

UCUENCA

Universidad de Cuenca

Facultad de Medicina

Maestría en Sexología

**“PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA DISFUNCIÓN SEXUAL
DURANTE LA TRANSICION A LA MENOPAUSIA Y POSMENOPAUSIA, EN EL
PERSONAL DOCENTE Y ADMINISTRATIVO DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA
2022”**

Trabajo de titulación previo a la
obtención del título de Magíster en
Sexología

Autor:

Gladys Magdalena Lituma Campoverde

Director:

Diana Patricia Vanegas Coveña

ORCID: 0000-0002-0197-3889

Cuenca, Ecuador

2023-02-01

Resumen

Antecedentes: la disfunción sexual (DS) constituye un problema de salud que afecta de forma directa la salud física y mental de un individuo; teniendo impacto en la relación de pareja, su interrelación familiar, laboral y social.

Objetivo: determinar la prevalencia y factores asociados a la disfunción sexual durante la transición a la menopausia y posmenopausia, en el personal docente y administrativo de la Universidad de Cuenca 2022.

Metodología: estudio cuantitativo, analítico, transversal. Participaron 224 mujeres que cumplieron los criterios de inclusión. Para la evaluación de función sexual se aplicó el Índice de función sexual femenina. El análisis se realizó mediante estadística descriptiva y pruebas de contrastación de hipótesis, considerando diferencias estadísticamente significativas a valores $p < 0.05$; se reportó razón de prevalencia e intervalo de confianza al 95%. Se aplicaron todos los procedimientos bioéticos para investigación en seres humanos.

Resultados: la prevalencia de disfunción sexual fue del 43.8%, un 65.3% eran posmenopáusicas; el dominio más afectado fue el deseo (34.4%). Se identificó asociación estadística con DS a las mujeres con una edad ≥ 50 años (OR= 2.414; IC 95%=1.349 – 4.320), baja instrucción (OR=12.6240; IC 95%=1.573 – 101.564) y tener una relación de pareja insatisfecha (OR=6.923, IC 95% =3.809 – 12.582).

Conclusiones: cerca de la mitad de participantes presentó disfunción sexual, considerándose al deseo como el dominio más afectado y detectándose factores de riesgo como: edad ≥ 50 años, bajo nivel educativo, y relación de pareja insatisfecha.

Palabras clave: disfunción sexual, climaterio, menopausia, premenopausia, posmenopausia

Abstract

Background: Sexual dysfunction constitutes a health issue that directly affects both physical and mental health. In doing so, sexual dysfunction influences intimate and professional relationships.

Objective: To determine the prevalence and factors associated with sexual dysfunction during the transition to menopause and postmenopause in faculty and administrative personnel of the University of Cuenca 2022.

Methods: Quantitative, analytical, prospective study. A total of 224 women participants met the inclusion criteria. To evaluate sexual function an index of feminine sexual function was applied and was analyzed by a descriptive statistical hypothesis test. A statistical significant difference was determined by p value < 0.05 to report prevalence with a confidence interval of 95%. All bioethical procedures for human studies were followed.

Results: The prevalence of sexual dysfunction was 43.8% with 65.3% postmenopausal. The most affected category was desire (34.4%). An association was statistically identified with SD for women with an age of ≥ 50 years (OR = 2.414; IC 95% = 1.349 – 4.320), education (OR = 12.6240; IC 95% = 1.573 – 101.564) and unsatisfied partner relationship (OR = 6.923; IC 95% = 3.809 – 12.582).

Conclusions: Nearly half of the participants presented sexual dysfunction with desire being the most affected category. Risk factors included: age ≥ 50 years, education, and unsatisfied partner relationship.

Keywords: sexual dysfunction, climacteric, menopause, premenopause, postmenopause

Índice

Resumen	2
Abstract.....	3
1. INTRODUCCIÓN	5
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
3. JUSTIFICACIÓN.....	7
4. MARCO TEÓRICO	8
4.1. Sexualidad	8
4.2. Salud Sexual.....	8
4.3. Función y respuesta sexual.....	8
4.4. Transición a la Menopausia.....	9
4.5. Menopausia y Posmenopausia.....	9
4.6. Disfunción sexual	10
4.7. Factores asociados a Disfunción sexual Femenina.....	10
5. HIPÓTESIS.....	13
6.1. Objetivo general	13
6.2. Objetivos específicos.....	13
7. METODOLOGÍA	13
7.8. Consideraciones bioéticas	16
7.9. Recursos materiales y humanos (Anexo 4).....	17
8. RESULTADOS.....	18
9. DISCUSIÓN.....	24
10. CONCLUSIONES	27
11. RECOMENDACIONES	27
Referencias.....	28
Anexos.....	33

1. INTRODUCCIÓN

La sexualidad y la actividad sexual son determinantes decisivos en la satisfacción y calidad de vida del ser humano, en la mujer depende de una complicada interacción entre la identidad, la función sexual y las relaciones sexuales; siendo influenciada por múltiples factores de orden psicológico, biológico, social y cultural (1,2).

La función sexual y su deterioro durante el período de transición a la menopausia, rara vez se plantean durante las consultas clínicas, quizá debido a la falta de confianza para abordar el tema o al limitado número de profesionales de la salud preparados para diagnosticar y diferenciar entre trastornos sexuales y estados transitorios secundarios a factores temporales como conflictos de la relación y otras posibles variantes del funcionamiento sexual, que pueden llevar a la medicalización de la respuesta sexual normal (3,4).

La aparición de disfunciones, implica el fracaso de una o más etapas de la respuesta sexual, tornándose muy importante la identificación temprana de las mismas para un tratamiento adecuado. Millones de mujeres en todo el mundo se ven afectadas por algún tipo de dificultad, pero la vergüenza y los tabúes sociales ocasionan que tanto el personal de salud como la mujer eviten hablar sobre el tema (5,6).

Las investigaciones para el diagnóstico y las oportunidades de tratamiento para individuos con DS, son relativamente nuevas y limitadas, a pesar de ser un problema de salud trascendental. Este estudio destaca las disfunciones sexuales durante el período de transición a la menopausia y posmenopausia, y sus factores asociados (7,8).

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La disfunción sexual incluye condiciones que alteran una o más de las siguientes áreas: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, dolor y satisfacción; estas generan tensión y comprometen la calidad de vida de una persona (1,3,9,10).

El período que lleva a la mujer de ciclos ovulatorios a la senectud ovárica, se conoce como transición menopáusica, iniciando desde la cuarta hasta el final de la quinta década de la vida. Se considera una disfunción ovárica prematura, a la ocurrida antes de los 40 años de edad; y a

la menopausia, como la fecha del último período menstrual seguido por doce meses de amenorrea, luego de la cual inicia el período posmenopáusico (11,12).

La prevalencia de DS femenina oscila entre el 9.5% y 84%, en edades comprendidas entre los 40 y 65 años; dentro de los factores asociados se encuentran, la edad y la menopausia. Las posmenopáusicas presentan una frecuencia alta, aún mayor que la de los hombres de la misma edad (10,13,14).

Estudios realizados en Estados Unidos, uno de ellos ejecutado por Shifren J., en el año 2008, con una muestra de 31581 mujeres, con edad promedio de 49 años, detectó DS en 9.5% de las participantes; mientras que Rosen R., en el año 2012, con 2207 encuestadas entre 30 y 70 años, reportó una prevalencia de 8.3% (15,16).

En países Latinoamericanos, diferentes autores refieren una prevalencia entre el 25% y 43%. En Cuba, en el año 2020, Díaz T. et al, revelaron un 84.5% de DS en mujeres que se encontraban entre 40 y 50 años; así también, Pazmiño, en Ecuador, en el año 2016, detectó 34% de DS en climatéricas (17–19).

La disfunción sexual se identifica principalmente en el estado peri y posmenopáusico, según Tong J. et al, en el año 2018, en China, la prevalencia en perimenopáusicas fue de 38.4%; corroborado por Sánchez M. et al, en España, año 2015, que estudiaron mujeres de 45 a 59 años de edad, encontrando una prevalencia de 65.6%, misma que iba aumentando aún más con la edad (17,20).

En Ecuador, en la ciudad de Cuenca, en el año 2018, Álvarez y Domínguez, analizaron la DS en 151 colaboradoras entre 40 y 60 años de edad, encontraron una prevalencia de 37.1%, el dominio más afectado fue el de satisfacción con un 48.8%; ser menor de 50 años y de residencia urbana fue un factor de riesgo, en contraste con el nivel de instrucción bajo, que se identificó como un factor protector (21).

Luego de analizar estos datos y basados en la elevada incidencia de DS y la influencia que tienen en la salud de la mujer, surgió la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia y factores asociados a la disfunción sexual durante la transición a la menopausia y posmenopausia, en el personal docente y administrativo de la Universidad de Cuenca 2022?

3. JUSTIFICACIÓN

Considerando las alteraciones en la esfera sexual como un problema de salud pública, se planteó este proyecto con el objetivo de determinar la prevalencia de DS y sus factores asociados en mujeres durante el período de transición a la menopausia y posmenopausia.

Los objetivos de desarrollo sostenible dentro del enfoque de salud y bienestar indican que es fundamental garantizar una vida saludable, para mejorar la calidad de vida de los individuos independientemente de su edad. El literal 3.7 expresa el propósito de garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva incluyéndola en las estrategias de los programas de salud (22).

Las Prioridades de investigación en salud 2013-2017 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, tienen como objetivo la optimización de recursos para realizar investigación e influir positivamente en la calidad de la misma, logrando de esta manera mejorar la eficiencia y calidad de atención para alcanzar los objetivos del Buen Vivir. Este estudio se encuentra entre las prioridades de investigación en el Área del Sistema Nacional de Salud, línea de Atención Primaria de Salud (APS), sub línea de recursos en APS, debido a que la disfunción sexual implica a un deterioro de la calidad de vida en las mujeres, que podría llevar a un trastorno de la salud física y mental (23).

Además, está incluido en las líneas de investigación del programa de Maestría en Sexología propuesta por el Centro de Posgrados de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, que tiene como objetivo formar profesionales capaces de desarrollar proyectos de investigación sexológica de forma integral y adecuada a la realidad local, desde un enfoque de derechos sexuales, diversidad, multiculturalidad y de equidad de género (15).

Los resultados de este proyecto serán difundidos a través del repositorio digital de la Universidad de Cuenca, además se realizará la publicación de un artículo científico en una revista indexada.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. Sexualidad

Comprende el sexo, los roles e identidad de género, el erotismo, la intimidad y la reproducción; está influenciada por factores de orden biológico, psicológico, social y cultural. Considerado un tema censurado, lo cual ha ocasionado que las mujeres no expresen sus dificultades y no reciban ayuda médica (1,2,22,24–27).

4.2. Salud Sexual

Según Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), en el 2012 definió a la salud sexual como “un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, y no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar”, incluyendo el derecho de las personas de disfrutar de relaciones sexuales satisfactorias y sin riesgos, libre de discriminación y violencia (22).

4.3. Función y respuesta sexual

La función sexual expresa la integridad orgánica y funcional del sistema neuroendocrino y del aparato reproductor, se han propuesto varios modelos para explicar los cambios observados durante el curso de la excitación y la respuesta sexual, Master y Johnson describieron cuatro fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Años más tarde Helen Singer Kaplan amplió este concepto e introdujo un importante elemento: el deseo, anteponiéndolo a la fase de excitación; recalcó la importancia de lo mental, enfatizando que el cerebro es el principal órgano sexual. A finales del siglo XX, Rosemary Basson revisó los modelos propuestos y aportó el concepto de respuesta sexual circular, en donde el deseo no necesariamente constituye el inicio de la respuesta sexual (9,25,28,29).

En la fase de excitación, se produce: aumento de la temperatura, frecuencia respiratoria y ritmo cardiaco, vasocongestión pélvica y aumento de tamaño de las mamas con erección de los pezones, produciendo además un enrojecimiento generalizado en forma de rash máculo papular, denominado por Lucas “roséola del amor” (9,30).

Estos cambios se mantienen y cuando la excitación llega al más alto nivel, fase meseta, ocasiona una alta sensación de placer, siendo de una duración muy variable. La tensión muscular, la

presión sanguínea, la frecuencia cardíaca y la respiración se aceleran más, hasta que llega el orgasmo que se caracteriza por una rápida contracción muscular, rítmica e involuntaria de los músculos pélvicos inferiores que rodean al útero y ano (25).

Además se produce una respuesta emocional, que consolida el vínculo con la pareja a través de la liberación de ciertas hormonas que causa un placer compartido, esta gran descarga emocional puede expresarse en forma de llanto, gritos e incluso risa; lentamente se restablecen las constantes vitales y se produce una sensación de relajación y bienestar general en la fase de resolución (31).

4.4. Transición a la Menopausia

Caracterizado por la transición de la vida reproductiva a la no reproductiva, se instauran cambios en el sistema biológico, clínico y endócrino por la disminución de la actividad ovárica. El efecto de los niveles bajos de estradiol produce el síndrome genitourinario de la menopausia, que incluye: atrofia vaginal, disminución de la lubricación, dispareunia, síntomas de urgencia, disuria e infecciones urinarias. Este estado determina la aparición de alteraciones vasomotoras y genitourinarias hasta en el 50% de mujeres en transición a la menopausia, cuyos síntomas contribuyen significativamente a la aparición de dificultades sexuales; además, afecta regiones del cerebro que regulan el estado de ánimo y el deseo. Desde el punto de vista hormonal, estas anomalías debutan cuando los niveles de estrógenos son menores a 500 pg./100 ml, incrementándose por debajo de 350 pg./100 ml (28,32).

En 2017 Taylor H. et al, analizaron el efecto de la terapia de sustitución hormonal con estrógenos, en 670 posmenopáusicas, se concluyó que hubo una mejora significativa en las puntuaciones del índice de función sexual en aquellas tratadas con estradiol (33,34).

4.5. Menopausia y Posmenopausia

Se define como menopausia el momento en el que se establece el final de la vida reproductiva, evidenciándose por falta de menstruación durante 12 meses continuos, este periodo se considera fisiológico cuando se produce luego de los 40 años de edad. La posmenopausia inicia a partir de cumplido el año de ausencia de menstruación y se caracteriza por un gran descenso en las concentraciones circulantes de estrógenos (35).

4.6. Disfunción sexual

Las disfunciones sexuales o disfunciones eróticas, se refieren a la dificultad o fracaso durante una o más fases de la respuesta sexual humana. La DS femenina es un trastorno común, con una prevalencia estimada entre 20-86%, asociada a factores biológicos, cognitivos, emocionales y sociales que provocan disminución de la autoestima y altera la calidad de vida de las mujeres (9,18,26,33).

Se hablará de disfunción cuando el defecto constituya un fenómeno que se repite constantemente y durante un período de tiempo considerable, que de acuerdo a DSM-V requiere un mínimo de 6 meses de duración. Se menciona a la pareja como un factor importante para definir si hay o no anomalías, porque en ocasiones las personas se sienten muy bien respecto a su propio desempeño, pero cuando se interroga al otro miembro de la pareja, este menciona que la actividad sexual no es satisfactoria (36,37).

En mayo del 2019, la 11^{ava} revisión de la Clasificación Estadística Internacional de enfermedades y problemas de salud relacionados (CIE11) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) fue aceptada y entró en vigor desde el primero de enero del 2022, las pautas de diagnóstico de la CIE11 (ICD-11) categorizan la DS en cuatro grupos principales: deseo sexual hipoactivo y disfunciones de la excitación, disfunción orgásmica, disfunción eyaculatoria y trastornos de penetración y dolor (36).

La etiología es compleja y multifactorial, en Alemania, durante el período octubre 2018 a septiembre del 2019, Briken P. et al, usando las nuevas pautas de la ICD-11, reportaron que la prevalencia de una o más afecciones sexuales incluyendo angustia fue del 45,7% en mujeres, además, más de la mitad de encuestadas tuvieron deseo sexual hipoactivo a lo largo de su vida. En Cuba, Díaz P. et al, en el año 2020, observó que en aquellas en transición a la menopausia, predominó la disminución del deseo con un 84,5% y la dispareunia con 45,9% (9,18,32,36).

4.7. Factores asociados a Disfunción sexual Femenina.

- **Edad**

Conforme pasan los años, los trastornos sexuales tienen una alta prevalencia en la práctica clínica. López J. et al, en el año 2016, comparó 229 mujeres de 40 – 50 años con 224 mujeres

de 50 – 60 años, concluyó que, a mayor edad mayor frecuencia de disfunciones, lo cual se corrobora con los datos de Muñoz y Camacho, en Colombia, en el año 2016, que determinaron que las mayores de 40 años presentaron mayor riesgo de DS (OR 3.49; IC95%); Carosa E. et al, en el año 2018, en Italia, revelaron que los síntomas sexuales afectan a más del 60% de las participantes de 60 años o más; y en Ecuador, Palaguachi M., en el año 2018, relató que tener más de 40 años, aumentaba el riesgo de DS (RP= 1,74, IC 95%, valor $p < 0,001$) (10,38).

- **Estado Civil**

Zhang C. et al, en China, en el año 2018, estudiaron 25446 mujeres, reportaron que las solteras tuvieron más problemas con la lubricación (OR: 1.84, IC 99% de 1.20 a 2.84 $p < 0.05$), y las divorciadas con el orgasmo (OR: 2.25, IC: 99% 1.06 a 4.77, $p < 0.05$); así también, Díaz Vélez. et al., en Perú, en el año 2017, identificaron una mayor prevalencia de alteraciones sexuales, 62.3%, en aquellas que no estaban casadas (18,39).

- **Nivel de Instrucción**

De acuerdo al metaanálisis realizado por Mc Cool M. et al, en el año 2016, la educación superior implica un mayor conocimiento de las necesidades y derechos sexuales; así las mujeres altamente educadas en Asia, tienen gran expectativa con la relación sexual, lo cual condujo a un funcionamiento sexual deficiente (40).

Díaz P. et al, en su investigación realizada en el año 2020, en Cuba, reveló que de 897 usuarias que asistieron a la consulta de climaterio y menopausia, el 49.9% de las perimenopáusicas alcanzó el nivel universitario y describe la presencia de ideas menos negativas hacia la menopausia y de un acercamiento mayor a los servicios de salud (18).

- **Paridad**

No se ha podido definir si la paridad es un factor protector o de riesgo, debido a los diferentes resultados obtenidos en investigaciones a nivel internacional. Según Muñoz y Camacho, en su revisión sistemática realizada en 2016, mencionan que en la mayor parte de artículos revisados no se pudo establecer una relación estadísticamente significativa, a excepción de un artículo, donde la multiparidad aparece como factor protector para la DS (OR 0,26; IC95% 0,16- 0,43),

esto se corrobora con el estudio de Ibine B. et al, realizado en Ghana, en el año 2020, que manifestaron que las nulíparas tienen 3.5 veces mayor riesgo de presentar DS (10,41).

Por otro lado, Direkvand A. et al, en Irán, en el año 2016, encontraron que el 80.2% de las multíparas presentaban DS, en comparación con el 56.5% en nulíparas ($p= 0.003$); así también Maasoumi R. et al, durante el año 2019, en Irán, reconocieron que la mayor prevalencia de función sexual alterada se encontraba en multíparas 74.8%, definiendo a esta variable como factor de riesgo (OR: 2.068; CI 95%: 1.047–3.985; $p < 0.05$) (42,43).

- ***Hábito de fumar***

Numerosas son las patologías que presentan al cigarrillo como factor de riesgo, entre ellas la DS. Wen LM. et al, en Australia, en el año 2017, incluyeron 440 mujeres fumadoras de 40 a 69 años, revelaron que el 53% carecía de interés sexual, 24% no conseguían un orgasmo, y 19% no encontraba placentero el acto sexual (44).

Según Choi J. et al. en su investigación realizada en Corea, en el año 2015, la frecuencia de DS en premenopáusicas, fue mayor en fumadoras que en no fumadoras, siendo los valores obtenidos de 71% y 53.9% respectivamente, afirmando así que el tabaco representa un factor clave para la disfunción sexual (45).

- ***Relación de pareja insatisfecha***

Una mujer insatisfecha tiene menor bienestar en general; López J. et al, en España, en el año 2016, reportaron diferencias $p < 0.001$, en premenopáusicas (24.11%) frente a posmenopáusicas (26.31%), en la edad de pareja y años de convivencia (28).

Urbano-Contreras A. et al, en España, en el 2019, establecieron que la satisfacción sexual es mayor cuando la mujer siente que existe afecto por parte de su pareja. Muñoz y Camacho, en el 2016, observaron que una mala relación con la pareja constituye un factor de riesgo para desarrollar DS, y que contrario a ello, una buena relación es un factor protector (OR 0,2; IC95% 0,05-0,5) (10,46).

Bustos G. et al, en el año 2018, en Chile, mencionaron que las mujeres con relación de pareja funcional, obtuvieron un puntaje de IFSF mayor que aquellas que presentan algún tipo de disfunción en pareja, con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.0002$) (47).

5. HIPÓTESIS

La disfunción sexual tiene prevalencia $\geq 60\%$ en mujeres durante el período de transición a la menopausia y posmenopausia, se asocia a factores como: edad ≥ 50 años, casadas, múltipara, con hábito tabáquico, y relación de pareja insatisfecha.

6. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

6.1. Objetivo general

Determinar la prevalencia y factores asociados a la disfunción sexual durante la transición a la menopausia y posmenopausia, en el personal docente y administrativo de la Universidad de Cuenca 2022.

6.2. Objetivos específicos

- Caracterizar al grupo de estudio de acuerdo a variables sociodemográficas: edad, estado civil, instrucción.
- Determinar las variables: Paridad. Hábito de fumar. Relación de pareja insatisfecha.
- Identificar la prevalencia de disfunción sexual durante el período de transición a la menopausia y posmenopausia, y distribución según los dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor.
- Establecer la asociación entre disfunción sexual y factores como: edad, estado civil, nivel de instrucción, paridad, hábito de fumar, y relación de pareja insatisfecha.
- Determinar la asociación entre cada uno de los dominios afectados y factores como: edad, estado civil, nivel de instrucción, paridad, hábito de fumar, y relación de pareja insatisfecha.

7. METODOLOGÍA

7.1. **Diseño del estudio:** cuantitativo analítico, transversal y observacional.

7.2. Área del estudio: la investigación se realizó en la Universidad de Cuenca, localizada en la ciudad de Cuenca, perteneciente a la Zona de Salud 6 del Ecuador, durante el período de abril – julio del año 2022.

7.3. Universo: el universo estuvo constituido por 249 mujeres entre 40 – 65 años, que conformaron el personal docente y administrativo de la Universidad de Cuenca, durante el año 2022. Sin embargo, se trabajó con una muestra censal de 224 mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión.

7.4. Unidad de análisis y observación: mujeres entre 40 – 65 años, con actividad sexual durante las 4 semanas previas a la aplicación de la encuesta, del personal docente y administrativo de la Universidad de Cuenca, durante el período de abril – julio del año 2022.

7.5. Criterios de inclusión y exclusión:

7.5.1. Inclusión:

- Mujeres entre 40 – 65 años del personal docente y administrativo de la Universidad de Cuenca, contratadas bajo las diferentes modalidades laborales durante el año 2022.
- Participantes sexualmente activas durante las últimas 4 semanas antes de la aplicación de la encuesta
- Firma del consentimiento informado.

7.5.2. Exclusión:

- Mujeres con enfermedades catastróficas o malignas
- Formularios incompletos

7.6. Variables

7.6.1. Descripción de variables

- Variables independientes: edad, estado civil, nivel de instrucción, paridad, hábito de fumar y relación de pareja insatisfecha.
- Variable dependiente: disfunción sexual

7.6.2. Matriz de operacionalización de las variables: (Anexo 1).

7.7. Métodos, técnicas e instrumentos:

7.7.1. Método: observacional.

7.7.2. Técnica: encuesta.

7.7.3. **Instrumentos:** para la recolección de la información se utilizó el formulario diseñado por la autora (Anexo 2), aplicado de manera personal, o vía online a través de su correo electrónico, previa firma del consentimiento informado (Anexo 3).

El formulario incluyó las siguientes secciones:

- Sección I: Datos sociodemográficos.
- Sección II: Antecedentes ginecológicos.
- Sección III: Hábito tabáquico
- Sección IV: Relación de pareja insatisfecha
- Sección V: Función sexual femenina

Para evaluar la relación de pareja se utilizó el “Índice de satisfacción para parejas”, creado por Funk y Rogge, con valores alfa de Cronbach mayores a 0.84, validado en el año 2007, en la Universidad de Rochester. El formulario derivado del original de tipo Likert consta de 4 preguntas, la primera posee 7 opciones de respuesta en un rango de 0 (extremadamente infeliz) a 6 (perfecto), y las 3 preguntas restantes, tienen 6 opciones, de 0 (nada cierto) a 5 (completamente cierto). El resultado total varía de 0 a 21, donde un puntaje menor a 13.5 indica insatisfacción con la relación (48).

Para la detección de mujeres con DS se utilizó el “Índice de función sexual femenina” (Female Sexual Function Index o FSFI), escala fiable con valores alfa de Cronbach mayores a 0.82, aplicada a nivel mundial y validada por última vez en el 2020 en España para el idioma español. El formulario consta de 19 preguntas, agrupadas en 6 dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Incluye dos preguntas vinculadas con el deseo, cuatro con la excitación, cuatro con lubricación, tres con respecto al orgasmo, tres para satisfacción y finalmente tres que valora el dolor durante la relación sexual; tiene un diseño tipo Likert, con cinco o seis alternativas de respuesta, que varían en función del contenido de la pregunta. Para calcular el puntaje de cada dimensión, debe multiplicarse por un factor, el resultado final se obtiene de la suma de todas las dimensiones. El máximo puntaje es 36, mientras más altos indican una mejor función sexual; se ha determinado que una puntuación de 26.55 o menor determina la presencia de disfunción (1).

7.7.4. Procedimientos:

- Se entregó solicitud dirigida al COBIAS, para posibilitar la ejecución del estudio.
- Se solicitó autorización a la Señora Rectora de la Universidad de Cuenca, para la aplicación de las encuestas.
- Se elaboró el instrumento de recolección de datos cuya revisión la realizó la directora del proyecto.
- Se identificó a la población a incluirse mediante solicitud al Departamento de Talento Humano
- La recolección de los datos se realizó mediante encuestas de manera personal o vía online a través de su correo electrónico, previa firma del consentimiento informado. En el caso de entrevista presencial, se brindó el tiempo suficiente y las participantes contaron con la orientación y acompañamiento de la investigadora.

7.5. Plan de tabulación y análisis

La información obtenida mediante el formulario de recolección de datos, fue transcrita a una base digital de Excel. Posteriormente el análisis estadístico se realizó con los programas SPSS 25 (con licencia educativa) y Epi Info 07.

Para el análisis de los resultados se aplicó estadística descriptiva: en variables cualitativas, frecuencias y porcentajes; y en las cuantitativas, media aritmética y desviación estándar. En la comparación de variables y con el propósito de comprobar asociación entre disfunción sexual y factores asociados, el análisis se realizó con un intervalo de confianza del 95% y pruebas de contrastación de hipótesis, considerando diferencias estadísticamente significativas a valores con una $p < 0.05$. Para determinar el tipo de asociación se calculó la Razón de Prevalencia (RP) con su Intervalo de Confianza al 95% (IC 95%). Los resultados se presentaron en tablas personalizadas.

7.8. Consideraciones bioéticas

- Debido a la naturaleza del estudio existió un riesgo mínimo para las participantes, en algunos casos hubo resistencia a hablar de un tema considerado tabú y de carácter privado, a pesar de que se explicó previamente las intenciones de esta investigación.
- El manejo de los datos recolectados fue confidencial, con el uso de códigos en lugar de los nombres, los mismos que iniciaron con 001.

- El acceso a la base de datos y formularios fue únicamente por las responsables directas de la investigación: directora e investigadora principal.
- Previo a la ejecución, el protocolo fue revisado y aprobado por los comités de investigación y bioética pertinentes.
- Culminado el estudio se mantendrá en archivo la base de datos y los formularios durante un periodo de 2 años y será custodiada por la autora y su directora; cumplido el tiempo mencionado la investigadora principal eliminará la información.
- El financiamiento fue cubierto en su totalidad por la autora, se declara que no existe conflictos de intereses.

7.9. Recursos materiales y humanos (Anexo 4)

8. RESULTADOS

8.1. Características de la población de estudio

Tabla 1. Distribución de 224 mujeres encuestadas del personal docente y administrativo de la Universidad de Cuenca, según características sociodemográficas, Cuenca 2022.

		Frecuencia (224)	100 (%)
Edad¹	40 a 49 años	156	69.60
	≥ 50 años	68	30.40
Estado Civil	Soltero	33	14.70
	Casada	155	69.20
	Viuda	2	0.90
	Divorciada	34	15.20
Instrucción	Segundo nivel	10	4.50
	Tercer nivel	54	24.10
	Cuarto nivel	160	71.40

¹Edad: media: 46.48, desviación estándar ± 5.78

De las 224 mujeres encuestadas, 7 de cada 10 se ubicaron con rangos de edad de entre 40 a 49 años, estaban casadas y se categorizaron con cuarto nivel en su instrucción (tabla 1).

8.2. Variables: paridad, hábito fumar y relación de pareja insatisfecha.

Tabla 2. Distribución de 224 mujeres encuestadas del personal docente y administrativo de la Universidad de Cuenca, según hábito de fumar, paridad y relación de pareja, Cuenca 2022.

		Frecuencia (224)	100 (%)
Hábito de fumar	Si	22	9.8
	No	202	90.2
Paridad	Ninguno	35	15.6
	1	34	15.2
	2-4	153	68.3
	5 o más	2	0.9
Relación de pareja	Insatisfecha	89	39.7
	Satisfecha	135	60.3

La mayoría refirieron que no tenían hábito de fumar, 7 de cada 10 mujeres tuvieron entre 2 a 4 partos. En cuanto a la relación de pareja 6 de cada 10 participantes se encasillaron como satisfactoria (tabla 2).

8.3. Prevalencia de disfunción sexual y distribución según dominios.

Tabla 3. Prevalencia de disfunción sexual en 224 mujeres encuestadas del personal docente y administrativo de la Universidad de Cuenca 2022.

	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%	
	Sí	98	43.8	
Disfunción sexual	No	126	56.3	37.03 50.47
	Total	224	100	

La prevalencia de disfunción sexual fue del 43.8% (IC 95%: 37.03-50.47%) (tabla 3).

Tabla 4. Prevalencia de disfunción sexual en 224 mujeres encuestadas del personal docente y administrativo de la Universidad de Cuenca, según periodo de transición a la menopausia y posmenopausia, Cuenca 2022.

	Disfunción sexual					
	Sí		No		Total	
	f	%	f	%	f	%
Postmenopausia	49	65.3	26	34.7	75	100
Menopausia Transición a la menopausia	49	32.9	100	67.1	149	100
Total	98	43.8	126	56.3	224	100

La prevalencia de disfunción sexual en posmenopáusicas fue del 65.3%, con una frecuencia inferior durante la transición a la menopausia con un 32.9% (tabla 4).

Tabla 5. Prevalencia de disfunción sexual en 224 mujeres encuestadas del personal docente y administrativo de la Universidad de Cuenca, según dominios, Cuenca 2022.

	f (224) 100 (%)		
Alteración dominio deseo	Sí	77	34.4
	No	147	65.6
Alteración dominio excitación	Sí	62	27.7
	No	162	72.3
Alteración dominio lubricación	Sí	55	24.6
	No	169	75.4
Alteración dominio orgasmo	Sí	54	24.1
	No	170	75.9
Alteración dominio dolor	Sí	60	26.8
	No	164	73.2
Alteración dominio satisfacción	Sí	51	22.8
	No	173	77.2

Según el análisis individual de los dominios de acuerdo al índice de función sexual, el 34.4% presentó alteración en la esfera del deseo, no obstante, la frecuencia de disfunción en lo referente a la satisfacción, orgasmo, lubricación, dolor y excitación fluctuó entre el 22.8% a 27.7% (tabla 5).

Tabla 6. Asociación de disfunción sexual con los factores: edad, estado civil, nivel de instrucción, paridad, hábito de fumar, y relación de pareja insatisfecha, en 224 mujeres encuestadas del personal docente y administrativo de la Universidad de Cuenca 2022.

		Disfunción sexual							
		Sí		No		OR	IC 95	Valor P	
		f	%	f	%				
Edad	≥ 50 años	40	58.8	28	41.2	2.414	1.349	4.32	0.003
	40 a 49 años	58	37.2	98	62.8				
Estado civil	Casada	60	38.7	95	61.3	0.515	0.29	0.915	0.023
	Soltera/viuda/divorciada	38	55.1	31	44.9				
Nivel de instrucción	Segundo nivel	9	90	1	10	12.64	1.573	101.564	0.003
	Tercer y cuarto nivel	89	41.6	125	58.4				
Paridad	Multiparidad	61	39.4	94	60.6	0.561	0.317	0.995	0.047
	Nuliparidad/primiparidad	37	53.6	32	46.37				
Hábito de fumar	Sí	10	45.4	12	54.6	1.08	0.446	2.613	0.865
	No	88	43.6	114	56.4				
Relación de pareja insatisfecha	Sí	63	70.8	26	29.2	6.923	3.809	12.582	0.000
	No	35	26	100	74				

En el análisis bivariado se evidenció que la edad ≥ 50 años se relacionó significativamente con la disfunción sexual, siendo 2.41 veces más frecuente en este grupo (OR= 2.414, IC 95=1.349 – 4.320). Se evidenció una mayor prevalencia de alteración de la función sexual en el grupo con menor nivel de instrucción (OR=12.6240, IC 95=1.573 – 101.564); tener una relación de pareja insatisfecha se asoció 6.92 veces más a estas anomalías (OR=6.923, IC 95=3.809 – 12.582) (tabla 6).

Contrariamente, las casadas (OR=0.51, IC 95=0.29 – 0.915) y multíparas (OR= 0.561, IC 95=0.317–0.995), mostraron una reducción de probabilidades de presentar DS con relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$). El hábito tabáquico no se relacionó significativamente con una mayor prevalencia de DS (tabla 6).

Tabla 7. Asociación de disfunción sexual según dominios con factores como: edad, estado civil, nivel de instrucción, paridad, hábito de fumar, y relación de pareja insatisfecha, en 224 mujeres encuestadas del personal docente y administrativo de la Universidad de Cuenca 2022.

DOMINIO DESEO									
ALTERACIÓN		Sí		No					
FACTOR DE RIESGO		f	%	f	%	OR	IC 95		Valor P
Edad	≥ 50 años	28	41.2	40	58.8	1.529	0.848	2.756	0.157
	40 a 49 años	49	31.4	107	68.6				
Estado civil	Casada	49	31.6	106	68.4	0.677	0.376	1.218	0.192
	Soltera/Viuda/Divorciada	28	40.6	41	59.4				
Nivel de instrucción	Segundo nivel	8	80	2	20	8.406	1.739	40.638	0.002
	Tercer y cuarto nivel	69	32.24	145	67.76				
Paridad	2 o más	49	31.6	106	68.4	0.677	0.376	1.218	0.192
	Ninguno o uno	28	40.6	41	59.4				
Hábito de fumar	Sí	8	36.4	14	63.6	1.101	0.441	2.753	0.836
	No	69	34.2	133	65.8				
Relación de pareja insatisfecha	Sí	52	58.4	37	41.6	6.184	3.376	11.326	0.000
	No	25	18.5	110	81.5				

DOMINIO EXCITACION									
ALTERACIÓN		Sí		No					
FACTOR DE RIESGO		f	%	f	%	OR	IC 95		Valor P
Edad	≥ 50 años	28	41.2	40	58.8	2.512	1.359	4.644	0.003
	40 a 49 años	34	21.8	122	78.2				
Estado civil	Casada	36	23.2	119	76.8	0.500	0.71	0.924	0.026
	Soltera/Viuda/Divorciada	26	37.7	43	62.3				
Nivel de	Segundo nivel	8	80	2	10	11.852	2.441	57.534	0.000

instrucción	Tercer y cuarto nivel	54	25.2	160	74.8				
Paridad	2 o más	37	23.9	118	76.1	0.552	0.299	1.020	0.056
	Ninguno o uno	25	36.2	44	63.8				
Hábito de fumar	Sí	8	36.4	14	63.6	1.566	0.622	3.941	0.338
	No	54	26.8	148	73.2				
Relación de pareja insatisfecha	Sí	45	50.5	44	49.5	7.099	3.681	13.689	0.000
	No	17	12.6	118	87.4				

DOMINIO LUBRICACIÓN

		<u>ALTERACIÓN</u>							
		Sí	No						
<u>FACTOR DE RIESGO</u>		f	%	f	%	OR	IC 95		Valor P
Edad	≥ 50 años	23	47.9	45	66.1	1.981	1.049	3.738	0.033
	40 a 49 años	32	20.5	124	79.5				
Estado civil	Casada	32	20.7	123	79.3	0.520	0.276	0.981	0.042
	Soltera/Viuda/Divorciada	23	33.3	46	66.7				
Nivel de instrucción	Segundo nivel	7	70	3	30	8.069	2.010	32.402	0.001
	Tercer y cuarto nivel	48	22.4	166	77.6				
Paridad	2 o más	31	20	124	80	0.469	.249	0.883	0.018
	Ninguno o uno	24	34.8	45	65.2				
Hábito de fumar	Sí	7	31.8	15	68.2	1.497	0.557	3.886	0.404
	No	48	23.8	154	76.2				
Relación de pareja insatisfecha	Sí	37	41.5	52	58.5	4.625	2.412	8.869	0.000
	No	18	13.3	117	86.7				

DOMINIO DOLOR

		<u>ALTERACIÓN</u>							
		Sí	No						
<u>FACTOR DE RIESGO</u>		f	%	f	%	OR	IC 95		Valor P
Edad	≥ 50 años	23	33.8	45	66.2	1.644	0.881	3.066	0.116
	40 a 49 años	37	23.7	119	76.3				
Estado civil	Casada	30	19.4	125	80.6	0.312	0.168	0.580	0.000
	Soltera/Viuda/Divorciada	30	43.5	39	56.5				
Nivel de instrucción	Segundo nivel	7	70	3	30	7.088	1.770	28.391	0.002
	Tercer y cuarto nivel	53	24.8	161	75.2				
Paridad	2 o más	33	21.3	122	78.7	0.421	0.227	0.780	0.005
	Ninguno o uno	27	39.1	42	60.9				
Hábito de fumar	Sí	6	27.3	16	72.7	1.028	0.382	2.762	0.957
	No	54	26.8	148	73.2				
Relación de pareja insatisfecha	Sí	38	42.7	51	57.3	3.827	2.058	7.118	0.000
	No	22	16.3	113	83.7				

DOMINIO SATISFACCIÓN

		<u>ALTERACIÓN</u>		<u>No</u>					
<u>FACTOR DE RIESGO</u>		<u>f</u>	<u>%</u>	<u>f</u>	<u>%</u>	<u>OR</u>	<u>IC 95</u>	<u>Valor P</u>	
Edad	≥ 50 años	24	35.3	44	64.7	2.389	1.259	4.532	0.007
	40 a 49 años	29	18.6	127	81.4				
Estado civil	Casada	28	18.1	127	81.9	0.388	0.205	0.735	0.003
	Soltera/Viuda/Divorciada	25	36.2	44	63.8				
Nivel de instrucción	Segundo nivel	7	70	3	30	8.522	2.120	34.257	0.000
	Tercer y cuarto nivel	46	21.5	168	78.5				
Paridad	2 o más	31	20	124	80	0.534	0.281	1.014	0.053
	Ninguno o uno	22	31.9	47	68.1				
Hábito de fumar	Sí	8	36.4	14	63.6	1.994	0.787	5.052	0.140
	No	45	22.3	157	77.8				
Relación de pareja insatisfecha	Sí	36	40.4	53	59.6	4.715	2.433	9.137	0.000
	No	17	12.6	118	87.4				

		<u>ALTERACIÓN</u>		<u>No</u>		<u>DOMINIO ORGASMO</u>			
<u>FACTOR DE RIESGO</u>		<u>f</u>	<u>%</u>	<u>f</u>	<u>%</u>	<u>OR</u>	<u>IC 95</u>	<u>Valor P</u>	
Edad	≥ 50 años	24	35.3	44	64.7	2.291	1.211	4.332	0.010
	40 a 49 años	30	19.2	126	80.8				
Estado civil	Casada	30	19.4	125	80.6	0.450	0.238	0.850	0.013
	Soltera/Viuda/Divorciada	24	34.8	45	65.2				
Nivel de instrucción	Segundo nivel	7	70	3	30	8.291	2.064	33.309	0.001
	Tercer y cuarto nivel	47	22	167	78				
Paridad	2 o más	32	20.6	123	79.4	0.556	0.294	1.052	0.069
	Ninguno o uno	22	31.9	47	68.1				
Hábito de fumar	Sí	7	31.8	15	68.2	1.539	0.592	3.998	0.373
	No	47	23.3	155	76.7				
Relación de pareja insatisfecha	Sí	38	42.7	51	57.3	5.542	2.836	10.829	0.000
	No	16	11.9	119	88.1				

En el análisis individual de cada dominio y las variables socio-demográficas, obstétricas, consumo de tabaco y relación insatisfecha de pareja, se evidenció que sinérgicamente en las esferas de excitación, lubricación, satisfacción, la edad ≥50 años, el bajo nivel educativo y la relación de pareja insatisfecha fueron factores que se asociaron con disfunción en cada uno de estos dominios. Por su parte en el cuanto a las dimensiones dolor y el deseo, se observó relación

estadística y un aumento de probabilidades de presentar anomalías en la función sexual con las variables de segundo nivel educativo y la relación insatisfecha de pareja.

En los dominios de lubricación y dolor, las casadas y multíparas, mostraron una reducción de probabilidades de presentar DS; a su vez en los dominios de excitación y satisfacción, las casadas mostraron características protectoras con relación estadísticamente significativa.

9. DISCUSIÓN

La función sexual es un campo severamente comprometido en las mujeres durante el período de transición a la menopausia y posmenopausia, sin embargo, ellas no consultan por las manifestaciones, o dificultades concernientes a la sexualidad, y cuando lo hacen, muchos profesionales de la salud no poseen la formación y capacitación que les permita enfocar correcta y científicamente este problema (49).

Los resultados obtenidos en el presente estudio, evidencian una prevalencia de DS del 43.8% (IC 95%: 37.03-50.47%), valor similar al 42.9% encontrado por Espitia F, en el año 2016, semejantes a los de Yagmur y Orhan, en el 2019, que estableció un 59.7% de disfunción e inferior al 69.73% descrito por Dabrowska M. et al, en Polonia, durante el 2019. Las discrepancias pueden deberse a las diferencias culturales, así en nuestra sociedad aún existen muchos mitos y tabúes en torno al erotismo, los conceptos e ideas erróneas han limitado el ejercicio sano y pleno de la sexualidad. Los problemas sexuales aún son considerados privados, hablar o buscar ayuda causa una sensación de malestar. (5,26,50).

Al analizar la función sexual de las participantes posmenopáusicas, se observó un 65.3% de DS, que se encuentra dentro del rango señalado por trabajos previos, como el de López R. et al., en el 2018, quienes encontraron un 66% de problemas en la función sexual, y el de Trento S. et al, en el 2021, realizado en mujeres posmenopáusicas, que revelaron el 64% de DS. La idea de que la sexualidad se termina con el cese de los ciclos menstruales, en una sociedad donde se considera al coito como una actividad altamente reproductiva, sumada a la disminución de la autoestima debida a los cambios en la apariencia corporal, y a las perturbadoras transformaciones biológicas y psicológicas del período de transición a la menopausia y posmenopausia, se consideran como la principal causa de disfunción (14,51).

El análisis de los dominios de la función sexual, demostró que el deseo es la dimensión más afectada con el 34.4%, al respecto son varios los autores que establecen a este dominio como el principalmente afectado: Scavello I. et al, en el 2019, encontraron una prevalencia del 40%,

así también, Aldana E. et al, en el 2020, identificaron un 58% de disfunción para mujeres con una media de edad de 49.27 ± 5.2 años, y adicional a ello, Maasoumi R. et al, en el año 2019, determinaron que a mayor edad mayor alteración del deseo ($p < 0.05$). Según la literatura el déficit estrogénico genera, además de un síndrome genitourinario, cambios en el estado de ánimo y del deseo, siendo esta una posible causa de disminución del mismo (3,28,43,52).

Las participantes tuvieron una media de 46.48 ± 5.78 años, y se encontró que conforme avanza la edad aumenta de manera proporcional la DS, dato apoyado por algunas investigaciones como la de Naworska B. et al., en el año 2019, que establecieron esta asociación con un valor de $p < 0.001$; y la de Tong J. et al, en 2018, que concluyeron que ser mayor de 45 años se considera factor de riesgo. Entre los cambios biológicos propios de la edad, el estradiol en niveles bajos, produce anomalías límbicas y disminución de la libido, que con frecuencia generan trastornos de la función sexual (20,28,53).

Las mujeres casadas mostraron una reducción de probabilidades de presentar DS con relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$), dato apoyado por Díaz y Samalvides, en su investigación realizada en Perú, en el año 2017, en mujeres con una media de 40.5 ± 9 años, donde establecen que estar casada es un factor protector contra la DS. La respuesta sexual femenina comprende no solamente aspectos físicos sino también emocionales, los mismos que se ven influenciados positivamente por estabilidad y confianza de pareja que se produce dentro de un matrimonio (54).

Se evidenció que un menor nivel de instrucción, presenta una asociación estadísticamente significativa con mayor prevalencia de DS (OR= 12.64, IC 95% = 1.573 - 101.564, $p = 0.003$), datos similares a los encontrados por Yagmur y Orhan, que establecieron que un bajo nivel educativo representa un claro factor de riesgo ($p < 0.01$), al igual que Díaz y Samalvides, quienes encontraron que un nivel de instrucción superior es factor protector. Un nivel educativo superior puede asociarse a mayor conocimiento en salud sexual y reproductiva, además de mejor autoestima y facilidad para establecer relaciones interpersonales, situaciones necesarias para mantener una sexualidad adecuada (26,54).

Ibine B. et al, en el año 2019, comprobaron que las multíparas presentaban 3.5 veces más riesgo de presentar DS ($p = 0.009$), dato que coincide con Pazmiño M., en el año 2016, que afirmó que la multiparidad fue asociada a disfunción en 90% de encuestadas, acusando al período de embarazo, lactancia y crianza de los hijos como causa para dejar de lado la sexualidad; sin

embargo, en el presente estudio se encontró que la multiparidad predispone con menor frecuencia a una DS (OR= 0.561, IC 95 = 0.317 – 0.995) que en este caso podría estar influenciado por el alto nivel de instrucción de las participantes (19,41).

El hábito tabáquico no se relacionó significativamente con presencia de anomalías en la función sexual, a diferencia del proyecto realizado por Díaz-Vélez C. et al, en Perú, en el año 2017, con la participación de 342 mujeres, con promedio de edad de 41.5, cuyo análisis bivariado obtuvo como uno de los principales factores asociados, el hábito de fumar (IC95%:0,38-0,95, $p < 0,05$); al igual que Choi J. et al, en el 2015, que reportaron una frecuencia de DS significativamente más alta en fumadoras 71% que en las que nunca fumaron 53.9% ($p < 0.05$); finalmente Wen Li Ming. et al, concluyeron que, entre las fumadoras de su ensayo, el 53% carecían de interés sexual, 24% no pudo llegar al orgasmo y el 19% no encontró al sexo placentero. Se considera que los resultados obtenidos en la presente investigación pudieron estar limitados por una muestra de mujeres fumadoras poco representativa para establecer asociación significativa (44,45,54).

Se determinó fuerte asociación entre relación de pareja insatisfecha y DS, siendo 6.92 veces más frecuente este grupo (OR= 6.923, IC 95 = 3.809 – 12.582 $p = 0.00$), dato que concuerda con múltiples investigaciones, como la realizada por Vizcaíno y Montero, en el 2017, quienes identificaron como factor asociado a DS, tener problemas de pareja; así también Espitia F, encontró una relación estadística entre este factor y alteración de la función sexual ($p < 0.001$); y finalmente, Maasoumi R. et al, colocan a la insatisfacción matrimonial como uno de los principales condicionantes de DS ($p < 0.001$). El componente emocional en la función y respuesta sexual tiene gran importancia y se evidencia a través de las conclusiones obtenidas por las diferentes investigaciones, el vínculo de pareja se define como un factor indispensable para la consolidación del acto sexual (5,43,55).

Al realizar un análisis individual según dominios y variables estudiadas se evidenció que tener ≥ 50 años, el bajo nivel educativo y la relación de pareja insatisfecha, se asociaron con disfunción de las esferas de excitación, lubricación, orgasmo y satisfacción; por otro lado, la alteración en los dominios de deseo y dolor se evidenciaron en las participantes con menor nivel de instrucción y nuevamente con la presencia de relación de pareja insatisfecha. Estas observaciones nos permiten afirmar que una buena educación sexual es trascendental para conocer, explorar y vivir una sexualidad sin prejuicios ni culpa.

10. CONCLUSIONES

- La población estudiada fue de 224 mujeres con una media de edad de 46.48 ± 5.78 años, de las cuales la mayoría se encontraban casadas, con un tercer a cuarto nivel de instrucción.
- El estudio reveló que la mayoría de participantes tenían entre 2 y 4 hijos, una relación de pareja satisfecha y no consumían cigarrillo.
- La presencia de DS se evidenció en cerca de la mitad de las participantes, y al analizar esta prevalencia en el grupo de posmenopáusicas, su valor aumentó a más de la mitad de los casos.
- Se estableció relación estadísticamente significativa entre disfunción sexual y mayor edad, nivel de instrucción inferior y relación de pareja insatisfecha. El estado civil casada y la multiparidad, se identificaron como factores protectores contra alteraciones de la función sexual. El hábito tabáquico no constituyó un riesgo para aumentar la DS.
- El trastorno del deseo fue el dominio mayormente afectado. Un menor nivel de instrucción y mantener una relación de pareja insatisfecha se asocia estadísticamente con disfunción en todos los dominios de la función sexual, la edad mayor de 50 años se presenta como factor de riesgo en las esferas mencionadas.

11. RECOMENDACIONES

- Al existir una falta de conocimiento y sensibilización de la mujer en transición a la menopausia y posmenopausia con respecto a la DS, se recomienda acentuar la educación y autoeducación en salud sexual y reproductiva, que rompa mitos y tabúes para lograr un mejor disfrute de la sexualidad.
- Tomando en cuenta la alta prevalencia de disfunciones, durante la consulta ginecológica rutinaria, debería aplicarse instrumentos para la pronta detección y tratamiento de las mismas.
- Implementar proyectos dirigidos a mejorar factores altamente relacionados con la disfunción, como talleres para mejorar las relaciones de pareja para de esa manera aumentar los índices de satisfacción.

- Realizar programas que cambien y mejoren el estilo de vida de la mujer en transición a la menopausia y posmenopausia.

Referencias

1. Figueroa R, Jara D, Fuenzalida A, del Prado M, Flores D, Blumel J. Prevalencia de disfunción sexual en mujeres climatéricas. Rev Médica Chile [Internet]. marzo de 2009 [citado 21 de febrero de 2021];137(3). http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000300004&lng=en&nrm=iso&tlng=en
2. Lett C, Valadares A, Baccaro L, Pedro A, Filho J, Lima M, et al. Is the age at menopause a cause of sexual dysfunction? A Brazilian population-based study. Menopause. enero de 2018;25(1):70-6. <https://journals.lww.com/00042192-201801000-00012>
3. Scavello I, Maseroli E, Di Stasi V, Vignozzi L. Sexual Health in Menopause. Medicina (Mex). 2 de septiembre de 2019;55(9):559. <https://journals.lww.com/00042192-201801000-00012>
4. Pintado S. Disfunción sexual femenina en la menopausia. Impacto sobre la calidad de vida. Rev Int Andrología. julio de 2007;5(3):289-96. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1698031X07740724>
5. Espitia De La Hoz F. Prevalencia de disfunción sexual en mujeres del eje cafetero. Rev Cienc Bioméd. 19 de noviembre de 2020;7(1):25-33. <https://revistas.unicartagena.edu.co/index.php/cbiomedicas/article/view/2908>
6. Thornton K, Chervenak J, Neal-Perry G. Menopause and Sexuality. Endocrinol Metab Clin North Am. septiembre de 2015;44(3):649-61. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5994393/>
7. Siniša F. Female Sexual Dysfunction: ACOG Practice Bulletin Clinical Management Guidelines for Obstetrician–Gynecologists, Number 213. Obstet Gynecol. julio de 2019;1:24-29. <https://journals.lww.com/00006250-201907000-00045>
8. Nappi R, Cucinella L, Martella S, Rossi M, Tiranini L, Martini E. Female sexual dysfunction (FSD): Prevalence and impact on quality of life (QoL). Maturitas. diciembre de 2016;94:87-91. <https://journals.lww.com/00006250-201907000-00045>
9. Wheeler L, Guntupalli SR. Female Sexual Dysfunction: Pharmacologic and Therapeutic Interventions. Obstet Gynecol. julio de 2020;136(1):174-86. <https://journals.lww.com/10.1097/AOG.0000000000003941>
10. Muñoz A, Camacho P. Prevalencia y factores de riesgo de la disfunción sexual femenina: revisión sistemática. Rev Chil Obstet Ginecol. junio de 2016;81(3):168-80. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000300002&lng=en&nrm=iso&tlng=en

11. Hoffman B. Williams ginecología: Tercera edición. Mc Graw Hill Iiteramericana; 2017. ISBN 978-1-4562-5664-7. OCLC: 1055879135
12. Paradas A. Climaterio y Menopausia. Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG). ISBN 978-607-7548-50-8 2016;5(2):109-11. https://www.ajec.com.mx/wp-content/uploads/2022/03/Libro-Climaterio-y-Menopausia-FLASOG_compressed.pdf
13. COVID-19 y Salud Sexual y Reproductiva (I): ¿Mantener la salud sexual en época de pandemia? | Comprender el COVID-19 desde una perspectiva de salud pública [Internet]. 2020 [citado 20 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.easp.es/web/coronavirusysaludpublica/covid-19-y-salud-sexual-y-reproductiva-i-mantener-la-salud-sexual-en-epoca-de-pandemia/>
14. López R, Cantellano M, Gómez J, Herrera J, Preciado D, Sánchez U, et al. Prevalencia de disfunción sexual femenina en un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México. Rev Mex Urol [Internet]. 26 de junio de 2018 [citado 19 de junio de 2021];78(3). Disponible en: <https://revistamexicanadeurologia.org.mx/index.php/rmu/article/view/74>
15. Shifren J, Monz B, Russo P, Segreti A, Johannes C. Sexual Problems and Distress in United States Women: Prevalence and Correlates. Obstet Gynecol. noviembre de 2008;112(5):970-8. <https://journals.lww.com/00006250-200811000-00003>
16. Rosen R, Connor M, Miyasato G, Link C, Shifren J, Fisher W, et al. Sexual Desire Problems in Women Seeking Healthcare: A Novel Study Design for Ascertaining Prevalence of Hypoactive Sexual Desire Disorder in Clinic-Based Samples of U.S. Women. J Womens Health. mayo de 2012;21(5):505-15. <http://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jwh.2011.3002>
17. Sánchez M, Hernández E. Climaterio y sexualidad. Enferm Glob. octubre de 2015;14(40):76-85. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412015000400004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
18. Díaz T, González G, Fundora E. Disfunciones sexuales en las mujeres de edad mediana con trastornos menstruales. 16 Abril. 19 de julio de 2020;59(278):917. http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/917
19. Pazmiño M. Disfunción sexual en mujeres climatéricas. Plan de orientación. [Guayaquil]: Universidad de Guayaquil; 2016. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/46306>
20. Tong J, Zhang C, Zhu L, Zhang L, Jinghe L. Sexual dysfunction in perimenopausal women based on a national epidemiological survey in China. Climacteric. 4 de marzo de 2019;22(2):190-4. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13697137.2018.1547699>
21. Álvarez S, Domínguez M. Prevalencia de disfunción sexual femenina y factores asociados durante la transición menopáusica y posmenopausia. Consulta externa en el Hospital José Carrasco Arteaga 2017-2018. [Internet]. [Cuenca - Ecuador]: Universidad de Cuenca.; Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/31309>
22. Organización Mundial de la Salud OMS. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2018 [citado

- 11 de julio de 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>
23. Ministerio de salud Pública. Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud. Prioridades de investigación en Salud 2013-2017. 2013.
24. Bień A, Rzońca E, Chruściel P, Łuka M, Iwanowicz G. Female sexuality at reproductive age as an indicator of satisfaction with life - descriptive cross-sectional survey. *Ann Agric Environ Med AAEM*. 22 de diciembre de 2020;27(4):599-604. <https://doi.org/10.26444/aaem/114176>
25. Calabrò R, Cacciola A, Bruschetta D, Milardi D, Quattrini F, Sciarrone F, et al. Neuroanatomy and function of human sexual behavior: A neglected or unknown issue? *Brain Behav*. 30 de septiembre de 2019;9(12):e01389. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6908863/>
26. Yağmur Y, Orhan İ. Examining sexual functions of women before and after menopause in Turkey. *Afr Health Sci*. 19 de agosto de 2019;19(2):1881-7. <https://www.ajol.info/index.php/ahs/article/view/189047>
27. Bedoya C. Educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía1 Sex education and citizenship. 2014;10:12. <https://www.redalyc.org/pdf/4137/413734078009.pdf>
28. Lopez-Olmos J. Diferencias en disfunciones sexuales y depresión entre mujeres premenopáusicas (de 40-50 años) y mujeres posmenopáusicas (de 50-60 años). Estudio prospectivo de un año. *Clínica E Investig En Ginecol Obstet*. abril de 2016;43(2):50-7. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0210573X14000276>
29. Granero M. Sexología basada en la evidencia: historia y actualización. 2014;33:20. <https://www.redalyc.org/pdf/4137/413734078009.pdf>
30. Lucas M. Sexualidad madura (Ciencias De La Salud) (Spanish Edition) | 2013, Editorial Síntesis. download [Internet]. [citado 7 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://book.lat/book/11906631/a7495a?id=11906631&secret=a7495a>
31. Boadas H. Masters of Sex y la sexología. 2016. 35:89-97. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve. Num 35. <https://raco.cat/index.php/QuadernsFDAE/article/view/316976>
32. Espitia De La Hoz F. Fisiopatología del trastorno del deseo sexual en el climaterio. *Rev Médica Risaralda*. enero de 2018;24(1):58-60. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0122-06672018000100010&lng=en&nrm=iso&tlng=es
33. Carosa E, Sansone A, Jannini E. MANAGEMENT OF ENDOCRINE DISEASE: Female sexual dysfunction for the endocrinologist. *Eur J Endocrinol*. junio de 2020;182(6):R101. <https://eje.bioscientifica.com/view/journals/eje/182/6/EJE-19-0903.xml>
34. Taylor H, Tal A, Pal L, Li F, Black D, Brinton E, et al. Effects of Oral vs Transdermal Estrogen Therapy on Sexual Function in Early Postmenopause. *JAMA Intern Med*. octubre de 2017;177(10):1471-9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5710212/>

35. Alvarado A. Guía de práctica clínica Diagnóstico y tratamiento de la perimenopausia y la posmenopausia. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 53(2):12. <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/im152q.pdf>
36. Briken P, Matthiesen S, Pietras L, Wiessner C, Klein V, Reed G, et al. Estimating the Prevalence of Sexual Dysfunction Using the New ICD-11 Guidelines. *Dtsch Arzteblatt Online* [Internet]. 25 de septiembre de 2020 [citado 20 de febrero de 2021]; Disponible en: <https://www.aerzteblatt.de/10.3238/arztebl.2020.0653>
37. Sánchez S, Pérez T, Royuela A. Disfunción sexual femenina: estudio de prevalencia en mujeres premenopáusicas. *Progresos de Obstetricia y Ginecología.* 2017;60:320-7. https://sego.es/documentos/progresos/v60-2017/n4/03_TIRSO_Trabajo_San.pdf
38. Palaguachi M. prevalencia y factores asociados a disfunción sexual femenina en el Centro de Salud Tipo c la Troncal. junio-noviembre. Año 2018. [Internet]. [La Troncal]: Universidad de Cuenca.; [citado 11 de julio de 2021]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/32180/1/Tesis.pdf>
39. Zhang C, Tong J, Zhu L, Zhang L, Xu T, Lang J, et al. A Population-Based Epidemiologic Study of Female Sexual Dysfunction Risk in Mainland China: Prevalence and Predictors. *J Sex Med.* noviembre de 2017;14(11):1348-56. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1743609517313930>
40. McCool M, Zuelke A, Theurich M, Knuettel H, Ricci C, Apfelbacher C. Prevalence of Female Sexual Dysfunction Among Premenopausal Women: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *Sex Med Rev.* julio de 2016;4(3):197-212. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27871953/>
41. Ibine B, Ametepe L, Okere M, Anto-Ocrah M. "I did not know it was a medical condition": Predictors, severity and help seeking behaviors of women with female sexual dysfunction in the Volta region of Ghana. *PLOS ONE.* 13 de enero de 2020;15(1):e0226404. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0226404>
42. Direkvand-Moghadam A, Suhrabi Z, Akbari M, Direkvand-Moghadam A. Prevalence and Predictive Factors of Sexual Dysfunction in Iranian Women: Univariate and Multivariate Logistic Regression Analyses. *Korean J Fam Med.* septiembre de 2016;37(5):293-8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5039121/>
43. Maasoumi R, Elsous A, Hussein H, Taghizadeh Z, Baloushah S. Female sexual dysfunction among married women in the Gaza Strip: an internet-based survey. *Ann Saudi Med.* octubre de 2019;39(5):319-27. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6832314/>
44. Wen L, Rissel C, Cheng Y, Richters J, de Visser J. Tobacco smoking and sexual difficulties among Australian adults: a cross-sectional study. *Sex Health.* agosto de 2017;14(4):313-9. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28514995/>

45. Choi J, Shin D, Lee S, Jeon M, Kim S, Cho B, et al. Dose-response relationship between cigarette smoking and female sexual dysfunction. *Obstet Gynecol Sci.* julio de 2015;58(4):302-8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4515480/>
46. Urbano A, Iglesias M, Martínez . Satisfacción general y sexual con la relación de pareja en función del género / General and Sexual Satisfaction with the Couple Relationship According to the Gender. *Rev Esp Investig Sociológicas* [Internet]. 2019 [citado 9 de agosto de 2021]; Disponible en: http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_165_081547117734971.pdf
47. Bustos G, Pérez R. Relación entre factores psicosociales y el Índice de Función Sexual Femenina en población rural de la comuna de Teno, Región del Maule. *Perinatol Reprod Humana* [Internet]. 2018 [citado 9 de agosto de 2021];32(1). Disponible en: <https://www.readcube.com/articles/10.1016%2Fj.rprh.2018.03.014>
48. Funk J, Rogge R. Testing the ruler with item response theory: Increasing precision of measurement for relationship satisfaction with the Couples Satisfaction Index. 2007. *Journal of Family Psychology*, 21(4), 572-583 [Internet]. [citado 22 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F0893-3200.21.4.572>
49. World Health Organization. Education and Treatment in Human Sexuality: The Training of Health Professionals. Report of a WHO Meeting. World Health Organization Technical Report Series 572. 1975; http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38329/WHO_TRS_572_spa.pdf;jsessionid=56629BF6C0C09CAE51A2FC5762F7DD04?sequence=1
50. Dabrowska-Galas M, Dąbrowska J, Michalski B. Sexual Dysfunction in Menopausal Women. *Sex Med.* 1 de julio de 2019;7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31371259/>
51. Trento S, Madeiro A, Rufino A. Sexual Function and Associated Factors in Postmenopausal Women. *Rev Bras Ginecol E Obstetrícia.* 18 de octubre de 2021;43:522-9. <http://www.scielo.br/j/rbgo/a/K3hHWFnxzFZdZttskpKX5yj/>
52. Aldana E, Cervantes G. Disfunciones y trastornos sexuales en mujeres en climaterio: pacientes del Instituto Nacional de Perinatología. *Rev Colomb Cienc Soc.* 6 de agosto de 2021;12(2):563. <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/RCCS/article/view/3534>
53. Naworska B, Bak-Sosnowska M. Risk factors of sexual dysfunctions in postmenopausal women. *Ginekol Pol.* 2019;90(11):633-9. https://journals.viamedica.pl/ginekologia_polska/article/view/GP.2019.0108
54. Díaz C, Samalvides F. Factores asociados a disfunción sexual en mujeres atendidas en un hospital nivel III-Chiclayo-Perú. *Rev Chil Obstet Ginecol.* octubre de 2017;82(4):386-95. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262017000400386&lng=en&nrm=iso&tlng=en
55. Vizcaíno M, Montero Y. Disfunciones sexuales femeninas y factores psicosociales asociados en un grupo de mujeres supuestamente sanas. *Rev Sexol Soc.* 2017;23(2):182-94. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=78251>

Anexos

Anexo N°1: Matriz de Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo que lleva viviendo una persona desde que nació	Tiempo en años	Años cumplidos desde el nacimiento referido por la persona	Numérica Sin escala.
Estado Civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	Relación legal	Estado civil referido por la persona	Nominal 1. Soltera 2. Casada 3. Viuda 4. Divorciada 5. Unión Libre
Nivel de instrucción	Niveles educativos aprobados a lo largo de su vida	Social	Niveles aprobados referido por la persona	Nominal 1. Primer nivel 2. Segundo nivel 3. Tercer nivel 4. Cuarto nivel
Paridad	Número de embarazos que alcanzan las 20 semanas o más, con fetos nacidos vivos o muertos.	Obstétrica	Partos vaginales, cesáreas y óbitos referidos por la persona	Numérica 1. 0 2. 1 3. 2 a 4 4. ≥ 5
Hábito de fumar	Consumo cotidiano de cigarrillo	Hábitos	Consumo de cigarrillo referido por la persona	Nominal 1. Sí 2. No
Relación de pareja insatisfecha	Percepción negativa la relación de pareja	Social	Índex de satisfacción de parejas	Nominal 1. Sí 2. No

	referida por la participante del estudio			
Disfunción Sexual Femenina	Deterioro persistente de los patrones normales de interés y respuesta sexuales	Sexual	Test función Sexual Femenina	Nominal 1. Sí 2. No

Anexo N°2: Formulario de recolección de datos

UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA DISFUNCIÓN SEXUAL DURANTE LA TRANSICIÓN A LA MENOPAUSIA Y POSMENOPAUSIA, EN EL PERSONAL DOCENTE Y ADMINISTRATIVO DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA 2022.

Código del formulario: _____

Sección I: Datos sociodemográficos

Edad (Señale el grupo de edad al que corresponda en años cumplidos)

1. ___ años cumplidos.

Estado civil:

1. ___ Soltera

2. ___ Casada/Unión de hecho

3. ___ Viuda

4. ___ Divorciada

5. ___ Unión estable

Nivel de instrucción:

1. ___ Segundo nivel
2. ___ Tercer nivel
3. ___ Cuarto nivel

Sección II: Antecedentes obstétricos

Paridad (Señale el número de partos vaginales o por cesárea, óbitos, que tiene usted)

1. ___ 0 (ninguno)
2. ___ 1
3. ___ 2 a 4
4. ___ 5 o más

Sección III: Hábito de fumar

¿Consumes usted cigarrillos?

1. ___ Sí
2. ___ No

Sección IV: Formulario de relación de pareja insatisfecha

Por favor indique el grado de felicidad, incluyendo todos los aspectos de su relación

0. ___ Extremadamente infeliz
1. ___ Bastante infeliz
2. ___ Un poco infeliz
3. ___ Feliz
4. ___ Muy feliz
5. ___ Extremadamente feliz
6. ___ Perfectamente feliz

Tiene una relación cálida y está a gusto con su pareja

0. ___ Nada cierto
1. ___ Un poco cierto
2. ___ Un poco más cierto
3. ___ Generalmente cierto
4. ___ Casi completamente cierto
5. ___ Completamente cierto

¿Qué tan gratificante es la relación con su pareja?

0. ___ Nada
1. ___ Un poco
2. ___ Más que un poco
3. ___ Generalmente
4. ___ Casi completamente
5. ___ Completamente

¿En general, qué tan satisfecho está con su relación?

0. ___ Nada
1. ___ Un poco
2. ___ Más que un poco
3. ___ Generalmente
4. ___ Casi completamente
5. ___ Completamente

Sección V: Formulario de función sexual femenina

Instrucciones: Estas preguntas son sobre su sexualidad durante las últimas cuatro semanas. Por favor, responda a las siguientes preguntas lo más honesta y claramente posible. Sus respuestas serán mantenidas completamente anónimas y confidenciales. Tenga en cuenta las siguientes definiciones a la hora de responder:

- Actividad sexual se refiere a caricias, juegos sexuales, masturbación y relaciones sexuales.
- Relación sexual se define como penetración del pene en la cavidad vaginal, anal u oral.
- Estimulación sexual incluye juegos sexuales con la pareja, la auto estimulación (masturbación), o fantasías sexuales.
- Deseo sexual o interés es la sensación que incluye deseo de tener una experiencia sexual, sentirse receptiva a la incitación sexual de la pareja, y pensamientos o fantasías sobre tener sexo.
- La excitación sexual es una sensación que incluye aspectos físicos y mentales de la sexualidad. Puede incluir sensación de calor o latidos en los genitales, lubricación vaginal (humedad) o contracciones musculares.

Marque solo una alternativa por pregunta.

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido deseo o interés sexual?

1. ___ Casi siempre o siempre
2. ___ Muchas veces (Más de la mitad del tiempo)
3. ___ Algunas veces (Aproximadamente la mitad del tiempo)
4. ___ Pocas veces (Menos de la mitad del tiempo)
5. ___ Casi nunca o nunca

Durante las últimas 4 semanas, ¿cómo evaluaría su nivel (grado) de deseo o interés sexual?

1. ___ Muy alto
2. ___ Alto
3. ___ Moderado
4. ___ Bajo
5. ___ Muy bajo o ninguno

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido excitada sexualmente (“caliente”) durante la actividad sexual o el coito?

0. ___ Sin actividad sexual
1. ___ Casi siempre o siempre
2. ___ Muchas veces (Más de la mitad del tiempo)

3. ___ Algunas veces (Aproximadamente la mitad del tiempo)

4. ___ Pocas veces (Menos de la mitad del tiempo)

5. ___ Casi nunca o nunca

Durante las últimas 4 semanas, ¿cómo evaluaría su nivel (grado) de excitación sexual (“estar caliente”) durante la actividad sexual o el coito?

0. ___ Sin actividad sexual

1. ___ Muy alto

2. ___ Alto

3. ___ Moderado

4. ___ Bajo

5. ___ Muy bajo o ninguno

Durante las últimas 4 semanas, ¿qué confianza tiene de poder lograr excitación sexual durante la actividad o relación sexual?

0. ___ Sin actividad sexual

1. ___ Muy alta confianza

2. ___ Alta confianza

3. ___ Moderada confianza

4. ___ Baja confianza

5. ___ Muy baja o sin confianza

En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido satisfecha con su excitación durante la actividad o relación sexual?

0. ___ Sin actividad sexual

1. ___ Casi siempre o siempre

2. ___ Muchas veces (Más de la mitad del tiempo)

3. ___ Algunas veces (Aproximadamente la mitad del tiempo)

4. ___ Pocas veces (Menos de la mitad del tiempo)

5. ___ Casi nunca o nunca

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha estado lubricada (“mojada”) durante la actividad sexual o el coito?

0. ___ Sin actividad sexual
1. ___ Casi siempre o siempre
2. ___ Muchas veces (Más de la mitad del tiempo)
3. ___ Algunas veces (Aproximadamente la mitad del tiempo)
4. ___ Pocas veces (Menos de la mitad del tiempo)
5. ___ Casi nunca o nunca

Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto le ha sido difícil estar lubricada (“mojada”) durante la actividad sexual o el coito?

0. ___ No he tenido actividad sexual
1. ___ Extremadamente difícil o imposible
2. ___ Muy difícil
3. ___ Difícil
4. ___ Ligeramente difícil
5. ___ Nada difícil

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha mantenido su lubricación (“humedad”) hasta el final de la actividad sexual o el coito?

0. ___ Sin actividad sexual
1. ___ Casi siempre o siempre
2. ___ Muchas veces (Más de la mitad del tiempo)
3. ___ Algunas veces (Aproximadamente la mitad del tiempo)
4. ___ Pocas veces (Menos de la mitad del tiempo)
5. ___ Casi nunca o nunca

Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto le ha sido difícil mantener su lubricación (“humedad”) hasta el final de la actividad sexual o el coito?

0. ___ No he tenido actividad sexual

1. ___ Extremadamente difícil o imposible
2. ___ Muy difícil
3. ___ Difícil
4. ___ Ligeramente difícil
5. ___ Nada difícil

Durante las últimas 4 semanas, cuando ha habido estimulación sexual o coito, ¿con qué frecuencia ha llegado al orgasmo (clímax)?

0. ___ Sin actividad sexual
1. ___ Casi siempre o siempre
2. ___ Muchas veces (Más de la mitad del tiempo)
3. ___ Algunas veces (Aproximadamente la mitad del tiempo)
4. ___ Pocas veces (Menos de la mitad del tiempo)
5. ___ Casi nunca o nunca

Durante las últimas 4 semanas, cuando ha habido estimulación sexual o coito, ¿hasta qué punto le ha sido difícil llegar al orgasmo (clímax)?

0. ___ No he tenido actividad sexual
1. ___ Extremadamente difícil o imposible
2. ___ Muy difícil
3. ___ Difícil
4. ___ Ligeramente difícil
5. ___ Nada difícil

Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido satisfecha con su capacidad para llegar al orgasmo (clímax) durante la actividad sexual o el coito?

0. ___ No he tenido actividad sexual
1. ___ Muy satisfecha
2. ___ Moderadamente satisfecha
3. ___ Igual de satisfecha como de insatisfecha

4. ___ Moderadamente insatisfecha

5. ___ Muy insatisfecha

Durante las últimas 4 semanas ¿hasta qué punto se ha sentido satisfecha con la cantidad de intimidad emocional entre usted y su pareja durante la actividad sexual?

0. ___ No he tenido actividad sexual

1. ___ Muy satisfecha

2. ___ Moderadamente satisfecha

3. ___ Igual de satisfecha como de insatisfecha

4. ___ Moderadamente insatisfecha

5. ___ Muy insatisfecha

Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido satisfecha de su relación sexual con su pareja?

1. ___ Muy satisfecha

2. ___ Moderadamente satisfecha

3. ___ Igual de satisfecha como de insatisfecha

4. ___ Moderadamente insatisfecha

5. ___ Muy insatisfecha

Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido satisfecha con su vida sexual en general?

1. ___ Muy satisfecha

2. ___ Moderadamente satisfecha

3. ___ Igual de satisfecha como de insatisfecha

4. ___ Moderadamente insatisfecha

5. ___ Muy insatisfecha

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha experimentado molestias o dolor durante la penetración vaginal?

0. ___ Sin actividad sexual

1. ___ Casi siempre o siempre
2. ___ Muchas veces (Más de la mitad del tiempo)
3. ___ Algunas veces (Aproximadamente la mitad del tiempo)
4. ___ Pocas veces (Menos de la mitad del tiempo)
5. ___ Casi nunca o nunca

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha experimentado molestias o dolor después de la penetración vaginal?

0. ___ Sin actividad sexual
1. ___ Casi siempre o siempre
2. ___ Muchas veces (Más de la mitad del tiempo)
3. ___ Algunas veces (Aproximadamente la mitad del tiempo)
4. ___ Pocas veces (Menos de la mitad del tiempo)
5. ___ Casi nunca o nunca

Durante las últimas 4 semanas, ¿cómo evaluaría su nivel (grado) de molestias o dolor durante o después de la penetración vaginal?

0. ___ Sin actividad sexual
1. ___ Muy alto
2. ___ Alto
3. ___ Moderado
4. ___ Bajo
5. ___ Muy bajo o ninguno

Anexo N°3: Consentimiento informado

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: *PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA DISFUNCIÓN SEXUAL DURANTE LA TRANSICIÓN A LA MENOPAUSIA Y POSMENOPAUSIA, EN EL PERSONAL DOCENTE Y ADMINISTRATIVO DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA 2022.*

Datos autora de la investigación

	Nombres completos	# cédula	Institución a la que pertenece
Autora de tesis	GLADYS MAGDALENA LITUMA CAMPOVERDE	0102475712	UNIVERSIDAD DE CUENCA

¿De qué se trata este documento?

Usted está invitado(a) a participar en este estudio que se realizará en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca. En este documento llamado "consentimiento informado" se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación. También se explica los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información en este Consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir. Si es necesario, lleve a casa y lea este documento con sus familiares u otras personas que son de su confianza.

Introducción

Las alteraciones de la función sexual femenina son frecuentes en las mujeres durante el periodo premenopáusico, menopáusico y posmenopáusico, a las que muchas veces no se les da la importancia adecuada e incluso pueden pasar desapercibida a pesar de que en nuestro medio son muy usuales.

Objetivo del estudio

Determinar la prevalencia y factores asociados a la disfunción sexual durante la transición a la menopausia y posmenopausia, en el personal docente y administrativo de la Universidad de Cuenca 2022.

Descripción de los procedimientos

Luego de la aprobación del estudio por parte de la entidad correspondiente de la Universidad de Cuenca, se presentará a las participantes escogidas para la investigación los objetivos y la finalidad de la presente investigación, solicitándoles su firma en el consentimiento informado como requisito indispensable para participar. Finalmente, se realizará la aplicación del formulario de recolección de datos.

Riesgos y beneficios

Se aclara que para la investigadora es de vital importancia mantener su privacidad, por lo cual se aplicará las

medidas necesarias para que ninguna persona conozca su identidad, ni tenga acceso a sus datos personales:

- La persona que responda el formulario se identificará con un código que reemplazará su nombre, el cual no es necesario registrar, y se guardará de manera segura, donde solo la investigadora y el Comité de Bioética del Área de salud tendrá acceso.
- Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.

Los riesgos de la recolección de información son casi nulos, los datos se manejarán de manera confidencial y anónima.

Derechos de los participantes

Usted tiene derecho a:

- 1) Recibir la información del estudio de forma clara;
- 2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;
- 3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;
- 4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;
- 5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;
- 6) Tener acceso a los resultados del estudio, si procede;
- 7) El respeto de su anonimato (confidencialidad);
- 8) Que se respete su intimidad (privacidad);
- 9) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador;
- 10) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;
- 11) Contar con la asistencia necesaria para que el problema de salud o afectación de los derechos que sean detectados durante el estudio, sean manejados mediante la asesoría desde el punto de vista sexológico.
- 12) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.
- 13) En caso de detectarse disfunción sexual, se ofrecerá asesoría para definir las causas y la manera de superarlas.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0997362026 que pertenece a Dra. Gladys Lituma o envíe un correo electrónico a gladys.lituma@ucuenca.edu.ec

Consentimiento informado

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y 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 y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Nombres completos del/a participante

Firma del/a participante

Fecha

Nombres completos del/a investigador/a

Firma del/a investigador/a

Fecha

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. Vicente Solano, presidente del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca, al siguiente correo electrónico: vicente.solano@ucuenca.edu.ec

Anexo N°4: Recursos materiales y humanos.

Recursos humanos:

Investigadora principal Dra. Gladys Magdalena Lituma Campoverde, estudiante de la Maestría en Sexología, generadora de la propuesta de estudio; la directora del proyecto: Dra. Diana Patricia Vanegas Coveña, tutora a cargo para la realización de la investigación.

Recursos materiales:

Computadoras, impresora, libros de la biblioteca, hojas de papel bond, lápices, borradores y otros.

Recursos técnicos:

Programas informáticos para el manejo de la información recolectada, su tabulación, el análisis posterior y la elaboración de informes del estudio; estos son: Epi Info 07, Microsoft Word 2018, Microsoft Excel 2018, SPSS 25.0 (con licencia educativa), Google Chrome 40.0.

Presupuesto:

Se valora un costo de alrededor de 720,50 USD, gastos que estarán a cargo de la investigadora principal (Anexo 4).

Fuentes	Discriminación detallada de recursos	Unidades que se requieren	Valor de cada unidad (USD)	Costo Total (USD)
Autor del estudio	Computadora	1	--	--
	Impresora	1	--	--
	Hoja A4	3000	0.01	30.00 USD
	Impresiones	3000	0.02	60.00 USD
	Fotocopias	3000	0.02	60.00 USD
	Internet	240 (horas)	0.50	120.00 USD

	Lápiz	8	0.30	2.40 USD
	Borrador	8	0.20	1.60 USD
	Anillados	10	1.50	15.00 USD
	Flash Memory	1	6,00	6,00 USD
	Transporte	60	5.00	300.00 USD
	Office 365/mensual	6	10.00	60.00 USD
Facultad de Ciencias Médicas	Computadora	1	--	--
	Internet	48 (horas)	--	--
	Libros Biblioteca	--	--	--
Subtotal	655,00 USD			
Varios (10%)	65,50 USD			
Total	720,50 USD			

Elaborado por la autora

Cronograma de actividades

Actividades	1	2	3	4	5	6	
Revisión final del protocolo y aprobación							Investigador - Director
Diseño y prueba de instrumentos							Investigador - Director
Recolección de los datos y revisión							Investigador
Elaboración del informe final							Investigador – Director

Elaborado por la autora