

# Disfunciones sexuales femeninas en la comunidad de Sayausí, Cuenca 2019

Female sexual dysfunctions in the community of Sayausí, Cuenca 2019

Pinos Vélez Erika Aracely<sup>1</sup>, Picón Rodríguez Jennifer Pamela<sup>1</sup>, Tapia Cárdenas Jeanneth Patricia<sup>2</sup>

## RESUMEN

VOLUMEN 39 | N° 1 | SEPTIEMBRE 2021

FECHA DE RECEPCIÓN: 12/03/2021  
FECHA DE APROBACIÓN: 06/10/2021  
FECHA PUBLICACIÓN: 06/10/2021

- 1. Médica en libre ejercicio.  
Cuenca - Ecuador  
2. Universidad de Cuenca. Centro de Postgrado. Especialización en Ginecología y Obstetricia.  
Cuenca - Ecuador

Artículo original | Original Article

DOI: <https://doi.org/10.18537/RFCM.39.01.04>

Correspondencia:  
eapv0612@hotmail.com

Dirección:  
Yanaurco y Río Upano

Código Postal:  
010113

Celular:  
0987779206

Cuenca - Ecuador

**Objetivo:** determinar la prevalencia y factores asociados a la disfunción sexual femenina en la comunidad de Sayausí, periodo mayo-septiembre del 2019.

**Metodología:** estudio descriptivo y de corte transversal. Se aplicó una encuesta a 253 pacientes obtenidos por muestreo probabilístico que cumplieron los criterios de inclusión. El análisis se realizó mediante estadística descriptiva, utilizando el programa SPSS versión 20. La investigación fue aprobada por el Comité Institucional de Bioética de la Universidad Católica.

**Resultados:** la prevalencia de disfunción sexual femenina fue de 58.1%. En cuanto a la función sexual por dominios, la alteración del deseo se presentó en un 70% de los casos, seguido del dominio de excitación con 41.9% y el orgasmo con 37.2%.

**Conclusiones:** más de la mitad de las encuestadas tuvieron disfunción sexual según los puntajes del Índice de Función Sexual Femenina.

**Palabras clave:** sexualidad, relaciones sexuales, orgasm, disparesunia.

## ABSTRACT

**Objective:** to determine the prevalence and factors associated with female sexual dysfunction in the community of Sayausí, during the period May-September 2019.

**Methodology:** it is a descriptive and cross-sectional study. A survey by probabilistic sampling was applied to 253 patients who met the inclusion criteria. The analysis was carried out through descriptive statistics, using the SPSS version 20 program. The research was approved by the Institutional Committee of Bioethics of the Catholic University.

**Results:** the prevalence of female sexual dysfunction was 58.1%. Regarding sexual function by domains, the alteration of desire was presented in 70% of the cases, followed by the excitement domain with 41.9% and orgasm with 37.2%.

**Conclusions:** more than half of the respondents had sexual dysfunction according to the scores of the Female Sexual Function Index.

**Key words:** sexuality, unsafe sex, orgasm, dyspareunia.

## INTRODUCCIÓN

La sexualidad femenina es sin duda un referente de la calidad de vida, pues en un sentido estrictamente pragmático es parte fundamental de su salud, cuyo correcto funcionamiento va en armonía con el completo bienestar físico, psicológico y social; además, la sexualidad femenina posee una mayor plasticidad erótica que la masculina, ya que debe soportar una fuerte presión en estándares de belleza y atractivo sexual<sup>1,2</sup>.

Las disfunciones sexuales femeninas (DSF), son un problema latente a través de los tiempos, cuya génesis y consecuencias han tenido poca o nula atención<sup>3,4</sup>, no obstante, hoy en día estas patologías son consideradas como trastornos de orden heterogéneo<sup>5</sup> que repercuten en la capacidad que tiene una persona en su respuesta y satisfacción sexual, visualizándose alteraciones en cualquiera de sus etapas tales como: el deseo, la excitación y el orgasmo<sup>6</sup>.

La visión evidentemente positivista de la medicina en la práctica sanitaria, ha dificultado el abordaje adecuado de las DSF<sup>7,8</sup>, siendo apreciable la falta de iniciativa tanto del médico como del paciente, en abordar temas que impliquen campos sexuales, creando así un desconocimiento sobre el tema lo que conlleva a una dificultad en su prevención, diagnóstico y/o manejo terapéutico<sup>1,2</sup>.

Se define como disfunción sexual a la incapacidad o dificultad de participar en las relaciones sexuales tal como lo desea el individuo<sup>9</sup>. La DSF puede implicar efectos negativos sobre la salud y la calidad de vida de una mujer; reflejando una interrelación de eventos interpersonales, psicosociales y anímicos, los cuales a su vez son influenciados por factores psicológicos, genéticos, hormonales, anatómicos y endocrinos<sup>10,11</sup>.

El estudio de la respuesta sexual se inicia a partir del año 1950 con el autor Kinsey; posteriormente en la década de 1960, Masters y Johnson, estudiaron un ciclo de respuesta sexual en cuatro fases o etapas: excitación, meseta, orgasmo y resolución. En 1970, Kaplan lo modificó a un modelo con solo tres fases: deseo, excitación y orgasmo; no obstante, la importancia de estos dos modelos era que el orgasmo se considera esencial para el bienestar sexual. Por otro lado Basson, propuso un modelo del cual la satisfacción sexual

es el principal objetivo de la relación sexual<sup>12,13</sup>. Las fases que son fundamentales en la fisiología del acto sexual son:

**Excitación:** esta fase se caracteriza por la actividad que ejerce el sistema nervioso parasimpático, en la cual se aumenta la tensión muscular y la frecuencia cardíaca, a nivel de los órganos sexuales se producen: vasodilatación de arteriolas perivaginales, agrandamiento del clítoris, expansión del barril vaginal; y, por último, gracias al efecto de los estrógenos se concreta la lubricación vaginal, esta fase puede durar desde algunos minutos hasta algunas horas<sup>14,15</sup>.

**Meseta:** se caracteriza por ser el máximo nivel de excitación alcanzado y que se mantiene antes de llegar al orgasmo, a nivel de los órganos genitales se produce una expansión y congestión con sangre a nivel vaginal, que se define como una plataforma orgásmica<sup>13</sup>.

**Orgasmo:** durante la fase orgásmica se producen contracciones musculares involuntarias, de varios grupos musculares genitales; además, existe aumento de la frecuencia respiratoria, cardíaca y de la presión arterial, para culminar con una liberación de la tensión nerviosa y una experiencia placentera<sup>13-16</sup>.

**Resolución:** después de la fase orgásmica continúa la etapa de resolución, donde el cuerpo vuelve a un estado no excitado, con valores normales de la frecuencia cardíaca, respiración y presión arterial; muchas veces puede observarse el periodo refractario y puede experimentar múltiples orgasmos poco después del primero<sup>13-16</sup>.

La clasificación que se utiliza actualmente, abarca tres categorías que son: el trastorno del deseo sexual hipoactivo, de excitación femenina el cual se ha asociado a la categoría de trastorno por interés o excitación de la mujer, al igual que la dispareunia y el vaginismo en la categoría de dolor genitopélvico; por último, el trastorno orgásmico, el cual no ha presentado ningún cambio<sup>17,18</sup>.

## METODOLOGÍA

Estudio de tipo descriptivo, de cohorte transversal. La investigación se realizó en el Centro de Salud

Sayausí, perteneciente al Distrito 01D02 de la Zona de Salud 6 del Ecuador. La población estuvo constituida por mujeres que acudieron para atención en consulta externa de dicha institución durante el periodo mayo-septiembre del 2019.

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, participaron aquellas pacientes que acudieron para atención médica en la institución durante el periodo especificado, se incluyeron a mujeres con edades  $\geq 18$  años que reportaron actividad sexual durante las últimas 4 semanas, previas a la aplicación de la encuesta y que firmaron el consentimiento informado. El instrumento de recolección de datos incluyó variables sociodemográficas. Para la recolección de la información de nivel socioeconómico e Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) se aplicaron formularios validados. Los datos fueron procesados en el programa SPSS versión 20.

La Escala de Graffar-Mendez Castellanos, instrumento que categorizó a las pacientes en 5 niveles, referenciados según la puntuación obtenida de 4 parámetros como: la ocupación del jefe de la familia, la instrucción de la madre, la fuente de ingresos económicos y las condiciones de la vivienda; en base a lo cual, se determinó una escala de puntuación: de 4 a 6 alto nivel económico, 7 a 9 medio-alto, 10 a 12 medio-medio, 13 a 16 pobreza relativa y de 17 a 20 pobreza extrema<sup>19</sup>.

El Índice de Función Sexual Femenina (IFSF), es una escala multidimensional, con propiedades psicométricas, ampliamente aplicada y validada en español y útil para evaluar la función sexual femenina, contó con 19 preguntas que evaluaron 6 dominios a saber: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor; donde cada uno de los ítems de preguntas contenía 5 a 6 opciones de respuesta, con una escala de valoración de 0 a 5 puntos; una vez que se concluyó con el llenado del formulario el puntaje que correspondió a cada dominio se multiplicó por una constante, luego se realizó la sumatoria de todos los dominios, interpretándose en la puntuación general de manera que si el puntaje era inferior o igual a 26.55 o cuando si la puntuación de cada dominio fue menor a 3.66, se consideró criterio para disfunción sexual<sup>20</sup>.

## RESULTADOS

Tabla N°1

Caracterización sociodemográfica de 253 pacientes atendidas en el Centro de Salud Sayausí, año 2019

Variables	n	%
<b>Edad*</b>		
≤ 19 años	18	7.1
20 a 39 años	165	65.2
40 a 64 años	69	27.3
≥ 65 años	1	0.4
<b>Residencia</b>		
Urbana	135	53.4
Rural	118	46.6
<b>Estado civil</b>		
Soltera	84	33.2
Casada	75	29.6
Viuda	74	29.2
Divorciada	20	7.9
<b>Religión</b>		
Católica	215	85
Evangélica	12	4.7
Testigo de Jehová	3	1.2
Ninguna	19	7.5
Otras	4	1.6
<b>Ocupación</b>		
Trabaja	102	40.3
Estudia	90	35.6
Desempleados	61	24.1
<b>Instrucción</b>		
Ninguno	4	1.6
Primaria	52	20.6
Secundaria	123	48.6
Superior	74	29.2
<b>Nivel socioeconómico</b>		
Alto	14	5.5
Medio-alto	62	24.5
Medio-medio	87	34.4
Pobreza relativa	87	34.4
Pobreza extrema	3	1.2

\*Edad: media 32.8 años Desviación estándar ±10.83

Se encuestaron 253 pacientes, de las cuales, según características sociodemográficas, más de la mitad de ellas tuvieron rangos de edad de entre 20 a 39 años, eran residentes en áreas urbanas, de estado civil solteras, religión católica.

Alrededor de la mitad de encuestadas trabajaba y refirió tener instrucción secundaria y en cuanto al nivel socioeconómico en su mayoría fueron clasificadas en un nivel socioeconómico medio y bajo (Tabla N°1).

**Tabla N°2**

Distribución según características obstétricas e historia sexual de 253 pacientes atendidas en el Centro de Salud Sayausí, año 2019

Variables	$\bar{x}^*$	DS**
Edad inicio de vida sexual	19	3
Gestas	2	1
Partos	2	1
Compañeros sexuales	2	1

\* $\bar{x}$ : promedio \*\*DS: desviación estándar

La media de edad del inicio de vida sexual fue de 19 años con una desviación estándar (DS) de  $\pm 3$ , con una media de compañeros sexuales de 2 y una DS de  $\pm 1$ ; por su parte la media de gestas y partos fue de 2 con una desviación estándar de  $\pm 1$  (Tabla N°2).

**Tabla N°3**

Puntaje de índice de función sexual femenina de 253 pacientes atendidas en el Centro de Salud de Sayausí, año 2019

	Deseo		Excita- ción		Lubrica- ción		Orgasmo		Satis- facción		Dolor		Total	
	$\bar{x}$	DS	$\bar{x}$	DS	$\bar{x}$	DS	$\bar{x}$	DS	$\bar{x}$	DS	$\bar{x}$	DS	$\bar{x}$	DS
<b>Edad</b>														
$\leq 19$ años	3.9	$\pm 1.2$	4.4	$\pm 1.1$	4.8	$\pm 1.2$	4.7	$\pm 1.0$	4.4	$\pm 1.4$	5.0	$\pm 1.0$	27.25	$\pm 5.52$
20 a 39	3.4	$\pm 1.2$	4.0	$\pm 1.2$	4.5	$\pm 1.1$	4.4	$\pm 1.1$	4.6	$\pm 1.3$	4.7	$\pm 1.4$	25.62	$\pm 5.59$
40 a 64	3.3	$\pm 1.1$	3.8	$\pm 1.2$	4.4	$\pm 1.1$	4.2	$\pm 1.1$	4.3	$\pm 1.3$	4.3	$\pm 1.4$	24.21	$\pm 5.60$
$\geq 65$ años*	3.6		3.0		3.0		3.6		4.0		2.8		20.00	
<b>Estado civil</b>														
Soltera	3.5	$\pm 1.1$	4.0	$\pm 1.1$	4.5	$\pm 1.1$	4.4	$\pm 1.1$	4.7	$\pm 1.1$	4.8	$\pm 1.3$	26.10	$\pm 5.14$
Casada	3.4	$\pm 1.2$	4.0	$\pm 1.3$	4.4	$\pm 1.2$	4.2	$\pm 1.2$	4.3	$\pm 1.3$	4.3	$\pm 1.4$	24.51	$\pm 6.21$
Viuda	3.5	$\pm 1.3$	4.0	$\pm 1.2$	4.6	$\pm 1.1$	4.3	$\pm 1.2$	4.4	$\pm 1.4$	4.7	$\pm 1.4$	25.52	$\pm 5.60$
Divorciada	3.0	$\pm 1.4$	3.8	$\pm 1.3$	4.7	$\pm 1.1$	4.2	$\pm 0.9$	4.4	$\pm 1.4$	4.4	$\pm 0.9$	24.44	$\pm 5.24$
<b>Religión</b>														
Católica	3.5	$\pm 1.2$	4.0	$\pm 1.2$	4.5	$\pm 1.1$	4.3	$\pm 1.1$	4.5	$\pm 1.3$	4.6	$\pm 1.4$	25.34	$\pm 5.76$
Evangélica	3.4	$\pm 1.2$	4.4	$\pm 0.9$	5.1	$\pm 0.7$	4.8	$\pm 1.2$	4.4	$\pm 1.2$	4.0	$\pm 1.4$	26.08	$\pm 4.10$
Testigo de Jehová	2.0	$\pm 0.3$	2.5	0.2	3.8	$\pm 0.5$	2.9	$\pm 1.4$	3.2	$\pm 2.4$	4.8	$\pm 0.0$	19.23	$\pm 3.80$
Ninguna	3.6	$\pm 1.1$	4.3	$\pm 1.3$	4.6	$\pm 1.3$	4.4	$\pm 0.9$	4.7	$\pm 1.0$	4.9	$\pm 1.1$	26.55	$\pm 4.34$
Otras	2.4	$\pm 1.7$	2.6	$\pm 1.3$	4.3	$\pm 1.5$	3.7	$\pm 1.3$	3.5	$\pm 1.5$	4.8	$\pm 1.0$	21.23	$\pm 6.06$

#### Instrucción

Ninguno	4.5	$\pm 1.1$	4.2	$\pm 1.8$	4.5	$\pm 1.4$	3.9	$\pm 1.8$	5.0	$\pm 1.3$	6.0	$\pm 0.0$	28.10	$\pm 7.14$
Primaria	3.1	$\pm 1.1$	3.5	$\pm 1.2$	4.0	$\pm 1.1$	4.0	$\pm 1.2$	4.1	$\pm 1.3$	4.3	$\pm 1.5$	23.10	$\pm 5.72$
Secundaria	3.6	$\pm 1.2$	4.1	$\pm 1.1$	4.6	$\pm 1.1$	4.4	$\pm 1.1$	4.5	$\pm 1.3$	4.6	$\pm 1.3$	25.80	$\pm 5.33$
Superior	3.4	$\pm 1.3$	4.0	$\pm 1.2$	4.7	$\pm 1.1$	4.4	$\pm 1.2$	4.8	$\pm 1.2$	4.7	$\pm 1.4$	25.97	$\pm 5.67$

\*En la investigación sólo participó una paciente con edad mayor a 65 años

Según características sociodemográficas se puede observar en la tabla 3 que los puntajes más bajos en relación a la media del IFSF sugerentes a disfunción sexual femenina, fueron más relevantes en dominios del deseo, todos los grupos de las variables sociodemográficas, observándose una tendencia inferior en los rangos de edad de 20 a 39 años (media 3.4, DS  $\pm 1.2$ ), así como las mujeres divorciadas (media 3.0, DS  $\pm 1.4$ ), religión Testigo de Jehová (media 2.0, DS  $\pm 0.3$ ) e instrucción primaria (media 3.1, DS  $\pm 1.1$ ).

Las pacientes que refirieron ser testigos de Jehová repitieron la tendencia de alteración en el IFSF en los dominios de: excitación, orgasmo y satisfacción con medias iguales o inferiores a 3.2; de la misma forma personas que indicaron ser de otras religiones mostraron cifras similares (Tabla N°3).

Respecto a la puntuación final de la escala de IFSF, se consideró que los grupos que presentaron puntuación menor sugerente con disfunciones sexuales fueron: los grupos de edades entre 40 a 64 años (media 24.21, DS  $\pm 5.6$ ), las personas divorciadas (media 24.44, DS  $\pm 5.6$ ), las mujeres cuya religión era Testigo de Jehová (media 19.23, DS  $\pm 3.80$ ) y aquellas con un nivel de instrucción primaria (media 23.10, DS  $\pm 5.72$ ) (Tabla N°3).

**Tabla N°4**

Prevalencia de Disfunción Sexual Femenina en 253 pacientes atendidas en la comunidad de Sayausí, año 2019

	n	%	IC 95%
Sí	147	58.1	
No	106	41.9	51.82 – 64.38

En la Tabla N°4 se puede observar que la prevalencia de disfunción sexual femenina en la población de estudio fue de 58.1% con un intervalo de confianza de 51.82% al 64.38%.

**Tabla N°5**

Prevalencia de disfunción sexual en los dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción, dolor en 253 pacientes atendidas en la comunidad de Sayausí, año 2019

	n	%
<b>Dominio deseo</b>		
Función sexual alterada	177	70
Función sexual normal	76	30
<b>Dominio excitación</b>		
Función sexual alterada	106	41.9
Función sexual normal	147	58.1
<b>Dominio lubricación</b>		
Función sexual alterada	70	27.7
Función sexual normal	183	72.3
<b>Dominio orgasmo</b>		
Función sexual alterada	94	37.2
Función sexual normal	159	62.8
<b>Dominio satisfacción</b>		
Función sexual alterada	73	28.9
Función sexual normal	180	71.1
<b>Dominio dolor</b>		
Función sexual alterada	79	31.2
Función sexual normal	174	68.8

El 70% de mujeres encuestadas presentaron alteración de la función sexual en el dominio del deseo, el 41.9% en el de excitación y el 37.2% en el orgasmo. En menor frecuencia se alteraron los dominios de dolor, satisfacción y lubricación con el 31.2%, 28.9% y 27.7% respectivamente (Tabla N°5).

## DISCUSIÓN

La sexualidad es sin duda uno de los pilares fundamentales en el bienestar de la mujer y su calidad de vida, no obstante, a pesar de ello no es usual que una mujer consulte por manifestaciones, cambios y/o alteraciones afines a su sexualidad, sobre todo por las barreras culturales, mitos, temores, creencias religiosas, así como su bajo nivel de educación; además, de la falta de formación y capacitación de los profesionales de salud para detectar y abordar dichos trastornos, entre otros factores que contribuyen a que el tema de disfunciones sexuales sea un tema silencioso<sup>21</sup>.

En la investigación participaron 253 mujeres, en su mayoría con rangos de edad entre 20 a 39 años, instrucción secundaria, de nivel socioeconómico medio y bajo, residentes en áreas urbanas, de estado civil solteras y religión católica. El presente estudio reveló como resultado una prevalencia de 58.1%, sobre todo en mujeres con rangos de edad de 20 a 39 años, divorciadas, religión Testigo de Jehová e instrucción primaria, quienes pertenecen a esta religión, además presentan afecciones en dominios como: excitación, orgasmo y satisfacción.

Estas cifras son similares a las conclusiones de autores como: Shifren et al<sup>22</sup>, Choi y cols<sup>23</sup> y Bustos y Pérez<sup>24</sup>, quienes encontraron una prevalencia de disfunción sexual femenina de 43.1% y 46.1% y 41.6% respectivamente, al igual que Espitia<sup>1</sup> con un 46.96%. Prevalencias superiores las reportaron Carranza y Casillas<sup>25</sup>, quienes concluyeron una frecuencia del 62.1% de DSF en premenopáusicas y 62.5% en posmenopáusicas, al igual que Ma y cols<sup>26</sup>, con un 72.7% y Singh y cols<sup>27</sup> en un 73.2%. Otros autores tales como Zhang y cols<sup>20</sup>, obtuvieron resultados inferiores con un 29.7% y Mostafa y cols<sup>28</sup> en un 28%.

De acuerdo a las formas clínicas de disfunción sexual o dominios , en nuestro estudio el 70% de mujeres encuestadas presentaron alteración en el deseo sexual, al igual que nuestro estudio Shifren et al<sup>22</sup>, encontraron que el dominio que se alteró con mayor frecuencia fue el deseo sexual con 28.6%. Zhang y cols<sup>20</sup> con 21.6% (IC del 99% = 20.9–22.2). Ma y cols<sup>26</sup> evidenciaron que trastorno de deseo, se presentó en un 37.6%, de igual manera Wolpe y cols<sup>29</sup> concluyeron que dicha alteración osciló entre 11% y el 75%. Mientras Espitia<sup>1</sup>, indica que en su estudio se obtuvo un 75%.

En relación a los otros dominios correspondientes a la disfunción sexual, en el presente estudio, la presencia de alteración en la excitación sexual se encontró en el 41.9%, seguida de la alteración del orgasmo con el 37.2%, en menor frecuencia se alteraron los dominios de dolor, satisfacción y lubricación con el 31.2%, 28.9% y 27.7% respectivamente. Los resultados que encontramos en la literatura médica son muy variados, es así que Shifren et al<sup>22</sup>, encontró que el 21.5% (IC del 99% = 20.8–22.2) de pacientes tuvieron trastorno de excitación, el 18.9% (IC del 99% = 18.3–19.6) de la lubricación, 27.9% (99% CI = 27.2–28.7) del orgasmo y 14.1% (99% CI = 13.6–14.7) dolor sexual. Hayes y cols<sup>30</sup> mostraron un 64% de mujeres con alteración en la excitación, dificultad en el orgasmo en el 35% y dolor sexual en el 26%. Singh y cols<sup>27</sup> evidenciaron que el 96.6% presentaban alteraciones en la lubricación, 91.3% excitación; 86.6% en el trastorno del orgasmo, 77.2% en deseo y dolor sexual con 64.4%. Halle y cols<sup>31</sup> demostraron en su estudio que un total de 171 (42%) de 405 estudiantes sexualmente activos de la Universidad de Buea, África, presentaron: problemas de dolor sexual 46.9%, orgasmo 42%, deseo 29.1% y excitación 21.2%<sup>31</sup>. Koops y cols<sup>32</sup>, indicaron que en su estudio predominó la categoría del dolor sexual, con una frecuencia entre el 3% al 95.5%. Ma y cols<sup>26</sup>, concluyeron que 36.8% tuvo trastorno del orgasmo, 30.6% dolor sexual, 25.4% lubricación y de 23.6% en la excitación. Mostafa y cols<sup>28</sup>, encontró un 69.3% presentó dolor sexual, seguido de 53.3% el trastorno de lubricación y 52% de excitación. Wolpe y cols<sup>29</sup>, observaron que la excitación se alteró entre 8% y el 68.2%, alteración en dificultad para llegar al orgasmo de 18% y 55.4% y dispareunia de 1.2% a 56.1%. Bustos y Pérez<sup>24</sup>, analizaron dentro de sus categorías que el porcentaje fue de 63.3% en el trastorno del orgasmo, 37% del deseo, 12.1% de excitación, 13.4% de problemas de satisfacción sexual, 11.4% de dispareunia y 9.5% de lubricación.

## CONCLUSIÓN

La prevalencia de disfunción sexual femenina en las pacientes que acuden al Centro de Salud Sayausí, fue muy alta (58.1 %), de las pacientes que presentaron disfunción sexual, las características más frecuentes fueron el grupo de edad entre 20 a 39 años, estado civil divorciadas e instrucción primaria.

De acuerdo a las diferentes formas clínicas de la disfunción sexual femenina, el deseo fue en 70%, seguido de la excitación con un 41.9%, el orgasmo fue de 37.2%. En menor frecuencia se alteraron los dominios de dolor con un 32.2%, satisfacción con un 28.9% y finalmente la lubricación con el 27.7%.

## RECOMENDACIONES

Es necesario que el personal sanitario y las autoridades del Centro de Salud Sayausí, sea capacitado y sensibilizado, no solamente en temas sobre disfunción sexual, sino en todo lo referente al campo de la sexualidad, pues resulta trascendental poner en evidencia la importancia de la temática planteada por las repercusiones en la calidad de vida de las pacientes. Además, es importante la planificación e implementación de estrategias de prevención y/o intervención de disfunciones sexuales, enfocadas en impulsar programas que fomenten una educación e información eficaz y efectiva, que oriente a una participación activa de la pareja y de la sociedad en general.

## ASPECTOS BIOETICOS

El estudio fue aprobado por el Comité Institucional de Bioética en Investigaciones en seres humanos de la Universidad Católica de Cuenca, carrera de Medicina.

## INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

- Pinos Vélez Erika Aracely. Médica. Libre ejercicio. Cuenca-Azuay-Ecuador.  
**e-mail:** eapv0612@hotmail.com  
**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-0932-9991>
- Picón Rodríguez Jennifer Pamela. Médica. Libre ejercicio. Cuenca-Azuay-Ecuador.  
**e-mail:** jennifer2436@hotmail.com  
**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0003-4264-6208>
- Tapia Cárdenas Jeanneth Patricia. Médica. Especialista en Obstetricia y Ginecología. Magíster en Investigación de la Salud. Universidad Católica de Cuenca. Unidad Académica de Salud y Bienestar. Cuenca-Azuay-Ecuador.  
**e-mail:** janethtapiac@hotmail.com  
**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0003-3203-8225>

## CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Todas las autoras contribuyeron de manera similar en la elaboración del presente artículo.

## CONFLICTO DE INTERESES

Se declara no existencia de conflicto de intereses.

## FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Autofinanciado.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Espitia F. Evaluación de la prevalencia de disfunción sexual en mujeres médicos, del Eje Cafetero colombiano, en etapa de climaterio. Archmed. 2017;17(1):70-7. Disponible en: <http://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/1897>
2. Zuluaga J, Cruz J, Meneses M. Medicalización, promoción de la enfermedad y disfunción sexual femenina. RevCS. 2018;41-66. doi: 10.18046/recs.i24.2308
3. Chou D, Cottler S, Khosla R, Reed GM, Say L. Sexual health in the International Classification of Diseases: implications for measurement and beyond. Reproductive Health Matters. 2016;23(46):185-92.doi: 10.1016/j.rhm.2015.11.008
4. Guachamin M, Jacome I. 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 [Internet]. Universidad Central del Ecuador; 2017. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/11828>
5. Moyano N, Sierra J. Descifrando las disfunciones sexuales femeninas en el DSM-5.2016;24(2):11. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5556511>
6. Murillo FH, Salonginos OD. Vademecum Sexual: Farmacos y Disfuncion Sexual Actualizacion. 2017;3(4):33. Disponible en: [https://psicosomaticaypsiatria.com/wp-content/uploads/2017/06/psicosom\\_psiquiatr\\_201711\\_27-59.pdf](https://psicosomaticaypsiatria.com/wp-content/uploads/2017/06/psicosom_psiquiatr_201711_27-59.pdf)
7. 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. *Gaceta Sanitaria*. 2016;31(3):210-9. doi: 10.1016/j.gaceta.2016.05.010
8. Figueroa L, Duarte G, Sánchez MB, Ruyman P. Abordaje de la sexualidad en atención primaria: ¿qué valorar? *Revista Ene*. 2015;9(2):2-9.doi: 10.4321/S1988-348X2015000200006
9. Organization WH. Measuring sexual health: conceptual and practical considerations and related indicators. 2010;(1):15-25. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70434/who\\_rhr\\_10.12\\_eng.pdf;jsessionid=91AAA9A7E9E516A13ACF-52D897E8DE12?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70434/who_rhr_10.12_eng.pdf;jsessionid=91AAA9A7E9E516A13ACF-52D897E8DE12?sequence=1)
10. Farmer M, Yoon H, Goldstein I. Future Targets for Female Sexual Dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*. 2016;13(8):1147-65.doi: 10.1016/j.jsxm.2016.05.016
11. Kingsberg SA, Woodard T. Female Sexual Dysfunction: Focus on Low Desire. *Obstetrics & Gynecology*. 2015;125(2):477-86.doi: 10.1097/AOG.0000000000000620
12. Basson R. Human sex-response cycles. *J Sex Marital Ther*. 2012;27(1):33-43.doi: 10.1080/00926230152035831
13. Masters M, Johnson V. Human Sexual Response. *Health*. 2017;6(10):33. doi: 10.4236/health.2014.610118
14. Tsui KH, Wang PH, Chen CK, Chen YJ, Chiou SH, Sung YJ, et al. Non-classical estrogen receptors action on human dermal fibroblasts. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2017;50(4):474-8. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1028455911001720>
15. Wang PH, Chao HT, Chao KC. Chemotherapy-induced Gonadotoxicity. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2016;49(1):1-2.doi: 10.1016/S1028-4559(10)60001-0
16. Chen C-H, Lin Y-C, Chiu L-H, Chu Y-H, Ruan F-F, Liu W-M, et al. Female sexual dysfunction: Definition, classification, and debates. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2016;52(1):3-7.doi: 10.1016/j.tjog.2013.01.002
17. Alcántara Montero A, Sánchez Carnerero Cl. Disfunción sexual femenina: opciones de tratamiento farmacológico. *Semergen*. 2016;42(5):33-7.doi: 10.1016/j.semeng.2016.02.008
18. American Psychiatric Association, editor. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2014. 438 p. Disponible: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
19. Rodriguez A. Método de Estratificación Social Graffar Mendez. 2016;3(4):23.doi: 10.13140/2.1.4633.2964
20. 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. *The Journal of Sexual Medicine*. 2017;14(11):1348-56.doi: 10.1016/j.jsxm.2017.08.012
21. Monterrosa-Castro Á, Márquez-Vega J, Arteta-Acosta C. Disfunción sexual en mujeres climatéricas afrodescendientes del Caribe Colombiano. 2014;27(2):11. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-07932014000100004&script=sci\\_abstract&tlang=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-07932014000100004&script=sci_abstract&tlang=es)
22. Shifren JL, Monz B, Russo P, Segreti A, Johannes C. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol*. 2013;112(2):8908. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181898cdb
23. Choi H, Kim J-H, Park J-Y, Shim J-S, Lee J-G, Yoon H-Y, et al. Assessment of sexual dysfunction and determination of its risk factors in the Republic of Korea. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2015;125(1):60-4.doi: 10.1016/j.ijgo.2013.10.006
24. Bustos B.G, Pérez VR. Relación entre factores psicosociales y el Índice de Función Sexual Femenina en población rural de la comuna de Teno, Región del Maule. *Perinatología y Reproducción Humana*. 2018;32(1):9-18.doi: 10.1016/j.rprh.2018.03.014
25. Carranza-Lira S, Núñez F de DC. Sexual dysfunction prevalence in a group of pre- and postmenopausal Mexican women. pm. 2018;17(1):39-42.doi: 10.5114/pm.2018.74901

26. Ma J, Pan L, Lei Y, Zhang A, Kan Y. Prevalence of Female Sexual Dysfunction in Urban Chinese Women Based on Cutoff Scores of the Chinese Version of the Female Sexual Function Index: A Preliminary Study. *The Journal of Sexual Medicine*. 2015;11(4):909-19.doi: 10.1111/jsm.12451
27. Singh J, Tharyan P, Kekre N, Singh G, Gopalakrishnan G. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in women attending a medical clinic in south India. - *J Postgrad Med*. 2014;55(2):113-20.
28. Mostafa AM, Khamis Y, Helmy HK, Arafa AE, Abbas AM. Prevalence and patterns of female sexual dysfunction among overweight and obese premenopausal women in Upper Egypt; a cross sectional study. *Middle East Fertility Society Journal*. 2017;50(5):100-25. doi: 10.1016/j.mefs.2017.08.006
29. Wolpe RE, Zomkowski K, Silva FP, Queiroz APA, Sperandio FF. Prevalence of female sexual dysfunction in Brazil: A systematic review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2017;211(3):26-32.doi: 10.1016/j.ejogrb.2017.01.018
30. Hayes RD, Bennett CM, Fairley CK, Dennerstein L. What can Prevalence Studies Tell Us about Female Sexual Difficulty and Dysfunction? *The Journal of Sexual Medicine*. 2013;10(4):589-95.Disponible: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1743609515313564>
31. Halle Ekane GE, Timti LF, Tanue EA, Ekukole CM, Yenshu EV. Prevalence and Associated Factors of Female Sexual Dysfunction Among Sexually Active Students of the University of Buea. *Sexual Medicine*. 2019;9(5):10.doi: 10.1016/j.esxm.2021.100402
32. Koops TU, Briken P. Prevalence of Female Sexual Function Difficulties and Sexual Pain Assessed by the Female Sexual Function Index: A Systematic Review. *The Journal of Sexual Medicine*.2018;15(11):1591-9.doi: 10.1016/j.jsxm.2018.09.005