



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Violencia Intrafamiliar y Disfunción Sexual en las mujeres

**Trabajo de Titulación para optar al título de
Licenciada en Psicología Clínica**

Autor:

Gaglay Chariguaman, Jhuliana Lisbeth
Reyes Caizaluisa, Jeniffer Ivonne

Tutor:

Ps.Cl Eduardo Ramiro Torres Vizuete Mgs.

Riobamba, Ecuador. 2026

DECLARATORIA DE AUTORÍA

Nosotras Jhuliana Lisbeth Gaglay Chariguaman, con cédula de ciudadanía 0250058641 y Jeniffer Ivonne Reyes Caizaluisa, con cédula de ciudadanía 1753551520, autoras del trabajo de investigación titulado: Violencia Intrafamiliar y Disfunción Sexual en las mujeres, certificamos que la producción, ideas, opiniones, criterios, contenidos y conclusiones expuestas son de nuestra exclusiva responsabilidad.

Asimismo, cedemos a la Universidad Nacional de Chimborazo, en forma no exclusiva, los derechos para su uso, comunicación pública, distribución, divulgación y/o reproducción total o parcial, por medio físico o digital; en esta cesión se entiende que el cesionario no podrá obtener beneficios económicos. La posible reclamación de terceros respecto de los derechos de autor (a) de la obra referida, será de mi entera responsabilidad; librando a la Universidad Nacional de Chimborazo de posibles obligaciones.

En Riobamba, 29 de abril del 2026.

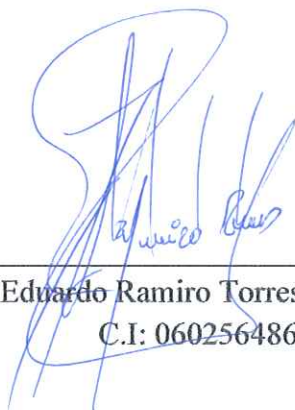
Jhuliana Lisbeth Gaglay Chariguaman
C.I: 0250058641

Jeniffer Ivonne Reyes Caizaluisa
C.I: 1753551520

DICTAMEN FAVORABLE DEL PROFESOR TUTOR

Quien suscribe, Eduardo Ramiro Torres Vizuete catedrático adscrito a la Facultad de Ciencias de la Salud, por medio del presente documento certifico haber asesorado y revisado el desarrollo del trabajo de investigación titulado: Violencia Intrafamiliar y Disfunción Sexual en las mujeres, bajo la autoría de Jhuliana Lisbeth Gaglay Chariguaman y Jeniffer Ivonne Reyes Caizaluisa, por lo que se autoriza ejecutar los trámites legales para su sustentación.

Es todo cuanto informar en honor a la verdad; en Riobamba, a los 29 del mes de abril de 2026.



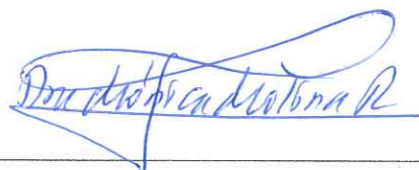
Pscí. Eduardo Ramiro Torres Vizuete. Mgs
C.I: 0602564866

CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL

Quienes suscribimos, catedráticos designados Miembros del Tribunal de Grado para la evaluación del trabajo de investigación Violencia intrafamiliar y Disfunción sexual en las mujeres, presentado por **Jhuliana Lisbeth Gaglay Chariguaman**, con cédula de identidad número **0250058641** y **Jeniffer Ivonne Reyes Caizaluisa**, con cédula de identidad número **1753551520** bajo la tutoría de **Mg. Eduardo Ramiro Torres Vizuete**; certificamos que recomendamos la APROBACIÓN de este con fines de titulación. Previamente se ha evaluado el trabajo de investigación y escuchada la sustentación por parte de su autor; no teniendo más nada que observar.

De conformidad a la normativa aplicable firmamos, en Riobamba 29 de abril del 2026

Mgs. Sandra Mónica Molina Rosero
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE GRADO



Mgs. César Eduardo Ponce Guerra
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO



Mgs. Renata Patricia Aguilera Vásquez
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO

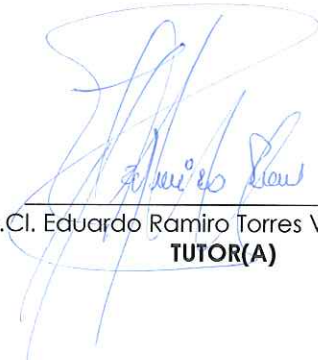




CERTIFICACIÓN

Que, **GAGLAY CHARIGUAMAN JHULIANA LISBETH** con CC: **0250058641**, estudiante de la Carrera **PSICOLOGÍA CLÍNICA**, Facultad de **CIENCIAS DE LA SALUD**; ha trabajado bajo mi tutoría el trabajo de investigación titulado" **VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DISFUNCIÓN SEXUAL EN LAS MUJERES**", cumple con el 10 %, de acuerdo al reporte del sistema Anti plagio **COMPILATIO**, porcentaje aceptado de acuerdo a la reglamentación institucional, por consiguiente, autorizo continuar con el proceso.

Riobamba, 9 de febrero de 2026


Ps.Cl. Eduardo Ramiro Torres Vizuite. MgSc
TUTOR(A)



Dirección
Académica
VICERRECTORADO ACADÉMICO

en movimiento

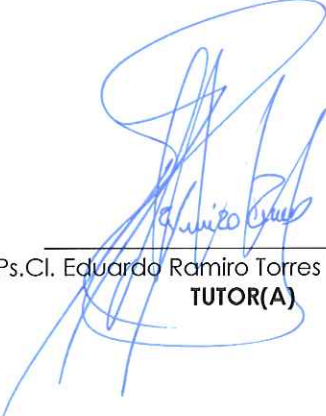


UNACH-RGF-01-04-08.17
VERSIÓN 01: 06-09-2021

CERTIFICACIÓN

Que, **REYES CAIZALUISA JENIFFER IVONNE** con CC: **1753551520**, estudiante de la Carrera **PSICOLOGÍA CLÍNICA**, Facultad de **CIENCIAS DE LA SALUD**; ha trabajado bajo mi tutoría el trabajo de investigación titulado "**VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DISFUNCIÓN SEXUAL EN LAS MUJERES**", cumple con el 10 %, de acuerdo al reporte del sistema Anti plagio **COMPILATIO**, porcentaje aceptado de acuerdo a la reglamentación institucional, por consiguiente, autorizo continuar con el proceso.

Riobamba, 9 de febrero de 2026



Ps.Cl. Eduardo Ramiro Torres Vizuite. MgSc
TUTOR(A)

DEDICATORIA

A Dios, por guiar cada uno de mis pasos, darme fortaleza en los momentos difíciles y permitirme culminar esta etapa tan importante de mi vida. A mi madre, Janeth Chariguaman, por su amor, sacrificio y confianza incondicional. A pesar de las adversidades, siempre permaneció a mi lado brindándome su apoyo y motivándome a seguir adelante. Este triunfo también le pertenece, porque sin su paciencia, esfuerzo y entrega nada de esto habría sido posible. A mis hermanos, Ariel, Tatiana y Alexander, por ser una parte fundamental de mi vida y acompañarme en este camino con cariño y comprensión. Gracias por cada palabra de ánimo, por celebrar conmigo cada pequeño logro y por estar presentes incluso en los momentos más difíciles.

A mi compañero incondicional, por acompañarme durante todo este proceso y convertir los momentos difíciles en etapas más llevaderas. Gracias por tu apoyo constante, por tus palabras de aliento y por convertirte en ese soporte que me sostuvo en los días de cansancio, dudas e incertidumbre. Tu compañía y confianza en mí fueron esenciales para no rendirme y seguir adelante.

A todas las personas que estuvieron conmigo durante este proceso, familiares y amigos, gracias por sus consejos, apoyo y compañía. Cada gesto de cariño y motivación fue fundamental para seguir adelante y no desistir en el camino.

Finalmente, a mi yo de hace cinco años, aquella chica que llegó a esta ciudad con nostalgia, miedo e incertidumbre, pero también llena de sueños y esperanzas. A esa versión de mí que muchas noches lloró pensando que quizá no sería capaz de alcanzar esta meta. Hoy le dedico este triunfo con el corazón lleno de orgullo, admirando la fortaleza y valentía que tuvo para no darse por vencida. Saber que todo valió la pena, que cada lágrima, cada esfuerzo y cada decisión la llevaron exactamente hasta donde soñaba estar.

Jhuliana Gaglay

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento a Dios, por darme la fortaleza, la sabiduría y la perseverancia necesarias para continuar en este camino que, aunque no ha sido fácil, hoy me permite ver cumplido uno de mis mayores sueños. En cada momento de dificultad, duda y cansancio, su guía fue la luz que me impulsó a no rendirme y a seguir adelante con fe y esperanza.

A mi querida madre, Blanca Caizaluisa, por ser mi pilar fundamental durante esta etapa de mi vida. Gracias por tu amor incondicional, por cada sacrificio realizado en silencio, por sostenerme cuando sentía que ya no podía más y por convertirte en mi refugio en los días más difíciles. Gracias por creer en mí incluso cuando yo dudaba de mis propias capacidades, por tus palabras de aliento, tus abrazos llenos de calma y por enseñarme que con esfuerzo y valentía todo es posible. Este logro también es tuyo, porque detrás de cada paso que di siempre estuvo tu amor impulsándome a continuar.

A mi familia y amigos, quienes estuvieron presentes acompañándome con palabras de apoyo, cariño y motivación en cada etapa de este proceso. También quiero agradecer a mis mascotas Negro y Nieve, quienes fueron mi compañía en tantas noches de estudio, cansancio y desvelo. Gracias por estar a mi lado en los momentos en los que me sentía sola, por darme tranquilidad con su presencia.

Y finalmente, quiero agradecerme a mí misma, por no desistir a pesar de las lágrimas, el miedo, la distancia y todos los momentos difíciles que implicó este camino. Alejarme de mi hogar no fue sencillo; hubo días de soledad, incertidumbre y cansancio, pero aun así seguí luchando por aquello que un día parecía solo un sueño lejano. Estos cuatro años estuvieron llenos de retos y sacrificios, pero también de aprendizaje, crecimiento y fortaleza. Hoy puedo mirar atrás con orgullo y decirme que valió la pena cada esfuerzo realizado, porque a pesar de todo, logré salir adelante y convertirme en la persona y profesional que siempre soñé ser.

Jeniffer Reyes

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por iluminarnos y darnos la fortaleza necesaria para superar cada desafío presentado en este camino académico. Su guía y bendiciones nos permitieron vivir esta etapa llena de aprendizajes, experiencias y personas valiosas que marcaron nuestras vidas.

Expresamos nuestro más sincero agradecimiento a la Universidad Nacional de Chimborazo, institución que nos abrió las puertas al conocimiento y contribuyó a nuestra formación profesional y humana. De manera especial, agradecemos a cada uno de los docentes que, con vocación, compromiso y dedicación, compartieron sus enseñanzas y experiencias, dejando en nosotras conocimientos y valores que permanecerán para siempre.

De igual manera, extendemos nuestro reconocimiento a Mgs. Ramiro Torres, por su acompañamiento, disposición y orientación durante el desarrollo de esta investigación. Su paciencia, apoyo y confianza fueron fundamentales para la culminación de este trabajo.

ÍNDICE GENERAL

| | |
|---|----|
| DECLARATORIA DE AUTORÍA | |
| DICTAMEN FAVORABLE DEL PROFESOR TUTOR | |
| CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL | |
| CERTIFICADO ANTIPLAGIO | |
| DEDICATORIA | |
| AGRADECIMIENTO | |
| ÍNDICE GENERAL | |
| ÍNDICE DE TABLAS. | |
| ÍNDICE DE FIGURAS | |
| RESUMEN | |
| ABSTRACT | |
| CAPÍTULO I..... | 15 |
| 1. INTRODUCCION..... | 15 |
| OBJETIVOS..... | 17 |
| GENERAL | 17 |
| ESPECÍFICOS | 17 |
| CAPÍTULO II..... | 18 |
| 2. MARCO TEÓRICO. | 18 |
| ANTECEDENTES | 18 |
| VIOLENCIA | 19 |
| VIOLENCIA INTRAFAMILIAR..... | 19 |
| TIPOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR | 20 |
| CICLO DE LA VIOLENCIA..... | 20 |
| FACTORES ASOCIADOS A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR | 21 |
| CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR | 22 |
| SALUD SEXUAL | 23 |
| DEFINICIÓN | 23 |
| RESPUESTA SEXUAL..... | 23 |
| MODELO TRIFÁSICO DE HELEN KAPLAN..... | 24 |
| DISFUNCIÓN SEXUAL | 24 |
| TIPOS DE DISFUNCIÓN SEXUAL..... | 25 |

| | |
|---|----|
| FACTORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A LA DISFUNCIÓN SEXUAL..... | 26 |
| RELACIÓN ENTRE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DISFUNCIÓN SEXUAL..... | 27 |
| CAPÍTULO III. | 28 |
| 3. METODOLOGIA..... | 28 |
| TIPO DE INVESTIGACIÓN..... | 28 |
| NIVEL DE INVESTIGACIÓN..... | 28 |
| ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA..... | 28 |
| EXTRACCIÓN DE DATOS..... | 28 |
| SELECCIÓN DE ESTUDIOS..... | 29 |
| CRITERIOS DE EXCLUSIÓN..... | 29 |
| ALGORITMO DE BÚSQUEDA..... | 30 |
| EVALUACIÓN DE LA CALIDAD..... | 30 |
| INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DESTINADO AL ANÁLISIS CRÍTICO DE INVESTIGACIONES CUANTITATIVAS: CRITICAL REVIEW FORM QUANTITATIVE STUDIES (CRF-QS)..... | 30 |
| CONSIDERACIONES ÉTICAS..... | 35 |
| CAPITULO IV. | 36 |
| 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN..... | 36 |
| CAPÍTULO V. | 61 |
| 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... | 61 |
| CONCLUSIONES..... | 61 |
| RECOMENDACIONES..... | 62 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 63 |

ÍNDICE DE TABLAS.

| | |
|--|----|
| Tabla 1 Criterios de selección de los documentos científicos | 29 |
| Tabla 2 Criterios basados en el CRF-QS para determinar la calidad metodológica | 31 |
| Tabla 3 Evaluación de la calidad metodológica de los documentos científicos..... | 32 |
| Tabla 4 Formas de violencia intrafamiliar que afectan a las mujeres. | 37 |
| Tabla 5 Formas de violencia intrafamiliar que afectan a las mujeres. | 48 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1 Diagrama de flujo prisma..... | 30 |
|--|----|

RESUMEN

La disfunción sexual femenina se define como una alteración persistente en una o más fases de la respuesta sexual, mientras que la violencia intrafamiliar constituye una problemática de salud pública que afecta la integridad física, psicológica y sexual en mujeres. Este estudio sistemático de nivel descriptivo tuvo como objetivo analizar la violencia intrafamiliar y las disfunciones sexuales en mujeres adultas. La revisión se desarrolló bajo los lineamientos del diagrama de flujo PRISMA, con una búsqueda inicial de 482 artículos científicos publicados entre 2015 y 2025 en bases de datos como Pubmed, Scopus, Scielo y Web of Science. Tras aplicar criterios de exclusión, inclusión y evaluación de calidad metodológica mediante el instrumento Critical Review Form – Quantitative Studies (CRF-QS), la muestra final se conformó por 20 artículos. Los resultados evidenciaron que la violencia psicológica, junto con la física y sexual, presenta alta prevalencia en la aparición de disfunciones sexuales, especialmente en deseo, excitación, orgasmo, satisfacción y dolor. En conclusión, la violencia intrafamiliar es un factor determinante en el desarrollo de la disfunción sexual femenina.

Palabras clave: Disfunción sexual, violencia doméstica, función sexual, violencia intrafamiliar, trastornos sexuales, mujeres.

ABSTRACT

Female sexual dysfunction is defined as a persistent alteration in one or more phases of the sexual response, while domestic violence constitutes a public health problem that affects the physical, psychological, and sexual integrity of women. This descriptive systematic study aimed to analyze domestic violence and sexual dysfunctions in adult women. The review was conducted following the PRISMA flowchart guidelines, with an initial search of 482 scientific articles published between 2015 and 2025 in databases such as PubMed, Scopus, SciELO, and Web of Science. After applying exclusion and inclusion criteria and assessing methodological quality using the Critical Review Form – Quantitative Studies (CRF-QS), the final sample consisted of 20 articles. The results showed that psychological violence, along with physical and sexual violence, has a high prevalence in the development of sexual dysfunctions, especially in desire, arousal, orgasm, satisfaction, and pain. In conclusion, domestic violence is a determining factor in the development of female sexual dysfunction.

Keywords: Sexual dysfunction, domestic violence, sexual function, family violence, sexual disorders, women.



Reviewed by:
Marco Antonio Aquino
ENGLISH PROFESSOR
C.C. 1753456134

CAPÍTULO I.

1. INTRODUCCION.

La violencia en su esencia no distingue sexo o identidad, puede ejercerse y sufrirse desde cualquier posición humana, es decir, la violencia no posee género, por lo cual sus efectos no solo se limitan al daño físico, sino que se extiende a esferas relacionadas con lo emocional y sexual. Actualmente la violencia hacia las mujeres es una de las variantes que representa un fenómeno multifactorial y afecta de manera grave a las personas que la sufren. Entre las consecuencias menos visibilizadas se encuentra la sexualidad, específicamente las disfunciones sexuales considerado por Ghoneim et al. (2021), como una afectación que puede presentarse en cualquier fase del proceso sexual; el deseo, excitación o el orgasmo impidiendo que la mujer experimente satisfacción y disfrute durante la actividad sexual.

Kaplan en el 1998 (como citó Arango, 2017) a través de su modelo de deseo, excitación y orgasmo, sostiene que el desarrollo de una vida sexual y emocional saludable se encuentra vinculado con el respeto por uno mismo y la construcción de una imagen positiva. No obstante, la presencia de factores psicológicos negativos tales como el miedo, estrés o experiencias traumáticas, pueden interferir significativamente en el deseo sexual y en la capacidad de alcanzar una satisfacción plena. En consecuencia, dichas interferencias pueden proporcionar la aparición de trastornos o disfunciones sexuales, comprometiendo el bienestar emocional y la sexualidad.

La violencia contra la mujer se ha manifestado en distintos contextos, abarcando el ámbito mundial, latinoamericano, nacional y local. A esta problemática se suman las disfunciones sexuales que, al estar arraigadas a situaciones de violencia, generan conflictos en el bienestar emocional de las mujeres, constituyéndose así en un problema prioritario de salud pública a nivel internacional.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), aproximadamente un tercio de las mujeres, representado en un 27% en edades de 15 y 49 años, han estado involucradas en relaciones caracterizadas por violencia física, sexual o psicológica ejercida por su pareja. Sin embargo, la OMS no hace referencia a las disfunciones sexuales que se perpetúan dentro de los marcos de violencia intrafamiliar, pese a su impacto en el bienestar emocional y sexual de las mujeres, lo que dificulta el desarrollo de intervenciones psicológicas adecuadas.

El estudio realizado por la Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género (DGVG, 2020) analizó las consecuencias de la violencia en la salud sexual y mental de las mujeres españolas. Los datos evidenciaron que entre el 24,2% y el 28% de mujeres han experimentado violencia física o psicológica. Según los resultados se identificó la presencia de alteraciones en la función sexual, disminución del deseo, dificultades en la excitación y bajos niveles de satisfacción sexual. Estos efectos repercuten negativamente en la capacidad de establecer relaciones íntimas satisfactorias y favorecen el distanciamiento emocional que puede desencadenar problemas de ansiedad, depresión, estrés postraumático entre otros, agravando la salud mental y sexual de las mujeres.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2021) refiere que aproximadamente una de cada cuatro mujeres en América Latina, equivalente al 25% de la

población, ha estado expuesta a violencia física, psicológica o sexual por parte de su pareja, lo que genera efectos profundos y duraderos en su bienestar integral e íntimo. En este sentido, se ha identificado que la experiencia de violencia se vincula con la presencia de disfunciones en la esfera sexual, tales como disminución del deseo, dispareunia, evitación de la intimidad, problemas de excitación y anorgasmia, así como insatisfacción sexual. Por lo tanto, es indispensable el diseño de intervenciones multidisciplinarias.

El estudio realizado por Carreiro et al. (2016) con 174 mujeres brasileñas violentadas muestran que el 58% de las mujeres con historia de abuso presentaban riesgo clínico de disfunción sexual, en contraste con el 23% de aquellas que no habían experimentado este tipo de violencia. Las sobrevivientes pueden desarrollar procesos de reconocimiento y resignificación de las secuelas en su bienestar íntimo que persisten en diversas alteraciones de la esfera sexual, como dispareunia, disminución del deseo, dificultades en la excitación y el orgasmo, además de sentimientos de culpa y desconexión emocional en las relaciones íntimas. Los hallazgos indican que la violencia sexual impacta profundamente en la sexualidad femenina, no solo por el daño físico asociado, sino también por su influencia en los procesos de recuperación emocional, autonomía y reconstrucción de vínculos afectivos.

A nivel local en Ecuador, la violencia es una problemática social de gran magnitud que persiste en la actualidad, el Ministerio de Salud Pública (MSP) identifica la violencia contra las mujeres como un problema prioritario en el ámbito de salud pública, manifiesta que en el año 2023 se atendieron 14.747 casos a mujeres víctimas de violencia, mientras que en el trimestre de 2024 se registró 4.481 atenciones, reflejando una persistencia significativa del problema, lo cual es alarmante (MSP, 2024). A pesar de los esfuerzos institucionales, las cifras se mantienen en niveles preocupantes. De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las mujeres, realizadas por el INEC 2024, el 65% de las mujeres encuestadas fueron víctimas de algún tipo de violencia: psicológica 53,9%, física 38%, sexual 25,7% y patrimonial 16,7% (INEC, 2024).

Las experiencias de los distintos tipos de violencia no solo comprometen la salud mental y física de las mujeres, sino que también tiene un impacto negativo en su bienestar sexual.

Yerovi y Pinos (2021) llevaron a cabo un estudio en Riobamba con 255 mujeres víctimas de violencia, se evidenció afectaciones significativas en la función sexual principalmente caracterizadas por la disminución del deseo, dificultad en la excitación, baja frecuencia sexual y problemas para alcanzar el orgasmo. Estas alteraciones al estar ligadas con la violencia intrafamiliar, genera consecuencias psicológicas complejas como estrés emocional, ansiedad o miedo al contacto íntimo. La disfunción sexual suele acompañarse de una disminución significativa del autoestima y autoimagen negativo, debido a que muchas mujeres interiorizan las dificultades sexuales como un fracaso personal que afecta al vínculo y la intimidad con la pareja.

De mantenerse y no ser abordada de manera integral la problemática de la violencia intrafamiliar en el Ecuador, las consecuencias sobre la salud sexual y mental de las mujeres tienden a agravarse progresivamente. A nivel nacional, según datos de la Fiscalía General del Estado (FGE, 2024) se estima que 6 de cada 10 mujeres han experimentado algún tipo de violencia y durante ese año se registraron más de 76.000 emergencias por violencia

intrafamiliar, de las cuales el 87% correspondieron a mujeres, evidenciando la magnitud y persistencia del problema. En este sentido el (MSP, 2024) estiman que más del 30% de las mujeres que han sufrido violencia de pareja, presentaron afectaciones en su salud sexual.

De esta manera, la investigación será de interés para la sociedad, debido a los diversos estudios que priorizan las consecuencias físicas y emocionales de la violencia intrafamiliar, dejando en segundo plano las afectaciones en la salud sexual de las mujeres frecuentemente minimizada, contribuyendo a la generación de estrategias que promuevan una atención integral a las víctimas. Esto favorece a la creación de intervenciones que no solo aborden el daño psicológico evidente, sino también las afectaciones en la intimidad y las relaciones interpersonales, fortaleciendo así la recuperación emocional y el bienestar general de las mujeres.

En el ámbito académico, esta investigación aporta una base teórica actualizada que amplía la comprensión de las consecuencias de la violencia desde un enfoque integral, como la disfunción sexual, que han sido menos exploradas en la literatura científica. De este modo, el estudio puede servir como referente para futuras investigaciones en áreas como la psicología clínica, la salud sexual y la salud pública, promoviendo un abordaje más completo y humanizado.

Además, la factibilidad bibliográfica del estudio está garantizado por la disponibilidad de literatura científica y estudios previos relacionados con la violencia intrafamiliar y la aparición de disfunciones sexuales. Por lo tanto, la realización de una revisión bibliográfica constituye una metodología adecuada y accesible, que permitirá recopilar, analizar y sintetizar información relevante de manera sistemática.

El desarrollo de este estudio en pareja favorece un abordaje más amplio y riguroso, permitiendo la revisión de un mayor número de fuentes y perspectivas teóricas. Esta colaboración fortalece el análisis crítico y contribuye a la elaboración de conclusiones sólidas, aportando a la formación de futuros profesionales de la psicología con una visión más profunda, ética y humanizada sobre el impacto de la violencia en la sexualidad femenina.

Con el objetivo de analizar la problemática planteada se realiza la pregunta de investigación: ¿Cómo la violencia intrafamiliar se relaciona con la aparición de las disfunciones sexuales en mujeres adultas?

Objetivos

General

Analizar la violencia intrafamiliar y disfunciones sexuales en mujeres adultas.

Específicos

- Identificar las principales formas de violencia intrafamiliar que afectan a las mujeres.
- Determinar los tipos de disfunción sexual asociados a la violencia intrafamiliar en mujeres.

CAPÍTULO II.

2. MARCO TEÓRICO.

Antecedentes

La violencia intrafamiliar constituye una grave problemática social que afecta de manera significativa la salud física, emocional y sexual de las mujeres. Diversas investigaciones han evidenciado que las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar presentan mayores niveles de disfunción, deseo y satisfacción sexual, así como dificultades en la intimidad y la expresión afectiva. Por tanto, la disfunción sexual, entendida como una experiencia subjetiva de bienestar y plenitud en la vida sexual, se ve afectada negativamente por la exposición prolongada a situaciones de abuso y control.

El estudio de Ghoneim et al. (2021), sobre “Violence and sexual dysfunction among infertile Egyptian women” Violencia y disfunción sexual entre mujeres egipcias infértiles, con el objetivo de evaluar la violencia doméstica y la disfunción sexual en mujeres infértiles, mediante investigación cuantitativa de tipo transversal y nivel correlacional, con una muestra de 306 mujeres infértiles y 332 fértiles. Se aplicó el Cuestionario de Abuso Doméstico NorVold (NORAQ) y el Índice de Función sexual femenina (FSFI). En los resultados se evidenció el “50,98%” de mujeres infértiles y el “51,81%” de mujeres fértiles habían sufrido violencia doméstica, siendo el abuso emocional el más común, perpetuados dentro de su ámbito familiar, con una mayor exposición a la disfunción sexual, a través de problemas para alcanzar el orgasmo, disminución del deseo sexual, entre otros.

La violencia no solo se ejerce desde el cónyuge sino también desde otros miembros del núcleo familiar, lo que puede llevarla a acceder a relaciones sexuales no deseadas, resultando en experiencias dolorosas o poco placenteras en la víctima, al negarse una satisfacción plena y desarrollando problemas en el ámbito sexual.

En un estudio realizado en Brasil por Figueira et al. (2021) sobre “Comparison of sexual dysfunction in women who were or were not victims of sexual violence” Comparación de la disfunción sexual en mujeres que fueron o no víctimas de violencia sexual, con el objetivo de comparar las características clínicas de mujeres con disfunción sexual femenina (DSF), tanto aquellas que fueron víctimas de abuso sexual como las que no, con un estudio cuantitativo de tipo transversal y una muestra de 1010 pacientes registradas.

Como resultados las mujeres que han experimentado violencia sexual recurrente presentan niveles más elevados de disfunción sexual, destacándose una disminución del deseo sexual “71,6%”, dificultades para alcanzar el orgasmo “51,2%” y casos de anorgasmia “20,3%”, en comparación con aquellas que no han sido víctimas de este tipo de violencia, tienden a mantener relaciones sexuales menos satisfactorias y vínculos de pareja con mayor grado de conflicto. La violencia sexual frecuentemente perpetuada por personas cercanas dentro del núcleo familiar desde edades tempranas hasta la vida adulta genera un impacto negativo en torno a la aparición de disfunciones sexuales en mujeres que afectan no solo su estado emocional sino su salud sexual.

En la investigación de Ortega et al. (2016), realizada en Ecuador- Cuenca sobre la prevalencia de disfunción sexual femenina y factores asociados en pacientes del Hospital

José Carrasco Arteaga, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de disfunción sexual femenina y sus factores asociados, su investigación fue cuantitativa de tipo observacional, descriptivo y transversal, en una población constituida por 303 pacientes entrevistadas en el servicio de ginecología.

Para los resultados se utilizó el cuestionario Índice de Función sexual Femenina (IFSF) junto con un formulario estructurado de recolección de datos, lo que permitió identificar que la prevalencia de disfunción sexual femenina era elevada, con “60,7%” de las mujeres que reportaron dolor durante las relaciones sexuales, “60,1%” presento alteraciones en el deseo y la excitación, mientras que un “51,4%” experimentó falta de lubricación y anorgasmia, y un “41%” insatisfacción sexual, reflejando un aumento notable en los trastornos sexuales femeninos. La alta prevalencia de disfunción sexual femenina evidencia un impacto negativo en la sexualidad de las mujeres, asociado a experiencias de violencia dentro del entorno cercano. Estas vivencias pueden llevar a relaciones no deseadas y poco satisfactorias, afectando su bienestar integral.

Violencia

La violencia se entiende como una manifestación en el que una persona impone su voluntad sobre otra a través del uso del poder, con consecuencias negativas. La violencia no se limita al daño físico, sino también dimensiones simbólicas, estructurales y culturales, lo que resalta su naturaleza relacional, su intencionalidad y su implicancia ética (Álvarez, 2019). De esta forma, la violencia consiste en el uso de la fuerza, ya sea de manera tangible o intangible, con la intención de dañar, dominar, forzar o vulnerar los derechos de la otra persona, el daño ocasionado puede ser físico, emocional o social, y generalmente involucra una relación de poder desigual que restringe la autonomía de la persona afectada (Pacheco, 2016).

Violencia Intrafamiliar

Definición

Mayor y Salazar (2019) refieren que la violencia intrafamiliar es un acto que se presenta de forma reiterada y premeditada ejercida dentro del entorno familiar, perpetrado por un integrante de la familia contra otro. El daño se genera cuando se violan o se invaden los espacios personales de la otra persona sin su consentimiento, con la intención de despojarla de su poder y mantenerla en una situación de vulnerabilidad, siendo la finalidad de la violencia quebrar la resistencia de la víctima y lograr su sometimiento, es decir, ejercer control y dominio.

La violencia intrafamiliar engloba la manifestación de agresión ejercida de manera intencional y reiterada, cometida por un miembro del núcleo familiar hacia otro, en el contexto del entorno doméstico, y se caracteriza por el uso desmedido del poder, convirtiéndole a la víctima en un objeto y negándole su valor como ser humano con derechos (Miura et al., 2018).

Tipos de Violencia Intrafamiliar

Navarrete y Mosquera (2024), mencionan que los tipos de violencia intrafamiliar no suelen presentarse de manera aislada, sino que comúnmente se combinan, formando un patrón de abuso que genera consecuencias devastadoras para las víctimas, los tipos de violencia más frecuentes presentes en mujeres son:

- **Violencia física:** Este tipo de violencia se caracteriza por el uso de la fuerza física que afecta directamente la integridad corporal de la víctima, incluye actos como golpes, empujones, heridas, quemaduras o cualquier agresión que dañe el cuerpo. Aunque estas formas de violencia dejan marcas que son visibles, su efecto va más allá del daño físico, provocando temor y aumentando la sensación de vulnerabilidad en la víctima.
- **Violencia psicológica:** Consiste en acciones que impactan negativamente en el estado emocional y psicológico de la persona agredida, entre sus manifestaciones se encuentra los insultos, humillaciones constantes, amenazas, intimidación, aislamiento del entorno social y manipulación emocional. Estas formas de maltrato pretenden ejercer poder, reducir la autonomía y deteriorar la autoestima, lo que conlleva consecuencia en la salud mental, pese a su menor visibilidad esta forma de violencia puede generar efectos severos o incluso más que la violencia física a largo plazo.
- **Violencia sexual:** Implica toda conducta de carácter sexual ejercida sin el consentimiento de la víctima impuesta dentro del ámbito familiar, puede abarcar desde el abuso y acoso hasta situaciones de explotación sexual. Esta modalidad de violencia constituye una forma severa de maltrato que provoca consecuencias físicas, psicológicas y sociales, suelen mantenerse en silencio debido al miedo, vergüenza o por la dependencia económica o emocional que existe por parte de la víctima hacia su agresor.

Ciclo de la violencia

El ciclo de la violencia es un patrón de abuso marcada por la repetición de conductas violentas que dañan progresivamente el vínculo destruyendo el bienestar emocional de quienes lo sufren, cada fase actúa como detonante de la siguiente, y la duración e intensidad varía según la dinámica de la pareja. A menudo, la víctima no identifica lo que pasa ni lo comunica debido al control y manipulación que ejerce el agresor, lo que hace más complicado que la persona reconozca la violencia y encuentre la manera de salir de la situación. El ciclo de la violencia comprende 3 fases: tensión, episodio agudo de violencia y luna de miel (Defensoría del Pueblo, 2022).

1. Fase de acumulación de tensión:

En la fase de tensión, se evidencia la presencia de violencia verbal, psicológica y económica, acompañada de diversas subcategorías. La incertidumbre se manifiesta a través de pensamientos recurrentes en la víctima relacionados con el miedo a perder la relación, debido a amenazas directas o indirectas del agresor, lo que genera inseguridad y temor. El detonante hace referencia a conductas, palabras o comportamientos que el agresor utiliza como justificación de la violencia, generalmente sin fundamento. Los actos de tensión

corresponden a señales o acciones previas a la agresión física, que funcionan como castigo y afectan emocionalmente a la víctima.

2. Fase de episodio agudo:

Se produce la agresión directa hacia la víctima, derivada de los conflictos acumulados en la etapa anterior. Esta fase incluye comportamientos violentos que pueden ir desde empujones hasta agresiones más severas, generando daño físico y emocional. No obstante, la víctima no siempre asume un rol pasivo, debido a que puede responder con conductas de defensa o emplear estrategias de autoprotección para afrontar la situación (Walker, 1989, como se citó en Defensoría del Pueblo, 2022).

3. Fase de luna de miel

Se presenta un proceso de reconciliación caracterizado por promesas de cambio por parte del agresor y expectativas de mejora en la víctima, lo que dificulta la percepción de la realidad violenta. Esta fase se compone de varias subcategorías. La reconciliación implica la expresión de arrepentimiento por parte del agresor, quien promete no repetir las conductas violentas, aunque estos cambios rara vez se concretan. La justificación ocurre cuando la víctima asume la culpa de lo sucedido y minimiza la violencia para restablecer la relación.

La aceptación se refiere a la normalización de la violencia como parte de la dinámica relacional. La dependencia mantiene la continuidad del ciclo, debido al miedo a la pérdida de la pareja y a la centralidad del vínculo afectivo. El rompimiento del ciclo se produce cuando la víctima reconoce el patrón repetitivo de la violencia y decide generar cambios significativos, como la separación, aunque esto no garantiza la desaparición total del riesgo.

Factores asociados a la violencia intrafamiliar

La violencia dentro del entorno familiar es la interacción de diversas variables personales, sociales y culturales, que favorecen en la continuidad de la violencia en el núcleo familiar, generando un ambiente disfuncional y afectando el equilibrio emocional de las víctimas, en este sentido, Valarezo et al. (2024) sostienen que existen diversos factores asociados a la violencia intrafamiliar hacia las mujeres:

Factores socioculturales y de género

Roles tradicionales patriarcales: En diversas culturas se mantiene la creencia de subordinación femenina frente al hombre, refuerza relaciones de poder desiguales y autoridad, esto fomenta a que la violencia en el hogar se vuelva algo aceptado socialmente.

Socialización y patrones aprendidos: Haber presenciado o experimentado violencia durante la niñez, incrementa la probabilidad de repetir estos roles, ya sea como víctima o agresora en la vida adulta.

Factores individuales y psicológicos

Baja autoestima y dependencia emocional: En las víctimas la creencia de que la agresión es justificada y el mantener una postura de sumisión emocional limita la posibilidad de romper con la dinámica abusiva, por lo que el pensamiento distorsionado sobre la

violencia actúa como un mecanismo que mantiene a la persona bajo un constante entorno de temor y dependencia emocional (Solano et al., 2019).

Factores económicos y sociodemográficos

Empleo y autonomía económica: El vínculo entre el empleo y la violencia intrafamiliar, presenta una ambivalencia, debido a que por un lado la independencia económica que posee la mujer puede representar un factor de protección al fortalecer la autoestima, autonomía y apoyo externo, sin embargo, en entornos donde predomina ideologías patriarcales, esta autonomía puede ser interpretada como una amenaza por parte de la pareja desencadenando conflictos y elevar el riesgo de agresiones, ante la pérdida de control, algunos hombres ejercen poder mediante el manejo del dinero interfiriendo en el trabajo de sus parejas y en el peor de los casos aumentan la violencia con el fin de mantener su posición de autoridad (Vacacela y Mideros, 2022).

Respecto a los factores que influyen en la violencia intrafamiliar no solo permiten entender su origen, sino también comprender el impacto que tiene en las víctimas, a partir de estos elementos genera una serie de consecuencias que comprometen el bienestar emocional, relaciones sociales y familiares, así mismo se altera aspectos con respecto a la sexualidad, lo que provoca afectaciones en la percepción del cuerpo, la intimidad y la forma de relacionarse afectivamente de manera saludable ante la presencia de alteraciones sexuales.

Consecuencias de la violencia intrafamiliar

La violencia intrafamiliar hacia la mujer tiene un impacto en la salud mental, manifestándose como una de las afectaciones psicológicas más sutiles y perjudiciales, por lo que las secuelas emocionales pueden interferir en el desempeño cotidiano, la calidad de las relaciones afectivas y autonomía personal. De acuerdo con esto, Barreto y Santos (2023) señalan que las consecuencias que presentan las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en su salud mental son:

- **Ansiedad severa:** La ansiedad surge como una respuesta emocional que aparece ante la percepción de peligro, en ciertos casos puede evolucionar hasta niveles que comprometen el bienestar psicológico requiriendo intervención de un profesional, es así que la preocupación constante por futuras agresiones genera síntomas de ansiedad prolongados.
- **Inestabilidad emocional:** Las mujeres víctimas experimentan una sensación de incapacidad para ajustarse adecuadamente a las situaciones habituales de la vida diaria, la inestabilidad del estado emocional puede desencadenar otros trastornos psicológicos.
- **Trastornos del sueño y el apetito:** Se presenta inconvenientes para conciliar el sueño impidiendo un descanso adecuado, además existe una reducción del apetito acompañado a cambios emocionales que puede afectar el bienestar físico y mental de la mujer.
- **Baja autoestima y dependencia emocional:** La violencia contribuye a que la víctima se encuentre en un estado de sumisión, fortaleciendo su vínculo de dependencia con el agresor, como consecuencia afecta negativamente la independencia emocional de la mujer.

En este sentido Quintero et al. (2019) mencionan que la violencia intrafamiliar tiene repercusiones en ámbitos distintos como en el desempeño laboral de las mujeres, las víctimas afectadas experimentan síntomas tanto físicos como emocionales incluyendo ansiedad, estrés, depresión y fatiga, los cuales dificultan la capacidad de concentración y desempeño laboral, lo que conlleva a una reducción considerable en la eficiencia y en el nivel de calidad del trabajo.

Por otra parte, también existe repercusiones en las adicciones las mujeres expuestas a violencia intrafamiliar si no se atienden de forma oportuna, puede derivar en estrategias de afrontamiento perjudiciales, como el uso de sustancias psicoactivas como el alcohol, ansiolíticos o antidepresivos sin prescripción médica y drogas ilícitas como la marihuana y cocaína, estas sustancias pueden provocar efectos temporales de calma, desconexión emocional creando así una falsa sensación de bienestar, sin embargo esto empeora el estado emocional, intensificando la soledad y sensación de impotencia (Díaz y Ávila, 2024).

Salud sexual

Definición

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) menciona que el bienestar del ser humano se encuentra estrechamente ligado con la salud sexual, entendida de manera integral que abarca los distintos aspectos de la sexualidad, esto implica no solo la ausencia de problemas o disfunciones sino también garantizar un bienestar pleno en el individuo, lo cual se relaciona desde la orientación e identidad de género, expresión de la sexualidad, relaciones íntimas, experiencias placenteras y eróticas, siempre en un contexto libre de imposiciones o violencia.

Respuesta sexual

Es una parte del proceso fisiológico y psicológico que surge ante la reacción de estímulos sexuales que a la par conllevan una serie de fases en donde el individuo experimenta cambios a nivel emocional, cognitivo y conductual. Desde una perspectiva subjetiva de cada individuo existen múltiples factores que pueden afectar las experiencias previas, nivel de autoestima, estrés o presencia de disfunciones sexuales (Arango, 2017).

Para Freitas (2020) una respuesta sexual satisfactoria es aquella que cumple con las expectativas del individuo en torno a su bienestar físico o psicológico, que involucran varios aspectos como una buena comunicación y expectativas en conjunto con la pareja, así como un bienestar emocional al mejorar la autoestima y el sentido de identidad, por lo que reduce sintomatología ansioso-depresivo, entre otros. Además del aspecto físico que garantiza una calidad de vida más placentera.

Una respuesta sexual no satisfactoria entendida como una disfunción sexual puede surgir por varios factores que pueden ir desde la parte física como problemas médicos, o psicológicas ligadas a experiencias traumáticas en donde la persona no experimenta una sexualidad plena y satisfactoria lo que puede desencadenar sentimientos negativos entorno a su bienestar. Por ello, se trata de entender cada una de las fases que conllevan la respuesta

sexual y la existencia de alguna alteración en alguna de ellas, derivadas de factores internos o externos que aquejan a la población femenina (Freites, 2020).

Modelo trifásico de Helen Kaplan

El modelo de Masters y Jhonson que explica el ciclo respuesta sexual de las personas desde los aspectos fisiológicos, constituyó la base para el desarrollo y sustento del modelo trifásico de la sexualidad propuesto por Helen Kaplan en la cual, se toman en cuenta no solo respuestas fisiológicos sino componentes cognitivos y afectivos de la experiencia sexual, lo que marcó un hito en la comprensión de las disfunciones sexuales (Goerling y Wolfe, 2024).

Por su parte Kaplan en el 1998 (como citó Arango, 2017) plantea que la experiencia sexual comprende 3 fases cruciales:

- **Fases del deseo:** Es el estado motivacional o impulso que predispone al individuo a responder dichos estímulos, se origina a nivel psicológico y se caracteriza por las fantasías o atracción sexual que además involucran factores hormonales, cognitivos y emocionales, así como la calidad del vínculo afectivo para dar lugar al deseo que puede ser gradualmente elevado o bajo que a su vez puede llegar a una aversión al ser variable y continuo.

Considerada como una fase esencial y en caso de existir inhibición del deseo probablemente las fases posteriores de excitación y orgasmo se vean afectadas, por lo cual llegan a desencadenar problemas sexuales en las mujeres al manifestar dicha alteración del deseo.

- **Fase de excitación:** En esta fase existen respuestas tanto fisiológicas como subjetivas que preparan al organismo para la actividad sexual, se manifiesta por lubricación vaginal, aumento del ritmo cardíaco y tensión muscular, acompañados por sensaciones de placer y expectativas eróticas que se van intensificando.

La excitación llega a generar una interacción entre mente y cuerpo en donde las emociones, estrés o experiencias traumáticas pueden interferir en el disfrute pleno durante la relación sexual, las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar constantemente mantienen un sistema de alerta emocional que puede bloquear la excitación, aunque exista deseo.

- **Fase de orgasmo:** Se considera la fase culminante del ciclo en donde se produce una liberación neuromuscular e intensa sensación de placer, al describirse como resultado de la acumulación progresiva de excitación que se ve marcada por contracciones musculares involuntarias en la zona pélvica. Las alteraciones en esta fase pueden relacionarse con factores emocionales y presentar dificultad para llegar al orgasmo, al asociarse con episodios de miedo, inhibición emocional o culpa.

Disfunción sexual

Según Jurado (2020) las disfunciones sexuales constituyen un problema significativo que afectan a la salud sexual de las personas, al considerarse como un aspecto central y fundamental en la calidad de vida, así como el bienestar físico, psicológico y social del ser humano, que provoca malestar y afectación en la respuesta sexual de la persona que puede

ser desde el deseo, excitación u orgasmo que ocasiona insatisfacción y disminución del deseo sexual.

Las disfunciones sexuales son alteraciones persistentes o recurrentes en alguna fase del ciclo de respuesta sexual (deseo, excitación, orgasmo o resolución) que provocan malestar clínicamente significativo o dificultades en las relaciones interpersonales, y puede originarse por factores biológicos, psicológicos o relacionales dentro de un marco biopsicosocial (Calabro et al., 2019).

Además, las disfunciones sexuales no ocurren de una manera aislada, sino que surgen por la interacción entre factores psicológicos, fisiológicos, emocionales y contextuales entorno a la violencia intrafamiliar que pueden afectar cualquiera de las fases del ciclo sexual al manifestarse en diferentes tipos.

Tipos de disfunción sexual

Según la OMS (2019), la CIE-10 clasifica a los trastornos y disfunciones sexuales de origen psicológico dentro de las categorías de diagnóstico persistentes para trastornos mentales y del comportamiento, al manifestarse como alteraciones persistentes en entorno a la mujer víctima de violencia intrafamiliar, debido al impacto del estrés, miedo, secuelas emocionales o disociación que afectan la respuesta sexual.

- **Falta o pérdida del deseo sexual:** Se caracteriza por la disminución persistente del interés o iniciativa sexual, así como por la ausencia de fantasías eróticas. Puede estar asociada a factores como depresión, ansiedad, estrés crónico, conflictos con la pareja y experiencias de violencia. Lo que implica un malestar significativo e inhiben la motivación sexual, en contextos de violencia intrafamiliar, el deseo tiende a disminuir por el miedo, pérdida de control sobre el propio cuerpo, afectación de la autoimagen y la internalización de la culpa que culmina en un deterioro de la intimidad.
- **Aversión sexual:** Se define como un rechazo intenso, persistente y activo hacia la actividad sexual acompañado de conductas de evitación hacia la pareja y respuestas de ansiedad o malestar extremo. Dicha condición puede generar dificultades en las relaciones interpersonales. Presenta una mayor prevalencia en mujeres con antecedentes de violencia en la relación, especialmente tras experiencias traumáticas, amenazas o prácticas no consentidas, lo que refuerza la evitación del contacto sexual.
- **Trastorno de excitación sexual:** Se caracteriza por la dificultad persistente para alcanzar o mantener la lubricación y otros cambios fisiológicos propias de la fase de excitación hasta la finalización de la actividad sexual. Los factores psicológicos desempeñan un papel fundamental en la alteración de la respuesta sexual, generando malestar significativo y afectando el autoestima y autoimagen. En mujeres con antecedentes de violencia, la excitación suele verse interrumpida por pensamientos intrusivos, miedos o recuerdos traumáticos que interfiere en el funcionamiento sexual.
- **Disfunción orgásmica o anorgasmia:** Consiste en la ausencia o retraso persistente del orgasmo tras una fase adecuada de excitación o estimulación. Al ser el orgasmo una respuesta neurofisiológica y psicológica puede verse alterado por factores hormonales, cognitivos, emocionales y relacionales. En contextos de violencia, se asocia con baja

autoestima, rechazo hacia el propio cuerpo lo que provoca niveles elevados de angustia o preocupación. El estrés postraumático se considera un predictor de esta disfunción.

- **Vaginismo:** Se caracteriza por la contracción involuntaria de los músculos del suelo pélvico, lo que dificulta o impide la penetración. Esta respuesta suele estar asociada al miedo, evitación o experiencias previas de abuso, coerción o violencia, funcionando como un mecanismo de defensa. Además, se relaciona con factores emocionales ligadas a episodios de violencia como a la ansiedad, trauma, conflictos en la vida sexual y de pareja generando experiencias dolorosas o poco placenteras.
- **Dispareunia:** Se define como la presencia de dolor genital persistente durante la actividad sexual. Puede estar relacionada a factores como el miedo, tensión muscular y alteraciones en la percepción corporal. Debido a experiencias traumáticas que generan respuestas de hipervigilancia y rechazo al contacto íntimo. Lo que afecta a la respuesta sexual y la satisfacción emocional, además de generar evitación total o parcial de dicha actividad.

Factores psicológicos asociados a la disfunción sexual

Experiencias previas de violencia tiene como consecuencia secuelas emocionales que alteran la función sexual en cada una de las etapas como son placer, deseo y satisfacción, además de presentar diversas alteraciones psicológicas que afectan a la estabilidad femenina. Tras la exposición a cualquier situación de violencia, el individuo puede manifestar diversos síntomas como estado de alerta constante, la reexperimentación del trauma, evitación emocional y problemas afectivos que interfieren directamente en la vivencia sexual, la intimidad corporal puede funcionar como un recordatorio del abuso sufrido, que a su vez genera ansiedad, miedo o rechazo hacia el contacto físico lo que impide que la persona se relaje y pueda disfrutar de una plena excitación y respuesta sexual, generando desconexión del cuerpo y poco interés por la actividad sexual (Sierra et al., 2021).

La presencia de trastornos del estado de ánimo como la depresión y ansiedad se considera como un factor relacional entorno a la presencia de dificultades en la respuesta sexual femenina, la depresión se asocia con una reducción del deseo y del placer, mientras que la ansiedad puede interferir en la fase de excitación y puede presentarse miedo anticipatorio e interferencia cognitiva durante el acto sexual (Carreiro et al., 2016).

A nivel cognitivo y emocional, la vergüenza, culpa y baja autoestima sexual son factores que influyen en la disfunción sexual. La violencia intrafamiliar desde el ámbito psicológico implica humillaciones, control y degradación del cuerpo, lo que provoca sentimientos de vergüenza y auto desvalorización, a raíz de ello muchas mujeres internalizan la idea de que son responsables de la violencia sufrida lo que lleva a generar culpabilidad y rechazo hacia su cuerpo, afectando la autoeficacia sexual y disposición a la intimidad. En este sentido, la mujer puede percibirse como indigna de placer o temer ser juzgada por su pareja. Además, la afectación de la imagen corporal, derivadas de lesiones, cicatrices o el miedo al dolor, puede influir en la evitación del contacto sexual y en la disminución del deseo (Rivas-Rivero y Bonilla-Algovia, 2021).

Factores físicos y conductuales, como el consumo de sustancias o el daño corporal producido por agresiones, tienden a potenciar los efectos psicológicos sobre la sexualidad y

en consecuencia muchas mujeres recurren al alcohol o fármacos como mecanismos de afrontamiento, que a su vez altera la respuesta hormonal y fisiológica del cuerpo durante el acto sexual.

Relación entre violencia intrafamiliar y disfunción sexual

La violencia intrafamiliar constituye un factor determinante en la aparición y mantenimiento de diversas disfunciones sexuales femeninas, puede ser física, psicológica o sexual, que a su vez genera un impacto profundo en la autopercepción, autoestima y capacidad de establecer vínculos afectivos saludables, en la cual el cuerpo en lugar de ser fuente de placer y conexión se convierte en un recordatorio de dolor, miedo y sumisión (Romero, 2018).

Desde la parte psicológica, la violencia intrafamiliar produce un estado de estrés crónico que altera los procesos emocionales y fisiológicos implicados en la respuesta sexual, tras la exposición continua al miedo y humillación que activan mecanismos de defensa como la hipervigilancia o disociación emocional, evitando un estado de relajación o experimentar placer durante la intimidad, en este sentido el contacto sexual puede ser percibido como amenaza, más que como una experiencia de conexión y disfrute ante el temor de revivir situaciones violentas y dan como respuesta la evitación, inhibición de excitación y dificultad para la lubricación lo que puede generar dolor.

La violencia emocional y psicológica conlleva un deterioro de la comunicación y la confianza con la pareja, al ser un aspecto esencial para una sexualidad sana. Cada una de las alteraciones marcadas por la manipulación, control o coerción sexual establecen dinámicas de poder que despojan a la mujer de su autonomía y capacidad de consentimiento, que pueden desencadenar trastornos entorno a la satisfacción sexual perpetuadas por creencias distorsionadas sobre el rol femenino, el placer y la culpa pueden reforzarse dentro de un ambiente violento y agravarse cuando la violencia es minimizada o normalizada, favoreciendo a la aparición de disociación emocional o desconexión en la esfera sexual (Romero, 2018).

CAPÍTULO III.

3. METODOLOGIA.

Tipo de investigación

Sistemática

La presente investigación es de tipo sistemática, porque se utilizará diversas fuentes de datos como artículos científicos, revistas, libros, estudios de posgrado e informes de organismos internacionales. Con el objetivo de recoger, analizar y sintetizar información relacionada con las variables a investigar.

Nivel de investigación

La investigación es de nivel descriptivo, porque se centra en analizar y exponer las definiciones, características y manifestaciones de las variables a estudiar la violencia intrafamiliar y disfunción sexual en mujeres. Según (Verdesoto et al. 2020), menciona que este tipo de investigación no busca establecer relaciones causales, sino observar, detallar y presentar de forma sistemática los fenómenos tal como ocurren, con el propósito de comprender su naturaleza y comportamiento dentro del contexto específico con la finalidad de responder a los objetivos planteados.

Estrategias de búsqueda

Las investigaciones se basaron en artículos científicos de enfoque cuantitativo, recopilados de bases de datos de alto impacto como Scopus, Web of Science, Scielo y Pubmed, seleccionados únicamente estudios publicados entre 2015 y 2025, en idioma inglés, español y portugués.

En los diferentes sitios de búsqueda se aplicaron ciertos operadores booleanos tales como: AND y OR, “violencia intrafamiliar” – “domestic violence” AND “sexual dysfunction” mismos que permitieron la conjugación de variables. Además, se aplicaron palabras clave en español e inglés con la finalidad de ampliar la recopilación de información relevante, los términos de interés para la búsqueda fueron: “mujeres violentadas”- “violated women”; “violencia intrafamiliar” - “Domestic violence”; “violencia mujer” - “violence women”; “maltrato a la mujer”- “mistreatment women”; “Trastorno sexual” – “Sexual disorder”; “Disfunción sexual” – “sexual dysfunction”; “función sexual”- “sexual function”; “mal funcionamiento sexual” – “sexual malfunction”.

Extracción de datos

La extracción de datos se llevó a cabo de manera colaborativa. La primera investigadora se encargó de realizar las búsquedas en Pub Med y Scielo, mientras que la segunda trabajó con Scopus y Web of science. La selección de los artículos tuvo las siguientes fases: primero se descartó aquellos con títulos en discordancia con las variables de estudio; posterior se excluyó mediante la lectura del resumen; y finalmente, se eliminó por irregularidades en los resultados.

Como resultado de búsqueda se obtuvieron los siguientes registros: Scopus (n=28), Web of science (n=360), Scielo (n=9) y Pub Med (n=85). Dando un total de 482 artículos de los cuales se eliminaron por duplicados (n=3), (n= 305) se descartaron por título, (n= 90) por no estar relacionados con el enfoque de estudio y (n=64) por deficiencia en los resultados. Obteniendo finalmente 20 artículos de buena calidad y muy buena calidad.

Selección de estudios

La selección de los artículos científicos fue en base a los siguientes criterios:

Tabla 1

Criterios de selección de los documentos científicos

| Criterios de selección | Justificación |
|---|---|
| Artículos y documentos científicos, publicados en los últimos diez años, desde el 2015- 2025. | Se seleccionó en un lapso de 10 años para obtener una amplia recopilación de investigaciones que sustenten la perspectiva actual de las variables investigadas. |
| Idioma inglés, portugués y español. | Se consideraron estudios en estos idiomas, debido que proporcionan información relevante y de alto nivel científico para la investigación. |
| Investigaciones cuantitativas | Brindó un rigor metodológico y científico de la investigación, al ofrecer resultados con objetivos claros y precisos. |
| Estudios que aborden la violencia intrafamiliar y la disfunción sexual en mujeres. | Se incluyó este criterio debido a que la investigación está enfocada en esta población en específico. |

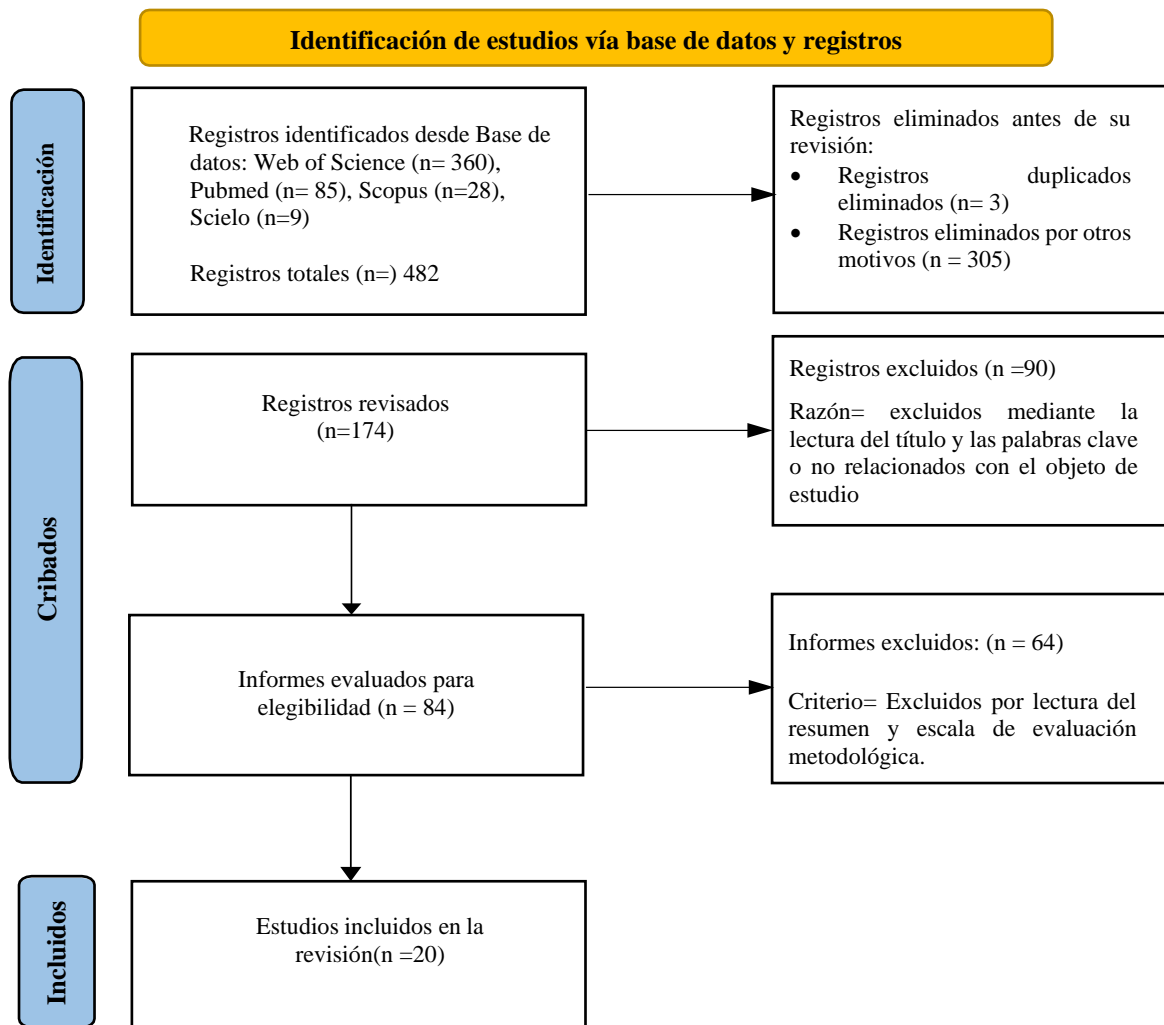
Criterios de exclusión

Se excluyeron diversos artículos por las siguientes razones:

- Estudios que no tengan libre acceso.
- Estudios cualitativos.
- Estudios previos al 2025.
- Estudios no disponibles en texto completo.
- Estudios que carecen de rigor metodológico.

Algoritmo de búsqueda

Figura 1 Diagrama de flujo prisma



Evaluación de la calidad

Instrumento de Evaluación Destinado al Análisis Crítico de Investigaciones Cuantitativas: Critical Review Form Quantitative Studies (CRF-QS)

Se utilizó este instrumento con la finalidad de cumplir con los estándares de calidad de la información recolectada para la investigación. Este instrumento está conformado por 8 criterios y 19 ítems otorgando el valor de un punto en caso de cumplir con el aspecto a valorar. Al obtener la puntuación total, categoriza la calidad metodológica en 5 puntos de corte: pobre, aceptable, buena, muy buena y excelente (Law et al., 1998).

A continuación, se presentan los criterios e ítems que conforman al instrumento.

Tabla 2**Criterios basados en el CRF-QS para determinar la calidad metodológica**

| Criterios | No ítems | Elementos a valorar |
|--|-----------------|---|
| Finalidad del estudio | 1 | Objetivos precisos, concisos, medibles y alcanzables |
| Literatura | 2 | Relevante para el estudio |
| Diseño | 3 | Adecuación al tipo de estudio |
| | 4 | No presencia de sesgos |
| Muestra | 5 | Descripción de la muestra |
| | 6 | Justificación del tamaño de la muestra |
| | 7 | Consentimiento informado |
| Medición | 8 | Validez de las medidas |
| | 9 | Fiabilidad de las medidas |
| Intervención | 10 | Descripción de la intervención |
| | 11 | Evitar contaminación |
| | 12 | Evitar co-intervención |
| Resultados | 13 | Exposición estadística de los resultados |
| | 14 | Método de análisis estadístico |
| | 15 | Abandonos |
| | 16 | Importancia de los resultados para la clínica |
| Conclusión e implicación clínica de los resultados | 17 | Conclusiones coherentes |
| | 18 | Informe de la implicación clínica de los resultados obtenidos |
| | 19 | Limitaciones del estudio |

Fuente: Los criterios e ítems fueron redactados de acuerdo con lo planteado por Law et al. (López, 2017).

La categorización se establece acorde a la siguiente valoración:

- Pobre calidad metodológica ≤ 11 criterios
- Aceptable calidad metodológica entre 12 y 13 criterios
- Buena calidad metodológica entre 14 y 15 criterios
- Muy buena calidad metodológica entre 16 y 17 criterios
- Excelente calidad metodológica ≥ 18 criterio

Tabla 3**Evaluación de la calidad metodológica de los documentos científicos**

| N° | Título | Puntuación CRF-QS | | | | | | | | | | | | | | | | | | Total | Categoría | |
|----|--|-------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-------|-----------|-------------------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | | | 19 |
| 1 | Violence and sexual dysfunction among infertile Egyptian women | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 16 | Muy buena calidad |
| 2 | Comparison of Sexual Dysfunction in women who were or were not victims of sexual violence | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 16 | Muy buena calidad |
| 3 | Intimate partner violence and sexual dysfunction in women admitted to psychiatry outpatient clinic Does culture affect outcomes? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 16 | Muy buena calidad |
| 4 | The Impact of Intimate Male Partner Violence on Women's Sexual Function: A Study in Iran | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 16 | Muy buena calidad |
| 5 | The overlooked relationship between subtle partner sexual violence and sexual dysfunction? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 16 | Muy buena calidad |
| 6 | The Impact of Intimate Partner Violence on Sexual Attitudes, Sexual Assertiveness, and Sexual Functioning in Men and Women | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 16 | Muy buena calidad |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------------------|-------------------|
| 7 | Association Between Domestic Violence and Sexual Dysfunction in Women on Infertility Treatment in Turkey | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 16 | Muy buena calidad | |
| 8 | Effects of domestic violence on menopausal symptoms, sexual function, and quality of life: a cross-sectional study | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 16 | Muy buena calidad |
| 9 | Incidence of Violence and Sexual Dysfunction among Infertile Women Attending Women's Health Hospital, Assiut University | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 16 | Muy buena calidad |
| 10 | The correlation between sexual dysfunction and intimate partner violence in young women during pregnancy | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 16 | Muy buena calidad |
| 11 | Sexual dysfunction risk and quality of life among women with a history of sexual abuse | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 16 | Muy buena calidad |
| 12 | Recent intimate partner violence is associated with worse sexual function among women veterans | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 16 | Muy buena calidad |
| 13 | Female Sexual Dysfunction and Associated Factors Among Married Women in Bahir Dar, Northwest Ethiopia: A Cross-Sectional Study | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 16 | Muy buena calidad |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------------------|-------------------|
| 14 | Prevalence of Sexual Dysfunction and Domestic Violence During Quarantine of COVID 19 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 16 | Muy buena calidad | |
| 15 | Assessing sexual function in middle-aged sexually active Spanish women: a community-based study focusing on the intimate partner | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 16 | Muy buena calidad |
| 16 | Estudio Transversal: Prevalencia de Disfunción Sexual Femenina y Factores Asociados en Pacientes del Hospital “José Carrasco Arteaga”. | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 16 | Muy buena calidad |
| 17 | La función sexual y violencia en pareja, en una muestra de mujeres ecuatorianas | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 16 | Muy buena calidad |
| 18 | The Effect of Exposure to Sexual Violence on Sexual Dysfunction and Sexual Distress in Pregnant Women | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 16 | Muy buena calidad |
| 19 | Intimate partner violence: a cross sectional study in women treated in the Brazilian Public Health System. | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 16 | Muy buena calidad |
| 20 | Sexual function in women who experienced domestic violence | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 16 | Muy Buena calidad |

Consideraciones éticas

En el desarrollo de la presente investigación, la información recopilada fue utilizada de manera exclusiva en concordancia con los objetivos previamente establecidos, evitando cualquier uso inadecuado o ajeno al propósito del estudio. De igual forma, se respetaron rigurosamente los principios éticos relacionados con el manejo de información científica, asegurando la integridad académica durante todo el proceso investigativo.

En este sentido, se garantizó el respeto a la propiedad intelectual de los autores consultados mediante la correcta citación y referenciación de las fuentes bibliográficas, reconociendo así sus aportes teóricos y empíricos. Además, se procuró que la selección y el uso de la información fueran pertinentes, veraces y confiables, contribuyendo a la validez y credibilidad de los resultados obtenidos en la investigación.

CAPITULO IV.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En este capítulo se presentarán los resultados obtenidos mediante la recopilación de estudios científicos que dan respuesta a los objetivos propuestos en este proyecto:

En la tabla número cuatro se presenta el objetivo: Identificar las principales formas de violencia intrafamiliar que afectan a las mujeres.

En la tabla número cinco se presenta el objetivo: Determinar los tipos de disfunción sexual asociados a la violencia intrafamiliar en mujeres.

Tabla 4**Formas de violencia intrafamiliar que afectan a las mujeres.**

| No | Título/autores/año | Población o muestra | Instrumento de evaluación | Proceso estadístico | Resultados principales |
|-----------|--|---|--|--|---|
| 1 | Efectos de la violencia doméstica sobre los síntomas de la menopausia, la función sexual y la calidad de vida: un estudio transversal (Ferreira et al., 2025). | Estudio transversal entre marzo y octubre de 2023 incluyeron a 700 mujeres de 40 a 65 años residentes de Brazil, que habían o no experimentando violencia doméstica, al aplicar criterios de exclusión se obtuvo una muestra total de 474 mujeres divididas en tres grupos. | Escala de Violencia Doméstica contra la Mujer Escala de Evaluación de la Menopausia (MRS) Índice de Función Sexual Femenina (FSFI) Escala de Calidad de Vida (menopausia) | Uso de estadística descriptiva, mediante tablas de frecuencias absolutas y relativas | La violencia hacia las mujeres es frecuente y ejercida por personas cercanas (74,1%) lo que incrementa el daño emocional al quebrar vínculos de confianza. La violencia psicológica es la más común (38,8%), manifestándose principalmente a través del miedo o la intimidación (57%), los insultos (44,6%), la humillación o el menosprecio con (27,4%) y las amenazas con el (14,9%); seguida de la violencia sexual (34,9%) y la física (21,3%) que incluye empujones, bofetadas y golpes. Además, el (14%) de mujeres premenopáusicas |

| | | | | | |
|---|--|---|--|--|---|
| | | | | | reportó golpes con puños u objetos y un (22,7%) perimenopausias fueron obligadas a mantener relaciones sexuales contra su voluntad. |
| 2 | The Impact of Intimate Male Partner Violence on Women's Sexual Function: A Study in Iran El impacto de la violencia de pareja en la función sexual de las mujeres: un estudio en Irán. (Jamali y Javadpour, 2016) | Estudio de tipo transversal, seleccionaron mujeres que asistieron a clínicas de ginecología en Jahrom (edad entre 16 y 47 años) mediante muestreo por conveniencia, siendo 462 mujeres sin violencia reportada y 351 mujeres que habían sido víctimas de violencia doméstica. | Cuestionario de violencia doméstica Índice de Función Sexual Femenina (FSFI) | Se empleó estadística descriptiva mediante el uso de frecuencias y porcentajes para determinar la prevalencia de la violencia. | La violencia de pareja se manifestó principalmente con la violencia emocional que fue la más frecuente reportada con (31,4%) a través de humillaciones, amenazas, conductas de control y maltrato verbal; violencia física con un (14,3%) incluyendo empujones, golpes u otras agresiones directas, mientras que la sexual con un (10,2%) relacionados con la coerción o imposición de relaciones sexuales. |
| 3 | Intimate partner violence and sexual dysfunction in | Estudio transversal y observacional. Incluyó a 105 mujeres (50 árabes | Cuestionario de Violencia de Pareja Índice de Función Sexual | Se empleó estadística descriptiva mediante el uso de frecuencias y | Se identificó una alta prevalencia de violencia de pareja, principalmente de |

| | | | | |
|---|---|---|---|--|
| <p>women admitted to an outpatient psychiatric clinic Does culture affect outcomes?</p> | <p>y 55 turcas) de entre 18 y 50 años, con pareja, atendidas en servicios de salud.</p> | <p>Femenina (FSFI) Ficha sociodemográfica</p> | <p>porcentajes para las variables sociodemográficas y tipos de violencia.</p> | <p>tipo psicológica y sexual. Las mujeres reportaron violencia psicológica, física y sexual, siendo la psicológica la más prevalente. Los resultados muestran que el (62,6%) de las mujeres reportó haber experimentado violencia psicológica, manifestada a través de insultos, humillaciones, amenazas y conductas de control por parte de la pareja. La violencia física fue reportada por el (37,3%), incluyendo agresiones como empujones, golpes o uso de la fuerza, mientras que la violencia sexual afectó al (26,6%), relacionada con la imposición o coerción de relaciones sexuales no consentidas.</p> |
| <p>Violencia de pareja y disfunción sexual en mujeres ingresadas en una clínica ambulatoria de psiquiatría ¿La cultura afecta los resultados? (Kendirlioglu y Gundogdu 2024).</p> | | | | |

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| <p>4 Violence and sexual dysfunction among infertile Egyptian women.</p> <p>Violencia y disfunción sexual entre mujeres egipcias infértiles (Ghoneim et al., 2021)</p> | <p>Mujeres con problemas de infertilidad (primaria o secundaria). 306 mujeres infértiles y 332 mujeres fértiles</p> | <p>Cuestionario de Abuso Doméstico NorVold (NORAQ)</p> <p>Índice de Función Sexual Femenina (FSFI)</p> | <p>Se empleó estadística descriptiva mediante el uso de frecuencias y porcentajes para la exposición a la violencia y sus tipos.</p> | <p>Se evidencia que las manifestaciones de violencia intrafamiliar que impactan a las mujeres abarcan principalmente el maltrato psicológico, las agresiones físicas y la violencia sexual, presentándose con alta frecuencia dentro de la relación de pareja. El maltrato psicológico constituye la expresión más recurrente (58,7%), caracterizándose por dinámicas de descalificación, control, intimidación y abuso verbal. Por su parte, las agresiones físicas afectaron al (33,1%) de las participantes, incluyendo el uso de la fuerza corporal como empujones o golpes, mientras que la violencia sexual fue reportada por el (24,6%), asociada a</p> |
|--|---|--|--|--|

situaciones de imposición o presión para mantener contacto sexual no deseado.

| | | | | | |
|---|--|---|---|---|--|
| 5 | <p>Incidence of Violence and Sexual Dysfunction among Infertile Women Attending Women's Health Hospital, Assiut University.</p> <p>Incidencia de violencia y disfunción sexual entre mujeres infértiles que asisten al Hospital de Salud de la Mujer de la Universidad de Assiut (Fawzy et al., 2024).</p> | <p>Mujeres infértiles que asistieron a la clínica ginecológica ambulatoria y a la unidad de Tecnología de Reproducción Asistida (TRA) del Hospital de Salud de la Mujer de la Universidad de Assiut, Egipto, la muestra fue intencional de 60 mujeres infértiles, con edades entre 18 y 45 años, reclutadas entre enero y julio de 2023</p> | <p>Escala de Violencia Doméstica para Mujeres de la OMS</p> <p>Cuestionario de entrevista estructurada</p> <p>Índice de Función Sexual Femenina (FSFI), versión árabe</p> | <p>Los datos fueron codificados y analizados mediante el paquete estadístico SPSS versión 26, utilizando análisis descriptivos frecuencias y porcentajes.</p> | <p>Se identificó que el (85%) de las mujeres infértiles evaluadas manifestó haber experimentado algún tipo de violencia. La forma más frecuente fue la violencia emocional, presente en el (88,2%) de las participantes, al igual que la conducta controladora por parte de la pareja. En menor proporción se identificó la violencia física y la violencia sexual, ambas con una prevalencia del (16,7%).</p> |
| 6 | <p>Prevalence of sexual dysfunction and domestic</p> | <p>Mujeres adultas que residían en el país de estudio durante el</p> | <p>Cuestionario de Violencia Doméstica (basado en la OMS)</p> | <p>El análisis de los datos se realizó mediante el programa SPSS,</p> | <p>Los resultados evidencian que el (31,5%) de las mujeres encuestadas</p> |

| | | | | |
|--|---|---|---|--|
| <p>violence during the COVID-19 quarantine</p> <p>Prevalencia de la disfunción sexual y la violencia doméstica durante Cuarentena de COVID 19 (Shaimaa et al., 2023).</p> | <p>período de cuarentena por COVID-19, con vida en pareja o relación afectiva vigente La Muestra estuvo conformada de 368 mujeres, seleccionadas mediante muestreo no probabilístico, que aceptaron participar de forma voluntaria a través de un cuestionario en línea</p> | <p>Cuestionario sociodemográfico Índice de Función Sexual Femenina (FSFI)</p> | <p>utilizando estadística descriptiva frecuencias y porcentajes.</p> | <p>experimentó algún tipo de violencia doméstica durante el período de cuarentena por COVID-19. La forma más frecuente fue la violencia psicológica, reportada por el (29,3%) de las participantes, seguida de la violencia física, presente en el (8,4%), y la violencia sexual, identificada en el (6,5%) de los casos</p> |
| <p>7 Recent intimate partner violence is associated with worse sexual function among women veterans.</p> <p>La violencia de pareja reciente se asocia con una peor función sexual entre las mujeres veteranas.</p> | <p>La población estaba conformada por mujeres veteranas de Estados Unidos, de 141 mujeres veteranas que forman parte de un estudio longitudinal nacional realizado en línea. Los datos fueron recolectados como parte de una encuesta web con varios puntos temporales, y la muestra fue seleccionada desde</p> | <p>Intimate partner violence (IPV) Cuestionarios de salud sexual autorreportados,</p> | <p>Se empleó estadística descriptiva mediante el uso de frecuencias y porcentajes para las variables sociodemográficas y la presencia de violencia de pareja.</p> | <p>Se muestra que una proporción relevante de las mujeres veteranas reportó haber experimentado violencia de pareja reciente, siendo la violencia psicológica la forma más frecuente, mientras que la violencia física y la violencia sexual se presentaron en porcentajes considerablemente menores.</p> |

| | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|
| | (Livingston et al., 2026). | un grupo más amplio de participantes. | | | |
| 8 | Estudio Transversal: Prevalencia de Disfunción Sexual Femenina y Factores Asociados en Pacientes del Hospital “José Carrasco Arteaga” (Matute et al., 2016). | Muestra probabilística aleatoria simple en pacientes que asisten al departamento de Ginecología y Obstetricia del hospital “José Carrasco Arteaga”, resultando un total de 303 mujeres entre 20 y 59 años | Cuestionario de antecedentes de violencia intrafamiliar (registro de violencia psicológica, física y sexual) Índice de Función Sexual Femenina (IFSF / FSFI) | El análisis estadístico se llevó a cabo con estadística descriptiva uso de frecuencias absolutas y relativas. | Los resultados evidenciaron que la totalidad de las mujeres evaluadas había experimentado al menos un tipo de violencia intrafamiliar, siendo la violencia psicológica la más prevalente, seguida por la violencia física y, en menor proporción, la violencia sexual. Se observó que muchas participantes reportaron la coexistencia de más de un tipo de violencia, lo que refleja la naturaleza acumulativa y persistente del maltrato intrafamiliar en esta población. |
| 9 | Sexual function in women who experienced domestic violence | La población estuvo conformada por mujeres en edad fértil que residían en distritos de | Cuestionario de violencia doméstica Índice de Función Sexual Femenina (FSFI) | El análisis estadístico incluyó estadística descriptiva frecuencias y porcentajes para estimar la | Existe una prevalencia de violencia doméstica del (11,2%) en la muestra total. La violencia psicológica |

| | | | | | |
|----|---|--|--|---|--|
| | Función sexual en mujeres que experimentaron Violencia doméstica (Hastuti et al., 2019). | Pontianak y Kubu Raya, Indonesia. La muestra fue de 330 mujeres, seleccionadas mediante muestreo multietápico por conglomerados, provenientes de 10 centros de salud públicos. Se incluyeron mujeres de 17 a 45 años, casadas y que aceptaron participar voluntariamente en el estudio | | prevalencia de violencia doméstica. | fue la más frecuente (10,9%), seguida de la física (8,2%), la verbal (7%) y la sexual (5,8%). El análisis bivariado evidenció una relación estadísticamente significativa entre la violencia doméstica y los resultados evaluados. Las mujeres que experimentaron violencia doméstica presentaron un riesgo 3,12 veces mayor de presentar consecuencias asociadas en comparación con aquellas que no reportaron violencia. |
| 10 | Intimate partner violence: a cross-sectional study in women treated in the Brazilian Public Health System. Violencia de pareja: un estudio | Estudio descriptivo y transversal que incluyó a 343 mujeres atendidas en el Sistema Público de Salud de Brasil en una ciudad rural del noreste de Brasil. | Cuestionario de Violencia contra la Mujer de la Organización Mundial de la Salud (WHO-VAW). Cuestionario sociodemográfico | Los datos fueron procesados y analizados con el programa SPSS. Se utilizaron estadísticos descriptivos media, desviación estándar, frecuencias y porcentajes. | Se encontró alta prevalencia de violencia de pareja entre las mujeres estudiadas, siendo la violencia psicológica la más frecuente (52,9%), seguida de la violencia física (30,5%) y la violencia sexual (12,3%). |

transversal en mujeres atendidas en el Sistema Público de Salud brasileño (Formiga et al., 2021).

Las principales manifestaciones de violencia psicológica incluyeron insultos, humillaciones e intimidaciones, mientras que en la violencia física predominaron empujones y bofetadas, y en la violencia sexual se reportaron relaciones sexuales forzadas o realizadas por miedo a la pareja. El abuso de alcohol y los celos fueron identificados como los principales factores desencadenantes, y se observó que un mayor nivel educativo de las mujeres y sus parejas actuó como factor protector frente a la violencia.

En la tabla 4 se aborda el primer objetivo del presente estudio, orientado a identificar los principales tipos de violencia que afectan a las mujeres. Los resultados evidencian que la violencia psicológica constituye la forma de maltrato más frecuente, seguida de la violencia física y en menor proporción la violencia sexual. Este patrón se confirma en diversos estudios analizados, como el de Ferreira et al. (2025), donde la violencia psicológica alcanza un 38,8%, manifestándose principalmente a través del miedo o la intimidación 57%, insultos 44,6%, humillación 27,4% y amenazas 14,9%. De manera similar, Kendirlioglu y Gundogdu (2024) reportan una prevalencia del 62,6% de violencia psicológica, mientras que Formiga et al. (2021) identifican un 52,9 %, consolidando así la evidencia de que esta forma de violencia es la más recurrente en distintos contextos socioculturales. Estas manifestaciones generan un impacto significativo en la salud integral de las mujeres, afectando especialmente su bienestar emocional y su percepción de autonomía.

El análisis revela una alta prevalencia de violencia en mujeres, evidenciando que una proporción significativa ha experimentado al menos un tipo violencia. Se observa que en numerosos casos existe la coexistencia de múltiples formas de maltrato, lo que confirma la violencia intrafamiliar como un fenómeno de carácter acumulativo. Dicha dinámica se evidencia en estudios como el de Ghoneim et al. (2021), donde el 58,7% de las mujeres reporta violencia psicológica, el 33,1% violencia física y el 24,6% violencia sexual, reflejando la superposición de distintos tipos de violencia. Otros estudios, dicha situación alcanza niveles especialmente preocupantes, como en el estudio realizado por Fawzy et al. (2024), con un 85% reportado de casos de violencia, así como la totalidad de los casos en Matute et al. (2016). En consecuencia, esta acumulación intensifica negativamente el maltrato y se asocia con una mayor afectación del bienestar físico y emocional, reforzando la necesidad de comprender la violencia hacia la mujer como un fenómeno complejo, progresivo y multidimensional.

Estos resultados son consistentes con lo señalado por Hastuti et al. (2019), quienes reportan que la violencia psicológica es la más frecuente 10,9%, seguida de la física 8,2% y la sexual 5,8%, además de evidenciar un mayor riesgo en mujeres expuestas a violencia. De manera similar, Jamali y Javadpour (2016) identifican que la violencia emocional alcanza un 31,4%, superando a la física 14,3% y la sexual 10,2%, lo que reafirma la predominancia de esta forma de maltrato. Su elevada frecuencia puede explicarse por su carácter menos visible y socialmente normalizado al favorecer su persistencia en el tiempo y la dificultad de su identificación o denuncia.

En contraste, algunos estudios muestran variaciones en la distribución de los tipos de violencia según el contexto. Por ejemplo, Hasen et al. (2024) reportan una alta presencia de violencia sexual 34,9%, incluso superior a la física 21,3%, mientras que durante la pandemia por COVID-19, Shaimaa et al. (2023) identifican una menor prevalencia general 31,5%, con predominio de la violencia psicológica 29,3% frente a la física 8,4% y sexual 6,5%. Estas diferencias sugieren que la prevalencia y expresión de la violencia pueden variar en función de factores contextuales, como crisis sanitarias, condiciones socioeconómicas, redes de apoyo y características culturales e influye en la forma en que la violencia se manifiesta y es reportada.

En conjunto, estos hallazgos permiten profundizar en la comprensión de la violencia contra las mujeres, evidenciando que, aunque la violencia psicológica es la más prevalente, su impacto no debe subestimarse, debido a que constituye una base sobre la cual pueden desarrollarse otras formas de maltrato. De igual manera, se reafirma la importancia de analizar la violencia desde una perspectiva integral, considerando tanto su frecuencia como la interacción entre sus distintas manifestaciones y el contexto en el que se produce.

Desde una perspectiva teórica, la predominancia de la violencia psicológica puede explicarse por su carácter menos visible y socialmente normalizado, al favorecer su persistencia en el tiempo y dificulta su identificación temprana. Este tipo de violencia suele establecer las bases para otras formas de maltrato, debilitando progresivamente la autoestima, autonomía y la percepción de seguridad de las mujeres (Walker, 2009, como se citó en Cuervo y Martínez, 2013).

Los resultados ponen de manifiesto la importancia de fortalecer los procesos de identificación y abordaje de la violencia en los contextos de atención a mujeres, considerando no solo las manifestaciones físicas, sino también aquellas formas de maltrato que, aunque son menos evidentes, generan consecuencias profundas y sostenidas en la vida de las mujeres.

Tabla 5**Tipos de disfunción sexual asociados a la violencia intrafamiliar en mujeres.**

| No | Título/autores/año | Población o muestra | Instrumento de evaluación | de | Proceso estadístico | Resultados principales |
|-----------|---|--|--|---------------|---|---|
| 1 | Sexual dysfunction risk and quality of life among women with a history of sexual abuse Riesgo de disfunción sexual y calidad de vida en mujeres con antecedentes de abuso sexual (Carreiro et al., 2016) | Muestreo probabilístico en pacientes que asisten a una clínica de planificación familiar resultando 2112 pacientes de los cuales al aplicar criterios de exclusión e inclusión quedaron un total de 174 mujeres de 18 a 49 años. | no en Femenina Cuestionario autoadministrado de 19 ítems (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor) Cuestionario demográfico y de historia clínica (incluye antecedente de abuso sexual). WHOQOL-BREF: cuestionario de calidad de vida en dominios físico, psicológico, social y ambiental. | Sexual (FSFI) | Se emplearon pruebas de asociación no paramétricas: chi-cuadrado con corrección de continuidad y prueba exacta de Fisher para variables categóricas, y U de Mann-Whitney para comparar diferencias entre grupos independientes. | Las mujeres con antecedentes de abuso sexual presentaron una proporción significativa de riesgo en disfunción sexual (58%) en comparación con aquellas que no reportaron este tipo de antecedentes (23%). Entre las alteraciones más frecuentes se encontró la dispareunia, presente en (12%) de los casos. Lo que confirma que la violencia sexual constituye un factor de riesgo para el desarrollo de alteraciones sexuales que afectan dominios de la respuesta sexual; deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y presencia de dolor. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 | <p>Estudio transversal: Prevalencia de Disfunción sexual Femenina y Factores asociados en pacientes del Hospital “José Carrasco Arteaga” (Matute et al., 2016)</p> | <p>Muestra probabilística aleatoria simple en pacientes que asisten al departamento de Ginecología y Obstetricia del hospital “José Carrasco Arteaga”, resultando un total de 303 mujeres entre 20 y 59 años.</p> | <p>Índice de Función Sexual Femenina (FSFI) Cuestionario de Cambios en la Función Sexual, orientado a evaluar dimensiones como deseo sexual, frecuencia, excitación, placer y orgasmo.</p> | <p>Se utilizó la prueba de chi-cuadrado de Pearson para analizar la asociación entre la presencia de disfunción sexual y factores asociados.</p> | <p>Las mujeres que han estado expuestas a violencia de pareja presentaron diversas alteraciones en la función sexual como; disminución del deseo, dificultades en la excitación, reducción del placer y problemas para alcanzar el orgasmo. Dichas alteraciones tienden a intensificarse conforme aumente la severidad de la violencia.</p> |
| 3 | <p>Comparison of sexual dysfunction in women who were or were not victims of sexual violence</p> <p>Comparación de la disfunción sexual en mujeres que fueron o no víctimas de violencia sexual</p> | <p>Muestreo no probabilístico por conveniencia en pacientes registradas en la clínica ambulatoria del hospital Riveiro Preto entre 2004 y 2017, resultando un total de 1010 pacientes de los cuales al aplicar criterios de inclusión y exclusión quedaron un total de 610 personas para el estudio</p> | <p>Entrevista semiestructurada cara a cara para evaluar problemas sexuales. Cuestionario semiestructurado que recopila datos sociodemográficos, clínicos, historia sexual, relación de pareja y violencia sexual.</p> | <p>Se aplicó la prueba de chi-cuadrado de Pearson para evaluar la asociación entre antecedentes de violencia sexual y tipos de disfunción sexual.</p> | <p>Las mujeres que han sido víctimas de violencia sexual ejercidas por personas de su entorno cercano presentan mayor disfunción sexual en comparación con el grupo control, al mostrar tasas elevadas de trastorno de deseo sexual (71,6% vs. 59,8%), anorgasmia (20,3% vs. 7,19%) y disfunción orgásmica (51,15% vs. 39,61%), así</p> |

| | | | | | |
|---|--|--|---|---|--|
| | (Figueira et al., 2021) | | | | como menor satisfacción sexual, menor deseo y excitación (39,6%). |
| 4 | La función sexual y violencia en pareja, en una muestra de mujeres ecuatorianas (Yerovi Guevara, M y Pinos Montenegro, 2021) | Muestra constituida por 255 mujeres, con edades comprendidas entre 18 y 65 años, quienes reportaron experiencias de violencia de pareja en diferentes niveles de severidad. La selección se realizó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, considerando criterios de inclusión relacionados con la vida en pareja y la experiencia de violencia. | Cuestionario de Cambios en la Función Sexual, orientado a evaluar dimensiones como deseo sexual, frecuencia, excitación, placer y orgasmo. Índice de Severidad de Violencia en la Pareja, utilizado para identificar la presencia y el nivel de violencia ejercida contra las mujeres (violencia psicológica, física y sexual). | Se emplearon estadística descriptiva, análisis de asociación entre variables mediante estadística inferencial, chi-cuadrado y comparaciones de medias, orientados a determinar la relación entre severidad de violencia y función sexual. | Las mujeres víctimas de violencia de pareja presentaron alteraciones significativas en la función sexual, identificándose principalmente los siguientes tipos de disfunción sexual: disminución o ausencia del deseo sexual dificultades en la excitación sexual, reducción del placer y problemas para alcanzar el orgasmo, incluyendo anorgasmia. Además, se observó que, a mayor severidad de la violencia, mayor afectación de las diferentes dimensiones de la función sexual, lo que confirma que la violencia de pareja constituye un factor asociado al desarrollo y mantenimiento |

| | | | | | | |
|---|--|--|--|---|--|--|
| | | | | | | de múltiples disfunciones sexuales. |
| 5 | The Impact of Intimate Male Partner Violence on Women's Sexual Function: A study in Iran El impacto de la violencia de pareja en la función sexual de las mujeres (Jamali y Javadpour, 2016). | Se seleccionaron 813 mujeres que asistieron a clínicas de ginecología en Jahrom (edad entre 16 y 47 años) mediante muestreo por conveniencia, siendo 462 mujeres sin violencia reportada y 351 mujeres que habían sido víctimas de violencia doméstica | Índice de Función Sexual Femenina (FSFI) Cuestionario sociodemográfico y de violencia doméstica, | Estadística descriptiva (frecuencia, porcentaje, media y desviación estándar) Prueba t de Student Regresión logística | | El (86,8%) de la muestra presentó disfunción sexual, siendo más frecuente en mujeres maltratadas, quienes obtuvieron puntuaciones significativamente más bajas en todos los dominios de la función sexual en comparación con las no maltratadas. Específicamente, se observaron alteraciones en el deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor lo que evidencia que la violencia intrafamiliar se asocia de manera significativa con múltiples tipos de disfunción sexual, |
| 6 | Sexual function in women who experienced domestic violence | La muestra estuvo conformada por 330 mujeres casadas, con edades entre 17 y 45 | Índice de Función sexual femenina (FSFI) Instrumento de medición de violencia doméstica | Se aplicó la prueba de chi-cuadrado de Pearson para determinar la asociación entre violencia doméstica | | El (37,6%) de las mujeres evaluadas que habían experimentado violencia doméstica mostraron un |

| | | | | | |
|---|---|---|--|--|---|
| | Función Sexual en mujeres que experimentaron Violencia domestica (Hastuti et al., 2019) | años de un centro de salud pública, seleccionadas mediante un muestreo multietápico por conglomerados. | | y riesgo de disfunción sexual. | riesgo significativo mayor de presentar disfunción sexual al presentar un riesgo casi 7 veces mayor de alteraciones como; disminución en el deseo, dificultad en la excitación, lubricación, orgasmo y presencia de dolor durante las relaciones sexuales. |
| 7 | Violence and sexual dysfunction among infertile Egyptian women Violencia y disfunción Sexual ente mujeres egipcias infértiles (Ghoneim et al., 2021) | La muestra estuvo conformada por 200 mujeres casadas, distribuidas en dos grupos: 100 mujeres infértiles atendidas en la clínica y 100 mujeres fértiles que conformaron el grupo control en edades entre 18 a 45 años, mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. | Índice de Función sexual femenina (FSFI) Instrumento de medición de violencia doméstica | Se emplearon estadística descriptiva Prueba t Chi-cuadrado Regresión lineal múltiple: evaluar factores asociados a dominios de la función sexual Regresión logística binaria: identificar factores de riesgo de violencia Nivel de significancia: $p \leq 0,05$ | Los resultados evidencian que la disfunción sexual estuvo presente en la población estudiada, observándose además que las mujeres expuestas a violencia intrafamiliar, (35,29% en mujeres infértiles y 40,36% en fértiles) se identificaron principalmente alteraciones en la excitación y la satisfacción sexual, las cuales mostraron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,001$ y |

| | | | | | |
|---|--|--|---|--|--|
| | | | | | p = 0,003 respectivamente), mientras que también se evidenciaron problemas en el deseo, orgasmo y funcionamiento sexual global y se asocia con un deterioro significativo en diversas fases de la respuesta sexual femenina, afectando de manera directa el bienestar sexual de las mujeres. |
| 8 | The correlation between sexual dysfunction and intimate partner violence in young women during pregnancy | La muestra estuvo conformada por 346 mujeres embarazadas jóvenes entre 18 y 29 años, mediante un muestreo por conglomerados de dos etapas. | Índice de Función sexual femenina (FSFI) Escala de tácticas de conflicto (CTS2) Cuestionario sociodemográfico | Estadística descriptiva Prueba de chi-cuadrado Regresión logística binaria multivariante (incluyendo OR e IC 95%). | La disfunción sexual tuvo una prevalencia del (66%) en las mujeres violentadas, confirmándose que las mujeres expuestas a violencia presentaban mayor probabilidad de disfunción sexual (OR=0,4; IC 95%: 0,2–0,6; p<0,001), lo que demuestra que los distintos tipos de violencia intrafamiliar están significativamente |
| | La correlación entre disfunción sexual y la violencia de pareja en mujeres jóvenes | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|--|---|--|---|--|
| | durante el embarazo (Bahrami-Vazir et al., 2020) | | | | | asociados a la presencia de disfunción sexual. |
| 9 | Intimate partner violence and sexual dysfunction in women admitted to psychiatry outpatient clinic Does culture affect outcomes? Violencia de pareja y disfunción sexual en mujeres ingresadas en una clínica ambulatoria de psiquiatría ¿La cultura afecta los resultados? (Kok y Gundogdu, 2024) | La muestra estuvo conformada por 105 mujeres entre 18 y 50 años mediante un muestreo probabilístico seleccionadas por disponibilidad y criterios clínicos. | Galombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS) evalúa disfunción sexual en mujeres con subdimensiones; evitación, satisfacción, comunicación sexual, sensualidad, frecuencia de relaciones, vaginismo y anorgasmia. | Se empleó estadística descriptiva Análisis correlacional (coeficientes de correlación) Análisis univariante Pruebas de significancia estadística ($p < 0,05$) | Los resultados evidencian que las mujeres que han experimentado al menos un tipo de violencia intrafamiliar se asocian con la disfunción sexual ($p < 0,05$), siendo la violencia sexual la más relacionada, con los principales tipos de disfunción como; evitación de relaciones sexuales, insatisfacción, la falta de comunicación sexual, disminución del deseo y la anorgasmia, lo que refleja un impacto negativo directo de la violencia en la función sexual femenina. Además, las mujeres árabes presentaron puntuaciones significativamente más altas en problemas de | |

comunicación sexual, insatisfacción y anorgasmia que las mujeres turcas.

| | | | | | |
|----|--|---|---|--|--|
| 10 | <p>Female Sexual Dysfunction and Associated Factors Among married women in Bahir Dar, Northwest Ethiopia: A Cross-Sectional Study</p> | <p>La muestra estuvo conformada por 583 mujeres casadas mediante un muestreo aleatorio multiepático probabilístico.</p> | <p>Indice de Función Sexual femenina (FSFI). Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9): Evalúa depresión Cuestionario estructurado</p> | <p>Se empleó regresión logística bivariada y multivariable, estimando odds ratio (OR) para evaluar factores asociados a disfunción sexual.</p> | <p>El (51,8%) de mujeres casadas presentaron cambios significativos en su función sexual los cuales se manifiestan con un (53,9%) trastornos de lubricación, seguido de dispareunia (48,5%) lo que refleja una afectación predominante en las fases de respuesta sexual a causa de la violencia sexual dentro de la relación de pareja, además la circuncisión femenina entendida una práctica tradicional constituida una forma de violencia sexual por parte de los padres y con mayor frecuencia trastornos de disfunción sexual como menor</p> |
| | <p>Disfunción Sexual femenina y factores asociados entre mujeres casadas en Bahir Dar, noreste de Etipophia: un estudio transversal (Haile et al., 2025)</p> | | | | |

satisfacción y disminución del deseo al relacionarlos con experiencias sexuales como amenazantes y dolorosas que pueden agravarse.

| | | | | | |
|----|--|---|--|---|---|
| 11 | <p>The Effect of Exposure to Sexual violence on sexual Dysfunction and sexual Distress in pregnant women</p> <p>El efecto de la exposición a la violencia sexual sobre la disfunción sexual y la angustia sexual en mujeres embarazadas</p> <p>(Alan y Cankaya 2020)</p> | <p>La población de estudio estuvo conformada por 618 mujeres embarazadas y al aplicar criterios de inclusión la muestra final fue de 605 mujeres mayores de 18 años que acudieron al Hospital de la Facultad de Medicina de Meram</p> | <p>Índice de Función Sexual femenina (FSFI). Formulario estructurado de recolección de datos</p> | <p>Se utilizó regresión logística para determinar la asociación entre exposición a violencia y disfunción sexual.</p> | <p>La alta prevalencia de disfunción sexual en mujeres expuestas a violencia fue más de la mitad de las participantes al presentar disfunción sexual (55,17%). Las alteraciones más frecuentes son deseo sexual (76,6%), excitación (79,1%) y la satisfacción sexual (68,7%), problemas en lubricación (69,3%) y el orgasmo (58,2%), que refleja un impacto en todas las fases de la respuesta sexual femenina, además de reportar angustia sexual clínicamente significativa (92,6%), asociada a</p> |
|----|--|---|--|---|---|

experiencias previas de violencia.

| | | | | | |
|----|--|--|--|--|---|
| 12 | Assessing sexual function in middle-aged sexually active Spanish women: a community-based study focusing on the intimate partner Evaluación de la función sexual en mujeres españolas sexualmente activa de mediana edad: un estudio comunitario centrado en la pareja íntima (Martínez-Madrid et al., 2021) | La muestra estuvo conformada por 187 mujeres entre edades de 40 y 59 años atendidas en centros de atención primaria de salud | Índice de Función Sexual femenina (FSFI). Woman Abuse Screening Tool (WAST): para la detección de violencia intrafamiliar | Se aplicaron chi-cuadrado de Pearson para asociación entre variables categóricas, U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis para comparación entre grupos, y regresión lineal para analizar relaciones predictivas. | La muestra evaluada representa un (33,16%) de disfunción sexual femenina sin embargo existe un incremento significativo hasta (87,9%) en mujeres con violencia intrafamiliar al presentar alteraciones en las distintas fases de la respuesta sexual como: deseo, excitación, orgasmo, satisfacción y dolor frente a un (21,4%) que presentan disfunción sexual en ausencia de cualquier tipo de violencia. |
| 13 | The overlooked relationship between subtle partner sexual | La muestra estuvo conformada por 80 mujeres de 20 a 65 años que solicitaron ingreso | Índice de Función Sexual femenina (FSFI). | Estadística descriptiva Pruebas de asociación (chi-cuadrado) | Los resultados muestran que un alto porcentaje de mujeres expuestas a violencia física o sexual |

| | | | | |
|--|---|--|---|--|
| <p>violence and sexual dysfunction</p> <p>La relación que se pasa por alto entre violencia sexual sutil de pareja y la disfunción sexual (Guvenc et al., 2022)</p> | <p>consecutivo a la clínica ambulatoria del centro de Educación e Investigación en Psicoterapia y un grupo control de 175 voluntarias seleccionadas aleatoriamente por el hospital, mediante un muestreo probabilístico por conveniencia.</p> | <p>Escala de detección de violencia sexual sutil de pareja</p> | <p>Modelos de regresión logística para estimar la relación entre violencia de pareja y problemas sexuales</p> | <p>presentaron significativamente más problemas en su vida sexual asociados a insatisfacción sexual, dificultades en las relaciones sexuales y disminución del interés o deseo, observándose que las mujeres expuestas a violencia tenían entre 1,5 y 2 veces más probabilidad de presentar estos problemas (OR > 1).</p> |
|--|---|--|---|--|

En relación con el segundo objetivo específico del presente estudio, orientado a determinar los tipos de disfunción sexual asociados a la violencia intrafamiliar en mujeres, los resultados sintetizados en la Tabla 5 evidencian de manera consistente que la violencia ejercida dentro del ámbito familiar se asocia con múltiples disfunciones sexuales, que afecta de forma significativa todas las fases de la respuesta sexual femenina. Los estudios analizados muestran una alta prevalencia de alteraciones en el deseo sexual, excitación, lubricación, el orgasmo, la satisfacción sexual y la presencia de dolor durante las relaciones sexuales, confirmando que la disfunción sexual constituye una consecuencia de la violencia intrafamiliar.

De manera específica, Carreiro et al. (2016) reportan que el 58% de las mujeres con antecedentes de abuso presentan riesgo de disfunción sexual, destacándose la dispareunia con 12% y una afectación generalizada de los dominios evaluados por el (FSFI), incluyendo deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor que concuerda con los resultados de Figueira et al. (2021), quienes identifican en mujeres víctimas de violencia sexual, frecuentemente perpetradas por personas cercanas al núcleo familiar, tasas elevadas de trastorno del deseo sexual 71,6%, anorgasmia 20,3% y disfunción orgásmica 51,15%, así como una marcada reducción del deseo, la excitación y la satisfacción sexual. De manera similar Guvenc et al. (2022) señala la presencia de trastornos del deseo en féminas víctimas de violencia que alcanzan un 70% de afectación en la respuesta sexual y en algunos contextos clínicos deja de considerarse como una experiencia placentera.

Los estudios realizados en contextos latinoamericanos, como el de Matute et al. (2016); Yerovi y Pinos (2021), evidencian que las mujeres expuestas a violencia de pareja presentan principalmente disminución o ausencia del deseo sexual, dificultades en la excitación, reducción del placer y problemas para alcanzar el orgasmo. Autores señalan que la severidad de la violencia se relaciona directamente con el grado de afectación de la función sexual, lo que indica un incremento del maltrato sobre la salud sexual femenina. De igual forma, Jamali y Javadpour (2016) reportan puntajes significativamente más bajos en todas las dimensiones del FSFI en mujeres víctimas de violencia, confirmando un deterioro generalizado de la función sexual.

En contextos asiáticos y africanos, los hallazgos mantienen la misma tendencia. Hastuti et al. (2019) señalan que el 37,6% de las mujeres que experimentan violencia doméstica presentan un riesgo significativamente mayor de disfunción sexual, particularmente asociado a violencia sexual, con afectación en el deseo, la excitación, lubricación, el orgasmo y la presencia de dolor. Así como Ghoneim et al. (2021) identifican en mujeres egipcias infértiles víctimas de violencia una mayor severidad de disfunción sexual, principalmente en los dominios de excitación y satisfacción sexual. En el estudio de Haile et al. (2025), el 51,8% de las mujeres casadas presenta disfunción sexual, destacándose trastornos de lubricación 53,9% y dispareunia 48,5%, asociados tanto a violencia sexual conyugal como a prácticas tradicionales tal como la circuncisión femenina, comprendida como una forma de violencia sexual intrafamiliar con efectos persistentes sobre la vivencia sexual.

En mujeres embarazadas, los resultados muestran una elevada prevalencia de disfunción sexual asociada a violencia. Bahrami-Vazir et al. (2020) reportan que el 66% de las mujeres embarazadas jóvenes presentan disfunción sexual, siendo los dominios más afectados el deseo y la satisfacción sexual. Además, Alan y Cankaya (2020) encuentran que el 55,17%

de las mujeres embarazadas expuestas a violencia sexual presentan disfunción sexual con altas prevalencias de alteraciones en deseo 76,6%, excitación 79,1%, satisfacción 68,7%, lubricación 69,3% y orgasmo 58,2%, lo que evidencia la estrecha relación entre disfunción sexual y violencia psicológica.

Desde una perspectiva teórica, estos resultados se explican a partir del impacto psicológico de la violencia intrafamiliar, que interfiere de manera directa con los procesos emocionales, cognitivos y relacionales implicados en la respuesta sexual. Autores como Kaplan en el 1998 (como citó Arango, 2017) y Romero (2018) señalan que el miedo, la ansiedad, la hipervigilancia, la pérdida de autoestima y la percepción de amenaza constante alteran principalmente el deseo y la excitación sexual, generando posteriormente dificultades orgásmicas, disminución de la satisfacción y dolor durante las relaciones sexuales. La violencia psicológica y sexual, al afectar la percepción del cuerpo y la vivencia de la intimidad, favorece la cronificación de estas disfunciones.

Algunas limitaciones metodológicas presentes en los estudios analizados como el tipo de muestra no probabilístico, diseños transversales y de la dependencia recurrentes de autoinformes puede introducir sesgos en torno a la violencia, por tal motivo es necesario investigaciones longitudinales que permitan analizar la evolución de la disfunción sexual a lo largo del tiempo y la respuesta que se puede obtener en las intervenciones terapéuticas.

En conjunto, los resultados de la Tabla 5 confirman que las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar presentan una alta prevalencia y diversidad de disfunciones sexuales, predominando la disminución del deseo sexual, dificultades en la excitación, la disfunción orgásmica, reducción de la satisfacción sexual y la dispareunia. Estos hallazgos responden de manera directa al objetivo planteado y refuerzan la necesidad de abordar la disfunción sexual como una consecuencia integral de la violencia intrafamiliar, con profundas implicaciones en la salud mental-sexual y el bienestar psicológico de las mujeres.

CAPÍTULO V.

5. CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- En función de los hallazgos obtenidos el análisis realizado permite comprender que la violencia intrafamiliar constituye una problemática compleja que repercute de manera amplia en la vida de las mujeres, afectando no solo su integridad física y emocional, sino también dimensiones esenciales de su bienestar personal como lo es la sexualidad que llega a generar consecuencias significativas y afectaciones en diversas áreas que se ven comprometidas.
- La violencia psicológica constituye la forma de maltrato más predominante en mujeres, superando a la violencia física y sexual en diversos contextos socioculturales. Esta tipología se manifiesta principalmente a través de conductas como intimidación, humillación, amenazas e insultos, las cuales generan un impacto profundo en el bienestar emocional y la autonomía de las mujeres. Se evidencia que la violencia intrafamiliar no ocurre de manera aislada, sino que frecuentemente se presenta de forma simultánea en múltiples tipos, configurando un fenómeno acumulativo y progresivo que intensifica sus efectos negativos.
- Las mujeres expuestas a violencia intrafamiliar presentan una elevada frecuencia de alteraciones en su función sexual, que se asocian principalmente a dificultades en el deseo, la excitación, la lubricación, el orgasmo, la satisfacción y la presencia de dolor durante las relaciones sexuales. Estas afectaciones se relacionan con el impacto emocional derivado de las experiencias de violencia los cuales interfieren en la vivencia de la sexualidad. De este modo, la disfunción sexual se configura como una manifestación frecuente en mujeres víctimas de maltrato, reflejando un deterioro significativo en su bienestar íntimo.

RECOMENDACIONES

- Se considera imprescindible que futuras investigaciones incorporen diseños longitudinales que permitan examinar de manera más precisa la evolución y persistencia de la disfunción sexual en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar a lo largo del tiempo, estos estudios deberán profundizar en el análisis de los efectos diferenciados y acumulativos de la violencia psicológica, física y sexual sobre cada una de las fases de la respuesta sexual femenina, con el fin de comprender mejor su impacto y orientar intervenciones más específicas y efectivas.
- Dado que la violencia intrafamiliar y las disfunciones sexuales en mujeres constituyen una problemática vigente con importantes repercusiones en la salud integral, es fundamental implementar programas de prevención e intervención dirigidos a la población en general, en contextos de salud, educativos, familiares y comunitarios. Estos programas deben enfocarse en la identificación temprana de las distintas formas de violencia, los factores de riesgo, las señales de alerta, consecuencias psicológicas y sexuales asociadas, así como en la promoción de relaciones saludables que promuevan el respeto, comunicación y consentimiento, contribuyendo a la disminución de prácticas normalizadas dentro del margen de la violencia y el fortalecimiento de la educación en salud sexual.
- Se recomienda en continuidad con el estudio para futuras investigaciones la creación e implementación de un plan de intervención psicológica integral dirigido a mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que presentan disfunciones sexuales, el cual incorpore un enfoque centrado en el trauma. Se debe contemplar no solo el abordaje de la sintomatología emocional asociada, como la ansiedad, el miedo o la baja autoestima, sino también la reconstrucción progresiva de una vivencia sexual segura, autónoma y libre de coerción. Además de incluir estrategias psicoeducativas, fortalecimiento de habilidades de afrontamiento, trabajo en la percepción corporal y el vínculo afectivo, con el fin de promover la recuperación del bienestar psicológico y la salud sexual de manera integral.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, R. (2019). Una aproximación al concepto de violencia desde la perspectiva de Slavoj Žižek y Byung-Chul Han. *Eduscientia. Divulgación de la ciencia educativa*, 2(4), 42-50. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10308188>
- Arango de Montis, I. (2017). *Sexualidad humana*. Manual moderno. <https://biblioteca.unipac.edu.mx/wp-content/uploads/2017/06/Sexualidad-Humana.pdf>
- Barreto, R. Santos, E. (2023). La violencia Intrafamiliar de pareja y su repercusión en la salud mental de las mujeres. Un estudio de caso en Manabí. *PSIDIAL: Psicología y Diálogo de Saberes*, 2(1) 18-39 DOI: <https://doi.org/10.33936/psidial.v2i1.5586>
- Carreiro, A., Micelli, L., Sousa, M., & Bahamondes, L. y. (2016). Sexual dysfunction risk and quality of life among women with a history of sexual abuse. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 134(3). <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2016.01.024>.
- Calabró, R., Cacciola, A., Bruschetta, D., Milardi, D., Quattrini, F., Sciarrone, F., la Rosa, G., & Bramanti, P. y. (2019). Neuroanatomy and function of human sexual behavior: A neglected or unknown issue. *Pubmed*, 9(12). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6908863/>
- Cuervo, M., y Martínez, F. (2013). Descripción y caracterización del Ciclo de Violencia que surge en la relación de pareja Tesis Psicológica, 8(1), 80-88. [Descripción y caracterización del Ciclo de Violencia que surge en la relación de pareja](#)
- Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. (2020). *La situación de la violencia contra las mujeres en la adolescencia en España*. Alcalá. https://violenciagenero.igualdad.gob.es/wp-content/uploads/Estudio_ViolenciaEnAdolescencia.pdf
- Díaz, R., y Ávila, L. (2024). Factores de Riesgo de la Violencia Intrafamiliar en Ecuador. *Revista científica multidisciplinar*, 8(3), 11023-11041. [Factores de Riesgo de la Violencia Intrafamiliar en Ecuador](https://www.researchgate.net/publication/382708473)
- Figueira, J., Lara, L., Andrade, M., y Sá Rosa-e-Silva, A. (2021). Comparación de la disfunción sexual en mujeres que fueron o no víctimas de violencia sexual. *Journal of Sex & Marital Therapy*, <https://doi.org/10.1080/0092623X.2021.1930309>
- Freites Betances, A. M. (2020). *Sexualidad en mujeres con historia de violencia sexual tesis doctoral*. [Tesis de Doctorado, Universidad de Almería] Repositorio
- Ghoneim, H. M, Taha, O., Ibrahim, Z. M., y Ahmed, A. A. (2021). Violence and sexual dysfunction among infertile Egyptian women. *The journal of obstetrics and gynaecology research*, 47(4), 1572-1578. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33530133/>
- Goerling, E., y Wolfe, E. (2024). La respuesta sexual y la bioquímica del amor (modelo trifásico de la respuesta sexual de Kaplan). En *Introducción a la sexualidad humana*. Open Oregon Pressbooks.

<https://openoregon.pressbooks.pub/introtohumansexuality/chapter/chapter-8-sexual-response-and-the-biochemistry-of-love/>

- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2024). *Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las mujeres*. INEC. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/violencia-de-genero/>
- Jurado, S. (2020). *Investigación bibliográfica sobre las técnicas hipopresivas para reeducar el suelo pélvico en personas con disfunciones sexuales*. Repositorio Institucional Universidad Central del Ecuador : <https://www.dspace.uce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/b239a167-239e-4d1c-872b-5b282b2a0349/content>
- Mayor, S., y Salazar, A. (2019). La violencia intrafamiliar. Un problema de salud actual. *Gaceta Médica Espirituana*, 21(1), 96-105. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212019000100096&lng=es&tlng=es.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). (2024). “No a la Violencia Contra las Mujeres”: MSP brinda atención especializada en salas de primera acogida. <https://www.salud.gob.ec/no-a-la-violencia-contra-las-mujeres-msp-brinda-atencion-especializada-en-salas-de-primera-acogida/>
- Miura, P., Silva, A., Pedrosa, M., Costa, M., y Filho, J. (2018). Violencia doméstica o violencia intrafamiliar: un análisis de los términos. *Psicología y Sociedad*, 21(1), 1-13. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10123823>
- Navarrete, M., y Mosquera H. (2024). Violencia Intrafamiliar: un análisis desde la perspectiva comunitaria. *Revista multidisciplinar de innovación y estudios aplicados*, 9(12), 571-584. <https://orcid.org/0009-0002-1046-0863>
- Ortega, V., Peláez, C., y Peña, A. (2016). Estudio Transversal: Prevalencia de Disfunción Sexual Femenina y Factores Asociados en Pacientes del Hospital “José Carrasco Arteaga”. *Revista Médica HJCA*, 8(1), 19-24. <https://revistamedicahjca.iess.gob.ec/ojs/index.php/HJCA/article/view/284>
- Ortiz Benavides, V. E., Castillo Gonzales, M. E., Llanos Román, G. A., & Osorio Vizcaino, G. E. (2024). Victimización de mujeres en contextos de violencia de género desde el enfoque de la psicología forense: una revisión sistemática. *Revista Ecuatoriana de Psicología*. <https://repsi.org/index.php/repsi/article/view/290>
- Osuna, A., y Hernández, P. (2008). Disfunción sexual: repercusión en la pareja, 19-24. envejecimiento e implicaciones en atención primaria. *Revista Internacional de Andrología*, 6(2), 121-126. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5771780>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023). *Salud Sexual*. https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_1
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *La violencia contra la mujer es omnipresente y devastadora: la sufren una de cada tres mujeres*. <https://www.paho.org/es/noticias/9-3-2021-violencia-contra-mujer-es-omnipresente-devastadora-sufren-cada-tres-mujeres>
- Pacheco, A. (2016). La violencia. Conceptualización y elementos para su estudio. *Política y cultura*, (46), 7-31.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-77422016000200007&lng=es&tlng=es.

- Quintero, L., Álvarez, C., y Ibagón, D. (2019). La violencia intrafamiliar en el desempeño laboral de las mujeres en el sector textil-confección. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 15(2), 271-284. <https://doi.org/10.15332/22563067.5402>
- Rivas-Rivero, E., & Bonilla-Algovia, E. (2021). Sentimiento de culpa y malestar psicológico en víctimas de violencia de género. *redalyc.org*, 39(2), 127-149. https://www.redalyc.org/journal/213/21373608006/?utm_source
- Romero Cruz, B. P. (2018). *Influencia de la violencia de pareja en la disfunción sexual femenina (Trabajo de titulación de maestría)*. Universidad de Cuenca. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://rest-dspace.ucuenca.edu.ec/server/api/core/bitstreams/f9be665b-8d7f-4da8-a685-596d75a06089/content
- Solano, C., Chauca, C., Gonzales, N., Hernadez, M., Huamán, R., Quispe, P., y Oyola, E. (2019). Factores asociados a la violencia familiar en estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 45(2), . Epub 03 de julio de 2019. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662019000200008&lng=es&tlng=es
- Valarezo, J., Vélez, S., y Tenecota, N. (2024). *La violencia intrafamiliar en el Ecuador, causas y posibles soluciones*. *Revista multidisciplinar de innovación y estudios aplicados*, 9(3). <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/6825>
- Valarezo, J., Vélez, S., y Tenecota, N. (2024). *La violencia intrafamiliar en el Ecuador, causas y posibles soluciones*. *Revista multidisciplinar de innovación y estudios aplicados*, 9(3). <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/6825>
- World Health Organization . (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems (CIE-10) [Versión electrónica]*. World Health Organization.: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/CIE10ES_2018_diag_pdf_20180202.pdf