

¿CÓMO AFECTA LA ANTICONCEPCIÓN HORMONAL A LA FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA?

Soraya Lupón Genique

TRABAJO FIN DE GRADO 2022-23

Tutor: Lucía Soraya Sánchez Fernández

RESUMEN

INTRODUCCION: El uso de la anticoncepción hormonal (ACH) para indicaciones no contraceptivas está en auge. Si bien es cierto que existen beneficios clínicos de ésta relacionados con numerosos problemas a los que la mujer podría enfrentarse, debemos considerar el daño potencial que estos fármacos pueden tener sobre las pacientes, sobre todo a nivel psicológico y sexual. Es importante fomentar un cuidado holístico, además de una visión más global de las usuarias y así solventar muchos problemas de las pacientes con tratamientos más conservadores, favoreciendo la calidad de vida.

OBJETIVOS: Describir cómo influye el uso de anti-conceptivos hormonales y no hormonales en la función sexual de las mujeres y analizar el porcentaje de utilización de los distintos métodos.

METODOLOGÍA: Se trata de un plan de mejora, en el que se ha llevado a cEstudio observacional descriptivo de tipo transversal. La recopilación de datos fue realizada a través de una encuesta anónima online, que recogió los dominios del cuestionario evaluador de la función sexual de la mujer (FSM)..

RESULTADOS: Se obtuvo una muestra de 143 mujeres, la mediana de edad fue de 22 (IQ=2). El 54,5% eran usuarias de ACH. El método más utilizado entre ellas fue la píldora (78,2%) y, entre las no usuarias, el preservativo (92,3%). El 81,8% declaró estar satisfecha con el método escogido. El 92% afirmó satisfacción sexual general. Se vieron relacionadas con las hormonas la lubricación ($p=0,043$) y la iniciativa sexual ($p=0,046$). Se vio relacionada con los otros métodos la comunicación sexual ($p=0,019$).

CONCLUSION: El grado de satisfacción sexual es independiente de la toma de ACH. Los dominios afectados por dichos fármacos son la lubricación y la iniciativa sexual. Las mujeres declaran estar satisfechas con su método anticonceptivo, destacando la píldora entre los hormonales, y el preservativo entre los no hormonales. Las razones alegadas respectivamente son: el alivio de las molestias menstruales y el menor riesgo de contagio de infecciones de transmisión sexual.

PALABRAS CLAVE

anticoncepción hormonal, deseo sexual, función sexual, libido.

HOW DOES HORMONAL CONTRACEPTION AFFECT FEMALE SEXUAL FUNCTION?

ABSTRACT

INTRODUCTION: The use of hormonal contraception (HC) for non-contraceptive indications is booming. It is true that there are clinical benefits related to numerous problems that women may face, but we must consider the potential harm that these drugs may have on patients, especially at the psychological and sexual levels. It is important to promote holistic care in addition to a more global vision of the users and thus solve many of the problems of patients with more conservative treatments, favoring quality of life.

OBJECTIVES: To describe how the use of hormonal and non-hormonal contraceptives influences women's sexual function and to analyze the percentage of usage for different methods.

METHODOLOGY: Descriptive cross-sectional study. Data collection was conducted through an anonymous online survey, which collected the domains of the questionnaire assessing women's sexual function (FSM).

RESULTS: A sample of 143 women was obtained, with a median age of 22 (IQ=2). Of these, 54.5% were users of HC. The most commonly used method among them was the pill (78.2%), while among non-users, the condom was most common (92.3%). 81.8% of participants stated that they were satisfied with their chosen method. Overall sexual satisfaction was reported by 92% of the participants. Lubrication ($p=0.043$) and sexual initiative ($p=0.046$) were found to be related to hormonal contraception, while sexual communication ($p=0.019$) was associated with other methods.

CONCLUSION: The level of sexual satisfaction is not dependent on the use of HC. However, the domains of lubrication and sexual initiative are affected by these drugs. Women report being satisfied with their chosen contraceptive method, with the pill being prominent among hormonal options and the condom among non-hormonal methods. The reasons provided for their choices are relief from menstrual discomfort and a reduced risk of sexually transmitted infections, respectively.

KEY WORDS

hormonal contraception, libido, sexual desire, sexual function

Trabajo Fin de Grado

INTRODUCCIÓN

La anticoncepción hormonal (ACH) es una terapia utilizada aproximadamente por 400 millones de mujeres en el mundo¹. Su principal propósito es la contracepción a partir de la anovulación por la inhibición del eje hormonal hipotalámico-hipofisario-ovárico regulador de la fisiología sexual y reproductiva de la mujer². Actualmente los anticonceptivos hormonales más utilizados son los combinados, habitualmente compuestos por un estrógeno y un progestágeno²⁻⁴. Estos cuentan con una amplia modalidad de administración y una gran variabilidad de dosis y fórmulas^{5,6}.

Hoy en día parece que el uso de ACH para indicaciones no contraceptivas está en auge, alcanzando hasta un tercio de las usuarias de anticoncepción⁷. Esto implica darle un uso diferente al recogido en la indicación oficial aprobada en su ficha técnica².

Según la evidencia científica, existen beneficios clínicos de la ACH relacionados con numerosos problemas a los que la mujer podría enfrentarse y que pueden ser un excelente y económico instrumento terapéutico para dichas alteraciones incidentes^{2,4,7,8};

En cuanto a los beneficios relacionados con la menstruación encontramos la disminución del sangrado menstrual asociado con frecuencia a anemia ferropénica⁷, con el uso de ACH durante al menos seis meses⁹ podríamos encontrar la mejoría del síndrome premenstrual insinuando un menor riesgo de padecer síntomas comunes de este (como calambres abdominales, hinchazón, cambios de humor, aumento del apetito o fatiga)¹⁰, y la mejoría de la dismenorrea por la disminución de contractilidad uterina asociada a la baja liberación de prostaglandinas entre otros^{5,7}.

También existen beneficios relacionados con la enfermedad inflamatoria pélvica asociados con el gestágeno, que provoca dificultades de ascenso de los gérmenes por el canal cervical debido al espesamiento de moco que produce⁷. Son, además, un tratamiento del dolor de la endometriosis por la supresión de la función ovárica^{5,7}. Producen efectos beneficiosos sobre la piel^{3,7,11}, pudiendo estar indicados en dermatología para evitar un embarazo cuando se utilizan

fármacos teratógenos y también para tratar manifestaciones cutáneas de hiperandrogenismo³.

También existen beneficios sobre algunas neoplasias, teniendo su uso un papel levemente protector, disminuyendo la incidencia del cáncer de útero, ovario y colon^{3,7}.

Pese a todo ello es conveniente tener en cuenta que cuando nos planteamos el uso de estos medicamentos para patología ginecológica debemos considerar la variedad de sus efectos secundarios y el daño potencial que estos pueden tener sobre las pacientes, no solo atendiendo a sus efectos beneficiosos². Se estima que un 30-50% de las mujeres deja de usar ACH tras los 12 primeros meses de uso¹², observando posteriormente casos de embarazos no deseados por la falta de obtención de otro método anticonceptivo eficaz para dichas usuarias¹³.

Más allá de la trombosis, cuya gravedad la hace ser reconocida y asociada a este tipo de medicación, existen otros tipos de efectos secundarios que no se describen en la ficha técnica del medicamento y no forman parte del discurso de toma de decisiones clínicas a la hora de la consulta². Estos suelen ser el motivo principal de la suspensión del tratamiento¹³.

La pérdida de libido y los efectos en el bienestar mental asociados a cambios del estado anímico son los principales motivos de interrupción del uso de ACH^{4,11,14-16}.

Pueden observarse efectos positivos y negativos en numerosos dominios de la función sexual. Por una parte, proporcionan seguridad y reducen la ansiedad a la hora de mantener relaciones sexuales, normalmente relacionada con la preocupación por un embarazo indeseado, pudiendo aumentar el número de encuentros sexuales⁵. Sin embargo, las desventajas que la mayoría de las mujeres consumidoras asocian con estos fármacos están relacionadas con el deseo sexual, lubricación, dolor e incluso dificultad para alcanzar el orgasmo^{5,15,16}.

Se ha descrito que una de cada cinco mujeres informa de efectos adversos sexuales negativos en relación a la anticoncepción hormonal^{13,16}, y alrededor del 43% de las consumidoras de dicho tratamiento experimentan un descenso en su deseo sexual, que, considerando el número de usuarias del mismo, es un pro-

Trabajo Fin de Grado

blema que requiere atención^{5,15} ya que el deseo sexual hipoactivo (DSM-IV TR) es el trastorno sexual femenino más prevalente^{5,16}.

Recientes estudios han demostrado que en las mujeres que utilizan ACH, existe una falta de lubricación percibida que podría ser causante de la hipoexcitación genital y la falta de interés sexual. Esto podría deberse a la anovulación, que, acompañada de la falta de incremento gradual de estrógenos a mitad del ciclo menstrual, no permite la formación del moco cervical que actúa de lubricante^{5,15}.

También es importante valorar el dolor o la molestia que puede sufrir la mujer a la hora de mantener relaciones penetrativas con métodos como el anillo vaginal, ya que puede empeorar su experiencia sexual⁵.

Se ha descrito en la literatura actual la relación entre cambios de humor y uso de ACH¹⁴, encontrándose ésta asociada con un aumento de riesgo de depresión, comprometiendo así la salud y el bienestar mental de las mujeres, sobre todo adolescentes^{2,14,15,18,19}.

Durante la vida fértil de la mujer puede darse el conocido como trastorno disfórico premenstrual (TDM), referido a una depresión limitada en el tiempo ligada a la acción de las hormonas. La recomendación profesional para el TDM es el tratamiento antidepresivo intermitente o la anticoncepción hormonal, una vez más utilizada para finalidades no anticonceptivas¹⁹.

Recientemente se ha conseguido demostrar la existencia de receptores de las gonadotropinas no solo en las gónadas sino también a diferentes niveles en los sistemas nerviosos central y periférico². De esta manera, la anticoncepción hormonal puede tener numerosas repercusiones en el bienestar mental de las usuarias^{2,8,15}, provocando también alteraciones en la memoria y la cognición (mayor divagación mental y menor reconocimiento de la ira y la fluidez verbal), alteraciones emocionales (disminución del recuerdo inmediato de los estímulos negativos o afecto disminuido) e incluso interacción con la respuesta al estrés debido a la disminución del cortisol^{2,4,11}. Todos estos efectos psicológicos podrían ir ligados con la falta de deseo sexual y, por tanto, con una alteración de la función sexual de dichas mujeres.

Con este trabajo se pretende conocer la función sexual de las mujeres participantes en el mismo y relacionarla con la toma o no de anticoncepción hormonal.

De esta manera, al tratar este ámbito con la importancia que se merece, se fomenta un cuidado holístico además de una visión más global de las usuarias, aparte de concienciarnos de la sobremedicalización que existe por parte de los profesionales, pudiéndose solventar muchos de los problemas de las pacientes con tratamientos más conservadores y así favorecer la calidad de vida y el control de los síntomas.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL: Describir cómo influye el uso de anticonceptivos hormonales en la función sexual de las mujeres.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

- Detectar si la función sexual se ve alterada en mujeres usuarias de otros métodos anticonceptivos (MAC) no hormonales.
- Analizar la incidencia de utilización de los distintos métodos anticonceptivos en la población de estudio.

METODOLOGÍA

DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio observacional descriptivo de tipo transversal.

POBLACIÓN DE ESTUDIO. MUESTRA

La población diana fueron mujeres mayores de 18 años usuarias de algún método anticonceptivo.

Los criterios de inclusión fueron:

- Mujeres mayores de 18 años usuarias de algún método anticonceptivo.
- Mujeres que comprendiesen el lenguaje español. Los criterios de exclusión fueron:
 - Mujeres que no utilizaran ningún método anticonceptivo (por deseo de embarazo o por inutilidad del mismo).
 - Mujeres que no comprendiesen el lenguaje español.

Trabajo Fin de Grado

DATOS DEL ESTUDIO Y VARIABLES

La recopilación de los datos se obtuvo mediante encuestas de carácter voluntario y anónimo realizadas online mediante cuestionarios Google Forms, difundidas a través de las redes sociales. Se solicitó consentimiento a las participantes en la descripción de la encuesta para ser incluidas en el estudio, no siendo necesario el consentimiento verbal ni escrito. Se diseñó una encuesta mediante un método que se ajustó al desarrollo del estudio permitiendo así obtener y organizar los datos de modo rápido y eficaz.

Dicha encuesta planteó algunas preguntas de iniciación como fueron la edad, la nacionalidad, si eran usuarias de anticoncepción hormonal y el tipo de anticoncepción que escogían, la fecha de inicio de la anticoncepción hormonal si esta existía y la satisfacción en cuanto al método anticonceptivo escogido, acompañada esta última cuestión de una pregunta abierta que preguntó las razones (Anexo 1). Además, se plasmaron en la encuesta los ítems del cuestionario evaluador de la función sexual de la mujer (FSM). Se trata de un cuestionario autoadministrado validado en español que consta de 15 ítems (14 preguntas cerradas y una alternativa) que se contestan mediante una escala de 5 valores y se agrupan en dominios y dimensiones. (Anexo 2).

Las preguntas que se incluyen en los dominios que evalúan la actividad sexual (DEAS) puntúan de 1 a 5 (en ellos se contempla el deseo, la excitación, la lubricación, el orgasmo, los problemas con la penetración vaginal, la ansiedad anticipatoria, la iniciativa sexual, el grado de comunicación sexual, la satisfacción de la actividad sexual y la satisfacción sexual general) mientras que los dominios descriptivos ayudan

a reconocer otros aspectos como la frecuencia sexual, la existencia o no de pareja y la actividad sexual sin penetración vaginal. Son estos últimos los que lo distinguen de otros cuestionarios como el Sexual Function Questionnaire (SFQ-V1) o el Female Sexual Function Index (FSFI)

Se escogió además este cuestionario debido a su ajustado número de preguntas y tiempo de cumplimentación comparado con otros más globales y su fidelidad al valorar todas las fases de la respuesta sexual humana, algo que otros no consiguieron por valorar escasas fases de la respuesta sexual y por tanto obtener un resultado parcial, por el excesivo número de ítems valorados o por estar en desuso debido a su antigüedad²⁰.

Para realizar la búsqueda bibliográfica se utilizaron las palabras clave: anticoncepción hormonal, deseo sexual, función sexual y libido. Dichas palabras se introdujeron en los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS), quedando así los MeSH “hormonal contraception”, “sexual desire”, “sexual function” y “libido”.

Se realizó una búsqueda bibliográfica mediante Internet en bases de datos y buscadores entre los cuales destacaron PubMed, Scielo, Embase y el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). En la búsqueda se descartaron mediante filtros establecidos en los buscadores los artículos que no hacían referencia a la información demandada, artículos que no tuvieran su texto completo disponible o fuera de pago, artículos en un idioma distinto al español o al inglés y también aquellos cuya fecha de publicación fuera anterior al año 2016.

Los resultados obtenidos tras insertar la combinación de las palabras clave con los operadores booleanos AND, OR y NOT en dichas fuentes fueron los siguientes:

Base de datos/buscador	Resultados	Artículos revisados	Artículos seleccionados
PubMed	54	25	16
Scielo	15	4	3
Embase	78	17	5

Trabajo Fin de Grado

Se realizó el examen estadístico mediante el programa IBM SPSS Statistics V.25. Las variables que formaron parte del estudio fueron las siguientes:

VARIABLES	TIPO
Edad	Cuantitativa discreta
Nacionalidad	Cualitativa politómica nominal
¿Toma ACH?	Cualitativa dicotómica nominal
Método anticonceptivo de elección	Cualitativa politómica nominal
Si toma ACH, ¿Desde hace cuánto tiempo?	Cualitativa politómica ordinal
Satisfacción con el método escogido	Cualitativa dicotómica nominal
PREGUNTA 0	Cualitativa dicotómica nominal
PREGUNTAS 1-14	Cualitativa politómica ordinal
VARIABLES SECUNDARIAS	TIPO
Deseo	Cualitativa politómica ordinal
Excitación	Cualitativa politómica ordinal
Lubricación	Cualitativa politómica ordinal
Orgasmo	Cualitativa politómica ordinal
Problemas con penetración vaginal	Cualitativa politómica ordinal
Ansiedad anticipatoria	Cualitativa politómica ordinal
Iniciativa sexual	Cualitativa politómica ordinal
Grado de comunicación sexual	Cualitativa politómica ordinal
Satisfacción de la actividad sexual	Cualitativa politómica ordinal
Satisfacción sexual general	Cualitativa politómica ordinal
Actividad sexual sin penetración vaginal	Cualitativa politómica ordinal
Frecuencia de la actividad sexual	Cualitativa politómica ordinal
Existencia de pareja sexual	Cualitativa dicotómica nominal

Para determinar los resultados de la única variable cuantitativa (edad), se tuvo en cuenta la mediana y el intervalo intercuartil (IQ), ya que esta no cumplía criterios de normalidad. Para el posterior análisis comparativo entre las demás variables se utilizó la prueba de Chi Cuadrado (χ^2). Se analizó la asociación de las variables mediante el test de Fisher o la asociación lineal dependiendo si los porcentajes de los valores esperados excedían el criterio de la validez de χ^2 .

Se asumió la significación estadística si $p < 0,05$, y el intervalo de confianza se estimó en el 95%.

El desarrollo de este estudio no requirió fuentes de financiación. La autora declaró no tener conflicto de intereses.

Trabajo Fin de Grado

CRONOGRAMA

	2022				2023				
	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY
Elección del tutor	■								
Primera reunión	■								
Elección del tema		■							
Búsqueda bibliográfica			■	■					
Introducción					■	■			
Objetivos y Metodología						■			
Trabajo de campo						■			
Análisis de resultados							■		
Discusión								■	
Conclusión								■	
Entrega al tutor									■
Exposición									■

RESULTADOS

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN EDAD, NACIONALIDAD Y MÉTODO ANTICONCEPTIVO UTILIZADO

Se recogieron 144 encuestas que cumplieron los criterios descritos para la inclusión de datos en el estudio. Se excluyó 1 caso por no haber cumplimentado correctamente la encuesta, siendo la muestra final de n=143.

La edad estuvo comprendida entre 19 y 51 años, siendo la mediana de 22 (IQ=2). En cuanto a la nacionalidad, casi el 99% (n=141) de la población de estudio era española, perteneciendo el porcentaje restante a otras nacionalidades

como rumana en el 0,7% (n=1) o búlgara (n=1). (Tabla 1).

Dentro de nuestro estudio, alrededor de la mitad (54,5%) eran usuarias de anticoncepción hormonal (ACH), siendo el método más utilizado entre ellas la píldora (78,2%), seguido del anillo vaginal (11,5%). Otros métodos hormonales menos frecuentes fueron el DIU hormonal (9%) y el implante (1.3%) (Ilustración 1 y Tabla 1).

En cuanto a las mujeres no usuarias de anticoncepción hormonal, el método de elección fue el preservativo en el 92,3% de ellas. El porcentaje restante refirió utilizar métodos naturales o el coitus interruptus. (Ilustración 1 y Tabla 1).

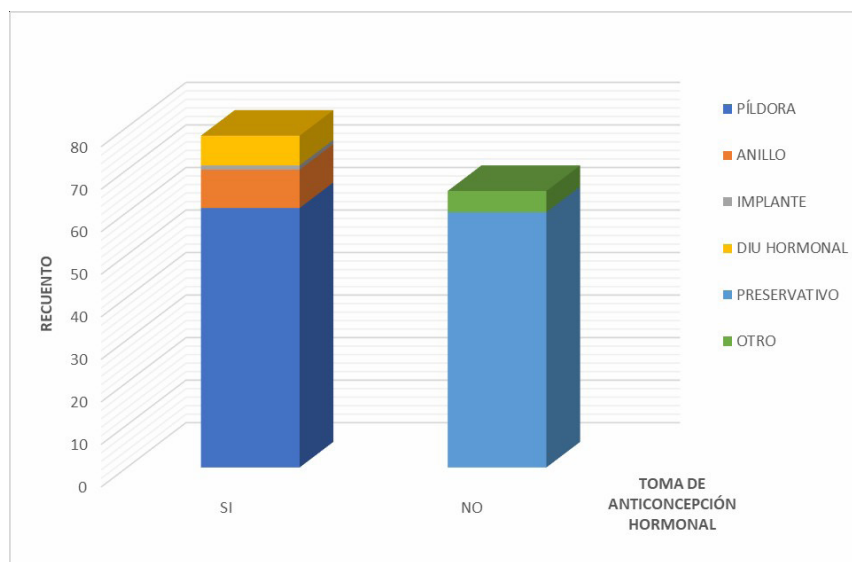


Ilustración 1. Método anticonceptivo de elección según si se administran o no hormonas.

Trabajo Fin de Grado

VARIABLE	N (%)
Edad*	22 (IQ=2)
Nacionalidad**	
Española	141 (98,6)
Rumana	1 (0,7)
Búlgara	1 (0,7)
Anticoncepción**	
Hormonal	78 (54,5)
Píldora	61 (78,2)
Anillo	9 (11,5)
Implante	1 (1,3)
DIU hormonal	7 (9)
No hormonal	65 (45,5)
Preservativo	60 (92,3)
Otro	5 (2,3)
Satisfacción con el método afirmativa	117 (81,8)
Tiempo de utilización	
Menos de 6 meses	8 (10,4)
Entre 6 meses y 1 año	5 (6,5)
Más de 1 año	22 (28,6)
Más de 3 años	42 (54,5)

Tabla 1. Características de la población de estudio según edad, nacionalidad, tipo de anticoncepción, satisfacción en cuanto al método y tiempo de utilización.

* Mediana e IQ ** Frecuencia absoluta y relativa

SATISFACCIÓN RELACIONADA CON EL MÉTODO ANTICONCEPTIVO UTILIZADO Y TIEMPO DE UTILIZACIÓN

De manera general, en nuestro estudio se encontró una elevada satisfacción de las mujeres en cuanto al método elegido, ya que el 81.8% de las mismas refirió estar satisfecha (Tabla 1).

Por otro lado, al comparar los métodos utilizados, se observó una mayor insatisfacción entre las mujeres que utilizaban ACH respecto a las usuarias de otros MAC, aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa (Chi cuadrado, $p=0,722$).

De entre las mujeres que declararon ser usuarias de ACH, más de la mitad utilizaba este tipo de anticoncepción desde hacía más de 3 años (54,5%), y solo alrededor de un 10% afirmaba haber empezado este tratamiento hacía menos de 6 meses (Ilustración 2 y Tabla 1).

Pese a que en nuestros resultados tendían a estar más insatisfechas las mujeres que llevaban más tiempo utilizando hormonas para su anticoncepción, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la satisfacción de dichas usuarias en relación con el tiempo que llevaban utilizando ACH (Asociación lineal, $p=0,338$).

Trabajo Fin de Grado

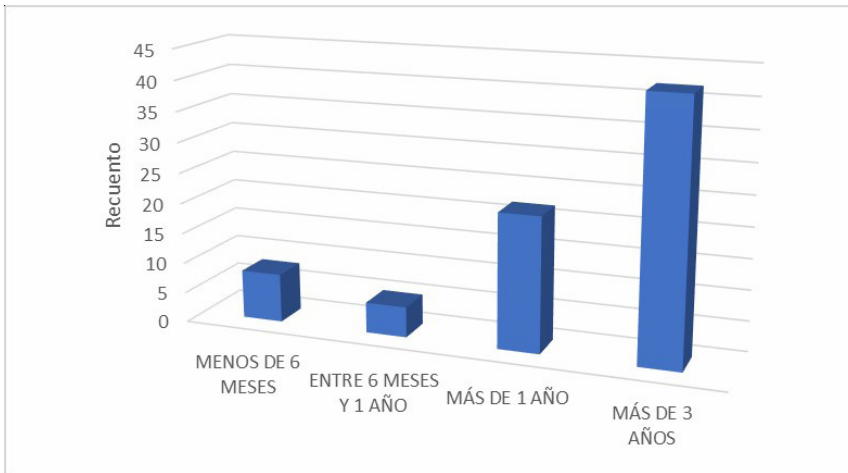


Ilustración 2. Tiempo desde el que se utiliza ACH.

FRECUENCIA DE ACTIVIDAD SEXUAL Y EXISTENCIA DE PAREJA SEXUAL

En cuanto a la frecuencia de actividad sexual, casi la totalidad de las encuestadas (97,2%) afirmó haber mantenido actividad sexual en las últimas 4 semanas (Tabla 2). Pese a que se informó de que la actividad sexual podía ser en pareja o mediante estimulación sexual propia, en nuestro estudio tuvieron mayor actividad sexual las mujeres que tenían pareja en el momento de realizar la encuesta en comparación con las que no tenían (Test de Fisher, $p=0,002$) (Ilustración 3).

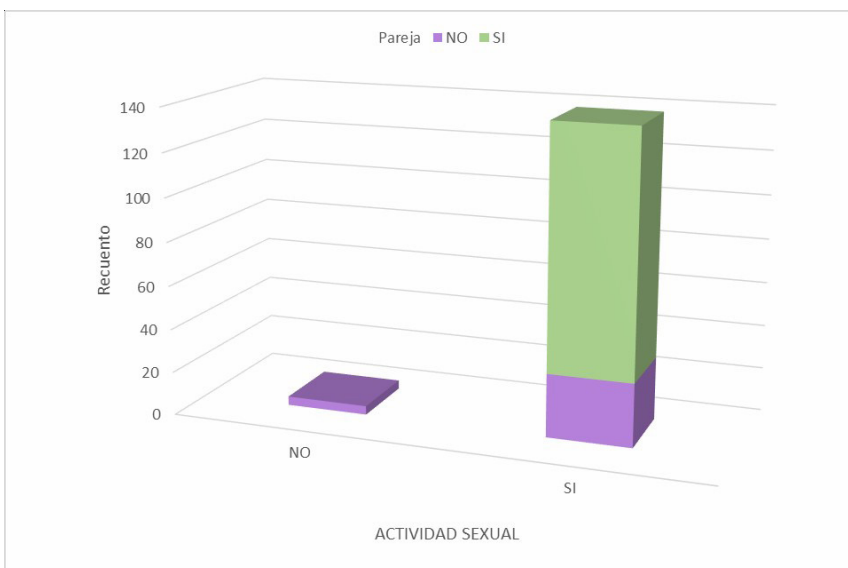


Ilustración 3. Relación entre actividad sexual y tener pareja.

En cuanto a la frecuencia de dicha actividad sexual, el 57,2% de las usuarias declaró haberla mantenido de 5 a 8 veces en las últimas 4 semanas y un 22,5% de 1 a 2 veces (Ilustración 4 y Tabla 2). La mayoría de las usuarias (93,5%) declaró satisfactorias dichas actividades, habiendo una relación significativa entre la frecuencia de las actividades sexuales y la satisfacción en las mismas, estando más satisfechas las que tuvieron más actividad (Asociación lineal, $p=0,002$) (Ilustración 5).

Trabajo Fin de Grado

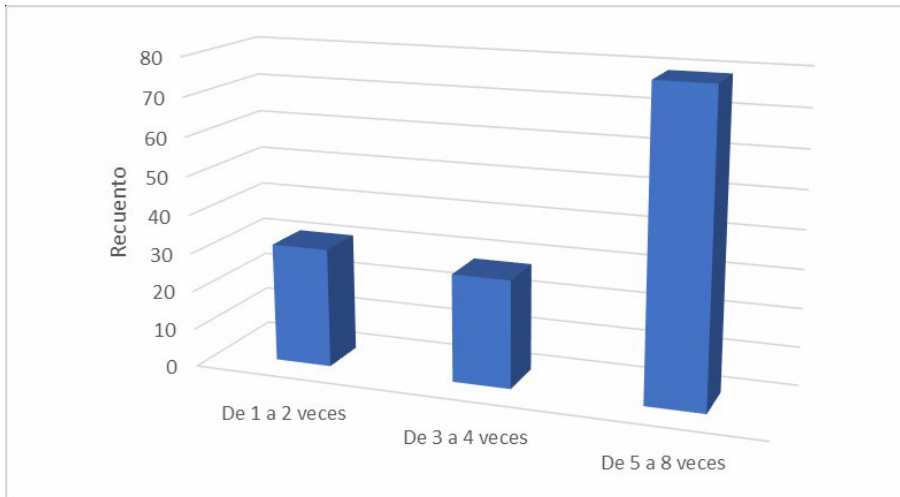


Ilustración 4. Frecuencia de la actividad sexual.

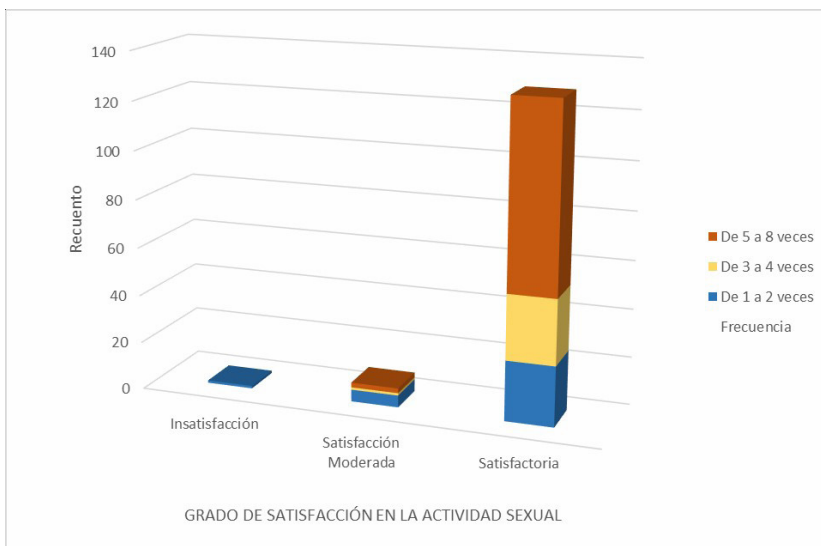


Ilustración 5. Relación entre el grado de satisfacción sexual y la frecuencia de la actividad sexual.

Pese a que en nuestro estudio existe un mayor porcentaje de mujeres que toman ACH entre las mujeres en pareja, no se encontraron diferencias significativas en la toma de ACH en función al hecho de tener pareja o no (Chi cuadrado, $p=0,232$).

Aunque en nuestro estudio observamos un mayor porcentaje de mujeres que toman ACH entre las que mantienen actividad sexual con mayor frecuencia, la relación entre ambas variables no fue estadísticamente significativa (Chi cuadrado, $p=0,595$).

De igual manera, la relación entre la satisfacción de la actividad sexual no se vio relacionada con la toma de ACH (Asociación lineal, $p=0,396$) ni con el hecho de tener pareja (Asociación lineal, $p=0,474$).

Trabajo Fin de Grado

VARIABLE	N (%)
Actividad sexual en las últimas 4 semanas afirmativa**	139 (97,2)
Satisfacción de la actividad sexual afirmativa**	129 (93,5)
Insatisfacción	1 (0,7)
Satisfacción moderada	8 (5,8)
Frecuencia de la actividad sexual**	
De 1 a 2 veces	31 (22,5)
De 3 a 4 veces	28 (20,3)
De 5 a 8 veces	79 (57,2)
Existencia de pareja afirmativa**	110 (76,9)

Tabla 2. Características de la población de estudio según la existencia de pareja, la frecuencia de la actividad sexual y la satisfacción de la misma.

** Frecuencia absoluta y relativa

EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN SEXUAL CON CUESTIONARIO FSM

En cuanto a los ítems que calificaron la respuesta sexual y la presencia de disfunción sexual, en 3 de ellos (deseo, problemas con la penetración vaginal y ansiedad anticipatoria), el porcentaje de mujeres sin trastorno fue mayor al 95%. Sin embargo, en el dominio de la excitación encontramos 7 mujeres clasificadas con trastorno moderado (5,1%), en la lubricación 11 mujeres con trastorno moderado (8%) y 1 mujer con trastorno severo (0,7%) y en el orgasmo 16 con trastorno moderado (11,6%) y 9 con trastorno severo (6,5%) (Tabla 3).

No se encontró relación estadísticamente significativa de la toma de ACH con la excitación (Test de Fisher, $p=0,133$) ni con el orgasmo (Chi cuadrado, $p=0,683$). En cambio, sí se encontró relación de toma de ACH con la lubricación (Asociación lineal, $p=0,043$) (Ilustración 6).

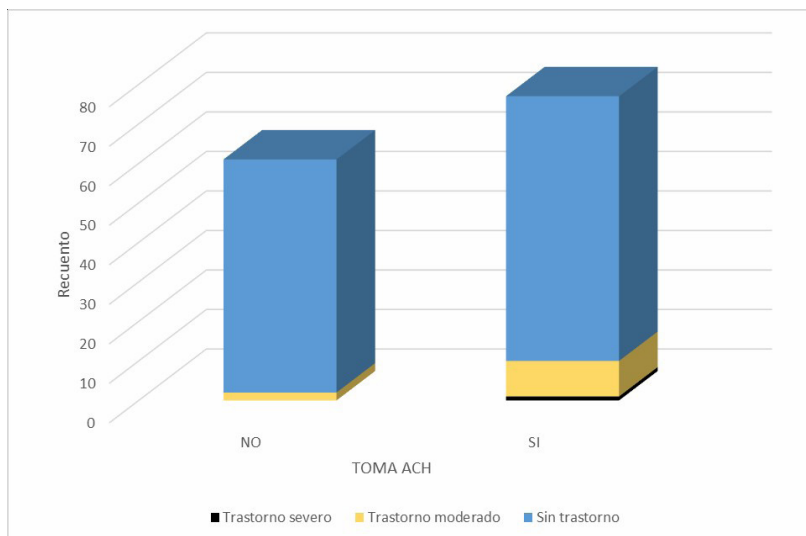


Ilustración 6. Relación entre lubricación y toma de ACH.

Trabajo Fin de Grado

En cuanto a los ítems que evaluaron aspectos relacionales de la actividad sexual, los resultados mostraron que un 93,6% de las mujeres no tenían problemas para la comunicación sexual, y tan solo un 77% de las mismas resultó no tener problemas de iniciativa sexual.

Se encontraron 24 mujeres (19%) con iniciativa moderada y 5 (4%) con ausencia de iniciativa, mientras que el resto de la muestra no tuvo problemas de iniciativa (Tabla 3).

Las mujeres usuarias de ACH tuvieron una mayor falta de iniciativa sexual en comparación con las usuarias de métodos no hormonales, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (Asociación lineal, $p=0,046$) (Ilustración 7).

La falta de comunicación sexual se relacionó significativamente con el uso de métodos anticonceptivos no hormonales (Asociación lineal, $p=0,019$) (Ilustración 8).

En cuanto al dominio de satisfacción sexual general en la escala FSM, en nuestro estudio se encontró una insatisfacción sexual general en un 0,7%, una satisfacción sexual moderada de un 7,2% y una satisfacción sexual elevada de un 92% (Tabla 3), sin estar relacionada con la toma de ACH (Asociación lineal, $p=0,467$).

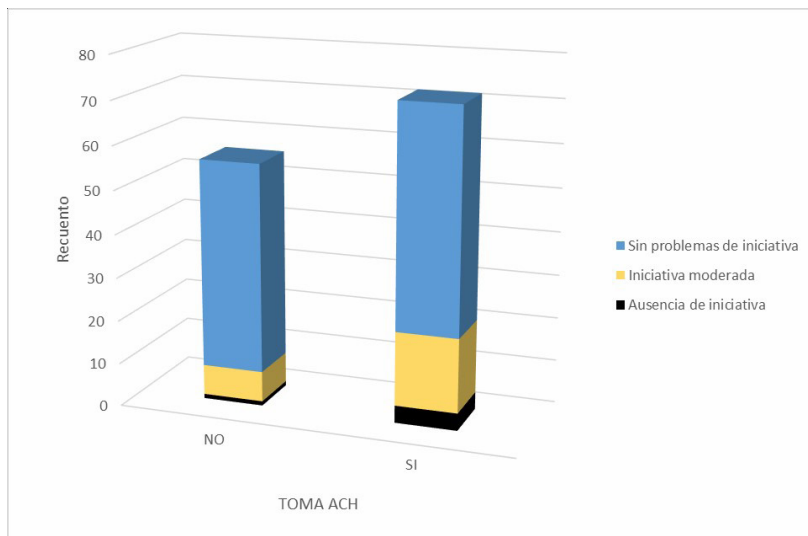


Ilustración 7. Relación entre iniciativa sexual y toma de ACH.

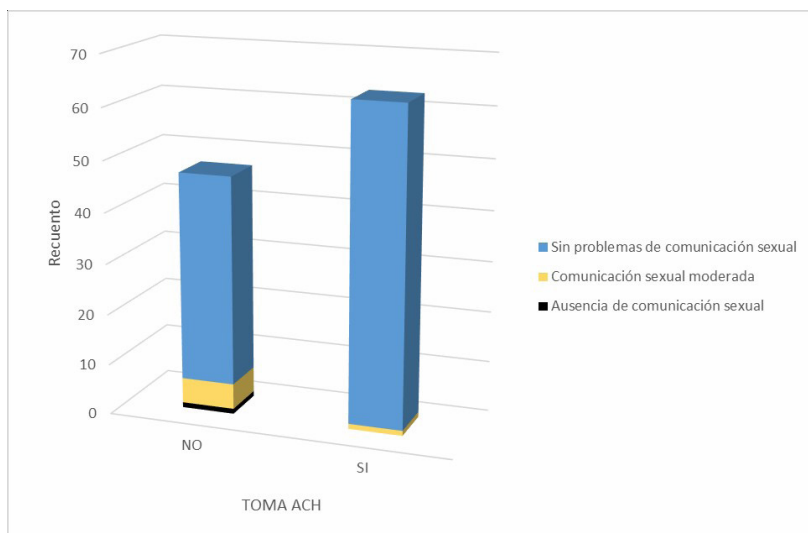


Ilustración 8. Relación entre comunicación sexual y toma de ACH.

Trabajo Fin de Grado

En relación a la actividad sexual sin penetración vaginal, 13 mujeres (9,1%) declararon que la penetración vaginal durante la actividad sexual no se pudo realizar con facilidad o no se realizó. Los motivos fueron: 2 de las encuestadas (15,4%) alegaron sentir dolor, 2 (15,4%) refirieron falta de interés en la penetración, 8 (61,5%) declararon no tener pareja sexual, y solo en un caso (7,7%) fue por incapacidad por parte de su pareja (Ilustración 9 y Tabla 3). Estos hechos no se vieron relacionados con la toma de hormonas (Asociación lineal, $p=0,2$).

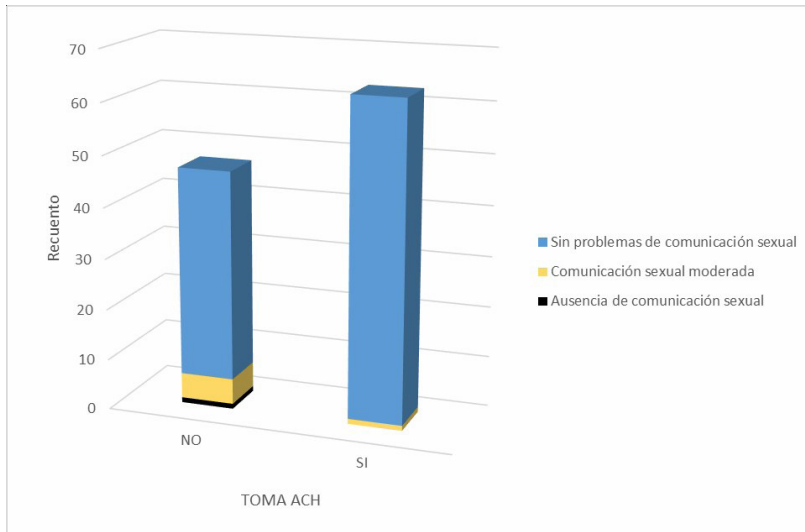


Ilustración 9. Razones por las que no se realizó la penetración vaginal.

VARIABLE	N (%)
Evalúan la Respuesta Sexual y la presencia de Disfunción Sexual**	
Deseo	
Trastorno moderado	4 (2,9)
Sin trastorno	133 (97,1)
Excitación	
Trastorno moderado	7 (5,1)
Sin trastorno	138 (94,9)
Lubricación	
Trastorno severo	1 (0,7)
Trastorno moderado	11 (8)
Sin trastorno	126 (91,3)
Orgasmo	
Trastorno severo	9 (6,5)
Trastorno moderado	16 (11,6)
Sin trastorno	113 (81,9)
Problemas con la penetración	
Trastorno moderado	2 (1,6)
Sin trastorno	122 (98,4)
Ansiedad Anticipatoria	
Trastorno severo	3 (2,2)
Trastorno moderado	1 (0,7)
Sin trastorno	134 (97,1)

Tabla 3. Descripción de la muestra según FSM

** Frecuencia absoluta y relativa

Trabajo Fin de Grado

Evalúan aspectos relacionales de la actividad sexual**	
Iniciativa sexual afirmativa	99 (77,3)
Iniciativa sexual moderada	24 (18,8)
Ausencia de iniciativa	5 (3,9)
Comunicación sexual afirmativa	103 (93,6)
Comunicación sexual moderada	6 (5,5)
Ausencia de comunicación sexual	1 (0,9)
Satisfacción sexual general afirmativa**	127 (92)
Satisfacción sexual general moderada	10 (7,2)
Insatisfacción sexual general	1 (0,7)
Actividad sexual sin penetración vaginal**	18 (12,7)
Por sentir dolor	7 (39)
Por falta de interés para la penetración vaginal	2 (11)
Por no tener pareja sexual	8 (44,4)
Por incapacidad por parte de su pareja	1 (5,6)

Tabla 3. Descripción de la muestra según FSM

** Frecuencia absoluta y relativa

DISCUSIÓN

La disminución del deseo sexual es uno de los efectos más conocidos y frecuentemente referidos entre las usuarias de ACH, afectando ello a la sexualidad de muy diversas maneras. Sabemos que la respuesta sexual femenina es multifactorial, por eso es interesante poder relacionar la aparición de molestias sexuales al inicio de la toma de ACH, ya que esto podría llegar a afectar la calidad de vida de las consumidoras.

La población de nuestro estudio fueron mujeres con un promedio de edad similar a la de otros estudios^{21,22}.

En las investigaciones realizadas por Nowosielski K21 y por Butt MR et al.²², aproximadamente la mitad de la muestra escogida era usuaria de ACH, al igual que ocurrió en la nuestra.

Encontramos predominio del uso de anticoncepción oral dentro de las mujeres que tomaban hormonas, coincidiendo con Niño-Avenida CA¹⁷, Espitia-De La Hoz FJ¹⁶ y Butt MR²².

Entre las mujeres que utilizaban otros MAC, la tasa de métodos naturales y la de utilización de preservativo fue similar entre ellas,

y el coitus interruptus fue utilizado en el 42,7% de los casos según Nowosielski K²¹. Estos datos no coinciden con nuestro estudio (mayor utilización de métodos barrera) y son preocupantes debido al aumento del riesgo de embarazo no deseado y la mayor probabilidad de contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS).

La mayor parte de la población de nuestro trabajo estaba conforme con el método escogido para la contracepción, donde la mayoría llevaba utilizando ACH desde hace más de 3 años, mientras que en el estudio de Niño-Avenida CA et al. solo un 17% de las encuestadas manifestó utilizar los ACH desde hacía más de 2 años, un 13% los utilizaba hace 1-2 años, un 16,5% entre 6 meses y un año, un 27,6% menos de 6 meses y un 25,1% hace 1 mes o menos¹⁷. Esto podría deberse a que, al estar más satisfechas en nuestro estudio con el método, no lo abandonaron.

Las razones que las usuarias de ACH conformes con el método alegaron en esta investigación fueron: la desaparición de la dismenorrea y de la excesiva hemorragia menstrual, la pérdida de miedo a tener un embarazo no deseado, unos niveles más estables de hormonas durante todo el ciclo y la desaparición del acné

Trabajo Fin de Grado

entre otros. Todos estos efectos coinciden con los datos recogidos en el estudio de Casado-Espada NM et al.²³.

Es por esto importante destacar la individualidad de la salud sexual de cada mujer, ya que para las mujeres con síntomas menstruales graves en muchas ocasiones el deseo sexual adopta una importancia secundaria a la hora de escoger un método anticonceptivo. En dichos casos la anticoncepción hormonal puede llegar a ser hasta una necesidad.

En cuanto a las mujeres usuarias de otros MAC, destacaron respuestas como que el uso de preservativo reduce el riesgo de contraer ITS, lo cual denota conocimientos sobre salud sexual en la población de nuestro trabajo.

En el estudio de Espitia-De La Hoz FJ, el 57,39% de las mujeres declaró haber mantenido 3 veces actividad sexual en la última semana¹⁶, coincidiendo con Moreira IF de A et al. (50% de su muestra)²⁴ y Nowosielski K, (más de un 90% en los últimos 6 meses)²¹. En nuestra encuesta se preguntó por la actividad sexual en las últimas cuatro semanas (último mes) y la frecuencia en dicho tiempo, obteniéndose porcentajes equiparables con las mujeres de dichos estudios.

Comparando la frecuencia de actividad sexual con el hecho de tener pareja, observamos una relación entre las dos variables, habiendo tenido mayor actividad las mujeres con pareja. Esto puede deberse a que las mujeres puedan sentirse más cómodas con su habitual pareja sexual favoreciendo así la actividad, sin necesidad de buscar nuevas parejas sexuales con frecuencia. Sin embargo, el estudio de Espitia-De La Hoz FJ se encontró lo contrario: entre las solteras existió una mayor frecuencia de actividad sexual semanal y, además, encuentros sexuales más satisfactorios en relación con las mujeres en pareja (80,35% vs. 48,3% respectivamente)¹⁶. Esto podría explicarse por la ilusión de la novedad.

En relación con los dominios de FSM, en nuestro análisis se encontró que la disfunción sexual con más prevalencia fue la alteración del orgasmo seguida de la falta de lubricación y la falta de excitación, coincidiendo con Nowosielski K²¹ y parcialmente con Espitia-De La Hoz FJ, quien antepuso el trastorno del deseo sexual a

los mencionados. Los porcentajes obtenidos en nuestro estudio fueron inferiores a los publicados por dicho autor (19,8% con dificultades en el orgasmo, 14,1% con dificultades en la excitación y 11,4% con falla en la lubricación)¹⁶.

En este trabajo solo la falta de lubricación se vio relacionada con la toma de hormonas, pudiendo ello explicarse porque al impedirse las ventajas del propio ciclo menstrual, las mujeres usuarias de ACH perciben un ambiente genital menos favorable que las mujeres que ovulan, afectando esto al despertar sexual, coincidiendo con lo descrito por Malmberg A et al.¹⁵. En el estudio de Nowosielski K también se vieron afectados el orgasmo ($p=0,01$) y la excitación ($p=0,02$) por la toma de ACH²¹.

A diferencia de otros estudios donde el hecho de utilizar ACH estuvo relacionado con la existencia de pareja sexual²¹, en el nuestro no se encontró asociación significativa. Pese a ello, sí se observó relación entre la falta de iniciativa sexual y la ACH. Esto podría deberse a que, en el presente estudio, había más mujeres en pareja entre las que toman ACH, pudiendo los problemas de la pareja y el acomodamiento influir en este aspecto. Por otro lado, la explicación de una menor comunicación sexual entre las usuarias de otros MAC (entre ellas más frecuente la soltería), también podría atribuirse a esta justificación, pudiendo influir la desconfianza del primer encuentro en la comunicación sexual.

A diferencia de nuestro estudio, las relaciones sexuales penetrativas se encontraron relacionadas con la toma de hormonas según Nowosielski K. ($p=0,00$)²¹, y también se encontró un porcentaje significativamente mayor de disfunción sexual por parte de la pareja en el estudio de Espitia-De La Hoz FJ, quien declaró un 18%¹⁶.

Según la valoración del cuestionario FSM20, en nuestro trabajo pudo considerarse un posible trastorno sexual por dolor, vaginismo o dispareunia en un 15,4% de las mujeres que no tuvieron relaciones con penetración, y en un 5,6% de las mismas, una posible disfunción eréctil u otro trastorno de la pareja.

Por último, pudimos observar que la satisfacción sexual general fue similar a la señalada en otros estudios, con cifras superiores al 90%^{21,22,23}.

Trabajo Fin de Grado

Pese a todos los datos obtenidos en este análisis, todavía no es posible predecir si las mujeres pueden experimentar efectos adversos de la anticoncepción hormonal en su sexualidad ni la atribución de éstos a las diferentes fórmulas. Hacen falta más estudios que comprueben esta relación y también podrían ser interesantes programas de educación para la salud para mujeres que pretendan iniciar un método anticonceptivo.

Es tan importante, por estos motivos, que los profesionales proporcionen una atención centrada en la paciente, siendo capaces de responder a sus preocupaciones con información actual y contrastada. Constantemente aparecen nuevos tipos de anticoncepción y sistemas de administración de éstos y es vital, por tanto, que dichos profesionales se mantengan al día de los últimos avances en materia de contracepción.

La fortaleza de esta investigación radica en la utilización de un cuestionario estandarizado como el FSM y la anonimización de los datos que favorece la sinceridad de las respuestas.

La principal debilidad deriva en el hecho de haberse realizado un muestreo no aleatorio al difundirse la encuesta a través de redes sociales, agrupándose la mayor parte de la población de estudio en un mismo rango de edad y pudiéndose apreciar una falta de representati-

vidad. Por otro lado, se presentan limitaciones como el pequeño tamaño muestral, que podría estar influyendo en la falta de asociación significativa obtenida y la ambigüedad temporal, que dificulta la diferenciación entre factores de riesgo y factores pronósticos.

CONCLUSIONES

El grado de satisfacción de la actividad sexual y la satisfacción sexual general femenina son independientes de la toma de ACH.

Al considerar los ítems evaluadores de la respuesta sexual, la falta de lubricación aparece como el único dominio asociado a la toma de ACH, y entre los aspectos relacionales de la actividad sexual, solo la falta de iniciativa sexual se presenta en relación a las hormonas exógenas.

Sin embargo, entre las mujeres usuarias de otros MAC, es la falta de comunicación sexual el aspecto exclusivo asociado a dichos métodos.

En términos generales las mujeres declaran estar satisfechas con su método anticonceptivo, destacando la píldora entre los hormonales y el preservativo entre los no hormonales. Las razones de entusiasmo por dichos métodos son la solución de diversos problemas menstruales para los primeros y el menor riesgo de contagio de ITS para los últimos.

Trabajo Fin de Grado

BIBLIOGRAFÍA

1. Novick AM, Stoddard J, Johnson RL, Duffy KA, Berkowitz L, Costa VD, et al. Adverse childhood experiences and hormonal contraception: Interactive impact on sexual reward function. *PLoS ONE*. 2023;18(1):e0279764. DOI:10.17605/OSF.IO/NQX35
2. Cárdenas Santos R, Pardo Sáenz JM. Efectos secundarios neuropsicológicos de los anticonceptivos hormonales combinados para el tratamiento de síntomas leves. *Valoración bioética de su adecuación*. *Cuad Bioet*. 2022;1;33(109):335–48. DOI: 10.30444/CB.137
3. Requena C, Llombart B. Anticonceptivos orales en dermatología. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 2020;111(5):351-356. DOI: 0.1016/j.ad.2019.06.006
4. Novick AM, Johnson RL, Lazorwitz A, Belyavskaya A, Berkowitz L, Norton A, et al. Discontinuation of hormonal contraception due to changes in mood and decreases in sexual desire: the role of adverse childhood experiences. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 2022;27(3):212–20. DOI: 10.1080/13625187.2022.2030702
5. Caruso, S, Palermo, G, Caruso, G, Rapisarda, A.M.C. How Does Contraceptive Use Affect Women's Sexuality? A Novel Look at Sexual Acceptability. *J. Clin. Med*. 2022; 11, 810. DOI: 10.3390/jcm11030810
6. Thirumalai A, Page ST. Male Hormonal Contraception. *Annual Review of Medicine*. 2020;71:17-31. DOI: 10.1146/annurev-med-042418-010947
7. Parra, I. Protocolo de anticoncepción en la perimenopausia. *Sociedad Española de Contracepción*. 2019. Disponible en: https://hosting.sec.es/descargas/PROTOCOLOS/PR_A_Perimenopausia_Inm aculadaParra_FIRMADO.pdf
8. Pletzer B, Lang C, Derntl B, Griksiene R. Weak associations between personality and contraceptive choice. *Front Neurosci*. 2022;16:898487. DOI: 10.3389/fnins.2022.89487
9. Lethaby A, Wise MR, Weterings MAJ, Bofill Rodriguez M, Brown J. Combined hormonal contraceptives for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019; Issue 2. Art. No.: CD000154. DOI: 10.1002/14651858.CD000154.pub3.
10. Jarosz AC, Jamnik J, El-Sohemy A. Hormonal contraceptive use and prevalence of premenstrual symptoms in a multiethnic Canadian population. *BMC Womens Health*. 2017;17:87. DOI 10.1186/s12905-017-0450-7
11. Hidalgo-Lopez, E, Zeidman, P, Harris, T, Razi, A, and Pletzer, B. Spectral dynamic causal modelling in healthy women reveals brain connectivity changes along the menstrual cycle. *Commun. Biol*. 2021;4:954. DOI: 10.1038/s42003-021- 02447-w
12. Novick AM, Johnson RL, Lazorwitz A, Belyavskaya A, Berkowitz L, Norton A, et al. Discontinuation of hormonal contraception due to changes in mood and decreases in sexual desire: the role of adverse childhood experiences. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 2022;27(3):212–20. DOI: 10.1080/13625187.2022.2030702
13. Boozalis A, Tutlam NT, Robbins CC, Peipert JF. Sexual Desire and Hormonal Contraception. *Obstetrics and Gynecology*. 2016;1;127(3):563–72. DOI: 10.1097/AOG.0000000000001286
14. Martell S, Marini C, Kondas CA, Deutch AB. Psychological side effects of hormonal contraception: a disconnect between patients and providers. *Contracept Reprod Med [Internet]*. 2023;17;8(1):9. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s40834-022-00204-w>
15. Malmberg A, Brynte L, Falk G, Brynhildsen J, Hammar M, Berterö C. Sexual function changes attributed to hormonal contraception use—a qualitative study of women experiencing negative effects. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 2020;25(3):169–75. DOI: 10.1080/13625187.2020.1736545
16. Espitia-De La Hoz FJ. Prevalencia y caracterización de las disfunciones sexuales en mujeres, en 12 ciudades colombianas, 2009-2016. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2018;69(1):9-21. DOI: 10.18597/rcog.3035
17. Niño-Avenidaño CA, Vargas-Rodríguez LJ, González-Jiménez NM. Abandono, cambio o falla de los anticonceptivos hormonales en población universitaria. *Ginecol Obstet Mex*. 2019;87(8):499-505. DOI: 10.24245/gom.v87i8.2935
18. Skovlund CW, Mørch LS, Kessing LV, Lidegaard O. Association of hormonal contraception with depression. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(11):1154–62. DOI:10.1001/jamapsychiatry.2016.2387
19. Ross RA, Kaiser UB. Reproductive endocrinolo-

Trabajo Fin de Grado

- gy: The emotional cost of contraception. *Nature Reviews Endocrinology*. 2016;08;13(1): 7–9. DOI:10.1038/nrendo.2016.194
20. Sánchez-Sánchez F, Ferrer-Casanova C, Ponce-Buj B, Sipán-Sarrión Y, Jurado-López AR, San Martín-Blanco C, et al. Design and validation of the second edition of the Women's Sexual Function Questionnaire, FSM-2. *Semergen*. 2020;1;46(5):324–30. DOI: 10.1016/j.semerg.2020.01.004
21. Nowosielski K. Do oral combined contraceptive pills modify body image and sexual function? *Reproductive Biology and Endocrinology*. 2022;20:94. DOI: 10.1186/s12958-022-00968-5
22. Butt MR, Lema V, Mukaindo A, Mohamoud G, Shabani J. Prevalence of and factors associated with female sexual dysfunction among women using hormonal and non-hormonal contraception at the AGA Khan University Hospital Nairobi. *Afr J Prm Health Care Fam Med*. 2019;11(1), a1955. DOI: 10.4102/phcfm.v11i1.1955
23. Casado-Espada NM, de Alarcón R, de la Iglesia-Larrad JI, Bote- Bonaecha B, Montejo ÁL. Hormonal contraceptives, female sexual dysfunction, and managing strategies: A review. *Journal of Clinical Medicine*. 2019;8,908. DOI: 10.3390/jcm8060908
24. Moreira IF de A, Bianchini MP, Moreira GRC, Almeida AM, Rezende BA. Sexual function and metabolic/hormonal changes in women using long-term hormonal and non-hormonal contraceptives: a pilot study. *BMC Womens Health*. 2020;20:240. DOI: 10.1186/s12905-020-01107-1

Trabajo Fin de Grado

ANEXO 1: CUESTIONARIO DE RECOPIACIÓN DE DATOS

Encuesta sobre el uso de anticoncepción hormonal y su relación con el deseo sexual

El siguiente cuestionario forma parte de un Trabajo de Fin de Grado en enfermería realizado en la Escuela Universitaria de Enfermería de Teruel. Respondiendo a esta encuesta, da el consentimiento para que sus datos, completamente anónimos, se utilicen para realizar un estudio cuantitativo relacionado con los efectos de la anticoncepción hormonal. No le llevará más de 10 minutos realizarla.
Muchas gracias de antemano por su participación.

Edad *

Texto de respuesta corta

Nacionalidad *

Texto de respuesta corta

¿Utiliza anticonceptivos hormonales? *

- Sí
- No

Tipo de anticonceptivo *

- Píldoras
- Anillo vaginal
- Parche transdérmico
- Implante
- DIU hormonal
- Preservativo
- Otra...

Trabajo Fin de Grado

En el caso de utilizar anticoncepción hormonal, ¿Desde cuando la utiliza?

- Menos de 6 meses
- Entre 6 meses y 1 año
- Más de 1 año
- Más de 3 años

¿Está satisfecha con el método anticonceptivo que utiliza? *

- Sí
- No

¿Por qué?

Texto de respuesta larga

PREGUNTA 0. ¿HA TENIDO USTED ACTIVIDAD SEXUAL DURANTE LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS? Nota informativa: La actividad sexual puede ser en pareja o mediante estimulación sexual propia, incluyendo caricias, juegos, penetración, masturbación... *

- Sí
- NO

PREGUNTA 1. Durante las últimas 4 semanas ¿Ha tenido fantasías (pensamientos, imágenes...) relacionadas con actividades sexuales?

- 1. Nunca
- 2. Raramente
- 3. A veces
- 4. A menudo
- 5. Casi siempre/siempre

Trabajo Fin de Grado

PREGUNTA 2. Durante las últimas 4 semanas ¿Ha tenido pensamientos ó deseos de realizar algún tipo de actividad sexual?

- 1. Nunca
- 2. Raramente
- 3. A veces
- 4. A menudo
- 5. Casi siempre/Siempre

PREGUNTA 3. Durante las últimas 4 semanas ¿Le ha resultado fácil excitarse sexualmente?

- 1. Nunca
- 2. Raramente
- 3. A veces
- 4. A menudo
- 5. Casi siempre/Siempre

PREGUNTA 4. En las últimas 4 semanas, durante la actividad sexual, cuando le han (o se ha) tocado o acariciado ¿ha sentido excitación sexual?, por ejemplo sensación de "ponerse en marcha", deseo de "avanzar más" en la actividad sexual.

- 1. Nunca
- 2. Raramente
- 3. A veces
- 4. A menudo
- 5. Casi siempre/Siempre

Trabajo Fin de Grado

PREGUNTA 5. Durante las últimas 4 semanas, cuando se sintió excitada sexualmente ¿notó humedad y/o lubricación vaginal?

- 1. Nunca
- 2. Raramente
- 3. A veces
- 4. A menudo
- 5. Casi siempre/Siempre

PREGUNTA 6. En las últimas 4 semanas, durante su actividad sexual, cuando le han (o se ha) tocado o acariciado en vagina y/o zona genital ¿ha sentido dolor?

- 1. Casi siempre/siempre
- 2. A menudo
- 3. A veces
- 4. Raramente
- 5. Nunca

PREGUNTA 7a. En las últimas 4 semanas, durante su actividad sexual, la penetración vaginal (del pene, dedo, objeto...) ¿podía realizarse con facilidad? Instrucciones: no debe de contestar a esta pregunta si no ha habido penetración vaginal en las últimas 4 semanas

- 1. Nunca
- 2. Raramente
- 3. A veces
- 4. A menudo
- 5. Casi siempre/Siempre

Trabajo Fin de Grado

PREGUNTA 7b. Indique por qué motivo no ha habido penetración vaginal durante las últimas 4 semanas? Instrucciones: cumplimente esta pregunta solo si no contestó a la anterior

- 1. Por sentir dolor
- 2. Por miedo a la penetración
- 3. Por falta de interés para la penetración vaginal
- 4. No tener pareja sexual
- 5. Incapacidad para la penetración por parte de su pareja

PREGUNTA 8. Durante las últimas 4 semanas, ante la idea o posibilidad de tener actividad sexual ¿ha sentido miedo, inquietud, ansiedad...?

- 1. Casi siempre/siempre
- 2. A menudo
- 3. A veces
- 4. Raramente
- 5. Nunca

PREGUNTA 9. Durante las últimas 4 semanas, ¿ha alcanzado el orgasmo cuando ha mantenido actividad sexual, con o sin penetración?

- 1. Nunca
- 2. Raramente
- 3. A veces
- 4. A menudo
- 5. Casi siempre/Siempre

Trabajo Fin de Grado

PREGUNTA 10. En las últimas 4 semanas ¿cuántas veces ha sido usted quien ha dado los pasos iniciales para provocar un encuentro sexual con otra persona? Nota informativa: el término "con otra persona" se refiere a su pareja si la tiene, otra u otras personas, independientemente de su sexo

- 1. Nunca
- 2. Raramente
- 3. A veces
- 4. A menudo
- 5. Casi siempre/Siempre

PREGUNTA 11. Durante las últimas 4 semanas, ¿se ha sentido confiada para comunicar a su pareja lo que le gusta o desagrada en sus encuentros sexuales? Nota informativa: Si no tiene pareja, deje esta pregunta sin responder

- 1. Nunca
- 2. Raramente
- 3. A veces
- 4. A menudo
- 5. Casi siempre/Siempre

PREGUNTA 12. Durante las últimas 4 semanas ¿cuántas veces ha tenido actividad sexual?

- 1. De 1-2 veces
- 2. De 3 a 4 veces
- 3. De 5 a 8 veces
- 4. 9 a 12 veces
- 5. Más de 12 veces

Trabajo Fin de Grado

PREGUNTA 13. Durante las últimas 4 semanas, ¿disfrutó cuando realizó actividad sexual?

- 1. Nunca
- 2. Raramente
- 3. A veces
- 4. A menudo
- 5. Casi siempre/Siempre

PREGUNTA 14. En general, en relación a su vida sexual durante las últimas 4 semanas, ¿se ha sentido satisfecha?

- 1. Muy insatisfecha
- 2. Bastante insatisfecha
- 3. Ni satisfecha ni insatisfecha
- 4. Bastante satisfecha
- 5. Muy satisfecha

Trabajo Fin de Grado

ANEXO 2. CUESTIONARIO EVALUADOR DE LA FUNCIÓN SEXUAL DE LA MUJER

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

CUESTIONARIO EVALUADOR DE LA FUNCIÓN SEXUAL DE LA MUJER –FSM-

Se trata de una escala auto-administrada que consta de 15 ítems.

Pregunta llave

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

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

Ítems	Ítems	Respuesta
1	Durante las últimas 4 semanas ¿Ha tenido fantasías (pensamientos, imágenes....) Relacionadas con actividades sexuales?	Nunca
		Raramente
		A veces
		A menudo
		Casi siempre - Siempre
2	Durante las últimas 4 semanas ¿Ha tenido pensamientos ó deseos de realizar algún tipo de actividad sexual?	Nunca
		Raramente
		A veces
		A menudo
		Casi siempre - Siempre
3	Durante las últimas 4 semanas ¿Le ha resultado fácil excitarse sexualmente?	Nunca
		Raramente
		A veces
		A menudo
		Casi siempre - Siempre
4	En las últimas 4 semanas, durante la actividad sexual, cuando le han (o se ha) tocado o acariciado ¿ha sentido excitación sexual?, por ejemplo sensación de "ponerse en marcha", deseo de "avanzar más" en la actividad sexual.	Nunca
		Raramente
		A veces
		A menudo
		Casi siempre - Siempre
5	Durante las últimas 4 semanas, cuando se sintió excitada sexualmente ¿notó humedad y/o lubricación vaginal?	Nunca
		Raramente
		A veces
		A menudo
		Casi siempre - Siempre

Trabajo Fin de Grado

6	En las últimas 4 semanas, durante su actividad sexual, cuando le han (o se ha) tocado o acariciado en vagina y/o zona genital ¿ha sentido dolor?	Casi siempre - Siempre	
		A menudo	
		A veces	
		Raramente	
		Nunca	
7a	En las últimas 4 semanas, durante su actividad sexual, la penetración vaginal (del pene, dedo, objeto...) ¿podía realizarse con facilidad? <i>Instrucciones: no debe de contestar a esta pregunta si no ha habido penetración vaginal en las últimas 4 semanas. En su lugar responda la pregunta 7b</i>	Nunca	
		Raramente	
		A veces	
		A menudo	
		Casi siempre - Siempre	
7b	¿Indique por qué motivo no ha habido penetración vaginal durante las últimas 4 semanas? <i>Instrucciones: cumplimente esta pregunta solo si no contestó a la anterior (pregunta 7).</i>	Por sentir dolor	
		Por miedo a la penetración	
		Por falta de interés para la penetración vaginal	
		No tener pareja sexual	
		Incapacidad para la penetración por parte de su pareja	
8	Durante las últimas 4 semanas, ante la idea o posibilidad de tener actividad sexual ¿ha sentido miedo, inquietud, ansiedad.....?	Casi siempre - Siempre	
		A menudo	
		A veces	
		Raramente	
		Nunca	
9	Durante las últimas 4 semanas, ¿ha alcanzado el orgasmo cuando ha mantenido actividad sexual, con o sin penetración?	Nunca	
		Raramente	
		A veces	
		A menudo	
		Casi siempre - Siempre	
10	En las últimas 4 semanas ¿cuántas veces ha sido usted quien ha dado los pasos iniciales para provocar un encuentro sexual con otra persona? <i>Nota informativa: el término "con otra persona" se refiere a su pareja si la tiene, otra u otras personas, independientemente de su sexo.</i>	Nunca	
		Raramente	
		A veces	
		A menudo	
		Casi siempre - Siempre	
11	Durante las últimas 4 semanas, ¿se ha sentido confiada para comunicar a su pareja lo que le gusta o desagrada en sus encuentros sexuales?	Nunca	
		Raramente	
		A veces	
		A menudo	
		Casi siempre - Siempre	

Trabajo Fin de Grado

12	Durante las últimas 4 semanas ¿cuántas veces ha tenido actividad sexual?	1-2 veces	
		De 3 a 4 veces	
		De 5 a 8 veces	
		De 9 a 12 veces	
		Más de 12 veces	
13	Durante las últimas 4 semanas, ¿disfrutó cuando realizó actividad sexual?	Nunca	
		Raramente	
		A veces	
		A menudo	
		Casi siempre - Siempre	
14	En general, en relación a su vida sexual durante las últimas 4 semanas, ¿se ha sentido satisfecha?	Muy insatisfecha	
		Bastante insatisfecha	
		Ni satisfecha ni insatisfecha	
		Bastante satisfecha	
		Muy satisfecha	

Trabajo Fin de Grado

CUESTIONARIO EVALUADOR DE LA FUNCIÓN SEXUAL DE LA MUJER –FSM-

Instrucciones para el profesional:

Población diana: Población general mujer. Se trata de una escala **auto-administrada** que consta de 14 ítems, tras una pregunta llave. Cada ítem del cuestionario FSM puntúa entre 1 y 5. Su interpretación atiende a las siguientes consideraciones:

	<u>Dominios evaluadores de actividad sexual (DEAS)</u>	<u>Ítems</u>	<u>Puntuación Total</u>	<u>Interpretación</u>
<i>Evalúan la Respuesta Sexual y la presencia de Disfunción Sexual</i>	1-Deseo	1, 2, 4	1-3	Trastorno severo
			4-7	Trastorno moderado
			8-15	Sin trastorno
	2-Excitación	3, 4, 5	1-3	Trastorno severo
			4-7	Trastorno moderado
			8-15	Sin trastorno
	3-Lubricación	5	1	Trastorno severo
			2	Trastorno moderado
			3-5	Sin trastorno
	4-Orgasmo	9	1	Trastorno severo
			2	Trastorno moderado
			3-5	Sin trastorno
	5-Problemas con la penetración vaginal	6, 7a, 8	1-3	Trastorno severo
			4-7	Trastorno moderado
			8-15	Sin trastorno
6-Ansiedad anticipatoria	8	1	Trastorno severo	
		2	Trastorno moderado	
		3-5	Sin trastorno	
<i>Evalúan aspectos relacionales de la actividad sexual</i>	7-Iniciativa sexual	10	1	Ausencia de iniciativa
			2	Iniciativa moderada
			3-5	Sin problemas de iniciativa
	8-Grado de comunicación sexual ^a	11	1	Ausencia de comunicación sexual
			2	Comunicación sexual moderada
			3-5	Sin problemas de comunicación sexual
<i>Evalúan satisfacción sexual</i>	9-Satisfacción de la actividad sexual	9, 13	1-2	Insatisfacción
			3-5	Satisfacción moderada
			6-10	Satisfactoria
	10-Satisfacción sexual general	14	1	Insatisfacción sexual general
			2	Satisfacción sexual general moderada
			3-5	Satisfacción sexual general

Trabajo Fin de Grado

	Dominios descriptivos	Ítems	información complementaria
<i>Describen aspectos de interés sobre la actividad sexual</i>	11-Actividad sexual sin penetración vaginal ^b	7b	a) Dolor b) Miedo a la penetración c) Falta de interés para la penetración vaginal d) No tener pareja sexual e) Incapacidad por parte de su pareja
	12-Frecuencia de actividad sexual	12	a) 1-2 veces b) De 3 a 4 veces c) De 5 a 8 veces d) De 9 a 12 veces e) Más de 12 veces
	13-Existencia o no de pareja sexual	11	a) Sí b) No

Para diagnosticar disfunción sexual solo contabilizan los 6 primeros DEAS: Deseo, Excitación, Lubricación, Orgasmo, Problemas con la penetración vaginal, Ansiedad anticipatoria.

^a**Dominio "Grado de comunicación sexual":** No evaluable si la opción elegida por la mujer fuese NO TENGO PAREJA.

^b**Dominio "Actividad sexual sin penetración vaginal":** Evaluable solo si no hay respuesta a la pregunta 7a y sí a 7b.

Consideraciones diagnósticas a la información complementaria del ítem 7b:

- Si la respuesta es a) Dolor o b) Miedo a la penetración: Considerar posible "trastorno sexual por dolor" (DSM-IV-TR y CIE 10): Vaginismo o dispareunia severos.
- Si la respuesta es d) Incapacidad por parte de su pareja: Estudiar posible disfunción eréctil u otro trastorno de la pareja.

Cambia a



Caja Rural de Teruel



Te ofrecemos
trato personalizado
y cercano.



Conseguirás
rentabilidad para
tus ahorros.



Dispondrás de
asesoramiento
por profesionales
de confianza.



*...nosotros nos encargamos de todas las gestiones,
sin que tengas que ir a tu antigua entidad.*



CAJA RURAL DE TERUEL