



MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

RELACIÓN ENTRE EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES Y
EL FUNCIONAMIENTO SEXUAL EN UNA MUESTRA DE MUJERES COLOMBIANAS
SEXUALMENTE ACTIVAS.

Jessika Alejandra Salamanca Patiño

Dirigida por: Laurent Marchal-Bertrand, Mg.

Bogotá D.C.

2019

Tabla de contenido

Resumen	6
Abstract	6
Introducción	7
Relación entre el uso de métodos anticonceptivos hormonales y el funcionamiento sexual en una muestra de mujeres colombianas sexualmente activas.	9
Marco teórico	9
Salud sexual y reproductiva	9
Funcionamiento sexual	10
Disfunciones sexuales	11
Prevalencia de disfunciones sexuales	13
Métodos de planificación	15
Aspectos Metodológicos	23
Objetivo general	23
Objetivos específicos	23
Criterios de inclusión	23
Criterios de exclusión	24
Método	25
Diseño	25
Participantes	25
Instrumentos	26
Cuestionario de funcionamiento sexual del Hospital General de Massachusetts (MGH-SFQ)	26
Female Sexual FunctionIndex (FSFI)-Índice de Función Sexual Femenina	27
Inventario de Deseo Sexual IDS	27
Procedimiento	28
Consideraciones éticas	30
Resultados	31

Análisis descriptivos	31
Correlación de Pearson	33
Correlaciones Múltiples	34
Discusión	42
Referencias.....	47
Anexos	55
Anexo 1. Consentimiento informado	55
Consentimiento informado	55
Anexo 2. Cuestionario de datos sociodemográficos y variables psico-sexuales-afectivas	60
Formato de datos sociodemográficos	60
Anexo 3. Cuestionario de funcionamiento sexual del Hospital General de Massachusetts (MGH-SFQ)	62
Anexo 4. (FSFI)-Índice de Función Sexual Femenina	64
Anexo 5. (FSFI)-Inventario de Deseo Sexual	68

Lista de tablas

Tabla 1	Tabla de frecuencias de datos sociodemográficos	32
Tabla 2	Correlaciones de Pearson.....	34
Tabla 3	Anova de Funcionamiento Sexual General MGH-SFQ	35
Tabla 4	Anova de Funcionamiento Sexual Femenino FSFI	37
Tabla 5	Anova de Deseo Sexual IDS.....	40

Lista de Gráficos

Ilustración 1 Gráfico de correlación entre Métodos Anticonceptivos y Funcionamiento Sexual General.....35

Ilustración 2 Gráfico Correlación entre Métodos Anticonceptivos y Funcionamiento Sexual Femenino.....38

Ilustración 3 Gráfico Correlación entre Métodos Anticonceptivos y Funcionamiento Sexual Femenino FSFI-TOTAL39

Ilustración 4 Gráfico Correlación entre Métodos Anticonceptivos y Deseo Sexual41

Resumen

Esta investigación observó la relación entre el uso de métodos anticonceptivos hormonales y el funcionamiento sexual femenino, cuya población objeto son mujeres colombianas sexualmente activas con edades entre 18 a 35 años, que planifiquen con métodos hormonales (pastillas, inyección y subdérmicos), de barrera y naturales; con la aplicación de un diseño de investigación empírico, transversal, no experimental, correlacional y prospectivo, contó con un N=820 mujeres; los datos se recolectaron mediante un cuestionario sociodemográfico, el IDS, MGH-SFQ y FSFI, para posteriormente ser analizados a través del software estadístico SPSS, para finalizar con un análisis descriptivo de variables, correlaciones de Pearson y correlaciones múltiples. Los resultados de la investigación señalaron una correlación significativa entre el uso de métodos anticonceptivos hormonales y la afectación en el funcionamiento sexual femenino.

Palabras clave: Deseo sexual; Disfunción sexual; Funcionamiento sexual; Métodos anticonceptivos hormonales; Mujeres Colombianas; Relación sexual.

Abstract

This research observed the relationship between the use of hormonal contraceptive methods and female sexual functioning, whose target population are sexually active Colombian women between the ages of 18 and 35, who plan with hormonal methods (pills, injection and subdermal), barrier and natural; with the application of an empirical, transversal, non-experimental, correlational and prospective research design, it had an N = 820 women; the data were collected through a sociodemographic questionnaire, the IDS, MGH-SFQ and FSFI, to be later analyzed through the SPSS statistical software, to end with a descriptive analysis of variables, Pearson correlations and multiple correlations. The research results indicated a significant correlation between the use of hormonal contraceptive methods and the involvement in female sexual functioning.

Keywords: Sexual desire; Sexual dysfunction; Sexual functioning; Hormonal contraceptive methods; Colombian women; Sexual relationship

Introducción

En el desarrollo de esta investigación se dio respuesta a la pregunta investigativa, ¿Existe una disminución del funcionamiento sexual de las mujeres dependiendo del uso de métodos anticonceptivos hormonales? La investigación es de corte cuantitativo, de diseño empírico, transversal, no experimental, correlacional y prospectivo.

La población objeto son mujeres colombianas sexualmente activas que utilicen métodos de planificación hormonales, de barrera y naturales (N=820), con edades comprendidas entre 18 a 35 años, utilizando un muestreo no probabilístico por cuotas, permitiendo dar cumplimiento a los criterios de exclusión: estar diagnosticada y tratada por alguna disfunción sexual o condición médica preexistente que implique medicación que pueda influir en niveles hormonales.

Como parte inicial de la investigación se realizó revisión de artículos científicos en distintos idiomas, con temas relacionados con salud sexual y reproductiva, funcionamiento sexual, disfunciones sexuales, prevalencia de disfunciones sexuales y métodos de planificación esto para dar sustento investigativo al estudio.

El análisis de resultados se realizó a través de análisis descriptivos de las variables evaluadas, correlación de Pearson y análisis de correlaciones múltiples de las variables seleccionadas. Los resultados obtenidos de la correlación de Pearson muestran que existe correlación significativa, positiva y alta, entre las fases funcionamiento sexual general, el funcionamiento sexual femenino, los tipos de deseo: deseo sexual diádico de pareja, deseo diádico de persona atractiva y deseo sexual en solitario.

Con respecto a las correlaciones múltiples se encontró que hay normalidad, y correlación significativa entre el uso de métodos anticonceptivos hormonales, métodos de barrera y métodos naturales en el funcionamiento sexual general, así como el funcionamiento sexual femenino y deseo sexual.

Aceptando la H1: el uso de métodos anticonceptivos hormonales inyectables, subdérmicos y orales, alteran los puntajes de las escalas (FSFI, IDS, MGH-SFQ) encontrando valores inferiores en comparación las mujeres que utilizan métodos anticonceptivos sin carga hormonal.

Relación entre el uso de métodos anticonceptivos hormonales y el funcionamiento sexual en una muestra de mujeres colombianas sexualmente activas.

Marco teórico

Salud sexual y reproductiva

La salud sexual y reproductiva, como un derecho establecido desde los años 60s, resalta la importancia de la expresión y vivencia de esta, de manera libre, informada, satisfactoria y responsable, como componente esencial en el desarrollo del ser humano a lo largo de su ciclo vital, resaltando aspectos como la importancia de la planificación familiar, el estudio, tratamiento integral y oportuno, con un enfoque biopsicosocial de las patologías que impiden a la población llevar una vida sexual y reproductiva plena, así mismo integra aspectos físicos, emocionales, sociales e intelectuales del ser humano, que enriquecen la personalidad y la comunicación en pareja y son fundamentales para el derecho a la información sexual y el derecho al placer (Ministerio de Protección Social, 2010; OMS, 2017).

Para ello se establecieron una serie de políticas, acciones y estrategias internacionales encaminadas a velar por la salud sexual y reproductiva de la población acorde a sus características y necesidades, desde una perspectiva incluyente, como la Constitución Política de Colombia; Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en Colombia; Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos entre otros. Desde un enfoque biopsicosocial la sexualidad, la salud sexual y reproductiva, se construye desde las experiencias propias de cada individuo, por tanto, se compone de sentimientos, estructuras, significados, interacciones sociales, conductas e interpretaciones (Montejo, 2003).

Funcionamiento sexual

El funcionamiento sexual, depende en gran medida de la correcta elaboración y vivencia de las fases de la relación sexual normal, siendo estas: deseo, excitación y meseta, orgasmo, resolución y fase refractaria; la fase de deseo sexual se refiere al nivel general de interés en la sexualidad y su correcto funcionamiento se ve ampliamente influenciado por el funcionamiento hormonal normal tanto femenino como masculino; la fase de excitación se divide en tres, la excitación central (respuesta a estímulos sexuales visuales, táctiles o imaginaria), la respuesta genital (congestión vascular y cambios neuromusculares) y la excitación periférica (incremento en la tensión arterial, modificación de frecuencia cardíaca y respiratoria), las cuales interactúan potenciando y manteniendo la fase; la fase de meseta se encarga de la prolongación del placer de la relación sexual antes de llegar a la fase de orgasmo en donde se producen contracciones musculares y sensaciones de intenso placer que pueden alterar los niveles de conciencia y finalmente la fase refractaria en la cual existe un periodo de tiempo desde que se produce un orgasmo hasta que vuelve la fase de excitación (Cabrero, Saldívar y Cabrillo, 2007; Palacios, 2012).

Como primera fase del funcionamiento sexual, el deseo sexual es un componente fundamental de la relación sexual y satisfactoria, entendiéndose este como una emoción que impulsa al encuentro íntimo, a su vez motiva a las relaciones interpersonales, íntimas, afectivas y sexuales con el propósito de disfrutar y obtener placer, se encarga además de nutrir la atracción física y las ansias por nuevos encuentros sexuales o físicos (Palacios, 2012a). La respuesta sexual puede verse afectada por alteraciones, que se pueden presentar en las diferentes fases de la relación sexual, esas alteraciones son llamadas, disfunciones sexuales, que son entendidas como, un conjunto de trastornos, en donde los problemas

fisiológicos y/o psicológicos dificultan la participación y posterior satisfacción de las actividades sexuales, generando una incapacidad en el individuo para participar en una relación sexual como al individuo le gustaría o esperaría (Gándara y Puigvert, 2005).

Disfunciones sexuales

La calidad de vida del ser humano depende en gran medida de la expresión y vivencia plena de su sexualidad, en las mujeres se ha determinado que existen factores asociados a una vida sexual plena, algunos de los factores relacionados a una vida sexual insatisfactoria son: factores ambientales, socioeconómicos, biológico y médicos (Artiles, Gutiérrez y Sanfélix, 2006; DeLamater y Sill, 2010; Vega et al., 2014).

Las disfunciones sexuales en población femenina son de relevancia investigativa dado que el impacto en el desarrollo óptimo de la sexualidad y sus repercusiones psicológicas. Entendiendo las disfunciones sexuales, como trastornos que involucran problemas físicos o psicológicos que dificultan una respuesta satisfactoria en el acto sexual (Gándara y Puigvert, 2005a).

Gándara y Puigvert (2005b), refieren que al hablar de disfunciones sexuales se debe tener claridad acerca de las posibles causas:

Pueden ser sintomáticas de problemas biológicos, conflictos intrapsíquicos o interpersonales (disfunciones sexuales psicógenas) o de una combinación de ambos. La función sexual puede verse afectada por cualquier tipo de estrés, trastornos emocionales...se puede distinguir entre la disfunción que ha ocurrido durante toda la vida o aquella que aparece después de un periodo de actividad sexual normal...hay

que diferenciar las disfunciones sexuales que aparecen en cualquier contacto o relación sexual (generalizadas) de aquellas que tienen lugar en situaciones concretas o que se limitan a una pareja específica (situacionales) (p. 141).

En el DSM-V se hace una clasificación de estas de acuerdo al género y a la fase de la respuesta sexual, entre estas se encuentra la eyaculación retardada, el trastorno eréctil, el trastorno orgásmico femenino, el trastorno del interés/excitación sexual femenino, trastorno de dolor Genito-pélvico/penetración. De acuerdo con la American Psychological Association (APA) (2014), el trastorno del interés/excitación sexual femenino se caracteriza por:

Ausencia o reducción significativa del interés/excitación sexual femenina, que se manifiesta por lo menos por una de las tres siguientes: Interés ausente o reducido en la actividad sexual, fantasías o pensamientos sexuales o eróticos ausentes o reducidos, inicio reducido o ausente de la actividad sexual y habitualmente no receptiva a los intentos de la pareja por iniciarla, excitación o placer sexual ausente o reducido durante la actividad sexual en casi todas o todas las ocasiones (aproximadamente 75%–100%) de la actividad sexual en pareja (en situaciones y contextos concretos o, si es generalizada, en todos los contextos), excitación o placer sexual ausente o reducido en respuesta a cualquier invitación sexual o erótica, interna o externa (p. ej., escrita, verbal, visual), sensaciones genitales o no genitales ausentes o reducidas durante la actividad sexual en casi todas o todas las ocasiones (aproximadamente 75%–100%) de la actividad sexual en pareja (en situaciones y contextos concretos o, si es generalizada, en todos los contextos) (p. 229).

Prevalencia de disfunciones sexuales

Internacionalmente la prevalencia de disfunciones sexuales se observó que, la prevalencia de disfunciones sexuales femeninas es de 52%, siendo la más reportada es el trastorno del interés/excitación sexual femenino (anteriormente conocido como deseo sexual hipoactivo); además se muestra una relación existente entre las disfunciones sexuales femeninas y el uso de método anticonceptivo hormonal empleado, sin dejar de lado múltiples factores, volviéndose una de las causas más comunes de consulta en servicios médicos a nivel mundial (Sánchez, Carreño, Martínez y Gómez, 2005; García, Aponte y Moreno, 2005; Bitzer y Alder, 2007; Muñoz y Camacho, 2016).

Por otra parte, en Bogotá la prevalencia de disfunciones sexuales femeninas es alta, entre las más comunes se encuentran, el trastorno del interés/excitación sexual femenino (antes conocido como trastorno sexual hipoactivo), con promedio entre el 26% y 46% relacionado a problemas hormonales y de comunicación con su pareja, el dolor genital frecuente y escasa satisfacción sexual con una prevalencia del 24.4% y el 43.7% de la muestra estudiada, (García et al., 2005a). En población femenina del eje cafetero colombiano se encontró una prevalencia de disfunciones sexuales del dominio del deseo con un 34.9%, asociado a la edad reproductiva de la mujer, estado de salud y comunicación afectiva con su pareja (Espitia, 2016).

Su origen, mantenimiento y prevalencia en la población depende de múltiples factores asociados como, los mecanismo neuroendocrinos, mecanismos hormonales y factores psicológicos, lo que a su vez está relacionado con la aparición de otros problemas de salud, como depresión, inestabilidad en el estado anímico, relación tensa con la pareja y baja autoestima (Kingsberg y Rezaee, 2013), el uso de fármacos para la depresión y el uso de

anticonceptivos hormonales, suele generar en la población femenina niveles bajos de deseo sexual (de Dios, Duany y Rojas, 2016). Cabello (2007), menciona que el deseo sexual hipoactivo, “es la disfunción sexual más frecuente... posiblemente los datos de prevalencia estén incrementados, ya que muchas veces no se ha establecido un diagnóstico diferencial exhaustivo entre discrepancia sexual, trastorno de excitabilidad y aversión sexual, situaciones que disminuyen la frecuencia sexual” (p.29).

Un estudio observó que un 43% de la población mundial femenina sufre algún tipo de disfunción sexual y así mismo se evidencio que menos del 5% de la población femenina con disfunción es tratada integralmente, siendo esto motivo de preocupación, ya que las disfunciones suelen generar problemas de autoestima, depresión, ansiedad, patologías que podrían minimizar el margen de aparición si se le brinda un enfoque multidisciplinar (Oliveira, Maias y Alves, 2009). En México la prevalencia de disfunciones sexuales en mujeres es de 52%, siendo la más reportada, el deseo sexual hipoactivo (Sánchez et al., 2005a). En una revisión sistemática de estudios mundiales sobre la prevalencia de disfunciones sexuales femeninas, se encontró que el uso de métodos anticonceptivos se posicionó como el octavo factor de riesgo para la disfunción sexual femenina, sin dejar de lado las variables culturales y ambientales, que influyen en las prácticas sexuales (Muñoz y Camacho, 2016a). En Norteamérica la prevalencia de disfunciones sexuales en mujeres está entre el 20 y 50% por múltiples factores, que afectan la calidad de vida tanto de las mujeres como de sus parejas (García et al., 2005b). Siendo el trastorno del interés/excitación sexual femenino (anteriormente conocido como deseo sexual hipoactivo), es una de las causas más comunes de consulta en los servicios médicos a nivel mundial (Bitzer y Alder, 2007a).

Métodos de planificación

Teniendo en cuenta que la salud sexual y reproductiva se compone del comportamiento anticonceptivo, siendo esto “elegir un acto que impide esas posibles consecuencias procreativas de las relaciones sexuales” (Rhonheimer, 2004, p. 86). En otras palabras, este comportamiento anticonceptivo se conoce como planificación familiar que “se engloba en los derechos reproductivos que se basan en el reconocimiento y respeto a la capacidad de decidir libre y responsablemente, sin discriminación, coerción o violencia, si se desea o no tener hijas e hijos” (González, Almeida y Castro, 2013, p. 99).

La anticoncepción como herramienta al control de la natalidad mundial, ofrece a las parejas con la posibilidad de tener una vida sexual activa y minimizar el riesgo de un embarazo no planeado, lo cual de manera implícita genera un efecto satisfactorio en la experiencia sexual, así mismo se encuentra enmarcado dentro de los derechos humanos sexuales y reproductivos. Surgiendo una amplia gama de opciones para planificar reduciendo las posibilidades de un embarazo. Entre los anticonceptivos de uso femenino se encuentran los dispositivos intrauterinos; pastillas o anticonceptivos orales, ampliamente utilizados por su fácil acceso y utilización, de estos existen varias clases, las minipíldoras y los combinados, los cuales están hechos a base de estrógenos sintéticos, etinilestradiol y el mestranol, su acción consiste en permear al endometrio haciendo que el moco cervical sea más espeso y que se reduzca de manera significativa su secreción; los anticonceptivos hormonales inyectables, los cuales se pueden inyectar una dosis fija cada mes o cada tres meses, estos actúan de tal forma que el moco cervical se vuelve más espeso y escaso, menos permeabilidad del endometrio, cambios en la función ovárica; implantes subdérmicos cuyo efecto anticonceptivo tiene una duración de 5 años; anticoncepción poscoital o también llamada píldora del día después o método de emergencia; anticonceptivos vaginales, el cual

libera dosis de diferentes hormonas pero en ocasiones causa alergia; espermicidas, son productos que vienen en presentaciones como aerosoles, espumas o cremas que se aplican momentos antes del coito; condón femenino de alto costo económico y en ocasiones causa alergia y la esterilización femenina, también llamada ligadura de trompas irreversible e impide el paso de los óvulos (González y Miyar, 2001).

Los métodos anticonceptivos hormonales combinados, están compuestos por un estrógeno y un gestágeno, a nivel estructural del hipotálamo se inhiben la secreción de gonadotropina y la ovulación, alterando la calidad y cantidad del moco cervical, se vuelve espeso e impide el ascenso de los espermatozoides, en el endometrio se impide de implantación y en las trompas de Falopio se altera la secreción de gestágeno (Arenas, 2009). Estos métodos están diseñados para impedir la ovulación y evitar la concepción y se consideran dentro de esta categoría, la inyección mensual y trimestral, los anticonceptivos orales (pastillas) y el implante subdérmico y el DIU hormonal.

En Colombia, la encuesta nacional de salud registró que la prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos en la población femenina colombiana, para el año 2015 el 75.9% de la población femenina sexualmente activa con edades entre 15 a 49 años, utilizó algún tipo de anticonceptivo; distribuyéndose de la siguiente manera; el 4.8% de las mujeres utilizó algún método tradicional, el 16.4% condón masculino, el 8.1% implantes, el 2.0% inyección trimestral, el 16.0% inyección mensual, el 3.8% DIU, el 12.5% píldoras, el 18.7% esterilización masculina o femenina y el 17.5% no utilizó ningún método anticonceptivo; mostrando además que la satisfacción sexual femenina reportada es del 11.7% del 100% de mujeres con vida sexual activa no se encuentran satisfechas sexualmente (Profamilia, 2015).
Funcionamiento sexual, disfunciones y métodos anticonceptivos.

A partir de 1999 se observó un aumento de estudios enfocados en sexualidad femenina, en temas como el funcionamiento sexual y el deseo sexual, diferentes ramas de la medicina han concentrado esfuerzos para abordar las disfunciones sexuales femeninas y promover la salud sexual y reproductiva, debido al incremento de población femenina que acude a consulta manifestando problemas en las relaciones sexuales con su pareja, por factores como uso prolongado de métodos anticonceptivos hormonales, para lo cual se implementó un tratamiento clínico a base de testosterona, en un intento por compensar los niveles hormonales femeninos, y aunque se han visto resultados satisfactorios en la etapa de excitación y orgasmo, aún no se han controlado los efectos adversos (Reis, 2013). Estudios y seguimientos, han puesto de manifiesto los efectos adversos del uso de anticonceptivos hormonales como: sangrados inter menstrual o amenorrea, cefaleas, acné, náuseas, tromboembolismo venoso, riesgo de accidentes cardiovasculares, coágulos, mastalgia y vaginitis, los cuales dependen en gran medida, del estado de salud de la mujer en edad reproductiva, aunque se han registrado casos de infarto al miocardio y accidente cerebro vascular, generalmente asociados al estilo de vida de la mujer, como el consumo reiterado de alcohol, tabaco y una dieta poco balanceada. (Matorras, Hernández y Molero, 2008; Benjumea, Tejada y Goy, 2011).

Una Investigación en Estados Unidos, adelanta diferentes estudios, involucrando a población femenina, centrándose en el estudio del impacto del uso prolongado de anticonceptivos hormonales con la baja de libido, encontrando una incidencia entre el uso de anticonceptivos hormonales con el decremento de pensamientos e interés y conducta sexuales en mujeres premenopáusicas (Burrows, Basha y Goldstein, 2012). Además de un efecto negativo en la libido femenina, producto de una combinación de factores biológicos

(hormonales por método anticonceptivo), idiosincráticos, psicológicos y sociales, lo cual se ha podido establecer a través de una revisión de literatura médica de los últimos 30 años (Schaffir, 2006).

En Alemania, son pioneros en estudios de sexualidad, documentando resultados importantes, como los efectos secundarios a nivel sexual y su impacto en el deseo sexual, la mayoría de los estudios concluyen que las mujeres no se ven afectada de manera positiva ni negativa, solo una minoría presenta efectos negativos sobre su sexualidad, lo cual si se detalla el estudio a nivel individual, se puede observar la afectación directa en la calidad de vida tanto de ella como de pareja (Martin Loeches et.al., 2003 ;Guida, et al., 2005; Burrows et al., 2012a). De igual manera un estudio médico adelantado en el mismo país, ha observado que la población femenina al asistir a consulta médica general, expresan gran preocupación por la falta de deseo sexual, entre las causas más frecuentes se encuentra la menopausia, uso prolongado de anticonceptivos, dolores en el momento de la relación sexual, enfermedad pélvica inflamatoria entre otros problemas ginecológicos, los cuales en la gran mayoría de veces no se cuenta con el enfoque interdisciplinario para abarcar el caso de manera integral (Bitzer y Alder, 2007b).

En una revisión de literatura médica de 30 investigaciones de estudios prospectivos y transversales controlados, mostró que la mayoría de las mujeres informaron una disminución en el deseo sexual, sin embargo, se concluye que los resultados no son claros ni contundentes acerca de los efectos adversos de su uso prolongado (Davis y Castaño, 2012). En un estudio en mujeres suecas, se observó que el 27 % de las mujeres estudiadas atribuyen la baja en el deseo sexual al uso prolongado de métodos anticonceptivos hormonales, con respecto al 12%

de mujeres que reportan bajo deseo sexual y que no utilizan ningún método hormonal de planificación (Malmborg, Persson, Brynhildsen y Hammar, 2015).

Un estudio realizó la comparación de los perfiles del control de ciclo y los efectos secundarios en la satisfacción sexual con tres tipos de anticonceptivos hormonales, se concluyó que, el uso de métodos anticonceptivos hormonales fue contraproducente en la satisfacción sexual femenina, debido a la sequedad vaginal que estos causan, incluyendo una serie de síntomas físicos como náuseas, dolor de cabeza e irritabilidad y disminución del deseo sexual reportado por el 42.2 % de las participantes que utilizaban como método anticonceptivo oral combinado (pastillas), en tanto que las participantes que usaron el anillo vaginal como método anticonceptivo, reportaron mayor frecuencia e intensidad de síntomas físicos y hemorragias intermenstruales dolorosas, sin embargo registraron mayor satisfacción sexual y un pequeño aumento en el deseo sexual (Sabatini y Cagiano, 2006).

Otro estudio investigó, el efecto del uso y posterior interrupción de los anticonceptivos orales en la sexualidad femenina, encontrándose, un empeoramiento en síntomas emocionales, síndrome premenstrual, disminución de pensamientos sexuales y actos sexuales, lo cual indicó que interrumpir la ingesta de anticonceptivos orales provocó en la población femenina estudiada un empeoramiento significativo en su sexualidad, advirtiendo también este estudio, que se ha ignorado ampliamente el efecto negativo del uso de anticonceptivos orales en la salud y sexualidad de la mujer (Sanders, Graham, Bass y Bancroft, 2001).

Por otra parte se investigó los efectos de los anticonceptivos orales a los largo de 6 ciclos menstruales, en mujeres sexualmente activas, con parejas estables y sin ninguna disfunción sexual preexistente en su compañeros, encontrándose que el uso regular de

pastillas anticonceptivas tuvo efectos positivos en la muestra estudiada, aumentando la calidad de vida con respecto a la relación sexual, aumentando la frecuencia de encuentros sexuales, la satisfacción sexual, y el aumento del deseo sexual, además de disminución de hemorragias intermenstruales, y disminución en otros síntomas físicos con dolores de cabeza, musculares, de espalda, y síndrome premenstrual (Caruso et al., 2011).

Otro estudio que comparó el efecto de dos anticonceptivos hormonales de vía oral, en donde no se encontró una relación significativa entre el uso de estos y el aumento de síntomas físicos, síndrome premenstrual y disminución en la actividad sexual por bajo deseo sexual, coincidiendo con los resultados obtenidos en una revisión sistemática acerca del uso de anticonceptivos orales y el deseo sexual, donde las participantes reportaron no haber percibido una disminución en el deseo sexual, solo el 15% la reportó (Greco, Graham, Bancroft, Tanner y Doll, 2007; Pastor, Holla, y Chmel, 2013). En contraste un estudio aplicado a mujeres cuyo método anticonceptivo fue Yasmin® (Bayer-Schering Italia), reportaron un aumento en el dolor, disminución de la libido, disminución en la frecuencia de las relaciones sexuales y disminución del orgasmo (Battaglia et al., 2012).

En Bogotá se observó que, la población femenina elige su método anticonceptivo teniendo en cuenta los factores en el siguiente orden: la facilidad de compra, eficacia, efectos secundarios, posibilidad de olvido y regularidad menstrual y así mismo describieron que el anticonceptivo ideal es aquel que sea eficaz, fácil de usar para no olvidarlo y que no implique el incremento en el peso corporal de la mujer (Gómez y Pardo, 2009). Una investigación correlacional, realizada con jóvenes universitarias de la ciudad de Tunja, encontró una correlación positiva entre el uso de métodos anticonceptivos hormonales y psicopatologías como ansiedad y depresión, que posiblemente se atribuye a la función que cumplen los

estrógenos en la regulación del estado anímico y su comportamiento sexual (deseo sexual) (Niño, Ospina y Manrique, 2014).

Investigaciones como la de González (2002), revela que:

Los métodos anticonceptivos más usados fueron los DIU, las tabletas anticonceptivas, los inyectables y el condón, basándonos en su efectividad y favoreciendo la libertad masculina con respecto a cuál usar. Encontramos reacciones adversas, y entre las que más se reportaron estuvieron el dolor durante la relación sexual con los DIU, la disminución de la libido de forma general con las tabletas e inyectables anticonceptivos, y la disminución de la potencia con el uso del condón (p.1).

Se ha observado en población Colombiana, que el uso de anticonceptivos orales combinados de bajas dosis, genera menos efectos adversos que los anticonceptivos orales de un solo componente, reduciendo los síntomas físicos premenstruales y logrando la estabilización del ciclo en menor tiempo, debido a las bajas dosis de concentración hormonal, la muestra estudiada reportó disminución de sangrado intermenstrual, dolor de cabeza y musculares, y reducción de la tasa de problemas cardiovasculares asociados al uso de este tipo de anticonceptivos, así como la disminución de enfermedades del aparato genital y reproductor femenino (Monterrosa, 2001; Monterrosa, 2006).

Dado lo anterior, es importante que se tenga en cuenta el funcionamiento sexual como un factor de mejoramiento de calidad de vida, tanto individual como en pareja y porque no social, los estudios dejan al descubierto la necesidad de ampliar las metodologías y

tratamientos relacionados con la conducta sexual humana, a salud sexual y el funcionamiento sexual, entendiendo esto como una gran lista de factores biopsicosociales, por ende, el abordaje de los mismos en la actualidad, especialmente en Colombia se ve disminuido, pasando por alto temas como funcionamiento sexual y salud, satisfacción sexual y calidad del vínculo, satisfacción sexual y autoestima, planificación familiar, salud y satisfacción, depresión, ansiedad y deseo sexual, terapia hormonal y funcionamiento sexual, entre otros.

Lo que deja inquietudes como estrategias y políticas públicas que vinculen no solamente la sexualidad desde la promoción y prevención de embarazos no planeados o disminución de ITS, sino del empoderamiento a la mujer desde el conocimiento de sus opciones y las consecuencias de las decisiones a nivel sexual; la efectividad de la psicoeducación en planificación familiar y abordaje médico y psicológico de las disfunciones sexuales femeninas y el impacto de la planificación familiar en la salud general de la mujer colombiana.

Para ello esta investigación planteó y dio respuesta a la siguiente pregunta investigativa, ¿Existe una disminución del funcionamiento sexual de las mujeres dependiendo del uso de métodos anticonceptivos hormonales? planteando como hipótesis Nula (H0): El uso de métodos anticonceptivos hormonales no afectan el funcionamiento sexual femenino, por consiguiente el valor en las escalas (FSFI, IDS, MGH-SFQ), con respecto a las mujeres que utilizan métodos anticonceptivos sin carga hormonal; y como hipótesis Alternativa (H1): El uso de métodos anticonceptivos hormonales inyectables (inyección mensual), subdérmicos (Jadelle, DIU hormonal) y orales (pastillas de 21 y 28 días) alteran los puntajes de las escalas (FSFI, IDS, MGH-SFQ) encontrando valores inferiores en comparación las mujeres que utilizan métodos anticonceptivos sin carga hormonal.

Aspectos Metodológicos

Objetivo general

Identificar si existe relación entre el uso de métodos anticonceptivos hormonales y el funcionamiento sexual en una muestra de mujeres heterosexuales adultas colombianas.

Objetivos específicos

Identificar si hay relación entre el uso de métodos anticonceptivos inyectables y el funcionamiento sexual en una muestra de mujeres heterosexuales adultas colombianas.

Identificar si hay relación entre el uso de métodos anticonceptivos orales y el funcionamiento sexual en una muestra de mujeres heterosexuales adultas colombianas.

Identificar si hay relación entre el uso de métodos anticonceptivos de implante y el funcionamiento sexual en una muestra de mujeres heterosexuales adultas colombianas.

Criterios de inclusión

Para esta investigación se considera relevante que las participantes cumplan con los siguientes criterios, ser colombiana, cumplir con la mayoría de edad, ser sexualmente activa, encontrarse planificando con alguno de los métodos anticonceptivos hormonales seleccionados (pastillas, inyección e implantes subdérmicos), métodos naturales (coito interrumpido, ritmo o calendario, temperatura basal o corporal, moco cervical) y/o métodos de barrera (condón masculino o femenino).

Criterios de exclusión

Como criterios de exclusión de esta investigación, se descartaron participantes con problemas de salud asociados a, tiroides, hormonales, ansiedad, depresión, histerectomía, extirpación de ovarios; estar diagnosticada y/o haber estado en tratamiento médico o psicológico por alguna disfunción sexual; estar en embarazo o en etapa de lactancia materna; tener más de 35 años.

Método

Diseño

Investigación de corte cuantitativo, de diseño empírico, transversal, no experimental, correlacional y prospectivo, debido a que se requiere determinar en qué medida las variables seleccionadas están relacionadas entre sí, siendo transversal dado que las medidas que se tomarán en un solo momento de corta duración utilizando la misma muestra, será no experimental dado que no se hará manipulación de variables y prospectivo de más de una variable independiente ya que los participantes son seleccionados de acuerdo a sus características planteadas por el investigador, en donde se busca realizar mediciones de las variables de criterio para posteriormente medir la variable predictora (Montero y León, 2007).

Participantes

La población objeto son mujeres Colombianas adultas que planifiquen con métodos hormonales, la muestra está conformada por 820 mujeres Colombianas, con rango de edad entre los 18 a 35 años, la muestra está dividida en cinco grupos, el primer grupo está compuesto por mujeres que planifican con inyección mensual; el segundo grupo con mujeres que utilizan pastillas; el tercer grupo con mujeres que usan implantes subdérmicos; el cuarto grupo con mujeres que usan métodos de barreras y finalmente un grupo de mujeres que utilizan métodos naturales de anticoncepción.

El tipo de muestreo a utilizado en esta investigación fue, no probabilístico por cuotas, dada la naturaleza de la investigación y los criterios de inclusión y exclusión (Moran y Alvarado, 2010).

Instrumentos

Para esta investigación se utilizaron tres instrumentos y un formato AD Hoc de datos sociodemográficos y variables psico-afectivo-sexuales (edad, ocupación, escolaridad, estrato, estado civil, nacionalidad, lugar de residencia, antecedentes de enfermedades específicas, orientación sexual, frecuencia de relación sexual, tipo de anticonceptivo usado, uso de medicamentos, número de hijos, religión, número de parejas sexuales a la fecha), los instrumentos a usar han sido adaptados y validados para población Colombiana por, Marchal-Bertrand, Espada, Morales, Gómez-Lugo, Soler y Vallejo-Medina, 2016; Vallejo-Medina, Pérez-Durán y Saavedra-Roa, 2016, respectivamente.

Cuestionario de funcionamiento sexual del Hospital General de Massachusetts (MGH-SFQ)

Tiene como propósito evaluar el funcionamiento sexual en población masculina y femenina, en este caso se utilizará el instrumento para población femenina, conformado por cinco ítems, cada uno tipo escala Likert, cada ítem corresponde y da respuesta a una dimensión, el instrumento se divide en cinco dimensiones que conceptualizan diferentes etapas de la respuesta del sexual.

Las fases son, El *Deseo Sexual*: entendido como un impulso apetitivo necesario para provocar los cambios físicos que preceden a la excitación sexual; La *Excitación Sexual*: hace referencia a la preparación fisiológica requerida para el contacto sexual; El *Orgasmo*: entendido como una sensación de intenso placer que se acompaña por una alteración de la conciencia y contracción de la musculatura genitourinaria; La *Erección*: (Solo para hombres): se refiere a la capacidad para alcanzar y mantener una erección; finalmente la *Satisfacción general*: entendido como el valor subjetivo otorgado a lo placentero de la actividad sexual.

El instrumento se encuentra adaptado y validado para población colombiana a partir del año 2016, el alfa de Cronbach que se obtuvo estuvo entre .81 y .92. La validez de constructo se evaluó a través de la invarianza factorial (Marchal-Bertrand, Espada, Morales, Gómez-Lugo, Soler y Vallejo-Medina, 2016).

Female Sexual Function Index (FSFI)-Índice de Función Sexual Femenina

Explora subjetivamente las dimensiones del funcionamiento sexual femenino, se compone de 19 elementos o ítems, cada uno tipo escala Likert que va de 0 a 5 o de 1 a 5 dependiendo del elemento. Se aislaron un total de 6 factores o dimensiones, siendo estas, Deseo, Excitación, Lubricación, Orgasmo, Satisfacción y Dolor.

El instrumento se encuentra adaptado y validado a la población colombiana, concluyendo en cuanto a las propiedades psicométricas de la escala que, los índices de confiabilidad obtenidos fueron apropiados en esta muestra, y la validez externa en relación con otras medidas mostró relaciones significativas. Indicando que el instrumento es confiable con un intervalo del 95% y válido a la población colombiana, con un alfa de Cronbach de .84 a 8.9 de acuerdo a sus dimensiones (Vallejo-Medina, Pérez-Durán y Saavedra-Roa, 2016).

Inventario de Deseo Sexual IDS

Las propiedades psicométricas de este inventario en su versión española, está conformado por 13 ítems evalúan el interés por la actividad sexual diádica y solitaria. Esta versión española presenta valores alfa de Cronbach óptimos siendo .87 para deseo sexual diádico y .88 para deseo sexual solitario y validez adecuada (Moyano y Sierra, 2014).

Procedimiento

En la primera fase de esta investigación se realizó la elección del tema a investigar basados en el interés particular de la investigadora y la importancia que supone el funcionamiento sexual dentro de la salud mental. Posteriormente se realizó una búsqueda y revisión sistemática de artículos científicos, con temas como salud sexual y reproductiva, funcionamiento sexual, disfunciones sexuales femeninas, métodos anticonceptivos, efectos secundarios a planificación familiar, deseo sexual y anticonceptivos, prevalencia de disfunciones sexuales; con un total de 47 artículos seleccionados, en idiomas como español, inglés, francés, portugués y alemán; con motor de búsqueda como Google académico, con acceso a bases de datos como Redalyc, Scielo, Latindex, Scopus, Dialnet, ProQuest; accediendo a revistas como The Journal of Sexual Medicine, Anales de Psicología, Revista sexología y sociedad, Revista médica de Chile, Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, Revista Cubana de Medicina General Integral, entre otras; las revistas consultadas eran en gran mayoría médicas (ginecológicas y obstétricas).

Para la segunda fase se procedió a seleccionar la población y muestra requerida para la investigación, así como las características (criterios) a tener en cuenta, así como los instrumentos adecuados para medir lo que se esperaba medir y adaptados a la población objeto. Posteriormente se realizó la elaboración del consentimiento informado que pone de manifiesto las condiciones bajo las cuales sería llevada la investigación, además de la elaboración de un cuestionario sociodemográfico, el cual contó con 20 ítems de múltiple respuesta, abordando variables demográficas, económicas, demográficas, afectivas, y

médicos; ítems que fueron diseñados acorde a los criterios de inclusión y exclusión de la presente investigación.

Como parte de la tercera fase de investigación se da inicio a la redacción del documento de anteproyecto, cumpliendo con los estándares solicitados por la facultad de psicología posgrados, y al cronograma, logrando así poner de manifiesto la relevancia del tema investigativo, delimitando los objetivos de investigación, estructurando el sustento empírico de la misma y seleccionando la metodología a utilizar, teniendo en cuenta diseño, tamaño muestral, instrumentos y análisis de datos, para luego ser radicado y enviado a jueces, quienes avalaron la investigación.

En la cuarta fase de la investigación se procedió a sistematizar el consentimiento informado, cuestionario e instrumentos de medición en plataforma informática de Google (formularios de Google), para posterior difusión a través de páginas web de instituciones de educación superior y redes sociales para mayor difusión. El proceso de recolección de datos tardo alrededor de 3 meses, llegando a una muestra de 890 mujeres colombianas, que aceptaron ser partícipes de la investigación y diligenciaron la totalidad de los cuestionarios.

Para la quinta fase de la investigación, se procedió a filtrar los datos obtenidos y verificar que participantes cumplieran a cabalidad con los criterios de inclusión y exclusión requeridos, proceso que dejó un total de 820 mujeres colombianas sexualmente activas y que utilizaban algún método de planificación familiar (hormonal, natural o de barrera). Seguido a esto se crea una base de datos en el software estadístico SPSS.

La sexta fase, se caracterizó por el análisis de datos a través de los procedimientos estadísticos escogidos para dar respuesta a la pregunta investigativa y cumplimiento a los objetivos planteados. Posteriormente se realizó la elaboración de gráficas como apoyo visual de la información obtenida a través del análisis descriptivo y correlacional. Se continúa así con elaboración de resultados y discusión de lo hallado durante el curso de la investigación y así consolidar el documento final para entrega y sustentación.

Consideraciones éticas

Esta investigación está enmarcada dentro del capítulo VII de la Ley 1090 del 2006, la cual reglamenta el ejercicio de los profesionales en psicología, contenido en el Código deontológico y bioético, el cual especifica en su artículo 49, el cual estipula que la responsabilidad de la investigación, metodologías y resultados, son del psicólogo investigador, por tanto el uso adecuado de la misma forma parte importante de la ética en la investigación; el artículo 50, que dicta los principios éticos de los profesionales en psicología, como el respeto, la dignidad, de igual manera salvaguardar el bienestar y los derechos de cada uno de los participantes de investigaciones científicas; artículo 51, que establece el uso correcto de la información, evitando al máximo el uso de información encubierta o incompleta.

Por tanto, dentro del propósito de esta investigación se favorece la integridad de los participantes, la confidencialidad absoluta de sus datos personales, en concordancia con los principios de no maleficencia y autonomía, lo que le otorga a los participantes el derecho de decidir voluntariamente su participación y permanencia dentro de la investigación, al igual que el conocimientos de los resultados obtenidos en la misma. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2006).

Resultados

Análisis descriptivos

La muestra está conformada por 820 mujeres, de las cuales 202 (23.4%) utilizan pastillas; 191 (24.6%) utilizan implantes subdérmicos; 187 (23.3%) utilizan inyección mensual; 125 (15.2%) utilizan métodos de barrera y 114 (13.2%) utilizan métodos naturales de anticoncepción. El 79.9% son exclusivamente heterosexuales (N=689); el 2.8% (N=23) son participantes principalmente homosexuales; el 10.6% (N=87) participantes heterosexuales con algún contacto homosexual esporádico; 2.6% (N=21) son participantes heterosexuales con varios contactos homosexuales esporádicos. El nivel de escolaridad de la muestra se distribuye con el 62.7% (N=532) con pregrado; el 20.9% (N=171) con posgrado; 14.0% (N=6115) con estudios de secundaria y el 0.2% (N=2) con básica primaria.

En cuanto a la frecuencia sexual, se observó que el 46.2% (N=379) tiene relaciones sexuales de 1 a 2 veces por semana; el 22.7% (N=186) una vez cada mes; el 13.0% de 3 a 4 veces por semana (N=107); 10.1% (N=83) una vez cada dos meses; 0.7% (N=6) una vez al día; otro 0.7% (N=6) más de una vez al día; 3.4% (N=28) menos de una vez al mes y 3.0% (N=25) más de 4 veces a la semana. La distribución en porcentajes en cuanto al estado civil es de un 66.3% solteras; 18.9% en unión libre; 11.8% casadas; 2.6% separadas y el 0.4% son viudas.

En términos de la edad de las participantes, se logró cumplir con el criterio de inclusión con un mínimo de 18 años y un máximo de 35 años, siendo el rango de edad de 23 a 36 años con mayor número de participantes. Con respecto al lugar de procedencia se observó que los departamentos con mayor participación son Bogotá DC con 42.6%, Meta con

31.6%, Boyacá con 8.0%, Cundinamarca con 3.9%, Antioquia 2.7%, Casanare con 1.8 % y Valle con 1.5%.

Con la variable religión se observó que el 65.4% son católicas, el 17.4% no practican ninguna religión, 13.2% son cristianas, 2.2 5 ateas y el 1.8% practican religiones diferentes. El 64.5% de la muestra no tiene hijos, en tanto que el 35.5% tiene hijos. A continuación, se presentan los datos relacionados anteriormente.

Tabla 1 Tabla de frecuencias de datos sociodemográficos

	Variable	Frecuencia	Porcentaje
Método de planificación	Inyección	187	22.9
	Pastillas	202	24.6
	Implantes subdérmicos	191	23.3
	Métodos de barrera	125	15.2
	Métodos naturales	114	13.2
Orientación sexual	Exclusivamente heterosexual	689	84.0
	Heterosexual con algún contacto homosexual	87	10.6
	Heterosexual con varios contactos homosexuales	21	2.6
	Principalmente homosexual	23	2.8
Nivel de escolaridad	Primaria	2	2.0
	Secundaria	115	14.0
	Pregrado	532	62.7
	Posgrado	171	20.9
Frecuencia sexual	Una vez cada 2 meses	83	10.1
	Una vez cada mes	186	22.7
	Menos de una vez al mes	28	3.4
	De 1 a 2 veces a la semana	379	46.2
	De 3 a 4 veces a la semana	107	13.0
	Más de 4 veces a la semana	25	3.0

	Una vez al día	6	.7
	Más de una vez al día	6	.7
Estado civil	Soltera	544	66.3
	Casada	97	11.8
	Unión libre	155	18.9
	Separada	21	2.6
	Viuda	3	.4
Religión	Católica	536	65.4
	Cristiana	108	13.2
	Atea	18	2.2
	Otra	15	1.8
	Ninguna	143	17.4
Hijos	Si	291	35.5
	No	529	64.5

Correlación de Pearson

Los resultados obtenidos de la correlación de Pearson, muestra que existe correlación significativa, positiva y alta, entre funcionamiento sexual general, el funcionamiento sexual femenino, el deseo sexual diádico de pareja, deseo diádico de persona atractiva y deseo sexual en solitario. Lo que lleva a rechazar la hipótesis nula de esta investigación (H0: El uso de métodos anticonceptivos hormonales no afectan el funcionamiento sexual femenino, por consiguiente el valor en las escalas (FSFI, IDS, MGH-SFQ), con respecto a las mujeres que utilizan métodos anticonceptivos sin carga hormonal) y aceptando la hipótesis alterna (H1: El uso de métodos anticonceptivos hormonales inyectables (inyección mensual), subdérmicos (Jadelle, DIU hormonal) y orales (pastillas de 21 y 28 días) alteran los puntajes de las escalas (FSFI, IDS, MGH-SFQ) encontrando valores inferiores en comparación las mujeres que utilizan métodos anticonceptivos sin carga hormonal). A continuación, se presenta los datos relacionados anteriormente.

Tabla 2 Correlaciones de Pearson

INSTRUMENTO		MGH-SFQ TOTAL	FSFI-TOTAL	IDS DIADICO PAREJA	IDS PERSONA ATRACTIVA	IDS SOLITARIO
MGH-SFQ TOTAL <i>Media: 11.09</i> <i>D.T: 5.120</i>	Correlación de Pearson	1	.692**	.651**	.232**	.233**
	Sg. (bilateral)		.000	.000	.000	.000
	Covarianza	26.211	23.115	33.071	9.225	10.413
FSFI-TOTAL <i>Media: 19.33</i> <i>D.T: 6.521</i>	Correlación de Pearson	.692**	1	.688**	.247**	.296**
	Sg. (bilateral)	.000		.000	.000	.000
	Covarianza	23.115	42.524	44.451	12.522	16.842
IDS DIADICO PAREJA <i>Media: 23.34</i> <i>D.T: 9.911</i>	Correlación de Pearson	.651**	.688**	1	.348**	.400**
	Sg. (bilateral)	.000	.000		.000	.000
	Covarianza	33.071	44.451	98.223	26.805	34.636
IDS PERSONA ATRACTIVA <i>Media: 11.43</i> <i>D.T: 7.771</i>	Correlación de Pearson	.232**	.247**	.348**	1	.481**
	Sg. (bilateral)	.000	.000	.000		.000
	Covarianza	9.225	12.522	26.805	60.382	32.651
IDS SOLITARIO <i>Media: 12,76</i> <i>D.T: 8.734</i>	Correlación de Pearson	.233**	.296**	.400**	.481**	1
	Sg. (bilateral)	.000	.000	.000	.000	
	Covarianza	10.413	16.842	34.636	32.651	76.278

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Correlaciones Múltiples

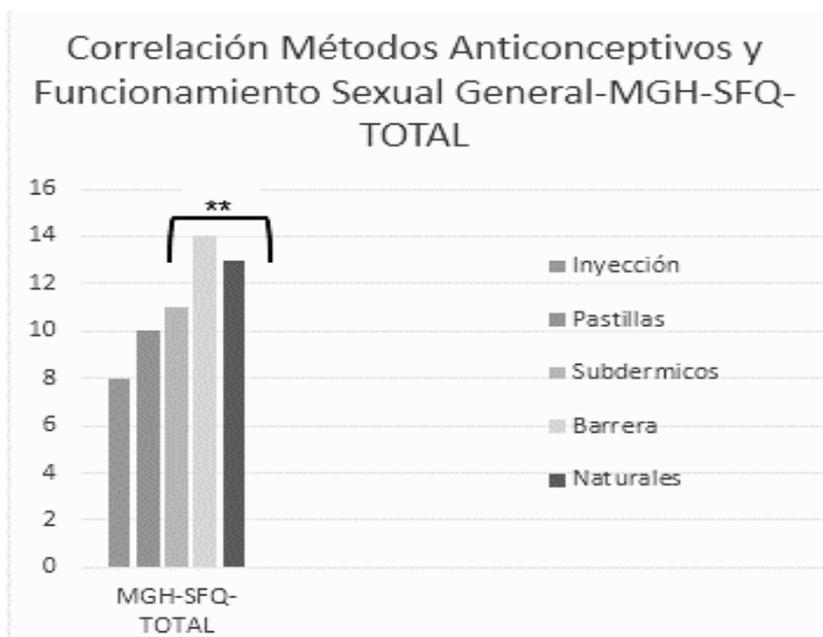
Se realiza correlación con Anova de un factor, encontrándose que hay normalidad, y correlación significativa entre el uso de métodos anticonceptivos hormonales, métodos de barrera y métodos naturales en el funcionamiento sexual.

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos hormonales sobre el funcionamiento sexual general de la muestra, se observó que la inyección mensual, pastillas y los implantes subdérmicos se correlacionan significativamente con una relación negativa del funcionamiento sexual, en contraste con los métodos anticonceptivos de barrera y naturales.

Tabla 3 Anova de Funcionamiento Sexual General MGH-SFQ

Instrumento	Descriptivos				Anova		Homogeneidad de varianza
	Método	N	Media	D.T	F	Sig.	Est. Levene
MGH-SFQ TOTAL	Inyección mensual	187	8.77	4.977	24.529	.000	18.583
	Pastillas	202	10.77	5.286			
	Implantes subdérmicos	191	10.84	5.242			
	Métodos de barrera	125	13.63	3.741			
	Métodos naturales	114	13.10	4.160			

Ilustración 1 Gráfico de correlación entre Métodos Anticonceptivos y Funcionamiento Sexual General



Al profundizar en las fases del funcionamiento sexual femenino de la muestra se observó que, en la fase de Deseo la inyección mensual, las pastillas e implantes subdérmicos generan mayor afectación negativa en comparación con los métodos de barrera y métodos naturales. En la fase de Excitación se encontró que la inyección mensual, pastillas, métodos

naturales e implantes subdérmicos, respectivamente se correlaciona con un desarrollo negativo de dicha fase, en tanto que los métodos de barrera favorecen el desarrollo de esta. En la fase de Lubricación se encontró que los métodos naturales, inyección mensual y métodos de barrera no favorecen a la misma, contrariamente a las pastillas e implantes subdérmicos favorecen la lubricación.

En la fase de Orgasmo se encontró que, la inyección mensual y los métodos naturales no favorecen la elaboración de la fase, mientras que los métodos de barrera, los implantes subdérmicos y las pastillas, si favorecen al orgasmo. En cuanto a Satisfacción se encontró que los métodos naturales y de barrera se correlacionan significativamente en el desarrollo favorable de esta fase, en tanto que los métodos anticonceptivos hormonales no favorecen. Finalmente, en cuanto al Dolor, se observó que los métodos naturales y de barrera favorecen a la aparición del dolor, contrariamente con la utilización de métodos anticonceptivos hormonales.

Concluyendo que, acorde a todas las fases del funcionamiento sexual femenino, se correlaciona significativamente que los métodos anticonceptivos con mayor afectación negativa son los hormonales, siendo la inyección mensual el que más afectación genera especialmente en fases de lubricación, orgasmo y dolor, contrariamente al uso de métodos anticonceptivos de barrera, los cuales tienen una relación positiva con el funcionamiento sexual.

Tabla 4 Anova de Funcionamiento Sexual Femenino FSFI

FSFI	Método	Descriptivos			Aova		Homogeneidad de varianza	
		N	Media	D.T	F	Sig.	Est. Levene	Sig
DESEO	Inyección mensual	187	3,306	1,2135	12,870	,000	2,472	,043
	Pastillas	202	3,633	1,2603				
	Implantes subdérmicos	191	3,754	1,3657				
	Métodos de barrera	125	4,253	1,1854				
	Métodos naturales	114	4,079	1,3337				
EXCITACIÓN	Inyección mensual	187	2,957	1,6978	10,924	,000	4,101	,003
	Pastillas	202	3,639	1,6998				
	Implantes subdérmicos	191	3,831	1,6737				
	Métodos de barrera	125	4,186	1,6668				
	Métodos naturales	114	3,753	2,0774				
LUBRICACIÓN	Inyección mensual	187	2,861	1,1316	3,559	,007	9,055	,000
	Pastillas	202	3,131	,9223				
	Implantes subdérmicos	191	3,134	,8314				
	Métodos de barrera	125	3,034	1,0581				
	Métodos naturales	114	2,789	1,3768				
ORGASMO	Inyección mensual	187	2,826	1,1922	4,391	,002	9,082	,000
	Pastillas	202	3,164	1,0648				
	Implantes subdérmicos	191	3,229	1,0402				
	Métodos de barrera	125	3,322	1,2173				
	Métodos naturales	114	3,014	1,5859				
SATISFACCIÓN	Inyección mensual	187	3,089	1,7647	13,898	,000	8,819	,000
	Pastillas	202	3,743	1,7907				
	Implantes subdérmicos	191	3,814	1,6979				
	Métodos de barrera	125	4,394	1,4260				
	Métodos naturales	114	4,211	1,6143				

Métodos Anticonceptivos y Funcionamiento sexual

DOLOR	Inyección mensual	187	2,222	1,2805	2,662	,032	3,684	,006
	Pastillas	202	2,092	1,2051				
	Implantes subdérmicos	191	2,128	1,1342				
	Métodos de barrera	125	1,853	1,1767				
	Métodos naturales	114	1,846	1,5085				
FSFI TOTAL	Inyección mensual	187	17,27	6,352	7,524	,000	4,908	,001
	Pastillas	202	19,47	6,271				
	Implantes subdérmicos	191	19,89	5,997				
	Métodos de barrera	125	21,04	6,018				
	Métodos naturales	114	19,69	7,760				

Ilustración 2 Gráfico Correlación entre Métodos Anticonceptivos y Funcionamiento Sexual Femenino

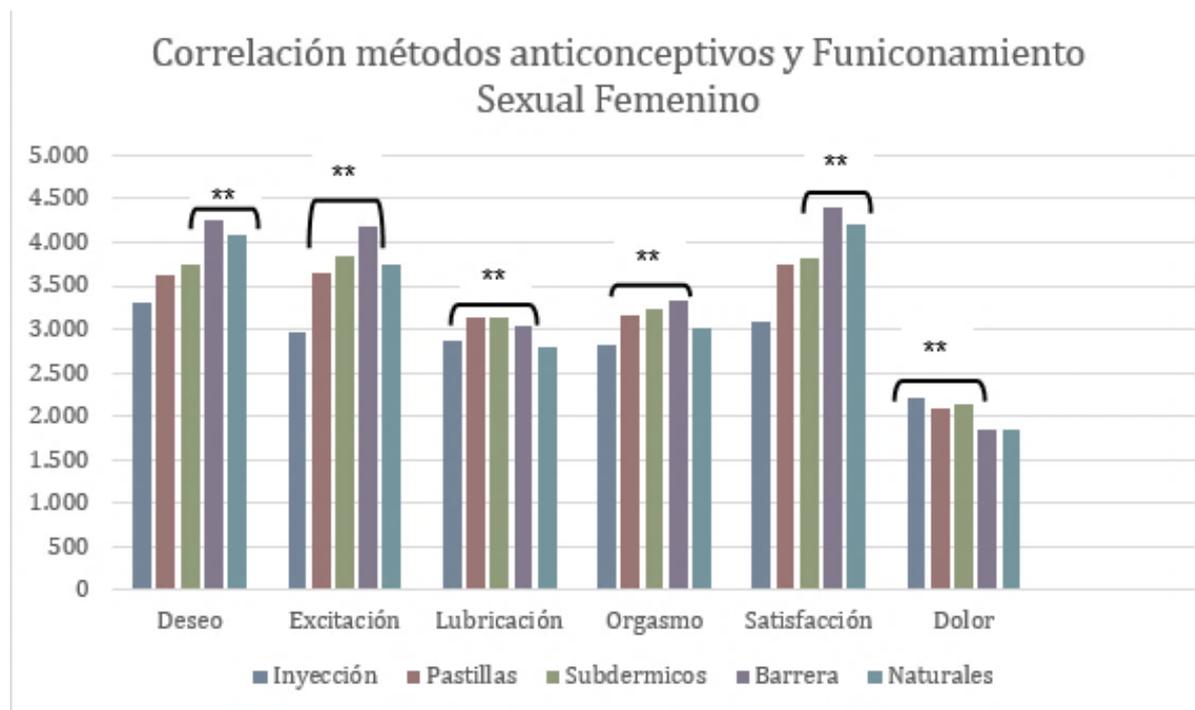
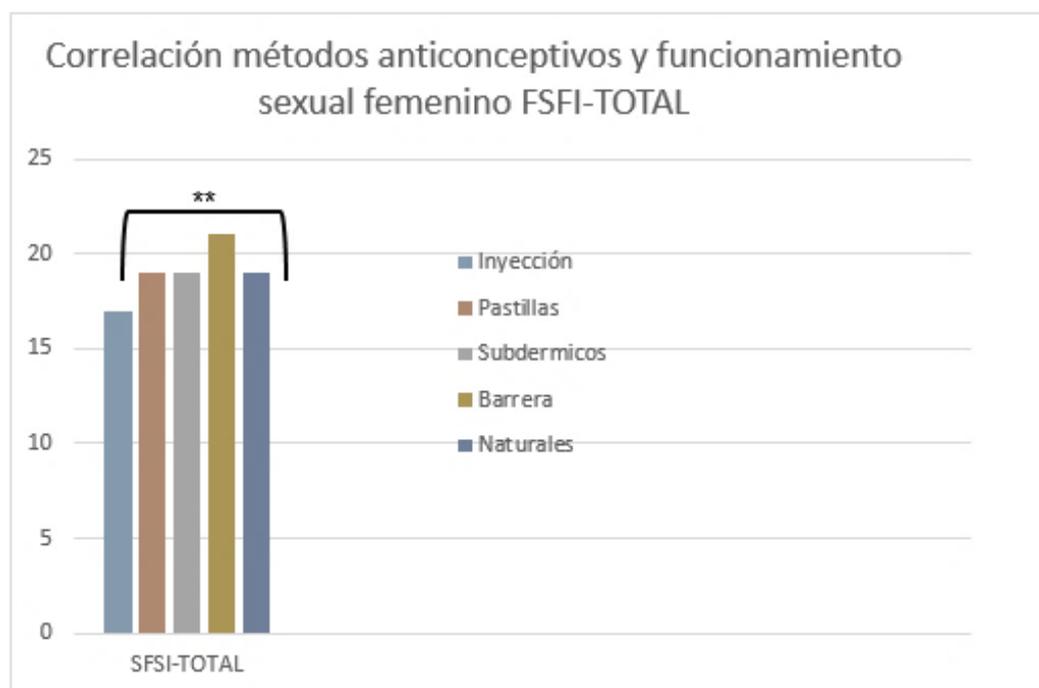


Ilustración 3 Gráfico Correlación entre Métodos Anticonceptivos y Funcionamiento Sexual Femenino FSFI-TOTAL



Por otra parte, al hablar específicamente de Deseo sexual, medido a través del IDS, se encontró que existe una correlación significativa entre el uso de inyección mensual y pastillas con un efecto adverso sobre el deseo sexual diádico de pareja (interés de tener contacto sexual con la pareja), el método hormonal con menor relación negativa son los implantes subdérmicos, mientras que los métodos de barrera y naturales favorecen dicho deseo.

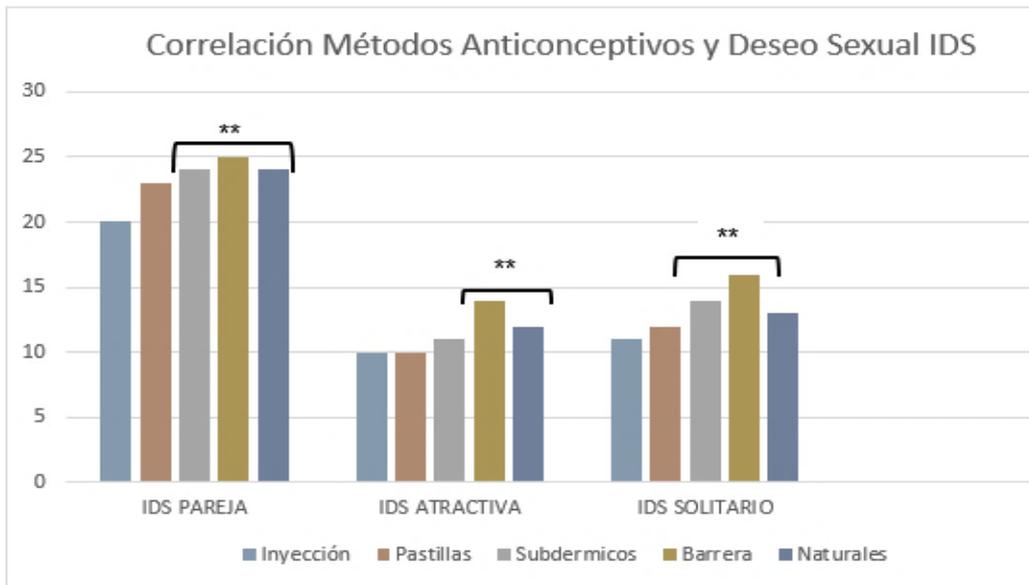
Respecto al deseo sexual diádico referido a persona atractiva (interés de tener contacto sexual con una persona atractiva), se observó una correlación significativa que indica una relación negativa entre el uso de métodos anticonceptivos hormonales (inyección mensual, pastillas, implantes subdérmicos) y métodos naturales, en tanto que, se observa una relación positiva con el uso de métodos anticonceptivos de barrera.

En deseo sexual en solitario (interés de tener contacto sexual con uno mismo), se observó una correlación significativa indicadora de una relación negativa por el uso de métodos anticonceptivos hormonales y métodos naturales, contrariamente al efecto observado por el uso de métodos anticonceptivos de barrera. A continuación, se presenta los datos relacionados anteriormente.

Tabla 5 Anova de Deseo Sexual IDS

IDS	Método	Descriptivos			Anova		Homogeneidad de varianza	
		N	Media	D.T	F	Sig	Est. Levene	Sig
IDS DIADICO PAREJA	Inyección mensual	187	20,12	9,942	7,869	,000	2,629	,033
	Pastillas	202	23,17	10,119				
	Implantes subdérmicos	191	24,50	9,617				
	Métodos de barrera	125	25,57	8,702				
	Métodos naturales	114	24,53	10,056				
IDS PERSONA ATRACTIVA	Inyección mensual	187	10,12	6,789	7,605	,000	5,514	,000
	Pastillas	202	10,65	7,283				
	Implantes subdérmicos	191	11,10	7,375				
	Métodos de barrera	125	14,62	8,738				
	Métodos naturales	114	12,01	8,719				
IDS SOLITARIO	Inyección mensual	187	11,39	7,424	5,617	,000	6,704	,000
	Pastillas	202	11,72	8,190				
	Implantes subdérmicos	191	13,21	9,070				
	Métodos de barrera	125	15,67	8,955				
	Métodos naturales	114	12,96	10,058				

Ilustración 4 Gráfico Correlación entre Métodos Anticonceptivos y Deseo Sexual



Discusión

En el desarrollo de esta investigación se dio respuesta la pregunta de investigación, ¿Existe una disminución del funcionamiento sexual de las mujeres dependiendo del uso de métodos anticonceptivos hormonales?, Los resultados de investigación muestran que existe una correlación significativa entre el uso de métodos anticonceptivos hormonales y la afectación negativa sobre el funcionamiento sexual femenino, alterando fases como deseo, lubricación y orgasmo.

Conclusión que fue posible mediante la respuesta a los objetivos investigativos planteados, logrando identificar que los métodos anticonceptivos inyectables son los que afectan en mayor proporción al funcionamiento sexual femenino, en segundo lugar, se encuentran los métodos anticonceptivos orales (pastillas) y en tercer lugar se encuentran los métodos anticonceptivos subdérmicos. Queriendo decir esto se logra identificar la relación existente entre el uso de métodos anticonceptivos hormonales y el funcionamiento sexual femenino en la muestra de mujeres colombianas sexualmente activas.

A través del análisis de resultados se rechaza la hipótesis nula (H₀): El uso de métodos anticonceptivos hormonales no afectan el funcionamiento sexual femenino, por consiguiente, el valor en las escalas (FSFI, IDS, MGH-SFQ), con respecto a las mujeres que utilizan métodos anticonceptivos sin carga hormonal.

Esto en comparación con los puntajes altos obtenidos en cuanto a funcionamiento sexual y uso de métodos anticonceptivos hormonales, lo que llevó a aceptar la hipótesis alterna H₁: El uso de métodos anticonceptivos hormonales inyectables (inyección mensual),

subdérmicos (Jadelle, DIU hormonal) y orales (pastillas de 21 y 28 días) alteran los puntajes de las escalas (FSFI, IDS, MGH-SFQ) encontrando valores inferiores en comparación las mujeres que utilizan métodos anticonceptivos sin carga hormonal.

Dicha hipótesis ha sido respaldada por diversas investigaciones a nivel nacional e internacional como las realizadas por Greco et al., (2007a); Gómez y Pardo, (2009); Caruso et al., (2011a); Battaglia et al., (2012a); Pastor et al., (2013a), quienes observaron efectos adversos en el funcionamiento sexual femenino como dolor, cambios de humor, dificultad en la elaboración en más de una fase de la respuesta sexual femenina, disminución del deseo sexual, aumento de peso, problemas circulatorios, hemorragias intermenstruales, entre otros.

Cabe resaltar que, los resultados de esta investigación señalan que, en el grupo de métodos anticonceptivos hormonales, el que menor efecto adverso tiene sobre el funcionamiento sexual femenino, son los subdérmicos; como lo señala investigaciones realizadas por Davis SR et al., (2013); Di Carlo et al., (2014); Higgins A, Sanders J, Palta M, Turok D (2016).

Esta investigación brinda aportes investigativos en el área de la sexología clínica, para el mejoramiento de procesos de atención acorde no solamente al motivo de consulta, sino teniendo en cuenta factores como tipo de planificación familiar e incidencia de esta sobre el motivo de consulta, especialmente en población femenina, de tal forma que se pueda dar una atención médica y psicológica integral que dé respuesta a su necesidad. De igual manera, los resultados de esta investigación podrían extenderse y cruzarse con la medición de percepción acerca del comportamiento sexual, de autoestima, y observar el impacto de estas en el funcionamiento sexual de la población estudiada.

Esta investigación abre paso al replanteamiento de las estrategias de promoción y prevención, las cuales están orientadas netamente a disminuir los embarazos no planeados y las enfermedades de transmisión sexual, pasando por alto el funcionamiento sexual, satisfacción sexual y estado de salud de la mujer al momento de acudir a una orientación en planificación familiar, lo que podría dar cabida remisiones con psicólogos especialistas que realicen valoraciones e intervenciones pertinentes que procuren la calidad de vida tanto de la mujer como de su pareja a través de la vivencia plena de su sexualidad.

Como lo señala Carroble, Gámez y Almendros (2011), en cuanto a satisfacción sexual y funcionamiento sexual, “unos niveles elevados de autoestima sexual, motivación sexual, asertividad sexual, erotofilia, consistencia orgásmica y frecuencia de las relaciones sexuales en la pareja están relacionados con una mayor satisfacción sexual. Por el contrario, unas puntuaciones más altas en ansiedad de ejecución y distracción corporal se asocian con una menor satisfacción” (p. 32).

Así mismo esta investigación sigue poniendo de manifiesto la necesidad de educar a la población en general en el uso responsable de los métodos de planificación familiar, en la desmitificación de los mismo y de algunos comportamientos asociados a la sexualidad, ya que están pueden ser desencadenantes de disfunciones sexuales, pues como lo menciona González, Miyar y González (2002), “desde lo social con raíces en el pasado, se empiezan a formar mitos, fábulas, ficción alegórica a un tema y tabúes -algo que no se puede hacer o lograr- en torno a la sexualidad y al desempeño sexual de cada sexo, los cuales llegan aún hoy a nuestros días y mediatizan de forma negativa el disfrute de la sexualidad y marcan definitivamente el comportamiento sexual humano” (párr. 4).

Consecuentemente con la desmitificación de la sexualidad, esta investigación brinda información relevante en la prevalencia del uso de métodos de barrera del 15.2% (condón masculino y femenino) y la correlación positiva entre el uso de estos y el funcionamiento sexual femenino, lo que permite concluir que su uso favorece a la vivencia plena de la relación sexual. “El condón es seguro, fácil de usar, no necesita supervisión médica, previene ETS, quizás disminuya sensibilidad en el coito, pero esto puede ser aprovechado por pacientes con eyaculación precoz, o para prolongar el placer durante el acto sexual. Es cierto que interfiere con la estimulación precoito, pero esto se puede mejorar si se erotiza su uso” (González y Miyar, 2001a, p. 374).

De igual manera es importante que las parejas heterosexuales sean orientadas (ambos participantes) en opciones que favorezcan su sexualidad, que no impliquen que únicamente la mujer sea quien deba hacer uso de dicho método y, por ende, experimentar los efectos de este tanto a nivel físico como psicológico. Además del reto que supone para el desarrollo de la nación, pues una correcta implementación en políticas de salud sexual y reproductiva, dado que no solamente ayuda a la prevención y disminución de embarazos no planeados, sino que además a la prevención y disminución de abortos, muerte materna, salud infantil, favorece el empoderamiento femenino y concepto de género, está relacionado con la disminución de la pobreza, estimula el desarrollo económico y calidad de vida de las personas (Gutiérrez, 2013).

Dentro de las limitaciones encontradas en esta investigación, cabe mencionar que gran parte de la muestra cuenta con estudios universitarios, lo que de antemano supone un mayor acceso a medios informáticos para su participación y difusión; así mismo no se tuvo en

cuenta la posibilidad de que mujeres implementen de manera simultánea dos métodos de anticoncepción; la ampliación en el rango de edad para la investigación puede abrir paso a desarrollos importantes en otras fases del ciclo vital, como lo indican Figueroa et al., (2009) que, “existe alta prevalencia de disfunción sexual durante el período del climaterio y su relación directa con la edad” (p.349); además de la edad de inicio de vida sexual e inicio en planificación familiar es otra variable a tener en cuenta dado los resultados de esta investigación y demás que le han dado sustento.

Si bien es cierto la planificación familiar es una estrategia para dar respuesta al problema de salud pública que supone los embarazos no planeados y/o a temprana edad, en el desarrollo de esta investigación se observó las implicaciones en el estado de salud y en el funcionamiento sexual, por ende, el acceso a métodos anticonceptivos hormonales a temprana edad puede suponer un mayor riesgo para desarrollar complicaciones de salud sexual y reproductiva a largo plazo.

Añadido a esto se hace pertinente, para futuras investigaciones, trabajar de manera mancomunada con médicos especialistas, para poder realizar una diferenciación de métodos anticonceptivos hormonales (combinados, carga hormonal), que permita identificar con mayor claridad aquellos que favorezcan la salud sexual y reproductiva de la usuaria, teniendo en cuenta variables personales como estado de salud.

Referencias

- American Psychological Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales/ DSM-V*. España. American Psychiatric Pub.
- Arenas, J. M. B. (Ed.). (2009). *Fundamentos de ginecología*. Ed. Médica Panamericana.
- Artiles Pérez, V., Gutiérrez Sigler, D y Sanfélix Genovés, J. (2006). Female sexual function and related factors. *Atención Primaria*, 38, 339-344. doi: 10.1157/13093371
- Battaglia, C., Battaglia, B., Mancini, F., Busacchi, P., Paganotto, M., Morotti, E y Venturoli, S. (2012). Sexual Behavior and Oral Contraception: A Pilot Study. *The Journal of Sexual Medicine*, 9, 550–557. doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02597.x
- Benjumea Cuesta, R., Tejada Franco, C y Goy Iglesias, E. (2011). Actualización en anticoncepción hormonal. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 35, 75-87. doi: 10486/663637
- Bitzer, J y Alder, J. (2007). Sexualmedizin für Gynäkologen. *Der Gynäkologe*, 41, 49-71. doi: 10.1007/s00129-007-2060-1
- Burrows Lara, J., Basha, M y Goldstein, A. (2012). The Effects of Hormonal Contraceptives on Female Sexuality: A Review. *The Journal of Sexual Medicine*, 9, 2213–2223. doi: 10.1111/j.1743-6109.2012.02848.x
- Cabello Santamaría, F. (2007). Tratamiento del deseo sexual hipoactivo en la mujer. *Revista Internacional de Andrología*, 5, 29-37. doi: 10.1016/S1698-031X(07)74031-1
- Cabrero, L., Saldívar, D y Cabrillo, E. (2007). *Obstetricia y Medicina Materno Fetal*. Madrid. Editorial Médica Panamericana.
- Carrobes, J. A., Guadix, M. G., & Almendros, C. (2011). Funcionamiento sexual, satisfacción sexual y bienestar psicológico y subjetivo en una muestra de mujeres españolas. *Anales de Psicología*, 27(1), 27-34. Doi: 10.1016/S0212-9498(10)7431

- Caruso, S., Agnello, C., Romano, M., Cianci, L., Lo Presti, S., Malandrino, C y Cianci, A. (2011). Preliminary Study on the Effect of Four-phasic Estradiol Valerate and Dienogest (E2V/DNG) Oral Contraceptive on the Quality of Sexual Life. *The Journal Sexual Medicine*, 8, 2841–2850. doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02409.x
- Davis, A y Castaño, P. (2012). Oral contraceptives and libido in women. *Annual Review of Sex Research*, 15, 297-320. doi: 10.1080/10532528.2004.10559822
- Davis, S. R., Bitzer, J., Giraldi, A., Palacios, S., Parke, S., Serrani, M., y Nappi, R. E. (2013). Change to either a nonandrogenic or androgenic progestin-containing oral contraceptive preparation is associated with improved sexual function in women with oral contraceptive-associated sexual dysfunction. *The journal of sexual medicine*, 10(12), 3069-3079. Doi: S1743609515302319
- De Dios Blanco, E., Duany Navarro, A y Rojas Zuasnábar, L. (2016). Trastorno del deseo sexual hipoactivo femenino y masculino. *Revista sexología y sociedad*, 22, 166-187. doi:<http://www.revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/602>
- Di Carlo, C., Gargano, V., De Rosa, N., Tommaselli, G. A., Sparice, S., & Nappi, C. (2014). Effects of estradiol valerate and dienogest on quality of life and sexual function according to age. *Gynecological Endocrinology*, 30(12), 925-928. Doi: 10.3109/09513590.2014.975688
- Espitia, F. (2016). Prevalencia de Disfunción Sexual en mujeres del eje Cafetero. *Revista Ciencias Biomédicas*, 7, 25-33. doi: <http://revistas.unicartagena.edu.co/index.php/cienciasbiomedicas/article/view/1398>
- Figuroa, R., Jara, D., Fuenzalida, A., del Prado, M., Flores, D., & Blumel, J. E. (2009). Prevalencia de disfunción sexual en mujeres climatéricas. *Revista médica de Chile*, 137(3), 345-350. Doi: S0034-98872009000300004

- Gándara, J y Puigvert, A. (2005). *Sexualidad Humana: una aproximación integral*. Madrid. Ed. Médica Panamericana.
- García, S., Aponte, H y Moreno, S. (2005). Diagnóstico de la disfunción sexual femenina y su correlación con el perfil hormonal en la población femenina que consulta a los servicios de urología, ginecología y personal femenino del hospital de San José, en Bogotá, Colombia. *Urología Colombiana*, 14, 75-80. doi: 1491/149120460012.pdf
- Gomes Ferreira, A., Souza Impieri, A y Ramos de Amorim, M. (2007). Prevalência das disfunçõessexuaisfemininasem clínica de planejamento familiar de um hospital escola no Recife, Pernambuco. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 7, 143-150. doi: S1519-38292007000200004
- Gómez Sánchez, P y Pardo, Y. (2009). Percepciones del uso de anticonceptivos en Bogotá (Colombia) 2009. Estudio cualitativo. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 6, 34-41. doi: 1952/195215352005/
- González Labrador, I y Miyar Pieiga, E. (2001). Consideraciones sobre planificación familiar: métodos anticonceptivos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17, 367-378. doi: S0864-21252001000400010
- González Labrador, I. (2002). Ginecología y sexualidad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18, 349-351. doi: S0864-21252002000500011.
- González Labrador, I., Miyar Pieiga, E., & González Salvat, R. M. (2002). Mitos y tabúes en la sexualidad humana. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18(3), 226-229. Doi: S0864-21252002000300012
- González-Hernando, C., Almeida, M., Martin-Villamor, P., Cao-Torija, M. J., & Castro-Alija, M. J. (2013). La píldora anticonceptiva a debate. *Enfermería universitaria*, 10(3), 98-104. Doi: S1665-70632013000300005

- Greco, T., Graham, C., Bancroft, G., Tanner, A y Doll, H. (2007). The effects of oral contraceptives on androgen levels and their relevance to premenstrual mood and sexual interest: a comparison of two triphasic formulations containing norgestimate and either 35 or 25 µg of ethinyl estradiol. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 76, 8-17. doi: S0010-7824(07)00140-0
- Guida, M., Di Spiezio, A., Bramante, S., Sparice, S., Acunzo, G., Tommaselli, G., Di Carlo, C., Pellicano, M., Greco, E y Nappi, C. (2005). Effects of two types of hormonal contraception—oral versus intravaginal—on the sexual life of women and their partners. *Human Reproduction*, 20, 1100–1106. doi: 20/4/1100/701081
- Gutiérrez, M. (2013). La planificación familiar como herramienta básica para el desarrollo. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 30, 465-470. Doi: article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpmesp/v30n3/a16v30n3.pdf
- Higgins, J. A., Sanders, J. N., Palta, M., & Turok, D. K. (2016). Women's Sexual Function, Satisfaction, and Perceptions After Starting Long-Acting Reversible Contraceptives. *Obstetrics and gynecology*, 128(5), 1143–1151. doi:10.1097/AOG.0000000000001655
- Kingsberg, S y Rezaee, R. (2013). Hypoactive sexual desire in women. *The Journal of The North American Menopause Society*, 20, 1284/1300. doi: 10.1097/GME.0000000000000131
- Malmborg, A., Persson, E., Brynhildsen, E y Hammar, M. (2015). Hormonal contraception and sexual desire: A study based on a questionnaire of young Swedish women. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 21, 158-167. doi: 10.3109/13625187.2015.1079609
- Martin-Loeches, M., Orti, R. M., Monfort, M., Ortega, E., & Rius, J. (2003). A comparative analysis of the modification of sexual desire of users of oral hormonal contraceptives

and intrauterine contraceptive devices. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 8(3), 129-134. Doi: 10.1080/ejc.8.3.129.134

Matorras, R., Hernández, J y Molero, D. (2008). *Tratado de reproducción humana para enfermería*. Madrid. Editorial Médica Panamericana.

Ministerio de Protección Social. (2006). *Ley número 1090 de 2006*. Recuperado de:
http://colpsic.org.co/aym_image/files/LEY_1090_DE_2006.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2010). *Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos*. Recuperado de:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%202010.pdf>

Montejo, A. (2003). *Sexualidad y Salud Mental*. Barcelona. Editorial Glosa.

Montero, I., y León, O. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862. doi: 33770318

Monterrosa Castro, A. (2001). Los nuevos anticonceptivos orales combinados de ultra baja dosis. *Revista colombiana de obstetricia y ginecología*, 52. doi: 1952/195218276003/

Monterrosa Castro, A. (2006). Anticonceptivos orales de solo progestina. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 57, 45-53. doi: S0034-74342006000100007

Moran, G y Alvarado, D. (2010). *Métodos de investigación*. México. Pearson Education.

Moyano, N y Sierra, J. (2014). Validación de las Escalas de Inhibición Sexual/Excitación Sexual Forma Breve (SIS/SES-SF). *Terapia Psicológica*, 32, 87-100. doi: S0718-48082014000200002

Muñoz, A y Camacho, P. (2016). Prevalencia de factores de riesgo de la disfunción sexual femenina: revisión sistemática. *Revista Chilena de Obstetricia y ginecología*, 81, 168-180. doi: 10.4067/S0717-75262016000300002

- Niño Avendaño, C., Ospina, J y Manrique Abril, F. (2014). Episodios de ansiedad y depresión en universitarias de Tunja (Colombia): probable asociación con uso de anticoncepción hormonal. *Investigaciones Andina*, 29, 1059-1071. doi: 2390/239031678005/
- Oliveira, C., Maias, C y Alves, M. (2009). Perturbação do desejo sexual hipoativo: prevalência, diagnóstico e tratamento. *Advances in Health Psychology*, 17, 101-112. doi: 10.15603/2176-1019/mud.v17n2p101-112.
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2017). *Salud sexual*. Recuperado de: http://www.who.int/topics/sexual_health/es/
- Palacios, S. (2012). *Comprender la sexualidad femenina*. España. editorial Amat.
- Pastor, Z., Holla, K y Chmel, R. (2013). The influence of combined oral contraceptives on female sexual desire: A systematic review. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 18, 27-43. doi: 10.3109/13625187.2012.728643
- Profamilia. (2015). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Recuperado de: <http://profamilia.org.co/docs/ENDS%20%20TOMO%20I.pdf>
- Reis, S. L. B. (2013). *Benefícios e riscos da testosterona para tratamento de desejo sexual hipoativo de mulheres: umarevisão crítica da literatura referente às décadas pré e após o advento dos inibidores da fosfodiesterase tipo 5*. Master's Dissertation, Faculdade de Medicina, University of São Paulo, São Paulo. doi:10.11606/D.5.2013.tde-08112013-105531
- Rhonheimer, M. (2004). *Ética de la procreación*. España. Ediciones Rialp.
- Ribeiro, W y Assunção, M. (2008). Sexualidadefeminina: questões do cotidiano das mulheres. *Texto y Contexto - Enfermagem*, 17, 417-426. doi: 10.1590/S0104-07072008000300002

- Riveiro, B., Magalhães, A y Mota, I. (2013). Disfunção sexual feminina e mi da de reprodutiva, prevalência e fatores associados. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 29, 16-24. doi: S2182-51732013000100004
- Sabatini, R y Cagiano, R. (2006). Comparison profiles of cycle control, side effects and sexual satisfaction of three hormonal contraceptives. *Contraception* 74, 220–223. doi: S0010-7824(06)00122-3/abstract
- Sánchez Bravo, C., Carreño Meléndez, J., Martínez Ramírez, S y Gómez López, M .(2005). Disfunciones Sexuales Femeninas y Masculinas: Comparación de género en una muestra de la ciudad de México. *Salud Mental*, 48, 74-80. doi: 582/58242808/
- Sánchez Bravo, C., Carreño Meléndez, J., Martínez Ramírez, S y Gómez López, M .(2005). Disfunciones Sexuales Femeninas y Masculinas: Comparación de género en una muestra de la ciudad de México. *Salud Mental*, 48, 74-80. doi: 582/58242808/
- Sanders, S., Graham, C., Bass, J y Bancroft, J. (2001). A prospective study of the effects of oral contraceptives on sexuality and well-being and their relationship to discontinuation. *International Reproductive Health Journal Contraception*, 64, 51-58. doi: S0010782401002189 .
- Schaffir, J. (2006). Hormonal contraception and sexual desire: a critical review. *Sex and Marital Therapy*, 32, 305-314. doi: 10.1080/00926230600666311
- Silva, L., Japur, A., Peternos, A., Salata, M y Rosa, F. (2008). Abordagem das disfunçõessexuaisfemininas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 30, 312-321. doi: S0100-72032008000600008
- Vallejo-Medina, P., Pérez-Durán, C y Saavedra-Roa, A. (2017). Translation, Adaptation, and Preliminary Validation of the Female Sexual Function index into Spanish (Colombia). *Archives of Sexual Behavior*, 47, 797–810. doi: 10.1007/s10508-017-0976-7

Vega, G., Flores, P., Ávila, J., Becerril, A., Vega, A., Camacho, N y García, P. (2014).

Factores biopsicosociales asociados a la disfunción sexual femenina en una población

mexicana. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 79, 81-85. doi: S0717-

75262014000200003

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado

Consentimiento informado

¡ Recibe un cordial saludo !

Has sido invitado a participar en el proyecto de investigación titulado “Relación entre el uso de métodos anticonceptivos hormonales y el funcionamiento sexual en una muestra de mujeres colombianas sexualmente activas”. Antes de tomar la decisión acerca de si aceptas o no participar, te sugerimos leer detenidamente todos los apartados del presente documento. Este proceso se conoce como Consentimiento Informado. Una vez hayas leído y comprendido los aspectos relacionados con el proyecto de investigación y si decides participar, haz clic en «Sí, deseo participar»; de lo contrario cierra la pestaña o la ventana del computador que tiene la presente encuesta antes de diligenciarla.

Tu participación en el estudio está protegida por la legislación internacional, nacional e institucional en la que se preserva la dignidad, autonomía, derechos y se procura el bienestar de participantes en proyectos de investigación.

Propósito del estudio.

El Propósito de este estudio es Observar las posibles relaciones entre el uso de métodos anticonceptivos hormonales y el funcionamiento sexual en una muestra de mujeres heterosexuales adultas colombianas se encuentren en el rango de edad de 18 a 35 años. La información que pueda ser obtenida con tu participación en el estudio será usada con fines académicos y de investigación en el ámbito universitario. Siempre será mantenida la confidencialidad de tus datos personales.

Retribución y beneficios por la participación.

NO recibirás dinero por participar en este estudio. Tu participación es una contribución para el desarrollo de la ciencia, para posteriormente lograr crear protocolos de intervención en la sexualidad humana.

Participación en el estudio.

En este estudio participan mujeres colombianas heterosexuales sexualmente activas entre los 18 y 35 años de edad. Si eres menor de edad, cierra la pestaña o la ventana del computador que tiene la presente encuesta. Tu participación es completamente voluntaria y se ratifica con la aceptación del presente documento.

Si ya aceptaste participar y si en cualquier momento del diligenciamiento de la encuesta decides retirarte o abandonarlo, puedes hacerlo tranquilamente sin que esa decisión implique recibir algún tipo de sanción o de consecuencia desfavorable. Para ello sólo es necesario que cierres la pestaña o la ventana del computador que contenga este cuestionario, por lo que no se requiere dar a conocer las razones que motivan tu retiro.

¡Gracias por tu colaboración!

Procedimiento.

La obtención de la información acerca de las variables del estudio se hará a través de la aplicación de los cuestionarios en línea que diligenciarás una vez aceptes tu participación.

Inicialmente se te solicitará información general sobre la edad, estado civil y otras variables socio demográficas. Posteriormente encontrarás una serie de preguntas muy personales acerca de tu vida sexual. En ellas debes señalar, entre varias opciones, aquellas con las que te sientas identificado (a). Cada cuestionario te explicará cómo responder las preguntas formuladas.

Los cuestionarios pueden ser diligenciados aproximadamente entre cinco y diez minutos y podrán ser contestados en un momento y lugar que no interfiera con tus actividades cotidianas, ya que tú eliges el momento de hacerlo. Si empiezas a responderlo y deseas terminarlo en otro momento ten en cuenta no cerrar la pestaña o ventana del computador. Si la cierras antes de terminar de diligenciarlos, la información suministrada hasta ese momento se perderá, por lo que, si mantienes tu deseo de participar, tendrás que iniciar de nuevo.

Una vez diligenciada la encuesta haz clic en Finalizar. La información que has suministrado sólo queda en nuestra base de datos si ha sido enviada.

Riesgos e incomodidades.

La presente investigación se considera con riesgo mínimo a la luz de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de la Protección Social. Al momento de responder los cuestionarios y dado que se indaga por aspectos muy personales de tu vida sexual, es posible que manifiestes algún nivel de incomodidad y de ansiedad que no representan un riesgo físico o psicológico. Si consideras que no puedes seguir respondiendo a las preguntas recuerda que puedes desistir de tu participación cerrando la pestaña o la ventana del computador que contenga este

cuestionario. La información recogida hasta ese momento no quedará registrada y no formará parte del estudio.

Privacidad y confidencialidad.

La información suministrada estará protegida, dado que se presentan de manera grupal, en ningún momento se te pedirá información que permita que seas identificado/a por lo que allí se omiten los datos de identificación. Por eso solicitamos que las respuestas que registres sean lo más verídicas y cercana a tu experiencia en cuanto al acto sexual.

Entrega de resultados.

Puedes decidir si deseas o no conocer información relacionada con los resultados obtenidos a partir de la información suministrada. Para ello, al momento de contestar los cuestionarios, se te pedirá que manifiestes el deseo de conocer tus resultados simplemente reportando un correo electrónico a través del cual se te hará llegar la información tan pronto el estudio haya finalizado.

Si después de enviados los cuestionarios, tienes alguna inquietud, incomodidad o deseas recibir algún tipo de orientación relacionada con el tema, puedes hacerlo escribiendo un mensaje a los investigadores a través de los correos señalados abajo para atender tu requerimiento.

Investigadores:

Laurent Marchal Bertrand

Mágister en Sexualidad y Familia

e-mail: laurent.marchalb@konradlorenz.edu.co

Jessika Alejandra Salamanca Patiño

Estudiante Maestría en Psicología Clínica

e-mail: jessikaa.salamancap@konradlorenz.edu.co

Consentimiento.

Manifiesto que he leído y comprendido completamente la información suministrada acerca de la investigación sobre "Relación entre el uso de métodos anticonceptivos hormonales y el funcionamiento sexual en una muestra de mujeres colombianas sexualmente activas " y de las implicaciones que tiene mi participación en éste. Entiendo que mi participación en el estudio es completamente voluntaria, que puedo abandonarlo en el momento que desee por cualquier razón y que esta decisión no afectará a futuro ningún tipo de relación con las instituciones comprometidas en el estudio.

Por lo tanto, manifiesto mi interés de formar parte del estudio y acepto participar en él:

Anexo 2. Cuestionario de datos sociodemográficos y variables psico-sexuales-afectivas

Formato de datos sociodemográficos

1. Nombres y apellidos: _____
2. Sexo:
 - a. Hombre:
 - b. Mujer:
3. Orientación sexual:
 - a. Exclusivamente heretosexual
 - b. Participante heterosexual, con algún contacto homosexual esporádico
 - c. Participante heterosexual, con varios contactos homosexuales esporádicos
 - d. Principalmente homosexual
4. Edad: _____
5. Nacionalidad: _____
6. Lugar de residencia: _____
7. Lugar de procedencia: _____
8. Estado civil:
 - a. Casada
 - b. Viuda
 - c. Soltera
 - d. Unión de hecho
 - e. Separada
9. Ocupación:
10. Nivel de escolaridad:
 - a. Primaria
 - b. Secundaria
 - c. Pregrado
 - d. Posgrado
11. Método de planificación:
 - a. Inyección mensual
 - b. Pastillas (de 21 o 28 días)
 - c. Implantes subdérmicos (Jadelle, DIU hormona)
 - d. Métodos de barrera
 - e. Métodos naturales
12. Tienes relación de pareja de más de 6 meses
 - a. Si
 - b. No
13. Religión: _____
14. Número de parejas con las que ha tenido contacto sexual en su vida
15. Ha sido diagnosticada con alguna de las siguientes disfunciones sexuales:
 - a. Trastorno del deseo
 - b. Trastorno de excitación
 - c. Trastorno del dolor
 - d. Trastorno del orgasmo
16. Ha recibido tratamiento profesional por alguna disfunción sexual

- a. Si
 - b. No
17. Tiene hijos
- a. Si
 - b. No
18. Consume algún medicamento de forma regular
- a. Si
 - b. No
 - c. ¿Cual?
19. Frecuencia de actividad sexual
- a. Menos de una vez al mes
 - b. De 1 a 2 veces al mes
 - c. De 1 a 2 veces a la semana
 - d. De 3 a 4 veces a la semana
 - e. Más de 4 veces a la semana
20. Por favor indique si ACTUALMENTE tiene problemas de... (Puede seleccionar varias)
- a. Tensión arterial alta/baja
 - b. Problemas de tiroides
 - c. Problemas cardiacos
 - d. Accidente cerebrovascular
 - e. Apoplejía
 - f. Problemas urológicos
 - g. Diagnóstico psiquiátricos
 - h. Ansiedad
 - i. Abuso de drogas
 - j. Diabetes
 - k. Cáncer
 - l. Enfermedad neurológica
 - m. Problemas sanguíneos
 - n. Depresión
 - o. Infecciones de transmisión sexual
 - p. Histerectomía
 - q. Extirpación de ovarios
 - r. Ninguna de las anteriores
 - s. Otra

Anexo 3. Cuestionario de funcionamiento sexual del Hospital General de Massachusetts (MGH-SFQ)



Versión validada en Colombia del *Massachusetts General Hospital-Sexual Functioning Questionnaire*

Original

(MGH-SFQ; Fava, Rankin, Alpert, Nierenberg, y Worthington, 1998)

Adaptación colombiana

Marchal-Bertrand, L., Espada, J. P., Morales, A., Gómez-Lugo, M., Soler, F., & Vallejo-Medina, P. (2016). Adaptation, validation and reliability of the Massachusetts General Hospital-Sexual Functioning Questionnaire in a Colombian sample and factorial equivalence with the Spanish version. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 48(2), 88-97. doi: [10.1016/j.rlp.2016.01.001](https://doi.org/10.1016/j.rlp.2016.01.001)

Esta escala tiene como propósito evaluar la percepción o consideración que usted tiene de sí mismo a nivel general. Recuerde que ninguna respuesta es correcta o incorrecta, así que responda tranquila y sinceramente. En la presente escala se le preguntará por algunos aspectos relacionados con el funcionamiento sexual. Por favor responda con sinceridad cada una de las preguntas, seleccionando una de las opciones disponibles.

	Totálmente disminuido/a	Marcadamente disminuido/a	Moderadamente disminuido/a	Levemente disminuido/a	Normal
1. ¿Cómo ha estado su interés sexual durante el último mes?	0	1	2	3	4
2. ¿Cómo ha estado su capacidad para conseguir excitación sexual en el último mes?	0	1	2	3	4
3. ¿Cómo ha estado su capacidad para alcanzar el orgasmo en el último mes?	0	1	2	3	4
4. ¿Cómo ha estado su capacidad para conseguir y mantener una erección en el último mes? (Sólo hombres)	0	1	2	3	4
5. ¿Cómo calificaría su satisfacción sexual general en el último mes?	0	1	2	3	4



Dimensiones de la escala:

- ✓ **Deseo Sexual:** se conceptualiza como un impulso apetitivo que es necesario para provocar los cambios físicos anteriores a la excitación sexual.
- ✓ **Excitación Sexual:** es la preparación fisiológica para el contacto sexual.
- ✓ **Orgasmo:** es una sensación de intenso placer acompañada por una alteración de la conciencia y contracción de la musculatura genitourinaria.
- ✓ **Erección (Sólo para hombres):** hace alusión a la capacidad para alcanzar y mantener una erección.
- ✓ **Satisfacción general:** es el valor subjetivo otorgado a lo placentero de la actividad sexual.

Inversión de ítems: No hay ítems invertidos para el MGH-SFQ.

Correspondencia de ítems en dimensiones:

1. Deseo.
2. Excitación.
3. Orgasmo.
4. Erección (Para hombres únicamente).
5. Satisfacción general.

Interpretación:

Se debe calcular las medias de la siguiente manera:

- | | |
|---|--|
| <p>✓ Mujeres:
Se deben sumar los ítems 1, 2, 3 y 5, y el resultado de dicha suma debe ser dividido en 4.</p> | <p>✓ Hombres:
Se deben sumar los ítems 1, 2, 3, 4 y 5, y el resultado de dicha suma debe ser dividido en 5.</p> |
|---|--|

Puntuaciones iguales a 0 o inferiores a 2 en alguna subescala o en el total podría ser un indicativo de problemáticas sexuales.

Anexo 4. (FSFI)-Índice de Función Sexual Femenina



1.2

Versión validada en Colombia del *The Female Sexual Function Index* (FSFI; Rosen et al., 2000)

Vallejo-Medina, P., Pérez-Durán, C., & Saavedra-Roa, A. (2017). Translation, Adaptation, and Preliminary Validation of the Female Sexual Function Index into Spanish (Colombia). *Archives of Sexual Behavior*, 1-14

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

- 5 Siempre o casi siempre
- 4 La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)
- 3 Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)
- 2 Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- 1 Casi nunca o nunca

2. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cómo calificaría su nivel de deseo o interés sexual?

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

3. Durante las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido excitación sexual durante la actividad o relación sexual (sola o en pareja)?

- 0 No he tenido actividad sexual
- 5 Siempre o casi siempre
- 4 La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)
- 3 Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)
- 2 Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- 1 Casi nunca o nunca

4. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cómo calificaría su nivel de excitación sexual durante la actividad o relación sexual (sola o en pareja)?

- 0 No he tenido actividad sexual
- 5 Muy alto
- 4 Alto
- 3 Moderado
- 2 Bajo
- 1 Muy bajo o ninguno

5. Durante las últimas cuatro semanas, ¿qué tan segura estaba de que se iba a excitar sexualmente durante la actividad o relación sexual (sola o en pareja)?

- 0 No he tenido actividad sexual
- 5 Muy segura
- 4 Segura
- 3 Moderadamente segura
- 2 Poco segura
- 1 Casi nada o nada segura





6. Durante las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia ha estado a gusto con su excitación sexual durante la actividad o relación sexual (sola o en pareja)?

- | | |
|---|--|
| 0 | No he tenido actividad sexual |
| 5 | Siempre o casi siempre |
| 4 | La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces) |
| 3 | Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces) |
| 2 | Pocas veces (menos de la mitad de las veces). |
| 1 | Casi nunca o nunca |

7. Durante las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia ha conseguido estar lubricada ("mojada") durante la actividad o relación sexual (sola o en pareja)?

- | | |
|---|--|
| 0 | No he tenido actividad sexual |
| 5 | Siempre o casi siempre |
| 4 | La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces) |
| 3 | Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces) |
| 2 | Pocas veces (menos de la mitad de las veces). |
| 1 | Casi nunca o nunca |

8. Durante las últimas cuatro semanas, ¿qué tan difícil le ha resultado lubricar ("mojarse") durante la actividad o relación sexual (sola o en pareja)?

- | | |
|---|------------------------------------|
| 0 | No he tenido actividad sexual |
| 1 | Extremadamente difícil o imposible |
| 2 | Muy difícil |
| 3 | Difícil |
| 4 | Un poco difícil |
| 5 | Nada difícil |

9. Durante las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia se mantuvo usted lubricada ("mojada") hasta el final de la actividad o relación sexual (sola o en pareja)?

- | | |
|---|--|
| 0 | No he tenido actividad sexual |
| 5 | Siempre o casi siempre |
| 4 | La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces) |
| 3 | Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces) |
| 2 | Pocas veces (menos de la mitad de las veces). |
| 1 | Casi nunca o nunca |

10. Durante las últimas cuatro semanas, ¿qué tan difícil fue mantenerse lubricada ("mojada") hasta el final de la actividad o relación sexual (sola o en pareja)?

- | | |
|---|------------------------------------|
| 0 | No he tenido actividad sexual |
| 1 | Extremadamente difícil o imposible |
| 2 | Muy difícil |
| 3 | Difícil |
| 4 | Un poco difícil |
| 5 | Nada difícil |





11. Durante las últimas cuatro semanas, cuando ha tenido estimulación sexual o relaciones sexuales (sola o en pareja), ¿con qué frecuencia logró el orgasmo ("se vino")?

- | | |
|---|--|
| 0 | No he tenido actividad sexual |
| 5 | Siempre o casi siempre |
| 4 | La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces) |
| 3 | Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces) |
| 2 | Pocas veces (menos de la mitad de las veces). |
| 1 | Casi nunca o nunca |

12. Durante las últimas cuatro semanas, cuando ha tenido estimulación sexual o relaciones sexuales (sola o en pareja), ¿qué tan difícil fue lograr el orgasmo ("venirse")?

- | | |
|---|------------------------------------|
| 0 | No he tenido actividad sexual |
| 1 | Extremadamente difícil o imposible |
| 2 | Muy difícil |
| 3 | Difícil |
| 4 | Un poco difícil |
| 5 | Nada difícil |

13. Durante las últimas cuatro semanas, ¿qué tan conforme ha estado con su capacidad de lograr el orgasmo ("venirse") durante la actividad o relación sexual (sola o en pareja)?

- | | |
|---|-------------------------------|
| 0 | No he tenido actividad sexual |
| 5 | Muy conforme |
| 4 | Moderadamente conforme |
| 3 | Ni conforme ni inconforme |
| 2 | Moderadamente inconforme |
| 1 | Muy inconforme |

14. Durante las últimas cuatro semanas, ¿qué tan satisfecha ha estado con el nivel de cercanía emocional durante la actividad sexual con su pareja?

- | | |
|---|-------------------------------|
| 0 | No he tenido actividad sexual |
| 5 | Muy satisfecha |
| 4 | Moderadamente satisfecha |
| 3 | Ni satisfecha ni insatisfecha |
| 2 | Moderadamente insatisfecha |
| 1 | Muy insatisfecha |

15. Durante las últimas cuatro semanas, ¿qué tan satisfecha ha estado en sus relaciones sexuales con su pareja?

- | | |
|---|-------------------------------|
| 5 | Muy satisfecha |
| 4 | Moderadamente satisfecha |
| 3 | Ni satisfecha ni insatisfecha |
| 2 | Moderadamente insatisfecha |
| 1 | Muy insatisfecha |





16. Durante las últimas cuatro semanas, ¿qué tan satisfecha ha estado con su vida sexual en general?

- | | |
|---|-------------------------------|
| 5 | Muy satisfecha |
| 4 | Moderadamente satisfecha |
| 3 | Ni satisfecha ni insatisfecha |
| 2 | Moderadamente insatisfecha |
| 1 | Muy insatisfecha |

17. Durante las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido incomodidad o dolor durante la penetración vaginal?

- | | |
|---|--|
| 0 | No he tenido penetración vaginal |
| 1 | Siempre o casi siempre |
| 2 | La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces) |
| 3 | Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces) |
| 4 | Pocas veces (menos de la mitad de las veces). |
| 5 | Casi nunca o nunca |

18. Durante las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido incomodidad o dolor luego de la penetración vaginal?

- | | |
|---|--|
| 0 | No he tenido penetración vaginal |
| 1 | Siempre o casi siempre |
| 2 | La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces) |
| 3 | Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces) |
| 4 | Pocas veces (menos de la mitad de las veces). |
| 5 | Casi nunca o nunca |

19. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cómo calificaría su nivel de incomodidad o dolor durante la penetración vaginal?

- | | |
|---|----------------------------------|
| 0 | No he tenido penetración vaginal |
| 1 | Muy alto |
| 2 | Alto |
| 3 | Moderado |
| 4 | Bajo |
| 5 | Muy bajo o ninguno |

Anexo 5. (FSFI)-Inventario de Deseo Sexual



Versión validada en Colombia del Sexual Desire Inventory (SDI; Spector, Carey y Steinberg, 1996)

1. Durante el último mes ¿con qué frecuencia ha deseado tener actividad sexual con su pareja? (por ejemplo, acariciarse mutuamente los genitales, dar o recibir sexo oral, coito, etc.)

0	Nunca
1	Una vez al mes
2	Una vez cada dos semanas
3	Una vez por semana

4	Das veces por semana
5	Tres o cuatro veces por semana
6	Una vez al día
7	Muchas veces al día

2. Durante el último mes ¿con qué frecuencia ha tenido pensamientos sexuales que involucran a su pareja?

0	Nunca
1	Una vez al mes
2	Una vez cada dos semanas
3	Una vez por semana

4	Das veces por semana
5	Tres o cuatro veces por semana
6	Una vez al día
7	Muchas veces al día

3. Cuando usted tiene pensamientos sexuales, ¿qué tan fuerte es el deseo de tener actividades sexuales con su pareja?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Ningún deseo								Fuerte deseo

4. Cuando ve por primera vez una persona atractiva, ¿qué tan fuerte es su deseo sexual?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Ningún deseo								Fuerte deseo

5. Cuando está cierto tiempo con una persona atractiva (por ejemplo en el trabajo o escuela) ¿qué tan fuerte es su deseo sexual?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Ningún deseo								Fuerte deseo

6. Cuando se encuentra en situaciones románticas (como una cena iluminada con una vela, un paseo en la playa, etc.) con una persona que acaba de conocer, ¿qué tan fuerte es su deseo sexual?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Ningún deseo								Fuerte deseo

7. ¿Qué tan fuerte es su deseo de tener actividad sexual con su pareja?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Ningún deseo								Fuerte deseo





8. ¿Qué importancia tiene para usted satisfacer su deseo sexual a través de la actividad sexual con su pareja?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Nada importante								Muy importante

9. En comparación con otras personas de su edad y sexo ¿cómo calificaría su nivel de deseo sexual hacia una persona desconocida que le resulta atractiva?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Mucho menor deseo								Mucho mayor deseo

10. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha deseado tener comportamientos **autosexuales** (por ejemplo, masturbación, acariciar los genitales, etc.)?

- | | | | |
|---|--------------------------|---|--------------------------------|
| 0 | Nunca | 4 | Dos veces por semana |
| 1 | Una vez al mes | 5 | Tres o cuatro veces por semana |
| 2 | Una vez cada dos semanas | 6 | Una vez al día |
| 3 | Una vez por semana | 7 | Muchas veces al día |

11. ¿Qué tan fuerte es su deseo con respecto a comportamientos **autosexuales** (por ejemplo, masturbación, acariciar los genitales, etc.)?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Nada fuerte								Muy fuerte

12. ¿Qué importancia tiene para usted satisfacer su deseo sexual mediante la actividad sexual **autosexual** (por ejemplo, masturbación, acariciar los genitales, etc.)?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Nada importante								Muy importante

13. En comparación con otras personas de su edad y sexo, ¿cómo clasificaría su nivel de deseo en relación a los comportamientos sexuales **autosexuales** (por ejemplo, masturbación, acariciar los genitales, etc.)?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Mucho menor deseo								Mucho mayor deseo





Dimensiones de la escala:

- ✓ **Deseo sexual diádico (pareja):** es el interés o deseo en tener contacto sexual con la pareja.
- ✓ **Deseo sexual diádico (persona atractiva):** es el interés o deseo en tener contacto sexual con una persona atractiva.
- ✓ **Deseo sexual solitario:** es el interés o deseo en tener actividad sexual con uno mismo.

Inversión de ítems: no hay ítems inversos para el IDS.

Correspondencia de ítems en dimensiones:

- ✓ **Deseo sexual diádico (pareja):** 1, 2, 3, 7, 8.
- ✓ **Deseo sexual diádico (persona atractiva):** 4, 5, 6, 9.
- ✓ **Deseo sexual solitario:** 10, 11, 12, 13.