



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Ciencias Médicas

Centro de Posgrado

Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria

**DISFUNCION SEXUAL FEMENINA Y FACTORES
ASOCIADOS DESDE LA PERSPECTIVA FAMILIAR,
CHIQUINTAD, 2020.**

Trabajo de titulación previo
a la obtención del título de
**Especialista en Medicina
Familiar y Comunitaria.**

Autora:

Elizabeth Margoth Chunchi Guachichulca

Ci: 0104073614

Correo electrónico: liscap414@gmail.com

Director:

Dra. Blanca Luzmila Moscoso Pineda

Ci: 0103519005

Cuenca – Ecuador

15-febrero-2022



RESUMEN

Antecedentes: la disfunción sexual femenina es un problema de salud pública, que afecta al individuo y a la familia, es un problema poco estudiado, de causa multifactorial, provoca un deterioro progresivo de la relación de pareja. Una evaluación oportuna, en un determinado tiempo ayudará a evitar y superar la crisis de la relación y generará los procesos necesarios para fortalecer la estructura y funcionalidad familiar.

Objetivos: establecer la prevalencia de disfunción sexual en mujeres en unión estable y factores asociados desde la perspectiva familiar en la parroquia Chiquintad, 2020.

Métodos: se desarrolló un estudio analítico, transversal, con una muestra de 370 participantes, mujeres en unión estable en la parroquia Chiquintad. Las participantes fueron evaluadas mediante los cuestionarios, escala de comunicación autopercebida en la relación de pareja, el cuestionario de función sexual para mujeres y el cuestionario de funcionalidad familiar, previamente validado que incluyeron las variables demográficas y factores asociados. Esta información fue procesada a través del programa estadístico SPSS 20, la comprobación de la hipótesis se analizó a través del RP con su IC 95% y valor de $p < 0,05$.

Resultados: se identificó que la prevalencia de disfunción sexual en mujeres casados o en unión estable fue del 46,2%; se estableció una asociación entre disfunción sexual femenina con: el estilo de comunicación negativa ($p=0,000$; $RP=1,79$); y con la disfunción familiar ($p=0,007$; $RP=1,35$) constituyendo ambos factores de riesgo.

Conclusiones: Se pudo establecer una asociación estadísticamente significativa entre los factores: estilo de comunicación, tiempo de relación menor a 10 años; disfunción familiar.

Palabras clave: Comunicación. Disfunción sexual fisiológica. Familia.



ABSTRACT

Background: female sexual dysfunction is a public health problem that affects the individual and the family, it is a poorly studied problem, of multifactorial cause, it causes a progressive deterioration of the couple relationship. A timely evaluation, in a certain time, will help to avoid and overcome the relationship crisis and will generate the necessary processes to strengthen the family structure and functionality.

Objectives: to establish the prevalence of sexual dysfunction in women in a stable union and associated factors from the family perspective in the Chiquintad parish, 2020.

Methods: an analytical, cross-sectional study was developed with a sample of 370 participants, women in stable union in the Chiquintad parish. The participants were evaluated using the questionnaires, the self-perceived communication scale in the relationship, the sexual function questionnaire for women and the previously validated family functionality questionnaire that included demographic variables and associated factors. This information was processed through the statistical program SPSS 20, the verification of the hypothesis was analyzed through the PR with its 95% CI and p value <0.05.

Results: it was identified that the prevalence of sexual dysfunction in married women or in a stable union was 46.2%; an association was established between female sexual dysfunction with: negative communication style ($p = 0.000$; PR = 1.79); and with family dysfunction ($p = 0.007$; PR = 1.35) constituting both risk factors.

Conclusions: A statistically significant association could be established between the factors: communication style, relationship time less than 10 years; family dysfunction.

Key words: Communication. Physiological sexual dysfunction. Family.



ÍNDICE

RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
ÍNDICE.....	4
CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL	7
I. INTRODUCCIÓN.....	10
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
III. JUSTIFICACIÓN	12
IV. FUNDAMENTO TEÓRICO	14
4.1. SISTEMA FAMILIAR	14
4.2. SEXUALIDAD.....	14
4.4. DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA (DSF).....	15
4.6. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DISFUNCIÓN SEXUAL.....	16
4.6.1. Comunicación marital	17
4.6.2. Edad.....	17
4.6.3. Hijos.....	17
4.6.4. Funcionalidad familiar	18
4.6.5. Tiempo de relación.....	18
4.6.6. Enfermedades Crónicas.	18
4.6.7. Consumo de medicamentos.....	19
V. HIPOTESIS	20
VI. OBJETIVOS.....	20
VII. METODOLOGÍA.....	21
7.1. TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO GENERAL	21
7.2. ÁREA DE ESTUDIO	21
7.3. UNIVERSO Y MUESTRA.....	21
7.4. UNIDAD DE ANÁLISIS	21
VIII. RESULTADOS	26
8.1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN	26
8.2. ANÁLISIS DE RESULTADOS	29
IX. DISCUSIÓN.....	33
X. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	34
10.1. CONCLUSIONES.....	34



10.2. RECOMENDACIONES	35
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
XII. ANEXOS	45
ANEXO N° 1: MUESTRA POR SECTORES DE LA PARROQUIA CHIQUINTAD ...45	
ANEXO N° 2: OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES45	
ANEXO N°3: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS48	
ANEXO N° 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO	53
ANEXO 5. DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA Y FACTORES ASOCIADOS A LAS MUJERES DE LA PARROQUIA CHIQUINTAD, CUENCA 2021	55



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

MD. Elizabeth Margoth Chunchi Guachichulca en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA Y FACTORES ASOCIADOS DESDE LA PERSPECTIVA FAMILIAR CHIQUINTAD, 2020", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

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

Cuenca, 15 de febrero 2022.

MD. Elizabeth Margoth Chunchi Guachichulca

CI: 0104073614



Cláusula de Propiedad Intelectual

MD. Elizabeth Margoth Chunchi Guachichulca, autora del trabajo de titulación "DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA Y FACTORES ASOCIADOS DESDE LA PERSPECTIVA FAMILIAR CHIQUINTAD, 2020", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 15 de febrero 2022.

MD. Elizabeth Margoth Chunchi Guachichulca

CI: 0104073614



AGRADECIMIENTO

Agradezco al Ministerio de Salud que me permitió realizar mi trabajo de titulación, a la Universidad de Cuenca y a mis profesores que contribuyeron a mi formación académica, a mi directora de tesis Dra. Blanca Luzmila Moscoso Pineda quien me ha guiado para poder culminarlo, de igual forma agradezco a los doctores Jaime Morales y José Ortiz por el apoyo brindado. Finalmente, agradezco a las habitantes de la parroquia Chiquintad que participaron en mi estudio, por su colaboración y su aporte en esta investigación.



DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a mi madre y mis hermanos quienes me han brindado su apoyo incondicional, han compartido conmigo buenos y malos momentos, gracias a ellos he tenido la fuerza para seguir adelante y no desmayar ante las dificultades que se han presentado en el camino. A cada una de las personas que he conocido a lo largo de estos tres años, quienes me han enseñado grandes lecciones de vida siendo parte de este proceso de aprendizaje.



I. INTRODUCCIÓN

La sexualidad es un aspecto central del ser humano y abarca el sexo, la identidad, los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción (1); se la define, como un conjunto de condiciones físicas, anatómicas y psicológicas que se encuentran en constante cambio conforme avanza el desarrollando individual (2). La comprensión de los diferentes puntos y los problemas que se generan alrededor de este, constituyen un motivo de consulta de salud.

La disfunción sexual femenina (DSF) se trata de un trastorno en el cual hay cambio en el comportamiento sexual habitual (3), comúnmente se ve afectado el deseo, la excitación, el orgasmo, la lubricación o satisfacción sexual (4). Al evaluar la DSF se debe tener en cuenta los factores biológicos, psicosociales, médicos, inter e intrapersonales, siendo de difícil diagnóstico (5). La DSF afecta a mujeres de edad media, con principal repercusión en la calidad de vida (6). En nuestra sociedad cuesta mucho trabajo hablar de sexualidad en relación con su entorno individual y familiar; inicialmente los diálogos sobre sexualidad deberían empezar con entrevistas abiertas, obteniendo información sobre las creencias culturales y personales (7). En la actualidad se han validado distintos métodos diagnósticos como los presentados en esta investigación.

La disfunción sexual en mujeres ha sido estudiada de manera limitada, en base a estos antecedentes se realizó un estudio en la parroquia Chiquintad, del cantón Cuenca, provincia del Azuay, con una muestra de mujeres en unión estable, quienes fueron escogidas mediante método aleatorizado por sectores dentro de la parroquia. A las mujeres seleccionadas se les aplicó un cuestionario, previamente validado que contuvo las variables estudiadas. Los datos encontrados sirvieron para la obtención de datos iniciales sobre la problemática estudiada.



II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La sexualidad es parte fundamental del ser humano, que integra su bienestar individual y social, abarca tanto el sexo como la salud sexual, y se caracteriza por ser una construcción organizada y central del individuo (8); su forma de expresar y sentir la sexualidad humana ha ido adaptándose a lo largo de la historia según la evolución social y cultural (9). Dentro del marco legal es parte del desarrollo integral del ser humano durante las diferentes etapas de su vida (10), la salud sexual es un derecho humano básico, para asegurar su desarrollo se han establecidos derechos sexuales que deben ser reconocidos, promovidos, respetados y defendidos por todas las sociedades (9).

La alteración clínicamente significativa en la capacidad de respuesta sexual de una persona, se denomina, disfunción sexual (11). Esta patología llega a separar y a distanciar a las parejas, afectando los vínculos existentes con la familia, amistades e influyen en el desempeño laboral (12); cuando los problemas conyugales se presentan de manera permanente, la pareja inicia un proceso de deterioro lento pero continuo, en donde la comunicación deficiente incide negativamente (13), llegando a un periodo de disolución matrimonial (14).

La sexualidad requiere un enfoque positivo y respetuoso, libre de toda coacción, discriminación y violencia (15). En Hong Kong un estudio realizado en mujeres casadas de 21-49 años reporto que el 25,6% presentan disfunción sexual, (16). En Alemania se estimó en 40.9% en mujeres (17); en España, la prevalencia global de disfunciones sexuales es del 42% (18). En Quito la DSF fue de 85,4%, de acuerdo a los dominios afectados fueron excitación 67,8%, orgasmo 68,8%, satisfacción 31%, y lubricación 91,7% (19). En la provincia del Cañar, se encontró una prevalencia de 40,3% según un estudio realizado en una unidad de salud en la Troncal (20). La provincia del Azuay es la tercera provincia con mayor tasa de divorcios en el Ecuador, con un 22,05%, debido a factores multicausales (21). Cuenca, reporta una prevalencia de disfunción sexual femenina muy alta de 60.4% (12).

Son considerados factores de riesgo: instrucción primaria, edad entre 41 y 60



años (12). Un estudio realizado en EEUU demuestra que a mayor tiempo de relación existe una pendiente negativa de la satisfacción sexual (22), influenciado por el tiempo de relación y los hijos; las parejas que no tienen hijos se separan en un periodo de 5 años y las que tienen hijos en 7 años (23). El tiempo de matrimonio mayor de 10 años afecta negativamente a la pareja (24). La presencia de más de dos hijos se asocia positivamente con mayor disfunción sexual (25) Las mujeres con hijos tenían 40% menos probabilidades de reportar dolor físico durante las relaciones sexuales que las que no tenían hijos (16).

La pregunta de investigación se centró en identificar ¿Cuál es la prevalencia de disfunción sexual femenina (DSF) en la parroquia Chiquintad del cantón Cuenca, provincia del Azuay asociado a la edad, comunicación de pareja, el tiempo de matrimonio, la presencia o ausencia de hijos, funcionalidad familiar, enfermedades crónicas y el uso de medicación?, a través de estos datos se elaboraron informes iniciales sobre la problemática estudiada.

III. JUSTIFICACIÓN

La sexualidad fue estudiada mediante el modelo holístico basado en la teoría general de sistemas, propuesta por Ludwin von Bertalanffy para entender el ser biológico, psicológico, social y cultural (26). Solo el 21% de las mujeres con problemas sexuales persistentes lo comentan con su médico (11), siendo hoy en día una problemática frecuente a nivel mundial, donde la incidencia y prevalencia es difícil de establecer dada la variabilidad de resultados en los estudios realizados.

En los estudios realizados en el Ecuador la población estudiada es limitada y no nos permite obtener datos reales de la problemática, dificultando la intervención oportuna y adecuada. En la provincia del Azuay existen datos limitados sobre disfunción sexual femenina, a pesar de la importancia de esta condición dentro del vínculo familiar. En nuestra comunidad se estudió esta problemática teniendo en cuenta el lineamiento de investigación del MSP que prioriza la Salud Sexual y Reproductiva (SS y SR) como uno de los derechos que deberán ser garantizado por el estado con su abordaje multidimensional en atención primaria



con una visión orientada a la prevención, educación y promoción de salud considerando un enfoque moralista, biológico, afectivo, preventivo e integrador (20).

Por consiguiente, gracias a la preparación académica como profesionales en Medicina Familiar y Comunitaria y a través del desarrollo de esta investigación, surge la necesidad de indagar sobre esta problemática, las personas que participaron en este estudio no fueron beneficiados directamente pero los resultados obtenidos servirán como una herramienta de investigación para futuros proyectos en investigación guiando el desarrollo de temáticas importantes en la educación sexual dentro de la familiar. Una vez terminado el proyecto la información obtenida se entregará en físico y digital al MSP y GAD municipal para su difusión a la comunidad tanto en la unidad operativa Chiquintad del cantón Cuenca en la provincia del Azuay, como en la biblioteca de la parroquia.



IV. FUNDAMENTO TEÓRICO

4.1. SISTEMA FAMILIAR

El modelo sistémico nos permite observar cómo cada grupo familiar se inserta dentro de una red social más extensa, y desde ésta despliega su energía para alcanzar su propia autonomía, pero a la vez nos permite analizar cómo cada microsistema permite integrar la energía de los demás miembros del sistema (27). En nuestro caso, el microsistema de referencia es la familia y la pareja el subsistema de referencia. A la familia se define con un sistema autónomo y a la vez interdependiente, es decir, es un conjunto organizado e interrelacionado que se mantiene en interacción constante, regulado por reglas y funciones dinámicas entre sí correlacionado con el exterior (27).

La sexualidad, la comunicación, el poder, los vínculos emocionales, las expectativas de los roles son dimensiones relacionales básicas para analizar la pareja, cada una cuenta con sus propias reglas y sus propios límites (27). En las últimas décadas las relaciones de pareja han cambiado en torno a sus dimensiones, donde los roles han cambiado dentro y fuera del hogar, con una gran adaptación del sistema familiar.

4.2. SEXUALIDAD

Es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales; se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos. En los seres humanos, el comportamiento sexual está influenciado por entornos culturales que requieren una adaptación conductual dinámica, con una interacción multisistémica para garantizar tanto las características como las funciones más complejas propias de los humanos (20). A diferencia, la excitación sexual que se define tanto en términos subjetivos, es decir, sentirse sexualmente excitado (28). La salud sexual requiere una orientación objetiva y respetuosa de la sexualidad y las relaciones sexuales, que permitan mantener experiencias sexuales satisfactorias y seguras, sin violencia ni discriminación (11).



4.3. REGULACIÓN HORMONAL DEL COMPORTAMIENTO SEXUAL

El comportamiento sexual en la mujer está fuertemente regulado por las concentraciones circulantes de hormonas esteroides gonadales, incluidos los andrógenos (testosterona), los estrógenos (estradiol) y la progesterona (29).

4.3.1. Ciclo de respuesta sexual femenino

Una de las primeras propuestas del ciclo sexual femenino según Masters y Johnson, consisten en las fases secuenciales de excitación, meseta, orgasmo y resolución. Posteriormente, Kaplan integro el deseo, sin este la respuesta sexual no puede empezar (28). Durante la excitación, las glándulas de Bartholin ubicadas a ambos lados de la abertura vaginal producen mocos que junto con la secreción vaginal, lubrican el área para hacer que las relaciones sexuales sean más cómodas (28); en la meseta se produce un incremento de la tensión sexual con elevados niveles de vasocongestión y miotínia; el orgasmo es una descarga explosiva de tensión neuromuscular, involuntario y repentino, y se produce cuando la estimulación alcanza su máximo nivel; resolución, es la pérdida progresiva de la tensión sexual y la vuelta al estado previo a la fase de excitación (30).

4.4. DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA (DSF)

La disfunción sexual femenina afecta al 41% de las mujeres en edad reproductiva en todo el mundo, lo que la convierte en un problema médico de alta prevalencia, presenta una etiología biopsicosocial (17). El Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM5), define que las disfunciones sexuales *“son un grupo heterogéneo de trastornos que se caracterizan típicamente por una alteración clínicamente significativa en la capacidad de respuesta de una persona sexualmente o para experimentar placer sexual”*, por consiguiente la disfunción sexual femenina engloba cuatro trastornos distintos reconocidos por el DSM5, estos son: trastorno orgásmico femenino, trastorno del interés/excitación sexual femenino, trastorno de penetración/dolor genitopélvico y disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos (17)(31). Para establecer el diagnóstico de cualquiera



de estos trastornos, los síntomas deben estar (a) presentes al menos 6 meses, (b) causar angustia clínicamente significativa en el individuo [no solo en la (s) pareja (s) sexual (es) del individuo], y (c) no ser mejor explicado por otro tema, como la angustia en la relación u otros factores de estrés (11).

4.5. CLASIFICACIÓN DE TRASTORNOS SEXUALES

- **Trastornos del deseo.** - se refiere al bajo interés en la actividad sexual, o nulo interés por la misma, las fantasías sexuales son escasas, se observa una ausencia de interés por iniciar la relación sexual, ya que produce malestar personal o de pareja (32).
- **Trastorno de la excitación sexual.** - caracterizado por una incapacidad persistente o recurrente para obtener o mantener la respuesta de lubricación y tumefacción genital durante la excitación y hasta la terminación de la actividad sexual. De etiología orgánica en enfermedades que producen un estado de postración o significativo malestar general o dado por factores psicológicos relacionados a la condición mental de la mujer (depresión ansiedad, déficit en la autoestima antecedentes de experiencias traumáticas, o rutina, monotonía sexual entre otros) (32).
- **Trastorno orgásmico.**- la anorgasmia es la ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo tras una fase de excitación sexual normal, las causas a orgánicas representan el 5% de todas ellas (33) (34).
- **Trastorno del Dolor.** - presente en el 2% de las mujeres, de causa psicógena en el 99% de casos, se manifiesta por dispareunia (dolor genital persistente), presente en el 10- 15% o vaginismo (espasmo involuntario y recurrente del tercio externo de la vagina, que interfiere con la actividad sexual, provocando dolor y malestar interpersonal, provoca una respuesta anticipada al temor de la penetración) (7).

4.6. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DISFUNCIÓN SEXUAL

La disfunción sexual se asocia a factores biológicos, psicológicos, interpersonales y socioculturales interactúan entre sí en un sistema dinámico a lo largo del tiempo. Dentro de los factores biológicos, pueden incluir cambios



hormonales que afectan la libido o problemas médicos/anatómicos que afectan la respuesta sexual genital (35); los factores psicológicos, abarcan síntomas del estado de ánimo, como depresión o ansiedad, o comportamientos negativos como el autocontrol crítico durante la actividad sexual; los factores interpersonales, incluyen la satisfacción general en la relación de la mujer con su pareja, estrechamente relacionada con la satisfacción sexual general, así como con la calidad de la comunicación en la relación; en los factores socioculturales se deben considerar la menopausia y el envejecimiento, así como los valores religiosos, culturales y otros valores sociales relacionados con el sexo (36).

4.6.1. Comunicación marital

La comunicación de pareja es de suma importancia en la vida sexual pues según varios estudios encontraron que existe una alta correlación entre una comunicación sexual abierta y el ajuste marital, porque se pueden expresar sentimientos y emociones propias del cónyuge, así como lo que le disgusta de la interacción con su pareja y la avergüenza (37). La comunicación marital es la clave para el bienestar de una relación, permite un entendimiento mutuo y la posibilidad de llegar a acuerdos entre la pareja, una buena comunicación constituyen un factor de protector para desarrollar DSF (24).

4.6.2. Edad

En la mujer se puede observar un cambio en la función sexual sobre todo hacia la mediana edad y la transición a la menopausia. La sequedad vaginal juega un papel importante en este cambio durante la transición a la menopausia (11). La disfunción sexual se encuentra con más frecuencia en el estado peri y postmenopáusico; siendo entre el cincuenta por ciento de los casos registrados a la edad de 40 a 64 años, en donde se ha encontrado pérdida de placer sexual y dificultad para alcanzar el orgasmo, no obstante, estas patologías se pueden presentar en cualquier etapa de la vida de una mujer, con una prevalencia muy alta en países donde aún es un tabú hablar de satisfacción sexual femenina (25).

4.6.3. Hijos

La función sexual deteriorada puede tener efectos dañinos en la autoestima, la



sensación de plenitud y las relaciones interpersonales de las mujeres. A menudo es emocionalmente angustiante. Existen estudios que indican que la presencia de tres o más hijos se asocia a disfunción sexual femenina al existir un cambio en la dinámica familiar con mayor incremento de responsabilidades, demandas y tareas en el hogar para que los niños crezcan en un ambiente seguro, todo este peso recae en la mujer provocando un desequilibrio en el funcionamiento de la pareja (38).

4.6.4. Funcionalidad familiar

Diversas investigaciones señalan que las mujeres con una excelente relación familiar han presentado mayor cantidad de deseo, excitación y satisfacción sexual, (39), la presencia de una buena relación familiar influye positivamente en la función sexual de la mujer, en comparación con las mujeres que presentaron una disfunción sexual quienes refirieron una mala relación con su cónyuge, escaso afecto conyugal y calificando a su familia como conflictiva (40), ocasionando conflictos matrimoniales y la ruptura de la relación familiar siendo un factor de causa y efecto (41).

4.6.5. Tiempo de relación

En la investigación de Moral de la Rubia se menciona la frecuencia de las relaciones sexuales cae en un veinte y cinco por ciento en los primeros cuatro años de matrimonio afectando la satisfacción sexual de la mujer, con un declive muy rápido en los primeros años, con posterior estabilización por el aumento la confianza y comunicación en pareja (42). La tendencia a disminuir la satisfacción sexual con los años de matrimonio es confusa, existen mujeres quienes se quejan de insatisfacción con la edad en algunos casos, mientras que en otros casos mejora su vida sexual con los años de matrimonio (43).

4.6.6. Enfermedades Crónicas.

Las enfermedades crónicas influyen en aspectos tanto físicos, propios de la enfermedad y las terapias empleadas (diabetes, hipertensión arterial, cáncer, etc.), como psicológicos (personalidad, el estilo de afrontamiento, y la interpretación de estresores externos) pueden modular respuestas psicológicas



como la inmunidad, la inflamación, los procesos endocrinos y neurológicos (44), hay que tener en cuenta las diferencias individuales, ya que un mismo proceso físico puede ejercer efectos distintos sobre diferentes personas en función a su sexualidad. La asociación con DSF genera inseguridad, rechazo a la enfermedad y la baja autoestima, confundiendo los efectos de la salud con los del proceso del envejecimiento o psicológicos (45).

4.6.7. Consumo de medicamentos.

Los agentes farmacológicos tienen efectos sobre todas las fases de la respuesta sexual, la disfunción sexual es un efecto secundario común en las pacientes que usan medicamentos sobretodo antihipertensivos, psicotrópicos o los genitourinarios (46). La mayoría de los episodios de disfunción sexual inducida farmacológicamente, son reversibles y pueden ser aliviados con una reducción de la dosis del agente empleado o con su suspensión y sustitución por un medicamento igualmente eficaz con menor incidencia de efectos secundarios sexuales (46).



V. HIPOTESIS

Las mujeres en unión estable de la parroquia Chiquintad expuestas a mala comunicación en pareja, edad adultos medios, en una relación de más de diez años, con hijos menores, con familias disfuncionales, con enfermedades crónicas que consumen medicación tienen mayor prevalencia de disfunción sexual en comparación con parejas no expuestas a dichos factores.

VI. OBJETIVOS

6.1. OBJETIVO GENERAL

Establecer la prevalencia de disfunción sexual en mujeres en unión estable y factores asociados desde la perspectiva familiar en la parroquia Chiquintad, 2020.

6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar la población de estudio según las variables demográficas: edad, estado civil, nivel de instrucción, religión, residencia y ocupación.
- Identificar la prevalencia de disfunción sexual en mujeres en unión estable.
- Establecer la asociación entre los factores estilo de comunicación pareja, tiempo de relación, presencia de hijos, ciclo vital individual, ciclo vital familiar, funcionalidad familiar, patología crónica y uso de medicación con la disfunción sexual en mujeres en unión estable.



VII. METODOLOGÍA

7.1. TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO GENERAL

Es un estudio analítico transversal que permitió conocer la frecuencia de disfunción sexual femenina y factores asociados.

7.2. ÁREA DE ESTUDIO

El área de estudio fue la Parroquia Chiquintad perteneciente al cantón Cuenca, provincia del Azuay. Chiquintad es una parroquia rural; se encuentra ubicada a 12Km de la ciudad en dirección Noroeste, a 2730m sobre el nivel del mar; latitud 02° 50' 50'' (S) y longitud 078° 59' 02''(O). Comprende un área de aproximadamente 92,1Km², que ocupa 3% del territorio cantonal. Su población comprende aproximadamente 4826 habitantes según el Censo Nacional realizado en el año 2010.

7.3. UNIVERSO Y MUESTRA

El universo estuvo conformado por mujeres en unión estable de la parroquia Chiquintad. La muestra constó de mujeres en unión estable de la parroquia que mantienen relaciones sexuales.

Para el cálculo de tamaño de la muestra se realizará mediante la siguiente

formula:
$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{(N-1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

- Se usó como referencia un tamaño de población infinita.
- La frecuencia esperada de un 40,3% de disfunción sexual (20).
- Con un nivel de confianza del 5%
- Obteniendo un total de la muestra de 370 participantes, con muestra probabilística, al azar por conglomerados. (Anexo N°1 Sectores de la parroquia Chiquintad)

7.4. UNIDAD DE ANÁLISIS

Las unidades de análisis del estudio fueron las mujeres en unión estable de la parroquia Chiquintad de acuerdo a los criterios de inclusión.

7.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

7.5.1. Criterios de inclusión

- Mujeres en unión estable mayores de 18 años hasta 65 años pertenecientes a la Parroquia Chiquintad en el periodo estudiado.
- Participantes que hayan firmado el consentimiento informado.

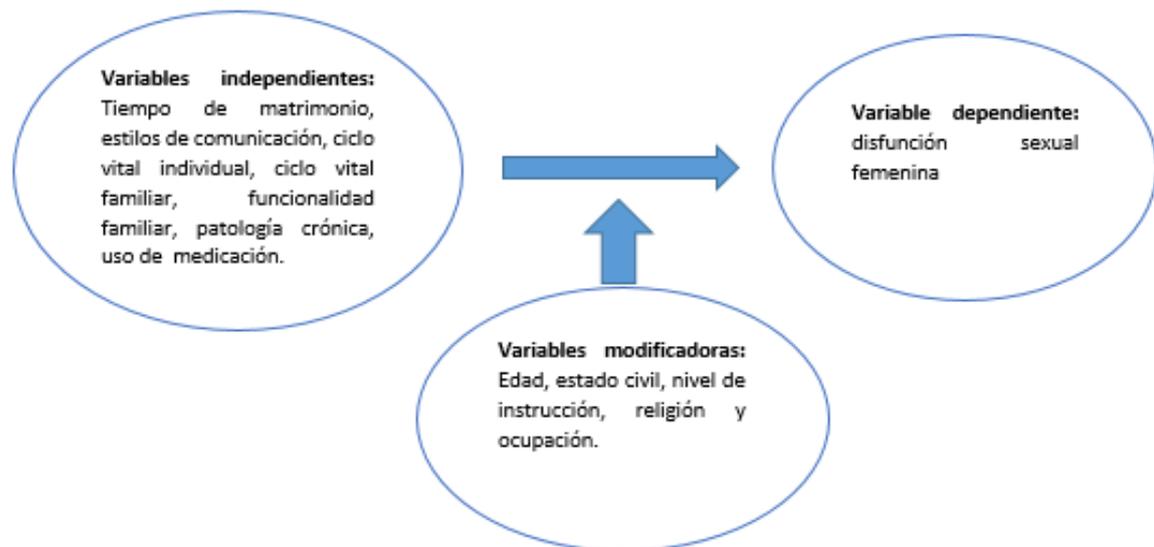
7.5.2. Criterios de exclusión

- Mujeres que presenten algún impedimento o discapacidad física o intelectual, que no le permita dar información impidiendo el llenado del formulario.

7.6. VARIABLES

7.6.1. MATRIZ DE VARIABLES:

Ilustración 1. Esquema de variables



Elaborado: MD. Elizabeth Margoth Chunchi G.

7.6.2. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES (Anexo 2)

7.7. MÉTODO, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

7.7.1. PROCEDIMIENTOS

7.7.1.1. AUTORIZACIÓN. Previo al desarrollo del estudio se solicitó la respectiva revisión y aprobación del protocolo por parte de la Comisión



Académica de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria y la Comisión de Bioética de la Universidad de Cuenca, posteriormente la autorización a la directora técnica del Centro de Salud de Chiquintad.

- 7.7.1.2. CAPACITACIÓN.** se realizó la revisión bibliográfica correspondiente. Se sociabilizaron los objetivos del estudio con los participantes, con un tiempo estimado de 15 minutos para la aplicación de la encuesta, dejando claro que la participación es voluntaria, junto con la correspondiente firma del consentimiento informado. Esta investigación se realizó en el área de consulta externa del centro de Salud de Chiquintad, se garantizó el anonimato y la confidencialidad de los datos.
- 7.7.1.3. SUPERVISIÓN.** Este trabajo de investigación se encontrará bajo dirección y supervisión de la Dra. Blanca Moscoso.

7.7.2. INSTRUMENTOS

Se elaboró una encuesta que constituyó el instrumento de investigación para la recolección de los datos con las variables de estudio (Anexo N°3). Formado por varias secciones: la primera sección recopiló información demográfica que incluyó, edad, nivel de instrucción, religión, ocupación y tiempo de matrimonio; en la segunda sección incluyo características familiares y biológicas. La tercera sección se aplicó el cuestionario Escala de comunicación autopercebida en la relación de pareja, para la cuarta sección, el Cuestionario de función sexual para mujeres y en la quinta sección, el Cuestionario de funcionalidad familiar, los mismos fueron previamente validados y se describen a continuación:

Escala de Comunicación Autopercebida en la Relación de Pareja (CARP): tiene la finalidad de identificar los estilos positivos y negativos que las personas con pareja usan para comunicarse. Contiene 8 preguntas con respuesta en escala tipo Likert de cuatro alternativas relacionadas con la comunicación dentro de la pareja (47).

Cuestionario Evaluador De La Función Sexual De La Mujer – FSM: Se trata de una escala que consta de 14 ítems, tras una pregunta llave. Esta



escala tiene un carácter multidimensional, siendo utilizado y extendido a nivel mundial con buenas propiedades psicométricas y validado al idioma español. Cada ítem del cuestionario puntúa entre 1 y 5. Las 6 primeras preguntas se refieren a trastornos de las distintas fases de la respuesta sexual. Las preguntas 7 y 8 evalúan aspectos relacionales de la actividad sexual. Las 9 y 10 evalúan satisfacción sexual. Las restantes solo describen aspectos de interés sobre la actividad sexual (20).

- **Funcionamiento familiar (FF-SIL):** mide el grado de funcionalidad familiar, tiene 14 ítems. Se puntúa con casi nunca (1), pocas veces (2), a veces (3), muchas veces (4), casi siempre (5). La funcionalidad familiar se puede clasificar en cuatro categorías: Funcional (70-57), Moderadamente funcional (56-43), Disfuncional (42-28), Severamente disfuncional (27-14).
- Se realizó una prueba piloto de los cuestionarios aplicados a mujeres en unión estable del Centro de Salud de Sinicay, 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 >0.7 .

7.7.3. PLAN DE TABULACION:

El procesamiento de los datos se realizó en el programa estadístico SPSS 20 (Statistical Product and Service Solutions) para facilitar el procedimiento de datos cuantitativos, tabulación frecuencia, porcentajes, cruce de variables y la elaboración de gráficos.

1. Para describir las características generales se realizó la estadística descriptiva. Para variables cuantitativas se calculará la media aritmética (\bar{x}), mediana, moda y la desviación estándar (DS). Para las variables cualitativas se calcularon frecuencias (N) y porcentajes (%). Se presentan los datos en forma de tablas.
2. Para calcular la prevalencia de disfunción sexual en mujeres en unión estable se calcularon frecuencias (N) y porcentajes (%).



3. Para establecer la asociación de disfunción sexual con los factores de riesgos determinados se realizó razón de prevalencia (RP) con su intervalo de confianza 95% (IC) y el valor de $p < 0,05$. Además, se realizó la regresión logística multivariada teniendo en cuenta relación variables independientes.

7.7.4. ASPECTOS ÉTICOS

Para realizar la recolección de la información se procedió a cumplir los siguientes pasos:

- Aprobación de la Comisión Académica de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria y la Comisión de Bioética de la Universidad de Cuenca.
- Se seleccionaron mediante un proceso aleatorizado estratificado de los barrios de la parroquia Chiquintad que participaron en el estudio para obtener la muestra necesaria.
- Se estableció un día a la semana para la realización de las encuestas por sector para completar la muestra asignada.
- Se siguieron las normas de bioseguridad para prevención de COVID 19.
- Explicación breve y concreta a los participantes sobre el motivo de este estudio, sus objetivos y la importancia de llenar el consentimiento informado.
- Se entregó a cada participante el consentimiento informado (Anexo 6), se estableció un tiempo para que puedan leer el consentimiento informado y resolver las dudas si existiesen. Una vez firmado el consentimiento informado, se procedió a aplicar el formulario validado.



VIII. RESULTADOS

8.1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

Tabla N°1.

Características sociodemográficas de las participantes de la Parroquia Chiquintad, Cuenca 2021.

Edad	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
18 a 19 años	5	1,4
20 a 34 años	166	44,9
35 a 49 años	166	44,9
50 a 64 años	33	8,9
Total	370	100
Estado civil		
Unión libre	155	41,9
Casada	215	58,1
Total	370	100
Residencia		
Chiquintad Centro	91	24,59
Tixan	62	16,75
San Andrés	53	14,32
Ochoa León	41	11,08
Bellavista	37	10
Santa Teresita	28	7,56
San José	28	7,56
San Antonio	24	6,48
Loma de Esperanza	6	1,62
Total	370	100
Nivel de instrucción		
Primaria	13	3,5
Secundaria	142	38,4
Técnico	76	20,5
Superior	137	37
Analfabeto	2	0,5
Total	370	100
Religión		
Católico	230	62,2
Evangélico	46	12,4
Testigo de Jehová	55	14,9
Sin religión	24	6,5
Otra religión	15	4,1
Total	370	100
Ocupación		
Empleado privado	106	28,6
Ama de casa	131	35,4
Empleada pública	94	25,4
Desempleada	39	10,5
Total	370	100

**Edad media de las participantes: 36,15 años (DS \pm 9,65).*

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Chunchi (2021).



Se pudo conocer que la media de edad de las participantes fue de 36,15 años (DS \pm 9,65). En relación al estado civil la mayoría son casadas con el 58,1 %; el 38,4% han terminado su instrucción secundaria, el 35,4 fueron amas de casa de religión católica 62,2%.

**Tabla 2.**

Características familiares y biológicas de las participantes de la Parroquia Chiquintad, Cuenca 2021.

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Ciclo Vital de la Familia		
En formación	33	8,9
Con hijos pequeños	102	26,7
Con hijos preescolares	63	17
Con hijos escolares	66	17,8
Con hijos adolescentes	22	5,9
En plataforma de lanzamiento	48	13
Nido Vacío	36	9,7
Total	370	100
Tiempo de matrimonio o unión estable		
De 1 a 5 años	68	18,4
Entre 6 a 10 años	120	32,4
Entre 11 a 15 años	83	22,4
Entre 16 a 20 años	54	14,6
Mas de 20 años	45	12,2
Total	370	100
Número de hijos		
Uno	41	11,1
Dos	176	47,6
Tres	103	27,8
Cuatro	15	4,1
Más de cuatro	2	0,5
Ninguno	33	8,9
Total	370	100
Edad del ultimo hijo		
Lactante menor de 2 años	81	21,9
Preescolar de 2 a 5 años	105	28,4
Escolar de 6 a 10 años	87	23,5
Adolescente de 11 a 19 años	22	5,9
Adulto más de 20	75	20,3
Total	370	100
Patología crónica		
Diabetes mellitus	46	12,4
hipertensión arterial	57	15,4
Enfermedad cardiaca	12	3,2
Hipotiroidismo	3	0,8
Ansiedad y depresión	66	17,8
Otras	98	26,5
No tiene	88	23,8
Total	370	100

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Chunchi (2021).

De acuerdo al ciclo de vida familiar en su mayoría son familias con hijos pequeños (26,7%), con un tiempo de matrimonio entre 6 -10 años (32,4). La mayoría de entrevistadas refirieron tener 2 hijos, con hijos entre 2 a 5 años; mientras que el 15,4% presentaron hipertensión arterial y el 23,8% no presento



enfermedades

8.2. ANÁLISIS DE RESULTADOS

8.2.1. Prevalencia de disfunción sexual femenina

Tabla N°3

Prevalencia de Disfunción Sexual Femenina de la parroquia Chiquintad, Cuenca 2021.

Disfunción Sexual Femenina	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Deseo		
Trastorno severo	10	2,7
Trastorno moderado	185	50,0
Sin trastorno	175	47,3
Total	370	100
Excitación		
Trastorno severo	10	2,7
Trastorno moderado	181	48,9
Sin trastorno	179	48,4
Total	370	100
Problemas con la penetración vaginal		
Trastorno severo	11	3,0
Trastorno moderado	189	51,1
Sin trastorno	170	45,9
Total	370	100
Lubricación		
Trastorno severo	44	11,9
Trastorno moderado	154	41,6
Sin trastorno	172	46,5
Total	370	100
Orgasmo		
Trastorno severo	44	11,9
Trastorno moderado	153	41,4
Sin trastorno	173	46,8
Total	370	100
Ansiedad anticipatoria		
Trastorno severo	94	25,4
Trastorno moderado	170	45,9
Sin trastorno	106	28,6
Total	370	100
Disfunción sexual		
Si	171	46,2
No	199	53,8
Total	370	100

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Chunchi (2021).

Se aplicó el cuestionario evaluador de la función sexual de la mujer – FSM, en el área deseo se conoció que el 50% presento un trastorno moderado, porcentaje similar en el área de excitación con 48,9%, en cuanto a la penetración vaginal el



51,1% también presenta un trastorno moderado; a diferencia del área de lubricación y orgasmo que no presentan trastorno con un 46,5% y 46,8% respectivamente, finalmente la ansiedad anticipatoria con el 45,9% presento un trastorno moderado.

Finalmente se pudo establecer que la prevalencia de disfunción sexual en las mujeres estudiadas fue del 46,2%.

**Tabla N°4**

Disfunción Sexual Femenina y factores asociados a las mujeres de la parroquia Chiquintad, Cuenca 2021.

		Disfunción sexual	Funcionalidad sexual	Valor de P	RP	IC (95%)
Estilo de comunicación	Negativa	n 136 % 36,76%	117 31,62%	0,000	1,79	1,33-2,42
	Positiva	n 35 % 9,46%	82 22,16%			
Tiempo de relación	Más de 10 años	n 67 % 18,11%	115 31,08%	0,000	0,66	0,52-0,83
	Menos de 10 años	n 104 % 28,11%	84 22,70%			
Presencia de hijos	Si	n 153 % 41,35%	184 49,73%	3,15	0,83	0,596-1,160
	No	n 18 % 4,86%	15 4,05%			
Ciclo vital individual	Más de 35 años	n 86 % 23,24%	113 30,54%	0,21	0,86	0,698-1,083
	Menos de 35 años	n 85 % 22,97%	86 23,24%			
Funcionalidad familiar	Disfuncionalidad	n 97 % 26,22%	85 22,97%	0,007	1,35	1,082-1,693
	Funcional	n 74 % 20,00%	114 30,81%			
Presencia de enfermedad crónica	Si	n 126 % 34,05%	156 42,16%	0,28	0,87	0,685 -1,113
	No	n 45 % 12,16%	43 11,62%			
Uso de medicamentos	Si	n 125 % 33,78%	156 42,16%	0,23	0,86	0,677- 1,094
	No	n 46 % 12,43%	43 11,62%			

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Chunchi (2021).



En relación a los factores familiares e individuales y la disfunción sexual femenina, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre disfunción sexual femenina con: el estilo de comunicación negativa ($p=0,000$; $RP=1,79$); y con la disfunción familiar ($p=0,007$; $RP=1,35$) constituyendo ambos factores de riesgo. No se encontró relación con los factores: tiempo de relación, presencia de hijos, ciclo de vida individual, ciclo de vida familiar, presencia de enfermedad crónica y uso de medicamentos.

En el análisis de regresión logística se encontró asociación entre disfunción sexual con estilos de comunicación negativa (OR: 3,28; IC: 1,98- 5,45) siendo un factor de riesgo; mientras que la funcionalidad familiar (OR: 0,001; IC: 1,32-3,24) y el tiempo de relación (OR: 0,001, IC: 0,20 – 0,66) son factores de protección (Anexo 5).



IX. DISCUSIÓN

La disfunción sexual femenina es un problema de salud que afecta el bienestar físico y mental, llegando inclusive a alterar el equilibrio familiar, laboral o social (48), al ser de origen multifactorial se debe tener en cuenta los factores biológicos, psicosociales, médicos e inter e intrapersonales (5). En la presente investigación se entrevistaron a mujeres en unión estable de la parroquia Chiquintad de la ciudad de Cuenca, las participantes tenían una edad media de 36,15 años, el 58% estaban casadas, mientras que el 31,5% tenían instrucción secundaria y el 35,4% fueron amas de casa; en cuanto a las características familiares, el 26,2% tenían hijos pequeños, el 35,1% mantenían un matrimonio entre 6 a 10 años y 47,6% tenían 2 hijos. Hallazgos similares fueron encontrados por Díaz et al (25) en donde la edad promedio fue de $40,5 \pm 9,2$ años, casadas (53,5%), con nivel secundaria (41,5%), amas de casa (17,8%); en la investigación de López et al (6), las participantes presentaron una edad de 34.6 ± 11 años. En discrepancia, Bustos et al (30) donde se analizaron mujeres casadas un 44%, que laboraban 41%, educación básica 52.1%. En la investigación de López et al (6), las participantes presentaron mayor nivel de instrucción (58%) superior.

En relación a la prevalencia de disfunción sexual femenina, se encontró una prevalencia de 46,2%; resultados similares se dieron en la investigación de Palaguachi (20), donde la prevalencia de disfunción sexual femenina fue de 40,3%. En el estudio de Miranda et al (35), realizado en Honduras se pudo conocer una prevalencia del 49%. Un metaanálisis realizado por McCool et al (17), se pudo conocer que la disfunción sexual femenina afecta al 41% de las mujeres en edad reproductiva en todo el mundo, lo que la convierte en un problema médico de alta prevalencia. En comparación con los estudios realizados en otros países, en donde se encontraron cifras menores de disfunción sexual femenina, en la investigación realizada en España por Pontillo et al (49) la disfunción sexual femenina fue 33,3%; mientras que en un estudio realizado en China por Zhang et al (50), se encontró una prevalencia de 29,7%.

Por otra parte en relación a los factores familiares y su relación con la disfunción



sexual, en la presente investigación se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el estilo de comunicación negativa con la disfunción familiar, estos resultados son comparables con los de Bustos (30) que determinó una asociación estadísticamente significativa entre disfunción sexual femenina y disfunción familiar ($P=0,0002$). En la investigación de Jafarpour et al (51), se pudo conocer que tener un matrimonio ≥ 10 años se asocia a la presentación de disfunción sexual (OR 1,76; IC95% 1,04-1,97) y en el estudio de Ibrahim et al (52), (OR 2,0; IC95% 1,2-4,3). A diferencia en nuestro estudio no se encontró relación estadística entre presencia de hijos ($p=3,15$; OR=0,83; IC=0,59-1,16); ciclo vital individual ($p=0,21$; OR=0,86; IC=0,69-1,08); presencia de enfermedades crónicas ($p=0,28$; OR=0,87; IC=0,68-1,11) o consumo de medicamentos ($p=0,23$; OR=0,86; IC=0,67-1,09). Mientras que, en la investigación de Díaz et al (25), en el análisis bivariado los factores de riesgo asociados fueron enfermedades metabólicas, tener hijos pequeños y más de 5 años de matrimonio.

X. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

10.1. CONCLUSIONES

- En relación a las variables sociodemográficas las participantes en su mayoría fueron adultas de edad media, más de la mitad estaban casadas, gran parte terminaron su instrucción secundaria; un porcentaje amplio refirió ser ama de casa y la religión predominante fue la católica.
- La prevalencia de disfunción sexual en mujeres casadas o en unión estable fue alta, casi la mitad de participantes la presentó.
- Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la disfunción sexual y los factores estilos de comunicación negativa y disfunción familiar.



10.2. RECOMENDACIONES

- Crear conciencia desde la atención primaria de salud sobre la importancia de detectar problemas en la salud sexual y reproductiva femenina en cada ciclo vital, ya que esta se relaciona con varios factores que influyen la vida familiar y personal de las mujeres, afectado su calidad de vida.
- Realizar estudios similares con diferentes tipos de población que incluyan mujeres en edad reproductiva que no presenten una relación estable; mujeres en etapa de posparto; en climaterio, con el fin de conocer la realidad de cada grupo por separado.
- Implementar talleres informativos sobre la disfunción sexual femenina, donde se abarquen definición, causas, sintomatología, tratamiento y prevención, con el fin de establecer un diagnóstico temprano y oportuno para disminuir su prevalencia.



XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Benavides Zúñiga A. Bioética en sexualidad y reproducción humana. Rev Perú Ginecol Obstet. [Internet]. 2017;63(4):565-72. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322017000400008.
2. Ripollés MSA. ¿Sexualidad en la diversidad o diversidad en la sexualidad? Nuevos retos para una nueva cultura sexual. J Fem Genid Women Stud. [Internet]. 2018;(7):27-36. Disponible en: <https://revistas.uam.es/revIUEM/article/view/10386>
3. Levin RJ, Both S, Georgiadis J, Kukkonen T, Park K, Yang CC. The Physiology of Female Sexual Function and the Pathophysiology of Female Sexual Dysfunction (Committee 13A). J Sex Med. [Internet]. 2016;13(5):733-59. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27114190/>.
4. McCabe MP, Sharlip ID, Atalla E, Balon R, Fisher AD, Laumann E, et al. Definitions of Sexual Dysfunctions in Women and Men: A Consensus Statement From the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. J Sex Med. [Internet]. 2016;13(2):135-43. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26953828/>.
5. Moyano N, Freire JCS. Descifrando las disfunciones sexuales femeninas en el dsm-5. Rev Argent Clínica Psicológica. [Internet]. 2015;24:277-86. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281946988009.pdf>.
6. López-Maguey RP, Cantellano-Orozco M, Staufert-Gutiérrez JR, Gómez-Sánchez J, Herrera-Muñoz JA, Preciado-Estrella DA, et al. Prevalencia de disfunción sexual femenina en un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México. Rev Mex Urol. [Internet]. 2018;78(3):169-75. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/uro/ur-2018/ur183b.pdf>



7. Spengler L, Dios E. Dispareunia y vaginismo, trastornos sexuales por dolor. Rev Cub de Medicina Militar. [Internet]. 2021; 49(3). Disponible en: <http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/450>
8. Crowell C, Mosley DV, Stevens-Watkins D. Studying Sex: A Content Analysis of Sexuality Research in Counseling Psychology. Couns Psychol. [Internet]. 2017;45(4):528-46. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28867823/>
9. Boluda RMZ, Izquierdo MIG. Salud sexual y reproductiva. Universidad Almería; 2016. 325 p. disponible en: <https://books.google.com.cu/books?id=zq2SCwAAQBAJ&printsec=copyright#v=onepage&q&f=false>
10. Ministerio de Salud Pública. Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 - 2021. Viceministerio de Gobernanza de la Salud Pública. Quito; [Internet]. 2017. 274. Disponible en: <https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SS%20Y%20SR%202017-2021.pdf>.
11. Thomas HN, Thurston RC. A biopsychosocial approach to women's sexual function and dysfunction at midlife: A narrative review. Maturitas. [Internet]. 2016; 87:49-60. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27013288/>.
12. Matute Ortega V, Arévalo Peláez C, Espinoza Peña A. Estudio transversal: Prevalencia de disfunción sexual femenina y factores asociados en pacientes del Hospital «José Carrasco Arteaga». Rev Médica Hosp José Carrasco Arteaga. [Internet]. 2016;8(1):19-24. Disponible en: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/5244/1/MEDGO47.pdf>



13. Bustos Solorio S de M, Girón Sicars GT, Obregon Velasco N, Pádroz Blázquez F. Estilos de comunicación y niveles de satisfacción en la pareja. [Internet]. 2016;19(4):11. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=72479#:~:text=Los%20resultados%20muestran%20que%20los,coincide%20con%20los%20estudios%20previos>.
14. Eguiluz Romo L de L. Las mujeres y el divorcio: una visión de género. [Internet]. 2016;1(1668-8600):5-15. Disponible en: Eguiluz Romo L de L. Las mujeres y el divorcio: una visión de género. [Internet]. 2016;1(1668-8600):5-15.
15. OMS. Salud sexual [Internet]. WHO. 2019 [citado 5 de mayo de 2019]. Disponible en: http://www.who.int/topics/sexual_health/es/
16. Zhang H, Fan S, Yip PSF. Sexual Dysfunction among Reproductive-Aged Chinese Married Women in Hong Kong: Prevalence, Risk Factors, and Associated Consequences. J Sex Med. [Internet]. 2015;12(3):738-45. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25470214/>
17. McCool ME, Zuelke A, Theurich MA, Knuettel H, Ricci C, Apfelbacher C. Prevalence of Female Sexual Dysfunction Among Premenopausal Women: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. Sex Med Rev. [Internet]. 2016;4(3):197-212. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27871953/>.
18. Rodríguez TR. Disfunción sexual eréctil: ¿apenas una dificultad de los órganos sexuales? [Internet]. 2017;4. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/554>
19. Collantes A, Mireya 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]. 2017 Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/10465>
20. Palaguachi Paguay MP, Tapia Cárdenas JP. Prevalencia y factores asociados a disfunción sexual femenina en el Centro de Salud Tipo c la Troncal. junio-noviembre. [Tesis]. 2019 Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/32180>
21. INEC. El numero de divorcios en Ecuador creció 119,1% en diez años. [Internet]. 2016; Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/el-numero-de-divorcios-en-ecuador-crecio-1191-en-diez-anos/>
22. Jones AC, Robinson WD, Seedall RB. The Role of Sexual Communication in Couples' Sexual Outcomes: A Dyadic Path Analysis. J Marital Fam Ther. [Internet]. 2018;44(4):606-23. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29044661/>
23. Potts M, Short R. Historia de la sexualidad: Desde Adán y Eva. Ediciones AKAL; [Internet]. 2001. 404 p. Disponible en: https://www.akal.com/libro/historia-de-la-sexualidad_33544/
24. Muñoz D Andrea Del Pilar, Camacho L Paul Anthony. Prevalencia y factores de riesgo de la disfunción sexual femenina: revisión sistemática. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. [Internet]. 2016. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000300002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000300002>.
25. Díaz-Vélez C, Samalvides-Cuba F, 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. [Internet]. 2017;82(4):386-95. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262017000400386
26. López Pérez A. Discapacidad, sexualidad y teoría queer. Ventana Rev Estud Género. [Internet] 2016;5(44):199-202. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362016000200199
27. Espinal I, Gimeno A, González F. El Enfoque Sistémico En Los Estudios Sobre La Familia. Universidad Autónoma St Domingo UASD Cent Cult Poveda. [Internet]. 2014;14. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5042892>
28. Calabro R, Cacciola A, Bruschetta D, Milardi D, Quattrini F, Sciarrone F, et al. Neuroanatomy and function of human sexual behavior: A neglected or unknown issue? [Internet]. 2019;45(22). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6908863/>
29. Jennings KJ, de Lecea L. Neural and Hormonal Control of Sexual Behavior. Endocrinology [Internet]. 2020;161(10). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7507403/>.
30. Bustos B. G, Pérez V R. Relación entre factores psicosociales y el Índice de Función Sexual Femenina en población rural de la comuna de Teno, Región del Maule. Perinatol Reprod Humana. [Internet]. 2018;32(1):9-18. Disponible en: <http://repositorio.udec.cl/handle/11594/2604>.
31. Calva EA, Alvarez GC. Disfunciones y trastornos sexuales en mujeres en climaterio: pacientes del instituto nacional de perinatología. Rev Colomb Cienc Soc. [Internet]. 2021 12;(2). Disponible en: <https://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/RCCS/article/view/3534>



32. Espitia De La Hoz Franklin José, Orozco-Gallego Hoover. Fisiopatología del trastorno del deseo sexual en el climaterio. Revista médica Risaralda [Internet]. 2018; 24(1): 58-60. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672018000100010&lng=en.
33. MDS. Trastorno del orgasmo - Salud femenina [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/SearchResults?query=disfuncion+sexual+femenina>
34. Hoz E-D la, José F. Dispositivo EROS en el manejo de la anorgasmia femenina: Estudio prospectivo de serie de casos en mujeres del Quindío. Univ Salud. [Internet]. 2019;38-47. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0124-71072019000100038&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
35. Miranda VM, Lara MVL. Disfunción sexual de la mujer en edad reproductiva. Rev Científica Esc Univ Las Cienc Salud. [Internet]. 2017;4(1):22-6. Disponible en: <https://www.camjol.info/index.php/RCEUCS/article/view/7065>
36. Britez TL, González CMR. Prevalencia de disfunción sexual en mujeres climatéricas de un hospital de Paraguay. Rev Electrónica Dr Zoilo E Mar Vidaurreta2021;42(5). Disponible en: <http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1163>
37. Sánchez-Bravo C, Carreño-Meléndez J, Martínez-Ramírez S, Gómez-López ME. Comunicación marital y estilo de comunicación en mujeres con disfunción sexual. Perinatol Reprod Humana. [Internet]. 2003;17(2):91-101. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi->



bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=21223.

38. Stephenson KR, Meston CM. Why is impaired sexual function distressing to women? The primacy of pleasure in female sexual dysfunction. *J Sex Med.* Marzo de 2015;12(3):728-37. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4352127/>.
39. Wolpe RE, Zomkowski K, Silva FP, Queiroz APA, Sperandio FF. Prevalence of female sexual dysfunction in Brazil: A systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* [Internet]. 2017;211:26-32. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28178575/>
40. Lou W-J, Chen B, Zhu L, Han S-M, Xu T, Lang J-H, et al. Prevalence and Factors Associated with Female Sexual Dysfunction in Beijing, China. *Chin Med J (Engl).* [Internet]. 2017;130(12):1389-94. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28584199/>
41. Jafarbegloo E, Bakouei S, Dadkhahtehrani T. Marital Satisfaction in Menopausal Women with and without Sexual Dysfunction. *J Midwifery Reprod Health.* [Internet]. 2017;5(4):1053-8. Disponible en: https://jmrh.mums.ac.ir/article_8898_fffdb7aad96b730bd083525082d940cf.pdf
42. Rubia JM de la. Frecuencia de relaciones sexuales y número de parejas concurrentes entre personas casadas o cohabitantes de Monterrey, Nuevo León, México. *Perspect Soc* [Internet].2019;21(1). Disponible en: <https://perspectivassociales.uanl.mx/index.php/pers/article/view/94>
43. Ivankovich MB, Leichter JS, Douglas JM. Measurement of Sexual Health in the U.S.: An Inventory of Nationally Representative Surveys and Surveillance Systems. *Public Health Rep.* [Internet]. 2013;128(Suppl 1):62-72. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23450886/>



44. Maiorino MI, Bellastella G, Giugliano D, Esposito K. From inflammation to sexual dysfunctions: a journey through diabetes, obesity, and metabolic syndrome. *J Endocrinol Invest*. [Internet]. 2018;41(11):1249-58. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29549630/>
45. Rahmanian E, Salari N, Mohammadi M, Jalali R. Evaluation of sexual dysfunction and female sexual dysfunction indicators in women with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabetol Metab Syndr*. [Internet]. 2019;11(1):73. Disponible en: <https://dmsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13098-019-0469-z>.
46. Krakowsky Y, Grober ED. A practical guide to female sexual dysfunction: An evidence-based review for physicians in Canada. *Can Urol Assoc J*. [Internet]. 2018;12(6):211-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29485038/>
47. Iglesias-García M-T, Urbano-Contreras A, Martínez-González R-A. Escala de Comunicación autopercebida en la relación de pareja (CARP). *An Psicol Ann Psychol*. 7 de abril de 2019;35(2):314-22.
48. Kingsberg SA, Althof S, Simon JA, Bradford A, Bitzer J, Carvalho J, et al. Female Sexual Dysfunction—Medical and Psychological Treatments, Committee 14. *J Sex Med*. [Internet]. 2017;14(12):1463-91. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29198504/>.
49. Portillo Sánchez S, Pérez Medina T, Royuela A. Disfunción sexual femenina: estudio de prevalencia en mujeres premenopáusicas. *Prog Obstet Ginecol Ed Impr*. [Internet]. 2017;320-7. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-165796>



50. Zhang C, Tong J, Zhu L, Zhang L, Xu T, Lang J, et al. A Population-Based Epidemiologic Study of Female Sexual Dysfunction Risk in Mainland China: Prevalence and Predictors. *J Sex Med.* [Internet]. 2017;14(11):1348-56. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29110805/>

51. Jaafarpour M, Khani A, Khajavikhan J, Suhrabi Z. Female sexual dysfunction: prevalence and risk factors. *J Clin Diagn Res JCDR.* [Internet]. 2013;7(12):2877-80. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24551663/>

52. Ibrahim ZM, Ahmed MR, Sayed Ahmed WA. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction among Egyptian women. *Arch Gynecol Obstet.* [Internet]. 2013;287(6):1173-80. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23274790/>.

**XII. ANEXOS****ANEXO N° 1: MUESTRA POR SECTORES DE LA PARROQUIA CHIQUINTAD**

PARROQUIA CHIQUINTAD			
Sectores	Población	%	Muestra
Chiquintad Centro	1188	24,62	91
Tixan	803	16,64	62
San Andrés	697	14,44	53
Ochoa León	529	10,96	41
Bellavista	487	10,09	37
Santa Teresita	369	7,65	28
San José	364	7,54	28
San Antonio	310	6,42	24
Loma de Esperanza	79	1,64	6
Total	4826	100	370

ANEXO N° 2: OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Etiqueta	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Tiempo comprendido desde el nacimiento hasta la fecha actual.	Tiempo	Años cumplidos	18 - 19 20-34 35-49 50-64 65 o más
Nivel de instrucción	Formación destinada a desarrollar la capacidad intelectual, moral y afectiva de las personas de acuerdo con la cultura y las normas de convivencia de la sociedad a la que pertenecen.	Años de estudio aprobados	Nivel de instrucción	Primaria Secundaria Técnico Superior Analfabeto
Religión	Se refiere al credo y a los conocimientos dogmáticos sobre una entidad divina. Implica un vínculo entre el hombre y Dios o los dioses.	Social	Tipo de religión	Católico Evangélica Testigos de jehová Sin religión Otra religión
Ocupación	Oficio o profesión de una persona, independiente del sector en el que puede estar empleada, o del tipo de estudio que	Actividad Productiva	Tipo de actividad que refiere los participantes.	Empleado Desempleado Independiente Ama de casa Estudiante



	hubiese recibido de acuerdo al INEC y Senplades.			Otro
Estado civil	Situación de convivencia administrativamente reconocida de las personas	Social	Estado civil que refiera la participante	Soltera Unión libre Casada
Residencia	Lugar o domicilio en el que se reside.	Social	Referida por el participante	Chiquintad centro Tixan San Andrés Ochoa León Bellavista Santa Teresita San José San Antonio Loma de la esperanza Otra
Ciclo vital familiar	Son etapas emocionales e intelectuales que un individuo atraviesa como miembro de una familia desde la infancia hasta los años de jubilación.	Familiar	Periodo en el que se encuentra la familia en	F. en formación F. con hijos pequeños F. con hijos preescolares F. con hijos escolares F. con hijos adolescentes F. en plataforma de lanzamiento Nido vacío
Tiempo de matrimonio	Periodo de tiempo en el cual se establece un vínculo conyugal entre personas naturales, reconocido y consolidado por normas legales, religiosas y morales.	Tiempo	Número de años	1-5 6-10 11-15 16-20 >20
Número de hijos	Número de hijos nacidos vivos, incluyendo los hijos que luego fallecieron.	Familiar	Número de hijos	Uno Dos Tres Cuatro Más de cuatro Ninguno
Edad de hijo menor	Tiempo comprendido desde el nacimiento hasta la fecha actual del último hijo de la pareja.	Familiar	Numero en años	Lactante < 2 años Preescolar 2-5 años Escolar 6-10 años Adolescente 11-19 años
Patología crónica	Son enfermedades de larga duración y de progresión lenta.	Biológico	Referida por el participante	Diabetes mellitus Hipertensión arterial Enfermedad cardiaca Hipotiroidismo Ansiedad y depresión Otras
Uso de medicamentos	Sustancia química que sirve para curar o prevenir una enfermedad, para reducir sus efectos sobre el organismo o para aliviar un dolor físico.	Biológico	Referida por el participante	Antidiabéticos Antihipertensivos Antidepresivos Hormonas Otros



Comunicación de pareja	Es un proceso dinámico que intercambia acciones, pensamientos y sentimientos, de modo que afianza los lazos de amor, confianza, satisfacción y calidad de la relación.	Psicológica	Puntaje de test Escala de Comunicación Autopercebida en la Relación de Pareja (CARP) Análisis factorial	Positivo Negativo
Disfunción sexual	Trastorno que se produce cuando hay un cambio significativo en el comportamiento sexual habitual de la mujer.	Sexualidad	Puntuación registrada por el participante en cuestionario de Función sexual de la mujer	Trastorno severo 1-3 Trastorno moderado 4-7 Sin trastorno 8-15
				Trastorno severo 1 Trastorno moderado 2 Sin trastorno 3-5
				Ausencia de iniciativa/comunicación 1 Moderada iniciativa/comunicación sexual 2 Sin problemas de iniciativa/comunicación 3-5
				Insatisfacción 1-2 Satisfacción moderada 3-5 Satisfactoria 6-10
				Insatisfacción sexual general 1 Satisfacción sexual general moderada 2 Satisfacción sexual general 3-5
Funcionalidad Familiar	Es considerado como la dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia.	Psicológica	Puntuación registrada por el participante en la Escala FF-SIL	Funcional 70-57 Moderadamente funcional 56-43 Disfuncional 42-28 Severamente disfuncional 27-14

**ANEXO N°3: FORMULARIO DE RECOLECCIO DE DATOS**

Título de la investigación: "Disfunción sexual femenina y factores asociados desde la perspectiva familiar Chiquintad, 2021".

Código: _____

Fecha: (día/mes/año) ____/____/____

Encuestador: _____

SECCIÓN 1 DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS

1.1 Fecha de nacimiento	Día	Mes	Año			
1.2 Nivel de instrucción	1.2.1 Primaria Completa			1.3 Ocupación	1.3.1 Empleado/a privado	
	1.2.2 Primaria Incompleta				1.3.2 Empleado/a publico	
	1.2.3 Secundaria Completa				1.3.3 Comerciante	
	1.2.4 Secundaria Incompleta				1.3.4 Ama de casa	
	1.2.5 Técnico				1.3.5 Desempleado/a	
	1.2.6 Superior					
	1.2.7 Analfabeto					
1.4 Religión	1.4.1 Católico			1.5 Estado civil	1.5.1 Soltera	
	1.4.2 Evangélico				1.5.2 Unión libre	
	1.4.3. Testigo de Jehová				1.5.3 Casada	
	1.4.4 Sin religión					
	1.4.5 Otra religión					
1.6 Residencia	1.6.1 Chiquintad Centro			1.6.6 Santa Teresita		
	1.6.2 Tixan			1.6.7 San José		
	1.6.3 San Andrés			1.6.8 San Antonio		
	1.6.4 Ochoa León			1.6.9 Loma de Esperanza		
	1.6.5 Bellavista			1.6.10 Otra		

SECCIÓN 2: CARACTERISTICAS FAMILIARES Y BIOLÓGICAS

2.1 Ciclo Vital de la Familia	2.1.1 En formación		2.2 Tiempo de matrimonio o unión estable	2.1.1 De 1-5 años	
	2.1.2 Con hijos pequeños			2.1.2 Entre 6-10 años	
	2.1.3 Con hijos preescolares			2.1.3 Entre 11-15 años	
	2.1.4 Con hijos escolares			2.1.4 Entre 16-20 años	
	2.1.5 Con hijos adolescentes			2.1.5 Más de 20 años	
	2.1.6 En plataforma de lanzamiento				
	2.1.7 Nido vacío				
2.3 Número de hijos	2.3.1 Uno (1)		2.4 Edad del ultimo hijo	2.4.1 Lactante ≤ 2 años	
	2.3.2 Dos (2)			2.4.2 Preescolar 2-5 años	
	2.3.3 Tres (3)			2.4.3 Escolar 6-10 años	
	2.3.4 Cuatro (4) o más			2.4.4 Adolescente 11-19 años	
	2.3.5 Más de cuatro			2.4.5 Adulto ≥ 20	
	2.3.6 Ninguno				
2.5 Patología crónica	Diabetes mellitus		2.6 Consumo de medicamentos	Antidiabéticos	
	Hipertensión arterial			Antihipertensivos	
	Enfermedad cardíaca			Antidepresivos	
	Hipotiroidismo			Hormonas	
	Ansiedad y depresión			Sedantes	
	Otras			Otros	

**SECCIÓN 3: ESCALA DE COMUNICACIÓN AUTOPERCIBIDA EN LA RELACIÓN DE PAREJA (CARP)****3.1. CUANDO ME COMUNICO CON MI PAREJA YO SOY**

	Totalmente de acuerdo 4	De acuerdo 3	En desacuerdo 2	Totalmente en desacuerdo 1
3.1.1 Suelo expresar a mi pareja mi opinión y mis deseos				
3.1.2 Cuando tengo un problema con mi pareja lo hablo con él/ella				
3.1.3 Siento que puedo hablar con mi pareja de cualquier tema				
3.1.4 Cuando algo me molesta de mi pareja se lo digo respetando su punto de vista				
3.1.5 He llegado a insultar a mi pareja en una discusión				
3.1.6 Cuando discutimos suelo gritar a mi pareja				
3.1.7 Suelo comunicar a mi pareja las cosas negativas que veo en ella antes que la positivas				
3.1.8 Tengo poca paciencia con mi pareja				

SECCIÓN 4: CUESTIONARIO EVALUADOR DE LA FUNCIÓN SEXUAL DE LA MUJER (FSM)

4.	¿HA TENIDO USTED ACTIVIDAD SEXUAL DURANTE LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS? Nota informativa: La actividad sexual puede ser en pareja o mediante estimulación sexual propia, incluyendo caricias, juegos, penetración, masturbación.	SI
		NO

Si la respuesta es "Si" complete el cuestionario de función sexual marcando, en cada pregunta, solo una casilla.

4.1	¿Ha tenido fantasías (pensamientos, imágenes....) Relacionadas con actividades sexuales?	4.1.1 Nunca	
		4.1.2 Raramente	
		4.1.3 A veces	
		4.1.4 A menudo	
		4.1.5 Casi siempre - Siempre	
4.2	¿Ha tenido pensamientos o deseos de realizar algún tipo de actividad sexual?	4.2.1 Nunca	
		4.2.2 Raramente	
		4.2.3 A veces	
		4.2.4 A menudo	
		4.2.5 Casi siempre - Siempre	
4.3	¿Le ha resultado fácil excitarse sexualmente?	4.3.1 Nunca	
		4.3.2 Raramente	
		4.3.3 A veces	
		4.3.4 A menudo	
		4.3.5 Casi siempre - Siempre	
4.4	Durante la actividad sexual, cuando le han (o se ha) tocado o acariciado ¿ha sentido excitación sexual?, por ejemplo sensación de "ponerse en marcha", deseo de "avanzar más" en la actividad sexual.	4.4.1 Nunca	
		4.4.2 Raramente	
		4.4.3 A veces	
		4.4.4 A menudo	
		4.4.5 Casi siempre - Siempre	
4.5	Cuando se sintió excitada sexualmente ¿notó humedad y/o lubricación vaginal?	4.5.1 Nunca	
		4.5.2 Raramente	
		4.5.3 A veces	
		4.5.4 A menudo	



		4.5.5 Casi siempre - Siempre	
4.6	Durante su actividad sexual, cuando le han (o se ha) tocado o acariciado en vagina y/o zona genital ¿ha sentido dolor?	4.6.1 Casi siempre - Siempre	
		4.6.2 A menudo	
		4.6.3 A veces	
		4.6.4 Raramente	
		4.6.5 Nunca	
4.7a	Durante su actividad sexual, la penetración vaginal (del pene, dedo, objeto...) ¿podía realizarse con facilidad? Instrucciones: no debe de contestar a esta pregunta si no ha habido penetración vaginal en las últimas 4 semanas. En su lugar responda la pregunta 8b	4.7 a1 Nunca	
		4.7 a2 Raramente	
		4.7 a3 veces	
		4.7 a4 A menudo	
		4.7 a5 Casi siempre – Siempre	
4.7b	¿Indique por qué motivo no ha habido penetración vaginal durante las últimas 4 semanas? Instrucciones: complete esta pregunta solo si NO contestó a la anterior.	4.7 b1 Por sentir dolor	
		4.7 b2 Por miedo a la penetración	
		4.7 b3 Por falta de interés para la penetración vaginal	
		4.7 b4 No tener pareja sexual	
		4.7 b5 Incapacidad para la penetración por parte de la pareja	
4.8	Ante la idea o posibilidad de tener actividad sexual ¿ha sentido miedo, inquietud, ansiedad...?	4.8.1 Casi siempre - Siempre	
		4.8.2 A menudo	
		4.8.3 A veces	
		4.8.4 Raramente	
		4.8.5 Nunca	
4.9	¿Ha alcanzado el orgasmo cuando ha mantenido actividad sexual, con o sin penetración?	4.9.1 Nunca	
		4.9.2 Raramente	
		4.9.3 A veces	
		4.9.4 A menudo	
		4.9.5 Casi siempre - Siempre	
4.10	¿Cuántas veces ha sido usted quien ha dado los pasos iniciales para provocar un encuentro sexual con otra persona?	4.10.1 Nunca	
		4.10.2 Raramente	
		4.10.3 A veces	
		4.10.4 A menudo	
		4.10.5 Casi siempre - Siempre	
4.11	¿Se ha sentido confiada para comunicar a su pareja lo que le gusta o desagrada en sus encuentros sexuales?	4.11.1 Nunca	
		4.11.2 Raramente	
		4.11.3 A veces	
		4.11.4 A menudo	
		4.11.5 Casi siempre - Siempre	
4.12	¿Cuántas veces ha tenido actividad sexual?	4.12.1 De 1-2 veces	
		4.12.2 De 3 a 4 veces	
		4.12.3 De 5 a 8 veces	
		4.12.4 De 9 a 12 veces	
		4.12.5 Más de 12 veces	
4.13	¿Disfrutó cuando realizó actividad sexual?	4.13.1 Nunca	
		4.13.2 Raramente	
		4.13.3 A veces	
		4.13.4 A menudo	
		4.13.4 Casi siempre – Siempre	
4.14	En general, en relación a su vida sexual durante las últimas 4 semanas, ¿se ha sentido satisfecha?	4.14.1 Muy insatisfecha	
		4.14.2 Bastante insatisfecha	
		4.14.3 Ni satisfecha ni insatisfecha	
		4.14.4 Bastante satisfecha	
		4.14.5 Muy satisfecha	



Dominios evaluadores de actividad sexual e ítems	Puntuación e Interpretación	Calificación	DS	
			Si	No
1. Deseo (1,2,4)	Trastorno severo 1-3 Trastorno moderado 4-7 Sin trastorno 8-15			
2. Excitación (3,4,5)				
3. Problemas con la penetración vaginal (6, 7ª, 8)				
4. Lubricación (5)	Trastorno severo 1 Trastorno moderado 2 Sin trastorno 3-5			
5. Orgasmo (9)				
6. Ansiedad anticipatoria (8)				
7. Iniciativa sexual (10)	Ausencia de iniciativa/comunicación 1 Moderada iniciativa/comunicación sexual 2 Sin problemas de iniciativa/comunicación 3-5			
8. Grado de comunicación sexual (11)				
9. Satisfacción de la actividad sexual (9,13)	Insatisfacción 1-2 Satisfacción moderada 3-5 Satisfactoria 6-10			
10. Satisfacción sexual general (14)	Insatisfacción sexual general 1 Satisfacción sexual general moderada 2 Satisfacción sexual general 3-5			

SECCIÓN N° 5: FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

		casi nunca		pocas veces		a veces		muchas veces		casi siempre	
5.1	¿Se toman decisiones para cosas importantes de la familia?	5.1.1		5.1.2		5.1.3		5.1.4		5.1.5	
5.2	¿En mi casa predomina la armonía?	5.2.1		5.2.2		5.2.3		5.2.4		5.2.5	
5.3	¿En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades?	5.3.1		5.3.2		5.3.3		5.3.4		5.3.5	
5.4	¿Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida diaria?	5.4.1		5.4.2		5.4.3		5.4.4		5.4.5	
5.5	¿Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa?	5.5.1		5.5.2		5.5.3		5.5.4		5.5.5	
5.6	¿Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos?	5.6.1		5.6.2		5.6.3		5.6.4		5.6.5	
5.7	¿Tomamos en cuenta las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles?	5.7.1		5.7.2		5.7.3		5.7.4		5.7.5	
5.8	Cuando alguien de la familia tiene un problema, ¿los demás le ayudan?	5.8.1		5.8.2		5.8.3		5.8.4		5.8.5	
5.9	¿Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté	5.9.1		5.9.2		5.9.3		5.9.4		5.9.5	



	sobrecargado?									
5.10	¿Las costumbres familiares pueden cambiarse ante determinadas situaciones?	5.10 .1		5.10 .2		5.10 .3		5.10 .4		5.10 .5
5.11	¿Podemos conversar diversos temas sin temor?	5.11 .1		5.11 .2		5.11 .3		5.11 .4		5.11 .5
5.12	¿Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda de otras personas?	5.12 .1		5.12 .2		5.12 .3		5.12 .4		5.12 .5
5.13	¿Los intereses y necesidades de cada cual, son respetados por el núcleo familiar?	5.13 .1		5.12 .2		5.12 .3		5.12 .4		5.12 .5
5.14	¿Nos demostramos el cariño que nos tenemos?	5.14 .1		5.14 .2		5.14 .3		5.14 .4		5.14 .5

	Puntuación	Calificación	Funcionalidad Familiar	
			SI	NO
Severamente disfuncional	14-27			
Disfuncional	28-42			
Moderadamente funcional	43-56			
Funcional	57-70			

Fecha que se realizó la encuesta (día/mes/año): __/__/__

**ANEXO N° 4: CONSENTIMIENTO INFOMADO****UNIVERSIDAD DE CUENCA**
COMITÉ DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL ÁREA DE LA SALUD**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Título de la investigación: “Disfunción sexual femenina y factores asociados desde la perspectiva familiar Chiquintad, 2020”.

Datos del equipo de investigación:

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador Principal	Elizabeth Margoth Chunchi Guachichulca	0104073614	Universidad de Cuenca Facultad de Ciencias Medicas Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria

¿De qué se trata este documento?

Usted está invitado(a) a participar en la investigación titulada “Disfunción sexual femenina y factores asociados desde la perspectiva familiar Chiquintad, 2020”. En este documento llamado "consentimiento informado" se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación. También se explica los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información en este Consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir. Si es necesario, lleve a la casa y lea este documento con sus familiares u otras personas que son de su confianza.

Introducción

La presente investigación está orientado a mujeres casadas o en unión estable en distinto ciclo de vida familiar. En quienes se determinará la existencia de disfunción sexual y su asociación a diversos factores que suelen provocar una mala relación familiar, pero con la obtención de estos datos iniciales se podrá realizar una evaluación oportuna que ayudará a evitar y superar la crisis de la relación y se generarán estrategias de intervención en salud sexual necesarios para fortalecer la estructura y funcionalidad familiar.

Objetivo del estudio

Los objetivos de la presente investigación son determinar la prevalencia de disfunción sexual femenina en mujeres en unión estable de la parroquia Chiquintad asociado a factores como edad, estilos de comunicación, tiempo de relación, hijos, ciclo de vida individual, ciclo de vida familiar, función familiar, patología crónica y uso de medicación.

Descripción de los procedimientos

Si usted está de acuerdo en participar en la investigación, le pediremos que conteste los cuestionarios que incluye tres secciones, en la primera y segunda sección estarán datos generales y de la familia, en la tercera sección se establecerá el estilo de comunicación de la pareja, en la cuarta y quinta sección se evaluará la función sexual femenina y la funcionalidad familiar. La duración del cuestionario no llevará más de 15 minutos.

Riesgos y beneficios

Al participar en esta investigación el riesgo de perder la confidencialidad de datos es mínimo ya que la encuesta será anónima y codificada para salvaguardar su integridad, además si alguna pregunta de la encuesta le incomoda, Ud. puede negarse a responder o dar por terminada la encuesta en cualquier momento.

Los participantes en esta investigación no recibirán beneficio alguno, pero gracias a su colaboración se generarán resultados iniciales que valorarán la magnitud de la problemática y las medidas necesarias para su posterior intervención.

Otras opciones si no participa en el estudio

Podrán acceder al plan de intervención sugerido posterior a la evaluación de los resultados obtenidos del presente estudio.

Derechos de los participantes (debe leerse todos los derechos a los participantes)



Usted tiene derecho a:

- 1) Recibir la información del estudio de forma clara;
- 2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;
- 3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;
- 4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;
- 5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;
- 6) Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario;

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono **0980701083** que pertenece a ***Elizabeth Margoth Chunchi Guachichulca*** o envíe un correo electrónico a ***liscap414@gmail.com***

Consentimiento informado

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

_____	_____	_____
Nombres completos del/a participante	Firma del/a participante	Fecha
_____	_____	_____
Elizabeth Margoth Chunchi Guachichulca		
Nombres completos del/a investigador/a	Firma del/a investigador/a	Fecha



ANEXO 5. DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA Y FACTORES ASOCIADOS A LAS MUJERES DE LA PARROQUIA CHIQUINTAD, CUENCA 2021.

	Variables en la ecuación					95% C.I. para EXP(B)		
	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	Inferior	Superior
Estilo de comunicación	1,191	,258	21,291	1	,000	3,289	1,983	5,453
Tiempo de relación	-,988	,297	11,066	1	,001	,372	,208	,666
Presencia de hijos	-,280	,421	,444	1	,505	,756	,331	1,724
Ciclo vital individual	,502	,298	2,846	1	,092	1,652	,922	2,961
Funcionalidad familiar	,729	,229	10,160	1	,001	2,073	1,324	3,245
Patología crónica	20,245	40193,049	,000	1	1,000	6198538 98,692	,000	.
Consumo de medicamentos	- 20,511	40193,049	,000	1	1,000	,000	,000	.
Constante	,237	,210	1,277	1	,259	1,268		

Fuente: Base de datos

Elaboración: Autora

Con el enfoque bivariado se construyó un modelo de regresión logística dónde se puede apreciar que el estilo de comunicación (OR: 3,28; IC: 1,98- 5,45) presentan asociación con la disfunción sexual en las mujeres estudiadas a la vez es un factor de riesgo para ello; mientras que el tiempo de relación (OR: 0,001, IC: 0,20 – 0,66) y la funcionalidad familiar (OR: 0,001; IC: 1,32-3,24) presenta asociación estadística y constituyen un factor protector.