sentir deseo. En el año 2019 hubo un 92,5% que contestó sí tener deseo de practicar coito y un 6,5% no tener ese deseo.

Frecuencia de coito (fig. 1)

Los resultados antes del embarazo, en el año 1984, se situaban: coito a diario un 9,8%, cada 2-4 días un 44,6%, cada 8-10 días un 14,1% y cada más de 12 días un 7,6%. A lo largo de los trimestres se observó un descenso de la frecuentación a medida que avanzó el embarazo. En el primer trimestre la frecuencia de coito era: a diario un 12%, cada 2-4 días 22,8%, cada 5-7 días un 27,2%, cada 8-10 días un 14,1% y cada más de 12 días un 12%. En el segundo trimestre la frecuencia de coito era: a diario un 7,6%, cada 2-4 días un 26,1%, cada 5-7 días 21,7%, cada 8-10 días un 12% y cada más de 12 días un 19,6%. En el tercer trimestre es donde se observó el mayor descenso de frecuencia de coito durante el embarazo, con un 4,3% a diario, cada 2-4 días un 6,5%, cada 5-7 días un 16,3%, cada 8-10 días un 14,1% y cada más de 12 días un 42,4%.

Los datos de nuestra muestra del año 2019 muestran una tendencia similar a la observada en el año 1984 (p valor:

Tabla 1 Comportamiento sexual de la mujer antes del embarazo

	Gestantes 2019, n (%)	Gestantes 1984, n (%)	Valor de p
<i>¿Te sentías atraída por tu pareja?</i>			
Sí	90 (97,8)	92 (100)	0,154
No	0	0	
No contesta	2 (2,2)	0	
<i>¿Deseos de practicar juegos sexuales?</i>			
Sí	87 (95,7)	87 (95,7)	0,839
No	5 (5,4)	3 (3,3)	
No contesta	0	2 (2,2)	
<i>¿Deseos de practicar coito?</i>			
Sí	92 (100)	88 (95,7)	0,510
No	0	1 (1,1)	
No contesta	0	3 (3,3)	

Tabla 2 Comportamiento sexual de la mujer durante el embarazo

	Gestantes 2019, n (%)	Gestantes 1984, n (%)	Valor de p
<i>¿Te sentías atraída por tu pareja?</i>			
Sí	86 (93,5)	87 (94,6)	0,753
No	5 (5,4)	3 (3,3)	
No contesta	1 (1,1)	2 (2,2)	
<i>¿Deseos de practicar juegos sexuales?</i>			
Sí	80 (87)	81 (88)	0,838
No	11 (12)	7 (7,6)	
No contesta	1 (1,1)	4 (4,3)	
<i>¿Deseos de practicar coito?</i>			
Sí	85 (92,4)	81 (88)	0,317
No	6 (6,5)	7 (7,6)	
No contesta	1 (1,1)	4 (4,3)	

■ 1984 ■ 2019

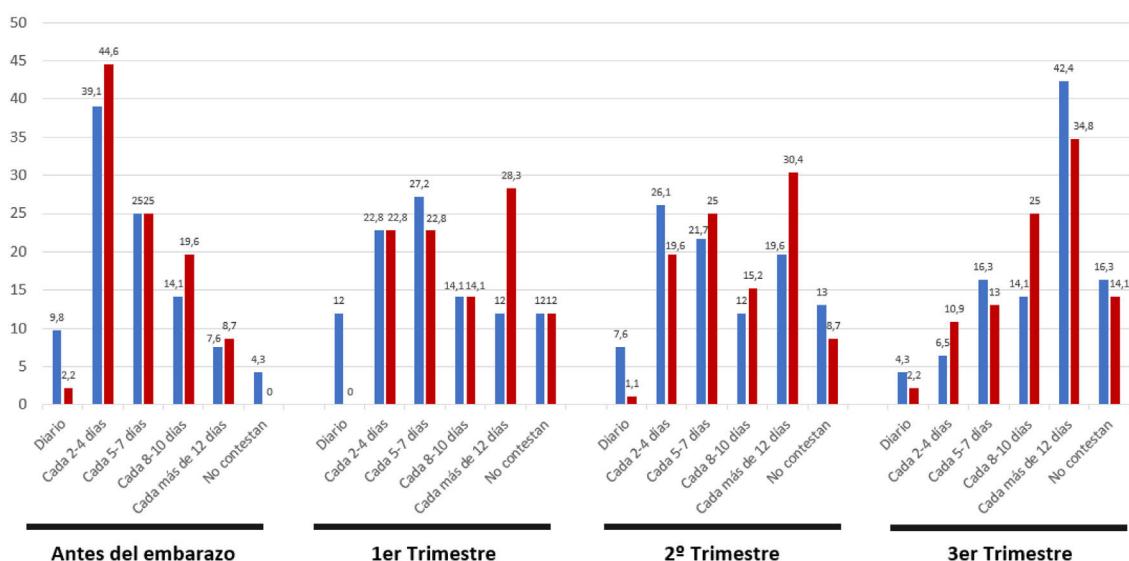


Figura 1 Frecuencia de coito antes y durante el embarazo diferenciado por trimestres.

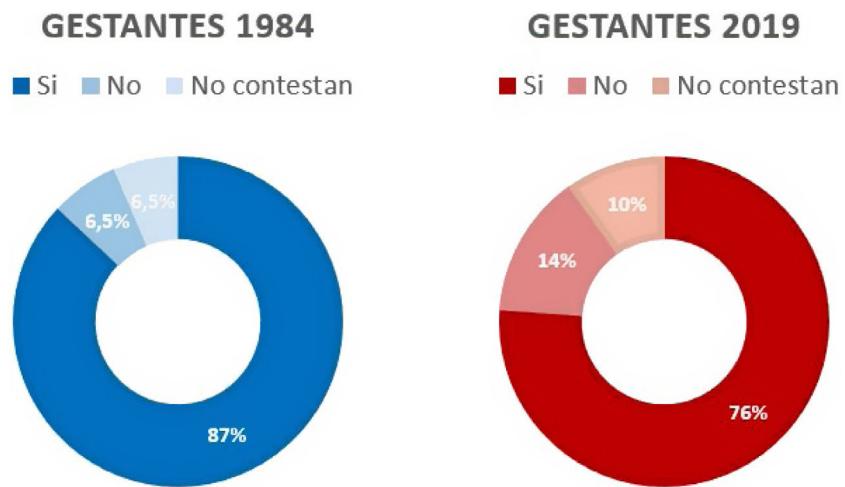


Figura 2 Porcentajes de gestantes sobre la necesidad de información sexual durante el embarazo.

antes del embarazo 0,451; 1.^{er} trimestre 0,006; 2.^º trimestre 0,0092; 3.^{er} trimestre 0,291). Los resultados de frecuencia de coito antes del embarazo eran: a diario un 2,2%, cada 2-4 días un 44,6%, cada 5-7 días un 25%, cada 8-10 días un 19,6% y cada más de 12 días un 8,7%. Durante el primer trimestre la frecuencia fue 0 para coito diario, un 22,8% cada 2-4 días, un 22,8% cada 5-7 días, un 14,1% cada 8-12 días y un 28,3% cada más de 12 días. En el segundo trimestre un 1,1% tenía relaciones a diario, un 18% cada 2-4 días, un 25% cada 5-7 días, un 15,2% cada 8-12 días y un 30,4% cada más de 12 días. En el tercer trimestre un 2,2% tenía relaciones a diario, un 10,9% cada 2-4 días, un 13% cada 5-7 días, un 25% cada 8-12 días y un 34,8% cada más de 12 días.

Mitos

Se preguntó a las gestantes del año 2019 por diversos mitos o afirmaciones, sobre la verosimilitud de los mismos. Cabe destacar los siguientes resultados. En relación con la afirmación «La mujer embarazada puede tener orgasmo» un 81,5% de las mujeres contestó que es cierta, mientras que un 9,8% contestó que es falsa. Sobre la afirmación «Durante el embarazo no hay riesgo de infecciones de transmisión sexual» un 6,5% dijo que era cierta y un 84,8% dijo que era falsa. Sobre la afirmación «Determinadas posiciones sexuales son perjudiciales para la mujer embarazada» hubo en 44,6% de mujeres que contestó que era cierta y un 46,7% que contestó que era falsa.

Educación/información sexual (fig. 2)

En la encuesta también se preguntó, tanto en el año 1984 como en 2019, sobre la necesidad de recibir educación o información sobre salud sexual durante el embarazo. Tanto en el año 1984 como en el 2019, con casi significación estadística ($p=0,057$), con un 87% y un 76,1% respectivamente, creen que se precisa de información sobre conductas sexuales en el embarazo. En el año 2019 se amplió esta pregunta sobre qué profesional de la salud debería aportar dicha información. Un 63% de la muestra contestó que debía aportarla

el matrón/a, un 50% contestó que el ginecólogo/a y un 26,1% el médico/a de familia.

Discusión

Observamos un notable envejecimiento en las embarazadas de la generación *millennial*, con una edad media de 34 años, con respecto a la generación *baby boom*, que tenía una edad media cercana a los 26 años. Si analizamos los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística⁴, este envejecimiento de las mujeres embarazadas se viene observando también en el ámbito nacional, donde en el año 1984 la media de edad se situaba en los 28 años y en el año 2019 se situaba en los 32 años. Estos datos siguen la tendencia de retraso en la edad del primer parto, a nivel europeo principalmente, y también a nivel mundial, donde año tras año se retrasa la edad de tener el primer hijo, sobre todos en los países desarrollados o con mejores rentas per cápita. En cuanto a la edad, entre los diferentes autores consultados en distintos metaanálisis que abarcan desde 1959 a 2016 (Von Sydow, Serati Salvatore et al. y de Pierrepont et al.)⁵⁻⁷ coinciden con nuestro estudio en el envejecimiento de la muestra, si bien es cierto que en España es donde más se acusa.

Tanto el grupo de 1984 como el de 2019 coinciden en que su atracción por la pareja y el deseo de juego sexual disminuyen con respecto a antes de la gestación. Se observa que hay mujeres que sintiéndose atraídas por su pareja no han sentido deseos de juegos sexuales y de coito en ambas muestras. Este resultado avala la investigación de Basson⁸, que propone en el año 2000 el modelo de respuesta sexual femenina circular, en el que el deseo no está relacionado en las mujeres con la ejecución de un acto sexual. Sin embargo, otros estudios⁹⁻¹¹ que utilizan el Índice de función sexual femenina de Rosen et al.¹² sí encuentran consistencia en sus muestras de que dicha disminución se va a presentar en la variable coito principalmente en el primer y tercer trimestre.

El coito con respecto a antes de la gestación disminuye gradualmente a medida que progresa el embarazo. Casi la mitad de la muestra en ambos grupos (un 48,9% en 1984

y un 46,8% en el 2019) mantenía coitos entre diario y 2-4 días para pasar a menos de un 10% en el tercer trimestre, desplazándose la frecuencia del coito a más de 12 días en ambos grupos (un 39% en 1984 y un 32% en el 2019). Esta disminución de la actividad coital es percibida por casi todos los autores revisados^{9-11,13}. Aytul et al.¹⁴ destaca que el tercer trimestre es una variable totalmente independiente con respecto a los otros trimestres en frecuencia de coito. Erol et al.¹⁵, fundamentándose en las investigaciones que relacionan la actividad de coito con la dehidroandrostendiona, valoró la posibilidad de la influencia de los andrógenos en este comportamiento, sin encontrar relación alguna.

En la búsqueda de por qué se produce esta disminución, por nuestra parte consideramos que está relacionada con el embarazo *per se* o con los mitos. Los mitos analizados en casi todos los autores consultados son el aborto, parto y dañar al feto^{16,17}. Ribeiro et al.¹⁸ revisa 13 estudios que tratan el tema de los miedos y los beneficios de las relaciones sexuales durante el embarazo. En cuanto a las creencias negativas coinciden con nuestra muestra, la de causar lesiones al feto, aborto espontáneo o parto pretérmino. Estos 2 últimos mitos podrían estar relacionados con la hipótesis de que la concentración de oxitocina en el semen pueda provocar un aborto o un parto pretérmino. Según los conocimientos ginecológicos dicha concentración es mínima, y en algún supuesto en el que la gestante tuviera borrado el cuello podría acelerar un parto prácticamente iniciado. Los ginecólogos/as generalmente cuando atienden a una gestante con amenaza de parto pretérmino le recomiendan no mantener relaciones sexuales por prevención, sin que tengamos estudios simple ciego que corroboren esta recomendación. Los mitos sobre el embarazo existen antropológicamente en casi todas las tribus¹⁹, en algunas incluso es recomendable mantener relaciones coitales, si bien es cierto que se trata de poblaciones nigerianas donde se practica infibulación, y el coito facilitaría la distensión vaginal en el parto.

Estas creencias perduran hoy en día, a pesar de una mayor educación sexual como ha mostrado nuestro estudio. Aun así, las embarazadas de la generación *millennial*, al igual que las del *baby boom*, siguen solicitando tener más información respecto a las conductas sexuales y el embarazo, coincidiendo este dato con el obtenido por otros autores⁵⁻⁷. Recientemente Grussu et al.²⁰, en su revisión sistemática de 13 estudios, concluyen que es imprescindible incorporar la educación. En nuestro estudio preferentemente manifiestan que esta información debe ser aportada, por este orden, por matrón/a, ginecólogo/a y médico/a de familia. Esto se puede deber a que la incorporación del médico/a de familia al control de la gestación ha sido progresiva, pero no totalmente asimilada, ya que las ecografías siguen manteniéndose en las unidades de ginecología y la educación maternal es asumida por las matronas. El médico/a de familia debería exigir formación sexual para poder aportar a la gestante un asesoramiento riguroso que evite los miedos y las incertidumbres que genera el embarazo y el sexo. Esta formación, hoy en día, no se establece de forma reglada en la universidad ni en las unidades docentes de medicina familiar y comunitaria^{21,22}, a pesar de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud¹ al respecto de que asuman las competencias en salud sexual, para mejorar la calidad de vida de las poblaciones.

Conclusiones

Las conductas sexuales disminuyeron a medida que avanzó el embarazo. Los cambios en los dominios de atracción, deseo y coito fueron particularmente notables en el tercer trimestre de embarazo, afectando a la calidad de vida sexual de la pareja. Persisten los viejos mitos que no pueden ser contrastados con investigaciones científicas. Las gestantes deben recibir asesoramiento sobre el impacto del embarazo sobre la función sexual. El médico/a de familia precisa formación reglada sobre función sexual para asumir competencias en sexualidad clínica.

Consideraciones éticas

Este trabajo cuenta con la autorización de la Gerencia de Atención Primaria de Salamanca y la aprobación del Comité de Ética de Investigación con medicamentos (CEIm) del área de salud de Salamanca.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Education and treatment in human sexuality: The training of health professionals. Geneva: World Health Organization; 1975 [consultado 14 Jun 2021] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38247/1/WHO_TRS_572_eng.pdf.
2. Von Bertalanffy L. General system theory: Foundations, development, applications. New York: George Braziller; 1968.
3. López-Sosa C, Tévar RR. The human sexual system in the context of the health sciences. Sex Disabil. 2005;23:145-54, <http://dx.doi.org/10.1007/s11195-005-6729-x>.
4. Instituto Nacional de Estadística (INE). Indicadores de Fecundidad. Resultados nacionales edad media a la maternidad por orden del nacimiento según nacionalidad (española/extranjera) de la madre [consultado 14 Sep 2021]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1579>.
5. Von Sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: A metacontent analysis of 59 studies. J Psychosom Res. 1999;47(1):27-49. DOI: 10.1016/s0022-3999(98)00106-8. PMID: 10511419 [consultado 05 Jul 2020] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10511419/>.
6. Serati S, Siesto G, Cattoni E, Zanirato M, Khullar V, Cromi A, et al. Female sexual function during pregnancy and after childbirth. J Sex Med. 2010;7:2782-90, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01893.x>. PMID: 20626601 [consultado 10 May 2021] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20626601/>.
7. Pierrepont C, Polomeno V, Bouchard L, Reissing E. Que savons-nous sur la sexualité périnatale ? Un examen de la portée sur la sexopérinatalité – partie 1 [What do we know about perinatal sexuality? A scoping review on sexoperinatality - part 1]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2016;45:796-808, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jgyn.2016.06.003>. French. PMID: 27388468 [consultado 2 Jul 2020] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27388468/>.
8. Basson R. The female sexual response: A different model. J Sex Marital Ther. 2000;26:51-65, <http://dx.doi.org/10.1080/009262300278641>. PMID: 10693116.
9. Kerdarunsuksri A, Manusirivithaya S. Attitudes and sexual function in Thai pregnant women. J Med Assoc Thai.

- 2010;93:265–71. PMID: 20420099 [consultado 10 May 2021] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20420099/>.
10. Tosun Güleroglu F, Gördeler Beşer N. Evaluation of sexual functions of the pregnant women. *J Sex Med.* 2014;11:146–53, <http://dx.doi.org/10.1111/jsm.12347>. PMID: 24165092 [consultado 20 Jul 20] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24165092/>.
11. Wallwiener S, Müller M, Doster A, Kuon RJ, Plewniok K, Feller S, et al. Sexual activity and sexual dysfunction of women in the perinatal period: A longitudinal study. *Arch Gynecol Obstet.* 2017;295:873–83, <http://dx.doi.org/10.1007/s00404-017-4305-0> [consultado 05 Jul 2020] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28251311/>.
12. Brown RC, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther.* 2000;26:191–208.
13. Gökyıldız S, Beji NK. The effects of pregnancy on sexual life. *J Sex Marital Ther.* 2005;31:201–15, <http://dx.doi.org/10.1080/00926230590513410>. PMID: 16020139 [consultado 03 Jul 2021] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16020139/>.
14. Aytul Corbacioglu Esmer A, Akca A, Akbayir O, Goksedef BP, Bakir VL. Female sexual function and associated factors during pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res.* 2013;39:1165–72, <http://dx.doi.org/10.1111/jog.12048>. PMID: 23718891 [consultado el 5 Jul 2020] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23718891/>.
15. Erol B, Sanli O, Korkmaz D, Seyhan A, Akman T, Kadioglu A. A cross-sectional study of female sexual function and dysfunction during pregnancy. *J Sex Med.* 2007;4:1381–7, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00559.x>. PMID: 17651387 [consultado 10 May 2021] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17651387/>.
16. Torkestani F, Hadavand SH, Khodashenase Z, Besharat S, Davati A, Karimi Z, et al. Frequency and perception of sexual activity during pregnancy in Iranian couples. *Int J Fertil Steril.* 2012;6:107–10. PMID: 25493167; PMCID: PMC4258238.0 [consultado 23 Mar 20]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25493167/>.
17. Corbacioglu Esmer A, Akca A, Akbayir O, Goksedef BP, Bakir VL. Female sexual function and associated factors during pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res.* 2013;39:1165–72, <http://dx.doi.org/10.1111/jog.12048>. PMID: 23718891 [consultado 02 Ene 2021] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23718891/>.
18. Ribeiro MC, de Tubino Scanavino M, do Amaral MLS, de Moraes Horta AL, Torloni MR. Beliefs about sexual activity during pregnancy: A systematic review of the literature. *J Sex Marital Ther.* 2017;43:822–32, <http://dx.doi.org/10.1080/0092623X.2017.1305031>. PMID: 28287929 [consultado 2 Ene 2021] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28287929/>.
19. González Labrador I, Miyar Pieiga E. Sexualidad femenina durante la gestación. *Med Gen Integr.* 2001;17:497–501 [consultado 08/01/17]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/262669581_Sexualidad_femenina_durante_la_gestacion/.
20. Grussu P, Vicini B, Quatraro RM. Sexuality in the perinatal period: A systematic review of reviews and recommendations for practice. *Sex Reprod Healthc.* 2021;30:100668, <http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2021.100668>. PMID: 34563859 [consultado el 27 Sep 2021] Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2021.100668>.
21. Iglesias Conejero P. (2021) Competencias en sexología clínica médica. [TFG no publicado]. Universidad de Salamanca. Repositorio: <https://gredos.usal.es/>.
22. Panea Pizarro I, Domínguez Martín AT, Barragán Prieto V, Martos Sánchez A, López Espuela F. Comportamiento y actitud frente a la sexualidad de la mujer embarazada durante el último trimestre. Estudio fenomenológico [Behaviour and attitudes towards the sexuality of the pregnant woman during the last trimester. Phenomenological study]. *Aten Primaria.* 2019;51:127–34, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2018.02.003> [consultado 5 Jul 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6837107/>.