



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Políticas y Sociales

Maestría en Género, Desarrollo, Salud Sexual y Reproductiva

Influencia de la violencia de pareja en la disfunción sexual femenina.

Departamento de Ginecología. Centro de Especialidades

Central Cuenca. 2018.

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Magister en Género, Desarrollo, Salud Sexual y Reproductiva

Autora:

Brenda Paola Romero Cruz.

CI: 0102153236

paoromerocruz@hotmail.com

Director:

PhD. Manuel Mateo Lucas Matheu

CI: 24074600V

Tutoras:

Ms. Cumandá Patricia Abril Matute

CI: 0702782087

Ms. Jeanneth Patricia Tapia Cárdenas

CI: 0104457767

Cuenca-Ecuador

30-enero-2020



RESUMEN

Objetivo: determinar la influencia de la violencia de pareja en la disfunción sexual femenina, en usuarias del Centro de Especialidades Central Cuenca, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, 2018.

Materiales y métodos: estudio cuantitativo, analítico, de cohorte transversal, observacional, participaron 410 usuarias que cumplieron los criterios de inclusión. El análisis se realizó en IBM SPSS 23, Epidat 3.1 y la asociación estadística con Correlación de Spearman, U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis. Se aplicó chi-cuadrado, razón de prevalencia e intervalos del confianza al 95%, se aceptó la hipótesis con un valor de $p < 0,05$.

Resultados: la prevalencia de violencia de pareja fue 93,2%, de este porcentaje el 57,85% presentaron disfunción sexual RP 1,11 (1,05-1,18) $p < 0,000$. La prevalencia de disfunción sexual femenina fue 55,1%, constituyeron factores de riesgo estadísticamente significativos: la violencia de pareja RP 3,23 (1,45-7,20) $p < 0,000$, la edad ≥ 40 años RP 1,73 (1,44-2,08) $p < 0,000$, instrucción primaria RP 1,36 (1,14-1,63) $p < 0,003$, experiencia sexual traumática RP 1,65 (1,42-1,93) $p < 0,000$, relaciones de pareja insatisfechas RP 1,73 (1,48-2,03) $p < 0,000$, nivel socioeconómico bajo (pobreza relativa-extrema) RP 1,29 (1,05-1,57) $p < 0,026$. La variable estado civil (mujeres sin pareja estable), se expresó como un factor protector con una RP 0,78 (0,63-0,96) $p < 0,017$.

Conclusiones: la disfunción sexual femenina se asoció con: violencia de pareja, edad, instrucción, estado civil, nivel socioeconómico, experiencia sexual traumática, y relación de pareja.

Palabras claves. Violencia de pareja. Sexualidad.



ABSTRACT

Objective: To determine the influence of domestic violence on female sexual dysfunction, in users of “Centro de Especialidades Central Cuenca”, Social Security Institute of Ecuador, 2018.

Materials and methods: Quantitative, analytical, of a cross-section and observational study in which 410 users who fulfilled the inclusion criteria participated. The analysis was carried out on IBM SPSS 23 and Epidat 3.1., and the statistical association with Spearman’s correlation, Mann-Whitney U and Kruskal-Wallis test. Chi-square was applied, showing reason of incidence and confidence intervals to 95%, accepting the hypothesis with a value of $p < 0.05$.

Results: The incidence of domestic violence was 93.2% from this to 57.85% of women showed sexual dysfunction RP 1,11 (1,05-1,18) $p < 0,000$. The incidence of female sexual dysfunction was 55.1%; it was statistically associated risk factors with domestic violence RP 3,23 (1,45-7,20) $p < 0.000$, age ≥ 40 years RP 1.73 (1,44-2,08) $p < 0.000$, level of education (school) RP 1.36 (1,14-1,63) $p < 0.003$, traumatic sexual experience, RP 1.65 (1,42-1,93) $p < 0.000$, dissatisfied marital relationships RP 1,73 (1,48-2,03) $p < 0.000$, extreme relative poverty socio-economic level, RP 1,29 (1,05-1,57) $p < 0.026$, it was protective factor unstable partner, RP 0,78 (0,63-0,96) $p < 0.017$.

Conclusions: Female sexual dysfunction was associated with domestic violence, age, level of education, marital status, socio-economic level, traumatic sexual experience and relationship of partner.

Key words. Domestic violence. Sexuality.



ÍNDICE

RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
CLÁUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN.....	9
CLAÚSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL.....	10
DEDICATORIA.....	11
AGRADECIMIENTO.....	12
1. INTRODUCCIÓN	13
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
3. JUSTIFICACIÓN	18
4. ESTADO DEL ARTE	20
5. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	25
5.1. Violencia, un hecho histórico, desde la perspectiva del cuerpo de la mujer	25
5.2. La violencia de pareja desde una perspectiva del poder.....	27
5.3. Violencia contra la mujer	28
5.3.1. Violencia intrafamiliar.....	29
5.3.2. Violencia de pareja íntima (VPI).....	29
5.4. Violencia de pareja.....	29
5.4.1. Efectos de la violencia de pareja	29
5.4.2. Comportamiento de la violencia de pareja.....	30
5.5. Etiología de la violencia de pareja.....	32
5.6. Dinámica de la violencia de pareja.....	33
5.7. El género en la violencia de pareja	39
5.8. Estereotipos de la violencia de pareja.....	40
5.9. Clasificación de la violencia de pareja.....	42
5.9.1. Violencia física.....	42



5.9.2.	Violencia psicológica.....	42
5.9.3.	Violencia sexual.....	43
5.9.4.	Violencia social.....	45
5.9.5.	Violencia patrimonial.....	45
5.9.6.	Violencia de género.....	46
5.10.	Sexualidad en mujeres: enfoque feminista.....	46
5.11.	Salud sexual.....	47
5.12.	Fisiología sexual.....	48
5.13.	Ciclo sexual femenino.....	49
5.14.	Disfunción sexual.....	52
5.15.	Disfunción sexual femenina y sus trastornos.....	54
5.15.1.	Trastornos del deseo sexual.....	54
5.15.2.	Trastornos de la excitación.....	55
5.15.3.	Trastornos en el orgasmo.....	55
5.15.4.	Trastornos sexuales por dolor.....	56
5.15.5.	Trastornos de la lubricación y satisfacción.....	57
5.16.	Influencia de los factores psicosociales en la disfunción sexual femenina.....	57
6.	OBJETIVOS.....	60
6.1	Objetivo general.....	60
6.2	Objetivos específicos.....	60
6.3	La pregunta de investigación.....	60
6.4.	Hipótesis.....	60
7.	Diseño metodológico.....	61
7.1.	Nivel y tipo de investigación.....	61
7.2.	Área de estudio.....	61
7.3.	Población.....	61



7.4.	Diseño muestral	61
7.5.	Unidad de análisis	61
7.6.	Criterios de inclusión y exclusión	61
7.6.1.	Criterios de inclusión.....	62
7.6.2.	Criterios de exclusión.....	62
7.7.	Variables	62
7.8.	Descripción de la intervención y procedimientos para la recolección de la información	62
7.8.1.	Autorización	62
7.8.2.	Supervisión	63
7.8.3.	Recolección de datos.....	63
7.9.	Análisis de resultados.....	64
7.10.	Programas utilizados.....	64
7.11.	Aspectos éticos	65
8.	RESULTADOS	66
8.1.	Análisis descriptivo univariado	66
8.1.1.	Tabla N° 1. Caracterización sociodemográfica e Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) de la población de estudio	66
8.1.2.	Tabla N° 2. Estadísticos Descriptivos: edad y actividad sexual.	69
8.1.3.	Tabla N° 3. Distribución de las mujeres con experiencia sexual traumática.....	69
8.1.4.	Tabla N° 4. Distribución de mujeres según la calidad de la relación con la pareja.....	71
8.1.5.	Tabla N° 5. Prevalencia de la violencia de pareja y disfunción sexual femenina (DSF) según la escala de violencia intrafamiliar e Índice de Función Sexual Femenina.	72



8.1.6.	Tabla N° 6. Caracterización de la violencia de pareja según la escala de violencia intrafamiliar	73
8.1.7.	Tabla N° 7. Caracterización de la violencia de pareja de acuerdo a la escala de violencia intrafamiliar según gravedad	74
8.1.8.	Tabla N° 8. Caracterización de la disfunción sexual femenina de acuerdo al Índice de Función Sexual Femenina según dominio alterado	74
8.2.	Análisis correlacional bivariado	75
8.2.1.	Tabla N° 9. Correlación de la violencia de pareja y factores asociados	75
8.2.2.	Tabla N° 10. Correlación de la disfunción sexual femenina y factores asociados	77
8.2.3.	Tabla N° 11. Correlación entre disfunción sexual femenina (DSF) y violencia de pareja según el Índice de Función Sexual Femenina y la escala de violencia intrafamiliar	78
8.2.4.	Tabla N° 12. Comportamiento y Correlación del Índice de función sexual femenina por dominios según la violencia de pareja.....	79
8.2.5.	Tabla N° 13. Comportamiento del Índice de Función Sexual Femenina por dominios y su correlación con la violencia de pareja.....	80
8.2.6.	Tabla N° 14. Comportamiento y correlación del Índice de función sexual femenina por dominios según grupos etarios.....	81
8.2.7.	Tabla N° 15. Correlación de la violencia de pareja y factores asociados	83
8.2.8.	Tabla N° 16. Correlación de la disfunción sexual femenina y factores asociados.....	84
9.	DISCUSIÓN	85
10.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	95
10.1.	Conclusiones.....	95
10.2.	Recomendaciones	97
11.	BIBLIOGRAFÍA.....	99



12.	ANEXOS.....	115
12.1.	ANEXO N° 1: ESCALA DE VIOLENCIA DE PAREJA.....	115
12.2.	ANEXO N° 2: ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA.....	117
12.3.	ANEXO N° 3: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y NIVEL SOCIOECONÓMICO.....	121
12.4.	ANEXO N° 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO	123



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Brenda Paola Romero Cruz, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación **“Influencia de la violencia de pareja en la disfunción sexual femenina. Departamento de Ginecología. Centro de Especialidades Central Cuenca. 2018.”**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 30 de enero de 2020.

Brenda Paola Romero Cruz

C.I: 0102153236



Cláusula de Propiedad Intelectual

Brenda Paola Romero Cruz, autora del trabajo de titulación **“Influencia de la violencia de pareja en la disfunción sexual femenina. Departamento de Ginecología. Centro de Especialidades Central Cuenca. 2018.”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 30 de enero de 2020

Brenda Paola Romero Cruz

C.I: 0102153236



DEDICATORIA

A todas y cada una de las mujeres que se encuentren en cualquier ámbito social o cultural, a quienes el conocimiento generado en esta investigación, les permita iniciar un proceso de de-construcción sociocultural en relación al disfrute de la sexualidad como un derecho fundamental con libertad y plenitud, mejorando así su calidad de vida.

Brenda Paola Romero Cruz.



AGRADECIMIENTO

A Dios, a mi esposo, mis hijos, a mi familia y a ti padre querido, que partiste, sin poder compartir conmigo, la culminación de este nuevo proyecto de vida.

A todas las personas que colaboraron en la elaboración de esta investigación, Dr. Manuel Lucas, Director académico. Dra. Cumandá Abril y Dra. Jeanneth Tapia, tutoras académicas, así como al personal técnico y administrativo de la Maestría en Género, Desarrollo, Salud Sexual y Reproductiva y del Centro de Especialidades Médicas Central Cuenca del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y a las usuarias, por el apoyo constante, que permitió culminar con éxito este proceso investigativo; el mismo que aportará con nuevos conocimientos técnicos y sociales desde una perspectiva de género, en temas de impacto social como la violencia contra la mujer y la vivencia de la sexualidad, con la finalidad de brindar un aporte integral que mejore la calidad de vida de las mujeres de nuestra sociedad.

Brenda Paola Romero Cruz.



1. INTRODUCCIÓN

La violencia contra la mujer y en especial la violencia de pareja íntima y sexual, constituyen eventos socio-culturales de gran importancia en la vida diaria de las mujeres a nivel mundial (Acosta, 2017). Estos hechos sociales, han generado en el Ecuador, la región y el mundo una llamada de emergencia en todas las instancias de salud, debido a la magnitud e intensidad con la que se presentan hoy en día estos casos de violencia y por las graves consecuencias que ocasionan en la salud sexual y vida de las mujeres (Arredondo, A., Pliego, G. & Gallardo, C., 2018), con actos agravados como el femicidio, fenómeno creciente que alcanza el 38% a nivel mundial, cifra que se incrementa sin una solución aparente (OMS, 2017) y que se expresa como la consecuencia más evidente, de la lucha de poder entre el género femenino y masculino dentro de un sistema patriarcal que lo naturaliza y legitima. (Chiarotti, 2019)

La Organización Mundial de la Salud, indica que del 23,2 al 37,7% de mujeres a nivel mundial han sufrido violencia de pareja, que comprende algunos tipos: violencia física, psicológica, sexual, social, patrimonial y de género. (Herrero, J., Rodríguez, F. & Torres, A., 2017)

La violencia de pareja, es derivada del proceder sistemático de la pareja o expareja que origina perjuicio en el confort físico, psíquico y sexual de la mujer (Arroyo, 2016), inscribiendo en el cuerpo femenino una carga generacional de abusos manifestados fundamentalmente en el sexo y sexualidad de las mujeres. (Posada, 2017)

En consecuencia la violencia experimentada por las mujeres al interior de una pareja, puede generar secuelas graves en su salud sexual, que se expresa en forma de alteraciones en la respuesta sexual fisiológica, trastorno conocido como disfunción sexual femenina, patología, que conlleva a la vivencia de una sexualidad no satisfactoria y al deterioro de su calidad de vida. (Ghiasi, A., & Keramat, A., 2018)

La disfunción sexual en la mujer, constituye un trastorno que incluye alteraciones en la respuesta sexual: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor, que pueden presentarse de forma aislada o simultánea durante el ciclo sexual. (Alcántara, A. & Sánchez, C., 2016)



La etiología de la disfunción sexual femenina, es multicausal, destacándose factores biológicos, que son los más estudiados, no así factores psicosociales como la violencia de pareja, que puede tener relación con este trastorno sin embargo no se la asocia como una causa directa (Cabrera, 2015), debido al fuerte estigma social que existe sobre los trastornos sexuales en las mujeres, derivado de un sin número de constructos patriarcales y sexistas, que no permiten visibilizarlo como un problema de salud, a pesar de ser una causa común de consulta en la atención médica. (Dawson, ML., Shah, NM., Rinko, RC., Veselis, C & Whitmore, KE., 2017)

La Organización Mundial de la Salud establece una prevalencia de disfunción sexual femenina que oscila del 20 al 50%, con variaciones dependientes del contexto sociocultural, que determina cifras mayores o menores de esta patología, según la connotación social que se da al rol sexual de la mujer. (OMS, 2017)

De acuerdo a lo reportado en algunas investigaciones, la disfunción sexual femenina se relaciona con la violencia de pareja y la calidad de la relación, por ende surgió la necesidad y el interés de investigar si existe o no relación entre estos dos fenómenos de alta prevalencia médica y social, que influyen negativamente en la respuesta sexual de las mujeres y en el disfrute de su sexualidad. (Bustos,G & Pérez,R., 2018)

En virtud de lo expuesto, la finalidad de la presente investigación, fue estudiar dos eventos importantes en la vida de las mujeres, así se planteó el estudio de la influencia de la violencia de pareja en la disfunción sexual femenina, en usuarias del departamento de Ginecología, del Centro de Especialidades Central Cuenca, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, año 2018.

El abordaje de este estudio fue en primera instancia social, cuyo marco conceptual se lo abordó desde una perspectiva del cuerpo, poder, sexualidad, feminismo y género, con un interés específico en la violencia de pareja masculina, como un factor estructural importante, asociado a la presentación de un trastorno médico como la disfunción sexual femenina. También se abordó un enfoque médico que partió del conocimiento de la fisiología de la respuesta sexual en mujeres, conocer sus características y las alteraciones que conlleva; además su prevalencia según los dominios que competen a este trastorno.



Se utilizó una metodología cuantitativa, por medio de la cual se obtuvo estadísticas de las dos variables de estudio y se pudo conocer la situación actual de las mismas de forma más representativa, datos que eran inexistentes en el Centro de Especialidades Central Cuenca del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

La presente investigación permitió conocer además, las características sociodemográficas de la población de estudio, se obtuvo datos sobre la prevalencia de violencia de pareja y disfunción sexual, se caracterizó según tipología y dominios a las dos variables de estudio; finalmente y de acuerdo a la bibliografía consultada, se estableció correlaciones con factores asociados como: edad, instrucción, estado civil, nivel socioeconómico, experiencia sexual traumática, relación de pareja y antecedentes de violencia de pareja. (Krakowsky, Y. & Grober, ED., 2018)

Las limitaciones que se encontraron en el presente estudio, estuvieron en relación a las experiencias e imaginarios de las usuarias en torno a la disfunción sexual femenina y la violencia de pareja que han experimentado. Tal información se podrá plasmar con una metodología cualitativa que permitirá conocer a fondo las vivencias de las mujeres, dicha propuesta, será motivo de próximos estudios, con el fin de ampliar la investigación y generar nuevos conocimientos con enfoque de género, que garantice un abordaje más completo y oportuno de los temas estudiados.



2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La violencia contra la mujer es un tema de gran envergadura por la importancia que está alcanzando. Representa un serio problema de salud pública, por el impacto social negativo que ocasiona en las mujeres, sus familias y sociedades (García, D. & Fernández, A., 2017); ejerce una influencia directa y nociva que menoscaba sus derechos, a la educación, salud, acceso a fuentes de empleo y a la vivencia de una sexualidad libre, afectando esencialmente la calidad de vida de las mujeres en todo el mundo. (Rodríguez, R. & Pasero, M., 2018)

Investigaciones a nivel global dan a conocer el alcance de la violencia en contra de la mujer, fenómeno ejercido, la mayor parte del tiempo por la pareja masculina. (Ferrer-Pérez, V., Bosch-Fiol, E., Sánchez-Prada, P. & Sánchez-Prada, C., 2019). Para la Organización Mundial de la Salud, la violencia de pareja, constituye una prioridad sanitaria, en virtud de lo cual, las diferentes organizaciones de salud estatales, regionales y locales trabajan incesantemente en la elaboración y aplicación de estrategias de contingencia, para hacer frente a este problema que se encuentra globalizado, situación que se refleja a nivel mundial, en los datos crecientes sobre violencia contra la mujer. (Becerra-Alfonso, 2015)

No menos importante resulta visibilizar, la magnitud y gravedad que la violencia de pareja puede ejercer en la salud, en la vivencia de una sexualidad saludable y en el derecho a la vida de todas las mujeres (Bott, S., Guedes, A., Ruiz, A. & Adams, J., 2019), que hoy en día experimentan la violencia de pareja, como un hecho naturalizado, que puede presentarse de forma silenciosa o evidente especialmente en el ámbito público, que violenta y vulnera los derechos sexuales y cobra la salud sexual y vida de millones de mujeres. (Arnosó, A., Ibabe, I., Arnosó, M. & Elgorriaga, E., 2017)

La violencia de pareja, ha creado una situación social alarmante, que a pesar de los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud, de las políticas públicas implementadas en el Ecuador, en el marco de una coordinación interinstitucional y la existencia de un ordenamiento jurídico que permite generar planes de contingencia contra esta problemática social, se vuelven insuficientes e ineficientes, en una sociedad en la que su población mayoritariamente carece de una cultura y estructura



social de género y derechos humanos (OMS, 2017), motivo por el cual, las/os profesionales y personal en general, deben actuar desde una perspectiva social y de salud, en beneficio de las mujeres/pacientes, en la identificación, visibilización de sus problemas sexuales, sus posibles causas, entre ellas, las de origen social como la violencia de pareja, solo así se podrá aplicar un manejo integral de estos trastornos, que mejoren de forma real la salud y vida de las mujeres. (Arredondo, A., Pliego, G. & Gallardo, C., 2018)

En virtud de lo expuesto, se está sumando esfuerzos desde todos los niveles territoriales y según sus competencias, para que el abordaje de este tema mediático se lo realice desde múltiples sectores, utilizando la interseccionalidad, como herramienta para hacer frente de forma conjunta e integral, un hecho que afecta la salud en todas sus dimensiones y está sumiendo en el caos y muerte a miles de mujeres, sin contar con el costo y deterioro económico de las personas y sociedades en general. (Grillo, 2018)

La violencia de pareja, constituye un factor en la alteración de la salud física, psicológica y fundamentalmente del bienestar sexual en las mujeres (OMS, 2017), conllevando a la expresión de trastornos que afectan directamente y de forma negativa una adecuada respuesta sexual. Resulta importante mencionar que la vivencia de la sexualidad, ha sido limitada a la procreación humana, concepción social que anula la existencia de las necesidades sexuales de las mujeres, que son tan válidas y requeridas como las de los hombres. (Guarderas, 2016)

En consecuencia la sexualidad se ve gravemente afectada, situación que conlleva al desarrollo de trastornos en torno a la misma, como la disfunción sexual femenina, patología de alta prevalencia en todo el mundo. (Díaz, 2016)

Un denominador común en las sociedades es la incapacidad para asociar este trastorno médico con la violencia de pareja, debido principalmente a una serie de conductas estereotipadas, que promueven este tipo de violencia de generación en generación, naturalizándola a tal punto que forma parte del comportamiento patriarcal hegemónico, de las costumbres, idiosincrasia y cultura de los pueblos. (Bustos, G & Pérez, R., 2018)



3. JUSTIFICACIÓN

El presente estudio se encasilla dentro de la segunda línea de investigación de la Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Políticas y Sociales, de la Universidad Estatal de Cuenca, correspondiente a instituciones, poder y derechos, problemática a analizar estado y poder y el fenómeno social a estudiar se enmarca en los temas de violencia y sexualidad.

Dentro de las líneas de investigación del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, el presente estudio se encuentra en el Área N°10, lesiones auto-inflingidas y violencia interpersonal, en la sublínea de violencia en general y violencia sexual. El abordaje de las disfunciones sexuales en mujeres se encuentra incluida en el Área N°19 del Sistema Nacional de Salud en la línea de atención primaria de salud, sublínea de promoción, prevención y en la línea de calidad de atención, prestación y sistemas de apoyo, sublínea accesibilidad a los servicios de salud.

El aporte académico para la maestría consistió en fomentar una investigación completa y de calidad con enfoque de género y que permitirá generar nuevos conocimientos al integrar las ciencias sociales y exactas en el estudio de dos fenómenos que afectan de forma directa la calidad de vida de las mujeres.

El aporte social de la presente investigación fue visibilizar la existencia de trastornos en la sexualidad de las mujeres, derivadas de un hecho social de inequidad de género como la violencia de pareja masculina, es así que el enfoque del estudio inició desde una perspectiva social, al ser un elemento de gran importancia en el modo de vida de las mujeres.

El aporte institucional de este estudio fue abordar temas prioritarios en salud pública, como la violencia de género contra la mujer y la afectación en su salud sexual, aportando en el trabajo articulado de las diferentes instancias regidas por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador para contrarrestar esta emergencia que incrementa progresivamente las causas de morbilidad y mortalidad en las mujeres.

Las beneficiarias de esta investigación serán las usuarias que acudieron a la atención médica del Centro de Especialidades Central Cuenca del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, en quienes fue prioritario visibilizar la existencia de la violencia de pareja y las consecuencias que esta acarrea en su sexualidad.



Los resultados obtenidos en el presente estudio serán socializados con las autoridades del Centro de Especialidades Central Cuenca, para su posterior difusión en la plataforma virtual del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la ciudad de Cuenca; con el objetivo de iniciar un proceso continuo de capacitación y sensibilización, que estará dirigido al personal médico, administrativo y al público en general. Este proceso permitirá conocer la situación real de la violencia de pareja contra la mujer y las consecuencias en la salud sexual de las usuarias, desde un enfoque médico, social y de género.

La factibilidad y viabilidad de la presente investigación se fundamentó en la selección de un diseño metodológico cuantitativo, que permitió el cumplimiento de los objetivos planteados; se utilizaron instrumentos validados para la obtención de los resultados. Existió además los recursos humanos, técnicos, económicos e institucionales, necesarios para el desarrollo adecuado del proceso investigativo.



4. ESTADO DEL ARTE

Las Naciones Unidas establecen que la violencia contra la mujer hace referencia a todas las acciones ejercidas en nombre del género (Dichter, M., Thomas, K., Crits-Christoph, P., Ogden, S. N., & Rhodes, K. V., 2018), expresadas en forma de violencia que ocasionen daño en la salud de todas las mujeres, cabe destacar que la violencia de pareja y la sexual, son las formas que más atentan contra la dignidad y los derechos sexuales de las mujeres. (OMS, 2017)

La Organización Mundial de la Salud, reporta cifras alarmantes de la violencia en contra de las mujeres a nivel mundial, razón por la cual se ha convertido en una prioridad de características epidémicas. Es así que 1 de cada 3 mujeres (35%), han sufrido violencia de pareja o sexual. (OMS, 2017)

La violencia de pareja, constituye la forma universal de violencia en contra de las mujeres, su estimación a nivel mundial es del 30% (Sandoval-Jurado, L., Jiménez-Báeza, M., Rovira, G., Vitaly, O. & Pat Espadas, F., 2017). Los actos violentos y sexuales, por parte de la pareja son perpetrados generalmente por hombres contra las mujeres, es así que el 38% de los femicidios son cometidos por la pareja o expareja (Puente-Martínez, A., Ubillos-Landa, S., Echeburúa, E. & Páez-Rovira, D., 2016). Existen estimaciones de este tipo de violencia, que varían del 23,2% en países de altos ingresos como Estados Unidos, un 37% en Medio Oriente y Asia y un 50 a 70% en países de América Latina. (OMS, 2017)

La Organización Mundial de la Salud, 2013, realizó un estudio en múltiples países (n=24.000 mujeres), en el cual reportó que entre el 15% en Japón hasta el 71% en Perú de las mujeres entre 15 y 49 años han sufrido violencia física o sexual por parte de sus parejas. Se calcula que en la infancia el 20% de estas mujeres fueron víctimas de violencia. (Puente-Martínez, A., Ubillos-Landa, S., Echeburúa, E. & Páez-Rovira, D., 2016)

La Organización Panamericana de la Salud, 2019, realizó un estudio sobre la violencia de pareja íntima en las Américas, reportando cifras que oscilan del 14 al 17% en países como Brasil y Panamá, hasta cifras altas como en Uruguay con 58,5% (Bott, S., Guedes, A., Ruiz, A. & Adams, J., 2019). En Estados Unidos, 2011, The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS), reportó que 1 de



cada 5 mujeres (23,2%), han sufrido violencia de pareja, especialmente la física, 1 de cada 11 mujeres han sido violadas por su pareja y el 9,2% de mujeres han sido asechadas por su pareja. (Breiding,M.,Basile,K.,Smith,S.,Black,M. & Mahendra, R., 2015)

Grest, CV., 2018, en un análisis sobre la violencia de pareja en adultos latinos, evidenció que el 60,6% de afectadas son mujeres (Grest, CV., Lee JO., Gilreath T. & Unger JB., 2018). Arroyo, en Centroamérica, 2015, encontró que del 14,5 al 27% de las mujeres han sufrido violencia por parte de sus parejas (Arroyo, 2016). En Colombia, 2014, el Instituto de Medicina legal y Ciencias Forenses, al realizar un estudio sobre peritajes de violencia intrafamiliar encontró que un 84,43% se debió a violencia de pareja contra la mujer. (López-Ramirez, E. & Ariza, G., 2017)

En torno a la violencia sexual, la Organización Mundial de la Salud, reporta cifras globales entre el 10 al 50% (OMS, 2017). Navarro, 2016, en su investigación sobre violencia sexual contra la mujer indica que un 30% de mujeres han sufrido agresiones sexuales por parte de su pareja o expareja. (Navarro-Cremades, F., 2016)

En Ecuador, durante el año 2011, el INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos), aplicó la Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres, encontrándose que 6 de cada 10 mujeres han sido víctimas de algún tipo de violencia de género (60,6%) (Valle, 2018). En nuestro país 1 de cada 4 mujeres han experimentado violencia sexual (25,7%) y la violencia psicológica es la más recurrente con el 53,9%. Las provincias en las que se reportaron las tasas más altas fueron: Pichincha, Tungurahua y Morona Santiago (Ochoa, 2017). El estado civil también constituyó un factor de riesgo para la violencia de género así 9 de cada 10 mujeres divorciadas han sufrido alguna de las 4 formas de violencia por parte de su expareja, produciendo daños significativos en múltiples esferas como la biológica, psicológica, sexual y patrimonial. (Camacho, 2014)

A nivel nacional la violencia de pareja se presentó en un 48,7%, en Azuay fue del 55,8% (Valle, 2018). En torno a las relaciones con la pareja o expareja, se encontró que el tipo de violencia más frecuente fue física un 87,3%, psicológica con un 76,3%, patrimonial 61% y sexual en un 53,6% (Camacho, 2014).



La violencia de género se analizó de forma individual encontrándose en un 76%. En Azuay la violencia de género alcanza el 68,8% siendo más alta en comparación con el nivel nacional que tiene un 60,6%. (Valle, 2018)

Guarderas, 2016, en su estudio sobre violencia de género en la ciudad de Quito, dio a conocer resultados en los cuales el 30% de las mujeres, fueron víctimas de agresiones sexuales en la infancia y también por parte de su pareja actual o expareja. (Guarderas, 2016)

La violencia de pareja y sexual son aspectos sociales que pueden afectar la sexualidad de las mujeres, conllevando a la presentación de alteraciones como la disfunción sexual femenina, que es un trastorno que afecta a mujeres de diferentes edades (Nappi, RE., Cucinella, L., Martella, S., Rossi, M., Tiranini, L. & Martini, E., 2016). La Organización Mundial de la Salud estima que el 40 al 50% de las mujeres adultas tienen disfunción sexual, afectando de forma directa su calidad de vida. (Miranda, V & Lara, M., 2017)

En el continente Europeo la prevalencia de disfunción sexual oscila entre el 28 al 53% y en Asia se han encontrado cifras mayores entre 46 al 73%. En países con un fuerte constructo socio-cultural en torno a la sexualidad femenina, se encontró prevalencias altas como en Egipto un 58,7% y la India con un 73,2%. (Vizcaíno, M., Almenares, R., Rodríguez-Mena, D. & Montero, V., 2017)

En América Latina cerca del 51,3% de mujeres padecen algún tipo de disfunción sexual (Espitia-De La Hoz, F. & Orozco-Gallego, H., 2018). Blümel, 2009, en un estudio sobre disfunción sexual en mujeres entre 40 y 59 años, reportó cifras similares con un 56,8%, encontrándose la prevalencia más baja en Cartagena de Indias en Colombia 21% y la prevalencia más alta en la ciudad de Quito, en Ecuador 98,5%. De las mujeres con disfunción sexual, 7 de cada 10 (68,2%) estaban casadas o con una relación de pareja. (Blümel, 2009)

A nivel de la ciudad de Cuenca en el año 2013, Matute y colaboradores realizaron un estudio transversal de prevalencia de la disfunción sexual en pacientes del Hospital José Carrasco Arteaga, la cual fue de un 60,4%, encontrándose factores asociados como instrucción primaria, edad entre 41 y 60 años, violencia intrafamiliar, trastornos nerviosos, entre otros. (Matute, V., Arévalo, C. & Espinoza, A., 2016)



Es importante recalcar que tanto la violencia de pareja como la disfunción sexual femenina afectan de manera profunda a las mujeres de diferentes edades, profesiones, religiones, clase social o nivel de estudios; en tal magnitud que actúan como elementos decisivos en la vida de ellas y de las sociedades en general. (Arredondo, A., Pliego,G. & Gallardo,C., 2018)

Es prioritario rescatar la importancia de la perspectiva social en temas como los expuestos, pues este enfoque permite a las mujeres conocer y enfrentar estos problemas desde una perspectiva más amplia. (Boira, S.Carbajosab, P. & Méndez, R., 2016)

El enfoque feminista identifica y deslegitima la violencia de pareja y sus consecuencias como la disfunción sexual, proponiendo estrategias que se sustentan en las necesidades de y para las mujeres, visibilizando el enfoque subjetivo, que es de suma importancia en este tipo de patologías; sólo así se podrá abordar estos tópicos de una forma más equilibrada, eficiente y eficaz. (Villarroel, 2018)

Las Naciones Unidas y otras instituciones a nivel mundial como, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, en el año 2015, establecieron acuerdos internacionales para eliminar toda forma de violencia en contra de las mujeres, objetivo a cumplirse hasta el año 2030 (Bott,S., Guedes,A., Ruiz, A. & Adams,J., 2019). Para alcanzar esta meta se han implementado estrategias y planes de acción a nivel mundial, regional y local, con la finalidad de contrarrestar este fenómeno social cuyo crecimiento es geométrico y universal (Arredondo, A., Pliego,G. & Gallardo,C., 2018), no obstante el reto actual es incorporar una adecuada perspectiva de género desde un enfoque de derechos, inclusión e igualdad (Signorelli, M.,Hillel, S.,Canavese de Oliveira, D.,Ayala, B., Hegarty,K. & Taft, A., 2018), en los procesos de elaboración y planificación de políticas, diseñadas con la participación de todos/as los/as actores sociales. (Segovia, 2016)

Bourey, 2015, realizó una revisión sistemática sobre las estrategias y planes de intervención en países de bajos y medianos ingresos en torno a la violencia de pareja íntima. El autor concluye que las estrategias de intervención estructurales son más eficaces, especialmente las de orden económico y social aplicadas de forma



simultánea con un valor de $p < 0.05$ y con un intervalo de confianza del 95 %. (Bourey, C. Williams, W., Bernstein, E. & Stephenson, R., 2015)

Surge el interrogante de porqué la situación de la violencia de pareja es cada vez más alarmante, a pesar de la implementación de algunos planes de contingencia, que resultan ser insuficientes en todo sentido. De la bibliografía revisada se puede indicar que algunos de estos planes se centran en aspectos eminentemente técnicos o médicos sin contemplar los factores socio-culturales de los fenómenos estudiados, o los citan de una manera muy general. (Bott, S., Guedes, A., Ruiz, A. & Adams, J., 2019)

Para ejemplificar se puede indicar lo que ocurre en Ecuador con el Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017-2021, el cual se concentra más en temas como la mortalidad materna y neonatal y dentro de sus contenidos no contempla temas como la disfunción sexual femenina a pesar de ser una patología con una alta prevalencia a nivel mundial y un factor determinante en la calidad de vida de las mujeres; tampoco abarca temas de impacto social como la violencia de pareja y el Femicidio. (MSP, 2017) En consecuencia las políticas públicas planteadas, son incompletas y por ende no se asignan presupuestos para el abordaje de este tipo de trastornos. (Arredondo, A., Pliego, G. & Gallardo, C., 2018)

Finalmente la mayor parte de medidas implementadas en varios estudios, quedan escritas en documentos o son cambiadas de acuerdo a la voluntad política de turno, sin olvidar que estas políticas son generalmente centralizadas (McCool-Myers, M., Theurich, M., Zuelke, A., Knuettel, H. & Apfelbacher, C., 2018). En algunas propuestas se utiliza la perspectiva de género como un elemento cuantitativo para conocer el número de hombres y mujeres que existen, no se analiza las necesidades de acuerdo a las características particulares y por último no se relacionan en absoluto con las realidades locales humanas ni sociales de las mujeres. (Boyce, S., Zeledón, P., Tellez, E. & Barrington, C., 2016)



5. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

5.1. Violencia, un hecho histórico, desde la perspectiva del cuerpo de la mujer

Las sociedades actuales constituyen grupos muy diversos y dinámicos, cualidades que favorecen el desarrollo y progreso de las mismas, no obstante este ritmo social acelerado también condiciona nuevos patrones de comportamiento social, derivados de hechos trascendentales como por ejemplo la posmodernidad, que favorece la presencia de elementos como el estrés, el individualismo, la pérdida de identidad personal y colectiva (Pedroza, 2015), factores que se interrelacionan y retroalimentan, por medio de la violencia y el poder sobre los cuerpos, como componentes de regulación social en un sistema patriarcal por excelencia. (Posada, 2017)

Es así que el patriarcado, una organización hegemónica, hoy en día nos presenta múltiples rostros, que de una manera u otra, mantienen el constructo binario de lo masculino y femenino, como el eje transgeneracional que garantiza la opresión masculina (Posada, L., 2015), por medio de una herramienta universal que es la violencia, la cual ocasiona mayor desigualdad e inequidad. (Rivas, 2017)

Históricamente el cuerpo de la mujer ha constituido el escenario de la lucha continua de estructuras de poder en las sociedades (García, 2015), siendo este desterritorializado según las conveniencias y necesidades de un sistema patriarcal, que ha visibilizado en la violencia, el instrumento para inscribir en la corporalidad de las mujeres, la supremacía de los hombres y garantizar el equilibrio en ámbitos religiosos, económicos, políticos, sociales y culturales. (Posada, L., 2015)

Es importante exponer que la violencia es utilizada en todos los niveles sociales, en los cuales las mujeres han tenido un papel importante, es así que desde un enfoque económico, sistemas de dominación como el colonialismo, el neoliberalismo y el capitalismo han utilizado a las mujeres y sus cuerpos como instrumentos de batalla para conseguir sus beneficios. (Bard, 2017)

En consecuencia, las mujeres siempre han tenido que luchar en contra de hechos violentos que han trascendido en el tiempo, Quijano durante el colonialismo, expuso que la raza era una categoría para establecer en nombre de las diferencias biológicas (Moore, 2018), la aplicación de un tipo de violencia radical contra la mujer.



La división sexual del trabajo, constituyó una forma de violencia, pues utilizó el cuerpo de las mujeres como máquinas de procreación de la masa productiva (Brunet, I. & Santamaría, C., 2016). En fin a lo largo de la historia miles de mujeres desde su posición subalterna han generado una resistencia constante frente a un sistema social opresor, que faculta a los hombres a ejercer el dominio en contra de sus cuerpos, su sexualidad y su esencia ontológica, para asegurar el orden social. (Blazquez Graf, N., Flores, F. & Ríos, M., 2015)

Al hacer un recorrido histórico, llama la atención que en todos los periodos de trascendencia y emancipación social, especialmente en las luchas de clase social, género, sexualidad y laboral, (Espasandín, 2018), las mujeres han estado presentes en la esfera pública con roles protagónicos, en eventos que si bien han generado rupturas sociales importantes en aspectos como la producción y reproducción (Púa, 2015), han constituido los escenarios en los cuales se ha ejercido violencia sobre sus cuerpos, especialmente física y sexual, de una manera aberrante (Fernandez, 2016). No obstante a pesar de esta participación pública, siempre lo han hecho en calidad de objetos manipulados por el sistema patriarcal para alcanzar intereses específicos. (Trujillo, M. & Contreras, P., 2017)

Es por lo tanto evidente que en la evolución de las sociedades las mujeres se convirtieron en prisioneras de un determinante biológico, identificado como un mecanismo para asegurar la explotación estructural y económica de ellas (Espasandín, 2018). La existencia de características biológicas como su sexo, el embarazo, la maternidad y la lactancia, representan situaciones que han confinado a la mujer al ámbito privado, para el cuidado de la familia y satisfacción sexual de sus parejas (Navarro-Cremades, 2016), sin derecho a tomar decisiones sobre su cuerpo y peor aún al disfrute de la sexualidad como parte de su esencia. (Langarita, J. & Mas, J., 2017)

En efecto, siempre ha sido necesario condicionar a las mujeres en muchos aspectos sociales o culturales, con el fin de perpetuar el dominio sobre ellas y evitar así el ejercicio de un rol crítico, que en cualquier contexto social genera movimientos de masas importantes, decisivas en cambios trascendentales políticos y económicos. (Fonseca, I. & Guzzo, M., 2018)



Un elemento que resulta importante de mencionar, por su constancia, a lo largo de la historia de represión y violencia en contra de las mujeres, es el atropello a su sexualidad, que en nombre de las jerarquías y reglas socialmente impuestas, ha sido vulnerada y utilizada en muchas ocasiones para la re-estructuración socio-clase-político-económica, características presentes desde la colonialidad del poder y que se perpetúan hasta la actualidad. Finalmente la sexualidad de las mujeres ha sido cosificada por cualquier razón o circunstancia suscitada en los diferentes episodios de la historia humana. (Serret, 2016)

5.2. La violencia de pareja desde una perspectiva del poder

La violencia contra la mujer, en especial la violencia de pareja íntima, actualmente representa un serio problema social y de género, constituye la forma más común de violencia ejercida en contra de las mujeres por el hecho de serlo, habitualmente aplicada por una pareja masculina (García, D. & Fernández, A., 2017). Este tipo de violencia constituye además una expresión simbólica del patriarcado, para establecer el poder y la discriminación hacia las mujeres. (Arredondo, A., Pliego, G. & Gallardo, C., 2018)

Actualmente la violencia de pareja ha generado un efecto perjudicial en el desarrollo personal y en la autonomía, así como graves consecuencias en la salud, en los derechos sexuales y en la calidad de vida de las mujeres. (Rodríguez, R. & Pasero, M., 2018)

La forma más común de violencia en contra de la mujer, es la de pareja, la cual, se encuentra impresa en los individuos gracias a un sistema de creencias y constructos sexistas establecidos socialmente, para garantizar su aceptación habitual, es así que actualmente, se posiciona como la expresión más trascendental de la desigualdad y vulneración de los derechos de las mujeres. (Herrero, J., Rodríguez, F. & Torres, A., 2017)

Para autoras como Butler, este fenómeno está determinado por un sistema binario y androcéntrico, que se encuentra transversalizado en el cuerpo de las mujeres y en la cultura, religión y política de las sociedades. (Arruzza, 2018)

La violencia es un derecho social que se fundamenta en el ejercicio del poder de la pareja masculina, el cual pretende no solo dominar sino castigar a la mujer, por



generar disidencias en temas de debate y emancipación como la sexualidad y roles al interior de la familia (Forster M., Grigsby, T.J., Soto, D.W., Sussman, S.Y. & Unger, J.B., 2017), situación que se agrava más por la naturalización social y cultural de la violencia, que posiciona a las mujeres como las únicas responsables de experimentarla. (García, D. & Fernández, A., 2017)

En sí, el poder es una parte constitutiva y estructural de la sociedad, para Pierre Bourdieu, está registrado simbólicamente en la subjetividad de las personas, en los cuerpos y en todos los ámbitos sociales de una manera heteronormativa (García, 2015), cuyo soporte desde la perspectiva feminista, son las relaciones de poder asimétricas expresadas en forma de violencia, en las cuales los hombres ejercen el poder absoluto y las mujeres lo asumen. (Posada, 2017)

Por ende la violencia de pareja es un constructo socio-cultural, concebido en los sujetos desde edades muy tempranas, según Michel Foucault, es un instrumento para garantizar la permanencia y el poder desigual a lo largo de la vida de las mujeres, sus familias y sociedades. (Martínez, 2016)

Este hecho social representa un proceso en el cual entran en juego la causalidad, la dinámica y el valor social que se le asigne al poder, elementos que definirán a su vez la forma y la magnitud de la violencia contra la mujer, con el propósito de definir la armonía en la pareja y en los diferentes grupos sociales. (Martínez, 2016)

5.3. Violencia contra la mujer

Las Naciones Unidas establecen, que la violencia contra la mujer, es todo acto de violencia de género que ocasione perjuicio físico, psicológico o sexual, que incluye amenazas y falta de libertad sea en el ámbito privado o público. (Sandoval-Jurado, L., Jiménez-Báeza, M., Rovira, G., Vitaly, O. & Pat Espadas, F., 2017)

Al hablar de la violencia y sus formas merece especial atención la ejercida por la pareja así como también la violencia sexual, hechos que atentan contra la dignidad y los derechos de las mujeres en todo el mundo. (García, D. & Fernández, A., 2017)

La violencia se divide en 3 categorías según el autor del acto violento: violencia contra uno mismo, violencia interpersonal y violencia colectiva.



La violencia interpersonal se divide en 2 subcategorías: la violencia intrafamiliar, doméstica o de pareja íntima y la violencia comunitaria. (Martínez, 2016)

5.3.1. Violencia intrafamiliar

En la mayor parte de los casos se produce entre miembros de la familia o compañeros sentimentales y suele acontecer en el hogar, aunque no exclusivamente, siendo la mujer, la que tiene mayor riesgo de experimentarla. (Sandoval-Jurado, L., Jiménez-Báeza, M., Rovira, G., Vitaly, O. & Pat Espadas, F., 2017)

5.3.2. Violencia de pareja íntima (VPI)

Conceptualiza la violencia ejercida por los hombres en contra de las mujeres al interior de una relación de pareja o ex pareja, siendo esta forma de violencia la más desarrollada en lo referente a la violencia de género. (López-Ramírez, E. & Ariza, G., 2017)

5.4. Violencia de pareja

Es el “comportamiento de la pareja o ex pareja que causa daño físico, sexual o psicológico, incluidas la agresión física, la coacción sexual, el maltrato psicológico y las conductas de control” (Sandoval-Jurado, L., Jiménez-Báeza, M., Rovira, G., Vitaly, O. & Pat Espadas, F., 2017) (p.466).

5.4.1. Efectos de la violencia de pareja

Los efectos de este tipo de violencia puede ocasionar situaciones individuales como embarazos no deseados, abortos inseguros y espontáneos en un riesgo mayor del 16%, infecciones de transmisión sexual con un riesgo de 1.5 veces más que en mujeres sin violencia de pareja. Además las mujeres que viven esta forma de violencia tienen doble riesgo de desarrollar trastornos psíquicos como la depresión, ansiedad, baja autoestima y suicidio. (Jewke, s R., Fulu, E., Tabassam Naved, R., Chirwa, E., Dunkle, K. & Haardörfer, R, 2017)

Dentro de las morbilidades físicas pueden describirse cefaleas, trastornos relacionados con el aparato digestivo, músculo-esquelético y disfunción sexual (OMS, 2017), estas patologías generalmente son analizadas desde un enfoque biomédico, descartando la importancia de la perspectiva social y cultural que abarcan estos sucesos y que son determinantes en la historia natural de los mismos.



En consecuencia, este contexto de violencia, genera secuelas graves en la salud de las mujeres, encontrándose cifras mayores de discapacidad temporal o permanente (42%) y muerte (38%). (Navarro-Cremades, 2016)

La violencia de pareja es un hecho que no solo afecta a las mujeres de forma individual sino también tiene un efecto colectivo, es así que las sociedades se ven perjudicadas especialmente en el ámbito económico, en lo concerniente a su desarrollo y progreso (Martinez, 2016), en países como Canadá, el costo público y privado de la violencia de pareja asciende a 13 162 039 dólares por cada mujer, sin contar los gastos que se generan aún luego de haber terminado una relación violenta, ya sea por acuerdos económicos o gastos médicos. (López-Ramirez, E. & Ariza, G., 2017)

5.4.2. Comportamiento de la violencia de pareja

Representa un problema biopsicosocial minimizado y naturalizado por el sistema patriarcal que perpetúa el irrespeto, la pérdida de la dignidad y la dominación sobre las mujeres. (Rodriguez, R. & Pasero, M., 2018)

Es vital concebir que el comportamiento de este tipo de violencia dependerá de su conceptualización y las consecuencias que acarrea en la vida de las mujeres. En los últimos años existe una lucha constante por objetivizar este fenómeno imperceptible y poder comprender su existencia y su aceptación general en cualquier contexto privado o público. (Martín-Fernández, M., Gracia, E., Marco, M., Vargas, V., Santirso, F. & Lila, M., 2018)

La violencia de pareja puede manifestarse a lo largo de los ciclos de la vida de las mujeres, presentando un comportamiento variable e incierto, cuyo inicio tiene origen en etapas tempranas como la infancia (Guedes, A., Bott, S., Garcia-Moreno, C & Colombini, M., 2016), generando un efecto de naturalización, que habitualmente suele ser intrafamiliar, sobre la madre o hijos/as, convirtiéndose en un modelo de vida que ocasiona daños serios en la salud física y mental de las personas. (Fulu, E., Miedema, S., Roselli, T., McCook, S., Chan, KL., Haardörfer R. & Jewkes, R., 2017).

Para las niñas se vuelve cotidiano observar a sus madres enfrentar este tipo de violencia, en un contexto familiar, generalmente muy hostil.

Es así que las mujeres pueden estar más expuestas a un riesgo alto de sufrir-



violencia de pareja, por un patrón de comportamiento impuesto y aprendido desde la niñez, que se visibiliza en la adolescencia y tiene su máxima expresión en la edad adulta. (López-Cepero, J., Rodríguez-Díaz, F., Bringas, C. & Paíno, S., 2015)

En la adolescencia se da una serie de cambios importantes físicos, psíquicos y sociales, además existe una disociación entre el conjunto de valores y tradiciones impuestos y sus nuevos constructos sociales, situación que les genera una enorme confusión que se traduce en violencia, expresada en sus relaciones familiares, sociales y de pareja. (Acosta, 2017)

Durante esta fase se inician las relaciones de pareja y la empatía con sus pares y surge la necesidad imperiosa de alcanzar una independencia personal y encontrar su identidad y es por medio del ejercicio del poder que inician su proceso de construcción social (Wesche, R. & Dickson-Gomez, J., 2019). En la relación de pareja, los adolescentes establecen un nexo más íntimo, en el cual surgen necesidades que predisponen a un estereotipo de comportamiento característico, en el cual, el varón requiere posicionarse socialmente, alcanzar jerarquía y status frente a sus pares, proceso que se inicia con su pareja, manifestando una posición de superioridad, dominio y posesión. Por el contrario la mujer plasma en su pareja una necesidad de protección y cuidado, constructo social de inferioridad, derivado del sistema de creencias impuesto desde la niñez. (Delgado, 2017)

Esta actitud en los jóvenes constituye un proceso de adiestramiento, que utiliza la violencia de género como un mecanismo de control, en un ambiente crítico como lo es el inicio de las relaciones de pareja (Rojas, P. & Moreno, R., 2016), reforzando una percepción binaria que brinda seguridad en el varón y una mayor inestabilidad emocional en la mujer, que no le permite objetivizar la presencia de un tipo de violencia romántica e indiscernible, que conlleva a la pérdida de su capacidad para tomar decisiones sobre si misma o en su relación de pareja. (Nydegger, LA., DiFranceisco, W., Quinn, K. & Dickson-Gomez, J., 2017)

Estos conceptos adquiridos, son parte de un aprendizaje de interrelación social que se inicia en edades tempranas y se consolida en la edad adulta, afianzándose en la relación de pareja (López-Cepero, J., Rodríguez-Díaz, F., Bringas, C. & Paíno, S., 2015).



Sí este proceso no se cumple, genera en los hombres insatisfacción, manifestada en forma de violencia, desmedida y asimétrica, la cual es socialmente más aceptada que sea ejercida en contra de la mujer, con el agravante, de que puede perdurar en el tiempo y ser reproducible con la misma pareja o en nuevas relaciones, dando origen a un círculo vicioso de vivencias que refuerzan y complican la violencia en pareja. (Nydegger, LA., DiFranceisco, W., Quinn, K. & Dickson-Gomez, J., 2017)

5.5. Etiología de la violencia de pareja

La violencia de pareja surge a partir de un conjunto de elementos psicosociales, que definen la esencia y el actuar de los individuos. Es importante entender que muchos patrones conductuales en la etapa adulta de las personas no tienen una respuesta de porque se presentan o que las desencadena (Reyes, HLuz., Foshee, V., Chen, M. & Ennett, S., 2017). Este tipo de incógnitas crea la necesidad de descubrir los factores precipitantes de este proceder violento en hombres y mujeres, a partir de hechos acontecidos en diferentes momentos de sus vidas. (Rodriguez, R. & Pasero, M., 2018)

La violencia de la pareja íntima (VPI) tiene como eje fundamental el maltrato, constructo argumentado en actitudes sexistas (Arnosó, A., Ibabe, I., Arnosó, M. & Elgorriaga, E., 2017), que los hombres heredan de un sistema social jerárquico que impone un modelo de masculinidad patriarcal, cuyo concepto binario sobre lo masculino y femenino, se fundamenta en el poder y la violencia de género en contra de las mujeres. (Velez, 2015)

La masculinidad occidental y el contexto cultural crean en el hombre un concepto ambivalente sobre la relación con su pareja, caracterizado por una dualidad (cualidades positivas y negativas de ellas), según las funciones que cumplan en el entorno privado como la maternidad, el cuidado del hogar o la satisfacción sexual. (Salguero, M., Soriano, M. & Ayala, C., 2016)

Es decir la visión de los hombres en torno a sus parejas, se resume en un conjunto de cualidades buenas y malas de las mujeres, que deben ser reguladas por la autoridad masculina, generando relaciones violentas, con la finalidad de garantizar la estabilidad en la pareja. (Velez, 2015)



La dualidad en mención, encamina a los hombres a buscar estereotipos de parejas que cumplan con los estándares exigidos socialmente, caso contrario su zona de confort y el control se pierden (Salguero, M., Soriano, M. & Ayala, C., 2016), generando conductas dependientes y sobreprotectoras que refuerzan el deseo masculino de poder y dominio, ubicando a la mujer en una posición de total subordinación, en la cual su proceder dependerá directamente de las decisiones y el control que ejerza su pareja. (Janos Uribe, E. & Espinosa, A., 2018)

Se debe destacar, el hecho de que el sistema social prepara desde la niñez a las mujeres en la aceptación y naturalización de la violencia como un componente innato de su vida en pareja (Boira, S., Carbajosab, P. & Méndez, R., 2016). Es decir las mujeres son programadas para una “vida de sacrificio” en la relación, asumiendo el discurso patriarcal que divulga la obligación de la mujer, de garantizar la calidad de la convivencia y satisfacción sexual de su pareja y también el cuidado y bienestar del núcleo familiar. (García-Moreno, C., Zimmerman, C. & Watts, C., 2017)

Este escenario constituye el eje de la vida de millones de mujeres quienes día a día luchan por ser sujetos sociales en el ámbito público sin embargo son objetos en su entorno privado (Arnosó, A., Ibabe, I., Arnosó, M. & Elgorriaga, E., 2017), no visualizan el sentido de su identidad, su independencia, la territorialización de sus cuerpos y peor aún la vivencia de su sexualidad, de forma plena, sino siempre en función de la satisfacción de su pareja. (Rodríguez, R. & Pasero, M., 2018)

5.6. Dinámica de la violencia de pareja

Para comprender la dinámica de la violencia de pareja, la Organización Mundial de la Salud, sugiere un enfoque conceptual ecológico que permite argumentar su presentación (Puente-Martínez, A., Ubillós-Landa, S., Echeburúa, E. & Páez-Rovira, D., 2016). Este modelo propone que el estudio de este tipo de violencia no puede centrarse solo en el análisis de las personas (individual), sino también en las habilidades de interrelación social que mantienen (grupales) y las particularidades del contexto en que se desenvuelven (regional). (Decker, MR., Wilcox, HC., Holliday, CN & Webster, DW., 2018)

Asimismo este paradigma permite explicar por qué no es suficiente una intervención individual, siendo necesario prestar atención a la amplia diversidad de -



entornos (Angel, A.,Rodríguez, M. & Barraza, A., 2015), en los cuales se desenvuelven las parejas, que son factores decisivos para perpetuar y agravar este fenómeno social. (Sánchez-Medina, R. & Rosales, C., 2017)

Para autoras como Heise, en la perspectiva ecológica interactúan elementos individuales, familiares, de pareja, políticos, religiosos y del sistema sociocultural, que constituyen determinantes y detonantes de este tipo de violencia, incrementando el riesgo de experimentarla en mayor o menor magnitud y con diferentes secuelas en la salud integral de las mujeres. (Ogum Alangea, D., Addo-Lartey, AA., Sikweyiya, Y., Chirwa, ED., Coker-Appiah, D., Jewkes, R. & Adanú, R., 2018).

El desequilibrio en estos componentes limitan especialmente a las mujeres, a vivir en un ambiente tóxico que denigra completamente su calidad de vida y silencia su sentir, lo asumen como un estereotipo de vida, muy común hoy en día, caracterizado por una conducta de subsistencia sin derecho alguno. (Alvarez, M., 2016)

La violencia de pareja es un proceso cíclico en el cual se retroalimentan este conjunto de elementos que agravan su expresión, entre estos se encuentran los concernientes al sujeto, relacionados específicamente con características emocionales y cognitivas, siendo prioritario identificar los tienen mayor incidencia en el desarrollo de este tipo de violencia. (Boira, S.Carbajosab, P. & Méndez, R., 2016)

Corresponde también, tomar en cuenta que la violencia en una relación, habitualmente deriva en actitudes propias, instantáneas, condicionadas y no razonadas, por las personas que las ejercen o que permiten que estas ocurran. (Cuenca, M. & Graña, J., 2016)

Adicionalmente, las múltiples condiciones que las mujeres puedan tener en su vida, constituyen factores de riesgo individuales importantes de destacar como: un bajo nivel educativo y económico, presencia de alteraciones psicológicas, pertenecer a familias sin formas de apego seguras, consumo de alcohol o drogas, violencia crónica, etc. (Lucas, 2013)

Por otra parte, las mujeres llevan consigo estereotipos conductuales incorporados en la infancia que determinan una ausencia y negación de sí mismas, -



de sus cuerpos, de su identidad, su sexualidad y su agencia social-cultural, por el contrario se las programa para ser tolerantes con las decisiones de los hombres y la sociedad. (Muñoz, J. & Echeburúa, E., 2016)

Ahora bien, este tipo de actitudes, incita a las mujeres a buscar incesantemente la protección física, emocional y sexual de un hombre, generando una dependencia inconsciente que determina conductas de sumisión y aceptación en torno al comportamiento violento de su pareja. (Arredondo, A., Pliego, G. & Gallardo, C., 2018)

Desde una perspectiva social es trascendental analizar algunos de los hechos personales que se pueden presentar durante la primera infancia particularmente en los hombres; como la ira, el rechazo o maltrato directo del padre y una alteración en la instauración de un apego seguro con la madre (Cuenca, M. & Graña, J., 2016).

Estos eventos ocasionan en el hombre un proceso de independencia materna y seguridad en sí mismo, no obstante, la separación que esta sucesión de hechos implica, ocasiona sentimientos de abandono, ansiedad, ira y violencia, registrados en la subjetividad de los hombres. (López-Ramírez, E. & Ariza, G., 2017)

En la etapa adulta estas emociones, se manifiestan en la intimidad de las relaciones con la pareja, el hombre pierde su identidad, busca ser el centro de atención y desahogar la presión acumulada, solo así logra aliviar la percepción negativa en torno a su madre. (Rodríguez, R. & Pasero, M., 2018). Este comportamiento genera una situación de incertidumbre en el hombre que no puede comprender el origen de su ira y peor aún porque la ejerce sobre su pareja-mujer, siendo ella, la que asume toda la carga de sentimientos y conductas reprimidas, en forma de maltrato y violencia. (Grest, CV., Lee JO., Gilreath T. & Unger JB., 2018)

La presencia de estos sucesos adquiridos, son decisivos en el desarrollo de una personalidad violenta, sin embargo, pueden ser modificados por la cultura, la cual ejerce su influencia de forma positiva o negativa, por ende la manera de socializar o visibilizar la violencia en cada cultura contribuye tácitamente en los hombres para que la ejerzan o no. (Alencar-Rodrigues, 2012)

Un rasgo característico de la mayoría de hombres maltratadores, es la tendencia de elegir mujeres con características similares a las suyas, situación que,-



recrea un contexto habitual para ellos, en el cual el ejercicio del control se lo hace en forma de violencia. (Ferrer-Pérez,V.,Bosch-Fiol,E.,Sánchez-Prada,P. & Sánchez-Prada,C., 2019)

Continuando con el análisis de la violencia de pareja es importante conocer la participación de elementos del núcleo familiar, desde una perspectiva sistémica, autores como Perrone, sostienen que la violencia en las parejas es un evento que no depende solamente de características de cada individuo sino también de la interacción de elementos familiares como la capacidad de comunicación y resolución de conflictos en los integrantes de la familia. (Cortés,C.,Rivera,S., Amorin de Castro, E. & Rivera,L., 2015)

Por lo tanto, dentro del proceso de instauración de las relaciones sociales en el contexto privado, es sustancial entender que al conformarse una familia, confluyen un conjunto de costumbres, valores y creencias diferentes, cuya fase de conciliación es lenta y depende del entendimiento y apertura que la pareja vaya desarrollando conforme se da la convivencia. (Boira, S.Carbajosab, P. & Méndez, R., 2016)

En este proceso familiar, cada miembro contribuye al establecimiento de buenas o malas relaciones, no obstante a nivel social y en la mayoría de culturas, se impone la existencia de un nivel jerárquico en el cual el hombre tiene la máxima autoridad y en torno a él, se desarrollan todas las actividades intrafamiliares. (Dichter, M.,Thomas, K., Crits-Christoph, P., Ogden, S. N., & Rhodes, K. V., 2018). Esta percepción social está determinada por los roles de género, que definen para el hombre funciones de apropiación y provisión en el hogar y para las mujeres tareas naturalizadas como expresiones de amor entre ellas destacan: las domésticas y del cuidado.(Gattegno, MV., Wilkins,J.&Evans, D., 2016)

Habitualmente en el ámbito privado, se observa un patrón de conducta violenta en contra de la mujer, al abordar temas sobre el manejo de la economía, asignación de funciones para la atención y educación de los hijos/as, diferencias en el nivel académico y laboral especialmente cuando el de la mujer es mejor en todo sentido. Estas circunstancias generalmente son resueltas con la utilización sistemática del poder y la violencia por parte de la pareja masculina. (Dichter, M.,Thomas, K., Crits-Christoph, P., Ogden, S. N., & Rhodes, K. V., 2018)



Esta concepción asociada a la violencia, condena a las mujeres a ser las únicas causantes del maltrato que puedan recibir de su pareja, en virtud de la provocación y comportamiento incorrecto que tengan, de modo que, la violencia socialmente se la justifica como un método correctivo de la mujer y los hijos/as en el hogar. (Arnosó,A., Ibabe,I., Arnosó,M. & Elgorriaga,E., 2017)

Un aspecto relevante en la actualidad, al hablar de violencia de pareja lo constituye, la condición socioeconómica y el estrés que implica el manejo de la misma, para garantizar las necesidades de la familia. Es habitual que la generalidad de hombres violentos con sus parejas, registren antecedentes de falta de empleo, bajo nivel educativo-económico y exposición constante a situaciones de violencia. (Sandoval-Jurado,L.,Jiménez-Báeza,M.,Rovira,G.,Vitaly,O. & Pat Espadas, F., 2017)

En adición a lo expuesto, otra condición importante, es el estado civil de la mujer que también se materializa como un factor de riesgo de padecer violencia de pareja, pues las mujeres que no contraen matrimonio de forma temprana, alcanzan un nivel de independencia que cambia sus concepciones sobre la procreación y cuidado de sí mismas, es decir desarrollan nuevas prioridades (Muñoz, P. & Martínez, A., 2017), más relacionadas con su crecimiento personal, desempeño laboral y social en el ámbito público, aspectos alejados de la maternidad y el cuidado de la pareja o la familia. (Bott,S., Guedes,A., Ruiz, A. & Adams,J., 2019)

Durante años, se ha considerado que la educación en las mujeres, constituye un factor protector en torno a la violencia, pues al tener acceso a una mejor educación, deriva en más oportunidades que conllevan a un mayor empoderamiento, independencia económica y autonomía social. (Decker, MR., Wilcox, HC., Holliday, CN & Webster, DW., 2018)

Si bien, lo que se puede advertir hoy en día, en aquellas mujeres, que en suma a la triple carga que ejercen (trabajo, cuidado doméstico y procreación), cuando tienen un mejor nivel educativo, laboral y económico, están más expuestas a experimentar violencia de género en una relación, debido a que estos acontecimientos representan acciones de emancipación femenina, factores decisivos en la pérdida del poder masculino. (Blandón-Hincapié,A. & López-Serna,L., 2016)



Estas situaciones se desarrollan en un contexto patriarcal, que juzga severamente a los hombres por no cumplir con las exigencias que implican su rol masculino en la sociedad (Arredondo, A., Pliego, G. & Gallardo, C., 2018), por tanto, el estereotipo de masculinidad occidental reproduce un discurso que no los prepara para enfrentar situaciones en las cuales no tienen el poder absoluto (Velez, 2015), este hecho en el campo público, es encasillado como una demostración de debilidad, percepción opuesta a la imagen simbólica del rol masculino fuerte y viril, que los hombres deben proyectar socialmente. La distorsión generada en sus constructos ocasiona sentimientos de frustración y desesperación, que son liberados por medio de la violencia, como la única vía para restablecer la estabilidad en la pareja, disciplinar a la mujer y garantizar el equilibrio en su entorno familiar y social. (Ferrer-Pérez, V., Bosch-Fiol, E., Sánchez-Prada, P. & Sánchez-Prada, C., 2019)

En resumen esta suma de experiencias y emociones no satisfechas o resueltas en la infancia, generan relaciones nocivas de típicos hombres agresores con mujeres maltratadas, dependencia sexual creciente y violenta, que puede terminar en situaciones como la violación, el femicidio y el suicidio. (Navarro-Cremades, F., 2016)

Finalmente existen los elementos externos estructurales, relacionados con el ámbito social, que influyen directamente en la concepción y vivencia de la violencia de pareja en las sociedades actuales; de modo que, grupos sociales no violentos intervienen mejor, constituyendo un factor protector y de ayuda para las mujeres. (Boira, S., Carbajosa, P. & Méndez, R., 2016). Por el contrario grupos inmersos en violencia, tienden a normalizar y legitimar un estereotipo de violencia sexista y patriarcal en las relaciones de pareja. (Janos Uribe, E. & Espinosa, A., 2018)

Es conveniente destacar que el sistema patriarcal, como eje social, favorece la institucionalización de la violencia de pareja como un hecho estructural, universal, el cual afianza las estructuras de poder, que invaden todos los estratos sociales sin distinción de etnia, religión o edad (Echeburúa, 2019), ocasionando un efecto violento contra las mujeres, quienes se constituyen como un grupo en condición de mayor vulnerabilidad, gracias a su rol subalterno afianzado socialmente por una perspectiva de género patriarcal. (Hernandez Y., 2019)



5.7. El género en la violencia de pareja

El género es un constructo fundamentado en la naturaleza, la cultura y la sociedad, constituye el elemento esencial en el ejercicio del poder y en la asignación de roles heteronormativos, sin equidad o igualdad, condicionando a la mujer a las acciones de su pareja habitualmente masculina. (Duarte, J.M. & Garcia, J., 2016)

Es así, que el género, se incorpora en el sistema como una categoría, que estructura y organiza las comunidades, en función de la dicotomización del mundo, en dos elementos: las características biológicas de las mujeres y hombres que constituyen el concepto de "sexo". El "género" define roles masculinos y femeninos en las personas (Valdivieso, 2016); la influencia social de esta categoría es elemental en la construcción de las funciones sociales, que fundamentados en el núcleo familiar heterosexual y patriarcal, determinan el comportamiento violento que puede desarrollarse en las relaciones de pareja. (Trujillo, M. & Contreras, P., 2017)

Estos conceptos no pueden ser aceptados de forma patriarcal y absoluta. Si bien es cierto, el género se conforma en individuos con diferencias biológicas evidentes, no justifica utilizar una socialización desacertada sobre el sexo, para constituir, encasillar y limitar los conceptos de lo masculino y femenino, siempre en beneficio de los hombres y en perjuicio de las mujeres, de acuerdo a la conveniencia de la cultura y del momento histórico que experimenten las sociedades. (Garcia, D. & Fernández, A., 2017)

Esta forma de utilizar el género ocasiona mayor desigualdad y discriminación, elementos característicos de la violencia de pareja. Desde una perspectiva feminista, estructuras sociales rígidas como el patriarcado, el machismo, la heteronormativa familiar, facilitan, condicionan, y agravan el rol de los hombres como los ejecutores principales de la violencia en contra de la mujer. (Reyes, HLuz., Foshee, V., Chen, M. & Ennett, S., 2017)

El contexto sociocultural en el cual surge una relación de pareja, determina la visión que se tenga sobre el ejercicio del poder y la violencia, es decir las personas son adiestradas durante años para asimilar códigos de comportamiento e imposición de principios y convicciones como categóricos (Muñoz, 2015), sin comprender que la realidad que pueden vivir es completamente diferente, por ende se debe establecer-



patrones socioculturales más eclécticos, equitativos y con una verdadera perspectiva de género, de acuerdo a las necesidades del nuevo núcleo familiar instaurado. (Echeburúa, 2019)

La lucha feminista busca que esta concepción cambie y se objetive una nueva visión sobre el rol de las mujeres como sujetos en la sociedad, en la que se considere: al género, la diferencia y la inclusión, como elementos fundamentales para garantizar relaciones de pareja, más sincréticas y humanas y no como elementos de opresión y dominio (Arredondo, A., Pliego, G. & Gallardo, C., 2018). Solo así se podrá conciliar la categoría género de la forma más adecuada y transversalizada, respetando la diversidad cultural y étnica, los derechos humanos, sexuales y la identidad individual y colectiva, especialmente de las mujeres. (Duarte, J.M. & Garcia, J., 2016)

Una verdadera perspectiva de género permite el surgimiento de paradigmas de avanzada, en torno a la conexión y equilibrio que debe existir en las relaciones de pareja, para que sean más democráticas (López-Ramírez, E. & Ariza, G., 2017), no se debe sobreestimar el componente masculino en el ámbito social, puesto que esta postura, concibe una vivencia de la realidad muy diferente y desigual para las mujeres. (Alvarez, M., 2016)

5.8. Estereotipos de la violencia de pareja

La violencia de pareja no tiene un comportamiento homogéneo, puede asumir patrones conductuales coactivos y controladores, que son constantes y que definen el proceder de la pareja. (Acosta, 2017)

La Organización Mundial de la Salud enfatiza la importancia de abordar la violencia de pareja desde un enfoque de género y multidisciplinar que permita identificar los diferentes factores de riesgo que pueden existir, según el contexto y la historia de vida de cada mujer, sin olvidar los problemas derivados del sistema social. (Boira, S. Carbajosa, P. & Méndez, R., 2016)

Para esto es menester comprender conceptos como los planteados por Johan Galtung, quién desde una perspectiva de los derechos, expone una propuesta sobre la violencia, que se sostiene en una trípode que incluye a la violencia directa que atañe a la pérdida de identidad de las mujeres, una violencia estructural relacionada-



con la economía y una violencia cultural encargada de legitimar sus diferentes formas de presentación en la sociedad (Huaita, 2016). De la interacción de estas tres formas se consolida la presencia y gravedad de una violencia simbólica de dominio masculino; que si bien son las más complejas de analizar, deben ser tomadas en cuenta para alcanzar un abordaje integral que garantice a las mujeres que experimentan violencia en pareja, estrategias y soluciones reales y prácticas que les permita enfrentarla de la mejor forma. (Arredondo, A., Pliego, G. & Gallardo, C., 2018)

Existe también un prototipo fundamentado en el género, así en las mujeres predomina la victimización y en los hombres la perpetración, siendo este un rasgo característico (José, A., Graña, J., O'leary, K., Redondo, N. & J.R., 2018), es sistemática y puede ser gradual o aumentar súbitamente luego de la terminación de una relación. (Angel, A., Rodríguez, M. & Barraza, A., 2015)

Otro patrón que suele observarse es el situacional o episódico, este radica en conflictos o negociaciones en la pareja en relación al hogar y a sí mismos, que suele mejorar tras la separación definitiva. (Boira, S., Carbajosab, P. & Méndez, R., 2016)

La violencia de pareja puede tener un estereotipo unidireccional en el cual la violencia es directa contra la mujer, siendo esta la forma más frecuente y naturalizada de violencia que faculta a los hombres a ejercerla de forma anárquica que puede comprometer la integridad y vida de las mujeres que la sufren. Existe también una forma bidireccional en la cual la violencia es perpetrada o recibida por cualquiera de los integrantes de la pareja (Sugg, 2015). No obstante en estos conceptos la mujer asume la mayor responsabilidad de su presentación en la intimidad de la relación. (Hernandez, 2015)

Finalmente la violencia de pareja puede presentarse según su tipología, que incluye en su análisis algunos tipos de violencia siendo los principales: la violencia física, psicológica y sexual (Breiding, M., Basile, K., Smith, S., Black, M. & Mahendra, R., 2015). En investigaciones internacionales se ha encontrado una asociación directa de los roles tradicionales de género y una mayor frecuencia de violencia psicológica y física, en torno con la violencia sexual, está se encuentra íntimamente relacionada con un ejercicio de poder sexual masculino. Hoy en día se visibiliza la existencia de-



otros tipos de violencia consideradas socialmente de menor importancia como la violencia de género, patrimonial y social (Ferrer-Pérez,V.,Bosch-Fiol,E.,Sánchez-Prada,P. & Sánchez-Prada,C., 2019). Percepción completamente alejada de la realidad que viven las mujeres, quienes pueden experimentar estos tipos de violencia de forma simultánea, circunstancias que pueden acarrear secuelas físicas, pero sobre todo psicológicas, que son las más complejas y tóxicas en las relaciones de pareja. (Cuenca, M. & Graña, J., 2016)

5.9. Clasificación de la violencia de pareja

5.9.1. Violencia física

Se refiere a las acciones o conductas que no tienen una etilogía accidental y que ocasionan daño o riesgo para la integridad física, suele ser la más fácil de detectar por presentar mayor evidencia observable y asimismo puede ocasionar lesiones leves, moderadas o severas. (Angel, A.,Rodríguez, M. & Barraza, A., 2015)

Desde un enfoque feminista la violencia física, tradicionalmente ha sido una de las formas más evidentes de desigualdad de género.

Por el contrario para autoras como Jean-Marie Domenach, la violencia física es la forma que más ocultan las mujeres, fundamentalmente por la gran carga social que implica, exponer su existencia tanto en el ámbito privado como público. (Martín-Fernández,M.,Gracia,E.,Marco, M.,Vargas,V.,Santirso,F. & Lila,M., 2018)

El desarrollo de las sociedades y la lucha constante del Feminismo, están cambiando esta situación, observándose una doble vertiente, una primera positiva, a favor de disminuir el daño físico que en la mayoría de las ocasiones es tan agresivo y genera lesiones que pueden ser incapacitantes o finalmente ocasionarles la muerte (Arredondo, A., Pliego,G. & Gallardo,C., 2018). La segunda vertiente es negativa pues ha desencadenado el uso de otros tipos de violencia menos manifiestas, que han relegado a la violencia física a un segundo plano, sin eliminar su perjuicio y gravedad. (Dichter, M.,Thomas, K., Crits-Christoph, P., Ogden, S. N., & Rhodes, K. V., 2018)

5.9.2. Violencia psicológica

Se la define como las acciones intencionadas, no visibles, que utilizan como canal de comunicación el lenguaje verbal, que conllevan a un daño o riesgo para la -



integridad psíquica y emocional de la víctima, utilizando instrumentos como la manipulación y menosprecio (Angel, A.,Rodríguez, M. & Barraza, A., 2015), que se expresan en forma de insultos y amenazas. Este tipo de violencia suele ser más frecuente en jóvenes y tiene un carácter progresivo con incremento en la gravedad de las agresiones verbales (López-Angulo, L.,Fundora, Y.,Valladares, A.,Ramos, Y. & Blanco, Y., 2015). La violencia psicológica afecta esferas afectivas y también la autoestima de las mujeres con una pérdida completa de sus valores y cualidades. (Saldivia, C.,Faúndez, B., Sotomayor, S. & Cea, F., 2017)

5.9.3. Violencia sexual

Es cualquier acto sexual o su tentativa de consumarlo que atente contra la sexualidad de una persona mediante coacción, acoso sexual, es decir prácticas de índole sexual como violación, masturbación, exhibicionismo, independientemente de su relación con la víctima y en cualquier ámbito. (Janos Uribe, E. & Espinosa, A., 2018)

Este tipo de violencia cuando va acompañada de la violencia de pareja, genera un mayor número de síntomas somáticos y además ocasiona más daño en la salud mental de las mujeres que la experimentan, actuando con un factor predictor de desórdenes como estrés postraumático y experiencias disociativas. (Honda, T., Wynter, K., Yokota, J., Tran, T., Ujiie, Y., Niwa, M., Nakayama, M., Kim, Y., Fisher, J. & Kamo, T., 2018)

También se ha observado una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad, depresión grave e intentos de suicidio, estas alteraciones se pueden presentar de forma simultánea y se magnifican cuando las mujeres experimentan violencia de pareja íntima y sexual. (Assari, S. & Moghani, M., 2018)

Hoy en día se puede observar una aplicación sistemática de estos tipos de violencia, incluso han sido incorporados en los patrones culturales y costumbres de las personas.

Desde que la violencia de pareja íntima y la violencia sexual son temas más socializados públicamente, ha surgido la necesidad de investigar las secuelas físicas, psíquicas y sexuales que conllevan estos fenómenos. (Kamimura, A., Nourian, MM., Assasnik, N. & Franchek-Roa, K., 2016)



Existen factores asociados a un mayor riesgo de padecer violencia de pareja en especial la sexual, como un nivel de instrucción bajo, estado civil casado, violencia intrafamiliar y las desigualdades de género. (López, S., 2017)

La violencia sexual constituye un factor fundamental en la alteración del bienestar sexual en las mujeres, con el agravante de que se establece como una forma muy expresiva del poder masculino que siempre busca dejar precedente por medio de la exhibición en el ámbito público. (Segato, 2016)

Abraham Maslow expone la teoría de las necesidades fundamentales de las personas, en superiores e inferiores, manifestando que las inferiores son las más importantes y prioritarias; entre estas tenemos el sexo, el deseo sexual, el erotismo y la vivencia de la sexualidad en general. (Castro-Molina, 2018)

Desde la perspectiva de salud se considera a la violencia de pareja o expareja y la sexual como factores asociados a trastornos en la salud sexual de las mujeres (Vizcaíno, M., 2017). Estudios internacionales sobre sexualidad femenina, exponen que la violencia de pareja y problemas conyugales, constituyen elementos asociados a la presentación de disfunciones sexuales en las mujeres, destacando que la gravedad de este trastorno es proporcional a la magnitud de la violencia recibida de la pareja. (Bott,S., Guedes,A., Ruiz, A. & Adams,J., 2019)

La bibliografía expone una relación directa de estos hechos con una mayor incidencia de trastornos en la función sexual femenina, derivadas de la violencia física y sexual, que trae como consecuencia lesiones especialmente en los órganos genito-uritarios que en muchas ocasiones son incapacitantes y alteran radicalmente la calidad de vida de las mujeres, limitando muchas de sus necesidades esenciales como el disfrute a una sexualidad saludable. (Muñoz, A. & Camacho, P., 2016)

Investigaciones realizadas en países como Japón, sostienen que la violencia sexual perpetrada por la pareja íntima genera alteraciones en la salud mental de las mujeres y que de acuerdo al trastorno y su gravedad pueden requerir medicación de por vida, para mejorar su bienestar mental. (Kamimura, A., Nourian, MM., Assasnik, N. & Franchek-Roa, K., 2016)

En estos casos autores como Lundgren, expone la necesidad de implementar planes de intervención desde una perspectiva transversal de género con el objetivo-



de abordar las necesidades e identificar los problemas que se pueden presentar de acuerdo a las convicciones de mujeres y hombres, es decir el abordaje de la violencia sexual consecuencia de la violencia de pareja íntima no puede ser estandarizada asumiendo que las problemáticas que se presentan son iguales, pues la asignación de roles sociales, determina que sus dificultades sean completamente diferentes. (Lundgren, R. & Amin A., 2015)

También es necesario realzar la intervención desde un enfoque comunitario, con la finalidad de eliminar constructos patriarcales no solo en las mujeres víctimas de violencia sexual o de pareja sino también en los hombres perpetradores de la misma (Lundgren, R. & Amin A., 2015), con el objetivo de identificar y socializar los factores de riesgo existentes, trabajar en la reconstrucción de las creencias sobre la equidad de género al interior de una relación sentimental de pareja, solo así se podrá contrarrestar eficazmente estos tipos de violencia. (Wesche, R. & Dickson-Gomez, J., 2019)

5.9.4. Violencia social

Abarca formas de maltrato como el control sobre la vida social de la víctima, la reclusión o prohibición de relacionarse, el abuso, autoritarismo, condicionamiento en todas sus actividades, sugestión y humillaciones en público, etc. (Alvarez, M., 2016)

5.9.5. Violencia patrimonial

Son las acciones u omisiones que afectan a las mujeres, limitándolas en el uso de sus recursos económicos y patrimoniales necesarios para satisfacer sus necesidades básicas. (Naciones Unidas, 2017)

Para autores como Jewkes, la violencia patrimonial es experimentada más por las mujeres, debido a la imagen de autoridad y protección que ejercen los hombres al interior de la relación de pareja. Resulta interesante que incluso mujeres que trabajan o que cumplen el rol de únicas proveedoras de la economía, no son las responsables de los fondos ni del manejo económico en la pareja. (Jewkes R., Fulu, E., Tabassam Naved, R., Chirwa, E., Dunkle, K. & Haardörfer, R., 2017)

Desde un enfoque feminista, el proceso de integración de las mujeres a la esfera pública es aspectos políticos o laborales, ha permitido un mayor desarrollo en



ámbitos como el personal y profesional, esta situación conlleva a delegar múltiples funciones a sus parejas entre ellas: el manejo de la economía, el cuidado del hogar y de los hijos/as, otorgando al hombre elementos fundamentales para el manejo del poder de forma asimétrica y violenta, afianzando su rol patriarcal dominante (Echeburúa, 2019). Por su parte las mujeres refuerzan su rol femenino con sentimientos de culpa, al no poder satisfacer necesidades socialmente asignadas a ellas. (Brunet, I. & Santamaría, C., 2016)

5.9.6. Violencia de género

Cuando la violencia sexista es ejercida en cualquiera de sus formas por su pareja o expareja. (Alvarez, M., 2016)

5.10. Sexualidad en mujeres: enfoque feminista

La sexualidad es un hecho histórico que involucra un conjunto de normas, creencias, tabúes establecidos por las sociedades, regidas por una sexualidad occidental y androcéntrica, que ha generado años de violencia y discriminación contra las mujeres. (Langarita, J. & Mas, J., 2017)

El Feminismo lucha incesantemente por plasmar la necesidad imperiosa de que el sistema social divise la sexualidad en las mujeres como un derecho fundamental que debe ser experimentado con libertad y plenitud (Guarderas, 2016). Además constituye un tema de lucha constante que se encuentra en fase de construcción y de enriquecimiento gracias al aporte continuo de nuevas y avanzadas epistemologías donde lo subalterno, marcan su presencia. (Espinosa, 2016)

El entorno es un elemento determinante en la concepción de los imaginarios masculinos, los cuales universalmente otorgan a los hombres la autoridad para condicionar y abusar de la sexualidad femenina por medio del ejercicio de la violencia, negando la posibilidad de la vivencia de una sexualidad saludable, factor fundamental en el desarrollo individual, de pareja, familiar, laboral y social de las mujeres. (Beiras, A., Cantera, L. & Casasanta, A., 2017)

Adicionalmente el contexto geopolítico, influenciado directamente por un proceso de interseccionalidad, articula y fortalece varias categorías sociales como etnia, género y sexualidad desde una perspectiva patriarcal para mantener y justificar la violencia que se aplica a las mujeres. (Viveros, 2016)



Es importante destacar que el concepto de una sexualidad etnocéntrica, repercute directamente no solo en el equilibrio sexual sino también el físico, psicológico y social de las mujeres. Para autoras como Lagarde, este hecho ha condicionado erróneamente a la sexualidad solo con fines procreativos, afectando directamente su salud sexual y eliminando el ejercicio de los derechos y la libertad sexual de las mujeres. (Ochoa, 2017)

El modelo patriarcal de sexualidad para Lugones, obliga a las mujeres a ser consideradas como universales, por el contrario son seres individuales, únicos, con una fisiología, necesidades y preferencias particulares, características que definen directamente la expresión de su sexualidad (Villarroel, 2018). En ellas se da una expropiación y cosificación de sus cuerpos, concebidos desde varios enfoques del poder, para controlar su corporalidad por medio de la aplicación sistemática de la violencia especialmente sexual. (León-Rodríguez, 2016)

Es así que la sexualidad en las mujeres constituye una de las necesidades esenciales más discriminadas y reprimidas por el sistema social y cultural, que evita su autorrealización y le impide trascender en el conocimiento de su cuerpo, sexo y sexualidad. (Segato, 2016)

Es importante destacar que la sexualidad, es un concepto que debe ser reconstruido desde un enfoque feminista, entendiendo que no se trata solo de un hecho privilegiado de los hombres, construido en base a un sin número de patrones sociales moldeados por la cultura, que definen el rol activo y decisivo de los hombres en el disfrute de la sexualidad y un rol pasivo y receptivo de las mujeres, negando la posibilidad en ellas, de una agencia en el disfrute de una sexualidad equitativa. (Salguero, M., Soriano, M. & Ayala, C., 2016)

5.11. Salud sexual

La Organización Mundial de la Salud, en el año 1987 establece que la salud sexual es un derecho fundamental de los seres humanos y la define como “un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, la cual debe desarrollarse en un marco de respeto, libertad y con la posibilidad de experimentar relaciones sexuales placenteras y libres de toda coacción, violencia y discriminación” (OMS, 2017) (p.1).



La salud sexual de las mujeres puede verse afectada por factores biológicos secundarios a enfermedades y también por factores psicosociales derivados de conflictos interpersonales especialmente con la pareja (Espita-De La Hoz, F., 2018)

Como consecuencia de esta afectación las mujeres pueden desarrollar disfunciones sexuales que conllevan a la vivencia de una sexualidad no satisfactoria.

En las mujeres el estudio de la salud sexual es muy ambiguo; sin embargo la alta prevalencia de disfunciones sexuales permite visibilizar la necesidad de su análisis, para lo cual es necesario que se haga un abordaje que contemple múltiples ámbitos de la vida de las mujeres, solo así se podrá realizar un manejo integral que permita un conocimiento profundo de este tipo de trastornos, sus causas y posibles soluciones. (Espitia-De La Hoz, 2017)

Los avances recientes en el estudio de la salud sexual de las mujeres han permitido entender que se trata de un elemento complicado, el cual debe ser comprendido desde su función y particularidades (Alcántara, A. & Sánchez, C., 2016), tomando en cuenta no solo los aspectos bio-fisiológicos sino también los socio-culturales que definen una amplia y diversa concepción de la sexualidad y su vivencia en cada mujer.

Por ende no se puede pretender que el estudio de la función sexual de las mujeres y sus trastornos sea minimizado o encasillado como un tema poco relevante y característico de su rol subalterno de género en la sociedad. (Bustos, G & Pérez, R., 2018)

5.12. Fisiología sexual

La salud sexual se fundamenta en una adecuada fisiología del ciclo sexual humano, Masters y Johnson en 1966, iniciaron el estudio de la respuesta sexual desde un enfoque biologicista, plantearon que este proceso es lineal, ordenado (Miranda, V & Lara, M., 2017) y consta de cuatro fases que son: excitación, meseta, orgasmo y resolución, las mismas que ocasionan un sin número de reacciones secuenciales; cambios físicos y psicológicos que afectan a todo el cuerpo, generando una respuesta fisiológica integrada y placentera, necesaria para que la función sexual sea adecuada. (Aranaz, M., 2017)

La respuesta sexual humana también ha sido analizada por otros autores, así



Kaplan, 1970, incorporó el concepto del deseo sexual en este proceso (Stephenson, KR., Toorabally, N., Lyon, S. L. & Meston, C., 2016); Whipple y Brash-MacGreer, en 1997, exponen que la respuesta sexual es un proceso circular, cíclico; de las cuatro fases descritas por Masters y Johnson, las cuales se desarrollan de forma simultánea en base a un sistema de retroalimentación positiva o negativa en el cual interactúan, se refuerzan o inhiben estas fases, según como se desarrolle el estímulo y el funcionamiento sexual. (Kingsberg, S. & Woodard, T., 2015)

Adicionalmente estas fases no necesariamente deben seguir un orden que permita la presentación de una fase precedida de la otra, por ejemplo la excitación y el orgasmo no siempre van precedidas del deseo sexual; o el deseo y la excitación no siempre terminan en un orgasmo, de igual manera un orgasmo no continúa directamente en una fase de resolución (Uribe, J.F., Quintero, M. & Gómez, M., 2015), pues según el tipo y forma en que se ejercen los diferentes estímulos pueden conllevar a la presentación de múltiples orgasmos, hecho más característico de la respuesta sexual en las mujeres. (Nekoolaltak, M., Keshavarz, Z., Simbar, M., Nazari, AM. & Baghestani, AR., 2017)

Este principio es fundamental para comprender que la respuesta sexual femenina puede tener alteraciones de forma selectiva en alguna de estas cuatro fases o en todas, razón por la cual, deben ser tratadas de forma individual y en conjunto, caso contrario se corre el riesgo de no realizar un manejo correcto e integral de las mismas. (Silva, L., Poerner, S., Kefalás, J. & Pereira, G., 2017)

Por último, Schnarch, 2001, plantea un modelo que integra dimensiones biológicas y psicológicas en la respuesta sexual, se habla de un proceso de estimulación continua, evita las etapas y sostiene que el deseo sexual se mantiene en todo este proceso; expone la importancia de la satisfacción en la relación de pareja como un factor determinante de la respuesta sexual. (Jofre, R., 2017)

5.13. Ciclo sexual femenino

La respuesta sexual en las mujeres es un proceso dinámico y cambiante, que varía en la misma mujer o de una mujer a otra en las diferentes etapas de su vida (Kingsberg, S. & Woodard, T., 2015). Desde un enfoque sociológico, la función sexual femenina está influenciada de forma directa por factores sociales impuestos -



que en ciertas circunstancias condicionan negativamente la vivencia de la sexualidad en las mujeres (Arafa, A. E. & Ahmed,S., 2018). Es así que en varias investigaciones aproximadamente la mitad de ellas, experimenta algún tipo de trastorno sexual en el transcurso de sus vidas o pueden padecer múltiples disfunciones sexuales. (McCabe, MP., Sharlip, ID., Lewis, R., Atalla, E., Balon, R., Fisher, AD., Laumann, E., Lee, SW. & Segraves, RT., 2016)

Entender la respuesta sexual de las mujeres es un hecho complejo, si partimos del concepto de normalidad o anormalidad en el desempeño de su función sexual, pues esta dimensión puede ser muy dispersa y depende de muchos factores como biológicos, psíquicos, socioculturales y de género. (Guarderas, 2016)

En esta respuesta, están implícitas una serie de cambios cíclicos fisiopsicológicos que se presentan paralelamente como el deseo sexual y la excitación subjetiva, necesarios para generar un proceso integral que permita un normal desempeño en los actos sexuales. (Arafa, A. E. & Ahmed,S., 2018)

Existe además una presentación secuencial de reflejos neurovegetativos, somáticos y una serie de elementos físicos regulados por el sistema nervioso central a través de circuitos de los sistemas: simpático como responsable del orgasmo y el parasimpático del funcionamiento eréctil de los órganos sexuales como el clítoris. (Farmer, M., Yoon, H. & Goldstein, I., 2016).

Otras áreas del cerebro humano como el cíngulo anterior, ínsula y el núcleo caudado generan respuestas similares durante la actividad sexual de las mujeres y los hombres, encontrándose diferencias particulares en el funcionamiento del hipotálamo y de la amígdala de las mujeres durante el acto sexual, es decir, procesan en forma diferente los estímulos sexuales. (Matute, V.,Arévalo, C. & Espinoza, A., 2016)

En la descripción de una respuesta sexual fisiológica, existe un fenómeno relevante, el deseo o apetito sexual, condición mental que crea la necesidad en la mujer de exponerse a estímulos basados en el erotismo, gusto, preferencias, motivaciones y vivencias socioculturales, sean estas espontáneas o adquiridas y que incitan a las mujeres a experimentar sensaciones muy placenteras durante el acto sexual. (Espitia-De La Hoz, F. & Orozco-Gallego, H., 2018)



El deseo sexual, constituye un elemento psíquico importante en la percepción de sensaciones por medio de los sentidos, siendo estas, las que motivan las relaciones sexuales. Su regulación depende de una serie de neurotransmisores cerebrales, hormonas sexuales como los andrógenos y otras como la dopamina, oxitocina, vasopresina, que desencadenan la excitación sexual. El deseo también está relacionado de forma directa con factores del entorno y cultura, que favorecen su expresión de forma adecuada o no. (Goldstein et al., 2017)

Por otra parte neurotransmisores como la serotonina y prolactina inhiben el deseo y por ende la excitación, situación frecuente de observar cuando la mujer no tiene un contexto psíquico y emocional idóneo, que incluso puede anular por completo el deseo sexual. Como consecuencia la mujer pierde la capacidad y el interés de expresar una sexualidad espontánea; desencadenando alteraciones en su respuesta sexual. (Clayton et al., 2018)

En la mujer el deseo sexual puede constituir un indicador de la percepción subjetiva del bienestar sexual, es decir puede existir disminución o ausencia del deseo, derivada de una sensación de insatisfacción sexual que puede expresarse biológicamente como un trastorno en la sexualidad, de hecho la fase del ciclo de respuesta sexual que más se altera es el deseo y generalmente está asociado a una mala condición psico-emocional individual o con la pareja. (Worsley, R., Bell, R.J., Gartoulla, P. & Davis, S.R., 2017)

Existen cambios biológicos durante la respuesta sexual en la mujer derivados de eventos físicos sistémicos y locales en cada una de las fases.

Durante la excitación se presentan cambios sistémicos como un aumento en la temperatura corporal, taquicardia, aumento de la presión arterial, rubor, erección de los pezones, movimientos y contracciones musculares generalizadas; finalmente un estado de alerta y reacción constante necesarios para el acto sexual (Levin, R.J., Both, S., Georgiadis, J., Kukkonen, T., Park, K. & Yang, C.C., 2016). A nivel de los genitales se evidencia un aumento de aporte sanguíneo que genera cambios en el clítoris, aumenta su volumen y sufre una erección, igualmente en la vagina y la vulva a través de terminaciones nerviosas y una vasocongestión local se vuelven tortuosas, dilatándose con facilidad (Meston, C.M. & Stanton, A.M., 2019).



La acción de los estrógenos permite un mayor transporte de líquidos que producen mejor lubricación en la pared vaginal, que favorece notablemente la penetración del pene y los movimientos ejercidos durante el acto sexual. En la pared anterior de la vagina se encuentra una red de inervación sensorial que le confiere mayor sensibilidad erótica y una mejor capacidad de experimentar la sensación de placer. (Moyano, N. & Sierra, J., 2015)

En la fase del orgasmo, todos los cambios mencionados se intensifican, a nivel sistémico aumenta aún más los signos vitales y existe jadeos constantes, hay sudoración y una elevación del umbral del dolor; así como también contracción de los músculos del abdomen, región pélvica y de los miembros inferiores, que participan directamente en el acto sexual (Nekoolaltak, M., Keshavarz, Z., Simbar, M., Nazari, AM. & Baghestani, AR., 2017). Es importante mencionar que se da una mayor secreción de las glándulas vaginales, uretrales y parauretrales que permiten una mejor lubricación, facilitando el clímax alcanzado en esta fase. (Uribe, J.F., Quintero, M. & Gómez, M., 2015)

Finalmente en la resolución, todos los sucesos que se han presentado en fases previas disminuyen; hay un descenso rápido de la frecuencia cardiaca, respiratoria y de la presión arterial, hay menor sudoración y una disminución paulatina de la congestión pélvica y de los órganos sexuales como vulva, vagina y clítoris, se da una relajación muscular generalizada que conlleva a un periodo refractario en el cual resulta difícil alcanzar una nueva respuesta sexual (Moyano, N. & Sierra, J., 2015), luego de orgasmos intensos; sin embargo existe la posibilidad de retomar una etapa multiorgásmica según los estímulos aplicados.

En las mujeres esta fase se acompaña además de una sensación de bienestar total y descanso. (Nekoolaltak, M., Keshavarz, Z., Simbar, M., Nazari, AM. & Baghestani, AR., 2017)

5.14. Disfunción sexual

Las alteraciones en la fisiología de la respuesta sexual femenina se expresan en forma de trastornos sexuales, que afectan directamente la salud de las mujeres, la relación de pareja y su calidad de vida. (McCabe, MP., Sharlip, ID., Lewis, R., Atalla, E., Balon, R., Fisher, AD., Laumann, E., Lee, SW. & Segraves, RT., 2016)



La Organización Mundial de la Salud define a la disfunción sexual “como la dificultad o imposibilidad en cualquier etapa del acto sexual (deseo, excitación, orgasmo o resolución) que evite el disfrute del individuo o pareja durante la actividad sexual” (OMS, 2017).

De acuerdo a lo establecido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales Cuarta Edición (DSM-4) y la Asociación Americana de Psiquiatría, las disfunciones sexuales en las mujeres incluían, deseo sexual hipoactivo, trastorno por aversión al sexo, dispareunia, trastorno de excitación sexual en la mujer, trastorno orgásmico femenino y vaginismo (Asociación Americana de Psiquiatría, 1995).

Actualmente El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales Quinta Edición (DSM-5), establece importantes cambios en las categorías diagnósticas de las disfunciones sexuales en las mujeres, existiendo unificación de ciertas categorías y una diferenciación de las disfunciones sexuales en mujeres y hombres, es así que hoy en día se dividen en: Trastorno orgásmico femenino, Trastorno de interés/excitación femenino y Trastorno del dolor génito-pélvico/penetración. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014)

El Consenso Internacional sobre las Disfunciones Sexuales Femeninas (International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions) incorporó dentro del ciclo de respuesta sexual femenina, las alteraciones en la lubricación y satisfacción; con la finalidad de que la función sexual en las mujeres sea estudiada desde un enfoque integral (Alcántara,A. & Sánchez,C., 2016). En base a lo expuesto se han elaborado un sin número de instrumentos de investigación para medir la función sexual en mujeres, el más utilizado para evaluar la función sexual, es el índice de Función Sexual Femenina (IFSF), que en base al DSM-4 y al Consenso Internacional sobre las Disfunciones Sexuales Femeninas, evalúa seis dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. La interpretación es directamente proporcional, pues a mayor puntaje mejor es la función sexual de la mujer. (Valenzuela, R., Contreras, Y. & Manriquez, K., 2014)

Las disfunciones sexuales en mujeres pueden tener un origen orgánico y no orgánico, el segundo depende la mayor parte de veces de factores psíquicos como -



ansiedad, baja autoestima y experiencias sexuales traumáticas que influyen negativamente en bienestar sexual de las mujeres. (Alcántara,A. & Sánchez,C., 2016)

Otros factores prioritarios de visibilizar en la presentación de este tipo de trastorno son: el componente emocional derivado de la relación y comunicación con la pareja, así como elementos del entorno social que inciden directamente en el comportamiento sexual de las mujeres. (Bornstein et al., 2016)

La disfunción sexual en la mujer, constituye un fenómeno multifactorial y multidimensional, en el que existen cambios o alteraciones en el desempeño sexual de la mujer; de forma temporal o permanente y que a su vez impide el disfrute satisfactorio de la sexualidad. (Jafarzadeh Esfehni et al., 2016)

Definir la disfunción sexual femenina resulta muy difícil pues si bien es un trastorno que se manifiesta de forma física, representa un problema biopsicosocial no visibilizado que reprime completamente la sexualidad en las mujeres, gracias a la influencia de los componentes contextuales y de género, presentes en torno a la vivencia de la misma (Miranda, V & Lara, M., 2017). Frente a esta situación es prioritario que las mujeres se empoderen en el conocimiento de su salud, fisiología y respuesta sexual, para disfrutar de una sexualidad saludable, mejorando sus relaciones de pareja y por ende su calidad de vida. (Vizcaíno, M., 2017)

En base al Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales Cuarta Edición y al Consenso Internacional sobre las Disfunciones Sexuales Femeninas se describe a continuación la clasificación de la disfunción sexual femenina y sus trastornos.

5.15. Disfunción sexual femenina y sus trastornos

5.15.1. Trastornos del deseo sexual

5.15.1.1. Deseo sexual hipoactivo

Esta alteración tiene una prevalencia del 36 al 39%, encontrándose hasta en un tercio de las mujeres. Se caracteriza por una inhibición persistente o recurrente de las fantasías sexuales y la ausencia del deseo o interés por la actividad sexual, que genera insatisfacción permanente acompañada de una tendencia a la evitación y al rechazo sexual. (Zelege, BM., Bell, R.J, Billah, B. & Davis, SR., 2017)



Su etiología puede ser psíquica u orgánica, encontrándose relación con alteraciones en los niveles plasmáticos de testosterona libre y prolactina. Puede existir disminución o ausencia del deseo sexual como consecuencia de una mala calidad en las relaciones sexuales o con la pareja. (Jofre, R., 2017)

5.15.1.2. Deseo sexual hiperactivo

Se lo define como el deseo constante de tener actividad sexual de forma impulsiva, descontrolada e irracional que altera completamente la vida en pareja, familiar, laboral y social de las mujeres. (Matute, V., Arévalo, C. & Espinoza, A., 2016)

5.15.1.3. Aversión al sexo

Es una fobia o miedo persistente y recurrente que se presenta en situaciones de actividad sexual, que les conlleva a evitar experiencias o contactos sexuales, esta alteración ocasiona problemas constantes en la relación de pareja. (Miranda, V & Lara, M., 2017)

5.15.2. Trastornos de la excitación

Su presentación depende de un componente objetivo, a expensas de la lubricación y vasocongestión local, que desencadena la excitación genital y un componente subjetivo que se fundamenta en el interés mental durante el acto sexual. Por ende su trastorno se lo define como la incapacidad constante para obtener y mantener los cambios físicos y mentales relacionados con la excitación. (Meston, CM. & Stanton, AM., 2019)

5.15.3. Trastornos en el orgasmo

Se prevalencia es variable oscila en cifras entre el 16 al 25% (Kingsberg, S. & Woodard, T., 2015). Consiste en la ausencia y un retraso persistente o recurrente del orgasmo en un ciclo de respuesta sexual normal. Existe además falta de contracción muscular y una vasocongestión pélvica y genital que permita alcanzar el clímax en un periodo promedio de 8 a 12 segundos. (Nekoolaltak, M., Keshavarz, Z., Simbar, M., Nazari, AM. & Baghestani, AR., 2017)

Este tipo de alteración puede ser primaria cuando la mujer no ha experimentado nunca un orgasmo o secundaria cuando la mujer lo experimenta luego de haber tenido eventos orgásmicos normales. (Alcántara, A. & Sánchez, C., 2016)



El orgasmo es una fase, que puede verse afectada por una relación de pareja insatisfecha, generalmente para que las mujeres alcancen un orgasmo satisfactorio se requiere de una relación de pareja equilibrada y saludable, así como de un buen ritmo y duración del acto sexual.

En general las mujeres que no son capaces de experimentar un orgasmo, tampoco suelen abordar prácticas eróticas y tienden a una pérdida marcada del líbido. (Uribe, J.F., Quintero, M. & Gómez, M., 2015)

5.15.4. Trastornos sexuales por dolor

Los trastornos sexuales relacionados con el dolor presentan una prevalencia mundial entre el 14 y 27%, siendo los más frecuentes la dispareunia y el vaginismo. (Miranda, V & Lara, M., 2017)

5.15.4.1. Dispareunia

Su frecuencia oscila entre el 9 al 44%, es el dolor genital persistente antes durante y después de una relación sexual (Pukall et al., 2016). Puede ser superficial cuando se produce al inicio de la penetración y profundo cuando se produce y mantiene durante los movimientos ejercidos en el coito.

Existe también dolor sexual no asociado a la penetración, este se desencadena con la estimulación táctil en región vulvar. Su etiología está relacionada con cambios orgánicos como disminución de hormonas específicamente los estrógenos o por falta de una estimulación sexual adecuada. (Becerra-Alfonso, 2015)

El dolor durante el acto sexual es un trastorno que puede derivarse de problemas con la pareja, especialmente por sentimientos de ira, rechazo o miedo, que produce en la mujer un mecanismo de defensa psíquico que se expresa en forma física con dolor, que permite a la mujer evitar una relación sexual no deseada. (Pukall et al., 2016)

5.15.4.2. Vaginismo

Es la contracción involuntaria recurrente o persistente de la musculatura perivaginal y de su tercio externo que imposibilita la penetración durante la relación sexual o exploración ginecológica. (Bornstein et al., 2016)



5.15.5. Trastornos de la lubricación y satisfacción

El Consenso Internacional sobre las Disfunciones Sexuales Femeninas (International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions) (Díaz, 2016), incorporaron dos alteraciones dentro del ciclo de respuesta sexual femenina: en la lubricación y satisfacción, con la finalidad de que la función sexual y sus trastornos sean analizados de forma más completa. (Alcántara, A. & Sánchez, C., 2016)

Las alteraciones en la lubricación se presentan en un 39%, pueden estar relacionadas con la edad y con alteraciones hormonales. Su presentación es variable, en países con un potente constructo patriarcal sus cifras aumentan, por lo que se considera que está relacionado también con factores psicosociales. (Reed et al., 2016)

Las alteraciones en la satisfacción sexual se presentan en un 32%, a pesar de ello, se ha observado porcentajes variables por ser un factor que se encuentra íntimamente relacionado con la satisfacción sexual de la pareja, en consecuencia muchas mujeres se consideran satisfechas sexualmente si su pareja lo está. (Stephenson, K.R., Toorabally, N., Lyon, S. L. & Meston, C., 2016)

La satisfacción sexual se la entiende como el nivel de bienestar total y plenitud en el proceso de interacción sexual, que se puede expresar por medio de respuestas físicas y emocionales en base a un lenguaje verbal y corporal al interior de la pareja. (Urbano-Contreras, 2019)

Iglesias-Campos, 2018, en su estudio sobre la satisfacción sexual de las mujeres, concluyó que en torno a la edad, existe una relación inversamente proporcional, es decir a menor edad mayor satisfacción sexual y viceversa a mayor edad es menor la satisfacción. (Iglesias-Campos, P., Morell-mengual, V., Caballero-Gascón, L. & Ceccato, R., 2018)

Consecuentemente, la satisfacción sexual en la mujer depende de una actividad sexual saludable que permita a su vez una adecuada integración con la pareja generando un impacto positivo en su salud sexual. (Díaz, 2016)

5.16. Influencia de los factores psicosociales en la disfunción sexual femenina

La disfunción sexual femenina se puede asociar a ciertos factores biopsicosociales-



como la edad, instrucción, estado civil, nivel socioeconómico, experiencias sexuales traumáticas, calidad en la relación de pareja y violencia de pareja. (Bustos,G & Pérez,R., 2018)

En relación a la **edad**, la bibliografía consultada da a conocer que las disfunciones sexuales en las mujeres pueden estar relacionadas con cambios hormonales propios de la edad de presentación, no obstante también se encuentra relacionado con factores psicosociales. (Arrellano, 2017)

La **instrucción** puede actuar como un factor de riesgo o protección, es así que algunas investigaciones concuerdan que el nivel de instrucción bajo (ninguno-primaria) se relaciona con una mayor prevalencia de disfunción sexual femenina, por el contrario el nivel de educación medio o superior se ha asociado a un menor porcentaje de disfunción sexual. (Matute, V.,Arévalo, C. & Espinoza, A., 2016)

En torno al **estado civil**, representa un factor investigado en muchos estudios, en los cuales se puede observar datos muy variados que reportan sobre el estado soltero/a o unión libre, como un factor protector de padecer disfunción sexual. Otras investigaciones exponen que las mujeres casadas, tiene menos disfunción sexual, debido a la existencia de una estabilidad de pareja. (Díaz-Vélez, C, & Samalvides-Cuba, F., 2017)

El **nivel socioeconómico** constituye un factor asociado cuyo comportamiento de riesgo está más relacionado a un nivel socioeconómico bajo ligado a la pobreza, así en algunos estudios como el realizado por Palaguachi, 2018, sobre disfunción sexual femenina, la autora concluye que pertenecer a la clase baja/marginal se asoció 3,57 veces más con disfunción sexual femenina con un valor $p < 0.001$. (Palaguachi, 2018)

La exposición a **experiencias sexuales traumáticas**, constituye en muchas mujeres un factor predisponente de padecer disfunciones sexuales, así Valenzuela, 2014, en su estudio sobre disfunción sexual femenina encontró un 7,9% de abuso sexual en las mujeres con este trastorno. (Valenzuela, R., Contreras, Y. & Manriquez, K., 2014)

En lo referente a la **calidad en la relación de pareja**, es importante partir de la concepción de la relación en pareja, con diferentes interpretaciones de acuerdo a-



la diversidad y a la configuración que existe en torno a cómo están conformadas, es así que puede establecerse varios tipos de pareja, a partir de conceptos clásicos como: pareja heterosexual monogámica (mujer/hombre) y la pareja familiar cuyo eje es la presencia de hijos/as. (Blandón-Hincapíe, A. & López-Serna, L., 2016)

Una relación de pareja sana resulta de la interacción principalmente de elementos emocionales que la fortalecen como el afecto, amor y empatía (Morales, 2016). Resulta utópico esperar que en una relación dos individuos alcancen un acoplamiento perfecto pues son seres diferentes con costumbres y tradiciones propias. Esta diferencia constituye el motor que genera dificultades en la fase de convivencia de una pareja, la que habitualmente requiere un proceso constante de retroalimentación positiva y negativa en torno a conductas y comportamientos modificables, que si se los identifica oportunamente permite a la pareja encontrar soluciones a los problemas de convivencia diaria, con el propósito de que la calidad de vida en pareja sea lo más sana y equitativa (Angel, A., Rodríguez, M. & Barraza, A., 2015). Una relación de pareja saludable en la cual la vivencia de la sexualidad es equitativa, con libertad, respeto, permite que la mujer alcance un nivel de satisfacción sexual adecuado, condición que se refleja en un estado de bienestar en su salud y en su calidad de vida. (Kingsberg, S. & Woodard, T., 2015)

La **violencia de pareja** constituye un factor social importante en la presentación de trastornos sexuales, así en algunas investigaciones sobre disfunción sexual femenina se ha encontrado asociación estadística con violencia de pareja. Matute, 2013, en su estudio sobre disfunción sexual femenina y factores asociados, concluye que la violencia de pareja constituyó un factor de riesgo (OR= 1,95; IC 95%= 1,03-3,70) $p < 0.047$. (Matute, V., Arévalo, C. & Espinoza, A., 2016).

Igualmente Palaguachi, 2018 en su estudio sobre disfunción sexual femenina, concluye que la violencia de pareja moderada/grave se relacionó con 2,24 veces más prevalencia de disfunción sexual (RP= 2,24; IC 95%= 1,76-2,85) con un valor $p < 0.001$. (Palaguachi, 2018)



6. OBJETIVOS

6.1 Objetivo general

Determinar la influencia de violencia de pareja en la disfunción sexual femenina, en usuarias del Centro de Especialidades Central Cuenca del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, año 2018.

6.2 Objetivos específicos

- 6.2.1 Caracterizar socio demográficamente la población de estudio según las variables: edad, estado civil, instrucción, residencia, ocupación, nivel socioeconómico, religión, etnia, orientación sexual, estado de pareja, inicio de vida sexual, número de compañeros sexuales, edad de la pareja, experiencia sexual traumática y calidad de la relación de pareja.
- 6.2.2 Determinar la prevalencia de violencia de pareja y disfunción sexual femenina.
- 6.2.3 Caracterizar la violencia de pareja según las dimensiones: física, psicológica, sexual, social, patrimonial y género.
- 6.2.4 Caracterizar la disfunción sexual femenina según: trastornos del deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor.
- 6.2.5 Identificar relaciones de las variables de estudio violencia de pareja y disfunción sexual femenina con factores asociados como: edad, instrucción, estado civil, nivel socioeconómico, experiencia sexual traumática y calidad en la relación de pareja.

6.3 La pregunta de investigación

¿Cuál es la influencia de la violencia de pareja en la disfunción sexual femenina en usuarias del Centro de Especialidades Central Cuenca del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, año 2018?

6.4. Hipótesis

La disfunción sexual se presenta con más frecuencia en mujeres con factores asociados como: violencia de pareja, edad, instrucción, estado civil, nivel socioeconómico, experiencia sexual traumática y calidad en la relación de pareja.



7. Diseño metodológico

7.1. Nivel y tipo de investigación

El presente estudio correspondió a una investigación de orden cuantitativa, analítica, de cohorte transversal y observacional, que principalmente se enfocó en poner en evidencia la violencia de pareja y su influencia en la génesis de la disfunción sexual femenina y la relación de las variables de estudio con factores asociados descritos en la bibliografía consultada.

7.2. Área de estudio

El presente estudio fue realizado en el Departamento de Ginecología del Centro de Especialidades Central Cuenca, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social durante el año 2018.

7.3. Población

Según registros de atención a usuarias en el año 2017, en la institución participante, se contó con un universo aproximado de 12.558 usuarias que asistieron a consulta ginecológica en el Centro de Especialidades Central Cuenca del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

7.4. Diseño muestral

En base al universo descrito se procedió a realizar el cálculo de la muestra por medio del programa Epidat 3.1 de acuerdo a los siguientes fundamentos: prevalencia de disfunción sexual del 50%, nivel de confianza del 95% y un porcentaje de error del 5%; luego de aplicar dicho procedimiento se obtuvo una muestra mínima de 373 pacientes, no obstante, se designó un 10% de pérdidas esperadas, constituyéndose un número final de 410 participantes en la investigación. La selección de las unidades de análisis se realizó por conveniencia, en virtud de que para la aplicación del formulario de función sexual era un requisito necesario tener vida sexual activa.

7.5. Unidad de análisis

Pacientes con vida sexual activa atendidas en el Centro de Especialidades Central Cuenca del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social durante el periodo marzo a agosto del año 2018.

7.6. Criterios de inclusión y exclusión



7.6.1. Criterios de inclusión

- Pacientes atendidas en el Centro de Especialidades Central Cuenca del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, en el Área de Consulta Externa de Ginecología con rangos de edad entre 20 y 65 años durante el periodo marzo a agosto del 2018.
- Usuarias con vida sexual activa (que hayan tenido relaciones sexuales los 6 meses previos a la aplicación del formulario).
- Aceptación de participación en la investigación por medio de la lectura y firma correspondiente en el consentimiento informado.

7.6.2. Criterios de exclusión

- Mujeres con déficit cognitivo o retraso mental.
- Participantes que consuman psicofármacos como: ansiolíticos, antidepresivos o antipsicóticos.
- Usuarias con antecedentes de enfermedades crónicas degenerativas y endocrinopatías.
- Mujeres con antecedentes de hábitos tóxicos como: alcohol o drogas.
- Participantes en periodo de gravidez.

7.7. Variables

7.7.1 Variables sociodemográficas: edad, estado civil, instrucción, residencia, ocupación, nivel socioeconómico, religión, etnia, orientación sexual, estado de pareja, inicio de vida sexual, número de compañeros sexuales, edad de la pareja, experiencia sexual traumática y calidad de la relación de pareja.

- Variable dependiente: disfunción sexual.
- Variables independientes: violencia de pareja, edad, instrucción, estado civil, nivel socioeconómico, experiencia sexual traumática y calidad en la relación de pareja.

7.8. Descripción de la intervención y procedimientos para la recolección de la información

7.8.1. Autorización

Posterior a la aprobación por la Universidad de Cuenca, se solicitó autorización para la realización del estudio a la Directora del Centro de



Especialidades Central Cuenca del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Cuenca.

7.8.2. Supervisión

La supervisión del presente trabajo fue realizada por el Director de la investigación, Dr. Manuel Lucas y las asesoras la Dra. Cumandá Abril y la Dra. Jeanneth Tapia.

7.8.3. Recolección de datos

El formulario aplicado en el presente estudio recogió datos de las siguientes variables sociodemográficas como son: edad, estado civil, instrucción, residencia, ocupación, nivel socioeconómico, religión, etnia, orientación sexual, estado de pareja, inicio de vida sexual, número de compañeros sexuales, edad de la pareja, antecedente de experiencia sexual traumática y calidad de la relación de pareja.

Es importante subrayar que se utilizaron 3 formularios validados en otras investigaciones tanto nacionales como internacionales para recolectar la información de violencia de pareja, función sexual y nivel socio-económico los mismos que se detallan a continuación:

Escala de violencia intrafamiliar VIFJ4: este instrumento fue elaborado por Jaramillo y colaboradores, quienes realizaron una validación por medio de juicio de expertos, además de pruebas estadísticas en base al coeficiente Alfa de Cronbach, arrojando un nivel de consistencia de 0.93. El cuestionario en mención contó de 25 preguntas que se agruparon en 6 dimensiones: violencia física, psicológica, sexual, social, patrimonial y género. Los puntos de cohorte que se aplicaron para encasillar a una mujer que sufre violencia de pareja fueron: si tiene 25 puntos no sufre de violencia, de 26 a 35 puntos corresponde a violencia leve, 36 a 67 moderada y más de 68 severa. Es importante subrayar que si el agresor consume alcohol y/o drogas se adicionó 3 puntos al puntaje final de la escala y si tienen un puntaje mayor a 68, el riesgo de femicidio está presente; sin embargo se deberá tener en cuenta otros determinantes sociales y culturales, al momento de evaluar el riesgo real de violencia que las mujeres puede experimentar al interior de una relación de pareja, independientemente del puntaje obtenido en la escala de violencia intrafamiliar. (Jaramillo, J., Bermeo, J., Caldas, J. & Astudillo, J., 2014)



Índice de Función Sexual Femenina (IFSF): elaborado por Rosen y colaboradores, es un cuestionario que contiene 19 preguntas y que evalúa primordialmente los 6 dominios de la función sexual: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor; cada uno de los ítems de preguntas consta de 5 a 6 opciones de respuesta con puntajes que fluctúan entre 0 a 5. Una vez terminada la encuesta el puntaje de cada dominio se multiplica por un factor constante y el resultado es la suma de todos los dominios, con un score mínimo de 2 y máximo de 36. Finalmente, la interpretación es directamente proporcional, pues a mayor puntaje mejor es la función sexual de la participante, el punto de cohorte fue de 26 puntos, si el resultado obtenido fue menor presentó disfunción sexual y si fue de 26 y más la función sexual fue normal. (Valenzuela, R., Contreras, Y. & Manriquez, K., 2014)

Escala de Graffar-Méndez Castellanos: con la cual se clasificó el nivel socioeconómico de las participantes, se evaluó la ocupación del jefe/a de la familia, la instrucción de la madre, la fuente de ingresos económicos y las condiciones de la vivienda. Cada parámetro fue analizado por separado y posteriormente se realizó la suma de todos los puntajes, los cuales fueron encasillados según la siguiente escala de puntuación: de 4 a 6 = alto, 7 a 9 = medio-alto, 10 a 12 = medio-medio, 13 a 16 pobreza relativa y de 17 a 20 pobreza extrema. (Ramirez, L., 2012)

7.9. Análisis de resultados

Se realizó un análisis descriptivo univariado y otro analítico bivariado, respecto a variables cualitativas se aplicaron medias y porcentajes y para las cuantitativas medias y desviación estándar.

Para evaluar la correlación estadística con las variables de estudio, se aplicó la prueba estadística de Kolmogorov-Smirnov, comprobando que el nivel de significancia de la población estudiada fue menor que 0,05 y la distribución no fue normal, recomendando el uso de pruebas no paramétricas para el análisis de los resultados.

Se utilizó la Correlación de Spearman, Kruskal-Wallis y U de Mann-Whitney; además se aplicó la prueba del chi cuadrado, determinándose razón de prevalencia con intervalo de confianza al 95% y valor de $p < 0,05$.

7.10. Programas utilizados



Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 23, Microsoft Office Professional Plus 2013, Epidat 3.1.

7.11. Aspectos éticos

Previa a la puesta en marcha del presente estudio se contó con la autorización de la Directora Médica del Centro de Especialidades Central Cuenca del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, de la Universidad de Cuenca y de la Maestría en Género, Desarrollo, Salud Sexual y Reproductiva.

Las mujeres que formaron parte de la investigación han sido salvaguardadas de forma social, física y psicológica, pues en todo el proceso de la aplicación del formulario de recolección de datos, se guardó absoluta confidencialidad.

Se respetó la autonomía de las participantes, solicitando un consentimiento por escrito, con su correspondiente firma de participación.

Los registros físicos y digitales fueron custodiados por la autora de la presente investigación y serán puestos a consideración de las instancias pertinentes en caso de ser requeridas. La autora declara que no existen conflictos de intereses con las participantes de la investigación.

La información obtenida en la presente investigación, será socializada con las autoridades del Centro de Especialidades Central Cuenca, con la finalidad de realizar una retroalimentación en torno a los casos identificados sobre violencia de pareja, para el manejo y seguimiento integral y articulado con el Ministerio de Salud Pública y demás instituciones según sus competencias, garantizando así una atención de calidad a las usuarias.

8. RESULTADOS

8.1. Análisis descriptivo univariado

- El objetivo N° 1 se resume en las tablas N°1 hasta la tabla N°4.
- El objetivo N° 2 se resume en la tabla N° 5.
- El objetivo N°3 se resume en la tabla N°6 y tabla N°7.
- El objetivo N° 4 se resume en la tabla N° 8.

8.1.1. Tabla N° 1. Caracterización sociodemográfica e Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) de la población de estudio

CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA					
EDAD: GRUPOS ETARIOS	N	%	*Media (±DS) *IFSF	IFSF Puntaje	
				Mínimo	Máximo
20 a 29 años	76	18,5	25,66±6,30	7,2	33,9
30 a 39 años	145	35,4	26,61±6,01	7,8	35,1
40 a 49 años	97	23,7	23,75±6,89	9,8	35,1
50 a 59 años	73	17,8	19,26±7,03	7,2	35,1
60 o más años	19	4,6	19,56±7,03	8,7	34,2
ESTADO CIVIL	N	%	*Media(±DS)	Mínimo	Máximo
Soltera	72	17,6	25,86±6,65	9,3	33,9
Casada	278	67,8	23,52±7,23	7,2	35,1
Viuda	2	0,5	14,90±5,51	11,0	18,8
Divorciada	7	1,7	27,80±3,68	22,5	32,0
Unión Libre	51	12,4	24,78±6,41	7,2	34,8
INSTRUCCIÓN	N	%	*Media(±DS)	Mínimo	Máximo
Primaria	72	17,6	21,10±7,11	7,2	33,9
Secundaria	165	40,2	23,60±6,92	7,2	35,1
Superior	173	42,2	25,88±6,70	8,6	35,1
RESIDENCIA	N	%	*Media(±DS)	Mínimo	Máximo
Urbana	308	75,1	24,12±7,06	7,2	35,1
Rural	102	24,9	24,12±7,10	7,8	34,2
OCUPACIÓN	N	%	*Media(±DS)	Mínimo	Máximo
Trabaja	347	84,6	24,67±6,88	7,2	35,1
Estudia	3	0,7	28,76±3,66	25,3	32,6
Hogar	58	14,1	20,47±7,20	9,5	34,2
Ninguno	2	0,6	28,20±6,92	23,3	33,1



N. SOCIOECONÓMICO	N	%	*Media(±DS)	Mínimo	Máximo
Alto	13	3,2	27,80±8,15	11,9	35,1
Medio-alto	179	43,7	25,17±6,89	8,6	35,1
Medio-medio	158	38,5	23,47±6,80	7,2	35,1
Pobreza relativa	60	14,6	21,92±7,32	7,2	34,0
RELIGIÓN	N	%	*Media(±DS)	Mínimo	Máximo
Católica	369	90	24,14±7,12	7,2	35,1
Evangélica	18	4,39	22,45±6,79	9,3	33,2
Testigo de Jehová	3	0,73	19,36±8,77	14,2	29,5
Otros	20	4,88	25,94±5,69	14,9	34,8
ETNIA	N	%	*Media(±DS)	Mínimo	Máximo
Mestiza	399	97,32	24,14±7,06	7,2	35,1
Afroecuatoriana	2	0,49	31,50±1,55	30,4	32,6
Blanca	6	1,46	19,56±4,17	13,6	25,1
Indígena	3	0,73	25,80±10,32	14,0	33,2
ORIENTACIÓN SEXUAL	N	%	*Media(±DS)	Mínimo	Máximo
Heterosexual	410	100	24,12±7,06	7,2	35,1
ESTADO DE PAREJA	N	%	*Media(±DS)	Mínimo	Máximo
Con pareja estable (Casada, unión libre)	279	68,0	23,52±7,22	7,2	35,1
Sin pareja estable (Otros, soltera, viuda y divorciada)	131	32,0	25,40±6,56	7,2	34,8
MEDIA GENERAL *(IFSF)	410	100	24,12±7,06	7,2	35,1

Fuente: base de datos.

Elaborado: Paola Romero.

* IFSF (Índice de Función Sexual Femenina).

* Media del IFSF, indica el comportamiento de la media del puntaje del Índice de Función Sexual Femenina y su desviación estándar, con el puntaje mínimo y máximo obtenido según score mínimo 2 y máximo 36 puntos, de acuerdo a las variables sociodemográficas de la población de estudio.

En la tabla N° 1, se expone la caracterización sociodemográfica de la población de estudio, el valor de la media, desviación estándar y el puntaje mínimo y máximo del Índice de Función Sexual Femenina (IFSF), según su score mínimo 2 y máximo 36 puntos. Este análisis se lo realizó con la finalidad de consolidar en una sola tabla, las variaciones en el comportamiento de la función sexual de las mujeres de acuerdo a las variables sociodemográficas.



Se estudiaron 410 usuarias, el grupo de edad más frecuente fue de 30 a 39 años en un 35,4% (n=145). El 67,8% (n=278) eran casadas y residían en la zona urbana el 75,1% (n=308). En lo referente a la etnia el 97,32% (n=399) de las mujeres se autodefinieron mestizas y el 100% (n=410) heterosexuales. La religión mayoritaria fue la católica en un 90% (n=369). El nivel socioeconómico medio-alto 43,7%(n=179) y la instrucción superior 42,2% (n=173) fueron los más frecuentes y finalmente el 84,6% (n=347) trabajaban. En lo referente a la pareja se encontró que el 68% (n=279) tenían pareja estable (casadas, unión libre) en comparación al 32% (n=131) sin pareja estable (Otros, soltera, viuda y divorciada).

En relación al valor de la media del Índice de Función Sexual femenina, se expone que un mayor puntaje en la misma, refleja una mejor función sexual en la mujer, es así que la media del IFSF según las características sociodemográficas presentó el siguiente comportamiento.

La edad por grupos etarios presentó la media más alta en el grupo de 30 a 39 años $26,61 \pm 6,01$ y la media más baja en el grupo de 50 a 59 años $19,26 \pm 7,03$. El estado civil divorciada tuvo la media más alta $27,80 \pm 3,68$ y las medias más bajas se encontraron en el estado casada $23,52 \pm 7,23$ y viuda con $14,90 \pm 5,51$.

La instrucción primaria presentó la media más baja $21,10 \pm 7,11$ y el nivel superior la media más alta $25,88 \pm 6,70$. En relación a la ocupación, las mujeres que estudiaban presentaron la media más alta $28,76 \pm 3,66$, seguidas de las que trabajan con $24,67 \pm 6,88$ y las que pasan en el hogar tuvieron la media más baja con $20,47 \pm 7,20$. El nivel socioeconómico alto tuvo la media con mayor puntaje $27,80 \pm 8,15$ y la media más baja estuvo en el nivel de pobreza relativa $21,92 \pm 7,32$.

En relación a la etnia si bien el mayor porcentaje se autodefinieron mestizas en un 97,32% la media en este grupo fue de $24,14 \pm 7,06$. En las afroaecuatorianas se encontró la media más alta con $31,50 \pm 1,55$ y la media más baja fue en el grupo que se autodefinió como blanca con $19,56 \pm 4,17$, es importante mencionar que en estos dos últimos grupos el número de mujeres fue reducido. Finalmente en cuanto a la relación con la pareja, se encontró la media más alta en las mujeres sin pareja estable (otros, soltera, viuda y divorciada) con $25,40 \pm 6,56$ en comparación con las que tenían pareja estable (casada, unión libre) con una media menor de $23,52 \pm 7,22$.

**8.1.2. Tabla N° 2. Estadísticos Descriptivos: edad y actividad sexual.**

Variable	Mínimo	Máximo	Media	DS±
Edad de la mujer	20	64	39,66	10,67
Edad de inicio de vida sexual	9	54	20,38	4,88
N° de compañeros sexuales	1	10	1,90	1,22
Edad de la pareja	22	93	42,24	12,23

Fuente: base de datos
Elaboración: Paola Romero.

En la tabla N° 2 se expone los estadísticos descriptivos en relación a la edad y actividad sexual de las 410 participantes del presente estudio, se encontró una edad media de 39,66 \pm 10,67, con un mínimo de 20 y máximo de 64 años. La media del inicio de vida sexual fue de 20,38 \pm 4,88, con un mínimo de 9 años y un máximo de 54 años. Con respecto al número de compañeros sexuales la media fue de 1,90 \pm 1,22, con un mínimo de 1 y máximo 10. En torno a la edad de la pareja la media fue de 42,24 \pm 12,23, con un mínimo de 22 y máximo 93 años

8.1.3. Tabla N° 3. Distribución de las mujeres con experiencia sexual traumática

Experiencia sexual traumática		
Tipo de experiencia	Número	Porcentaje
Violación	44	47,31
Trastornos sexuales de la pareja	19	20,43
Acoso sexual	12	12,9
Otros	18	19,36
Total	93	100

Fuente: base de datos
Elaboración: Paola Romero.





La tabla N° 3, expone la percepción de las mujeres en relación al antecedente de haber experimentado una experiencia sexual traumática. Es importante indicar que el tipo de experiencia descrita, resume las expresiones más frecuentes manifestadas por las participantes de la presente investigación, observándose que del total de la población de estudio 100% (410) mujeres, el 22,7% (n=93), manifestaron haber tenido algún tipo de experiencia sexual traumática en su vida, entre las que destacan: violación 47,31% (n=44), trastornos sexuales de la pareja 20,43% (n=19), acoso sexual 12,9% (n=12) y otros 19,36% (n=18).

8.1.4. Tabla N° 4. Distribución de mujeres según la calidad de la relación con la pareja

Percepción sobre la calidad de la relación con la pareja		
Calidad	Número	Porcentaje
Satisfecha (buena)	286	69,8
Insatisfecha (regular-mala)	124	30,2
Total	410	100

Fuente: base de datos
Elaboración: Paola Romero.

En la tabla N°4, se expone la distribución de mujeres según su percepción de la calidad de la relación con la pareja, se encontró que del total de la población de estudio, el 69,8% (n=286), manifestaron tener una relación satisfecha (buena), en comparación con el 30,2% (n=124) que expresaron tener una relación insatisfecha (regular-mala).



8.1.5. Tabla N° 5. Prevalencia de la violencia de pareja y disfunción sexual femenina (DSF) según la escala de violencia intrafamiliar e Índice de Función Sexual Femenina.

Prevalencia de violencia de pareja		
Variable	Número	Porcentaje
Si tiene violencia de pareja	382	93,2
No tiene violencia de pareja	28	6,8
Total	410	100

Prevalencia de disfunción sexual femenina (DSF)		
Variable	Número	Porcentaje
Si tiene *DSF	226	55,1
No tiene *DSF	184	44,9
Total	410	100

Fuente: base de datos.

Elaboración: Paola Romero.

* DSF (Disfunción sexual femenina).

En la tabla N° 5 se expone los resultados de la prevalencia de la violencia de pareja y disfunción sexual femenina de acuerdo a la escala de violencia intrafamiliar y al Índice de Función Sexual Femenina, del 100% de la población de estudio, la prevalencia de la violencia de pareja fue del 93,2% (n=382), en comparación con el 6,8% (n=28) que indicaron no sufrir violencia de pareja. La prevalencia de la disfunción sexual femenina, se presentó en el 55,1% (n=226) en comparación con el 44,9% (n=184) que no presentaron este trastorno.

**8.1.6. Tabla N° 6. Caracterización de la violencia de pareja según la escala de violencia intrafamiliar**

TIPO DE VIOLENCIA	FRECUENCIA	*PORCENTAJE
Género	336	88,0
Psicológica	323	84,6
Social	289	75,7
Sexual	232	60,7
Patrimonial	170	44,5
Física	117	30,6

Fuente: base de datos.

Elaborado: Paola Romero

* Los porcentajes corresponden al análisis de cada tipo de violencia, pues las mujeres experimentaron simultáneamente varios tipos de violencia.

En la tabla N° 6 se expone la caracterización de la violencia de pareja de acuerdo a la escala de violencia intrafamiliar y sus dimensiones, encontrándose la violencia de género en un 88%, seguida de la violencia psicológica en un 84,6%, violencia social en un 75,7%, violencia sexual en un 60,7%, violencia patrimonial en un 44,5% y finalmente la violencia física en un 30,6%. Los porcentajes corresponden al análisis de cada tipo de violencia, pues las mujeres experimentaron simultáneamente varios tipos de violencia.

8.1.7. Tabla N° 7. Caracterización de la violencia de pareja de acuerdo a la escala de violencia intrafamiliar según gravedad

Violencia de pareja según su gravedad		
Gravedad	Frecuencia	Porcentaje
Violencia Leve	164	42,9
Violencia Moderada	183	47,9
Violencia Severa	35	9,2
Total	382	100

Fuente: base de datos.

Elaboración: Paola Romero

En la tabla N° 7, se describe la caracterización de la violencia de pareja de acuerdo a la escala de violencia intrafamiliar según gravedad. Se consideró importante exponer los resultados encontrados en relación a la gravedad de la violencia de pareja, con la finalidad de realizar un análisis más completo de la información obtenida; por lo tanto de las 410 participantes, 382 mujeres experimentaron violencia de pareja, siendo la violencia moderada la más frecuente con un 47,9% (n=183), seguida de la violencia leve con 42,9% (n=164) y finalmente la violencia severa con un 9,2% (n=35).

8.1.8. Tabla N° 8. Caracterización de la disfunción sexual femenina de acuerdo al Índice de Función Sexual Femenina según dominio alterado

DOMINIO ALTERADO	FRECUENCIA	*PORCENTAJE
Deseo	210	51,2
Lubricación	136	33,2
Excitación	126	30,7
Orgasmo	94	22,9
Dolor	86	21,0
Satisfacción	78	19,0

Fuente: base de datos.



Elaborado: Paola Romero.

* Los porcentajes corresponden al análisis de cada dominio, pues las mujeres expresaron alteración en varios dominios.

En la tabla N° 8 se describe la caracterización de la disfunción sexual femenina según dominio alterado del Índice de Función Sexual Femenina, encontrándose el deseo sexual alterado en un 51,2%, seguido de lubricación en un 33,2%, excitación en un 30,7%, orgasmo en un 22,9%, dolor en un 21% y satisfacción en un 19%. Los porcentajes obtenidos corresponden al análisis de cada dominio, pues las mujeres expresaron alteración simultánea en varios dominios.

8.2. Análisis correlacional bivariado

- El objetivo N° 5 de la presente investigación se describe en las tablas N° 9 hasta la tabla N° 16.

8.2.1. Tabla N° 9. Correlación de la violencia de pareja y factores asociados

Variable	Total (n)	Correlación
Edad por grupos etarios		
20 a 29 años	76	Prueba de Krustall-wallis
30 a 39 años	145	Valor de p <0,900
40 a 49 años	97	
50 a 59 años	73	
60 años y más	19	
Estado civil		
Soltera	72	Prueba de Krustall-wallis
Casada	278	Valor de p <0,730
Viuda	2	
Divorciada	7	
Unión libre	51	
Instrucción		
Primaria	72	Prueba de Krustall-wallis
Secundaria	165	Valor de p <0,000



Superior	173	
-----------------	-----	--

Nivel socioeconómico		
Alto	13	Prueba de Krustall-wallis
Medio-alto	179	Valor de p <0,000
Medio-medio	158	
Pobreza relativa	60	

Calidad de la relación con la pareja		
Buena	286	Prueba de Krustall-wallis
Regular	103	Valor de p <0,000
Mala	21	

Experiencia sexual traumática		
Si	93	U. Mann Whitney
No	317	Valor de p <0,000

Disfunción Sexual Femenina *(DSF)		
Si tiene *DSF	226	U. Mann Whitney
No tiene *DSF	184	Valor de p <0,000

Fuente: base de datos.

Elaboración: Paola Romero.

* DSF (Disfunción Sexual Femenina).

En la tabla N° 9, se describe la correlación bivariada de la violencia de pareja, en relación a los factores asociados descritos en la bibliografía consultada. Se aplicó la prueba no paramétrica de Krustall-wallis, se encontró diferencias estadísticamente significativas con: instrucción, nivel socioeconómico y calidad de la relación de pareja, con un valor de $p < 0,000$. En lo referente a las variables edad y estado civil no se encontraron diferencias significativas. Se aplicó la prueba U. Mann Whitney en las variables experiencia sexual traumática y disfunción sexual femenina (DFS), encontrándose diferencias significativas con un valor de $p < 0,000$.

**8.2.2. Tabla N° 10. Correlación de la disfunción sexual femenina y factores asociados**

Edad por grupos etarios		
Variable	Total (n)	Correlación
20 a 29 años	76	Prueba de Krustall-wallis
30 a 39 años	145	Valor de p <0,000
40 a 49 años	97	
50 a 59 años	73	
60 años y más	19	
Estado civil		
Soltera	72	Prueba de Krustall-wallis
Casada	278	Valor de p <0,000
Viuda	2	
Divorciada	7	
Unión libre	51	
Instrucción		
Primaria	72	Prueba de Krustall-wallis
Secundaria	165	Valor de p <0,000
Superior	173	
Nivel socioeconómico		
Alto	13	Prueba de Krustall-wallis
Medio-alto	179	Valor de p < 0,002
Medio-medio	158	
Pobreza relativa	60	
Calidad de la relación con la pareja		
Buena	286	Prueba de Krustall-wallis
Regular	103	Valor de p <0,000
Mala	21	



Experiencia sexual traumática		
Si	93	U. Mann Whitney
No	317	Valor de p <0,000
Violencia de pareja		
Si violencia de pareja	382	U. Mann Whitney
No violencia de pareja	28	Valor de p <0,000

Fuente: base de datos.
Elaboración: Paola Romero.

En la tabla N° 10 se expone la correlación bivariada de la disfunción sexual femenina y factores asociados. Se aplicó la prueba no paramétrica de Krustall-wallis, encontrándose diferencias significativas en el valor de p en las variables, edad, estado civil, instrucción, nivel socioeconómico y calidad de la relación de pareja. Se aplicó la prueba U. Mann Whitney en las variables experiencia sexual traumática y violencia de pareja, encontrándose diferencias significativas con un valor de p <0,000.

8.2.3. Tabla N° 11. Correlación entre disfunción sexual femenina (DSF) y violencia de pareja según el Índice de Función Sexual Femenina y la escala de violencia intrafamiliar

Disfunción sexual femenina		
Violencia de pareja	Total (n)	Correlación
Si violencia de pareja	382	Rho Spearman
No violencia de pareja	28	Valor de p <0,000
Violencia de pareja		
DSF	Total (n)	Correlación
Si tiene *DSF	226	Rho Spearman
No tiene DSF	184	Valor de p <0,000

Fuente: base de datos.
Elaboración: Paola Romero.
* DSF (Disfunción sexual femenina).



En la tabla N° 11, se describe la correlación entre disfunción sexual femenina y violencia de pareja según el Índice de Función Sexual Femenina y la escala de violencia intrafamiliar. Se aplicó la correlación no paramétrica: Rho de Spearman, encontrándose diferencia significativa de la disfunción sexual femenina con la violencia de pareja con un valor $p < 0,000$, es decir se acepta la hipótesis planteada en el presente estudio.

8.2.4. Tabla N° 12. Comportamiento y Correlación del Índice de función sexual femenina por dominios según la violencia de pareja

*IFSF Dominio	VIOLENCIA DE PAREJA		U de Mann Whitney Valor de p
	*Media Con violencia	*Media Sin violencia	
Deseo	3,30±1,25	4,22±0,93	0,000
Excitación	3,75±1,32	4,82±0,88	0,000
Lubricación	4,16±1,56	4,97±1,44	0,006
Orgasmo	4,16±1,47	5,54±0,70	0,000
Satisfacción	4,17±1,43	5,27±0,63	0,000
Dolor	4,12±1,48	5,28±1,20	0,000
*Media total IFSF	23,68±7,03	30,09±4,35	0,000

Fuente: base de datos.

Elaboración: Paola Romero.

*IFSF (Índice de Función Sexual Femenina).

*Media de cada dominio según su score mínimo 0 y máximo 6 en los grupos con y sin violencia.

*Media total IFSF (Índice de Función Sexual Femenina) en los grupos con y sin violencia.

En la tabla N° 12, se expone el comportamiento del Índice de Función Sexual Femenina por dominios de acuerdo a la presencia o no de la violencia de pareja, se describe el valor de la media del puntaje de cada dominio (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor) según su score mínimo 0 y máximo 6, encontrándose diferencias en el valor de medias de los dos grupos

También se expone la media total del Índice de Función Sexual Femenina, encontrándose en el grupo de mujeres con violencia de pareja una media del IFSF de 23,68±7,03, la función sexual en este grupo fue menor que el grupo de mujeres,-



sin violencia de pareja cuya media del IFSF fue de $30,09 \pm 4,35$, resulta importante indicar que ha menor puntaje existe mayor deterioro de la función sexual en las mujeres.

Finalmente se expone en la presente tabla, la correlación bivariada del Índice de Función Sexual Femenina por dominios y la violencia de pareja. Se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney, encontrándose diferencias significativas en el valor de p.

8.2.5. Tabla N° 13. Comportamiento del Índice de Función Sexual Femenina por dominios y su correlación con la violencia de pareja

Índice de función sexual femenina	VIOLENCIA DE PAREJA							
	Con violencia		Sin violencia		RP	IC 95%		Valor p
	n	%	n	%		RP	IC 95%	
Deseo alterado	205	53,7	5	17,9	3,00	1,38	6,68	0,000
Deseo normal	177	46,3	23	82,1				
Excitación alterada	124	32,5	2	7,1	1,08	1,03	1,13	0,009
Excitación normal	258	67,5	26	92,9				
Lubricación alterada	132	34,6	4	14,3	1,06	1,01	1,11	0,046
Lubricación normal	250	65,4	24	85,7				
Orgasmo alterado	94	24,6	0	0	1,09	1,06	1,13	0,005
Orgasmo normal	288	75,4	28	100				
Satisfacción alterada	78	20,4	0	0	1,09	1,05	1,12	0,016
Satisfacción normal	304	79,6	28	100				
Dolor presente	85	22,3	1	3,6	1,07	1,03	1,12	0,035
Dolor no presente	297	77,7	27	96,4				

Fuente: base de datos
Elaboración: Paola Romero.

En la tabla N° 13, se expone el comportamiento del Índice de Función Sexual Femenina" (IFSF) por dominios y su correlación con la violencia de pareja, encontrándose diferencias significativas en el valor de p y una mayor prevalencia



de alteración de los 6 dominios del IFSF en el grupo de mujeres con violencia de pareja.

El comportamiento por dominios fue el siguiente: deseo sexual alterado en un 53,7%, RP 3,00 (1,38-6,68), con un valor de $p < 0,000$. Lubricación alterada en un 34,6%, RP 1,06 (1,01-1,11) $p < 0,046$, excitación alterada en un 32,5%, RP 1,08 (1,03-1,13) $p < 0,009$, orgasmo alterado en un 24,6% RP 1,09 (1,06-1,13) $p < 0,005$, satisfacción alterada en un 20,4%, RP 1,09 (1,05-1,12) $p < 0,016$ y dolor alterado en un 22,3%, RP 1,07 (1,03-1,12) $p < 0,035$.

Es importante exponer que existieron frecuencias menores a 5 en las variables excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor, por lo que se aplicó la prueba de corrección de Yates.

8.2.6. Tabla N° 14. Comportamiento y correlación del Índice de función sexual femenina por dominios según grupos etarios.

Dominio	*Media General n (410)	*Medias por grupos de edad en años					Kruskall - Wallis Valor p
		20-29 n (76)	30-39 n (145)	40-49 n (97)	50-59 n (73)	>60 n (19)	
Deseo	3,36±1,25	3,67±1,19	3,74±1,18	3,24±1,22	2,60±1,11	2,74±1,02	0,000
Excitación	3,83±1,32	4,06±1,17	4,32±1,13	3,67±1,26	3,05±1,33	2,90±1,57	0,000
Lubricación	4,22±1,57	4,66±1,40	4,73±1,41	4,19±1,56	3,03±1,37	3,30±1,36	0,000
Orgasmo	4,26±1,47	4,41±1,39	4,79±1,31	4,07±1,48	3,50±1,42	3,36±1,48	0,000
Satisfacción	4,24±1,41	4,44±1,26	4,65±1,23	4,07±1,46	3,62±1,50	3,60±1,63	0,000
Dolor	4,20±1,49	4,41±1,29	4,36±1,37	4,48±1,47	3,44±1,64	3,64±1,61	0,000
*Media general IFSF	24,12±7,06	25,66±6,30	26,61±6,01	23,75±6,89	19,26±7,03	19,5±7,03	0,000
*IFSF		26,29±6,1		21,59±7,27			
*Media		< 40 años		≥40 años			

Fuente: base de datos.

Elaboración: Paola Romero.

*IFSF (Índice de Función Sexual Femenina).

*Media general y media por cada dominio según su score mínimo 0 y máximo 6, de acuerdo a grupos etarios.



En la tabla N°14 se expone el comportamiento del Índice de Función Sexual Femenina por dominios según grupos etarios, se describe el valor de la media del puntaje de cada dominio (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor) según su score mínimo 0 y máximo 6, encontrándose diferencias en el valor de medias en los diferentes grupos de edad. Se analizó la variable edad al ser considera un factor importante en el comportamiento de la función sexual de las mujeres.

También se describe la media total del Índice de Función Sexual Femenina en la población de estudio la cual fue de $24,12 \pm 7,06$ y el comportamiento del valor de las medias en los diferentes grupos etarios, datos importantes que permiten observar variaciones en el comportamiento de la función sexual de las mujeres; el grupo de 30 a 39 años alcanzó la media más alta con $26,61 \pm 6,01$ y la media más baja se encontró en el grupo de 50 a 59 años $19,26 \pm 7,03$. En mujeres ≥ 40 años, la media del Índice de Función Sexual Femenina fue de $21,59 \pm 7,27$ en comparación con las mujeres < 40 años cuya media fue de $26,29 \pm 6,11$, es decir la función sexual se vio más afectada en el grupo de 40 años en adelante.

Finalmente se expone en la presente tabla, la correlación bivariada del Índice de Función Sexual Femenina por dominios y edad por grupos etarios. Se aplicó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis, encontrándose diferencias significativas con un valor $p < 0,000$.

8.2.7. Tabla N° 15. Correlación de la violencia de pareja y factores asociados

Factores		Violencia de pareja							
		Sí		No		RP	IC 95%	P	
		F	%	F	%	RP	IC 95%	valor	
Disfunción sexual	Si	221	57,85	5	17,85	1,11	1,05	1,18	0,000
	No	161	42,15	23	82,15				
Edad	≥40 años	176	46,07	13	46,42	0,99	0,94	1,05	0,97
	<40 años	206	53,93	15	53,58				
Estado Civil	Sin pareja estable	125	32,73	6	21,43	1,03	0,98	1,08	0,21
	Con pareja estable	257	67,27	22	78,57				
Instrucción	Ninguna-Primaria	71	18,58	1	3,57	1,07	1,02	1,11	0,078
	Secundaria y Superior	311	81,42	27	96,43				
Experiencia sexual traumática	Sí	90	23,56	3	10,71	1,05	1,0	1,10	0,182
	No	292	76,44	25	89,29				
Relaciones de pareja	Insatisfecha	121	31,67	3	10,71	1,06	1,02	1,11	0,034
	Satisfecha	261	68,33	25	89,29				
Nivel socioeconómico	Pobreza relativa-extrema	58	15,19	2	7,15	1,04	0,98	1,10	0,37
	Medio-alto	324	84,81	26	92,85				

Fuente: base de datos

Elaboración: Paola Romero.

En la tabla N° 15, se expone la correlación de la violencia de pareja y factores asociados. Se encontró diferencias significativas con las variables: disfunción sexual femenina RP 1,11 (1,05-1,18) con un valor de $p < 0,000$ y relaciones de pareja insatisfechas RP 1,06 (1,02-1,11) $p < 0,034$. Las variables antes descritas constituyeron factores de riesgo para una mayor prevalencia de violencia de pareja. En relación a las variables edad, estado civil, instrucción, experiencia sexual traumática y nivel socioeconómico no se encontraron diferencias significativas con violencia de pareja.

Las variables instrucción, experiencia sexual traumática, relaciones de pareja y nivel socioeconómico, presentaron frecuencias menores a 5, por lo que se aplicó la prueba de corrección de Yates.



8.2.8. Tabla N° 16. Correlación de la disfunción sexual femenina y factores asociados.

Factores		Disfunción sexual femenina							
		Sí		No		RP	IC 95%	P	
		F	%	F	%				valor
Violencia de pareja	Si	221	97,78	161	87,5	3,23	1,45	7,20	0,000
	No	5	2,22	23	12,5				
Edad	≥40 años	135	59,73	54	29,34	1,73	1,44	2,08	0,000
	<40 años	91	40,27	130	70,66				
Estado Civil	Sin pareja estable	61	27	70	38,05	0,78	0,63	0,96	0,017
	Con pareja estable	165	73	114	61,95				
Instrucción	Ninguna-Primaria	51	22,56	21	11,41	1,36	1,14	1,63	0,003
	Secundaria y Superior	175	77,44	163	88,59				
Experiencia sexual traumática	Sí	74	32,75	19	10,33	1,65	1,42	1,93	0,000
	No	152	67,25	165	89,67				
Relaciones de pareja	Insatisfecha	97	42,93	27	14,67	1,73	1,48	2,03	0,000
	Satisfecha	129	57,07	157	85,33				
Nivel socioeconómico	Pobreza relativa-extrema	41	18,15	19	10,33	1,29	1,05	1,57	0,026
	Medio-alto	185	81,85	165	89,67				

Fuente: base de datos

Elaboración: Paola Romero.

En la tabla N° 16, se expone la correlación de la disfunción sexual femenina con los factores asociados. Se encontraron diferencias significativas con las variables: violencia de pareja RP 3,23 (1,45-7,20) $p < 0,000$, edad ≥ 40 años (RP 1,73 (1,44-2,08) con un valor de $p < 0,000$, instrucción (ninguna-primaria) RP 1,36 (1,14-1,63) $p < 0,003$, experiencia sexual traumática RP 1,65 (1,42-1,93) $p < 0,000$, relaciones de pareja insatisfechas RP 1,73 (1,48-2,03) $p < 0,000$, nivel socioeconómico bajo (pobreza relativa-extrema) RP 1,29 (1,05-1,57) $p < 0,026$. Las variables antes descritas constituyeron factores de riesgo para una mayor prevalencia de disfunción sexual femenina. La variable estado civil (sin pareja estable) se expresó como un factor protector RP 0,78 (0,63-0,96) $p < 0,017$.



9. DISCUSIÓN

La presente investigación fue cuantitativa, analítica de corte transversal, se estudiaron 410 usuarias. Los rangos de edad fluctuaron entre 20 a 64 años, la edad media fue de $39,66 \pm 10,67$, con un mínimo de 20 y máximo de 64 años. El 67,8% (n=278) eran casadas y residían en la zona urbana el 75,1% (n=308). El 97,3% (n=399) fueron mestizas y el 100% (n=410) heterosexuales. El 90% (n=369) eran católicas. El nivel socioeconómico medio-alto 43,7%(n=179) y la instrucción superior 42,2% (n=173) fueron los más frecuentes y finalmente el 84,6% (n=347) trabajaban. El 68% (n=279) tenían pareja estable (casadas, unión libre) y el 32% (n=131) sin pareja estable (Otros, soltera, viuda y divorciada). El puntaje promedio del IFSF fue de $24,12 \pm 7,06$, con un puntaje mínimo de 7,2 y máximo de 35,1. El inicio de vida sexual tuvo una media de $20,38 \pm 4,88$, con un mínimo de inicio de 9 años y un máximo de 54 años. La media del número de compañeros sexuales fue de $1,90 \pm 1,22$, con un mínimo de 1 y máximo 10. En torno a la edad de la pareja la media fue de $42,24 \pm 12,23$, con un mínimo de 22 y máximo 93 años.

Estudios internacionales presentaron características sociodemográficas similares a las encontradas en la presente investigación, como la realizada por Espita-De La Hoz, 2018, en Colombia, en un estudio sobre prevalencia y caracterización de las disfunciones sexuales en mujeres, en 12 ciudades colombianas, 2009-2016, encontró entre los datos sociodemográficos más destacados: la edad promedio fue de 30,9 (DE \pm 10,8) años, la mayoría eran mestizas (59,3%). El 76,94% estaban casadas o en unión libre. El 60,3% fueron católicas, el 54,04% eran de secundaria y el 35,09% de universidad. El estrato socioeconómico alto se observó en el 16,14%, 52,63% eran amas de casa, el 72,28% tenían seguridad social y el 79,17% vivían el área urbana, el 82,98 % fueron heterosexuales, la mediana en el número de parejas sexuales fue de 12, con un rango entre 1 y 18, la edad promedio de inicio de la actividad sexual fue de 16,2 años (DE \pm 2,1). (Espita-De La Hoz, F., 2018)

Romina Valenzuela, 2013, Chile, en su estudio cuantitativo descriptivo, transversal, sobre el índice de función sexual en 393 mujeres con 20 a 64 años trabajadoras de salud de un hospital de alta complejidad de la Región del Biobío, en-



el año 2013, encontró que la edad media fue de 34 años \pm 10,9. La prevalencia fue del 32,6%. El 98% se consideraron heterosexuales. El IFSF tuvo un promedio de 27,9 \pm 6,0, con un puntaje mínimo de 2 y máximo 36 puntos. (Valenzuela, R. , 2014)

Bustos, 2018, en su estudio cuantitativo, analítico, de corte transversal, sobre la relación entre factores psicosociales y el índice de Función Sexual Femenina en una población rural de la comuna de Teno, Región de Maule, 305 mujeres, incluyó edades entre 20 a 64 años, con un promedio de IFSF de 25,6 \pm 7,12 (Bustos,G & Pérez,R., 2018).

Hernández, 2017, realizó un estudio sobre la función sexual femenina en estudiantes de psicología clínica de la Universidad Católica del Ecuador, encontrando una media del IFSF de 27,16. (Hernández, 2017)

Las cifras del Índice de Función Sexual Femenina (IFSF), descritas en los estudios de Valenzuela, Hernández y Bustos fueron mayores a las encontradas en el presente estudio la cual fue de 24,12 \pm 7,06 en poblaciones con grupos de edad similares. Por el contrario Espitia-De La Hoz, 2017, realizó un estudio sobre la evaluación de la prevalencia de disfunción sexual femenina en mujeres médicas, del eje cafetero colombiano, en etapa de climaterio, el promedio de IFSF fue de 24,3; este dato es similar al encontrado en la presente investigación que fue de 24,12 \pm 7,06. (Espitia-De La Hoz, 2017). Así mismo, Lou, 2017, realizó un estudio en Beijing, sobre prevalencia de disfunción sexual femenina, encontrándose un 63,3%, con una media en el puntaje del IFSF de 23,92 \pm 6.37 (Lou et al., 2017). Esta cifra fue menor a la encontrada en el presente estudio.

En la actualidad la violencia de pareja en contra de las mujeres, constituye una prioridad en salud pública (Arafa, A. E. & Ahmed,S., 2018), la Organización Mundial de la Salud estima que del 23,2 al 37,7% de mujeres a nivel mundial han sufrido violencia de pareja mayoritariamente masculina. (Cortés,C.,Rivera,S., Amorin de Castro, E. & Rivera,L., 2015)

En la presente investigación se analizó la influencia de la violencia de pareja en la disfunción sexual femenina. La prevalencia fue del 93,2% es decir 9 de cada 10 mujeres han experimentado este tipo de violencia. Según el tipo de la violencia, la



violencia más frecuente fue de género con un 88%, luego psicológica 84,6%, social 75,7%, sexual 60,7%, patrimonial 44,5% y física 30,6%. Estas cifras difieren de las encontradas en otras investigaciones, es importante mencionar que esta discordancia puede depender del contexto socio-cultural en el cual se levantan las estadísticas mencionadas. (Arredondo, A., Pliego, G. & Gallardo, C., 2018)

La prevalencia de violencia de pareja en la presente investigación fue del 93,2% cifra mayor a la encontrada en otros estudios como el realizado por Ramón Vivanco, 2015, sobre la perpetración y victimización de la violencia en las relaciones de pareja en jóvenes que cursan educación superior en la ciudad de Osorno, Chile, en 360 participantes, encontró un 86,6% de mujeres que experimentaron violencia por parte de la pareja, siendo la violencia psicológica la más frecuente en un 86%, luego la violencia física en un 27,2% y la sexual en un 16,1% (Vivanco, R., Espinoza, S., Romo, C., Burgos, A. & Vargas, A., 2015).

Al realizar el análisis con la presente investigación se encontró similitud en el porcentaje de la violencia psicológica en un 84,6% más no en el orden de frecuencia según tipología.

Otras investigaciones reportan datos sobre violencia de pareja similares a los reportados por la OMS, pero menores a los encontrados en el presente estudio 93,2%, como el realizado en Centroamérica, por las Naciones Unidas en el año 2015, encontraron del 14,5 al 27% de las mujeres han sufrido violencia por parte de sus parejas (Arroyo, 2016). Sandoval-Jurado y colaboradores, realizaron un trabajo investigativo sobre violencia de pareja: tipo y riesgos en usuarias de atención primaria de salud de Cancún, Quintana Roo, México en mujeres mayores de 18 años, se reportó una prevalencia del 15,05%, siendo la violencia psicológica la más frecuente en un 37,3%. (Sandoval-Jurado, L., Jiménez-Báeza, M., Rovira, G., Vitaly, O. & Pat Espadas, F., 2017)

En relación a la violencia de pareja y su tipología, se encuentra que la violencia psicológica, física y sexual suelen ser las formas más frecuentes. En varias investigaciones se encontraron datos similares a los reportados en el presente estudio con ciertas diferencias en el orden de frecuencia.



Práxedes Muñoz, 2017, en un estudio sobre la violencia de género en jóvenes adolescentes desde los estereotipos de las relaciones de pareja, estudio de caso en Colombia y en España, encontró que la violencia psicológica fue mayor con un 80% en comparación con la física que reportó un 25% (Muñoz, P. & Martínez, A., 2017).

López, 2015, en una serie cubana sobre prevalencia de la violencia física y psicológica en relaciones de pareja heterosexuales, encontró una prevalencia de violencia física del 96,3% y psicológica del 82,3%. (López-Angulo, L., Fundora, Y., Valladares, A., Ramos, Y. & Blanco, Y., 2015).

La investigación de Muñoz, reportó cifras semejantes a las encontradas en la actual investigación con un 84,6% de violencia psicológica y un 30,6% de violencia física. No obstante con López, se discrepó en cuanto al porcentaje de violencia física y en la violencia psicológica la cifra fue similar.

En torno a las relaciones con la pareja o expareja, Valle, 2018, en Ecuador, realizó un estudio sobre violencia de género contra las mujeres, encontró que el tipo de violencia más frecuente es la física en un 87,3%, seguida de la psicológica con un 76,3%, patrimonial 61%, y sexual en un 53,6% (Valle, 2018). Las cifras reportadas difieren de las encontradas en el presente estudio, así la violencia psicológica ocupó el segundo lugar con el 84,6% y la física el último lugar con el 30,6%. La violencia de género se analizó de forma individual encontrándose en un 76%, porcentaje menor al encontrado en el presente estudio en el cual, la violencia de género fue la más frecuente con un 88%. La violencia sexual ocupó el cuarto lugar con un 60,7%, una frecuencia similar encontró Camacho, en Ecuador, 2011, en un estudio sobre violencia de género contra las mujeres en el cual la violencia sexual ocupó el cuarto puesto con un 53,6%. (Camacho, 2014)

Illescas, 2018, en Cuenca, en su estudio sobre violencia intrafamiliar y factores socioculturales encontró la violencia psicológica en un 92,59%, física un 66,67%, y violencia sexual un 40,74% (Illescas, M., Segarra, J. & Flores, E., 2018.)

Otros estudios reportaron porcentajes menores en relación a la presente investigación, como el realizado por Cuenca, 2016, en España, sobre factores de riesgo psicopatológicos para la agresión en la pareja en una muestra comunitaria, se estudiaron a 2.032 parejas heterosexuales, encontró una prevalencia de violencia



psicológica del 59.2% y de violencia física del 12,5%. (Cuenca, M. & Graña, J., 2016)

Vivanco, 2015, en su estudio, sobre la perpetración y victimización de la violencia en las relaciones de pareja, concluye que lo más importante de rescatar es el hecho que esta prevalencia de violencia de pareja, se encontró en una población con educación superior (Vivanco, R., Espinoza, S., Romo, C., Burgos, A. & Vargas, A., 2015). En Ecuador, 2014, se encontró que la violencia de pareja en relación al nivel de instrucción se presentó más en las mujeres con instrucción ninguna o primaria en porcentajes que oscilaban del 54,5% al 57,4%, respectivamente (Valle, 2018). En el presente estudio se encontró el porcentaje más frecuente de violencia de pareja en el nivel de instrucción secundaria-superior en un 81,42%. No obstante los datos reportados difieren de la bibliografía consultada, que considera como un factor de protección un mejor nivel educativo.

En torno a la disfunción sexual femenina, la Organización Mundial de la Salud estima que el 40 al 50% de las mujeres adultas tienen al menos una alteración o disfunción sexual (Miranda, V & Lara, M., 2017). A nivel mundial la prevalencia de este trastorno oscila entre 20 al 30% y en América Latina cerca del 51,3% de mujeres padecen de algún tipo de disfunción sexual (Espitia-De La Hoz, F. & Orozco-Gallego, H., 2018). En el presente estudio, la prevalencia de la disfunción sexual fue del 55,1%.

Al realizar el análisis comparativo con cifras de prevalencia reportadas en otras investigaciones se encontró porcentajes similares como el estudio realizado por Ghiasi, 2018, en Irán sobre la prevalencia de la disfunción sexual femenina entre mujeres en edad reproductiva que fue del 52% (95% CI: 39-66%). (Ghiasi, A., & Keramat, A., 2018)

Otras series presentaron cifras mayores al presente estudio, así en una investigación realizada por Maaita, 2018, sobre la prevalencia de disfunción sexual femenina en Jordania reportando un 64,7%. (Maaita et al., 2018).

Jafarzadeh Esfehani R, en Irán, 2012, realizó un estudio sobre disfunción sexual femenina y factores asociados en 264 mujeres, encontró una prevalencia del 62,1%. (Jafarzadeh Esfehani et al., 2016)



En China- Beijing, en un estudio para determinar la prevalencia y tipos de disfunción sexual femenina, se encontró un 58,1% (Ruan, X., Wang, Q. & Mueck, A., 2015). Matute y colaboradores, en Cuenca, 2013, en su estudio sobre prevalencia de la disfunción sexual en 303 pacientes del Hospital José Carrasco Arteaga, encontró un 60,4%. (Matute, V., Arévalo, C. & Espinoza, A., 2016)

Existen investigaciones con cifras inferiores a las encontradas en el presente estudio como el realizado por McCool-Myers, 2018, que fue una revisión sistemática sobre los predictores de la disfunción sexual femenina, encontró una prevalencia del 41% en mujeres en edad reproductiva a nivel mundial. (McCool-Myers, M., Theurich, M., Zuelke, A., Knuettel, H. & Apfelbacher, C., 2018). López-Maguey, 2018, en un estudio en México, en 171 mujeres, encontró una prevalencia total del 35%. (López-Maguey, P., Cantellano-Orozco, M., Staufert-Gutiérrez, J., Gómez-Sánchez, J., Herrera-Muñoz, J. & Preciado-Estrella, D., 2018). En Azuay, Palaguachi, 2018, realizó estudio analítico, transversal sobre prevalencia y factores asociados a disfunción sexual femenina en el Centro de Salud Tipo c, la Troncal, encontró una prevalencia del 40,3%. (Palaguachi, 2018)

En el presente estudio el comportamiento del Índice de Función Sexual Femenina (IFSF), en relación a los dominios evaluados evidenció, alteración en el deseo sexual en un 51,2%, seguido de lubricación 33,2%, excitación 30,7%, orgasmo 22,9%, dolor 21% y satisfacción 19%.

Al revisar múltiples investigaciones, se pudo evidenciar que el trastorno más alterado fue el deseo sexual, no obstante el porcentaje encontrado en el presente estudio fue mayor a lo descrito en algunas investigaciones como la realizada por Maaita, 2018, en un análisis sobre prevalencia y factores asociados a disfunción sexual femenina en mujeres de Jordania, en el cual el trastorno del deseo fue el más frecuente con un 49,4%, (Maaita et al., 2018). Espita-De La Hoz, 2018, en Colombia, en un estudio sobre Prevalencia y caracterización de las disfunciones sexuales, concluyó que el trastorno más frecuente fue el deseo sexual 32,97%. (Espita-De La Hoz, F., 2018). Palaguachi, 2019, en su estudio transversal sobre disfunción sexual femenina, encontró que el trastorno más frecuente fue el deseo en un 33%. (Palaguachi, 2018)



McCool, 2016, en una revisión sistemática sobre prevalencia de la disfunción sexual femenina en mujeres premenopáusicas, encontró el trastorno del deseo sexual con un 28,2% y la lubricación en un 20,6% (McCool, ME., Zuelke, A., Theurich, MA., Knuettel, H., Ricci, C. & Apfelbacher, C., 2016). Esta investigación reportó dominios en orden de frecuencia igual, sin embargo los porcentajes fueron menores a los encontrados en el presente estudio, el deseo sexual con un 51,2%, seguido de lubricación 33,2%.

En otras series se encontraron cifras mayores en los trastornos de la disfunción sexual femenina así, Espitia-De La Hoz, 2017, realizó un estudio sobre la evaluación de la prevalencia de disfunción sexual femenina, reportó que el trastorno más frecuente fue el deseo sexual con un 75,0%. (Espitia-De La Hoz, 2017)

En relación al trastorno del orgasmo, Espitia-De La Hoz, 2016, en su estudio sobre prevalencia y caracterización de las disfunciones sexuales en mujeres, encontró el trastorno del orgasmo en un 21,93% (Espita-De La Hoz, F., 2018), cifra similar a la encontrada en el actual estudio con un 22,9%, según lo referido por las mujeres no visibilizan el orgasmo como una necesidad de ellas sino de sus parejas.

Por el contrario, Arellano Collantes, 2017, en Ecuador, en su análisis, sobre disfunción sexual femenina y factores asociados, encontró alteración del orgasmo en un 68,8%. (Arrellano, 2017), cifra superior a la encontrada en el presente estudio.

El trastorno del dolor en el presente estudio se presentó en un 21%, el cual fue menor al encontrado en la investigación de Matute, en Cuenca, 2013, sobre prevalencia de la disfunción sexual y factores asociados, en el cual el trastorno del dolor estuvo presente en un 60.7% (Matute, V., Arévalo, C. & Espinoza, A., 2016). En otra investigación, el trastorno del dolor se presentó en un porcentaje menor así Palaguachi, 2019, en su estudio transversal sobre disfunción sexual femenina, encontró el trastorno del dolor en un 5,3%. (Palaguachi, 2018)

Se realizó también el análisis sobre factores asociados con disfunción sexual femenina así en el presente estudio, se encontró correlación estadística con: violencia de pareja presente en el 97,78% de mujeres con disfunción sexual RP 3,23 (1,45-7,20) $p < 0,000$. Le edad de mayor presentación fue en el grupo de 40 años en adelante 59,73% RP 1,73 (1,44-2,08) $p < 0,000$.



Palaguachi, en Cuenca, 2018, realizó un estudio sobre la prevalencia de disfunción sexual femenina, encontró asociación estadística con: edad mayor a 40 años (RP= 1,74) y violencia de pareja (RP= 2,24), (Palaguachi, 2018). En la presente investigación se encontró datos similares en variables como la edad ≥ 40 años (RP= 1,73) y la violencia de pareja (RP= 3,23).

Bustos, 2018, en su estudio sobre la relación entre factores psicosociales y el índice de Función Sexual Femenina, encontró asociación con violencia de pareja con un valor $p < 0,0001$. (Bustos, G & Pérez, R., 2018). Este resultado es similar al encontrado en el presente estudio, así la violencia de pareja se asoció estadísticamente con un valor $p < 0,000$.

Vega, 2014, en una investigación sobre disfunción sexual femenina, concluyó que los factores que se asociaron significativamente fueron edad mayor de 40 años, estrato socioeconómico bajo, (Vega et al., 2014). En este estudio se encontró correlaciones similares con la edad con un valor $p < 0,000$ y nivel socioeconómico pobreza relativa-extrema con un valor $p < 0,026$.

HSO, 2016, en una serie en Arabia Saudita, en un estudio sobre disfunción sexual en relación con la edad, encontró que el 50,5% tenían menos de 40 años y el 49,5% de mujeres con este trastorno tenían más de 40 años, con un valor de $p < 0,0001$. (HSO, A., Alkasi, MA., Khayat, SW., Qotbi, RM., Alkhatieb, MT. & Abduljabbar, AH., 2016). Matute. 2013, en Cuenca encontró asociación con la edad 41–60 años tuvo un OR=5.72; IC–95%=3.37–9.70; $P=0.0001$. (Matute, V., Arévalo, C. & Espinoza, A., 2016). En el presente estudio la disfunción sexual femenina en relación con la edad reportó: en mujeres ≥ 40 años un 59,73%, RP 1,73 (1,44-2,08) $p < 0,000$.

El comportamiento de la disfunción sexual femenina en el presente estudio, en torno a la edad por grupos etarios, con la prueba de Kruskal-Wallis demostró una correlación significativa con un valor ($p < 0,000$).

Se observó que el grupo de 30 a 39 años tuvo la media del Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) más alta $26,61 \pm 6,01$ y en ≥ 40 años disminuye progresivamente hasta $19,5 \pm 7,03$. Valenzuela, año 2014, en su estudio sobre el índice de función sexual, encontró que la expresión máxima del puntaje del IFSF fue



en el grupo de 35 a 39 años ($29,7 \pm 4,9$) y luego disminuye en forma progresiva a partir de los 40 años (Valenzuela, R., Contreras, Y. & Manriquez, K., 2014). Bustos, 2018, en Chile, en su estudio sobre el Índice de Función Sexual Femenina, encontró en el grupo de 55-59 años la menor puntuación $18,3 \pm 13,3$ (Bustos, G & Pérez, R., 2018). Según los resultados se pudo evidenciar que el índice de función sexual femenina disminuye con la edad siendo más manifiesto después de los 40 años.

En lo relacionado al Grado de instrucción: Matute, en Cuenca, 2013, concluyó que el grado de instrucción superior fue un factor protector ($OR=0.37$; $IC-95\%=0.23-0.6$; $P=0.0001$). (Matute, V., Arévalo, C. & Espinoza, A., 2016).

Karen Cabrera, 2015, en Perú, en su estudio sobre factores asociados a disfunciones sexuales en mujeres del centro de salud Carlos Protzel durante el periodo de julio a enero del 2015, encontró que el nivel de instrucción secundaria fue un factor protector en el 63,2%. (Cabrera, 2015). En el presente estudio la instrucción ninguna-primaria constituyó un factor de riesgo $RP 1,36$ ($1,14-1,63$), con un valor de $p < 0,003$.

La variable estado civil en analizada en muchas series nacionales e internacionales como la realizada por Zhang, 2015, en Hong Kong, sobre disfunción sexual en 1.518 mujeres casadas encontró una prevalencia del 25,6% (Zhang, H., Fan, S. & Yip, P.S., 2015), cifra que difiere del presente estudio que reportó un 73%. Cristian Díaz-Vélez, 2017, en su estudio sobre factores asociados disfunción sexual femenina encontró como un factor protector, el estado civil estable/casada OR de 0,60 ($IC95\%:0,38-0,95$, $p < 0,05$) (Díaz-Vélez, C, & Samalvides-Cuba, F., 2017). En el presente estudio se encontró como factor protector, la condición sin pareja estable $RP 0,78$ ($0,63-0,96$) $p < 0,017$.

El análisis del nivel socioeconómico reportó diferencias con algunos estudios así: Bustos, 2018, en un estudio sobre disfunción sexual femenina, encontró diferencias estadísticas significativas con nivel socioeconómico $p < 0,0025$. (Bustos, G & Pérez, R., 2018). En el presente estudio se encontró correlación con el nivel socioeconómico pobreza relativa-extrema $RP 1,29$ ($1,05-1,57$) $p < 0,026$.

Al referirse a la variable de experiencia sexual traumática, Palaguachi, en su-



estudio sobre disfunción sexual femenina, no encontró correlación estadística con historia de abuso sexual infantil RP 1,64 (1,08-2,48) $p < 0,061$ (Palaguachi, 2018). Valenzuela, 2014, encontró un 7,9% de abuso sexual, en mujeres con disfunción sexual (Valenzuela, R., Contreras, Y. & Manriquez, K., 2014). En el presente estudio en torno a la variable experiencia sexual traumática se encontró correlación estadística RP 1,65 (1,42-1,93) $p < 0,000$.

Al hablar de la calidad en las relaciones de pareja, Palaguachi, 2018, no encontró correlación significativa con relaciones de pareja insatisfecha OR 1,64 (1,08-2,48) $p < 0,061$ (Palaguachi, 2018). En el presente estudio se encontró correlación estadística en las relaciones de pareja insatisfechas RP 1,73 (1,48-2,03) $p < 0,000$.



10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

10.1. Conclusiones

- En la presente investigación, en torno a las características sociodemográficas de la población de estudio, se concluyó, que la edad media fue de $39,66 \pm 10,67$, con un mínimo de 20 y máximo de 64 años. El 67,8% eran casadas y residían en la zona urbana el 75,1%. El 97,3% se autodefinieron mestizas y el 100% heterosexuales. La religión católica fue mayoritaria en un 90%. El nivel socioeconómico medio-alto en un 43,7% y el grado de instrucción superior en un 42,2%, fueron los más frecuentes. El 68% de mujeres tenían pareja estable (casadas, unión libre) y el 32% no tenían pareja estable (Otras, soltera, viuda y divorciada), finalmente el 84,6% de mujeres trabajaban. En relación al Índice de Función Sexual Femenina (IFSF), su puntaje promedio fue de $24,12 \pm 7,06$, con un puntaje mínimo de 7,2 y máximo de 35,1. El inicio de la vida sexual tuvo una media de $20,38 \pm 4,88$, con un mínimo de 9 años y un máximo de 54 años. La media del número de compañeros sexuales fue de $1,90 \pm 1,22$, con un mínimo de 1 y máximo 10. En torno a la edad de la pareja la media fue de $42,24 \pm 12,23$, con un mínimo de 22 y máximo 93 años. De la población de estudio 100% (410) mujeres, el 22,7% (n=93), manifestaron antecedentes de experiencia sexual traumática y el 69,8% manifestaron tener una relación satisfecha (buena), en comparación con el 30,2% que expresaron tener una relación insatisfecha (regular-mala).
- La prevalencia de la violencia de pareja fue del 93,2% en comparación con el 6,8% que indicaron no sufrir este tipo de violencia. En relación a la disfunción sexual femenina, su prevalencia fue del 55,1% en comparación con el 44,9% que no presentaron este trastorno. Los datos obtenidos en la presente investigación fueron similares a los reportados en otras series nacionales e internacionales.
- En relación a la caracterización de la violencia de pareja de acuerdo a la escala de violencia intrafamiliar y sus dimensiones, se concluyó que la violencia de género fue la más prevalente en un 88%, seguida de la violencia psicológica en un 84,6%, violencia social en un 75,7%, violencia sexual en un



60,7%, violencia patrimonial en un 44,5% y finalmente la violencia física en un 30,6%. Los porcentajes obtenidos corresponden al análisis de cada dimensión, pues las mujeres experimentaron simultáneamente varios tipos de violencia.

- En lo referente a la caracterización de la disfunción sexual femenina según los dominios analizados en el Índice de Función Sexual Femenina, se concluyó que el trastorno del deseo sexual fue el más prevalente en un 51,2%, seguido de lubricación 33,2%, excitación 30,7% y orgasmo 22,9%. Los trastornos menos prevalentes fueron el dolor en un 21% y la satisfacción en un 19%. Los porcentajes expuestos representaron el análisis de cada dominio, pues las mujeres manifestaron alteraciones simultáneas en varios dominios.
- En la presente investigación se concluyó que los factores de riesgo estadísticamente significativos para una mayor prevalencia de disfunción sexual femenina fueron: violencia de pareja RP 3,23 (1,45-7,20) $p < 0,000$, edad ≥ 40 años RP 1,73 (1,44-2,08) $p < 0,000$, instrucción (ninguna-primaria) RP 1,36 (1,14-1,63) $p < 0,003$, experiencia sexual traumática RP 1,65 (1,42-1,93) $p < 0,000$, relaciones de pareja insatisfechas RP 1,73 (1,48-2,03) $p < 0,000$, nivel socioeconómico (pobreza relativa-extrema) RP 1,29 (1,05-1,57) $p < 0,026$. Finalmente el estado civil, mujeres sin pareja estable se expresó como un factor protector RP 0,78 (0,63-0,96) $p < 0,017$. En relación con la violencia de pareja, se encontró diferencias significativas con las variables: disfunción sexual femenina RP 1,11 (1,05-1,18) con un valor de $p < 0,000$ y relaciones de pareja insatisfechas RP 1,06 (1,02-1,11) $p < 0,034$. Las variables antes descritas constituyeron factores de riesgo para una mayor prevalencia de violencia de pareja.



10.2. Recomendaciones

- Informar, sensibilizar y capacitar, desde un enfoque médico y social a las autoridades y al personal del Centro de Especialidades Central Cuenca del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, sobre los resultados obtenidos en relación a la violencia de pareja y disfunción sexual femenina, visibilizando la importancia de un adecuado manejo de la sexualidad y sus trastornos, tomando en cuenta su etiología multicausal, que demanda un abordaje social, que incorpore la identificación y análisis de condicionantes biológicos, psicológicos y socio-culturales como la violencia de pareja; que nos permitirán trabajar en la modificación de factores potenciales, en la implementación de estrategias de intervención, estructurales, eficaces y eficientes y en brindar educación e información bidireccional y con enfoque de género, en la que exista una participación activa de la pareja en la concienciación sobre el ejercicio de sus derechos sexuales, el autocuidado de su salud sexual y la vivencia de una sexualidad plena.
- Concienciar a las mujeres/usuarios, en torno a la violencia de pareja y la sexualidad como un derecho fundamental, trabajar en la comprensión de la diversidad y la diferencia en el ejercicio de la misma, con la finalidad de que ellas puedan descubrir y ejecutar una verdadera agencia e independencia en sus cuerpos, libre de tabúes, prohibiciones o discriminaciones, que conlleven a la eliminación de costumbres patriarcales y sexistas y a la reconstrucción de conductas más equitativas e igualitarias, que mejoren de forma real el buen vivir y calidad de vida de todas las mujeres, con la plena conciencia de su existencia corporal, espiritual y de su participación absoluta en una sociedad como sujetos de derechos.
- La violencia de pareja constituyó una variable decisiva en la presentación de la disfunción sexual femenina, por lo tanto este trastorno debe ser abordado desde un enfoque biopsicosocial y de forma integral, teniendo como fundamento una educación adecuada con los principios y sustentos técnico-onto-sociológicos suficientes y necesarios para brindar un información correcta y oportuna, con la finalidad de garantizar la vivencia de una



sexualidad sana, libre y diversa, derecho fundamental y determinante en la calidad de vida de las mujeres.

- Fomentar la participación de la pareja, en el manejo de la disfunción sexual femenina asociada a la violencia de pareja. En este tipo de trastorno es necesario que sus integrantes se encuentren concienciados correctamente, para comprender el funcionamiento y las necesidades individuales relacionadas con la convivencia y la sexualidad, con la propósito de que en la cotidianidad de la relación en pareja, puedan experimentar una sexualidad libre de violencia, más igualitaria y equitativa.



11. BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, J. (2017). *La violencia en las relaciones de pareja entre adolescentes de la Bahía de Cádiz. Validación de un modelo explicativo desde la perspectiva ecológica.* (Tesis Doctoral). Bahía de Cádiz: Universidad de Cádiz.
- Alcántara, A. & Sánchez, C. (2016). Disfunción sexual femenina: opciones de tratamiento farmacológico. *Elsevier*, 285-354.
- Alencar-Rodrigues, L. (2012). Violencia de género en la pareja. Una revisión teórica. *PSICO*, 117-125.
- Alvarez, M. (2016). Manual de atención psicológica a víctimas de maltrato machista. Gipuzkoa: Colegio oficial de la psicología de Gipuzkoa.
- Angel, A., Rodríguez, M. & Barraza, A. (2015). Violencia en el noviazgo: perpetración, victimización y violencia mutua. Una revisión. *Actualidades en Psicología*, 57-72.
- Arafa, A. E. & Ahmed, S. (2018). Female sexual dysfunction in Egyptian women with anxiety: prevalence and patterns. *Journal of Public Health: From Theory to practice*, 1-4.
- Aranaz, M. (2017). *Deseo sexual hipoactivo en una muestra de mujeres usuarias de un servicio de salud mental.* (Tesis de Magister). Ovideo: Universidad de Ovideo.
- Arnosó, A., Ibabe, I., Arnosó, M. & Elgorriaga, E. (2017). El sexismo como predictor de la violencia de pareja en un contexto multicultural. *Elsevier. Anuario de psicología jurídica.*, 9-20.
- Arredondo, A., Pliego, G. & Gallardo, C. (2018). Violencia de pareja hacia la mujer y profesionales de la salud especializados. *Anales de Psicología*, 349-359.
- Arrellano, G. (2017). *Cribado de Disfunción Sexual Femenina y factores asociados en pacientes de 20-49 años que acuden a la consulta externa de la Unidad Metropolitana de Salud Norte (UMSN) periodo junio a agosto del 2016.* (Tesis de Especialista). Quito: Universidad Central del Ecuador.
- Arroyo, G. (2016). Violencia de pareja y la responsabilidad del personal de salud. *Scielo. Medicina Legal de Costa Rica*, 1-6.
- Arruzza, C. (2018). El género como temporalidad social: Butler (y Marx). *Viento Sur*, 1-19.



- Assari, S. & Moghani, M. (2018). Violence Exposure and Mental Health of College Studentes in the United States. *Behavioral Sciences Basel*, 53.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (1995). Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales. Cuarta Edición. Barcelona
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales. Quinta Edición. Arlington.
- Bard, G. (2017). Pensamiento feminista latinoamericano: reflexiones sobre la colonialidad del saber/poder y la sexualidad. *Revista electrónica de ciencias sociales. Cultura y representaciones sociales* , 1-9.
- Becerra-Alfonso, Y. (2015). Trastornos del dolor sexual femenino: una revisión de su definición, etiología y prevalencia . *MÉD UIS*, 267-272.
- Beiras, A., Cantera, L. & Casasanta, A. (2017). La construcción de una metodología feminista cualitativa de enfoque narrativo-crítico. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad.*, 54-65.
- Blandón-Hincapié, A. & López-Serna, L. (2016). Comprensiones sobre pareja en la actualidad: Jóvenes en busca de estabilidad. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales*, 505-517.
- Blazquez Graf, N., Flores, F. & Ríos, M. (2015). Investigación feminista. Epistemología, metodología y representaciones sociales. *Revista Mexicana de Sociología*, 157-168.
- Blümel, J. (2009). Sexual dysfunction in middle-aged women: a multicenter Latin American study using the Female Sexual Function Index. *Menopause*, 1139-1148.
- Boira, S., Carbajosab, P. & Méndez, R. (2016). Miedo, conformidad y silencio. La violencia en las relaciones de pareja. *Elsevier. Psychosocial Intervention*, 9-17.
- Bornstein et al. (2016). 2015 ISSVD, ISSWSH, and IPPS Consensus Terminology and Classification of Persistent Vulvar Pain and Vulvodynia. *The Journal of Sexual Medicine.*, 607-612.
- Bott, S., Guedes, A., Ruiz, A. & Adams, J. (2019). Intimate partner violence in the Americas: a systematic review and reanalysis of national prevalence estimates. *Revista Panamericana de Salud Publica.*, 1-12.



- Bourey, C., Williams, W., Bernstein, E. & Stephenson, R. (2015). Systematic review of structural interventions for intimate partner violence in low- and middle-income countries: organizing evidence for prevention. *BMC Public Health*, 1165.
- Boyce, S., Zeledón, P., Tellez, E. & Barrington, C. (2016). Gender-Specific Jealousy and Infidelity Norms as Sources of Sexual Health Risk and Violence Among Young Coupled Nicaraguans. *American Journal of Public Health*, 625-632.
- Breiding, M., Basile, K., Smith, S., Black, M. & Mahendra, R. (2015). Intimate Partner Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements. *National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention*, 9-151.
- Brunet, I. & Santamaría, C. (2016). La economía feminista y la división sexual del trabajo. *Scielo.Culturales.*, 61-86.
- Bustos & Pérez. (2018). Relación entre factores psicosociales y el Índice de Función Sexual Femenina en población rural de la comuna de Teno, Región de Maule. *Perinatología y Reproducción Humana.*, 9-18.
- Cabrera, K. (2015). *Factores asociados a disfunciones sexuales en mujeres del centro de salud Carlos Protzel durante el periodo de julio a enero del 2015.* (Tesis de Licenciatura). Lima: Universidad de San Martín de Porres.
- Camacho, G. (2014). La violencia de género contra las mujeres en el Ecuador. Quito.
- Castro-Molina, F. (2018). Abraham Maslow, las necesidades humanas y su relación con los cuidadores profesionales. *Cultura de los cuidados.*, 102-108.
- Clayton et al. (2018). The International Society for the Study of Women's Sexual Health Process of Care for Management of Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women. *Elsevier*, 467-487.
- Cortés, C., Rivera, S., Amorin de Castro, E. & Rivera, L. (2015). Violencia de Pareja en las Mujeres: Prevalencia y Factores asociados. *Psychological Research Records.*, 2225-2235.
- Cuenca, M. & Graña, J. (2016). Factores de riesgo psicopatológicos para la agresión en la pareja en una muestra comunitaria. *Elsevier. Clínica y Salud.*, 57-63.



- Chiarotti, S. (2019). La violencia contra las mujeres y sus formas extremas: LOS FEMINICIDIOS/FEMICIDIOS. Madrid: Asociación de Investigación y Especialización sobre temas iberoamericanos.
- Dawson, ML., Shah, NM., Rinko, RC., Veselis, C & Whitmore, KE. (2017). The evaluation and management of female sexual dysfunction. *Medline. J Fam Pract.*, 722-728.
- Decker, MR., Wilcox, HC., Holliday, CN & Webster, DW. (2018). An Integrated Public Health Approach to interpersonal Violence and Suicide Prevention and Response. *Public Health Reports.*, 66-79.
- Delgado, J. (2017). Violencia en las relaciones de noviazgo: una revisión de estudios cualitativos. *Apuntes de psicología*, 179-186.
- Díaz, K. (2016). *Satisfacción sexual en mujeres de 40 a 55 años con diagnóstico de menopausia que acuden a la consulta externa del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas nº 1 desde enero – noviembre 2016*". (Tesis de Especialista). Quito: Universidad Pontificia del Ecuador.
- Díaz-Vélez, C & Samalvides-Cuba, F. (2017). Factores asociados a disfunción sexual en mujeres atendidas en un hospital nivel III-Chiclayo-Perú. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 386-395.
- Dickson-Gomez, J., Quinn, K., Broaddus, M. & Pacella, M. (2017). Gang masculinity and high-risk sexual behaviours. *Culture, Health and Sexuality*, 165-178.
- Dichter, M., Thomas, K., Crits-Christoph, P., Ogden, S. N., & Rhodes, K. V. (2018). Coercive control in intimate partner violence: Relationship with women's experience of violence, use of violence, and danger. *Psychology of Violence*, 596-604.
- Du, J. (2016). Prevalence of and risk factors for sexual dysfunction in young Chinese women according to the Female Sexual Function Index: an internet-based survey. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care.*, 259-63.
- Duarte, J.M. & Garcia, J. (2016). Igualdad, equidad de género y feminismo, una mirada histórica a la conquista de los derechos de las mujeres. *Revista CS.*, 107-158.



- Echeburúa, E. (2019). Sobre el Papel del Género en la Violencia de Pareja contra la Mujer. Comentario a Ferrer-Pérez y Bosch-Fiol, 2019. *Anuario de Psicología Jurídica 2019*, 77-79.
- Espasandín, M. (2018). Articulaciones entre el marxismo y feminismo: ayer y hoy. *R. Katál. Florianópolis.*, 584-593.
- Espinosa, Y. (2016). De por qué es necesario un feminismo decolonial: diferenciación, dominación co-constitutiva de la modernidad occidental y el fin de la política de identidad. *Solar*, 141-171.
- Espita-De La Hoz, F. (2018). Prevalencia y caracterización de las disfunciones sexuales en mujeres, en 12 ciudades colombianas, 2009-2016. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.*, 9-21.
- Espitia-De La Hoz, F. (2017). Evaluación de la prevalencia de disfunción sexual femenina en mujeres médicos, del eje cafetero colombiano, en etapa de climaterio. *Archivos de medicina: Manizales*, 70-7.
- Espitia-De La Hoz, F. & Orozco-Gallego, H. (2018). Fisiopatología del trastorno del deseo sexual en el climaterio. *Revista Médica Risaralda.*, 58-60.
- Farmer, M., Yoon, H. & Goldstein, I. (2016). Future Targets for Female Sexual Dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine.*, 1147-1165.
- Fernandez, C. (2016). Violencia Sexual. Santiago, Chile.
- Ferrer-Pérez, V., Bosch-Fiol, E., Sánchez-Prada, P. & Sánchez-Prada, C. (2019). Beliefs and attitudes about intimate partner violence against women in Spain. *Psicothema.*, 38-45.
- Fonseca, I. & Guzzo, M. (2018). Feminismo y herida colonial: una propuesta para el rescate de los cuerpos secuestrados en Brasil. *Tabula.Rasa.*, 65-84.
- Forster M., Grigsby, T.J., Soto, D.W., Sussman, S.Y. & Unger, J.B. (2017). Perceived discrimination, cultural identity development, and intimate partner violence among a sample of Hispanic young adults. *Cultural Divers Ethnic Minor Psychology.*, 576-582.
- Fulu, E., Miedema, S., Roselli, T., McCook, S., Chan, K.L., Haardörfer R. & Jewkes, R. (2017). Pathways between childhood trauma, intimate partner violence, and harsh parenting: findings from the UNMulti-country Study on Men and Violence in Asia and the Pacific. *the Lancet*, 512-522.



- Gandarilla, J. & Gómez, D. (2017). Estado-nación y colonialidad del poder en el pensamiento de Animal Qujano. *Crítica jurídica*, 51-67.
- García, A. (2015). El cuerpo en disputa: cuestionamiento a la identidad de género desde una diversidad funcional. *Revista Sociológica del Pensamiento Crítico*, 41-62.
- García, D. & Fernández, A. . (2017). Trascender la violencia de género desde el reconocimiento ético, un diálogo entre la fisiología y la empiria en contextos migratorios. *Scielo. Universum*, 77-94.
- García-Moreno, C., Zimmerman, C. & Watts, C. (2017). Calling for action on violence against women: is anyone listening? *The Lancet*, 486-488.
- Gattegno, MV., Wilkins, J. & Evans, D. (2016). The relationship between the Maria da Penha Law and intimate partner violence in two Brazilian states. *International Journal for Equity in Health*, 138.
- Ghiasi, A., & Keramat, A. (2018). Prevalence of Sexual Dysfunction among Reproductive-age Women in Iran: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Midwifery and Reproductive Health.*, 1390-1398.
- Grest, CV., Amaro, H. & Unger, J. . (2018). Longitudinal Predictors of Intimate Partner Violence Perpetration and Victimization in Latino Emerging Adults. *Journal of Youth and Adolescence*, 560-574.
- Grest, CV., Lee JO., Gilreath T. & Unger JB. (2018). Latent Class Analysis of Intimate Partner Violence Perpetration and Victimization among Latino Emerging Adults. *Journal of Youth and Adolescence*, 575-585.
- Grillo, E. (2018). *La crítica literaria feminista decolonial y el conocimiento interseccional desde los aportes del feminismo chicano de Gloria Anzaldúa*. (Tesis de Especialista). Plata.: Universidad Nacional de la Plata.
- Goldstein et al. (2017). Hypoactive Sexual Desire Disorder: International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) Expert Consensus Panel Review. *Elsevier*, 114-128.
- Guarderas, P. (2016). Silencios y acentos en la construcción de la violencia de género como un problema social en Quito. *Íconos* 55, 191-213.



- Guedes, A., Bott, S., Garcia-Moreno, C & Colombini, M. (2016). Bridging the gaps: a global review of intersections of violence against women and violence against children. *Glob Health Action*, 313-516.
- Hernandez, P. (2015). Análisis de la violencia de pareja bidireccional desde un punto de vista victimodogmático. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, 1-34.
- Hernández, Y. (2017). Función sexual femenina en las estudiantes de psicología clínica de la Universidad Católica del Cuenca, Ecuador. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 233-252.
- Hernandez, Y. (2019). Violencia de género, feminismo, y representación en Cuba. *Scielo. Revista Estudios Feministas.*, 1-15.
- Herrero, J., Rodriguez, F. & Torres, A. (2017). Acceptability of Partner Violence in 51 Societies: The Role of Sexism and Attitudes Toward Violence in Social Relationships. *Violence Against Women*, 351-367.
- Honda, T., Wynter, K., Yokota, J., Tran, T., Ujiie, Y., Niwa, M., Nakayama, M., Kim, Y., Fisher, J. & Kamo, T. (2018). Sexual Violence as a Key Contributor to Poor Mental Health Among Japanese Women Subjected to Intimate Partner Violence. *Journal Womens Health*, 716-723.
- HSO, A., Alkasi, MA., Khayat, SW., Qotbi, RM., Alkhatieb, MT. & Abduljabbar, AH. (2016). Screening of sexual dysfunction in Saudi women before and after the age of 40 years. *Clinical and Experimental Obstetrics Gynecology.*, 526-528.
- Huaita, M. (2016). Violencia basada en género. Marco conceptual para las políticas públicas y la acción del estado. Lima-Perú: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables.
- Iglesias-Campos, P., Morell-mengual, V., Caballero-Gascón, L. & Ceccato, R. (2018). Satisfacción sexual femenina: influencia de la edad y variedad de prácticas sexuales. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 85-92.
- Illescas, M., Segarra, J. & Flores, E. (2018.). Factores socioculturales que influyen en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar. *Revista Killkana Sociales.*, 187-196.



- Jafarzadeh Esfehiani et al. (2016). Female Sexual Dysfunction and its Associated Risk Factors: An Epidemiological Study in the North-East of Iran. *Journal of Midwifery and Reproductive Health. Journal of Midwifery and Reproductive Health.*, 498-505.
- Janos Uribe, E. & Espinosa, A. (2018). Sexismo ambivalente y su relación con la aceptación de mitos sobre la violencia sexual en una muestra de Lima. *Scielo. Revista de Investigación Psicológica.*, 61-74.
- Jaramillo, J., Bermeo, J., Caldas, J. & Astudillo, J. (2014). Construcción de una escala de violencia intrafamiliar, Cuenca. Ecuador 2013. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 31-39.
- Jewke, s R., Fulu, E., Tabassam Naved, R., Chirwa, E., Dunkle, K. & Haardörfer, R. (2017). Women's and men's reports of past-year prevalence of intimate partner violence and rape and women's risk factors for intimate partner violence: A multicountry cross-sectional study in Asia and the Pacific. *Plos Medicine*, 2381.
- Jofre, R. (2017). Caracterización del deseo sexual en mujeres climatéricas de un centro de salud rural. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 515-525.
- José, A., Graña, J., O'leary, K., Redondo, N. & J,R. (2018). Psychopathological Factors and Perpetration of Intimate Partner Aggression: A Multivariate Model. *Journal of Interpersonal Violence*, 1-3.
- Kamimura, A., Nourian, MM., Assasnik, N. & Franchek-Roa, K. (2016). Intimate partner violence-related experiences and mental health among college students in Japan, Singapore, South Korea and Taiwan. *International Journal of Social Psychiatry*, 262-270.
- Kingsberg, S. & Woodard, T. (2015). Disfunción sexual femenina. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, 1-15.
- Krakowsky, Y. & Grober, ED. (2018). A practical guide to female sexual dysfunction: An evidence-based review for physicians in Canada. *Canadian Urological Association Journal*, 211-216.
- Langarita, J. & Mas, J. (2017). Antropología y diversidad sexual y de género en España. Hacia la construcción de una especialidad disciplinaria. *Revista de Dialectología y Tradiciones populares*, 311-334.



- Lee, MS., Begun, S., DePrince, AP. & Chu, AT. (2016). Acceptability of dating violence and expectations of relationship harm among adolescent girls exposed to intimate partner violence. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 487-494.
- León-Rodríguez, M. (2016). Ciencia, sexo y género. *Espiga*, 137-144.
- Levin, RJ., Both, S., Georgiadis, J., Kukkonen, T., Park, K. & Yang, CC. (2016). The Physiology of Female Sexual Function and the Pathophysiology of Female Sexual Dysfunction (Committee 13A). *The Journal of Sexual Medicine*, 733-759.
- López, S. (2017). Impacto del abuso sexual durante la infancia-adolescencia en las relaciones sexuales y afectivas de mujeres adultas. *Gac Sanit*, 210-219.
- López-Angulo, L., Fundora, Y., Valladares, A., Ramos, Y. & Blanco, Y. (2015). Prevalencia de la violencia física y psicológica en relaciones de pareja heterosexuales. *Revista Finlay*, 161-169.
- López-Cepero, J., Rodríguez-Díaz, F., Bringas, C. & Paíno, S. (2015). Percepción de la victimización en el noviazgo de adolescentes y jóvenes españoles. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 64-71.
- López-Maguey, P., Cantellano-Orozco, M., Staufert-Gutiérrez, J., Gómez-Sánchez, J., Herrera-Muñoz, J. & Preciado-Estrella, D. (2018). Prevalencia de disfunción sexual femenina en un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México. *Revista Mexicana de Urología*, 169-175.
- López-Ramírez, E. & Ariza, G. (2017). Superación de la violencia de pareja: revisión. *Revista Latinoamericana, Sexualidad, Salud y Sociedad.*, 85-102.
- Lou et al. (2017). Prevalence and Factors Associated with Female Sexual Dysfunction in Beijing, China. *Chinese Medical Journal*, 1389-1394.
- Lucas, M. (2013). *Sexualidad Madura*. Madrid: Síntesis.
- Lundgren, R. & Amin A. (2015). Addressing intimate partner violence and sexual violence among adolescents: emerging evidence of effectiveness. *Journal Adolescents Health*, 42-50.
- Maaita et al. (2018). Prevalence and associated risk factors of female sexual dysfunction among Jordanian women. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 1488-1492.



- Males, S. (2019). *El feminismo comunitario en la Confederación de los pueblos y nacionalidades indígenas (CONAIE), como propuesta para la participación política de las mujeres indígenas*. (Título de Licenciada). Quito: Universidad San Francisco de Quito.
- Marinez, S. (2018). Entre el Buen vivir y el Feminismo: avances, desafíos y encrucijadas. *Scielo. Revistas Estudios Feministas*, 1-10.
- Martínez, A. (2016). La Violencia. Conceptualización y elementos para su estudio. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Política y Cultura.*, 7-31.
- Martín-Fernández, M., Gracia, E., Marco, M., Vargas, V., Santirso, F. y Lila, M. (2018). Measuring Acceptability of Intimate Partner Violence Against Women: Development and Validation of the A-IPVAW Scale. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 26-34.
- Matute, V., Arévalo, C. & Espinoza, A. (2016). Prevalencia de disfunción sexual femenina y factores asociados, Hospital José Carrasco Arteaga. *Revista Médica HJCA. Revista médica HJCA*.
- McCabe, MP., Sharlip, ID., Lewis, R., Atalla, E., Balon, R., Fisher, AD., Laumann, E., Lee, SW. & Seigraves, RT. (2016). Incidence and Prevalence of Sexual Dysfunction in Women and Men: A Consensus Statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *The Journal Sexual Medicine*, 144-152.
- McCool, ME., Zuelke, A., Theurich, MA., Knuettel, H., Ricci, C. & Apfelbacher, C. (2016). Prevalence of Female Sexual Dysfunction Among Premenopausal Women: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *An Official Journal of The International Society for Sexual Medicine*, 197-212.
- McCool-Myers, M., Theurich, M., Zuelke, A., Knuettel, H. & Apfelbacher, C. (2018). Predictors of female sexual dysfunction: a systematic review and qualitative analysis through gender inequality paradigms. *BMC Women's Health*, 2-15.
- Meston, CM. & Stanton, AM. (2019). Understanding sexual arousal and subjective-genital arousal desynchrony in women. *Nature Reviews Urology*, 1-12.



- Miranda, V & Lara, M. (2017). Disfunción sexual de la mujer en edad reproductiva. *Revista Científica de la Escuela Universitaria de las Ciencias de la Salud*, 22-26.
- Monterrosa-Castro, A. (2014). Disfunción sexual en mujeres climatéricas afrodescendientes del Caribe Colombiano. *IATREIA*, 31-41.
- Moore, C. (2018). Feminismos del Sur, abriendo horizontes de descolonización. Los feminismos indígenas y los feminismos comunitarios. *Estudios Políticos Universidad de Antioquia*, 237-259.
- Morales, D. (2016). *Afecto y relación de pareja*. (Tesis de Especialista). Quezaltenango: Universidad Rafael Landívar.
- Moyano, N. & Sierra, J. (2015). Desifrando las disfunciones sexuales femeninas en el DSM-5. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 277-286.
- MSP. (2017). Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva:. Quito: MSP.
- Muñoz, A. (2015). *Construcción de narrativas de identidad de género femenina en mujeres víctimas de violencia sexo-amorosa*. (Tesis de Magister). Santiago de Chile: Universidad de Chile.
- Muñoz, J. & Echeburúa, E. (2016). Diferentes modalidades de violencia en la relación de pareja: implicaciones para la evaluación psicológica forense en el contexto legal español. *Elsevier. Anuario de Psicología Jurídica 2016*, 2-12.
- Muñoz, P. & Martínez, A. (2017). La violencia de género en jóvenes adolescentes desde los estereotipos de las relaciones de pareja. Estudio de caso en Colombia y España. *INFAD. Revista de Psicología*, 169-178.
- Naciones Unidas. (2017). Violencia patrimonial y económica contra las mujeres. México: Unidad de igualdad de género.
- Nappi, RE., Cucinella, L., Martella, S., Rossi, M., Tiranini, L. & Martini, E. (2016). Female sexual dysfunction(FSD): Prevalence and impact on quality of life (QoL). *The European Menopause Journal*, 87-91.
- Navarro-Cremades, F. (2016). Sexual violence against women. Posttraumatic Stress Disorder (PSD) and Posttraumatic Sexual Stress (PSS, MDS III). Proposal. *Revista desexología*, 4-8.



- Navarro-Cremades, F. (2016). Violencia de género. Aspectos jurídicos y cuestión social. *Revista Desexología*, 32-36.
- Nekoolaltak, M., Keshavarz, Z., Simbar, M., Nazari, AM. & Baghestani, AR. (2017). Women's orgasm obstacles: A qualitative study. *International Journal of Reproductive BioMedicine*, 479-490.
- Nydegger, LA., DiFranceisco, W., Quinn, K. & Dickson-Gomez, J. (2017). Gender Norms and Age-Disparate Sexual Relationships as Predictors of Intimate Partner Violence, Sexual Violence, and Risky Sex among Adolescent Gang Members. *Journal of Urban Health*, 266-275.
- Ochoa, E. (2017). *Entre ellos y ellas: Un análisis de la violencia de género en las relaciones de noviazgo en jóvenes adolescentes de Cuenca*. (Tesis de Especialista). Cuenca: Universidad de Cuenca.
- Ogum Alangea, D., Addo-Lartey, AA., Sikweyiya, Y., Chirwa, ED., Coker-Appiah, D., Jewkes, R. & Adanú, R. (2018). Prevalence and risk factors of intimate partner violence among women in four districts of the central region of Ghana: Baseline findings from a cluster randomised controlled trial. *PLOS One*, 1-19.
- OMS. (2017). *Violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer*. Ginebra: OPS.
- Palaguachi, M. (2018). *Prevalencia y factores asociados a disfunción sexual femenina en el Centro de Salud Tipo c la Troncal. junio-noviembre. Año 2018*. (Tesis de Especialista). Cuenca: Universidad de Cuenca.
- Pedroza, R. (2015). Los cambios del vínculo amoroso en la posmodernidad. *Revista Iberoamericana de las Ciencias Sociales y Humanísticas*, 1-13.
- Perez, D. (2017). Feminismo poscolonial y hegemonía occidental: una deconstrucción epistemológica. *Dossiers Feministes*, 157-177.
- Posada, L. (2015). Las mujeres son cuerpo, reflexiones feministas. *Investigaciones Feministas*, 108-121.
- Posada, L. (2017). Sobre Bourdieu, el habitus y la dominación masculina: tres apuntes. *Scielo. Revista de Filosofía*, 251-257.
- Púa, M. (2015). Una epistemología que decolonice el poder y el saber. *Revista de Ciencias Sociales, Humanas y Artes* 34-38.
- Puente-Martínez,A.,Ubillos-Landa,S.,Echeburúa,E. & Páez-Rovira,D. (2016). Factores de riesgo asociados a la violencia sufrida por la mujer en la pareja:



- una revisión de meta-análisis y estudios recientes. *Scielo. Anales de Psicología.*, 295-306.
- Pukall et al. (2016). Vulvodynia: Definition, Prevalence, Impact, and Pathophysiological Factors. *The Journal of Sexual Medicine*, 291-304.
- Ramirez, L. (2012). Evolución 1982-2007 de los extractos sociales en Venezuela y su conexión con la elección presidencial 2012. *Mundo Universitario*, 311-322.
- Reed et al. (2016). Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. *World Psychiatry*, 205–221.
- Reyes, HLuz., Foshee, V., Chen, M. & Ennett, S. (2017). Patterns of Dating Violence Victimization and Perpetration among Latino Youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 1727-1742.
- Rivas, F. (2017). Las limitaciones teóricas respecto a la violencia de género contra las mujeres: aportes desde el feminismo decolonial para el análisis en mujeres de América Latina. *Iberoamérica Social: Revista Red de Estudios Sociales.*, 129-153.
- Rodriguez, R. & Pasero, M. (2018). Violencia patriarcal y ritualización. Claves para la comprensión de la desposesión de los cuerpos/territorios. *RevIISE - Revista de Ciencias Sociales y Humanas*, 163-176.
- Rojas, P. & Moreno, R. (2016). Sexismo hostil y benevolente en adolescentes. Una aproximación étnico-cultural. *Revista Iberoamericana de Educación*, 31-46.
- Ruan, X., Wang, Q. & Mueck, A. (2015). Prevalence and types of female sexual dysfunction of perimenopausal women in China assessed by validated scores. *The European Menopause Journal*, 154.
- Saldivia, C., Faúndez, B., Sotomayor, S. & Cea, F. (2017). Violencia íntima en parejas jóvenes del mismo sexo en Chile. *Última década*, 184-212.
- Salguero, M., Soriano, M. & Ayala, C. (2016). Estereotipos de género: sexualidad y anticoncepción en jóvenes universitarios de clase media. *Investigaciones Feministas*, 335-352.
- Sánchez-Medina, R. & Rosales, C. (2017). Modelo ecológico aplicado al campo de la salud sexual. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social.*, 121-131.



- Sandoval-Jurado, L., Jiménez-Báeza, M., Rovira, G., Vital y , O. & Pat Espadas, F. (2017). Violencia de pareja: tipo y riesgos en usuarias de atención primaria de salud en Cancún, Quintana Roo, México. *Elsevier. Atención Primaria*, 465-472.
- Segato, R. (2016). La guerra contra las mujeres. Madrid: Traficantes de sueños.
- Segovia, O. (2016). Territorio e igualdad. Planificación del desarrollo con perspectiva de género. Santiago: Naciones Unidas-CEPAL.
- Serret, E. (2016). Igualdad y diferencia: la falsa dicotomía de la teoría y la política feministas. *Debate feminista*, 18-33.
- Signorelli, M., Hillel, S., Canavese de Oliveira, D., Ayala, B., Hegarty, K. & Taft, A. (2018). Voices from low-income and middle-income countries: a systematic review protocol of primary healthcare interventions within public health systems addressing intimate partner violence against women. *BMJ Open*, 019266.
- Silva, L., Poerner, S., Kefalás, J. & Pereira, G. (2017). A Model for the Management of Female Sexual Dysfunctions. *Revista Brasileña de Ginecología y Obstetricia*, 184–194.
- Stephenson, KR., Toorabally, N., Lyon, S. L. & Meston, C. (2016). Further Validation of the Female Sexual Function Index: Specificity and Associations With Clinical Interview Data. *Journal of Sex & Marital Therapy.*, 448-461.
- Sugg, N. (2015). Intimate partner violence: prevalence, health, consequences, and intervention. *Medical Clinics of North America Journal- Elsevier*, 735-749.
- Trujillo, M. & Contreras, P. (2017). Desde las epistemologías feministas a los feminismos decoloniales: aportesa los estudios sobre migraciones. *Athenea Digital*, 145-162.
- Urbano-Contreras, A. (2019). Satisfacción general y sexual con la relación de pareja en función del género. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 143-158.
- Uribe, J.F., Quintero, M. y Gómez, M. (2015). Orgasmo femenino: definición y fingimiento. *Elsevier Doyma. Revista de Urología Colombiana*, 19-23.
- Valdivieso, M. (2016). Movimientos de mujeres y luchas feministas en América Latina y Caribe. Buenos Aires.: CLACSO.



- Valenzuela, R., Contreras, Y. y Manriquez, K. (2014). Índice de función sexual en trabajadoras de la salud. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología.*, 1-3.
- Valle, C. (2018). Atlas de Género. Quito: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC).
- Vega et al. (2014). Factores biopsicosociales asociados a la disfunción sexual femenina en una población mexicana. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología.*, 81-85.
- Velez, G. (2015). Masculinidades. Poder, identidad y violencia de género. *Universidad Autónoma del Estado de México.*, 233-254.
- Villarroel, Y. (2018). Feminismos descoloniales latinoamericanos: geopolítica, resistencia y Relaciones Internacionales. *Relaciones Internacionales*, 103-119.
- Vivanco, R., Espinoza, S., Romo, C., Burgos, A. y Vargas, A. (2015). Perpetración y victimización de la violencia en relaciones de parejas en jóvenes que cursan educación superior en la ciudad de Osorno, Chile. *Polis. Revista Latinoamericana*, 1-17.
- Viveros, M. (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Science Direct*, 1-17.
- Vizcaíno, M., Almenares, R., Rodríguez-Mena, D. y Montero, V. (2017). Factores psicosociales asociados al comportamiento sexo-erótico de un grupo de mujeres. *Invest Médicoquir*, 4-15.
- Wesche, R. y Dickson-Gomez, J. (2019). Gender Attitudes, Sexual Risk, Intimate Partner Violence, and Coercive Sex Among Adolescent Gang Members. *Journal of Adolescent Health*, 648-656.
- Worsley, R., Bell, R.J., Gartoulla, P. y Davis, S.R. (2017). Prevalence and Predictors of Low Sexual Desire, Sexually Related Personal Distress, and Hypoactive Sexual Desire Dysfunction in a Community-Based Sample of Midlife Women. *The Journal of Sexual Medicine*, 675-686.
- Zelege, B.M., Bell, R.J., Billah, B. y Davis, S.R. (2017). Hypoactive sexual desire dysfunction in community-dwelling older women. *Menopause*, 391-399.



Zhang, H., Fan, S. y Yip, PS. (2015). Sexual dysfunction among reproductive-aged Chinese married women in Hong Kong: prevalence, risk factors, and associated consequences. *The Journal of Sexual Medicine*, 738-45.



12. ANEXOS

12.1. ANEXO N° 1: ESCALA DE VIOLENCIA DE PAREJA

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES
CENTRO DE POSGRADOS
MAESTRÍA EN GÉNERO, DESARROLLO, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

ANTECEDENTES DE VIOLENCIA DE PAREJA O EXPAREJA					
Si ha tenido expareja o pareja, responda por favor de acuerdo a las opciones					
Sufrió violencia con su expareja: si _____ no _____					
Sufre violencia con su pareja actual: si _____ no _____					
ESCALA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR : VIOLENCIA DE PAREJA					
Opciones y puntaje					
PREGUNTAS	Nunca 1 punto	Pocas veces 2 puntos	A veces 3 puntos	Muchas Veces 4 puntos	Siempre 5 puntos
VIOLENCIA FÍSICA					
¿Su pareja le pega?					
¿Su pareja le ha hecho moretones cuando le golpea?					
¿Ha sangrado a causa de los golpes recibidos por su pareja?					
¿Por los golpes recibidos por su pareja ha necesitado atención médica?					
VIOLENCIA PSICOLÓGICA					
¿Su pareja le hace callar cuando usted da su opinión?					
¿Su pareja le insulta en frente de otras personas?					
¿Su pareja le ha sido infiel?					
¿Su pareja ha amenazado con suicidarse si le abandona?					
¿Usted siente temor cuando su pareja llega a la casa?					
VIOLENCIA SEXUAL					
¿Su pareja le ha dicho que sexualmente no le satisface?					
¿Su pareja le obliga a tener relaciones sexuales cuando usted no desea?					
¿Su pareja le prohíbe asistir a control médico ginecológico?					
¿Su pareja le prohíbe el uso de métodos anticonceptivos?					



¿Su pareja le prohíbe embarazarse?					
¿Su pareja le ha obligado a abortar?					
VIOLENCIA SOCIAL					
¿Su pareja se pone molesta cuando usted se arregla?					
¿Su pareja le impide hablar por celular con otras personas?					
¿Su pareja le amenaza con golpearle si usted sale de su casa si n el permiso de él?					
¿Su pareja se pone ce loso cuando usted habla con otras personas?					
VIOLENCIA PATRIMONIAL					
¿Su pareja ha roto las cosas del hogar?					
¿Su pareja le ha impedido el ingreso a su domicilio?					
¿Su pareja le limita el dinero para los gastos del hogar?					
VIOLENCIA DE GÉNERO					
¿Al momento de tomar decisiones su pareja ignora su opinión?					
¿Su pareja nunca colabora en las labores del hogar?					
¿Su pareja le impide tener un trabajo remunerado, fuera de casa?					

1. Leve ≤ 35 puntos
2. Moderada (36 a 67 puntos)
3. Severa ≥ 68 puntos.



12.2. ANEXO N° 2: ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES
CENTRO DE POSGRADOS
MAESTRÍA EN GÉNERO, DESARROLLO, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA Y PUNTAJE	
1- ¿En las últimas 4 semanas, con qué frecuencia experimentó deseo o interés sexual?	
• Casi siempre o siempre	5 puntos
• Muchas veces (más de la mitad de las veces)	4 puntos
• Algunas veces (la mitad de las veces)	3 puntos
• Pocas veces (menos de la mitad de las veces)	2 puntos
• Casi nunca o nunca	1 punto
2- ¿En las últimas 4 semanas, en qué porcentaje estima su nivel (grado) de deseo o interés sexual?	
• Muy alto	5 puntos
• Alto	4 puntos
• Regular	3 puntos
• Bajo	2 puntos
• Muy bajo o nada	1 punto
3- ¿En las últimas 4 semanas, con qué frecuencia experimentó excitación sexual durante la actividad sexual?	
• Sin actividad sexual	0 puntos
• Casi siempre o siempre	5 puntos
• Muchas veces (más de la mitad de las veces)	4 puntos
• Algunas veces (la mitad de las veces)	3 puntos
• Pocas veces (menos de la mitad de las veces)	2 puntos
• Casi nunca o nunca	1 punto
4- ¿En las últimas 4 semanas, en qué porcentaje estima su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?	
• Sin actividad sexual	0 puntos
• Muy alto	5 puntos
• Alto	4 puntos
• Moderado	3 puntos
• Bajo	2 puntos
• Muy bajo o nada	1 punto
5- ¿En las últimas 4 semanas, que confianza tiene de poder lograr excitación sexual durante la actividad sexual?	
• Sin actividad sexual	0 puntos
• Muy alta confianza	5 puntos
• Alta confianza	4 puntos
• Moderada confianza	3 puntos
• Baja confianza	2 puntos
• Muy baja o sin confianza	1 punto



6- ¿En las últimas 4 semanas, con qué frecuencia ha satisfecho su excitación durante la actividad sexual?

- Sin actividad sexual 0 puntos
- Casi siempre o siempre 5 puntos
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4 puntos
- Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2 puntos
- Casi nunca o nunca 1 punto

7- ¿En las últimas 4 semanas, con qué frecuencia se ha lubricado (húmedo o mojado) durante la actividad sexual?

- Sin actividad sexual 0 puntos
- Casi siempre o siempre 5 puntos
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4 puntos
- Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2 puntos
- Casi nunca o nunca 1 punto

8- ¿En las últimas 4 semanas, cuán difícil fue lubricarse (mojarse) durante la actividad sexual?

- Sin actividad sexual 0 puntos
- Extremadamente difícil o imposible 1 punto
- Muy difícil 2 puntos
- Difícil 3 puntos
- Levemente difícil 4 puntos
- Sin dificultad 5 puntos

9- ¿En las últimas 4 semanas, con qué frecuencia mantiene la lubricación hasta completar la actividad sexual?

- Sin actividad sexual 0 puntos
- Casi siempre o siempre 5 puntos
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4 puntos
- Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2 puntos
- Casi nunca o nunca 1 punto

10- ¿En las últimas 4 semanas, cuán difícil fue mantener su lubricación hasta completar la actividad sexual?

- Sin actividad sexual 0 puntos
- Extremadamente difícil o imposible 1 punto
- Muy difícil 2 puntos
- Difícil 3 puntos
- Levemente difícil 4 puntos
- Sin dificultad 5 puntos

11- ¿En las últimas 4 semanas, cuando ha tenido estimulación o actividad sexual, con qué frecuencia logra el orgasmo (clímax)?

- Sin actividad sexual 0 puntos
- Casi siempre o siempre 5 puntos
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4 puntos
- Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2 puntos
- Casi nunca o nunca 1 punto



12- ¿En las últimas 4 semanas, cuando ha tenido estimulación o actividad sexual, cuán difícil fue lograr el orgasmo (clímax)?

- Sin actividad sexual 0 puntos
- Extremadamente difícil o imposible 1 punto
- Muy difícil 2 puntos
- Difícil 3 puntos
- Levemente difícil 4 puntos
- Sin dificultad 5 puntos

13- ¿En las últimas 4 semanas, cuán satisfecha estuvo con su habilidad para lograr el orgasmo durante la actividad sexual?

- Sin actividad sexual 0 puntos
- Muy satisfecha 5 puntos
- Moderadamente satisfecha 4 puntos
- Igualmente satisfecha e insatisfecha 3 puntos
- Moderadamente insatisfecha 2 puntos
- Muy insatisfecha 1 punto

14- ¿En las últimas 4 semanas, Cuán satisfecha estuvo con el acercamiento emocional durante la actividad sexual entre usted y su pareja?

- Sin actividad sexual 0 puntos
- Muy satisfecha 5 puntos
- Moderadamente satisfecha 4 puntos
- Igualmente satisfecha e insatisfecha 3 puntos
- Moderadamente insatisfecha 2 puntos
- Muy insatisfecha 1 punto

15- ¿En las últimas 4 semanas, Cuán satisfecha ha estado con la relación sexual con su pareja?

- Muy satisfecha 5 puntos
- Moderadamente satisfecha 4 puntos
- Igualmente satisfecha e insatisfecha 3 puntos
- Moderadamente insatisfecha 2 puntos
- Muy insatisfecha 1 punto

16- ¿En las últimas 4 semanas, Cuán satisfecha a estado con su vida sexual en general?

- Muy satisfecha 5 puntos
- Moderadamente satisfecha 4 puntos
- Igualmente satisfecha e insatisfecha 3 puntos
- Moderadamente insatisfecha 2 puntos
- Muy insatisfecha 1 punto

17- ¿En las últimas 4 semanas, Con qué frecuencia experimentó dolor o molestias durante la penetración vaginal?

- Sin actividad sexual 0 puntos
- Casi siempre o siempre 1 punto
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 2 puntos
- Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 4 puntos
- Casi nunca o nunca 5 punto

18- ¿En las últimas 4 semanas, Con qué frecuencia experimentó dolor o molestias después de la penetración vaginal?

- Sin actividad sexual 0 puntos
- Casi siempre o siempre 1 punto
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 2 puntos



- Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 4 puntos
- Casi nunca o nunca 5 puntos ...

19- ¿En las últimas 4 semanas, Con qué porcentaje usted valora su molestia o dolor durante o después de la penetración vaginal?

- Sin actividad sexual 0 puntos
- Muy alto 1 punto
- Alto 2 puntos
- Regular 3 puntos
- Bajo 4 puntos
- Muy bajo o nada 5 puntos

Sistema de puntuación: Se obtiene la puntuación individual y se suman a los demás del mismo dominio, multiplicando por el factor correspondiente. La escala total es obtenida sumando los scores obtenidos de los 6 dominios. Un score de 0 en un dominio indica no actividad sexual en el último mes.

Dominio	Preguntas	Rango	Factor	Score mínimo	Score máximo
Deseo	1, 2	1-5	0,6	1,2	6,0
Excitación	3, 4, 5, 6	0-5	0,3	0	6,0
Lubricación	7, 8, 9, 10	0-5	0,3	0	6,0
Orgasmo	11, 12, 13	0-5	0,4	0	6,0
Satisfacción	14, 15, 16	0 (o 1)-5	0,4	0	6,0
Dolor	17, 18, 19	0-5	0,4	0	6,0
Rango total de la escala				2,0	36,0



	NIVEL SOCIOECONÓMICO	Puntos
2.1. Profesión del jefe/e de hogar	Profesión universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, oficiales de las Fuerzas Armadas (si tienen un rango de educación superior)	<input type="checkbox"/> (1)
	Profesión técnica superior, medianos comerciantes o productores	<input type="checkbox"/> (2)
	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores	<input type="checkbox"/> (3)
	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa)	<input type="checkbox"/> (4)
	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa)	<input type="checkbox"/> (5)
2.2. Nivel de instrucción de la mujer	Enseñanza Universitaria o su equivalente	<input type="checkbox"/> (1)
	Técnica superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media.	<input type="checkbox"/> (2)
	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior	<input type="checkbox"/> (3)
	Enseñanza primaria, o alfabeta (con algún grado de instrucción primaria)	<input type="checkbox"/> (4)
	Analfabeta	<input type="checkbox"/> (5)
2.3. Principal fuente de ingreso de la familia	Fortuna heredada o adquirida	<input type="checkbox"/> (1)
	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales	<input type="checkbox"/> (2)
	Sueldo mensual	<input type="checkbox"/> (3)
	Salario semanal, por día, entrada a destajo	<input type="checkbox"/> (4)
	Donaciones de origen público o privado	<input type="checkbox"/> (5)
2.4. Condiciones de alojamiento	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo	<input type="checkbox"/> (1)
	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios	<input type="checkbox"/> (2)
	Viviendas con buenas condiciones, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2	<input type="checkbox"/> (3)
	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en condiciones sanitarias	<input type="checkbox"/> (4)
	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas.	<input type="checkbox"/> (5)
1. De 4 a 6 = alto 2. De 7 a 9 = medio alto 3. De 10 a 12 = medio, medio. 4. 13 a 16 pobreza relativa. 5. 17 a 20 pobreza extrema.		



12.4. ANEXO N° 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
CENTRO DE POSGRADOS
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA, CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES
MAESTRÍA EN GÉNERO, DESARROLLO, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO
INSTRUCTIVO: Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite y decidir si desea participar o no. Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre “Influencia de la violencia de pareja en la disfunción sexual femenina. Departamento de Ginecología. Centro de Especialidades Central Cuenca. 2018.” debido a que usted es usuaria de este Centro.
INTRODUCCION: la violencia de pareja es un fenómeno social grave que puede afectar varias aristas de, la vida de las mujeres ocasionando alteraciones en su bienestar físico, psicológico y especialmente el bienestar sexual que conlleva al desarrollo de disfunciones sexuales o alteraciones en las fases de respuesta sexual como deseo, excitación, orgasmo y resolución, afectando directamente su sexualidad y calidad de vida.
Confidencialidad de los datos
Para la investigadora del presente estudio es muy importante mantener su privacidad, por lo que se aplicará las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales: 1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo la investigadora y la Comisión Académica de la Universidad de Cuenca tendrán acceso. 2) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones. 3) La Comisión Académica de la Maestría en Género, Desarrollo, Salud Sexual y Reproductiva de la Universidad de Cuenca podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.
Información de contacto. Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente 0992920980, que pertenece a Paola Romero, o envíe un correo electrónico a paoromerocruz@hotmail.com Declaración del Consentimiento Informado: Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los beneficios de participar, en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar. Acepto voluntariamente participar en esta investigación. Nombre del participante: _____ Código: _____ Historia clínica: _____ Teléfono _____ CI: _____ Fecha: _____ Firma: _____