



UNIVERSIDAD DE CUENCA
Facultad De Ciencias Médicas
Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria
Centro de Posgrados

**Prevalencia y factores asociados a disfunción sexual femenina en el
Centro de Salud Tipo c la Troncal. junio-noviembre. Año 2018.**

Tesis previa a la obtención del título
de Especialista en Medicina
Familiar y Comunitaria

Autora:

Md. Marlene Patricia Palaguachi Paguay

CI: 0301512240

Directora:

Ms. Jeanneth Patricia Tapia Cárdenas

CI: 0104457767

Cuenca-Ecuador

Marzo 2019

RESUMEN

Antecedentes: la disfunción sexual y sus factores de riesgo en mujeres ha sido relegada en comparación a los hombres, a pesar de presentar de forma importante trastornos del deseo, excitación, orgasmo y dolor, siendo necesario investigar esta situación en la localidad.

Objetivo general: determinar la prevalencia y factores asociados a disfunción sexual femenina en usuarias del Centro de Salud tipo C La Troncal, año 2018.

Metodología: este estudio fue observacional, analítico, transversal, de prevalencia. Se aplicó un formulario de recolección de información a 300 pacientes del Centro de Salud en atención primaria Tipo C La Troncal, a través de un muestreo probabilístico. Se utilizó el índice de función sexual femenina para la evaluación de la disfunción sexual. Para el análisis relacional se determinaron la razón de la prevalencia (RP), con su respectivo intervalo de confianza del 95% (IC 95%) y Chi cuadrado, considerándose significancia estadística cuando el valor de p fue $< 0,05$.

Resultados: la prevalencia de disfunción sexual femenina fue de 40,3%, encontrándose trastorno del deseo en 33% y excitación en un 20,7%. Los factores asociados significativamente fueron edad mayor a 40 años (RP= 1,74), estrato socioeconómico bajo (RP= 3,57), baja instrucción (RP= 1,82), violencia de pareja (RP= 2,24) y menopausia (RP= 1,82).

Conclusiones: la prevalencia de disfunción sexual femenina fue elevada y se asoció con factores sociodemográficos, violencia de pareja y menopausia, por lo que deben promoverse medidas de prevención para disminuir la incidencia de este trastorno.

Palabras claves: Sexualidad. Atención primaria de salud. Factores de riesgo.

ABSTRACT

Background: sexual female dysfunction and its risk factors have been relegated in comparison to men, despite presenting important disorders of desire, excitement, orgasm and pain, so it is necessary to investigate this situation in the locality.

General objective: to determine the prevalence and factors associated with female sexual dysfunction in users of the Type C La Troncal Health Center, year 2018.

Methodology: this study was observational, analytical, cross-sectional, prevalence. A form of information collection was applied to 300 patients of the Health Center in primary care Type C La Troncal, through a probabilistic sampling. The female sexual function index was used for the evaluation of sexual dysfunction. For the relational analysis, the prevalence ratio (PR) was determined, with its respective 95% confidence interval (95% CI) and Chi square, considering statistical significance when the p value was <0.05 .

Results: the prevalence of female sexual dysfunction was 40.3%, with desire disorder in 33% and arousal in 20.7%. The factors associated significantly were age over 40 years (PR= 1.75), low socioeconomic status (PR= 3.57), low instruction (PR= 1.82), partner violence (PR= 2.24) and menopause (PR= 1.82).

Conclusions: the prevalence of female sexual dysfunction was high and was associated with sociodemographic factors, partner violence and menopause, so prevention measures should be promoted to reduce the incidence of this disorder.

Keywords: Sexuality. Primary health care. Risk factors.



INDICE

RESUMEN2

ABSTRACT.....3

I. INTRODUCCIÓN.....9

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA11

III. JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS.....13

IV. FUNDAMENTO TEÓRICO.14

V. HIPÓTESIS.....31

VI. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN31

6.1. OBJETIVO GENERAL31

6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS32

VII. METODOLOGÍA.....32

7.1. TIPO DE ESTUDIO32

7.2. ÁREA DE ESTUDIO32

7.3. UNIDAD DE ANÁLISIS Y OBSERVACIÓN32

7.4. UNIVERSO Y MUESTRA33

7.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN33

7.6. VARIABLES (OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES, ANEXO 1) ...34

7.7. MATERIALES Y MÉTODOS34

VIII. RESULTADOS38

8.1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO38

8.2. ANÁLISIS DE RESULTADO41

IX. DISCUSIÓN.....45

X. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES52

10.1. CONCLUSIONES52

10.2. RECOMENDACIONES53

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS53

XII. ANEXOS59

ANEXO N° 1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES59

ANEXO N° 2. FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS62


ANEXO N.3. CONSENTIMIENTO INFORMADO73

**Cláusula de licencia y autorización para Publicación en el Repositorio
Institucional**

Marlene Patricia Palaguachi Paguay, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales de la tesis **Prevalencia y factores asociados a disfunción sexual femenina en el Centro de Salud Tipo c la Troncal. junio-noviembre. Año 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 no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Así mismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de esta tesis en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 29 de marzo del 2019.


.....
Marlene Patricia Palaguachi Paguay
C I: 0301512240

Cláusula de propiedad intelectual

Marlene Patricia Palaguachi Paguay, autora de la tesis **Prevalencia y factores asociados a disfunción sexual femenina en el Centro de Salud Tipo c la Troncal. junio-noviembre. Año 2018**; certifico que todas las ideas, opiniones, y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 29 de marzo del 2019.


.....
Marlene Patricia Palaguachi Paguay
C I: 0301512240



AGRADECIMIENTO

Mi más sincero agradecimiento a la Universidad de Cuenca y a los docentes que contribuyeron de una u otra manera para mi formación académica, compartiendo sus conocimientos, guiando con su paciencia y su rectitud, de igual manera a la Dra. Jeanneth Tapia como directora de tesis, así también a los habitantes de la comunidad de La Troncal que participaron en mi estudio por su valioso aporte para esta investigación.



DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada a Dios por guiar mi camino, a mis padres José y Rosaura quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía, de no temer las adversidades.

A mis hermanos por su apoyo incondicional durante todo este proceso, por estar conmigo en todo momento, gracias. A toda mi familia porque con sus oraciones, consejos y palabras de aliento hicieron de mí una mejor persona y de una u otra forma me acompañan en todos mis sueños y metas.

I. INTRODUCCIÓN

La sexualidad es un proceso complejo de construcción psicosocial que se remite a aspectos biológicos, culturales, de relación interpersonal y sentimental; que abarca prácticas físicas y mentales realizadas con el objetivo de obtener placer sexual, integrado a la identidad individual y a la perpetuación de la especie humana a través de su reproducción (1,2). La sexualidad femenina posee una mayor plasticidad erótica que la masculina, soportando fuerte presión social en lo que se refiere a estándares de belleza y atractivo sexual. No obstante, la esfera sexual constituye un pilar fundamental en la calidad de vida de la mujer, reflejando su bienestar en el aspecto físico en su dimensión psicológica y su ámbito social (2,3).

Según la “Organización Mundial de la Salud” (OMS), la disfunción sexual (DS) es una de las problemáticas con mayor afectación en el bienestar y salud sexual; constituyendo un conjunto de trastornos heterogéneos, que se caracterizan por la manifestación persistente de una alternación clínicamente significativa de la competencia del individuo para responder sexualmente o para experimentar placer sexual, presentándose alteraciones en las etapas de la respuesta sexual como son: el deseo sexual, la excitación y la satisfacción u orgasmo (4).

La DS femenina (DSF) se caracteriza por una etiología multicausal en el que diversos factores orgánicos y psicológicos inherentes a la persona, incluyendo eventos insatisfactorios o traumáticos, pueden limitar su capacidad para desarrollar de forma adecuada su sexualidad (5,6).

La esfera de la sexualidad femenina y su disfunción varía de acuerdo a muchas características de la población, así como la fase de la respuesta sexual afectada. Según el documento realizado por la Cuarta Consulta Internacional sobre DS en el año 2015, reportan que el bajo deseo sexual se presenta entre 17% de mujeres entre 35-59 años del Reino Unido, al 33-35% de mujeres en Estados Unidos, Suecia e Irán, e incluso hasta más de 55% en mujeres Australianas entre 16-59 años de edad (7).

En cuanto a la fase de excitación, la falta de lubricación se ha observado entre el 21-28% de las mujeres sexualmente activas, siendo elevada en mujeres mayores a 50 años. A su vez, las disfunciones de la fase orgásmica pueden presentarse entre el 16-37% de las mujeres, dependiendo de la población estudiada. Por último, reportan que la prevalencia de dispareunia es baja y no relacionada con la edad, entre 1 al 27% de las mujeres estudiadas (7).

Este estudio evidencia la importante variabilidad de la prevalencia de la DSF, debido a las diferencias metodológicas en cuanto a las características de las mujeres estudiadas, así como la definición de estos trastornos, lo que hace necesario en primera instancia la definición estandarizada de los mismos para poder realizar comparaciones a nivel mundial.

Asimismo, surge la importancia de determinar la prevalencia y factores de riesgo en nuestra región, identificando la problemática que la afecta en mayor medida, lo que permitiría promover estrategias de prevención que disminuyan su impacto en la calidad de vida de la mujer. En el caso de la DSF, se han descrito un conjunto de factores de riesgo como el estado de salud general, la edad, enfermedades crónico-degenerativas que ocasionen en forma secundaria estas patologías, patologías genito-urinarias, trastornos psiquiátricos y características sociodemográficas, los cuales son importantes estudiarlas al momento de abordar un paciente con DS (8).

La Atención Primaria en Salud (APS) de la salud se caracteriza por su enfoque preventivo, educativo y de promoción sanitaria, lo que reviste de vital importancia dentro de la salud sexual, por lo que debe ser priorizada debido al bajo porcentaje de mujeres que asisten a la consulta de atención primaria por causa de disfunciones sexuales y su importante relación con disfunción familiar, laboral y social, siendo trascendental que el abordaje de dicha problemática constituya una de las actividades de cualquier médico de familia (9,10).

Esta investigación consistió en la determinación de la prevalencia de DSF y sus factores de riesgo asociados en pacientes que acuden al centro de salud Tipo C La Troncal, realizándose un estudio observacional, analítico y transversal, utilizando como herramienta de investigación el índice de función sexual femenina (IFSF), el cual ha sido validado y utilizado en distintas latitudes como instrumento de valoración de la DSF.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad, la DS posee una problemática de mayor alcance en las mujeres, ya que se ha planteado una imagen cultural y social en donde al llegar a la menopausia, estas pierden su interés sexual y posteriormente no es asumida como una esfera importante de la vida, por lo que su aparición es percibida como parte del envejecimiento y pérdida de vitalidad (11).

La DSF representan un problema importante alrededor del mundo, con implicaciones sustanciales en las relaciones interpersonales, calidad de vida y bienestar sexual de las mujeres (12). La prevalencia de esta patología a nivel mundial es variable, estimándose que alrededor de 30% de la población presenta esta condición, siendo los problemas más frecuentemente descritos en las mujeres la disminución de la libido, dispareunia y disorgasmia (1).

El *“Estudio global de comportamientos y actitudes sexuales”* recolectó información de 27500 hombres y mujeres pertenecientes a 29 países entre 40 y 80 años, demostrando que un 65% de las mujeres reportó algún encuentro sexual en los últimos doce meses. El problema más frecuente en este sexo, fue la disminución de la libido (21%), seguido de las disorgasmia (16%), la falta de lubricación (16%) y la dispareunia (10%). Del total de mujeres evaluadas, el 39% refirió tener al menos una patología englobada dentro de la DS (13).

En España se estima que entre el 40% al 50% de mujeres sufren algún tipo de disfunción, aunque la mayoría de esta población no acude a consulta por esta razón. En Inglaterra, China, Egipto e India se ha estimado una prevalencia que oscila entre el 41%, 43%, 58,7% y 73,2%, respectivamente. En Latinoamérica,

la prevalencia de DS se distribuye de esta manera: Cartagena de Indias con 21%, la Habana con 33,2%, Panamá con 40,9%, seguido de Guayaquil (55,2%), Bogotá (58,3%), Lima (71,8%), Buenos Aires (79%), Montevideo (94,5%) y con la mayor prevalencia evidenciada, la ciudad de Quito con 98,5% (13).

Varios son los factores descritos como desencadenantes de la DS entre los que se encuentran: interpersonales, ambientales, educativos, estrés laboral, violencia de pareja, problemas de vivienda y de pareja, así como los relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas o drogas (14). Al respecto del tema el *“Estudio Internacional de Salud y Sexualidad de la Mujer”*, una gran investigación realizada con 2000 mujeres en Estados Unidos, reveló que aquellas que presentaron deseo sexual hipo activo tuvieron alteraciones sobre todo en aspectos de salud mental, siendo en su mayoría menopaúsicas y con comorbilidades (12).

Es importante subrayar que la DSF es un reto para los profesionales que velan por mantener el bienestar y salud de las personas, ya que muchos sistemas sanitarios no considera de forma adecuada a la sexología entre sus especialidades, lo que ocasiona errores en su manejo, relacionados al déficit en la preparación y experiencia de los profesionales de salud sobre el tema (15). Por lo expuesto anteriormente, es trascendental el conocimiento del tema propuesto en la localidad, ya que establecer cuáles son los factores asociados a DSF podría ayudar a entender y mejorar la calidad de vida de toda mujer, por ello es legítimo y relevante realizar la presente investigación.

En base a lo comentado, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia y factores asociados a disfunción sexual femenina en usuarias del Centro de Salud Tipo C La Troncal año 2018?

III. JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS

El tema que se desarrolló en este estudio se encuentra en las prioridades de investigación del Ministerio de Salud en el Área de Sistema Nacional de Salud, línea de APS, sub línea de recursos en APS. Considerando que la DSF conlleva a una alteración de la calidad de vida en las mujeres, pueden venir además enmascaradas con otras situaciones que podrían conllevar a una afectación de la salud física y mental. A nivel mundial, la DS afecta aproximadamente el 30-40% de las mujeres, lo que demuestra la importancia del tema en la salud pública (7,13).

Justificación académica: en la actualidad, los datos de esta problemática en el ámbito de la atención primaria son prácticamente escasos, por lo que es necesario realizar este estudio, el cual va a servir de base para conocer la realidad epidemiológica de la DSF en este centro de Salud.

Justificación personal: la socialización de esta información, permitirá que las mujeres de la comunidad que padezcan estas patologías puedan consultar de forma más frecuente en busca de soluciones en este centro de salud, conociendo los factores de riesgo asociados, así como las condiciones de su vida que puedan estar afectando su bienestar sexual. De esta manera, podrán exigir y recibir atención especializada.

Justificación local: esto beneficiará a la localidad ya que permitirá establecer estrategias para orientar al personal de salud en el manejo de estas patologías, además de generar medidas de seguimiento para las usuarias que refieran el problema en cuestión, mejorando la atención holística en salud. Por último, los datos resultantes de este trabajo y las recomendaciones realizadas serán difundidos mediante los medios informativos de la Universidad de Cuenca (plataforma virtual DSPACE y revista científica de la Universidad de Cuenca), para ser extendidos y dadas a conocer a autoridades de salud tanto públicas como privadas y que se estimulen más investigaciones acerca de la problemática, fomentando la creación de un conocimiento científico sólido sobre la disfunción sexual femenina en nuestro país.

IV. FUNDAMENTO TEÓRICO

4.1. ANTECEDENTES

Singh y cols. (2009), realizaron un estudio descriptivo y transversal con el objetivo de determinar la frecuencia de DSF en 149 mujeres que acudieron a un centro que salud en India que decidieron participar en el estudio. La prevalencia de DSF fue de 73,2%, con trastorno del deseo en un 77,2, baja excitación con 91,3%, trastorno de lubricación en un 96,6%, disorgasmia en un 86,6% y dispareunia en un 64,4%. Los factores de riesgo relacionados con este trastorno fueron la edad mayor a 40 años (OR= 11,7; IC 95%= 3,4-40,1; $p < 0,001$) y un grado de instrucción académico bajo (OR=1,2; IC 95%= 1,0-1,3; $p = 0,012$) (16).

Por otro lado, Jaafarpour y cols. (2013), realizaron un estudio descriptivo y transversal con el objetivo de explorar la frecuencia y factores asociados a DSF en Irán. En este estudio fueron incluidas 400 mujeres entre 18-50 años de edad, casadas, seleccionadas de 4 centros de salud en la región oeste del país. La DSF fue evaluada a través de la versión iraní del “*Índice de función sexual femenino*”. Del total de mujeres evaluadas el 46,2% presento DSF, que varió de 22% en las menores a 20 años hasta el 75,7% en las mujeres entre 40-50 años. La prevalencia de trastornos del deseo sexual fue de 45,3%, problemas en la fase de excitación en el 37,5%, trastornos de la lubricación en el 41,2%, disorgasmia en el 42%, trastornos de la satisfacción en el 44,5% y dolor en el 42,5%.

Las mujeres mayores a 40 años (OR= 2,23; IC 95%= 1,12-2,68), con menos de 3 relaciones sexuales por semana (OR= 1,85; IC 95%= 1,23-1,99), de 10 años de matrimonio (OR= 1,76; IC 95%= 1,04-1,97), grado académico bajo (OR= 1,54; IC 95%= 1,09-2,13) y las desempleadas (OR= 1,34; IC 95%=1,06-1,63) estuvieron más relacionadas a la presencia de DSF (17).

En Egipto, Ibrahim y cols. (2013), evaluaron la función sexual femenina en 509 mujeres casadas entre 20-59 años de edad, para determinar los factores

relacionados a DSF. Este estudio fue descriptivo y transversal realizado en el Hospital Universitario Suez Canal, seleccionando a las mujeres que acudían al servicio de consulta externa de ginecología. Para evaluar la función sexual se utilizó la escala ampliamente adoptada para esta finalidad como lo es el “*Índice de función sexual femenina*”. El 48,7% fueron pre-menopáusicas y 24,6% posmenopáusicas. Cabe destacar que hubo un 71,7% de mujeres que les realizaron ablación de clítoris, siendo esta una práctica común en los países musulmanes.

La frecuencia de DSF fue de 49,2%, bajo deseo sexual con 45,5%, trastornos en la excitación con 38,6%, patología de lubricación en un 39,1%, disorgasmia en un 49,2%, dispareunia en un 40,2% y baja satisfacción en un 41,5%. La circuncisión femenina (OR= 6,5; IC 95%= 2,65-15,8; $p= 0,0001$) y la posmenopausia (OR= 4,2; IC 95%= 1,5-6,4; $p= 0,001$) fueron los principales factores relacionados a DSF. También fueron significativos la edad mayor a 44 años y la duración del matrimonio mayor a 10 años, mientras que el único factor protector fue el uso de terapia hormonal (OR= 0,1; IC 95%= 0,02-0,3; $p= 0,001$) (18).

En Latinoamérica, Dombek y cols. (2016), realizaron una investigación con el objetivo de evaluar la función sexual en mujeres brasileñas posmenopáusicas. Este estudio fue descriptivo y transversal realizado en 111 mujeres posmenopáusicas, sexualmente activas, con rango de edad entre 45-65 años. El método de evaluación de la función sexual fue el “*Índice de función sexual femenina*”. Del total de mujeres evaluadas, encontraron una prevalencia de DS de 70,30%, siendo los más afectados las esferas del deseo y la excitación. Los principales factores asociados a disfunción sexual fueron: estar casada (PR= 1,67; IC 95%= 1,17-2,39; $p < 0,05$), el antecedente de abuso sexual (PR= 1,45; IC 95%= 1,21-1,72; $p < 0,01$), el antecedente de cirugía vesical (PR= 1,35; IC 95%= 1,09-1,66; $p < 0,01$) y la disfunción urinaria según la escala de menopausia (PR= 1,08; IC 95%= 1,03-1,12; $p < 0,01$) (19).

En Ecuador se han realizado varias investigaciones que evalúan la DSF, con métodos diferentes. En primera instancia, Yáñez y cols., (2006), realizaron un estudio con el objetivo de evaluar la incidencia de DSF y sus factores de riesgo asociados en mujeres ecuatorianas que acudieron al servicio de consulta externa del Hospital Enrique C. Sotomayor, ubicado en Guayaquil. En total, fueron incluidas 385 mujeres sexualmente activas en un rango de edad entre 40-65 años, de las cuales 43,1% eran posmenopáusicas y 17,9% de ellas tomaban terapia de reemplazo hormonal. El método para determinar DSF fue a través de la encuesta y los criterios planteados por el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su cuarta revisión (DSM-IV) (20).

Del total de pacientes, el 53,5% refirió mantener actividad sexual por lo menos 4 veces al mes. La prevalencia de DSF fue de 78,4%, siendo los trastornos del deseo los más frecuentes (62,6%). Los factores que se relacionaron a DSF fueron el uso de antidepresivos (OR=4,1; IC 95%= 1-15,7; $p= 0,03$) y estar casada (OR=2,9; IC 95%= 1,5-5,7; $p= 0,002$), mientras que las mujeres con empleo (OR=0,2; IC 95%=0,1-0,5; $p= 0,001$), con más de 12 años de educación (OR= 0,3; IC 95%= 0,2-0,8; $p= 0,01$), > 4 relaciones sexuales al mes (OR= 0,3; IC 95%= 0,1-0,5; $p= 0,0001$) y teniendo solo una pareja sexual (OR= 0,4; IC 95%= 0,2-0,8; $p= 0,01$), tuvieron una menor probabilidad de padecer DSF (20).

Por otro lado, Chedraui y cols. (2009), evaluaron la función sexual femenina en 400 mujeres activas sexualmente entre 40-59 años a través del “Índice de función sexual femenina”. Estas pacientes fueron seleccionadas en un estudio descriptivo y transversal realizado en la Unidad Materno-Infantil del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, en la ciudad de Guayaquil, durante febrero de 2006 a febrero de 2007. Del total de pacientes evaluadas, el 33,5% eran posmenopáusicas y 9,8% usaron terapia de reemplazo hormonal.

La media del puntaje de IFSF fue de $20,1 \pm 12,4$, con una prevalencia de DSF de 55,7%. Las dimensiones con mayores problemáticas en la función sexual fueron dolor (49,6%) y lubricación (49,4%). Dentro de los factores asociados a

esta enfermedad se encuentra la edad femenina mayor a 46 años (OR= 3,3; IC 95%=1,6-6,8); la posmenopausia (OR=2,8; IC 95%= 1,3-6,1), la edad de la pareja (OR=2; IC 95%=1,0-4,0) y el estatus educativo bajo de la pareja (OR= 2,7; IC 95%= 1,5-5,0). Por otro lado, los factores que se asociaron a menor probabilidad de DSF fueron la fidelidad de la pareja (OR= 0,2; IC 95%= 0,1-0,4) y el uso de terapia de reemplazo hormonal en la menopausia (OR= 0,4; IC 95%= 0,1-1) (21).

Posteriormente, el mismo autor (Chedraui y cols., 2012) evaluó la función sexual femenina con una versión de 6 ítems del “*Índice de función sexual femenina*”, en un estudio transversal que incluyó un total de 904 mujeres sanas entre 40-59 años de los principales hospitales de Ecuador. La fiabilidad de esta nueva versión fue excelente (alfa de Cronbach de 0,91). Del total de mujeres evaluadas, el 51,1% eran posmenopáusicas, 12,6% utilizaban terapia de reemplazo hormonal, 80,8% tenían pareja sexual, 72,4% eran sexualmente activas y el 65% presentó DSF.

Los factores de riesgo asociados a esta patología fueron: el antecedente de abuso sexual ($\beta = -2,36$), el sedentarismo ($\beta = -1,72$) y la eyaculación precoz de la pareja ($\beta = -1,46$). Por otro lado, la paridad ($\beta = -0,38$) y la frecuencia del coito ($\beta = 0,09$) se relacionaron de forma positiva con la función sexual (22).

4.2. FUNCIÓN SEXUAL NORMAL Y RESPUESTA SEXUAL

El concepto de función sexual “normal” es un término controversial debido a que no hay en la actualidad una medida objetiva para definirlo o cuantificarlo, ya que este enfoque de normalidad se basa en datos estadísticos, normas culturales o ambos, que pueden variar de forma importante entre las poblaciones estudiadas. Por otro lado, la función normal varía de mujer a mujer y aún más complejo es que puede tener modificaciones sustanciales en la misma mujer en diferentes etapas de su vida (12).

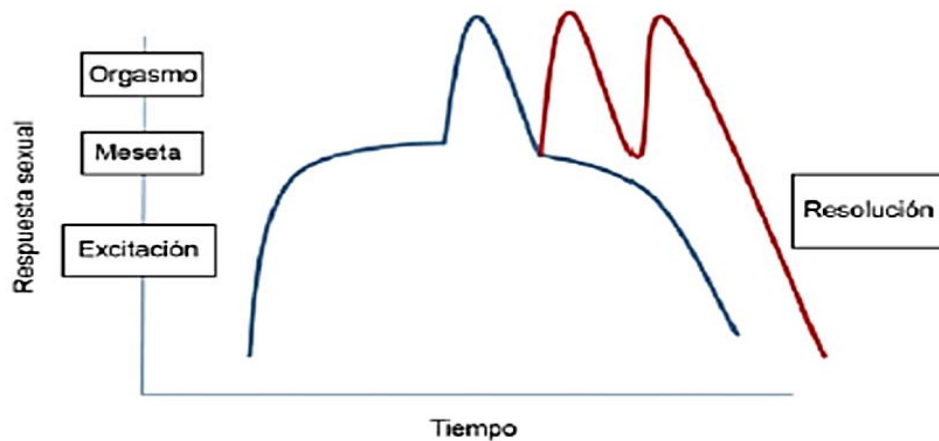
En el siglo pasado, en 1966, Masters y Johnson propusieron un modelo lineal de la respuesta sexual, basado en observaciones de las respuestas fisiológicas

experimentadas por las personas en un ambiente controlado. Este modelo describió la respuesta sexual en 4 etapas (Figura 1): una etapa inicial enmarcada por la excitación, la meseta, orgasmo y la resolución (23).

Posteriormente, Kaplan y Leif modificaron este modelo e incluyeron el concepto del deseo, interactuando con aspectos psicológicos, emocionales y cognitivos de la respuesta sexual, dicho modelo englobó 3 fases en donde se incluían las anteriores: el deseo, la excitación y el orgasmo (Figura 2) (23).

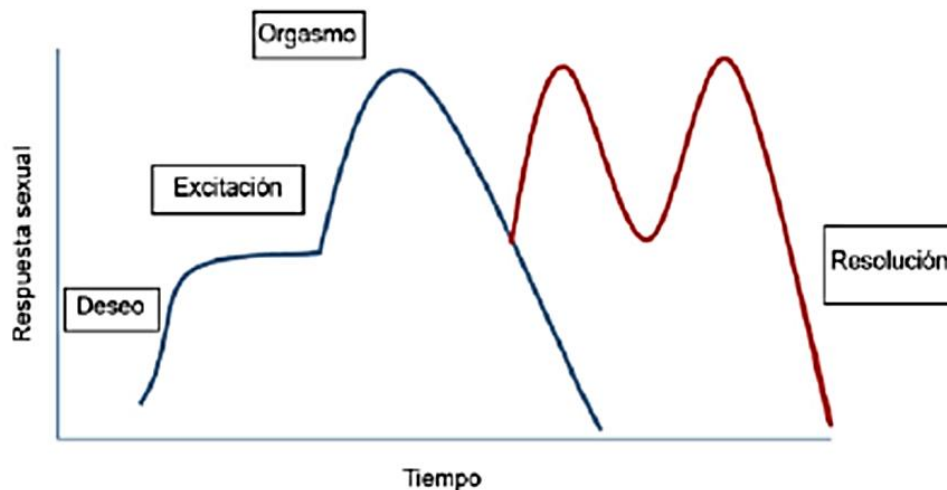
Por su parte, Basson planteó un modelo circular que se basó en la intimidad, intentando explicar de esta manera la naturaleza multifactorial de la respuesta sexual de la mujer, enfocándose en observaciones que muestran que a menudo ésta no sigue una trayectoria lineal. Dicho modelo subraya la compleja interacción de la intimidad emocional, los estímulos sexuales, los factores psicológicos y el placer o satisfacción que se experimenta en una relación, factores que determinan la respuesta sexual (Figura 3). Además, propuso la definición de neutralidad sexual, en el que las mujeres parten de un estado de neutralidad donde no están motivadas por deseo espontáneo, mientras que la excitación surge en el contexto de lo que pueda ser “ganancias” en una relación amorosa (intimidad emocional, compromiso, afecto, amor, entre otros) lo que se denominó deseo responsivo. Esto constituye la base de los criterios del Trastorno de la Excitación y del Interés Sexual Femenino en la quinta revisión del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) (24).

El modelo más aceptado en la actualidad, plantea que ‘tanto en el hombre como la mujer’, la respuesta sexual parece desarrollarse siguiendo las cuatro fases planteadas en 1966: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Cada una de estas fases se caracteriza por un conjunto de cambios o respuestas fisiológicas.



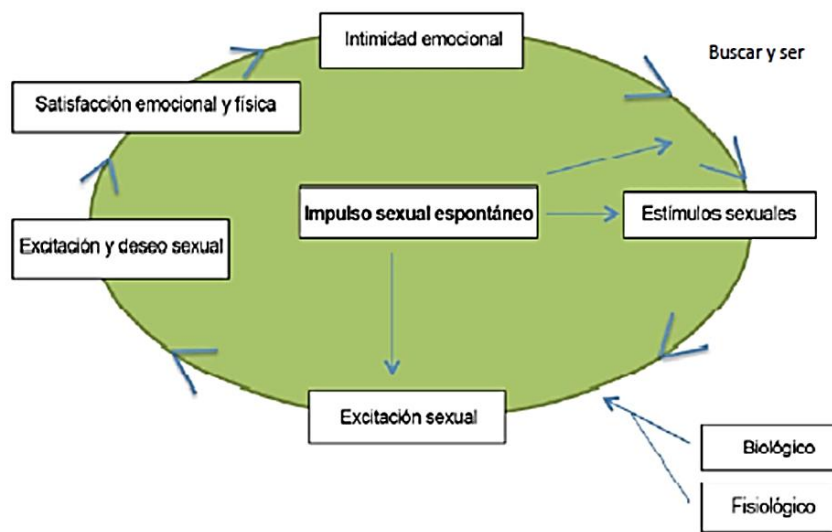
Modelo de la respuesta sexual de Masters y Johnson

Figura 1. Modelo propuesto en 1966, que agrupa 4 etapas: excitación, meseta, orgasmo, y resolución. La descripción de este modelo se basa en los cambios fisiológicos experimentados en el acto sexual. Las mujeres pueden experimentar distintas variaciones de esta respuesta. Masters & Johnson (1966).



Modelo Trifásico de la respuesta sexual de Kaplan

Figura 2. Este modelo incluye el concepto de deseo, y engloba los eventos fisiológicos descritos en el modelo de Masters y Johnson, en 3 fases: deseo, excitación y orgasmo. Datos de Kaplan HS. Disorders of sexual desire and other new concepts and techniques in sex therapy. Masters & Johnson (1966).



Modelo no lineal de Basson

Figura 3. Este modelo plantea que la respuesta sexual femenina está determinada por múltiples factores, pudiendo iniciar en una neutralidad sexual, en donde el deseo y la excitación dependen de la intimidad, los estímulos sexuales y la satisfacción emocional y física. Basson, Brotto, Laan, Redmond & Utian (2005).

En este sentido, Montiel expone brevemente cada fase de la respuesta sexual de la siguiente manera (25):

- **Fase de excitación:** supone el inicio de las respuestas en el organismo ante la estimulación sexual, que puede ser de carácter físico o psicológico. Los cambios experimentados en esta fase ocurren tanto en los órganos genitales (lubricación de vagina, erección del pene) como de forma sistémica (incremento de la presión arterial y la frecuencia cardíaca).
- **Fase de meseta:** esta fase se caracteriza por el estímulo persistente que ha sido captado en la fase de excitación, con aumento de la tensión sexual. Aparece la vasocongestión y miotonía.
- **Fase orgásmica:** en esta fase la estimulación sexual alcanza su máxima intensidad, lo que conlleva a tensión neuromuscular involuntaria y

repentina. En el caso de los hombres, se refleja con la eyaculación masculina, mientras que en las mujeres se caracteriza por contracciones rítmicas reflejas de la musculatura vaginal.

- **Fase de resolución:** en esta etapa, los cambios experimentados de forma fisiológica son revertidos al estado de reposo.

4.3. CONCEPTO DE DISFUNCIÓN SEXUAL

Según el “Dictionnaire de la Sexualité Humaine” dirigido por Philippe Brenot (2004), se entiende por disfunción sexual a toda perturbación del desempeño sexual en cualquiera de sus fases: excitación, fase de meseta, orgasmo y resolución. Se excluye de la disfunción sexual, los trastornos de identidad y del comportamiento sexual (26).

4.4. CLASIFICACIÓN DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

La disfunción sexual es compleja a la hora de plantear definiciones, por lo que han surgido sistemas de clasificación, desde la planteada en 1970 por Master y Johnson que incluía un listado de problemas, siguiendo con el sistema de clasificación de Kaplan (1974-1979) que intentó organizarla basada en el ciclo sexual y la aparición del problema. Sin embargo, la clasificación que ha recibido una gran aceptación es la propuesta por el DSM-IV (27).

La clasificación del DSM-IV incluye con algunas modificaciones, las patologías que pueden presentarse en las fases en la respuesta sexual propuestas por Master y Johnson, englobando cuatro grupos de trastornos (23):

a. Patología Primaria o secundaria (adquirida): esta clasificación se refiere al tiempo desde que está presente la DS.

- Si la DS aparece desde la primera relación sexual se denomina primaria.
- Si la DS aparece posteriormente luego de un tiempo determinado se denomina secundaria.

b. Patología orgánica o funcional: al igual que en otras patologías pueden ser causadas por enfermedades de base que necesiten tratamiento médico, mientras que otras pueden ser causadas por factores psicológicos.

c. Generalizada o situacional: esta clasificación hace referencia a las condiciones en donde se origina la DS, así, si la patología ocurre sin distinguir pareja o situación se denomina generalizada, por otro lado, si la DS se delimita a ciertas parejas o situaciones es considerada situacional.

d. Total o parcial: hace referencia al grado de severidad de la DS:

- Se denomina DS total cuando la afectación es completa.
- Se considera DS parcial para referirnos a un grado de afectación. La disfunción de carácter total va a ser de mayor complejidad y gravedad que la disfunción parcial (15).

Por otro lado, según la fase alterada del ciclo respuesta la clasificación es la siguiente (28):

Trastornos	Tipo de trastorno	Concepto
Trastornos del deseo sexual	Deseo sexual hipoactivo	Disminución o falta de deseo de actividad sexual o fantasías eróticas, hay tendencia a la evitación y el rechazo sexual.
	Deseo sexual hiperactivo	Deseo constante de tener actividad sexual lo cual afecta el funcionamiento diario de las mujeres.
	Aversión al sexo	Es un miedo constante e ilógico de evitar experiencias sexuales.
Trastornos de la excitación	Trastorno de la excitación sexual de la mujer	Incapacidad constante para obtener y mantener los cambios físicos relacionados con la excitación como lubricación y

		vasocongestión genital.
Trastornos de orgasmo	Trastorno orgásmico femenino	Ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo.
Trastornos sexuales por dolor	Dispareunia	Es el dolor genital persistente antes durante y después de una relación sexual.
	Vaginismo	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.

4.5. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

4.5.1. Edad:

Sierra y cols., (2014), concluyen en su estudio en España, que en el sexo femenino también se encuentra una relación negativa entre edad y funcionamiento sexual ($\beta = -0,41$); además, en su caso, la asertividad sexual de rechazo-ausencia de timidez ($\beta = 0,17$), las actitudes favorables hacia las fantasías sexuales ($\beta = 0,26$), el abuso de pareja no físico ($\beta = -0,20$), así como la interacción entre el envejecimiento y la posición hacia las fantasías sexuales ($\beta = 0,21$) predicen su funcionamiento sexual. Las mujeres presentan mayor prevalencia de DS, que no siempre se relaciona con insatisfacción. En conclusión, determinan que la edad y el abuso psicológico se relacionan de forma negativa con el funcionamiento sexual, por el contrario la asertividad y las actitudes sexuales se relaciona de forma positiva (29).

A su vez, Arellano-Collantes, (2016), en Ecuador realizó un trabajo de tipo analítico transversal de prevalencia, donde incluyó pacientes entre 20 a 49 años que acudieron a la consulta externa de la Unidad Metropolitana de Salud Norte, aplicando una encuesta a 271 pacientes, donde el 24,7% de mujeres presentaron DS. Además, hubo asociaciones significativas para el grupo de 40-

49 años. Los dominios afectados fueron excitación (67,8%), orgasmo (68,8%), satisfacción (31%), y lubricación (91,7%) (30).

Por otro lado, Muñoz. A. (2016), en Chile realizó una investigación sobre frecuencia y factores asociados a la DSF, encontrando que ser > 40 años tenía una relación estadísticamente significativa (31). A su vez, Matute (2013), en Cuenca evidenció que el grupo etario entre 41–60 años tuvo 5,72 veces más probabilidades de padecer DS (OR=5,72; IC 95%=3,37–9,70; $p=0,0001$) (32).

4.5.2. Nivel de instrucción:

Muñoz. A. (2016), en Chile realizó un estudio de prevalencia, donde encontró una relación con el bajo nivel de instrucción académica y la DS. Concluyó que entre los factores estudiados la instrucción primaria tuvo una relación estadísticamente significativa (OR=7,04; IC 95%=2,21–22,27; $p=0,0001$) (31). En este sentido, Matute, en Cuenca, (2013), encontró asociación entre la DS con el grado de instrucción, concluyendo que haber cursado y completado la educación superior fue un factor protector para padecer DS (OR= 0,37; IC 95%=0,23–0,6; $p=0,0001$) (32). En última instancia, Monterrosa y Castro, realizó una investigación en mujeres con sintomatología climatérica, concluyendo que la escolaridad mayor de diez años (OR= 0,4; IC 95%: 0,2-0,8; $p=0,003$) redujo la probabilidad de padecer disfunción sexual (33).

4.5.3. Estado civil:

Vélez (2017), en Perú realizó una investigación donde abordaron factores asociados a DS en mujeres atendidas en un Hospital nivel III en Chiclayo, encontró que factores como estado civil, y específicamente unión libre, tuvo un riesgo importante de DS con un OR= 8,11 (IC 95%: 2,36-17,84), al contrario de esta afirmación el estar casada fue un factor protector con OR= 0,58 (IC 95%: 0,33-0,87) (34).

4.5.4. Nivel socioeconómico:

Díaz (2017), realizó una investigación con el objetivo de evaluar el grado de satisfacción sexual en mujeres que acudieron a la consulta externa del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N° 1, las cuales tenían diagnóstico de menopausia. En los resultados evidenció una correlación estadísticamente significativa entre el grado de satisfacción sexual y la presencia de problemas económicos ($p= 0,019$) (35).

4.5.5. Relaciones de pareja insatisfechas:

Vizcaíno-Alonso (2016), en un trabajo de metodología descriptiva donde se estudiaron 40 mujeres de 19 a 64 años, observó que la DS más frecuentes fueron: deseo sexual hipoactivo, dispareunia y mixtas. Posteriormente analizó los factores psicosociales que se relacionaron al comportamiento sexo-erótico como: problemas laborales, problemas de pareja, falta de privacidad, ausencia de información sexual (36).

4.5.6. Historia de abuso sexual en la infancia:

La preocupación por los efectos a largo plazo que pueden repercutir como consecuencia del abuso sexual infantil o en la adolescencia se han reflejado en múltiples estudios y revisiones previas, donde se especifican que aproximadamente de 20 al 30% de la DS están relacionadas con estos antecedentes. Aunque se especifica claramente que los efectos a largo plazo son imprecisos y que otras variables pueden estar influenciando dicho comportamiento, aquellas mujeres que han padecido abuso sexual en los períodos antes especificados pueden manifestar actitudes negativas hacia su sexualidad como: aversión, insatisfacción, inestabilidad en sus relaciones íntimas (10).

Es así que López y cols. (2017), en un estudio descriptivo, transversal con 1013 mujeres adultas en Catalunya con edad mayor a 18 años, investigaron el impacto del padecimiento de abuso sexual infantil o en la adolescencia en las

relaciones sexuales y afectivas en su vida adulta. 917 participantes (90,3%) concluyeron el estudio, de las cuales el 37,6% (n=345), refirieron haber experimentado abuso sexual en su infancia o adolescencia. La edad actual de la mujer no se relacionó con la prevalencia de abuso sexual en la infancia y la adolescencia.

El abuso sexual padecido correspondió a tocamientos o haber sido obligados a tocar (53,3%), mientras que el 46,7% refirió intentos de penetración o penetración sin su consentimiento. Si el agresor era una persona conocida, el 40% refirió estar insatisfecha o poco satisfecha sexualmente, mientras que presentaron una baja frecuencia de deseo. En el caso de que el agresor fuera un desconocido, hubo una mayor satisfacción sexual con mayor capacidad para llegar al orgasmo (59,4%), menos frecuencia de dispareunia y menos sentimientos de rechazo de las relaciones sexuales (15,9%) (10).

4.5.7. Violencia de pareja:

Según la OMS, la violencia en contra de la mujer bordea cifras que alcanzan hasta un 35% alrededor del mundo la cual es generada principalmente por la pareja, esto debido a las relaciones de dominancia existentes de manera histórica, además de la multiplicidad de entornos sociales y culturales determinantes en la problemática (37). En Latinoamérica y El Caribe, las tasas de violencia sexual ocasionada por la pareja masculina oscilan entre el 5 y 15 %. Muñoz A. (2016), en Chile en su estudio de prevalencia encontró una relación estadísticamente significativa, con 1,95 veces más probabilidades de tener DS en las mujeres que padecen de violencia sexual (OR= 1,95; IC 95%= 1,03–3,70; $p= 0,047$) (31).

4.5.8. Menopausia:

Monterrosa y Castro (2014), estudiaron 461 mujeres; 305 de ellas (66,2%) con actividad sexual, 70,8% eran pre-menopáusicas y 29,2%, posmenopáusicas. La media del puntaje total del IFSF fue de $27,7 \pm 4,7$ y la prevalencia de DS fue de 38,4%. Los puntajes promedio de los dominios fueron: deseo ($4,1 \pm 1,1$),

excitación ($4,4\pm 1,0$), lubricación ($4,9\pm 1,0$), orgasmo ($4,7\pm 1,0$), satisfacción ($5,3\pm 1,0$) y dolor ($4,3\pm 1,5$). La prevalencia de DS aumentó con el cambio en el estado menopáusico ($p < 0,001$). Todos los dominios se deterioraron con el paso a la posmenopausia excepto el dolor ($p < 0,001$) (33).

4.6. EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

En los últimos años ha incrementado el interés del estudio de la función sexual en las mujeres por lo que surgió la necesidad de instrumentos válidos y confiables que permitieran su evaluación y comparación a nivel nacional e internacional. En este sentido, el uso de métodos fisiológicos como el Fotopletismógrafo vaginal, la ultrasonografía doppler o la resonancia magnética para evaluar el flujo sanguíneo vaginal, no están estandarizados, son de difícil aplicación clínica o epidemiológica y en algunos casos estas mediciones no son predictivos de las medidas subjetivas de función sexual femenina (placer, satisfacción, deseo, entre otras), por lo que se han diseñado cuestionarios sencillos, no invasivos, económicos y estandarizados que se recomiendan en la actualidad (38). Entre estos instrumentos, el índice de función sexual femenina (IFSF) destaca por su amplio uso a nivel mundial, su fácil aplicación y su experiencia en estudios clínicos, eligiéndose como herramienta para esta investigación (38).

El IFSF fue desarrollado y validado en el año 2000 a través de Rosen y cols., iniciando con un panel de expertos que diseñaron los ítems de acuerdo a los criterios de disfunción sexual propuestos en el DSM-IV, que fueron posteriormente aplicados a 128 mujeres con trastorno de excitación sexual femenina y 131 mujeres incluidas en un grupo control. La versión final del cuestionario cuenta con una estructura de 6 factores con un total de 19 ítems, siendo estas las dimensiones o dominios del cuestionario (39):

- Deseo (ítem 1-2).
- Excitación (ítem 3-6).
- Lubricación (ítem 7-10).

- Orgasmo (ítem 11-13).
- Satisfacción (ítem 14-16).
- Dolor (ítem 17-19).

La confiabilidad se identificó por medio del análisis alfa de Cronbach obteniéndose un coeficiente para el total de los ítems igual a 0,97, mientras que la consistencia temporal se probó mediante el coeficiente de Pearson, en un espacio de 2 a 4 semanas, evidenciando un coeficiente r igual a 0,88. A su vez, la validez discriminante se observó al obtener diferencias estadísticamente significativas entre la puntuación total del índice y sus dimensiones entre los pacientes con disfunción sexual y los controles, principalmente en los dominios de lubricación y excitación, proponiendo así un instrumento confiable y válido para evaluar la función sexual femenina (39).

Luego, en el año 2005, por medio de un estudio de validación en múltiples muestras de mujeres con distintos trastornos de función sexual, se identificó como punto de corte óptimo la puntuación menor o igual a 26,55 para cribar a mujeres con mayor probabilidad de padecer DSF, con una sensibilidad de 70,7% y una especificidad de 88,1% (40). Este instrumento fue adaptado, traducido y validado a la lengua castellana por medio de Blümel y cols., en una muestra de 383 mujeres aparentemente sanas en un centro de Salud en Chile, demostrando una ser un instrumento de fácil aplicación, con un coeficiente alfa de Cronbach entre 0,74 y 0,88 y que permite evaluar la función sexual femenina en países de esta región (41).

Luego de multiplicar por el factor de homogenización, el resultado puede clasificarse para conocer la proporción de DS en cada dominio, mediante la siguiente puntuación (17):

- “*Deseo*”: puntuación igual a 3,3 o menos (rango de puntaje de 1 a 5).
- “*Excitación*”: con una puntuación de 3,4 o menos (rango de puntaje de 0 a 5).
- “*Lubricación*”: puntuación igual a 3,4 o menos (rango de puntaje 0 a 5).

- “*Orgasmos*”: puntuación igual a 3,4 o menos (rango de puntaje de 0 a 5).
- “*Satisfacción*”: puntuación igual a 3,8 o menos (rango de puntaje de 0 o 1 a 5).
- “*Dolor*”: puntuación igual a 3,8 o menos (rango de puntaje 0 a 5).

4.7. ESCALA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR “VIFJ4”

Uno de los factores psicosociales relacionados con la DSF es la violencia de pareja, por esta razón es necesario evaluarse en las investigaciones utilizando instrumentos validados. En este sentido, en Ecuador se diseñó y validó la escala de violencia intrafamiliar “VIFJ4” en un estudio que incluyó a 356 mujeres que padecieron violencia de pareja y acudieron a centros de ayuda. Inicialmente se formularon los ítems por medio de juicio de expertos y se plantearon 6 dimensiones relacionadas a la violencia, siendo estas: física, psicológica, sexual, social, de género y patrimonial, obteniendo un coeficiente alfa de Cronbach igual a 0,94. La escala cuenta con un total de 25 ítems con respuestas tipo Likert de 5 opciones de escogencia, permitiendo determinar el tipo de violencia y la severidad de la misma (leve, moderada, grave), permitiendo incluso identificar mujeres con alto riesgo de muerte (42).

4.8. LA DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA DESDE LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

La atención integral en salud (AIS) está basada en el concepto de salud de la OMS que promueve un abordaje holístico y preventivo en los pacientes, donde las necesidades sanitarias, económicas, sociales, culturales o afectivas se encuentren en equilibrio.

El Ministerio de Salud Pública de Ecuador define este modelo como el conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que forman parte de un sistema nacional de salud y tienen como objetivo “brindar asistencia sanitaria con un enfoque holístico en todos los niveles de atención” (43).

La AIS es el objetivo del primer nivel de atención en los sistemas de salud, donde el médico familiar realiza su práctica clínica diaria. No obstante, en este modelo se requiere la integración y consolidación en todos los niveles asistenciales para brindar un servicio de calidad. Las pacientes con DS rara vez acuden al nivel primario con estas inquietudes, con muchas razones que pueden explicar este comportamiento, como el desconocimiento, el temor hacia la sociedad o la pareja. Estas brechas sociales son superadas con la educación a la población y el mejoramiento de los servicios de salud, por esta razón uno de las principales actividades en este enfoque es la visita comunitaria donde se identifiquen poblaciones de riesgo, seguimiento de enfermedades, análisis familiar y evaluación clínica (43).

La APS es el campo de trabajo de los médicos familiares y comunitarios, cuya especialidad médica se diferencia de las demás por sus lineamientos, teorías, principios y normativas, que permiten un abordaje holístico del paciente. Desde este abordaje, la salud no debe visualizarse simplemente como la ausencia de enfermedad, es decir el descarte de alguna alteración orgánica, debido a que el ser humano se incluye dentro de un sistema, por ende se ve influenciado por factores de su entorno, principalmente los factores psicológicos y sociales (44).

El estudio de la DS abordándola desde el planteamiento biopsicosocial es importante, teniendo en cuenta que la función sexual depende de factores biológicos, psicológicos y sociales, es decir, los mecanismos fisiológicos que permiten a la mujer tener salud sexual son modificados por factores externos que pueden ocasionar enfermedad. Esta alteración puede ser prevenida o intervenida, por eso la necesidad que el médico familiar investigue sobre la relación de pareja de la mujer, los traumas, el abuso, la violencia o factores socioeconómicos, que puedan estar incidiendo en la mujer que predispongan a la disfunción sexual.

Además, debe considerar al ser humano como un sistema dinámico, este posee un ciclo vital donde experimenta cambios y adquiere nuevas habilidades. Las teorías del ciclo vital más estudiadas son la del desarrollo psicosexual de

Freud y la teoría del desarrollo psicosocial de Erikson, que son bases fundamentales en el estudio del paciente en un abordaje holístico ya que es necesario entender la fase por la que el individuo atraviesa (45).

En el caso de la DS, la pareja es la unidad básica o núcleo que atraviesa distintas fases de desarrollo tanto del ciclo vital individual y del ciclo familiar. La función sexual es parte importante del bienestar de la pareja, por ende, la DSF actúa como una crisis, si esta no es ocasionada por factores biológicos del envejecimiento luego de la etapa pos-parental se comporta como una crisis no normativa que puede afectar su funcionamiento, la comunicación de pareja y la identificación de los recursos que pueden ser utilizados para superarla.

Por esta razón, el médico en la APS debe evaluar a la paciente de forma integral, conociendo que es parte de un supersistema conformado por el ontosistema (paciente con disfunción sexual), el mesosistema (la familia) y el macrosistema (sistema de salud), que es complejo, donde todas sus partes forman el todo y es necesario identificar los factores sociales, culturales, familiares y psicológicos que están incidiendo.

V. HIPÓTESIS

En base a esta revisión teórico-conceptual realizada se puede plantear como hipótesis de investigación que la disfunción sexual femenina es más prevalente en grupos de usuarias que tienen factores asociados como mayor a 40 años, estado civil unión libre, bajo nivel educativo y bajo nivel socioeconómico, relaciones de pareja insatisfechas, violencia de pareja, historia de abuso sexual en la infancia y menopausia.

VI. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

6.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia y factores asociados a disfunción sexual femenina en usuarias del Centro de Salud Tipo C La Troncal año 2018.

6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 6.2.1.** Establecer las características sociodemográficas de la población de estudio.
- 6.2.2.** Determinar la prevalencia de disfunción sexual femenina.
- 6.2.3.** Caracterizar la disfunción sexual femenina según trastornos del deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor.
- 6.2.4.** Establecer la asociación con factores como: mayor edad, estado civil unión libre, bajo nivel educativo y nivel socioeconómico, relaciones de pareja insatisfechas, violencia de pareja, historia de abuso sexual en la infancia y menopausia.

VII. METODOLOGÍA

7.1. TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, analítico y transversal que permitió conocer la prevalencia de disfunción sexual femenina así como sus factores asociados.

7.2. ÁREA DE ESTUDIO

Este estudio se ejecutó en el área de atención primaria del Centro de Salud Tipo C La Troncal, perteneciente a la Zona de Salud 6, distrito 03D03 en el cantón La Troncal de la Provincia del Cañar, Ecuador. Año 2018.

7.3. UNIDAD DE ANÁLISIS Y OBSERVACIÓN

Usuaris del Centro de Salud Tipo C La Troncal en la Provincia del Cañar durante los meses de junio-noviembre del año 2018.

7.4. UNIVERSO Y MUESTRA

Partiendo de la información suministrada por el establecimiento de salud participante del estudio propuestos para el año 2018, se dispuso de un universo de aproximadamente 12251 usuarias con un rango de edad entre 20 a 64 años (46).

Se calculó una muestra mínima de 250 pacientes a través de la fórmula con la corrección de población finita, con base en los supuestos de prevalencia de DSF de 21%, seleccionando un intervalo de confianza del 95% y 5% de error muestral. Tomando en cuenta una frecuencia de deserción de 10%, la muestra calculada quedó constituida por un mínimo de 275 usuarias. El tamaño de la muestra final incluyó un total de 300 usuarias que consultaron al área de atención primaria del Centro de Salud Tipo C La Troncal, en la provincia de Cañar, Ecuador, debido a un sobre-muestreo realizado para asegurar la representatividad de la población y la potencia estadística del estudio.

7.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

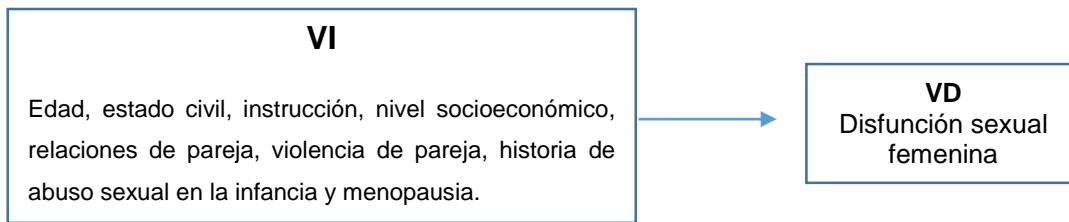
7.5.1. Criterios de inclusión

- Usuarias que acudan a consulta de atención primaria en el Centro de Salud Tipo C La Troncal con edades comprendidas entre 20 y 64 años durante el período de junio-noviembre de 2018.
- Mujeres sexualmente activas.
- Firma del consentimiento informado.

7.5.2. Criterios de exclusión

- Pacientes con discapacidad intelectual.
- Pacientes con morbilidad psiquiátrica.
- Mujeres en período de gestación.
- Usuarias que consuman alcohol y/o drogas.

7.6. VARIABLES (OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES, ANEXO 1)



VI: variable independiente VD: variable dependiente

7.7. MATERIALES y MÉTODOS

7.7.1. Procedimientos

7.7.1.1. Autorización:

Se solicitó autorización para la ejecución de la investigación a la Directora del Centro de Salud “Tipo C La Troncal”.

7.7.1.2. Capacitación:

La autora de la investigación realizó una capacitación a través de la revisión de la literatura actual y la consulta a expertos en el tema.

7.7.1.3. Supervisión

El presente estudio fue supervisado por la Dra. Jeanneth Tapia Cárdenas.

7.7.1.4. Instrumentos de recolección de datos

Se elaboró una encuesta que constituyó el instrumento de investigación para la recolección de los datos con las variables de estudio (Anexo 2). Este instrumento estuvo formado por varias secciones: la primera concerniente a datos sociodemográficos, la segunda respecto a antecedentes de vida sexual de las usuarias, finalmente en la tercera se ubicaron los formularios sobre nivel socioeconómico y función sexual. Con respecto a esta última sección se han seleccionado los siguientes formularios, los cuales han sido validados en otras investigaciones y son:

- Para la evaluación del nivel socioeconómico se utilizó la Escala de Graffar-Mendez Castellanos, clasificando el estrato socioeconómico (ESE) de las usuarias según 4 variables que son: la profesión del jefe de la familia, grado académico de la madre, la principal fuente de ingresos del núcleo familiar y las condiciones de alojamiento. Su interpretación se realizó mediante estratos basándonos en el siguiente puntaje: de 4 a 6 = ESE alto, 7 a 9 = ESE medio, 10 a 12 = ESE medio bajo, 13 a 16 ESE bajo y de 17 a 20 = ESE marginal (47).
- Para cuantificar la disfunción sexual se utilizó el “Índice de función sexual femenina” (Female Sexual Function Index o FSFI *por sus siglas en inglés*), siendo una escala que evalúa la función sexual femenina en el mes pasado. Esta escala tiene un carácter multidimensional, siendo utilizado y extendido a nivel mundial con buenas propiedades psicométricas y validado al idioma español. Consta de 19 preguntas divididas en seis dimensiones las cuáles son: deseo (1 y 2), excitación (3 a 6), lubricación (7 a 10), orgasmo (11 a 13), satisfacción (14 a 16) y dolor (17 a 19). La escala tiene un diseño tipo Likert contiene cinco o seis opciones de respuesta, asignando un puntaje que va de 0 a 5. Para calcular el puntaje de cada dimensión estudiada, debe multiplicarse por un factor de homogenización. El puntaje total se obtiene de la suma de todas las dimensiones, en donde a mayor puntaje mejor sexualidad. Se ha establecido que una puntuación de 26,55 o menor establece la presencia de DS (33,48).
- Para determinar violencia de pareja se utilizó la escala validada “VIFJ4”, que valora varias esferas como son: violencia física, violencia psicológica, violencia sexual, violencia social, violencia patrimonial y de género. La interpretación se basó dependiendo del tipo y el grado de severidad de la violencia y se la clasificó según el puntaje obtenido en: leve ≤ 35 puntos, moderada (36 a 67 puntos) y grave ≥ 68 puntos. Aquellas personas con puntuaciones mayor a 68 fueron clasificadas

como con alto riesgo de violencia de pareja propensas a sufrir lesiones incapacitante o femicidio (48).

Se realizó una prueba piloto del cuestionario en 20 usuarios del Centro de Salud Manuel de J Calle, posterior a dicho pilotaje se realizaron los cambios necesarios para aplicar el formulario final a la población de estudio. Para determinar la fiabilidad del instrumento se aplicó el Alfa de Cronbach, el cual se consideró confiable al superar la magnitud de 0,60.

7.7.2. Plan de tabulación y análisis de resultados

Se presentaron los datos en forma de tablas. Para variables cuantitativas se calculó la media aritmética (\bar{X}) y la desviación estándar (DS), para las cualitativas se calcularon frecuencias (N) y porcentajes (%). Para el análisis relacional con los factores considerados asociados se organizaron los datos en una tabla tetracórica de 2 x 2, con este método se determinó la razón de la prevalencia (RP), su intervalo de confianza del 95% (IC) y Chi cuadrado considerándose significancia estadística si el valor de $p < 0,05$. En el manejo, la presentación y el análisis de datos se utilizaron los programas IBM SPSS 15 y Epi Info 07 y Epidat 4.1.

7.7.3. Aspectos éticos

- La confidencialidad de la información se garantizó a los individuos incluidos en el estudio, en donde fue asignado un código de tres dígitos que inició con el 001 para identificar los cuestionarios. Se guardó absoluta reserva y únicamente el investigador del estudio tuvo acceso a dicha información.
- Previo a la realización del estudio, se presentó y aprobó el protocolo por parte de la Comisión de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas.



- Se solicitó la firma del consentimiento informado por parte de los pacientes que participaron en el estudio (Anexo 3).
- La autora declaró que no existen conflictos de interés con los participantes de la investigación.

VIII. RESULTADOS

8.1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Tabla 1.

Caracterización sociodemográfica de las usuarias que consultan al área de atención primaria del Centro de Salud Tipo C La Troncal, Cañar, Ecuador. 2018.

Variable	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Grupo etario*		
20-29 años	155	51,7
30-39 años	90	30
40-49 años	32	10,7
≥ 50 años	23	7,6
Total	300	100
Estado civil		
Soltero	2	0,7
Casada	79	26,3
Viuda o divorciada	0	0
Unión libre	219	73
Total	300	100
Instrucción académica		
Ninguna	7	2,3
Primaria	140	46,7
Secundaria	121	40,3
Superior	32	10,7
Total	300	100
Estrato socioeconómico		
Clase baja-marginal	233	77,7
Clase alta-media	67	22,3
Total	300	100

**Edad media de las participantes: 31,35±9,58*

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Palaguachi (2018).

Se evaluaron un total de 300 mujeres que consultaron al centro de salud, donde se evidenció que, en relación a grupos etarios el 51,7% de las usuarias tuvo entre 20-29 años de edad, 30% entre 30-39 años de edad, 10,7% entre 40-49 años de edad y 7,6% mayor a 50 años de edad. Con respecto al estado civil, el 73% de las usuarias del centro de salud estaba en unión libre, 46,7% refirieron un grado de instrucción académica de primaria y 77% perteneció al estrato socioeconómico bajo o marginal. La edad media fue de $31,35 \pm 9,58$ años para el total de usuarias estudiadas, ver Tabla 1.

Tabla 2

Caracterización sociodemográfica de las usuarias que consultan al área de atención primaria del Centro de Salud Tipo C La Troncal, Cañar, Ecuador. 2018.

Variable	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Etnia		
Mestiza	299	99,7
Afro-ecuatoriano	1	0,3
Total	300	100
Residencia		
Urbana	174	58
Rural	126	42
Total	300	100
Ocupación		
Trabaja	74	24,7
Estudia	14	4,7
Labores del hogar	210	70
Ninguna	2	0,7
Total	300	100
Religión		
Católica	232	77,3
Evangélica	33	11
Testigo de Jehová	7	2,3
Otros	28	9,3
Total	300	100

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Palaguachi (2018).

En la tabla 2 se observó que el 99,7% de las usuarias del centro de salud fueron de raza mestiza, 58% residían en zonas urbanas de la provincia, 70% se dedicaba a labores del hogar, 24,7% trabajaba fuera del hogar y 77,3% pertenecía a la religión católica.

Tabla 3

Características de la función sexual femenina y violencia de pareja de las usuarias que consultan al área de atención primaria del Centro de Salud Tipo C La Troncal, Cañar, Ecuador. 2018.

Variable	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Edad de inicio sexual		
< 15 años	83	27,7
> 15 años	217	72,3
Total	300	100
Compañeros sexuales		
1 pareja	173	57,7
2 o más parejas	127	42,3
Total	300	100
Historia de abuso sexual en la infancia		
Si	14	4,7
No	286	95,3
Total	300	100
Relación de pareja insatisfecha		
Si	14	4,7
No	286	95,3
Total	300	100
Violencia de pareja		
Leve	283	91
Moderada	22	7,3
Grave	5	1,7
Total	300	100

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Palaguachi (2018).

En la tabla 3 se presentaron las características de la vida sexual de las mujeres incluidas en el estudio, donde el 72,3% tuvo la sexarquia después de los 15 años y el 27,7% inició antes de los 15 años de edad. A su vez, el 57,7% tuvo una sola pareja sexual, el 4,7% experimentó una situación traumática de abuso sexual en su infancia y el 95,3% refirió una relación satisfactoria con su pareja. Por último, se presentó la distribución de la violencia de pareja, donde se encontró de forma grave en un 1,7% (n=5), mientras que en el 7,3% (n=22) fue moderada con un acumulado de 9% (moderado-grave). Por otro lado, la violencia de pareja leve se encontró en un 91% (n=283).

8.2. ANÁLISIS DE RESULTADOS

8.2.1. Prevalencia de disfunción sexual femenina

Tabla 4

Prevalencia de disfunción sexual femenina y puntuaciones del índice de función sexual femenina de las usuarias que consultan al área de atención primaria del Centro de Salud Tipo C La Troncal, Cañar, Ecuador. 2018.

	IFSF		
	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)	Media
Puntuación del IFSF			
≤ 26,55 (DSF)*	121	40,3	23,02
> 26,55 (Normal)	179	59,7	30,78
Total	300	100,0	27,65

* IC: 34,94%-45,97% ; desviación estándar: 3,26.

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Palaguachi (2018).

IFSF: índice de función sexual femenino.

Según el IFSF, el 40,33% (n=121) de las mujeres incluidas en el estudio tenían DSF, presentando una media de $23,02 \pm 3,26$, mientras que el 58,9% (n=179) presentó una función sexual normal, con una puntuación de $30,78 \pm 2,43$. La media del IFSF en toda la muestra de usuarias fue de $27,65 \pm 4,72$, ver Tabla 4. Esta alta prevalencia de DSF en esta muestra sugiere que las mujeres que asisten a este centro de salud poseen una elevada frecuencia de factores de riesgo biológicos, sociodemográficos y psicológicos relacionados con esta patología, que deben ser evaluados desde el abordaje holístico de la paciente que consulta en la atención primaria en salud.

8.2.2. Prevalencia de disfunción sexual según las dimensiones

Tabla 5

Prevalencia de disfunción sexual según dimensiones de las usuarias que consultan al área de atención primaria del Centro de Salud Tipo C La Troncal, Cañar, Ecuador, 2018.

Dimensión	Disfunción sexual			Normal		Total	
	N	%	IC 95 %	%	N	%	N
Deseo	101	33,7	28,56-39,19	66,3	199	100	300
Excitación	62	20,7	16,47-25,61	79,3	238	100	300
Lubricación	48	16	12,29-20,57	84	252	100	300
Orgasmo	16	5,3	3,31-8,49	94,7	284	100	300
Satisfacción	10	3,3	1,82-6,03	96,7	290	100	300
Dolor	38	12,7	9,37-16,91	87,3	262	100	300

Fuente: formulario de recolección de datos

Elaborado por: Palaguachi (2018).

En la tabla 5, se presentó la prevalencia de DSF según las dimensiones, donde se encontró la mayor frecuencia de patología en la dimensión de deseo con 33,7% (IC 95%=28,56-39,19), excitación con 20,7% (IC 95%= 16,47-25,61) y lubricación con 16% (IC 95%= 12,29-20,57). Por otro lado, las dimensiones que presentaron mayor normalidad de la función sexual fueron satisfacción (94,7%), orgasmo (96,7%) y dolor (87,3%).

8.2.3. Factores asociados a disfunción sexual femenina

Tabla 6

Factores sociodemográficos asociados a disfunción sexual femenina de las usuarias que consultan al área de atención primaria del Centro de Salud Tipo C La Troncal, Cañar, Ecuador. 2018.

Variable	Disfunción sexual femenina				RP	IC 95%	Valor p
	Si		No				
	N	%	n	%			
Grupos etarios							
≥ 40 años	34	61,8	21	38,2	1,74	1,33-2,27	0,001
< 40 años	87	35,5	158	64,5			
Total	121	40,3	179	59,7			
Estado civil							
Unión libre	95	43,4	124	56,6	1,35	0,95-1,92	0,077
Soltero/casado	26	32,1	55	67,9			
Total	121	40,3	179	59,7			
Estrato socioeconómico							
Clase baja/marginal	112	48,1	121	51,9	3,57	1,92-6,66	0,001
Clase alta/media	9	13,4	58	86,6			
Total	121	40,3	179	59,7			
Instrucción académica							
Ninguna/primaria	77	52,4	70	47,6	1,82	1,35-2,44	0,001
Secundaria/superior	44	28,8	109	71,2			
Total	121	40,3	179	59,7			

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Palaguachi (2018).

En la tabla 6 se presentaron las características sociodemográficas asociadas a la prevalencia de DSF, donde se evidenció que la edad igual o mayor a 40 años se relacionó a un 74% más de prevalencia de esta enfermedad (RP= 1,74; IC= 1,33-2,27). Por otro lado, pertenecer a la clase baja/marginal y tener un grado de instrucción bajo (ninguna/primaria) se asoció con 3,57 veces y 1,82 más prevalencia de DSF que las mujeres con clase alta/media o instrucción secundaria o mayor. El estado civil unión libre no se asoció de forma estadísticamente significativa con mayor prevalencia de DSF.

Tabla 7

Factores asociados a la disfunción sexual femenina de las usuarias que consultan al área de atención primaria del Centro de Salud Tipo C La Troncal, en la provincia de Cañar, Ecuador.

Variable	Disfunción sexual femenina				RP	IC 95%	Valor p
	Si		No				
	n	%	n	%			
Historia de abuso sexual infantil							
Si	9	64,3	5	35,7	1,64	1,08-2,48	0,061
No	112	39,2	174	60,8			
Total	121	40,3	179	59,7			
Relación de pareja insatisfecha							
Si	9	64,3	5	35,7	1,64	1,08-2,48	0,061
No	112	39,2	174	60,8			
Total	121	40,3	179	59,7			
Violencia de pareja							
Grave/moderado	22	81,5	5	18,5	2,24	1,76-2,85	0,001
Leve	99	36,3	174	63,7			
Total	121	40,3	179	59,7			
Menopausia							
Si	21	67,7	10	32,3	1,82	1,36-2,43	0,001

No	100	37,2	169	62,8
Total	121	40,3	179	59,7

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Palaguachi (2018).

La historia de abuso sexual infantil y las relaciones no satisfactorias con la pareja no se relacionaron significativamente con una mayor prevalencia de DSF. Por otro lado, la violencia de pareja moderada/grave se relacionó con 2,24 veces más prevalencia de DSF (RP= 2,24; IC 95%= 1,76-2,85), mientras que la menopausia se asoció con 1,82 veces más prevalencia de esta enfermedad (RP= 1,82; IC 95%= 1,36-2,43).

IX. DISCUSIÓN

La sexualidad es considerada un aspecto de la calidad de vida de la mujer que tiene como eje central las relaciones sexuales pero que incluye otros aspectos biológicos, psicológicos, culturales, sociales, éticos, religiosos, por lo que la respuesta sexual femenina se ve influenciada por factores que alteren la integridad de sus componentes. Una buena sexualidad en la mujer se relaciona con bienestar bio-psico-social, por ende factores que afecten el desempeño de esta función impactan negativamente su calidad de vida (12).

En este trabajo que incluyó a usuarias de un centro de salud de atención primaria en la Provincia del Cañar, Ecuador, se evidenció que las mujeres eran predominantemente menores de 29 años, en unión libre, de baja instrucción académica y que realizaban actividades del hogar, lo que es similar a lo reportado en estudio realizado por Bustos y Pérez con el objetivo de identificar la prevalencia de DSF y su factores asociados en mujeres que asistieron a un centro de salud para control ginecológico o planificación familiar. Las participantes presentaron características sociodemográficas similares a esta investigación (unión libre en un 31%, realizando actividades relacionadas al hogar en un 41%, con un grado de instrucción básico en un 52,1% y un nivel socioeconómico de pobreza relativa en un 72,7%), lo que esperable teniendo

en consideración que los países latinoamericanos comparten ciertas cifras demográficas y socioeconómicas (49).

Dentro de las características de la vida sexual de las usuarias del centro de salud de atención primaria en Cañar, la mayoría inició las relaciones sexuales luego de los 15 años de edad, teniendo en total 1 sola pareja, lo que concuerda con un estudio realizado por Espitia-De la Hoz en Colombia con el objetivo de identificar la prevalencia de DSF en mujeres trabajadoras, donde el 29% de las participantes refirió la sexarquía antes de los 21 años de edad (50). A su vez, en el reporte de DSF realizado por Bustos y Pérez previamente comentado, el 49,1% de las usuarias del centro de salud refirieron haber tenido 1 pareja sexual, 36% tuvo entre 2-3 parejas sexuales y solo el 4,3% tuvo seis o más compañeros sexuales (49).

Por otro lado, la prevalencia de DSF en el centro de salud tipo C La Troncal fue de 40,33% según el IFSF, resultados similares a investigaciones planteadas en mujeres en el mismo rango de edad, como el de Jaafarpour y cols., en mujeres iraníes, donde reportaron una prevalencia de 46,2% (17), asimismo, como el estudio realizado por Ibrahim y cols., en mujeres de origen egipcio, donde encontraron una frecuencia de 49,2% de DSF utilizando el mismo cuestionario que esta investigación (18).

Por otro lado, esta cifra representa una frecuencia baja en comparación a la reportada por Yáñez y cols., en mujeres ecuatorianas que asistieron a consulta externa del Hospital Enrique C. Sotomayor, donde encontraron a un 78,4% de las mujeres padeciendo DSF, aunque la población tenía mayor edad que este estudio (entre 40-65 años) y se utilizaron los criterios del DSM-IV, lo que puede ser causa de estas diferencias (20). En este sentido, Chedraui y cols., evaluaron a 409 mujeres en un Hospital de Guayaquil, utilizando el mismo cuestionario que este estudio, reportó una prevalencia de DSF de 55,7% en mujeres cuyo rango de edad fue entre 40-59 años, cifra relativamente mayor a la evidenciada en esta investigación (21).

A su vez, en un estudio multicéntrico realizado por Blümel y cols., en instituciones de salud de 11 ciudades latinoamericanas de Argentina, Bolivia, Colombia, Chile, Cuba, Ecuador, Panamá, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela, que incluyó a un total de 7243 mujeres entre 40-59 años de edad, de las cuales 5391 (74,4%) fueron sexualmente activas, encontraron una prevalencia de DSF de 98,5% en Quito, lo cual representa una cifra mayor a la evidenciada en esta investigación, mismo comportamiento al comparar con Montevideo-Uruguay (94%), Buenos Aires-Argentina (79%) o Lima-Perú (71%) (51).

No obstante, Blümel y cols., reportan que en países como Colombia (Cartagena), Perú (Piura) y Cuba (La Habana) se evidenció una prevalencia de DSF menor a la reportada en esta investigación, con una frecuencia de 21%, 32,1% y 33,2% respectivamente. En este estudio se plantea que las diferencias en la prevalencia de este trastorno son debido a un patrón distinto de factores de riesgo presentes en cada población, en relación a su estatus educativo, civil, hábitos, ubicación geográfica, siendo importante detectarlos para promover medidas estrategias autóctonas en las regiones estudiadas (51).

Las dimensiones menos disfuncionales evidenciadas en esta provincia fueron “satisfacción” (3,3%) y “orgasmo” (5,3%), lo que contrasta con el estudio realizado por Singh y cols., en India, donde el 81,2% y el 86,6% refirieron dificultades relacionadas a estas esferas de la salud sexual, respectivamente, aunque no fueron las dimensiones con mayor alteración (lubricación en un 96,6% y excitación en un 91,3%) (16). En Guayaquil, Ecuador, Chedraui y cols., encontraron una prevalencia de DS en la dimensión de satisfacción de 47,4% y de 48,2% en la dimensión del orgasmo (21), cifras mayores a las encontradas en esta investigación del cantón La Troncal en la provincia de Cañar.

En este estudio la edad mayor a 40 años se relacionó a una mayor prevalencia de DSF en las usuarias del centro de salud tipo C La Troncal en la provincia de Cañar. Se ha sugerido, que el IFSF (como marcador indirecto de la salud

sexual de la mujer) sigue un patrón dependiente de la edad, alcanzando una máxima expresión entre los años 20-24 años, disminuyendo de forma progresivamente hasta su mínimo luego de los 59 años de edad (49). Estos resultados concuerdan con distintas investigaciones a nivel mundial, como el trabajo de DSF realizado en India por Signh y cols., donde encontraron un mayor riesgo de padecer esta patología en las mujeres mayores a 40 años (OR= 8,2; IC 95%= 2,3-28,9), independientemente del grado educativo, socioeconómico y civil (16).

A su vez, en Egipto, Ibrahim y cols., realizaron un estudio de prevalencia de DSF en 509 mujeres entre 20 a 59 años de edad, donde utilizando como instrumento de investigación el IFSF, encontraron una relación estadísticamente significativa entre la edad de la mujer y esta enfermedad, específicamente, luego de los 44 años (OR= 2,1; IC 95%= 1,6-3,5) (18). Las razones de este comportamiento pueden deberse al aumento de la prevalencia de patologías crónicas-degenerativas, el inicio de la menopausia, la mayor frecuencia de prolapso de órganos pélvicos, incontinencia urinaria y factores psicosociales en una comunidad que rinde culto a la juventud y la identifica como sinónimo de belleza (52).

En esta investigación, si bien las mujeres con DSF en su mayoría pertenecieron al estado civil unión libre no se observó una relación estadísticamente significativa entre estas variables, a diferencia del estudio realizado en Brasil por Dombek y cols., en un centro ginecológico de referencia de Rio de Janeiro, que incluyó solo mujeres post-menopáusicas entre 45-65 años de edad, donde aquellas casadas presentaron 1,68 veces más prevalencia de DSF que las mujeres solteras (PR= 1,68; IC 95%=1,07-2,63) (19). En concordancia, Yáñez y cols., en una muestra de mujeres ecuatorianas de mediana edad, encontró que las mujeres casadas tenían mayor probabilidad de padecer esta patología (OR= 4,1; IC 95%= 1-1,57), pero el tener más de 4 relaciones sexuales por mes (OR= 0,3; IC= 0,1-0,5) y tener una sola pareja sexual (OR= 0,4; IC 95%= 0,2-0,8) disminuyó el riesgo de DSF (20).

Asimismo, el grado de instrucción baja constituyó un factor asociado a la prevalencia de DSF en esta investigación (PR= 1,82; IC 95%= 1,35-2,44), similar a lo evidenciado en Irán por Jaafarpour y cols., en 400 mujeres entre 18-50 años de edad seleccionadas de centros de salud de atención primaria, donde el estatus educativo bajo se asoció con un 54% más probabilidad de tener alteraciones en la función sexual (OR= 1,54; IC 95%=1,09-2,13) (17). En este mismo sentido, Singh y cols., demostraron en una investigación sobre DSF realizada en India, que el tener menos de 6 años de educación formal se asoció a mayores niveles de esta patología (OR= 1,2; IC 95%= 1,01-1,3) (16).

Por otro lado, el ESE bajo o marginal aumentó la prevalencia de DSF en el centro de salud donde se llevó a cabo esta investigación (PR= 3,57; IC 95%= 1,92-6,66), lo que concuerda con un estudio realizado por Ghanbarzadeh y cols., en una ciudad iraní, donde realizó una investigación sobre DSF en 821 mujeres entre 15-72 años de edad, evidenciando que tener problemas financieros incrementó las probabilidades en 8,34 veces de padecer alteraciones en la función sexual femenina, particularmente, disminuyendo el grado de satisfacción sexual (OR= 8,34; IC 95%= 2,03-34,18) (53).

Un factor que se ha relacionado de forma consistente con la DSF es la violencia de género, que afecta a la población femenina sin discriminar clases sociales o estrato socioeconómico e incluye violencia física, psicológica, sexual y económica o patrimonial. La violencia de género afecta tanto la salud mental de la mujer y la predispone a padecer depresión, ansiedad, estrés postraumático, trastornos de fobia o pánico, como la salud física, donde se ve afectada su integridad aumentando el riesgo de lesiones en los órganos reproductivos, infecciones transmitidas sexualmente, infecciones urinarias y abortos, lo que contribuye con la DSF e incluso puede ocasionar el fallecimiento (54).

En las usuarias del centro de salud estudiado en este trabajo, se observó que la violencia de género moderada/grave se asoció con 2,24 veces más prevalencia de DSF, lo que implica una problemática de relevancia en la salud

sexual de la mujer, lo que concuerda con el estudio realizado por Bustos y Pérez en una población chilena donde evidenció que las mujeres sometidas a violencia psicológica severa exhibieron medias menores del IFSF (14,3) comparado a aquellas que no presentaron violencia (27,4); $p < 0,001$ (49). De forma similar, en una investigación realizada por Jamali y Javadpour en 813 mujeres en una clínica ginecológica en Jahrom, Irán, se observó que las mujeres que sufrieron violencia de pareja tuvieron medias significativamente menores en la puntuación total de IFSF y todas las dimensiones (54).

En el caso de la historia de abuso sexual infantil, este antecedente no constituyó un factor relacionado a DSF en este estudio, lo que contrasta con un reporte realizado en Brasil por Dombek y cols., donde se estableció como un factor asociado a la presencia de esta patología (RP=1,53; IC 95%= 1,32-1,77) (19). Asimismo, Lutfey y cols., realizaron un trabajo con el objetivo de determinar la relación entre el abuso infantil de tipo físico, sexual y emocional con la presencia de DSF en 3205 mujeres entre 30-79 años de una comunidad en Boston, Estados Unidos, utilizando el IFSF. En esta investigación se evidenció que el abuso sexual emocional durante la infancia se relacionó con 2,13 veces mayor riesgo de padecer alteraciones de la función sexual en la adultez (OR= 2,13; IC 95%= 1,28-3,56) (55).

Por otro lado, en este estudio no se encontró relación estadísticamente significativa entre la prevalencia de DSF y las relaciones de pareja insatisfecha, lo que es contrario a un estudio realizado en la ciudad de Irán por Ghanbarzadeh, donde las relaciones placenteras con la pareja aumentaron las probabilidades de experimentar el orgasmo (OR= 17,16; IC 95%= 5,42-54,29), mientras que el dolor durante la relación sexual (OR= 0,53; IC 95%= 0,29-0,99) disminuyó la posibilidad de alcanzarlo. Además, el no sentir placer al momento de la relación sexual aumentó la probabilidad de padecer DSF en el dominio de la satisfacción (OR= 20,58; IC 95%= 7,39-57,30) (53). Asimismo, según reporta Ibrahim y cols., en mujeres egipcias, el no tener relaciones sexuales satisfactorias afectaba la salud sexual de la mujer, al incrementar de forma significativa el riesgo de padecer DSF (OR= 4,4; IC 95%= 1,5-12,5) (18).

La causa de la relación entre DSF y estos factores puede deberse a la contribución del entorno psicosocial en la función sexual de las mujeres. En las mujeres, los principales factores asociados a la DSF son los psicosociales, que actúan como eventos estresantes o traumáticos, como la baja autoestima, ansiedad, experiencias traumáticas pasadas, violencia de pareja, violación o abuso infantil (19).

En última instancia, la menopausia es un factor fuertemente relacionado con la DSF, debido a que es una etapa biológica, psicológica y social donde se ve afectada la función sexual de la mujer, debido al declive de la función ovárica. En el transcurso del proceso menopáusico, se inicia el climaterio que es un estado de transición entre la etapa reproductiva a la etapa posmenopáusica que inicia años antes del cese de la menstruación y se presenta sintomatología que afecta la función sexual de la mujer. Estos síntomas pueden ser disminución de la libido, trastornos de lubricación, dispareunia e incapacidad para alcanzar el orgasmo, por lo que existe una alta prevalencia de DSF (50).

Es por esta razón que en esta investigación la menopausia fue un factor asociado a la DSF, datos similares a los encontrados por Dombek y cols., en mujeres postmenopáusicas donde evidenció que los estadios de la postmenopausia no se asociaron con el aumento de la prevalencia de DSF, pero la presencia de sintomatología somática (RP= 1,04; IC 95%=1,01-1,07) y urogenital (RP= 1,08; IC 95%= 1,04-1,13) si constituyeron factores asociados que afectan la salud sexual (19). Por otro, lado Ibrahim y cols., en mujeres egipcias determinaron que el estatus postmenopáusico fue un factor asociado a mayor probabilidad de DSF (OR= 4,2; IC 95%= 1,5-6,4; $p= 0,0001$), mientras que el uso de terapia de reemplazo hormonal en esta etapa de la vida constituyó un factor protector para esta patología (OR= 0,1; IC 95%= 0,02-0,3; $p= 0,001$) (18).

Este trabajo permitió identificar los factores asociados a DSF en una muestra de usuarias del Centro de Salud tipo C La Troncal, lo que permitirá promover medidas de prevención para disminuir la incidencia de esta patología. Sin

embargo, hay que denotar las limitaciones del estudio, en primer lugar, esta investigación tiene un diseño transversal, por lo tanto no se pudo determinar causalidad solo asociación de las variables, para esto es necesario realizar estudios de corte prospectiva que permita además cuantificar el nivel de riesgo de cada factor significativamente asociado en este estudio.

Por otro lado, los resultados de esta investigación son aplicables a las mujeres del cantón La Troncal de la Provincia del Cañar que sean sexualmente activas y heterosexuales, ya que el cuestionario está diseñado para este grupo de mujeres. Por último, debido a la baja prevalencia de relaciones de pareja insatisfechas y la historia de abuso sexual en la infancia, no debe descartarse su contribución en la DSF y debe promoverse estudios que incluyan una muestra mayor de mujeres.

X. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

10.1. CONCLUSIONES

- Las usuarias del centro de salud tipo C La Troncal tuvieron el grupo etario mayor con usuarias menores de 29 años de edad en un 51,7%, con estado civil en unión libre en 73%, de instrucción académica baja en 49%, estrato socioeconómico bajo con 77%, etnia mestiza en un 99,7%, de procedencia urbana un 58%, con actividades ocupacionales en el hogar en el 70% y de religión católica con el 77%.
- La prevalencia de DSF fue de 40,3%, siendo menor a la encontrada en otras ciudades en Latinoamérica como Montevideo (94%), Buenos Aires (79%) o Lima (71%), así como en otras regiones de Ecuador como Guayaquil (78,4%) y Quito (98,5), pero sigue constituyendo un porcentaje elevado de pacientes que padecen esta patología.
- El trastorno de deseo (33,7%) y la excitación (20,7%) fueron los más prevalentes en las dimensiones del IFSF, mientras que la menor prevalencia se evidenció en los trastornos de la satisfacción (3,3%) y el orgasmo (5,3%).

- Los factores asociados a la disfunción sexual femenina fueron la edad mayor a 40 (RP= 1,74; IC 95%= 1,33-2,27; $p= 0,001$), la baja instrucción académica (RP= 1,82; IC 95%= 1,35-2,44; $p= 0,001$), el bajo estrato socioeconómico (RP= 3,57; IC 95%= 1,92-6,66; $p= 0,001$), la violencia de pareja (RP= 2,24; IC 95%= 1,76-2,85; $p= 0,001$) y el estatus menopáusico (RP= 1,82; IC 95%= 1,36-2,43; $p= 0,001$) .
- Las relaciones de pareja insatisfechas (RP= 1,64; IC 95%= 1,08-2,48; $p= 0,061$) y las experiencias traumáticas de abuso sexual (RP= 1,64; IC 95%= 1,08-2,48; $p= 0,061$) no constituyeron factores de riesgo estadísticamente significativos.

10.2. RECOMENDACIONES

- Disminuir las brechas educativas y socioeconómicas de las usuarias de este centro de salud a través de mayores ofertas laborales en la localidad, estudios de carácter público o ayudas sociales. Esto permitirá disminuir los riesgos psicosociales que ocasionen estrés en la pareja y afecten su salud sexual.
- Iniciar un programa de salud sexual en la mujer, donde se pueda asistir a consulta con especialistas para determinar los factores que conllevan esta patología y se puedan plantear medidas terapéuticas y preventivas.
- Ofrecer atención psicológica o terapia para las parejas con relaciones no satisfactorias.
- Promover nuevos estudios en otros centros de salud y estudios longitudinales prospectivos para determinar el riesgo asociado a cada factor, de esta manera aumentar el sustento epidemiológico sobre la DSF en el país.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castro CGC. Esquizofrenia y sexualidad: prevalencia de la disfunción sexual y su impacto en el tratamiento en un estudio de pacientes esquizofrénicos [Internet] [Tesis]. [España]: Universidad de Salamanca; 2016. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=78187>

2. Espitía-De La Hoz F. Prevalencia de disfunción sexual en mujeres del eje cafetero. *Rev Cienc Biomed.* 2016;1(25):25-33.
3. Díaz JCZ, Cruz J, Meneses M. Medicalización, promoción de la enfermedad y disfunción sexual femenina. *Rev CS.* 2018;(24):41-66.
4. Murillo FH, Domínguez O. Vademecum sexual: Fármacos y disfunción sexual actualización. *Cuad Med Psicossomática Psiquiatr Enlace.* 2017;(1):27-59.
5. Boluda RMZ, Izquierdo MIG. Salud sexual y reproductiva. Almería: Universidad Almería; 2016. 325 p.
6. Moyano N, Sierra JC. Descifrando las disfunciones sexuales femeninas en el DSM-5. *Rev Argentina de Psicología.* 2015;24(3):277-86.
7. McCabe MP, Sharlip ID, Lewis R, Atalla E, Balon R, Fisher AD, et al. Incidence and Prevalence of Sexual Dysfunction in Women and Men: A Consensus Statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *J Sex Med.* 2016;13(2):144-52.
8. Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Bosch R, Fugl-Meyer AR, Laumann EO, Lizza E, et al. Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. *J Sex Med.* 2004;1(1):35-9.
9. Figueroa-Martín L, Duarte-Clíments G, Sánchez-Gómez MB, Ruyman Brito-Brito P. Abordaje de la sexualidad en atención primaria: ¿qué valorar? *Ene.* 2015;9(2).
10. López S, Faro C, Lopetegui L, Pujol-Ribera E, Monteagudo M, Cobo J, et al. Impacto del abuso sexual durante la infancia-adolescencia en las relaciones sexuales y afectivas de mujeres adultas. *Gac Sanit.* 2017;31(3):210-9.
11. Hinchliff S, Gott M. Challenging social myths and stereotypes of women and aging: heterosexual women talk about sex. *J Women Aging.* 2008;20(1-2):65-81.
12. Kingsberg SA, Woodard T. Female sexual dysfunction: focus on low desire. *Obstet Gynecol.* 2015;125(2):477-86.
13. Nicolosi A, Laumann EO, Glasser DB, Moreira ED, Paik A, Gingell C. Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40: The global study of sexual attitudes and behaviors. *Urology.* 2004;64(5):991-7.
14. Alonso M del CV, Vizcaíno YM. Disfunciones sexuales femeninas y factores psicosociales asociados en un grupo de mujeres supuestamente sanas. *Rev Sexol Soc.* 2017;23(2):182-94.

15. Jácome-Artieda I, Guachamin-Vilaña M. Análisis de la disfunción sexual en las mujeres de 15 a 42 años asociado al uso del implante subdérmico en el Servicio de Obstetricia, en el Centro de Salud Sangolquí en el periodo enero a diciembre del 2015. [Internet] [Tesis]. [Quito, Ecuador]: Universidad Central del Ecuador; 2016. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/11828>
16. Singh JC, Tharyan P, Kekre NS, Singh G, Gopalakrishnan G. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in women attending a medical clinic in south India. *J Postgrad Med.* 2009;55(2):113-20.
17. Jaafarpour M, Khani A, Khajavikhan J, Suhrabi Z. Female Sexual Dysfunction: Prevalence and Risk Factors. *J Clin Diagn Res.* 2013;7(12):2877-80.
18. Ibrahim ZM, Ahmed MR, Sayed Ahmed WA. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction among Egyptian women. *Arch Gynecol Obstet.* 2013;287(6):1173-80.
19. Dombek K, Capistrano EJM, Costa ACC, Marinheiro LPF. Risk factors associated with sexual dysfunction in Brazilian postmenopausal women. *Int J Impot Res.* 2016;28(2):62-7.
20. Yáñez D, Castelo-Branco C, Hidalgo LA, Chedraui PA. Sexual dysfunction and related risk factors in a cohort of middle-aged Ecuadorian women. *J Obstet Gynaecol J Inst Obstet Gynaecol.* 2006;26(7):682-6.
21. Chedraui P, Perez-Lopez FR, San Miguel G, Avila C. Assessment of sexuality among middle-aged women using the Female Sexual Function Index. *Climacteric J Int Menopause Soc.* 2009;12(3):213-21.
22. Chedraui P, Pérez-López FR, Sánchez H, Aguirre W, Martínez N, Miranda O, et al. Assessment of sexual function of mid-aged Ecuadorian women with the 6-item Female Sexual Function Index. *Maturitas.* 2012;71(4):407-12.
23. Masters W, Johnson V. Human sexual inadequacy. Ishi Press. Brown and Company; 1970. 482 p.
24. Basson R, Brotto LA, Laan E, Redmond G, Utian WH. Assessment and Management of Women's Sexual Dysfunctions: Problematic Desire and Arousal. *J Sex Med.* 2005;2(3):291-300.
25. Montiel F. Respuesta Sexual Humana: *Rev Universidad Católica de Chile.* 2008;50(12):3-17.
26. Dictionnaire de la sexualité humaine - broché - Philippe Brenot - Achat Livre - Achat & prix | fnac [Internet]. [citado 30 de abril de 2018]. Disponible

en: <https://livre.fnac.com/a1553894/Philippe-Brenot-Dictionnaire-de-la-sexualite-humaine>

27. Flores TD, Association AP. DSM-IV-TR Manual Diagnóstico y Estadístico: De Los Trastornos Mentales. American Psychiatric Association Publishing; 2004. 1078 p.
28. Campo-Arias A, Herazo E. Novedades, críticas y propuestas al DSM-5: el caso de las disfunciones sexuales, la disforia de género y los trastornos parafílicos. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2018;47(1):56-64.
29. Sierra JC, Vallejo-Medina P, Santos-Iglesias P, Moyano N, Granados MR, Sánchez-Fuentes M del M. Funcionamiento sexual en personas mayores: influencia de la edad y de factores psicosexuales. *Rev Int Andrología.* 2014;12(2):64-70.
30. Arellano-Collantes G. 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) período junio a agosto del 2016 [Internet] [Tesis]. [Quito, Ecuador]: Universidad Central del Ecuador; 2017. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/10465>
31. Muñoz A, Camacho P. Prevalencia y factores de riesgo de la disfunción sexual femenina: revisión sistemática. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2016;81(3):168-80.
32. Matute-Ortega V, Peláez C, Peña A. Estudio Transversal: Prevalencia de disfunción sexual femenina y factores asociados en pacientes del Hospital «José Carrasco Arteaga». *Rev Médica HJCA.* 2014;8(1):19-24.
33. Monterrosa-Castro Á, Márquez-Vega J, Arteta-Acosta C. Sexual dysfunction in climacteric women of African descent from the Colombian Caribbean region. *Iatreia.* 2014;27(1):31-41.
34. Díaz-Vélez C, Samalvides-Cuba F. Factores asociados a disfunción sexual en mujeres atendidas en un hospital nivel III-Chiclayo-Perú. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2017;82(4):386-95.
35. Díaz-Andrade K. “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 n° 1 desde enero – noviembre 2016” [Internet] [Tesis]. Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2017. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec:80/xmlui/handle/22000/12730>
36. Vizcaíno-Alonso MC. Trastorno orgásmico femenino. Protocolo asistencial. *Rev Sexol Soc.* 2016;22(2):216-247.

37. OPS, OMS. Violencia contra la mujer [Internet]. [citado 13 de mayo de 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=424&Itemid=41004&lang=es
38. Rosen RC. Assessment of female sexual dysfunction: review of validated methods. *Fertil Steril*. 2002;77 Suppl 4:S89-93.
39. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*. 2000;26(2):191-208.
40. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther*. 2005;31(1):1-20.
41. Blümel MJE, Binfa E L, Cataldo A P, Carrasco VA, Izaguirre LH, Sarrá CS. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2004;69(2):118-25.
42. Jaramillo J, Bermeo Á, Caldas J, Ñauta J. Construcción de una escala de violencia intrafamiliar, Cuenca-Ecuador 2013. *Rev Fac Cienc Médicas*. 2014;32(2):30-9.
43. Ministerio de Salud Pública Ecuador. Manual del Modelo de Atención integral [Internet]. Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública, Quito-Ecuador; 2012. Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf
44. Suárez JR, Dolci GF, Ramírez FH, Fernández LFI. Enseñanza del modelo biopsicosocial de la Medicina Familiar. *Rev Hosp Gen Dr Man Gea González*. 2006;7(3):132-40.
45. Dallos R, Draper R. An introduction to family therapy. Systemic theory and practice [Internet]. Open University press, Buckingham; 2000. Disponible en: <https://www.mheducation.co.uk/openup/chapters/033520063X.pdf>
46. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Dirección Distrital 03D03 La Troncal. Población 2018 por establecimiento de Salud. 2018.
47. Román-López CA, Angulo-Valenzuela RA. El médico familiar y sus herramientas. *Rev Médica Md*. 2015;4:294-9.
48. Espitia-De La Hoz FJ. Prevalencia de disfunción sexual en mujeres del Eje Cafetero. *Rev Cienc Bioméd*. 2016;7(1):25-33.

49. Bustos B, Pérez V. Relación entre factores psicosociales y el Índice de Función Sexual Femenina en población rural de la comuna de Teno, Región del Maule, Chile. *Perinatol Reprod Humana*. 2018;32(1):9-18.
50. Espitia-De la Hoz FJ. Evaluación de la prevalencia de disfunción sexual en mujeres médicos, del Eje Cafetero colombiano, en etapa de climaterio. *Arch Med Manizales*. 2017;17(1):70-7.
51. Blümel JE, Chedraui P, Baron G, Belzares E, Bencosme A, Calle A, et al. Sexual dysfunction in middle-aged women: a multicenter Latin American study using the Female Sexual Function Index. *Menopause N Y N*. 2009;16(6):1139-48.
52. Wood A, Runciman R, Wylie KR, McManus R. An Update on Female Sexual Function and Dysfunction in Old Age and Its Relevance to Old Age Psychiatry. *Aging Dis*. 2012;3(5):373-84.
53. Ghanbarzadeh N, Nadjafi-Semnani M, Ghanbarzadeh M-R, Nadjfai-Semnani A, Nadjfai-Semnani F. Female sexual dysfunction in Iran: study of prevalence and risk factors. *Arch Gynecol Obstet*. 2013;287(3):533-9.
54. Jamali S, Javadpour S. The Impact of Intimate Male Partner Violence on Women's Sexual Function: A Study in Iran. *J Clin Diagn Res JCDR*. 2016;10(12):QC29-33.
55. Lutfey KE, Link CL, Litman HJ, Rosen RC, McKinlay JB. An examination of the association of abuse (physical, sexual, or emotional) and female sexual dysfunction: results from the Boston Area Community Health Survey. *Fertil Steril*. 2008;90(4):957-64.

XII. ANEXOS
ANEXO N° 1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Años cumplidos desde el nacimiento.	Cronológica	Número de años cumplidos	1. 20-29 años 2. 30-30 años 3. 40-49 años 4. > 50 años
Estado civil	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Legal	Estado civil (Cédula)	1. Soltera 2. Casada 3. Viuda 4. Divorciada 5. Unión libre
Instrucción	Niveles de educación aprobados desde el primero de básica hasta el último año que cursó dentro de un sistema formal.	Social	Años cursados	1. Ninguno 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior
Etnia	Grupo social, comunidad de personas que comparten diversas características y rasgos.	Auto identificación	Como se identifica según su cultura y costumbres	1. Mestizo 2. Afro ecuatoriano 3. Blanco 4. Indígena 5. Mulato 6. Montubio 7. Otra
Residencia	Zona en la que habita una persona.	Geográfica	Registro de formulario	1. Urbana



				2. Rural
Ocupación	Trabajo empleo, oficio o actividad que una persona realiza la mayor parte de su tiempo.	Laboral	Formulario recolección	1. Trabaja 2. Estudia 3. Hogar 4. Ninguno
Religión	Auto identificación en una religión determinada por las usuarias del estudio.	Religiosa	Formulario de recolección	0. Católica 1. Evangélica 2. Testigo de Jehová 3. Otros
Inicio de Vida Sexual Activa	Edad en la cual tuvo su primera actividad sexual, penetrante por vía vaginal.	Sexual	Formulario de recolección	Numérica
Número de compañeros sexuales	Número de personas con las que ha mantenido relaciones sexuales desde el inicio de su vida sexual.	Sexual	Formulario de recolección	Numérica
Relación de pareja Insatisfechas	Percepción negativa en cuanto a sus relaciones de pareja referida por la usuaria con respecto a su relación actual.	Social	Formulario de recolección	1. Sí 2. No
Menopausia	Es el momento de la última menstruación seguido por doce meses de amenorrea	Biológica	Formulario de recolección	1. Sí 2. No
Nivel socioeconómico	Nivel socioeconómico de la familia de la puérpera participante en el estudio determinado	Socioeconómico	Test Graffar-Mendez Castellanos	4. De 4 a 6 = alto 5. De 7 a 9 = medio alto 6. De 10 a 12 = medio bajo



	mediante la escala de Graffar.			7. 13 a 16 bajo 8. 17 a 20 marginal
Violencia de Pareja	Comportamiento de la pareja que causa daño físico, sexual o psicológico, social, patrimonial o de género por medio de la agresión física, la coacción sexual, el maltrato psicológico y las conductas de control.	Social	Test de Violencia de Pareja VIFJ4	1. Leve \leq 35 puntos 2. Moderada (36 a 67 puntos) 3. Grave \geq 68 puntos.
Disfunción sexual	Deterioro persistente de los patrones normales de interés y respuesta sexuales.	Sexual	Test función Sexual Femenina	1. Disfunción sexual= 26.55 o menos 2. No disfunción sexual = mayor de 26.55



ANEXO Nº 2. FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIARA Y COMUNITARIA

Código del formulario: _____

Nombres: _____

Teléfono: _____

SECCIÓN A: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Edad en años: _____

Estado civil	1. Soltera 2. Casada 3. Viuda 4. Divorciada 5. Unión libre	Instrucción	1. Ninguno 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior
---------------------	--	--------------------	---

Etnia	1. Mestiza 2. Afro ecuatoriana 3. Blanca 4. Indígena 5. Mulata 6. Montubia 7. Otra	Residencia	1. Urbana 2. Rural
		Ocupación	1. Trabaja 2. Estudia 3. Hogar 4. Ninguna

Religión:

- 1. Católica
- 2. Evangélica

- 3. Testigo de Jehová
- 4. Otros

SECCIÓN B: INFORMACIÓN ACTIVIDAD SEXUAL Y RELACIONES DE PAREJA

¿A qué edad usted inició su vida sexual? _____

¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido hasta la actualidad? _____

¿Usted ha tenido alguna experiencia sexual traumática desde que inició su actividad sexual?

- 1. Sí
- 2. No

¿Considera usted que las relaciones sentimentales que tiene con su pareja actualmente son satisfactorias?

- 3. Sí
- 4. No

¿Usted hace cuánto tiempo aproximadamente ha dejado de menstruar? (si aplica)

SECCIÓN C: CUESTIONARIO DE NIVEL SOCIOECONÓMICO

	Ítems	Puntos
2.1. Profesión del jefe 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	Enseñanza Universitaria o su equivalente	<input type="checkbox"/> (1)

instrucción de la madre	Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media	<input type="checkbox"/> (2)
	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior	<input type="checkbox"/> 3)
	Enseñanza primaria, o analfabeta (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	<input type="checkbox"/> (3)
	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en condiciones sanitaria	<input type="checkbox"/> (4)
	Rancho vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas.	<input type="checkbox"/> (5)

Interpretación (esta sección será llenada por la investigadora).

Por favor continúe con la sección D del formulario

1. De 4 a 6 = alto 2. De 7 a 9 = medio alto

3. De 10 a 12 = medio bajo. 4. 13 a 16 bajo 5. 17 a 20 marginal

SECCIÓN D: CUESTIONARIO DE VIOLENCIA DE PAREJA

	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas Veces	Casi siempre
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 sin el permiso de él?					
¿Su pareja se pone celosa 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?					
¿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?					

Interpretación (esta sección será llenada por la investigadora del estudio).

Por favor continúe con la sección F del formulario

1. Leve \leq 35 puntos
2. Moderada (36 a 67 puntos)
3. Grave \geq 68 puntos.

SECCIÓN F: CUESTIORIO DE FUNCIÓN SEXUAL

Cuestionario:

1- En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia experimentó deseo o interés sexual?

1. Casi siempre o siempre
2. Muchas veces (más de la mitad de las veces)
3. Algunas veces (la mitad de las veces)
4. Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
5. Casi nunca o nunca

2- En las últimas 4 semanas, ¿en qué porcentaje estima su nivel (grado) de deseo o interés sexual?

1. Muy alto
2. Alto
3. Regular

4. Bajo
5. Muy bajo o nada

3- En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia experimentó excitación sexual durante la actividad o relación sexual?

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

4- En las últimas 4 semanas, ¿en qué porcentaje estima su nivel de excitación sexual durante la actividad o relación sexual?

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

5- En 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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

0. Sin actividad sexual
1. Muy satisfecha
2. Moderadamente satisfecha

3. Igualmente satisfecha e insatisfecha
4. Moderadamente insatisfecha
5. Muy insatisfecha

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

0. Sin actividad sexual
1. Muy satisfecha
2. Moderadamente satisfecha
3. Igualmente satisfecha e insatisfecha
4. Moderadamente insatisfecha
5. Muy insatisfecha

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

1. Muy satisfecha
2. Moderadamente satisfecha
3. Igualmente satisfecha e insatisfecha
4. Moderadamente insatisfecha
5. Muy insatisfecha

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

1. Muy satisfecha
2. Moderadamente satisfecha
3. Igualmente satisfecha e insatisfecha
4. Moderadamente insatisfecha
5. Muy insatisfecha

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

0. Sin actividad sexual

1. Casi siempre o siempre
2. Muchas veces (más de la mitad de las veces)
3. Algunas veces (la mitad de las veces)
4. Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
5. Casi nunca o nunca

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

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

19- En las últimas 4 semanas, ¿con qué porcentaje usted valora sus molestias o dolor durante o después de la penetración vaginal?

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

Esta sección será llenada por la investigadora

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

¡Muchas gracias por su colaboración!!!!

Fecha ____/____/____ Nombre del entrevistador_____



ANEXO N.3. CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y
COMUNITARIA**

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 “PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA EL CENTRO DE SALUD TIPO C LA TRONCAL. 2018” debido usted es usuaria de este Centro.

INTRODUCCIÓN: la disfunción sexual es una afectación que depende múltiples factores de riesgo como son: los sociodemográficos, la edad y la violencia de pareja, pero se encuentra en la mayoría de las ocasiones está oculta por un fuerte componente patriarcal social y cultural que las mujeres experimentan día a día.

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 el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca tendrán acceso.
- 2) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.
- 3) La Comisión de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuanto 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 número



0984205935 que pertenece a Marlene Palaguachi, o envíe un correo electrónico a maleppp@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: _____	Firma: _____
Código: _____	Fecha: _____
Firma del investigador: _____	