

**Asociación entre masturbación y disfunciones sexuales en mujeres mayores 18 años en consulta ginecológica**

**Investigador principal:**

**Maestría en Epidemiología Universidad  
Facultad de Medicina- Universidad CES  
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud -Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario**

**Bogotá, junio de 2019**

**Investigador principal:**

**Luis Carlos Franco Ayala**

**desarrollado en:**

**Fundación Santa Fe de Bogotá**

**Información de contacto**

**Dirección Cr 7 No 116-05 oficina 304**

**Versión 7. Informe final modificado según ajustes de jurado metodológico para requisito de grado**

**Bogotá, junio de 2019**

## Tabla de contenido

1	Resumen: .....	10
2	Formulación del problema .....	12
2.1	Planteamiento del problema: .....	12
2.2	Justificación .....	13
2.3	Pregunta de investigación: .....	14
3	Marco conceptual: .....	15
3.1	Sexo: .....	15
3.2	Sexualidad .....	15
3.3	Sexualidad sana o saludable: .....	16
3.4	Derechos sexuales .....	16
3.5	Satisfacción sexual .....	16
3.6	Práctica de masturbación .....	16
4	Marco teórico: .....	18
4.1	Disfunciones .....	18
4.1.1	Desorden por hipo actividad sexual y trastorno de la excitación .....	19
4.1.2	Dispareunia .....	20
4.1.3	Anorgasmia .....	21
4.2	Masturbación .....	22
4.3	Factores Asociados a disfunción sexual .....	23
4.3.1	Vergüenza y culpa .....	23
4.3.2	Abuso sexual .....	24
4.3.3	Enfermedades de transmisión sexual .....	24
4.3.4	Menopausia .....	24

4.3.5	Comorbilidades .....	25
5	Objetivos .....	26
5.1	General:.....	26
5.2	Específicos.....	26
6	Metodología.....	27
6.1	Enfoque metodológico – tipo de estudio:.....	27
6.1.1	Enfoque cuantitativo:.....	27
6.1.2	Enfoque cualitativo: .....	27
6.2	Población.....	28
6.2.1	Población o universo:.....	28
6.2.2	Población blanco .....	28
6.2.3	Población elegible .....	28
6.2.4	Población de estudio.....	28
6.3	Criterios de inclusión.....	29
6.4	Criterios de exclusión .....	29
6.5	Diseño muestral – tamaño de muestra:.....	30
6.5.1	Enfoque cuantitativo .....	30
6.5.2	Enfoque Cualitativo .....	31
6.6	Descripción de las variables del componente cuantitativo.....	31
6.6.1	Socio demográficas: .....	31
6.6.2	Variables dependientes.....	31
6.6.3	Variables independientes.....	31
6.6.4	Variables de confusión .....	32
6.6.5	Variables de interacción:.....	32
6.6.6	Diagrama de variables.....	34

6.7	Técnicas de recolección de la información e instrumentos .....	35
6.7.1	Aspecto Cuantitativo .....	35
6.7.2	Enfoque Cualitativo .....	41
6.8	Digitación .....	41
6.9	Fuente de información.....	42
6.10	Proceso:.....	42
6.10.1	Qué y como .....	42
6.10.2	Quién.....	43
6.11	Como.....	43
6.11.1	Cuándo .....	43
6.12	Prueba piloto.....	43
6.13	Control de errores y sesgos.....	44
6.14	Plan de análisis.....	46
6.14.1	Aspecto cuantitativo .....	46
6.14.2	Aspecto cualitativo.....	46
7	Aspectos éticos .....	47
7.1	Clasificación del riesgo .....	47
7.2	Publicación de resultados .....	47
7.3	Aspectos éticos analizados desde los principios de la ética.....	47
7.3.1	Principio de autonomía .....	47
7.3.2	Principio de no maleficencia .....	47
7.3.3	Principio de beneficencia .....	48
7.3.4	Principio de justicia .....	48
7.4	Aspectos éticos analizados desde los criterios de Ezekiel – Emanuel .....	48
7.4.1	Criterio de Valor:.....	48

7.4.2	Criterio de Validez Científica: .....	48
7.4.3	Criterio de selección equitativa del sujeto: .....	49
7.4.4	Criterio de selección favorable de riesgo beneficio .....	49
7.4.5	Criterio de evaluación independiente .....	49
7.4.6	Criterio de consentimiento informado.....	50
7.4.7	Respeto a los sujetos inscritos .....	50
8	Resultados.....	51
8.1	Resultados componente cuantitativo .....	51
8.1.1	Descripción de la población .....	51
8.1.2	Análisis bivariado .....	54
8.1.3	Análisis multivariado .....	56
8.2	Resultados componente cualitativo categorías emergentes .....	57
8.2.1	Categoría de causas de la disfunción .....	58
8.2.2	Categoría intervenciones médicas .....	60
8.2.3	Categoría manifestaciones clínicas .....	61
8.2.4	Categoría percepciones de las pacientes .....	63
8.2.5	Masturbación: .....	67
8.2.6	Consecuencias de la disfunción.....	67
8.3	Teorización sobre el análisis de categorías y formulación de hipótesis.....	68
9	Discusión .....	71
10	Conclusiones .....	75
11	Bibliografía .....	76
12	Anexos.....	79

**Lista de tablas**

Tabla 1 Tabla de variables.....	32
Tabla 2 Control de errores y sesgos .....	44
Tabla 3 Frecuencias de las variables clínicas.....	53
Tabla 4 Análisis de normalidad .....	54
Tabla 5 Características de la población .....	55
Tabla 6 Tabla de riesgos relativos para disfunción sexual según exposición a cada una de las variables clínicas.....	55
Tabla 7 Modelo de regresión logística. OR corregido después de ajustar por las variables incluidas en el modelo .....	56
Tabla 8 Resumen de categorías emergentes .....	57

**Lista de figuras**

Figura 1 Diagrama de variables: aplica para componente cuantitativo.....35

Figura 2 Proceso de vinculación de las pacientes en el estudio .....37

Figura 3 Histograma de edad de las pacientes que participaron en el estudio 2017-2018 .....51

Figura 4 Gráfico de columnas: proporción de nivel educativo de las pacientes incluidas. 2017-2018 .....52

Figura 5 Gráfico de columnas número de participantes según el estrato económico.....52

Figura 6 Histograma de índice de masa corporal.....53

**Lista de Anexos**

Anexo 1 Documentos administrativos: presupuesto .....	79
Anexo 2 Cronograma .....	81
Anexo 3 Carta de aval comité de ética con instrumentos de recolección aprobados .....	82
Anexo 4 Carta de aval tutor metodológico .....	91
Anexo 5 Matriz de categorías emergentes .....	92
Anexo 6 Certificado de conducta responsable.....	94
Anexo 7 Curso buenas practicas contexto colombiano .....	96
Anexo 8 Actas de socialización entre recolectores de información.....	98
Anexo 9 Validación de contenido de instrumentos de recolección de la información.....	100

## 1 Resumen:

**Introducción:** Las disfunciones sexuales afectan entre el 25 y 78% de las mujeres. La masturbación es una herramienta reconocida en el manejo de las disfunciones sexuales. Sin embargo, se desconoce su papel en la prevención de estas condiciones. El objetivo del estudio es determinar y entender la asociación entre masturbación y disfunciones sexuales femeninas.

**Metodología** Estudio multi-método, cuantitativo observacional analítico de cohortes retrospectivas con análisis bivariado y multivariado corrigiendo la asociación por las variables significativas; un componente cualitativo basado en teoría fundamentada para el análisis de categorías emergentes relacionadas con la asociación.

**Resultados:** se estudiaron 520 mujeres en el enfoque cuantitativo y 11 en el cualitativo entre noviembre de 2017 y noviembre de 2018. La incidencia de disfunción sexual fue de 23%. En el análisis bivariado entre masturbación y disfunción fue significativo (RR=0,6 IC 0,405-0,93), en el análisis multivariado no se encontró asociación estadísticamente significativa (OR corregido= 0,67 IC 0,436-1,030). Fueron significativos como factores de riesgo la incontinencia de esfuerzo (OR corregido=3,19 IC 1,144-13,4) e historia de abuso sexual (OR corregido 7,48 IC 1,37-40,76) y como factores protectores, nivel educativo (OR corregido 0,806 IC 0,637-0,99) y estado civil soltera (OR corregido=0,802 IC 0,637-0,99). La naturaleza multidimensional y multifactorial de la disfunción sexual femenina hace que sea difícil identificar determinantes absolutos de la condición.

**Discusión:** se necesitan mas estudios para ampliar el conocimiento sobre el papel de la masturbación como factor protector para disfunción sexual femenina. Entender la disfunción de forma individual es la mejor aproximación para ayudar a estas pacientes.

**Palabras clave:** “sexual dysfunction, physiological”, “sexual dysfunctions, psychological”, “masturbation”, “anorgasmia”, “dispareunia”, “vaginismus”, “sexual arousal disorder”.

## Abstract

**Introduction:** Sexual dysfunctions affects 25 - 78% of women. Masturbation is a recognized tool in the management of sexual dysfunctions. However, its role in preventing these conditions is unknown. The objective of the study is to determine and understand the association between masturbation and female sexual dysfunctions.

**Methodology:** Multimethod study, the quantitative component is an analytical observational study of retrospective cohorts with bivariate and multivariate analysis correcting the association for the significant variables; the qualitative component was based on grounded theory for the analysis of emerging categories related to the association.

**Results:** 520 women were studied in the quantitative component and 11 in the qualitative component from November 2017 to November 2018. The incidence of sexual dysfunction was 23%. The bivariate analysis between masturbation and dysfunction was significant (RR = 0.6 CI 0.405-0.93), in the multivariate analysis a statistically significant association was not found (corrected OR = 0.67 IC 0.436-1.030). Significant risk factors were stress incontinence (corrected OR = 3.19 IC 1.144-13.4) and history of sexual abuse (corrected OR 7.48 IC 1.37-40.76) the protective factors were education level (corrected OR 0.806 CI 0.637-0.99) and single marital status (corrected OR = 0.802 CI 0.637-0.99). The multidimensional and multifactorial nature of female sexual dysfunction makes it difficult to identify absolute determinants for the condition.

**Discussion:** more studies are required to expand the knowledge about the role of masturbation as a protective factor for female sexual dysfunction. Understanding dysfunction individually is the best approach to help these patients.

**Key words:** "sexual dysfunction, physiological", "sexual dysfunctions, psychological", "masturbation", "anorgasmia", "dispareunia", "vaginismus", "sexual arousal disorder".

## 2 Formulación del problema

### 2.1 Planteamiento del problema:

La masturbación se utiliza como herramienta terapéutica para disfunción sexual femenina en varios escenarios, pero, se encuentra inmersa en un mar de paradigmas sociales (1). Este estudio plantea la posibilidad de que la masturbación juegue en papel preventivo en la aparición de disfunción sexual femenina.

La prevalencia de disfunciones sexuales en mujeres en edad fértil es del 25 – 78%(1, 2), estas condiciones son causa de alteración en la calidad de vida y motivo frecuente de consultas médicas(3). La masturbación se acepta como una herramienta de intervención terapéutica para el manejo de las disfunciones sexuales, principalmente para casos de anorgasmia a muchas pacientes con disfunción se les pide que realicen auto-estímulo como parte del conocimiento de sus cuerpos y como medida para superar las limitaciones propias de la condición. A pesar de su utilidad terapéutica, la práctica de masturbación se encuentra inmersa en un paradigma socio- cultural que se debe describir según las condiciones particulares de cada entorno, ya que la forma como cada sociedad lo admite, se relaciona íntimamente con las costumbres, historia y religión de dichas comunidades(4, 5). Algunas publicaciones ubican el papel de la masturbación como una práctica normal en el comportamiento sexual del ser humano(6), y la gran tendencia de la literatura es darle un papel terapéutico en el tratamiento de las disfunciones sexuales. (7-10), pero no se ha buscado una asociación de protección entre la práctica de masturbación como posible conducta preventiva para este grupo de patologías.

En muchas poblaciones, el auto estímulo erótico se entiende como “normal” en el contexto de las prácticas sexuales(6) sin embargo, observaciones en la práctica ginecológica sugieren que 4 de cada 5 pacientes en la consulta por disfunción sexual no practica la masturbación como parte de sus alternativas de satisfacción sexual, aún cuando es la principal herramienta de manejo para disfunciones como la anorgasmia y un apoyo en el enfoque terapéutico del vaginismo y el trastorno de falta excitación(10).

Esta investigación pretende identificar si hay asociación de protección entre la práctica periódica de masturbación y el desarrollo de disfunciones sexuales, así como entender el contexto en el cual se

desarrolla la práctica de masturbación en las mujeres del estudio, comprender las razones por las cuales no se practica y entender el papel que dicha práctica tiene en el contexto de la disfunción sexual para, con esta información generar teorías respecto a la naturaleza de esta asociación.

## **2.2 Justificación**

Es necesario para la sociedad avanzar en la comprensión de la importancia de la sexualidad como parte fundamental de una vida sana(1, 11), en este sentido la nueva información sobre temas sensibles para la mujer, la comprensión de los eventos fisiológicos de la vida sexual, su descripción en términos de consecuencias en el desarrollo de una sexualidad femenina sana, justifican poner interés y rigor científico en aclarar muchas dudas inmersas en el tema(12). Por tratarse de un tema culturalmente sensible los hallazgos de este trabajo permitirán renovar también una discusión desde lo académico y paralelamente abordar el tema desde lo social y cultural. En lo cualitativo el aporte de una discusión, que parte de los datos para manejar temas sensibles, abre la puerta a confrontar paradigmas, a pensar en la sexualidad como un proceso fisiológico y a pensar en el auto estímulo sexual como algo normal, pero no solo desde lo aceptado socialmente, sino siendo fisiológico, ¿por qué no pensar que sea útil y tal vez necesario para el desarrollo de una sexualidad sana?(13, 14), ¿Por qué no pensar que la mujer que conoce sus respuestas físicas y el potencial de su cuerpo en el ámbito sexual, puede afrontar mejor las situaciones que le planteen la vida y potencialmente puede prevenir secuelas en su vida sexual?

La posible asociación como factor protector de la masturbación para la prevención de disfunciones sexuales puede abrir un camino de prevención primaria basada en la educación de niñas y adolescentes(10). Permitiría un nuevo enfoque del autoconocimiento del cuerpo y una concepción renovada de normalidad de las respuestas físicas, conductas y actitudes sexuales.

En cuanto a las consideraciones éticas, el abordaje de la población a estudiar plantea un reto por la particularidad de los temas a preguntar, por esta razón el planteamiento del proyecto, desde su elaboración inicial(9, 15), reconoce las posibles repercusiones en lo personal, social y cultural de cada una de las participantes, así como los planes de contingencia necesarios para afrontar las consecuencias de las preguntas del estudio.

**2.3 Pregunta de investigación:**

¿Cuál es la asociación entre disfunciones sexuales y masturbación en mujeres mayores de 18 años que asisten a consulta ginecológica con especialistas de la Fundación Santa Fé de Bogotá en los años 2017 y 2018?

### **3 Marco conceptual:**

Dado lo sensible de los temas abordados se hace necesario abordar el tema desde lo conceptual con las siguientes claridades: En el presente estudio, no se plantean discusiones que involucren conceptos como género, preferencias sexuales o conductas sexuales, no se hará juicio alguno sobre una tendencia, preferencia o conducta sexual. Se entiende profundamente y se reconoce que las prácticas sexuales se pueden dar en contextos tan amplios como permita la individualidad humana, se respeta la posición de cada línea de pensamiento y, de ninguna manera se pretende algún tipo de exclusión en el aspecto humano, a pensamientos alternos al punto de vista clásico de la sexualidad hombre – mujer; sin embargo, dada la importancia de proteger la calidad de los datos, homogenizar la población en aras del cuidado del aspecto cuantitativo del estudio, y considerando que se estudian variables (dispareunia / vaginismo) relacionadas directamente y en su mayoría con la penetración pene – vagina, el marco conceptual y la selección de la muestra de pacientes tenderá siempre a hablar de personas de sexo femenino que practiquen predominantemente relaciones sexuales heterosexuales con coito vaginal.

Se toman las definiciones de disfunción sexual presentes en el DSM-5, manual de la sociedad americana de Psiquiatría y referente mundial en los conceptos relacionados con salud mental(16).

Con esta introducción a continuación se hace un listado de los principales conceptos relacionados con el tema de estudio, que se abordan desde lo académico para unificar conceptos y dar claridad a la interpretación de los siguientes apartados de este documento.

#### **3.1 Sexo:**

Según la OMS, se trata de las “características biológicas que definen a los humanos como hombre y mujer”, dichas características no son mutuamente excluyentes dado que hay personas que poseen ambas(17).

#### **3.2 Sexualidad**

Es un aspecto central de la vida humana que involucra múltiples conceptos como el sexo, el género, roles e identidades, orientación sexual, erotismo, placer y reproducción. La sexualidad se vive a través de las creencias, pensamientos, fantasías, deseos, actitudes, valores, prácticas, roles y relaciones. Aunque la sexualidad se expresa a través de todas estas dimensiones, no siempre todas

se expresan o se viven. La sexualidad está influenciada por la interacción biológica, psicosocial, económica, política, cultural, legal, histórica, religiosa y espiritual(17).

### **3.3 Sexualidad sana o saludable:**

Según la Organización Mundial de la salud (OMS) la salud sexual se define como el “estado de bienestar emocional, mental y social en el ámbito de lo sexual y no solamente la ausencia de enfermedad o disfunción” (17). Aunque es claro que la ausencia de una disfunción, bajo la definición de este estudio no significa, en el contexto más integral, que una paciente es sexualmente sana, será la ausencia de disfunciones definidas por este documento el criterio para incluir a una paciente dentro del grupo comparación.

### **3.4 Derechos sexuales**

Para definir los derechos sexuales se parte de la definición de los derechos humanos, y estos aplicados a la sexualidad son la forma más escueta de definir los derechos sexuales. Los derechos sexuales protegen los derechos de todas las personas a cumplir y expresar su sexualidad, a disfrutar su salud sexual, respetando los derechos de los demás y en un marco de protección contra la discriminación. Esta definición al contrario de las definiciones previas no corresponde a una posición oficial de la OMS(17), por este motivo la referencia se debe usar con la debida cautela.

### **3.5 Satisfacción sexual**

Se trata de un desenlace integral de la sexualidad más allá de la capacidad de alcanzar el deseo, excitación y orgasmo, es cuando la mujer alcanza a través de la sexualidad un estado físico y emocional suficiente para cumplir las expectativas de desarrollo personal. La satisfacción sexual es un concepto subjetivo que no involucra necesariamente la actividad sexual, de tal forma que una mujer sin actividad sexual puede referir que su sexualidad es adecuada. Actualmente la falta de satisfacción sexual no se considera por consensos internacionales como una disfunción sexual(4).

### **3.6 Práctica de masturbación**

La masturbación es el estímulo de los órganos genitales u otras zonas erógenas para proporcionar placer sexual(6). Este término se utiliza habitualmente para el auto estímulo sexual, sin embargo, se utiliza también para el estímulo que se hace a otro individuo. Para efectos del presente estudio masturbación implica únicamente auto estímulo sexual femenino.

Dado que no se puede considerar de la misma forma a una paciente que practica habitualmente la masturbación con respecto a quien lo ha practicado, pero no es un hábito para ella, debemos aclarar que para efectos de este estudio se considera como paciente expuesta a la masturbación aquella que lo practica **al menos dos veces al año**, dicha frecuencia será estratificada mediante una variable ordinal. Las precisiones de dicha frecuencia se tendrán en cuenta y se analizarán de forma estratificada ya que el estudio busca una asociación causal y este parámetro será un sustrato para el criterio de “dosis-respuesta” de Bradford Hill buscando mayor asociación cuando hay mayor exposición a la masturbación. La relación de pareja sexualmente activa es uno de los determinantes más claros de la frecuencia de auto estímulo(6). La historia de una masturbación ocasional, que no hace parte de las alternativas individuales para satisfacción sexual no se considera, para efectos de este estudio, como una persona que practica la masturbación, pero hay que considerar que la frecuencia de masturbación en las mujeres puede variar tanto como quien lo hace ocasionalmente hasta quien lo hace a diario, y en ambos casos puede hacer parte de la vida y las prácticas sexuales de la persona. Lograr esta claridad para las entrevistadas es uno de los grandes retos en la formulación de las preguntas, la metodología a utilizar y el diseño de los instrumentos de esta investigación.

#### **4 Marco teórico:**

Se plantea una distribución del abordaje teórico de los temas relacionados con el estudio dividiéndolos según su papel que les corresponde en el tema de investigación. De esta forma se puede ubicar cada una de las variables en el lugar que le corresponde con respecto al desenlace “Disfunciones Sexuales”. Los primeros títulos se acercarán al concepto de disfunción sexual fisiológica y las tres condiciones que se consideran como desenlace en el presente trabajo: dispareunia, trastorno de la excitación y anorgasmia. Los siguientes títulos hablarán de los factores que en la literatura modifican el desenlace y su revisión teórica justificarán o descartarán la ubicación de cada uno de estos factores como variables del estudio. Finalmente se hablará de la masturbación como variable independiente abordándola desde una óptica académica, inicialmente para describir las asociaciones encontradas en la literatura, su papel en la prevención y la terapéutica de las disfunciones sexuales.

##### **4.1 Disfunciones**

El DSM 5 clasifica las disfunciones sexuales femeninas en desordenes del deseo y de la excitación, trastorno del orgasmo y trastornos por dolor(16). De estas condiciones es más frecuente que las mujeres en edad fértil consulten al ginecólogo por las dos últimas sin embargo, para efectos de la denominación del desenlace, el presente estudio incluirá los 3 grupos de pacientes(12). El enfoque clínico de estas pacientes muestra que, aunque se pretende separar los trastornos en dichas categorías, la mayoría de las pacientes muestra una combinación de los síntomas, es usual la presentación de cuadros complejos que involucran los 4 componentes incluso en una sola paciente. La explicación de este patrón clínico se fundamenta en que los momentos fisiológicos de la respuesta sexual humana están íntimamente ligados entre sí, de tal suerte que una alteración en un eslabón de la cadena de respuestas fisiológicas puede causar alteraciones en los eslabones siguientes, predisponer a la paciente para su siguiente experiencia y empeorar con el tiempo. El dolor suele ser una consecuencia de alteraciones en las otras áreas de la respuesta sexual. Son pocos los casos en que el dolor es un síntoma aislado. Este patrón se ha descrito como el modelo circular de respuesta sexual (12).

#### 4.1.1 Desorden por hipo actividad sexual y trastorno de la excitación

Se define según el DSM 5 como la falta o deficiencia recurrente o persistente de deseo sexual o fantasías sexuales(12). No se define como una patología clínica si no es causa de alteraciones individuales o de pareja, es decir que hay pacientes que tienen bajo deseo sexual, baja frecuencia de experiencias sexuales y esto no significa una dificultad en su vida personal o sus relaciones interpersonales. La definición de bajo deseo depende de las expectativas personales respecto al tema. En esta misma línea, una mujer puede referir preocupación en lo personal o dificultades en su relación de pareja porque hay falta en el deseo o hipo actividad que la han llevado a una experiencia sexual por semana mientras otra se preocupa cuando la frecuencia de encuentros sexuales es cada 3 meses. El desorden de la excitación y el deseo se unieron en un solo trastorno según la última versión de DSM.

Trastorno en la excitación es la incapacidad para alcanzar o mantener, una adecuada lubricación vaginal de excitación sexual, hasta conseguir una actividad sexual(18), que causa malestar o dificultades interpersonales. Esta definición ha sido ampliamente criticada ya que se basa casi exclusivamente en la respuesta genital, dejando por fuera el aspecto subjetivo de la excitación. La mayoría de los estudios han encontrado que pacientes con diagnóstico de trastorno de la excitación muestran cambios genitales similares a los controles sanos, una razón más para criticar la definición inicialmente mencionada.

Se han descrito 4 tipos de trastorno de la excitación(18):

- Trastorno subjetivo de la excitación: en el cual la sensación de excitación es mínima o ausente independiente del tipo de estímulo aplicado, en este caso los cambios genitales si están presentes.
- Trastorno genital de la excitación: mínima o ninguna lubricación con los estímulos sexuales, si puede haber excitación subjetiva con estímulos no genitales.
- Trastorno combinado de la excitación: es una combinación de los dos anteriores, tanto la falla subjetiva como la objetiva están presentes
- Trastorno por excitación sexual persistente: Es sensación de excitación genital inesperada, espontánea e indeseada en ausencia de interés sexual o deseo, típicamente molesto para la paciente y el síntoma no mejora a pesar de múltiples orgasmos, puede durar horas o días.

#### 4.1.2 Dispareunia

Se define médicamente como el dolor con la penetración vaginal que causa malestar y dificultades personales o interpersonales a la paciente.

Hay múltiples causas de etiología primordialmente biológica de vulvodinia con el coito: desde cicatrices vulvares, vulvitis aguda o crónica, infecciones de transmisión sexual, entre otras. La causa no inflamatoria más frecuente vista en consulta es la dispareunia por falta de lubricación y vaginismo sobre las cuales nos detendremos un poco más.

El vaginismo hace parte del síndrome doloroso vaginal y se refiere a una contracción involuntaria de los músculos vaginales que dificultan o impiden el coito o la penetración de los dedos y otro objeto a pesar del deseo de la mujer de hacerlo. Está íntimamente ligado con la dispareunia y hace parte de la fisiopatología de los trastornos por dolor durante la relación sexual(19).

El vaginismo involucra factores físicos y psicológicos múltiples en un modelo explicativo llamado modelo circular cognitivo del comportamiento(12). Básicamente ilustra como una experiencia dolorosa, inadecuada o un antecedente médico (un parto o cirugía pélvica) puede llevar a una mujer a tener una primera relación sexual dolorosa, posteriormente el miedo al dolor, la ansiedad, llevan a falta de lubricación, aumento de la fricción mecánica y esfuerzo para la penetración por contracción de los músculos pélvicos. Esta nueva experiencia se convertirá en un antecedente que empeorará el siguiente intento de sostener una relación sexual(12).

Hay dos tipos de vaginismo descritos: el superior que depende del musculo pubovaginal y el inferior que depende del musculo bulbocavernoso(19).

Glasser y sus colegas introdujeron la terapia biofeedback que se trata de un entrenamiento para manejar la tensión muscular pélvica que, junto con terapia conductual, son la base del tratamiento de la dispareunia por vaginismo.(12, 20)

El tratamiento descrito más usado para el vaginismo es la desensibilización, relajación y penetración progresiva con dilatadores para lograr una relajación progresiva hasta conseguir una penetración adecuada(12, 20).

#### 4.1.3 Anorgasmia

El consenso de expertos del año 2004 que reunió a más de 200 expertos de 60 países definió orgasmo como un pico de sensación placentera, sexualmente inducida, variable, que se acompaña además una alteración temporal del estado de conciencia y contracciones rítmicas involuntarias de la musculatura pélvica estriada, usualmente asociada a miotonía y contracciones uterinas y anales que resuelven al menos parcialmente los cambios por excitación sexual(15).

Se define anorgasmia por el DSM V como la demora o ausencia de orgasmo, persistente o recurrente a pesar de una fase adecuada de excitación que causa dificultades personales o interpersonales a la paciente(12). En esta clasificación no entrarían las mujeres que alcanzan el orgasmo con estímulos específicos pero que no lo hacen con otros como la penetración(12). Otros autores añaden conceptos como la dificultad para el mismo y el estímulo suficiente dentro de la definición. Este último sujeto a gran debate por la dificultad para definir estímulo suficiente(7).

La prevalencia reportada es de 7 a 24% de las mujeres(12). Se ubica como la segunda disfunción sexual más frecuente. Se divide en primaria o adquirida, si la mujer nunca ha tenido un orgasmo Vs. quien los tenía y posteriormente dejó de tenerlos, o en generalizada y situacional.

Los factores asociados a anorgasmia son el bajo nivel educativo, comorbilidades como lesiones nerviosas, esclerosis múltiple, lesiones de la médula espinal(12). El uso de Hashihs (alucinógeno que se obtiene del cáñamo índico) se ha asociado a anorgasmia en mujeres sexualmente activas en Dinamarca(21).

La masturbación directa como un proceso complejo de instrucciones y ayudas se ha convertido en la piedra angular del tratamiento de la anorgasmia(12, 22).

Es tratamiento de la anorgasmia se basa en el autoestímulo. Hay grupos de trabajo como el de la Dra Betty Dudson quien de manera individual, o en terapia grupal, ha manejado dicha aproximación con porcentajes de éxito de hasta el 90% para anorgasmia(23).

Algunos autores sostienen que todas las mujeres pueden tener un orgasmo con el estímulo adecuado del clítoris y que el orgasmo vaginal corresponde solo a un estímulo indirecto de las áreas inferiores del clítoris(19). Esta es una discusión que se abordará con un enfoque cualitativo en este estudio.

#### 4.2 Masturbación

Del latín (*manus stuprare*) o *estupro con las manos*, o su sinónimo *onanismo* el cual proviene de un personaje bíblico llamado *Onan* quien, después de la muerte de su hermano, se le ordenó copular con la viuda. Para no embarazarla *Onan* eyaculó por fuera de la vagina de la mujer y fue castigado por “la pérdida del simiente y la desobediencia de la ley de *Lebirato*”. En ambos casos la palabra misma tiene connotaciones negativas(6).

Es todo acto de autoerotismo tendiente a producir o incrementar la satisfacción sexual. La auto estimulación genital es un acto generalizado en los mamíferos y en ser humano particularmente está asociado a la fantasía.

Se asocia a sentimientos de vergüenza y de culpa por el contexto negativo asignado al acto, además de múltiples antecedentes históricos en los que ha sido condenada por clérigos, médicos, psiquiatras y comunidades a través de la historia. En 1758 un médico suizo (*Tissot*) afirmó que la masturbación era la más mortífera y siniestra práctica sexual. Afirmó también que la pérdida de una onza de semen por masturbación era tan debilitante como la pérdida de 40 onzas de sangre(6).

Hoy se reconoce a la masturbación como un componente importante de la sexualidad, sin embargo parece claro que es insuficiente para la satisfacción sexual en la mayoría de mujeres y para una completa sexualidad sana(4). un estudio en población alemana mostró que la mayoría de las mujeres necesita el coito como un elemento importante de la satisfacción sexual(4), aun cuando la frecuencia de orgasmos es menor con coito que con masturbación. Además, la frecuencia de masturbación disminuye proporcionalmente al aumento de la frecuencia de coitos de tal forma que las mujeres con pareja estable tienen menos frecuencia de masturbación.

El clítoris es un órgano complejo ubicado en los genitales externos femeninos y contiene la mayor cantidad de receptores asociados al placer y al orgasmo femenino, de hecho, hay autores que postulan como el único órgano responsable del orgasmo y el placer en la mujer. Punto bastaste debatido sobre el cual se va a profundizar(24). El clítoris es el principal órgano involucrado en la práctica de masturbación y es el principal órgano sensorial de placer genital en la mujer.

La masturbación directa como proceso terapéutico descrito en 1974, se utiliza aún en el tratamiento de problemas como anorgasmia y trastorno de la excitación con tasas de efectividad de hasta el 90%(12, 22). Se trata de un proceso individual o de pareja en el cual mediante múltiples mecanismos se induce a las pacientes a encontrar placer con el auto estímulo genital para, progresivamente balancear su respuesta sexual y superar las disfunciones. El porcentaje de éxito de la masturbación como herramienta terapéutica en disfunción sexual es de hasta el 90%(23).

### **4.3 Factores Asociados a disfunción sexual**

Los criterios diagnósticos de disfunción sexual implican que la paciente no tenga una causa médica, psicológica, de pareja o social que explique los síntomas de la paciente, por esta razón hablaremos a continuación de cada uno de estos factores asociados a disfunción y la asociación descrita con dicho desenlace(16). Por las razones mencionadas, la presencia de la mayoría de estos factores será un criterio de exclusión del estudio dado que no permiten hacer el diagnóstico de disfunción según DSM-5 y se convierten en un factor de confusión por estar relacionados directamente con el desenlace.

Un estudio de hábitos de vida no saludables en población Danesa encontró asociación entre bajo peso y obesidad con disfunción sexual en población masculina, no así en mujeres en quienes no hubo dicha asociación(21).

#### **4.3.1 Vergüenza y culpa**

Diversos factores psicológicos se han asociado a la disminución de la capacidad de llevar una sexualidad sana, entre ellos los sentimientos de vergüenza y culpa relacionados con diversas creencias de orden familiar, cultural y religioso(15). En Colombia la cultura de lo sexual ha estigmatizado por décadas la masturbación como un acto reprochable e indeseable, ideas que nacen desde el origen mismo de la palabra el cual indica implicaciones negativas. Con la revolución sexual en los años 60 este paradigma se ha modificado sustancialmente, sin embargo, aún los sentimientos de culpa y vergüenza acompañan a la práctica de masturbación para muchas personas, en muchos casos la impiden. Estos dos sentimientos no apuntan directamente al desenlace disfunción sexual sino como un factor relacionado con el nuestro factor de exposición y serán abordados desde las entrevistas del componente cualitativo.

#### **4.3.2 Abuso sexual**

La historia de abuso sexual se asocia a registros más altos de anorgasmia que sus controles sin dicha historia. La asociación nace de los sentimientos negativos que resultan en una paciente expuesta a abuso en algún momento de su vida. El rechazo a lo sexual, la asociación con un evento traumático, pueden llevar a estas pacientes a disfunciones orgánicas como el vaginismo e involucrar casos tan complejos en los que falle cada uno de los momentos fisiológicos de la experiencia sexual con las obvias dificultades individuales e interpersonales que trae este tipo de condiciones(15, 25). La búsqueda activa de antecedente de abuso sexual tiene implicaciones éticas, de responsabilidad legal, médica, social y ética que exceden el alcance del presente estudio. Además, la masturbación se plantea como un factor protector con el potencial de modificar la respuesta de las pacientes ante eventos traumáticos en su historia sexual. Por lo anterior esta variable se buscará solo como un antecedente registrado en la historia clínica pero no se preguntará por dichos eventos a las pacientes.

#### **4.3.3 Enfermedades de transmisión sexual**

Las enfermedades infecciosas afectan negativamente la percepción de las mujeres sobre su cuerpo, su autoestima y con frecuencia tienen repercusiones en su salud sexual y sus relaciones de pareja. Esta asociación no se da simplemente por la presencia o no de lesiones genitales, sino por las consecuencias psicológicas que estos antecedentes crean.(26, 27)

#### **4.3.4 Menopausia**

La menopausia es uno de los factores que más claramente afecta el desarrollo sexual femenino(24). Hay postulados dicen que a pesar de los efectos de la atrofia vaginal, la capacidad del clítoris como órgano principal de placer sexual en la mujer no se disminuye y por consiguiente la capacidad femenina de llegar al orgasmo después de la menopausia, a pesar de esto la literatura concuerda en el aumento de la proporción de disfunciones sexuales en la menopausia hasta en un 80%(9, 24). La menopausia se considera un factor de confusión dado que modifica el desenlace disfunción sexual y puede modificar la variable de exposición, por estas razones será contemplado como un factor a controlar en el estudio.

#### 4.3.5 Comorbilidades

Se han descrito múltiples condiciones médicas que se han asociado a mayor porcentaje de disfunciones sexuales. Las más frecuentes son:

- Problemas renales: las pacientes con problemas renales crónicos, hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal reportan fallo en excitación y anorgasmia hasta en 67%(15)
- Depresión: esta condición se asocia a disfunción sexual hasta en el 80% de los casos(15).
- Fibromialgia (15)
- Alteraciones del piso pélvico: en este grupo de pacientes se ha reportado en 53%, las patologías asociadas a disfunción son incontinencia urinaria, lesiones de nervios pélvicos(36).
- Medicamentos. El uso de algunos medicamentos psicotrópicos puede alterar la capacidad sexual de las pacientes, los grupos de medicamentos descritos son principalmente antidepresivos, antipsicóticos y estabilizadores del ánimo(15).

## 5 Objetivos

### 5.1 General:

Encontrar la asociación entre disfunciones sexuales y masturbación en mujeres mayores de 18 años que asisten a consulta ginecológica con especialistas de la fundación Santa Fe de Bogotá en los años 2017 y 2018

Entender la percepción sobre masturbación de las mujeres con disfunción sexual mayores de 18 años en pacientes que asisten a consulta ginecológica con especialistas de la Fundación Santa Fé en los años 2017 y 2018

### 5.2 Específicos

- Caracterizar la población de estudio
- Estimar la incidencia de disfunciones sexuales en la población
- Estimar la prevalencia de masturbación en la población a estudio
- Analizar la asociación entre la exposición a masturbación y cada uno de los factores asociados con el desenlace disfunción sexual.
- Recolectar las vivencias de algunas de estas pacientes e interpretarlas desde el punto de vista cualitativo para integrar con los datos del aspecto cuantitativo y entender así los factores relacionados con esta asociación.
- Analizar desde un enfoque EPIC las vivencias recolectadas en pacientes de disfunción sexual para, con estos datos construir hipótesis que permitan transferibilidad de esta información a otras poblaciones.

## 6 Metodología

### 6.1 Enfoque metodológico – tipo de estudio:

Estudio de tipo multi método: tendrá un enfoque cuantitativo mediante un análisis de cohortes y un aspecto cualitativo inherente a la naturaleza del tema de investigación.

En cuanto a la temporalidad del estudio el enfoque cualitativo y el cuantitativo se llevarán de forma paralela.

#### 6.1.1 Enfoque cuantitativo:

Se trata de un diseño de cohortes retrospectivo en donde los instrumentos de recolección de información harán un gran énfasis en garantizar la temporalidad entre la causa y el efecto.

Cohorte de expuestos: mujeres que practiquen la masturbación más de una vez al año como una alternativa de satisfacción sexual en su vida.

Cohorte de no expuestos: mujeres que no practiquen la masturbación como una alternativa de satisfacción sexual.

Se hizo un análisis de riesgo relativo entre las dos cohortes con respecto al factor principal de exposición con su respectivo intervalo de confianza.

Se buscó el riesgo relativo e intervalos de confianza entre los otros factores asociados y la variable dependiente.

Se hizo un análisis multivariado con todos los factores relacionados.

#### 6.1.2 Enfoque cualitativo:

Se dio un enfoque interpretativo – explicativo para identificar cómo interactúan las causas de disfunción con este desenlace desde una perspectiva multicausal.

Se parte del precepto que el solo hecho de preguntar a las pacientes los temas en cuestión es una intervención susceptible de reacciones e incluso complicaciones.

Se utilizó la metodología de **teoría fundamentada** para procesar los datos obtenidos de las entrevistas los pasos a seguir en dicho análisis son:

- Realización de las entrevistas
- Transcripción de las entrevistas
- Codificación de los datos emergentes por dos investigadores paralelos y posterior unificación de los códigos.
- Validación de la interpretación de los códigos con las pacientes fuente de la información
- Identificación de categorías y subcategorías de los códigos entre las diferentes pacientes entrevistadas
- Se buscaron patrones de convergencia y divergencia de los códigos para el análisis de las categorías por dimensiones.
- Se hizo una teoría de la asociación descrita que utilizará los datos obtenidos en la metodología cualitativa y el aspecto cuantitativo del estudio

## **6.2 Población.**

Las poblaciones para la muestra del componente cuantitativo y cualitativo fueron las mismas, de tal forma que una paciente pudo quedar incluida dentro de los dos análisis.

### **6.2.1 Población o universo:**

Mujeres residentes en Bogotá mayores de 18 años de edad

### **6.2.2 Población blanco**

Mujeres mayores de 18 años de edad que consultan a ginecología y que pueden acceder a especialistas de la Fundación Santa Fé de Bogotá.

### **6.2.3 Población elegible**

Pacientes mayores de 18 años de edad que consultan a ginecólogos de la sede central de Bogotá, en el centro de atención de Madrid (Cundinamarca) de la Fundación Santa Fe de Bogotá y en consultorios de ginecólogos vinculados con el estudio.

### **6.2.4 Población de estudio**

Pacientes mayores de 18 de edad que consultan a ginecólogos en la sede central de la fundación Santa fe Bogotá, el centro de atención de Madrid (Cundinamarca) de la Fundación Santa Fé de Bogotá y en consultorios de ginecólogos vinculados con el estudio que cumplen con los criterios de

inclusión, aceptan responder la encuesta y firman el consentimiento informado. Esto aplicó tanto para el componente cualitativo como para el cuantitativo.

### **6.3 Criterios de inclusión**

Mujeres mayores de 18 años de la consulta ginecológica de la Fundación Santa Fé de Bogotá en su sede central, el centro ambulatorio de Madrid (Cundinamarca), y los consultorios de los ginecólogos vinculados con el estudio, sexualmente activas (entendido como la presencia de relaciones sexuales heterosexuales en las últimas 4 semanas) con relaciones heterosexuales. Sobre la forma de abordar estos criterios de inclusión son pertinentes las siguientes claridades:

El factor “vida sexual activa” es importante dado que la variable de disfunción sexual medida por la escala MGH-SFQ que utilizamos en el estudio, se refiere a síntomas en las últimas 4 semanas. Este factor no se incluyó como una variable a preguntar mediante instrumentos, sino que fue preguntada por el ginecólogo que realizó la consulta ginecológica cuando invitó a participar a la paciente. “vida sexual activa” se considera como un aspecto de relevancia clínica indagado de forma rutinaria en la consulta ginecológica, es parte de la naturaleza de la consulta.

El factor “heterosexualidad”, de la misma forma que el factor anterior, es un aspecto que se indagó dentro de la consulta ginecológica de forma rutinaria e hizo parte de la naturaleza de la consulta. Preguntar sobre este aspecto, fue función del ginecólogo que invitó a participar a la paciente al corroborar que cumple con los criterios de inclusión. La heterosexualidad es importante porque La variable dispareunia (dolor con la penetración) es un posible síntoma de disfunción sexual que se recolectó con el instrumento clínico, dado que las pacientes con relaciones sexuales exclusivas mujer – mujer no están expuestas a la penetración vaginal, alteran directamente la variable dependiente y no fueron incluidas en el estudio como un mecanismo de control de sesgos.

### **6.4 Criterios de exclusión**

- Pacientes con lesiones medulares o nerviosas con secuelas que involucren la sensibilidad o motricidad del área pélvica: según el DSM-5 este grupo de pacientes tiene una causa evidente del síntoma sexual y no entra en el diagnóstico de disfunción.
- Pacientes analfabetas: dada la necesidad de aplicar una encuesta cegada a los investigadores que incluye temas sensibles, es indispensable que la paciente tenga capacidad de lecto escritura.

- Pacientes que requieran de un tercero para su comunicación: para garantizar la privacidad de las preguntas sobre temas sensibles.
- Pacientes con déficit cognitivo que haga que la información no sea confiable.
- Embarazo

## 6.5 Diseño muestral – tamaño de muestra:

### 6.5.1 Enfoque cuantitativo

Tamaño de muestra componente cuantitativo: Dado que la prevalencia tanto de masturbación como de disfunción sexual tiene diferencias marcadas entre poblaciones, se planteó para el cálculo de muestra el escenario más desfavorable y por consiguiente la muestra probable más grande, con la posibilidad de realizar análisis preliminares y cambiar la decisión si se encuentran resultados previos significativos

520 pacientes

260 pacientes en cada cohorte

Calculada mediante Epidat 4,1

- Estimadores del tamaño de muestra componente cuantitativo
  - Intervalo de confianza de los datos a una cola: 95%
  - Potencia: 80%
  - Razón de expuestos y no expuestos: 1/1
  - Proporción hipotética del desenlace en pacientes con exposición 20%. Estimación baja hecha con base en los porcentajes más bajos de disfunción reportados en la literatura (6) (28).
  - Proporción hipotética del desenlace en paciente sin la exposición 40%. La estimación es baja dado que la observación inicial en consulta de ginecología sugiere un 20% de masturbación en pacientes con disfunción sexual, el estimador se hizo de forma conservadora aumentando el tamaño de muestra para mejorar las posibilidades de obtener datos representativos.
- Selección de la muestra componente cuantitativo

La muestra se tomará de forma sistemática aleatoria la forma de cálculo del intervalo será hallando una constante

$K$ = número de consultas de ginecología en un periodo/tamaño de la muestra. El número de inicio que definirá las pacientes que entren en el intervalo se calculará de con Excel 2016.

### 6.5.2 Enfoque Cualitativo

- Tamaño de muestra para enfoque cualitativo

**El tamaño de muestra se determinará por saturación:** se iniciará recolección de entrevistas en pacientes seleccionadas **por conveniencia** siendo pacientes que sufran de disfunción y que sean informantes claras y dispuestas a compartir información de este tipo de forma clara, amplia y suficiente.

Las entrevistas se procesarán en forma de códigos y se aumentará el número de entrevistas hasta que no aparezcan nuevos códigos en los diálogos o su aparición sea mínima.

## 6.6 Descripción de las variables del componente cuantitativo

### 6.6.1 Socio demográficas:

Incluyen las variables de edad, estrato económico, nivel educativo y estado civil.

### 6.6.2 Variables dependientes

En este rango se agrupa en la variable disfunción sexual la cual será el resultado de investigar cada uno de los desenlaces que configuran la disfunción según la escala MGH-SFS, es decir falla en el deseo, excitación, orgasmo y satisfacción sexual

### 6.6.3 Variables independientes

Masturbación como el factor de exposición, edad, índice de masa corporal, estado civil, nivel educativo, enfermedad mental, enfermedades crónicas, enfermedades de transmisión sexual, incontinencia urinaria, vulvovaginitis, consumo de medicamentos o drogas psicoactivas, menopausia, uso de anticonceptivos y partos o cesáreas en los últimos 6 meses.

#### 6.6.4 Variables de confusión

Las prácticas sexuales se indagarán para identificar las pacientes que no practican coito ya que esta práctica está ligada directamente con la variable de desenlace dispareunia y podría sesgar los resultados, las pacientes sin práctica heterosexual no serán incluidas en el análisis de los datos por ser pacientes no expuestas a un determinante de uno de los desenlaces y es muy difícil establecer la variable dispareunia.

#### 6.6.5 Variables de interacción:

Las pacientes en menopausia son el grupo en mayor riesgo de disfunción sexual por los cambios fisiológicos vaginales secundarios al hipoestrogenismo fisiológico desde el climaterio. Dado que el poder del climaterio de modificar el desenlace es grande (80%), analizarán los resultados considerando esta como una variable adicional en el análisis bivariado y multivariado.

Tabla 1 Tabla de variables

Nombre	Clasificación por relación en el estudio	definición	Clasificación por la naturaleza	Unidad de medida en el estudio
<b>Disfunción sexual</b>	Dependiente	Puntuación positiva en la escala de disfunción sexual o paciente con dispareunia en el instrumento clínico que diligencia el ginecólogo	Cualitativa Nominal Dicotómica con posibilidad de categorizar según la puntuación en la escala	No = 0 Si = 1
<b>Antigüedad de la disfunción</b>	Independiente	Años de evolución de los síntomas de disfunción sexual para las pacientes que presentan síntomas	Cuantitativa	Número de años
<b>Masturbación</b>	Independiente	Practica masturbación	Cualitativa Nominal de dicotómica	No = 0 Si = 1
<b>Frecuencia de masturbación</b>	Independiente	Define con que frecuencia la paciente practica la masturbación	Cualitativa ordinal	Una vez a la semana o mas Entre 1 y 3 veces al mes Entre 2 y 6 veces al año Una vez al año o menos
<b>Antigüedad de la práctica de masturbación</b>	Independiente	Años desde que la paciente inició la práctica de masturbación	Cuantitativa	Años de la práctica calculado matemáticamente a partir de la edad de inicio de la misma
<b>Antecedencia de factor de exposición</b>	Independiente	Diferencia en años entre masturbación y disfunción Disfunción – Masturbación Los valores negativos son criterio de exclusión del estudio	Cuantitativa	Número de años

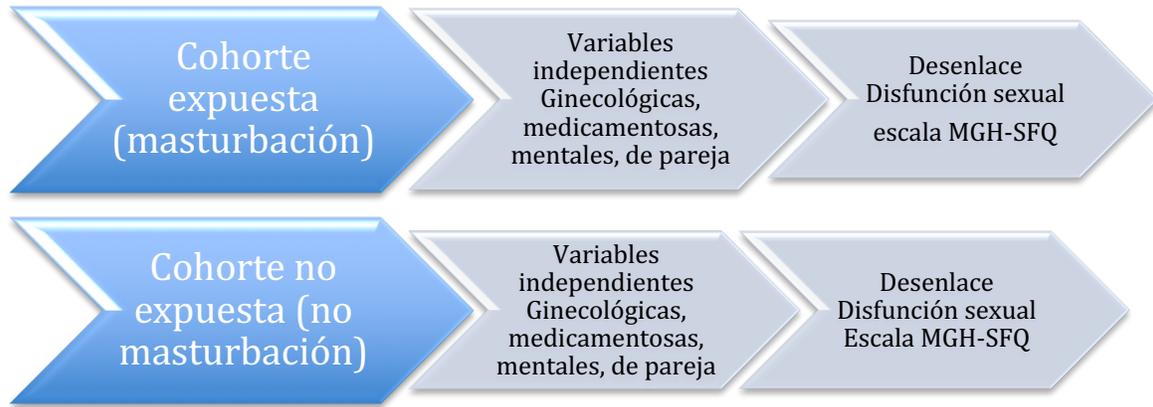
Nombre	Clasificación por relación en el estudio	definición	Clasificación por la naturaleza	Unidad de medida en el estudio
<b>Fecha de nacimiento</b>	Independiente	Fecha de nacimiento	Cuantitativa	Fecha en día, mes, año
<b>Edad</b>	Independiente	Edad en años	Cuantitativa Discreta	Se obtendrá a partir de la fecha de nacimiento
<b>Peso</b>	Independiente	Peso de la paciente en kilogramos	Cuantitativa Continua	Número de kilogramos
<b>Talla</b>	Independiente	Talla de la paciente en metros	Cuantitativa Continua	Valor de la talla en metros con validación del número por rango entre 1,3 y 1,9
<b>Índice de masa corporal</b>	Independiente	Se calculará basado en el peso y la talla del paciente	Cuantitativa continua	Valor del índice en kg/m <sup>2</sup>
<b>Nivel educativo</b>	Independiente	Nivele educativo de la paciente	Cualitativa Ordinal	0 – Analfabeta Primaria Secundaria Tecnólogo Profesional Especialización o mayor
<b>Estrato socio económico</b>	Independiente	Estrato de los servicios públicos de la vivienda	Cualitativa Ordinal	Estrato 1 Estrato 2 Estrato 3 Estrato 4 Estrato 5 Estrato 6
<b>Estado Civil</b>	Independiente	Evalúa su estado conyugal	Cualitativa nominal	Soltera Casada Unión libre Viuda Separada
<b>Dispareunia</b>	Dependiente	Evalúa si la paciente tiene dolor con la penetración vaginal	Cualitativa nominal dicotómica	No Si
<b>Comorbilidades</b>	Independiente	Describe la presencia de comorbilidades de importancia en el desenlace	Cualitativa Nominal Dicotómica que agrupa la información de las comorbilidades por separado	1 -No: No refiere ninguna de las comorbilidades asociadas a disfunción sexual. 2 – Si Refiere alguna de las comorbilidades asociadas a disfunción sexual
<b>Obesidad</b>	Independiente	Índice de masa corporal mayor a 30	Cualitativa Nominal	1 – No 2 – Si
<b>Enfermedades de transmisión sexual</b>	Independiente	Presencia o no en la historia clínica por antecedentes o revisión por sistemas de Infecciones de transmisión sexual	Cualitativa Nominal	1 – No 2 – Si Según historia clínica anamnesis y antecedentes
<b>Vaginitis</b>	Independiente	Presenta o no infecciones vulvo vaginales crónicas o recurrentes definidas como más de dos episodios consecutivos en un mes o más de dos episodios no consecutivos en 6 meses	Cualitativa nominal Dicotómica	1 – No 2 – Si Según historia clínica anamnesis y antecedentes

Nombre	Clasificación por relación en el estudio	definición	Clasificación por la naturaleza	Unidad de medida en el estudio
<b>Disfunción del piso pélvico</b>	Independiente	Tiene diagnóstico de incontinencia urinaria, fecal o prolapso genital	Cualitativa nominal Dicotómica	1 – No 2 – Si Según historia clínica anamnesis y antecedentes
<b>Lesiones medulares o nerviosas que involucren la pelvis</b>	Independiente	Tiene secuelas de lesiones nerviosas que involucren las funciones motoras o sensitivas de la pelvis	Cualitativa Nominal Dicotómica	1 – No 2 – Si Según historia clínica anamnesis y antecedentes
<b>Trastornos mentales</b>	Independiente	Tiene diagnóstico de depresión, trastorno de ansiedad, anorexia o trastorno por abuso de sustancias	Cualitativa Nominal Dicotómica	1 – No 2 – Si Por historia clínica en quienes ya tiene el diagnóstico registrado en su historia
<b>Medicamentos</b>	Independiente	Toma o no algún medicamento psicotrópico.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1 – No 2 – Si
<b>Abuso sexual o físico</b>	Independiente	Tiene historia de abuso sexual	Cualitativa Nominal Dicotómica	1 – No 2 – Si
<b>Climaterio</b>	Independiente	Se registrará el diagnóstico de menopausia según los datos clínicos	Cualitativa, nominal, dicotómica	1 – No 2 – Si Según historia clínica antecedentes y anamnesis

#### 6.6.6 Diagrama de variables.

A continuación, se grafica de forma agrupada la relación de cada una de las variables descritas en la literatura como factores que afectan el desenlace “disfunción sexual” con la práctica de masturbación como factor de exposición sobre una línea temporal que mostrará o no la asociación

Figura 1 Diagrama de variables: aplica para componente cuantitativo



## 6.7 Técnicas de recolección de la información e instrumentos

### 6.7.1 Aspecto Cuantitativo

- Proceso de recolección

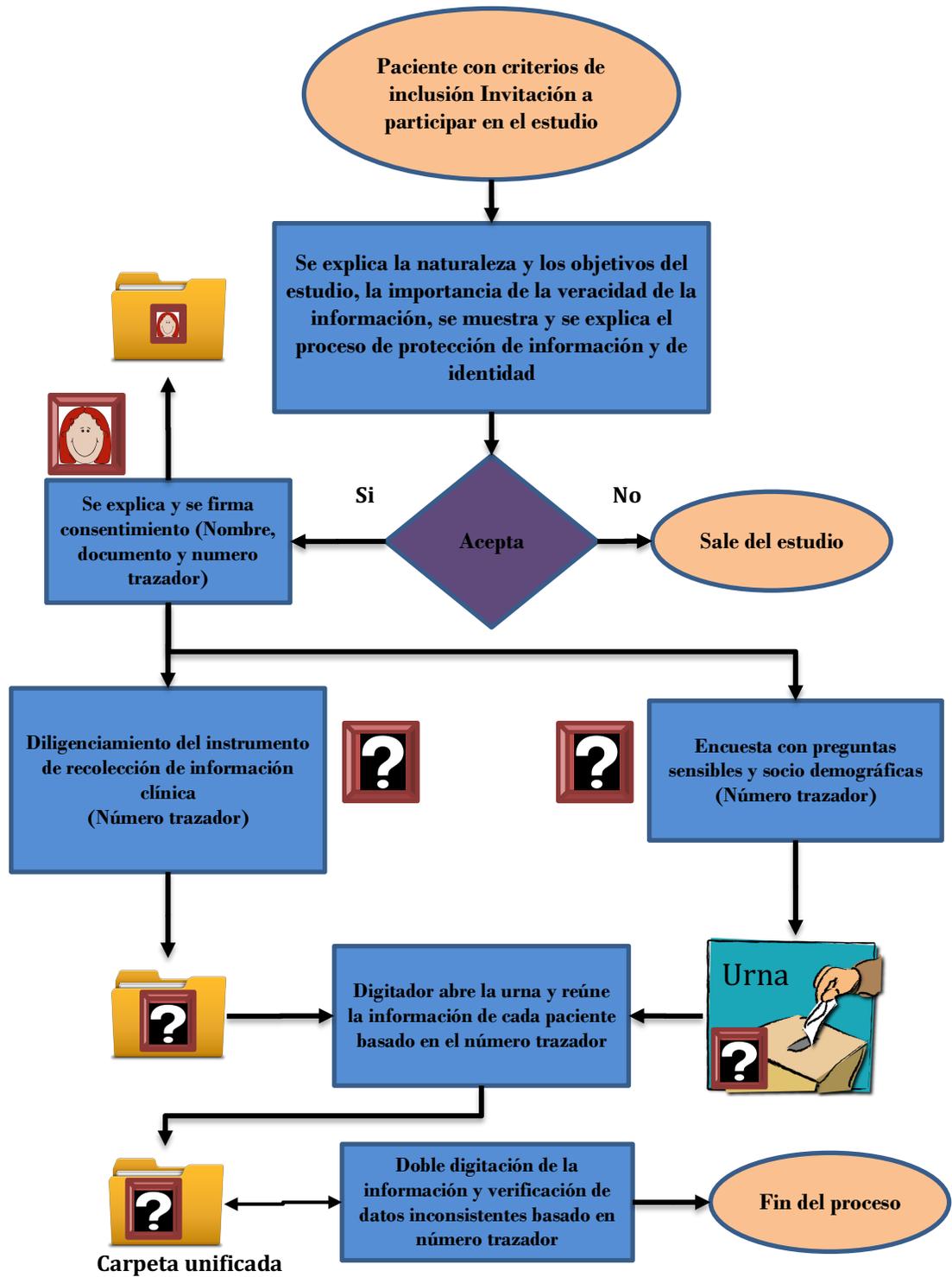
Se aplicó una técnica mixta para la recolección de los datos se aplicó una encuesta que contiene los datos sensibles basada en un instrumento validado para el diagnóstico de disfunción sexual y los temas más sensibles del trabajo, adicionalmente se obtuvieron datos clínicos de importancia que se obtendrán de la historia clínica de la paciente. Ambos instrumentos tuvieron validación de contenido con especialistas de salud mental y ginecología de la Fundación Santa Fe.

Se incluyen varios mecanismos que apuntan a la confiabilidad de la información más sensible del estudio como prácticas sexuales, antecedente de maltrato, etc. (figura 2)

- Primero se solicitó a la paciente la participación en el estudio con información expresa de los objetivos del estudio para dejar claro desde un comienzo que las preguntas a realizar serán con respecto a sexualidad. El ginecólogo tratante determinó los criterios de inclusión basado en la información clínica rutinaria de la consulta ginecológica, haciendo énfasis en vida sexual activa y heterosexualidad.

- Segundo: El consentimiento informado hizo énfasis en la importancia de la veracidad de la información suministrada e incluirá un compromiso de la paciente con el estudio con este propósito. Dicho consentimiento se realizó con el apoyo de bioeticistas del comité de ética institucional de la fundación Santa Fé.
- Tercero: La información más sensible se obtuvo a través de una encuesta en una hoja sin nombre, la cual no pasará por manos del entrevistador, sino que será depositada en una urna sellada. Ver anexo del proceso
- Cuarto: La información sensible se cegó al entrevistador y a los digitadores de la siguiente forma:
  - El paquete inicial de cada paciente que contiene consentimiento, encuesta y entrevista irá marcado con el nombre solo en la hoja del consentimiento informado.
  - Las hojas de **“datos clínicos”** y **“encuesta”** fueron identificadas con una **numeración simple** (1,2,3,4); la hoja de **“consentimiento informado”** estará marcada con un **número trazador aleatorio** de 4 cifras (encontrado por Excel). El documento que vincula los números aleatorios con la numeración simple fue entregado en custodia a un tercero no vinculado con el estudio (el médico investigador del departamento de Ginecología Obstetricia y Reproducción Humana de la Fundación Santa Fe). Esto hace que sea muy difícil rastrear el paciente de quien provinieron los datos originales, incluso para el investigador principal una vez separados los instrumentos del estudio.
  - Al finalizar la recolección de cada instrumento se archivó en carpetas separadas el consentimiento la encuesta y los datos clínicos obtenidos de la historia. La Encuesta con la información sensible permanecerá en la urna.
  - Se entregó al digitador únicamente la carpeta con los datos clínicos y la urna con encuestas.
  - El digitador abrió la urna y archivó la hoja de encuesta con la hoja de datos clínicos basado únicamente en el número trazador.
  - Se adelantó la digitación

Figura 2 Proceso de vinculación de las pacientes en el estudio



A los instrumentos preliminares se les aplicó una prueba piloto y se hicieron las correcciones del caso para solucionar los puntos críticos de la recolección que serán descritos en el control de sesgos.

○ Variable de desenlace (disfunción sexual):

Aunque el estándar de diagnóstico de las disfunciones sexuales son los criterios del DSM y estos son utilizados en la literatura, la entrevista estructurada propuesta por la sociedad americana de Psiquiatría no contiene un apartado de disfunciones sexuales. Por esta razón en el presente estudio se trabajó con escalas diferentes validadas en la literatura. Las escalas disponibles con su pro y contras son las siguientes:

- La escala ASEX (The Arizona Sexual Experience Scale) es una herramienta abierta para su uso en investigación(29), es de referencia frecuente sin embargo, no es una escala validada. La escala consta de 5 preguntas con las cuales las cuales dan un puntaje inicial.
- La escala del Massachusetts General Hospital-Sexual Functioning Questionnaire(30) para el diagnóstico de disfunción sexual fue validada en el año 2016 en español en población colombiana por el laboratorio de investigación de la Fundación Universitaria Konrad Lorenz, fue validada también en población española(31), su uso se encuentra abierto por los autores para estudios de investigación. Se trata de un breve cuestionario de 4 preguntas para mujeres con una escala de 0 a 5 en donde 0 es corresponde a una condición anormal y 5 a una condición normal, se considera paciente con disfunción a cualquier paciente que puntué entre 0 y 2 en cualquiera de las preguntas. Desventajas de la escala: por tratarse de una escala nueva no hay estudios aún que la referencien como su herramienta de diagnóstico de disfunción y no incluye una valoración de dolor coital el cual es un motivo frecuente de consulta en ginecología. El Dr Vallejo, autor también de la validación en población española, autorizó el uso de esta escala para nuestro estudio.
- La escala CSFQ-14(32, 33) es una herramienta de 14 preguntas validada en España y con permiso expreso del autor para su uso. Tiene la desventaja de no estar validada en Colombia y de ser una escala originalmente pensada para pacientes con desórdenes mentales severos, además de esto no contiene evaluación del dolor durante la relación sexual.
- Índice de función sexual IFSF (34) femenina es una escala ampliamente usada en estudios clínicos (35-37) y validada en español en Chile(38) que consta de 19 preguntas en 6 dimensiones que incluyen la valoración de dolor durante la relación sexual. Tiene la

desventaja de ser una escala que limita los síntomas a las últimas 4 semanas por lo que dejaría por fuera a pacientes que sean sexualmente activas pero que no tengan vida sexual en el último mes.

El instrumento seleccionado finalmente para el diagnóstico de disfunción sexual en el presente estudio es la escala del Massachusetts General Hospital-Sexual Functioning Questionnaire MGH-SFQ.

○ Variable de exposición (masturbación)

La variable masturbación, tal como se requiere en el presente estudio, es decir que nos diga si dicha práctica hace parte de las herramientas de satisfacción sexual de las pacientes, no se encontró en la literatura dentro de una escala validada luego de una búsqueda específica en español y en inglés. La otra variable directamente relacionada con esta, la referida al tiempo de inicio de la práctica de masturbación o la edad de inicio, tampoco se encuentra en la literatura en escalas validadas.

Las preguntas relacionadas con masturbación fueron sometidas a un consenso de expertos en el cual participaron dos psiquiatras y dos ginecólogos de la Fundación Santa Fe, en esta reunión se discutieron los aspectos relevantes y sensibles de la encuesta y se hicieron los ajustes pertinentes a las preguntas. (anexo)

Las preguntas sensibles fueron evaluadas también por la Dra. Diana María Agudelo Vélez, directora del departamento de psicología de la Universidad de los Andes. Los ajustes sugeridos por la Dra. Agudelo se socializaron y se sometieron al consenso de expertos. El resultado final de dichas preguntas es el resultado del proceso previamente descrito.

El instrumento resultante (anexo) fue sometido a un piloto con el 10% de la muestra del estudio para validar las preguntas con nuestra población elegible.

○ Variables ginecológicas (de desenlace e interacción)

Las variables médicas de orden ginecológico (Dispareunia, disfunción del piso pélvico, enfermedades de transmisión sexual, vulvovaginitis) se buscarán durante la consulta ginecológica mediante revisión de antecedentes anamnesis y examen físico de rutina y se incluirán como

variables nominales de tipo si/no, los ginecólogos tendrán un reentrenamiento y una inducción en la búsqueda rápida de estas condiciones.

- Variables mentales de interacción

Para las variables relacionadas con el desenlace en el campo de la salud mental, es decir trastorno de ansiedad, depresión, abuso de sustancias, etc existe una entrevista estructurada de DSM IV(39) para la cual hay permiso expreso para la fundación Santa Fé para su uso en estudios clínicos por parte de la oficina correspondiente en la Asociación Americana de Psiquiatría.

Aunque es cierto que hay asociación demostrada entre disfunción sexual y enfermedades mentales(16, 39, 40), la asociación no es directa dado que el hecho de tener enfermedad mental no implica tener una disfunción, es decir que en cada caso se evalúa de forma individual si la enfermedad si está relacionada con la disfunción o si no lo está. Por este motivo la búsqueda activa de enfermedades mentales genera más una confusión que una interacción. Además de lo anterior la búsqueda activa de enfermedades de orden mental, que potencialmente pueden afectar la vida de las pacientes, implica una gran responsabilidad ética para el desarrollo de un estudio cuyo objetivo principal no se relaciona con la salud mental.

Si hacemos una comparación con la forma como abordan este tema los diferentes autores, encontramos de forma sistemática que el tema de salud mental no se aborda con una búsqueda activa a no ser que dichas enfermedades sean el centro de la investigación(35, 37, 41-44).

Ahora bien, tampoco sería correcto encontrar el antecedente de estas condiciones en la historia clínica y no reportar la condición dada la reconocida asociación con el desenlace. Por los motivos anteriormente descritos se incluirán las variables de salud mental como antecedentes presentes en la historia clínica de las pacientes si hacer una búsqueda activa de dichas condiciones.

El sesgo resultante de no buscar activamente un factor de interacción/confusión pensamos que es aceptable para el reporte de resultados del estudio y asumimos esta limitación.

- Variables sociales y de pareja de interacción:

Con respecto a otros factores asociados a disfunción sexual como la historia de abuso sexual o el maltrato físico sucede algo similar a lo descrito con las enfermedades mentales. La búsqueda activa

de estas condiciones implica una responsabilidad ética, social y legal que excede las posibilidades del presente estudio. Los trabajos presentes en la literatura sistemáticamente no hablan de estos factores dentro de las variables de análisis de sus estudios.

La historia de abuso se puede medir mediante varias escalas, una de ellas es la SPAQ(45), herramienta en inglés, validada y con permiso expreso del autor para su uso. Sin embargo, en la misma línea de lo descrito para enfermedades mentales, asumimos el sesgo de no hacer una búsqueda activa de estos factores sino, incluir únicamente los datos expresamente encontrados, registrados y abordados ya por otros profesionales dentro de la historia de la paciente.

### **6.7.2 Enfoque Cualitativo**

Una vez seleccionada la paciente para el aspecto cualitativo se llevó el siguiente proceso de recolección de la información:

- Firma de consentimiento informado con las consideraciones de confidencialidad previamente explicadas para el aspecto cuantitativo
- Grabación de la entrevista. Para la misma se tendrán en cuenta los siguientes parámetros.
  - Se orientará la conversación intentando siempre las preguntas abiertas, evitando al máximo términos delimitantes.
  - Siempre se inició la conversación con la pregunta “¿Qué importancia cree usted que tiene la masturbación en la aparición de dificultades en la sexualidad de la mujer?”
  - A partir de esta pregunta y según el curso de la conversación se dará un énfasis al aspecto físico de la conversación, más que al psicológico.
- La entrevista fué transcrita y verificada por la paciente antes de su análisis con el fin de constatar que el texto sea fiel representación de las ideas de la participante.

### **6.8 Digitación**

La información obtenida de los dos instrumentos fué digitada en un formulario de Excel con doble digitación. Los instrumentos se siguieron con un número trazador para cegar la identificación de las pacientes a los digitadores.

## 6.9 Fuente de información.

Primaria ya que se obtuvo directamente de las pacientes por medio de la entrevista y encuesta, también se obtuvo información de fuente secundaria en el caso de la proveniente de historia clínica.

## 6.10 Proceso:

### 6.10.1 Qué y como

Descripción de los pasos a seguir:

- Elaboración y aprobación del documento: desde el inicio del proyecto se vinculó un especialista en salud mental, el Dr. Efraín Noguera, psiquiatra de la Fundación Santa Fé de Bogotá quien, desde el punto de vista de salud mental verificará la congruencia de la propuesta. El Dr Efrain ha apoyado el proceso, pero no es coinvestigador por cuestiones de tiempo.
- Elaboración validación y corrección de instrumentos: se elaboró un formato recolección de información clínica y una encuesta los cuales contendrán preguntas en lo posible validadas. Dicho formato fué llevado a prueba piloto.
- Aprobación del documento: Se sometió a consenso de expertos, validación por el tutor metodológico, aprobación por comité de ética y prueba piloto antes de su aplicación definitiva.
- Asignación de asesor metodológico
- Comités e instancias, se presentó y aprobó en:
  - Centro investigación y estudios de la Fundación Santa fé
  - Comité de ética de la Fundación Santa Fé (anexo 3)
  - Comité de investigaciones de la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes.
- Realización de prueba piloto: se tomó una muestra de 50 pacientes a quienes se aplicaron los cuestionarios de la parte cuantitativa para ajustar las falencias de los instrumentos.
- Se realizaron los ajustes del proceso en caso de ser necesario posterior a la prueba piloto.
- Entrenamiento de los ginecólogos vinculados en el estudio: se hizo una reunión de 2 horas con los especialistas que tomaron la muestra para unificar conceptos, metodologías, criterios diagnósticos y alcances del estudio. Se informó al grupo sobre las consideraciones

éticas y los planes de contingencia diseñados en cada uno de los posibles escenarios. Estas capacitaciones fueron registradas en actas firmadas por los participantes.

- Recolección de la información: Se repartió el material impreso con las entrevistas, encuestas y urnas, se inició la recolección de la información
- Se hizo doble digitación de la información en Excel
- Se hizo cruce de la información digitada en búsqueda de inconsistencias las bases de datos no mostraron diferencias significativas en un análisis de frecuencias básico.
- Se hizo el análisis cualitativo y cuantitativo de la información de la forma prevista

#### **6.10.2 Quién**

Investigador principal:

Asesor metodológico:

Ginecólogos vinculados:

#### **6.11 Como**

Se invitó a participar en el estudio a todas las pacientes de las consultas ginecológicas de los ginecólogos vinculados con el proyecto hasta completar el tamaño de la muestra. Se tuvo un margen de 10% de pacientes adicional previendo los datos perdidos o no utilizables.

##### **6.11.1 Cuándo**

Segundo semestre de 2017 y primer semestre de 2018. Según cronograma anexo (anexo 1)

#### **6.12 Prueba piloto**

Posterior a la elaboración de la entrevista y la encuesta, la revisión de las mismas por parte de un comité de expertos compuesto por dos ginecólogos y dos psiquiatras, se hizo una prueba piloto con 50 encuestas e instrumentos clínicos con los cuales se validó la calidad de los datos obtenidos con el instrumento y el proceso de obtención de los mismos. Se midieron tiempos, calidad del proceso, y factibilidad dentro de la consulta ginecológica.

Posterior a la prueba piloto se encontró:

- Que la aleatorización de las pacientes de la consulta ginecológica daba por resultado una muy baja posibilidad de reclutar pacientes ya que las pacientes que cumplen con los criterios de inclusión no son tan frecuentes, principalmente por que debían ser mujeres con vida sexual activa. El otro fenómeno que se observó en el piloto es que resultó frecuente que las pacientes regresen a control en los días siguientes a haber sido seleccionadas para el estudio, esto dio por resultado que a medida que pasa el tiempo del estudio, las pacientes nuevas elegibles son progresivamente menores. Como resultado de estos fenómenos se decidió invitar a la totalidad de las pacientes. Esta decisión será reportada en el informe del estudio y en las publicaciones que resulten.
- Que por el diseño del documento el campo fecha de nacimiento, era confundido con frecuencia por las pacientes con la fecha actual, así que los ginecólogos fueron advertidos especialmente en la verificación del correcto diligenciamiento de este campo ya que en la prueba piloto se perdieron 5 datos por este motivo, los cuales fueron reconstruidos posteriormente con la información de la historia clínica.

### 6.13 Control de errores y sesgos

A continuación, se desarrolla una tabla con todos los errores y sesgos previstos. La mayoría de estos aplica únicamente para la parte cuantitativa

*Tabla 2 Control de errores y sesgos*

<b>Tipo de error</b>	<b>Descripción de la posibilidad de la ocurrencia</b>	<b>Forma de control</b>
<b>Selección</b>	Pacientes que asistan con acompañantes a la consulta: este factor genera un riesgo de alteración en la veracidad de la información dado que la paciente puede no querer compartir esa información con su acompañante.	Se excluirá a las pacientes sin capacidad de lectoescritura, se brindará un espacio sin compañías para responder las preguntas. Se limita la población a mayores de edad. Se excluyen pacientes que dependan de otras personas para su comunicación.
<b>Selección</b>	Puede ocurrir que la paciente que correspondería invitar al estudio por la aleatorización no sea incluida por aspectos de la consulta como tiempo del ginecólogo o congestión del servicio y sea reemplazada por otra paciente que para el especialista resulte mas conveniente	
<b>Información</b>	Por tratarse de temas sensibles es posible que la paciente no quiera dar a conocer este tipo de temas a una persona particular y que el perfil personal y humano del entrevistador haga por sí mismo una selección del tipo de pacientes de su consulta y del tipo de patologías sobre las que las pacientes buscan ayuda.	Se ampliará la muestra a 4 ginecólogos, dos hombres y dos mujeres quienes participarán en la recolección de la muestra

<b>Tipo de error</b>	<b>Descripción de la posibilidad de la ocurrencia</b>	<b>Forma de control</b>
<b>Confusión</b>	Pacientes que no tengan relaciones sexuales heterosexuales.	Dado que la medición del desenlace vaginismo/dispareunia implica el coito o penetración vaginal, las prácticas sexuales que no incluyan el coito sesgan la población al no estar expuestas, o estarlo parcialmente, a uno de los desenlaces definidos como disfunción sexual (dispareunia). Estas pacientes entran en los criterios de exclusión.
<b>Información</b>	Es posible que la masturbación sea una práctica dentro de las relaciones sexuales de pareja que se vea modificada por las prácticas rutinarias de sexo en pareja y el tiempo de convivencia	En el análisis multivariado se hará la corrección por el estado civil de la participante. El factor preferencias de prácticas dentro de la intimidad de pareja no se puede controlar totalmente.
<b>Información</b>	El interés que tienen los investigadores de obtener resultados puede influir en las respuestas que den las pacientes	La recolección de la información se cegará a los investigadores (ver proceso de recolección de datos)
<b>Información</b>	Por tratarse la masturbación y las prácticas sexuales de temas sensibles y por ser un motivo de vergüenza y culpa en algunos nichos sociales, existe el riesgo de que las pacientes mientan en estas respuestas.	Se estandarizará una explicación verbal completa a las pacientes sobre la importancia de la veracidad de la información preguntada. En el consentimiento informado se hará énfasis en la naturaleza de las preguntas que se van a realizar y se recalcará nuevamente la importancia de la veracidad de las respuestas. La pregunta sobre masturbación será validada con grupo de expertos y será sometida a prueba piloto y se hará análisis previos de consistencia de los datos durante el proceso.
<b>Información</b>	Es posible que las pacientes teman que su información íntima sea conocida por alguien más y que por esta razón se evite dar información o que se comprometa la veracidad de la misma	Se codificará cada uno de los instrumentos de registro para que no incluya los identificadores de las pacientes, además se establecerá un proceso de destrucción del rastro de los datos del paciente una vez se haya digitado la información. La encuesta no se entregará al ginecólogo, sino que se ingresará a una urna sellada. Todo este proceso se dará a conocer a las pacientes para aumentar su confianza en el proceso y mejorar la calidad de la información obtenida
<b>Información</b>	Errores en la digitación de los datos	Se hará doble ingreso de la información por dos digitadores diferentes. Los resultados se compararán y se validarán con a fuente original de la información

## 6.14 Plan de análisis

### 6.14.1 Aspecto cuantitativo

Análisis descriptivo de las variables y el comportamiento de las variables demográficas entre los grupos de expuestos y no expuestos, dicha información se presentó en tablas.

Análisis bi-variado: Se hizo una tabla de contingencia entre las dos variables dependiente e independiente en una tabla de 2 x 2 para obtener un riesgo relativo (RR) así como el intervalo de confianza, estos resultados se reportaron en tablas simples con RR e intervalo de confianza. De la misma forma se hizo un análisis bi-variado con las demás variables independientes.

Posteriormente se analizaron los resultados iniciales contra todas las variables independientes en un análisis multivariado en busca del real impacto que tuvo la variable independiente en el desenlace propuesto. Se hizo una tabla de relación de variables relacionadas con el desenlace con el RR para cada una de ellas y el intervalo de confianza respectivo. Estos resultados se reportaron en tablas.

Para el análisis de los datos se utilizó SPSS licenciado para la Universidad de los Andes y software “r” de acceso libre con el Dr Gerardo Ardila en la oficina de estadística del centro de estudios de la Fundación Santa Fe.

### 6.14.2 Aspecto cualitativo

La base del análisis cualitativo será la metodología definida en la **teoría fundamentada**.

Se hizo una codificación manual de los datos transcritos, se hizo doble codificación la cual fue cotejada y discutida entre los dos investigadores para definir la codificación única final. Uno de los investigadores fue el investigador principal y el otro un estudiante de maestría de último semestre del programa de epidemiología de la Universidad el Rosario.

Con esta codificación se hizo un análisis de áreas de convergencia y divergencia de los datos para finalmente hacer una teoría que pretenda respaldar y explicar los resultados provenientes del componente cuantitativo y de esta forma dar un reporte final integral en el tema de investigación.

## **7 Aspectos éticos**

### **7.1 Clasificación del riesgo**

Se clasifica como un estudio de riesgo mínimo según la resolución 8430 de 1993 por tratarse de una encuesta que aborda temas sensibles de las pacientes.

### **7.2 Publicación de resultados**

El investigador se comprometió a la publicación de los resultados del estudio incluso cuando los mismos no sean lo esperado.

### **7.3 Aspectos éticos analizados desde los principios de la ética**

#### **7.3.1 Principio de autonomía**

Las participantes fueron invitadas a participar en el ámbito de la consulta ginecológica, su participación o no en el estudio dependerá enteramente de su deseo voluntario de participar y de la firma del consentimiento informado.

#### **7.3.2 Principio de no maleficencia**

Es posible que el hecho de preguntar aspectos de la vida de las pacientes a los que posiblemente ellas no se han expuesto con anterioridad, evidencie exacerbe o desencadene reacciones adversas en el ámbito médico o psicológico perjudiciales para las pacientes. Dado que las preguntas sensibles son anónimas y el investigador no conocerá, necesariamente, las reacciones que tuvo la paciente al enfrentarse a la encuesta, en la invitación a participar y dentro del texto del consentimiento se advirtió a las pacientes de esta posibilidad y se invitó a expresar durante la consulta cualquier inquietud física o mental que surja como consecuencia del estudio.

Es posible que las pacientes sean diagnosticadas de *novo* con una disfunción sexual u otra condición médica o mental como consecuencia de la exposición al estudio. En este caso las pacientes recibirían un enfoque y manejo acorde a la condición que se encuentre. En caso de tratarse de una disfunción serán remitidas a salud mental cuando amerite por la condición individual de la paciente. No se establece remisión de rutina dado que muchas disfunciones sexuales podrán ser abordadas y manejadas desde la consulta ginecológica

### 7.3.3 Principio de beneficencia

El exponer a las pacientes a preguntas que pueden evidenciar un problema en su sexualidad u otros aspectos de su salud, podría cambiar la percepción de salud que tiene la persona. Este aspecto pretende también avanzar en mejorar las condiciones de salud de las mujeres, por esta razón en el documento de invitación al estudio se explicó este aspecto dejando la puerta abierta a las consultas médicas y/o psicológicas que se deriven de las preguntas hechas y de esta forma mejorar esos aspectos.

Las pacientes a quienes se hizo el diagnóstico de disfunción sexual en la consulta médica durante el estudio, fueron enfocadas clínicamente y fueron abordadas desde el punto de vista físico y psicológico, según el caso. Para el aspecto psicológico de la disfunción fueron remitidas a esta especialidad por su seguro médico correspondiente. Los ginecólogos participantes tuvieron una instrucción al respecto y se hizo el acta correspondiente.

### 7.3.4 Principio de justicia

El estudio se hizo en la población a la cual podemos acceder en nuestro medio laboral, esto haría que poblaciones diferentes a la población de estudio no tengan oportunidad de acceder. Sin embargo, los resultados del presente estudio podrían posteriormente ser utilizados en poblaciones de características diferentes a las de la Fundación Santa Fé.

## 7.4 Aspectos éticos analizados desde los criterios de Ezekiel – Emanuel

### 7.4.1 Criterio de Valor:

La investigación hacia “**prevención primaria**” que es el propósito fundamental del presente estudio habla del valor que puede tener para la sociedad el presente estudio. Pretende esclarecer aspectos de la sexualidad de la mujer que le permitan a las futuras generaciones mejorar su sexualidad y por consiguiente su calidad de vida.

### 7.4.2 Criterio de Validez Científica:

La metodología propuesta para el presente estudio plantea un diseño multi-método en donde se pretendió encontrar no solo la asociación de riesgo/protección de la masturbación como factor de exposición, sino que se pretende entender el fenómeno basados en los resultados del análisis de cohortes, y a la luz de un componente cualitativo que esperamos enriquezca los resultados y nos

permita profundizar en el conocimiento de la sexualidad de la mujer. Los métodos propuestos son seguros y la recolección de la muestra es fácilmente alcanzable.

#### **7.4.3 Criterio de selección equitativa del sujeto:**

A este respecto las pacientes de la población a estudio tuvieron la misma oportunidad de participar en el estudio ya que a todas las pacientes de la consulta de ginecología en las que se aplicó el estudio, expresamente se excluyen personas que tengan dificultades cognitivas o de comunicación dado que para que la información sea confiable el estudio debe garantizar el estado de conciencia de las participantes y la privacidad en el momento de responder las preguntas, lo cual se vería vulnerado en el caso que la paciente requiera asistencia en su comunicación.

La investigación plantea un escenario en el que se abre la posibilidad de identificar problemas en la sexualidad de las participantes, consultar dichas dificultades abiertamente y manejarlas en caso de ser necesario. Esto plantea un beneficio claro para todas las pacientes que participaron.

#### **7.4.4 Criterio de selección favorable de riesgo beneficio**

Dado que se trata de un estudio retrospectivo observacional, el riesgo a las pacientes se ve limitado a las reacciones que como ser humano puedan tener las participantes al ser expuestas a las preguntas de investigación, ya que se trata de cuestionarios que apuntan a temas altamente sensibles en la vida de muchas mujeres. Es riesgo anteriormente descrito se plantea como una oportunidad de identificar aspectos a mejorar en la vida y en la sexualidad, y se hace expreso de esta forma en el consentimiento informado, invitando a las pacientes a expresar a su médico (investigador) las inquietudes, preguntas o dudas que aparezcan con respecto a los temas abordados por el estudio.

Por otra parte, se hace expreso la oportunidad que tienen las participantes de retirarse del estudio en cualquier momento. Esto considerando que alguna participante desee participar en el proyecto, pero al encontrarse con el cuestionario, retracte su participación.

#### **7.4.5 Criterio de evaluación independiente**

Como investigador principal no tengo conflicto de intereses en la esfera económica. Identifico dos intereses que me mueven a realizar el presente estudio y los hago manifiestos:

Primero el interés de graduarme de la maestría ejerce una presión dados los tiempos establecidos para sacar el proyecto adelante, de alguna manera los tiempos se han cumplido y el estudio parece viable por lo cual los aspectos metodológicos no se han visto influenciados por la premura de tiempo y en lo previsto tampoco se verán alterados.

Segundo me interesa hacerme experto en un área diferente a la obstetricia ya que el encontrar un tema relacionado con la ginecología (mi área de especialidad) que potencialmente a mediano plazo me genere ingresos con bajo riesgo médico legal, me motiva a adelantar este estudio. El presente interés por parte del investigador ayudará en la rigurosidad de la investigación ya que, de la validez de los resultados depende en gran medida el futuro en el ejercicio clínico que se pueda desprender en adelante.

#### **7.4.6 Criterio de consentimiento informado**

El presente estudio contempla dos tipos de consentimiento informado escrito a cada una de las participantes en dicho documento se hace expreso el respeto a la autonomía y la libre decisión de cada una de ellas. Una versión es para las participantes en la entrevista y la otra versión para las participantes con encuesta. Anexo consentimientos (anexo 3).

#### **7.4.7 Respeto a los sujetos inscritos**

Actividades previstas en el estudio y apuntadas al respeto por los inscritos: durante la participación en el estudio las pacientes pudieron retractarse sin sanciones de ningún tipo, la información de cada una de las pacientes no será conocida por los investigadores o los digitadores excepto para el componente cualitativo, al final del estudio las participantes serán informadas de los resultados vía mail a quienes hayan proporcionado esta información en una versión de los resultados del paciente preguntará verbalmente inmediatamente terminada la encuesta o entrevista, si desean referir alguna preocupación sobre su sexualidad o su estado de salud que deseen sea manejada en el contexto de la consulta médica.

## 8 Resultados

Entre noviembre de 2017, posterior a la aprobación por el comité de ética de la Fundación Santa Fe, y noviembre de 2018. Se recolectaron 520 pacientes según el tamaño de muestra estimado para el componente cuantitativo. Para el componente cualitativo se realizaron 11 entrevistas las cuales se digitaron, analizaron e incluyeron en la matriz progresivamente durante el mismo periodo de tiempo. Para todos los casos se obtuvo consentimiento informado.

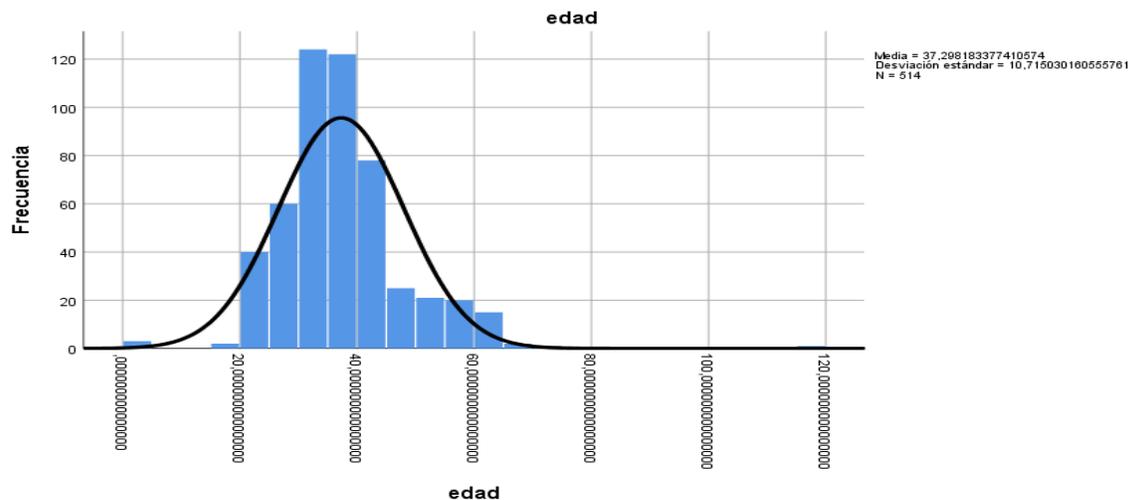
Se realizó doble digitación de los datos para el componente cuantitativo y un informe descriptivo básico de las dos digitaciones, la digitación de control no mostró diferencias en un análisis descriptivo básico.

Para el caso del análisis de categorías emergentes, un segundo investigador analizó las entrevistas y se consensó sobre las categorías emergentes finales que entrarían en la matriz.

### 8.1 Resultados componente cuantitativo

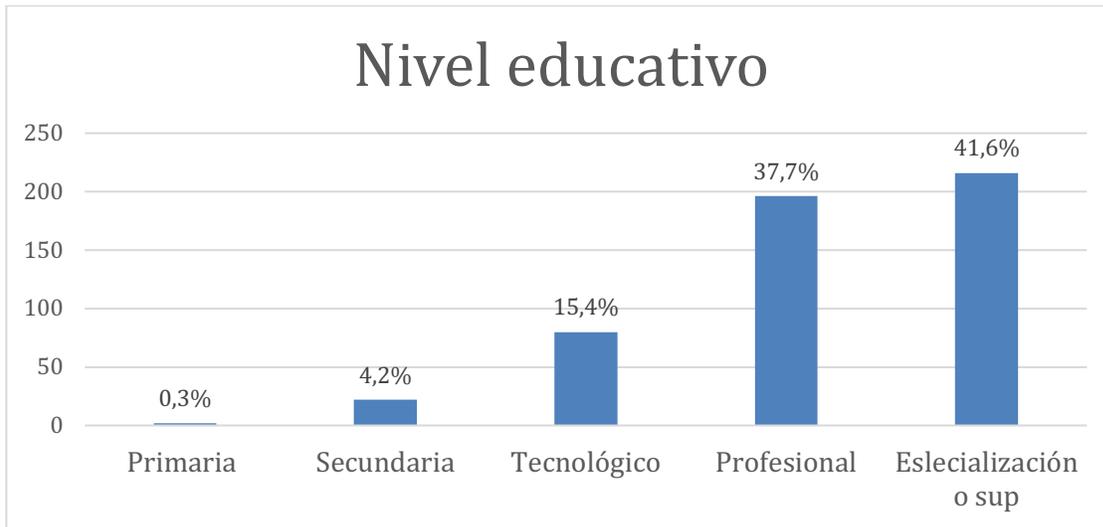
#### 8.1.1 Descripción de la población

Figura 3 Histograma de edad de las pacientes que participaron en el estudio 2017-2018



El comportamiento de la edad de la población estudiada fue de distribución no normal, el pico de edad de las pacientes encuestadas estuvo entre 36 y 37 años, el 8% de las pacientes se encontraba en la menopausia (figura 3)

Figura 4 Gráfico de columnas: proporción de nivel educativo de las pacientes incluidas. 2017-2018



El 95,4 de la población estudiada tenía al menos un nivel técnico de formación y el 80% un nivel profesional o mayor (figura 4), junto a la distribución del estrato económico (figura 5) de la población estudiada podrían ser determinantes del resultado ya que la muestra fue menos representativa de estratos de los extremos que del 3 al 5 en los cuales se incluyó el 90% de la población estudiada.

Figura 5 Gráfico de columnas número de participantes según el estrato económico

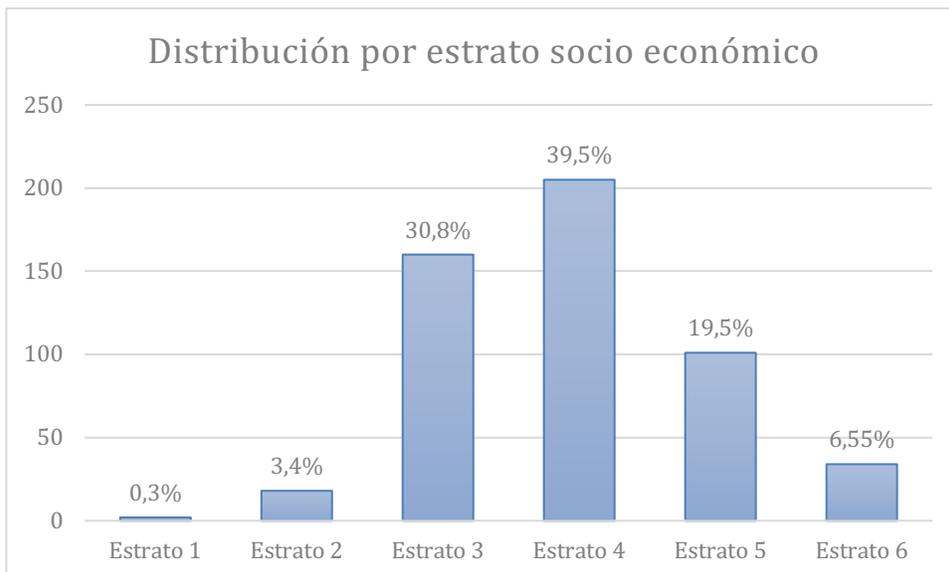
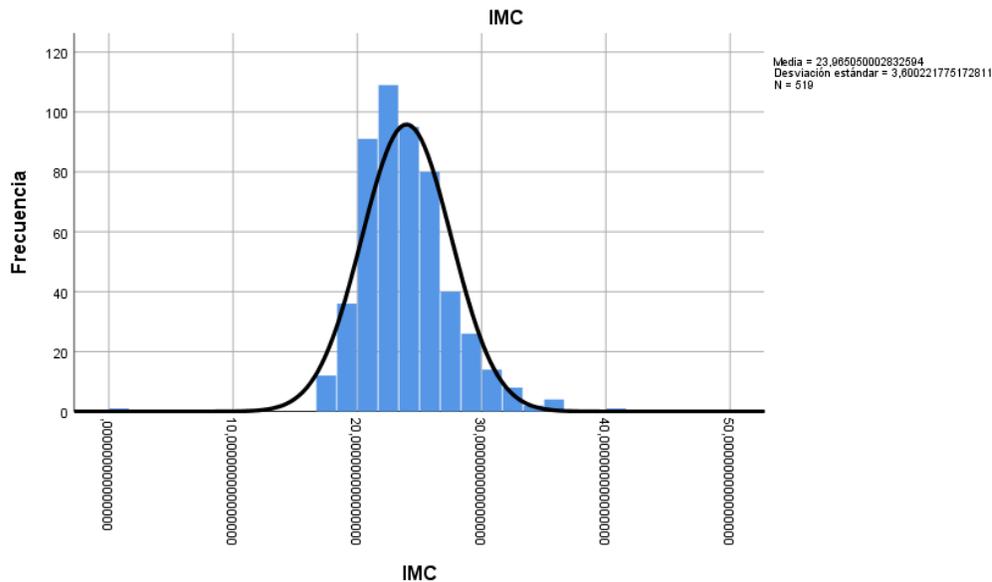


Figura 6 Histograma de índice de masa corporal



La mayoría de la población estudiada se encontró en el rango de normalidad o de sobre peso en la gráfica de índice de masa corporal. El comportamiento de esta variable fue no normal (figura 6).

En cuanto a las variables de exposición y de desenlace el 51% de las pacientes practica la masturbación y el 49% restante refirió no hacerlo. La incidencia de disfunción sexual fue de 23%.

Las frecuencias absolutas de las variables clínicas indagadas fueron las siguientes:

Tabla 3 Frecuencias de las variables clínicas

	Número de pacientes	Proporción sobre la población
Enfermedad mental	10	1,9%
Lesión medular	0	0,0%
Enfermedad degenerativa	2	0,2%
Enfermedades de transmisión sexual	28	5,4%
Vulvovaginitis crónica	12	2,3%
Incontinencia urinaria	11	2,1%
Uso de medicamentos psicotrópicos	8	1,5%
Menopausia	47	9,0%
Uso de métodos anticonceptivos	293	56,0%
Anticonceptivos orales combinados	84	16,1%
Parto en los últimos 6 meses	12	2,3%
Historia de abuso sexual	7	1,3%

### 8.1.2 Análisis bivariado

A continuación, se muestra la asociación de cada una de las variables tanto demográficas como clínicas con la variable dependiente disfunción sexual, inicialmente se realizaron pruebas de normalidad para definir la prueba de correlación de estas variables con la variable dependiente (tabla 4), tanto IMC como edad no cuentan con una distribución normal. Posteriormente se realizó una regresión logística univariada y una prueba de muestras independientes U de Mann-Whitney para establecer diferencias en IMC y Edad divididas en pacientes con y sin disfunción sexual. Las dos pruebas mostraron que no hay diferencias significativas en el análisis bivariado para las variables cuantitativas.

*Tabla 4 Análisis de normalidad*

	Kolmogorof -Smirnova			Shapiro – Wilk			P
	Estad	gl	sig	Estad	gl	sig	
<b>IMC</b>	0,69	513	0,000	0,942	513	0,000	<b>0,766</b>
<b>Edad</b>	0,97	513	0,000	0,920	513	0,000	<b>0,55</b>

En el análisis de la variable estrato socioeconómico, aunque hay grupos que muestran diferencias, estas diferencias no fueron significativas para el desenlace disfunción sexual. La variable nivel educativo tuvo diferencias significativas ( $p=0,042$ ) y la variable estado civil, aunque en el análisis bivariado no mostró diferencia significativa en los dos grupos, la p es suficiente para incluir esta variable en el análisis multivariado según el criterio de Hosmer y Lemeshow.

En cuanto las variables clínicas que mostraron diferencias significativas (tabla 6) para disfunción sexual fueron: la variable principal de estudio masturbación con un RR de 0,6 (IC 0,49-0,93), en este punto la masturbación se muestra como un fuerte factor protector para la disfunción sexual femenina con un intervalo de confianza que es significativo. La incontinencia urinaria fue significativa como factor de riesgo para disfunción con RR 4,18. El uso de medicamentos psicotrópicos y la historia de abuso tuvieron asociación más fuerte de riesgo para disfunción sexual con RR de 4,59 y 8,7 respectivamente. Es llamativo que variables que históricamente se han relacionado con síntomas de disfunción sexual como el uso de anticonceptivos orales y la menopausia, no mostraron diferencias significativas.

Tabla 5 Características de la población

	<b>Disfunción</b> N = 119 (22,9%)	<b>No disfunción</b> N = 401 (77,1%)	<b>P</b>
<b>Edad</b> Mediana – rango intercuartílico – chi cuadrado*	35,92 RIC=11,74	36,12 RIC 10.41	<b>0,776</b>
<b>Estrato socioeconómico</b> n (% sobre el N de la columna)			<b>0,692</b>
Bajo (1 y 2)	3 (2,5%)	17 (4,3%)	
Medio (3 y 4)	92 (76,7%)	273 (68,3%)	
Alto (5 y 6)	25 (20,8%)	110 (27,5%)	
<b>Nivel educativo</b> n (% sobre el N de la columna)			<b>0,042</b>
Primaria	1 (0,84%)	1 (0,25%)	
Secundaria	8 (6,72%)	14 (3,5%)	
Tecnológico	22 (18,4%)	58 (14,5%)	
Profesional	43 (36,1%)	153 (38,25%)	
Especialización	46 (37,8%)	170 (42,5%)	
<b>Estado civil</b> n (% sobre el N de la columna)			<b>0,180</b>
Soltera	67 (56,3%)	186 (46,5%)	
Casada	26 (21,8%)	102 (25%)	
Unión Libre	24 (20%)	96 (24%)	
Viuda	1 (0,84%)	1 (0,25%)	
Divorciada	1 (0,84)	15 (3,75%)	
<b>Índice de masa corporal</b> Mediana – rango intercuartílico – chi cuadrado*	23,43 RIC 4,79	23,43 RIC 4,42	0,366

\*Se realizaron pruebas paralelas de regresión logística univariada y la prueba de U de Mann-Whitney para establecer la significancia entre las diferencias de los grupos. En los dos casos las diferencias no fueron significativas.

La única variable demográfica que mostro asociación significativa con la variable de desenlace fue el nivel educativo (tabla 5), esta asociación es de protección de tal forma que a mayor nivel educativo disminuyó la proporción de disfunción sexual.

Tabla 6 Tabla de riesgos relativos para disfunción sexual según exposición a cada una de las variables clínicas.

<b>Variable de exposición</b>	<b>Incidencia de disfunción en expuestos</b>	<b>Incidencia de disfunción en no expuestos</b>	<b>P</b>	<b>RR (IC 95%)</b>
<b>Enfermedad mental</b>	(3/10) 33%	(116/508) 23%	0,591	1,44 (0,37-1,7)
<b>Enfermedades de transmisión sexual</b>	(5/28) 18%	(114/490) 23%	0,532	0,72 (0,26-1,92)
<b>Vulvovaginitis crónica</b>	(5/11) 45%	(114/507) 22%	0,232	2,4 (0,76-7,8)
<b>Incontinencia urinaria</b>	(6/11) 55%	(113/507) 22%	0,01	4,18 (1,2-13,9)
<b>Uso de medicamentos psicotrópicos</b>	(4/7) 57%	(115/511) 23%	0,032	4,59 (1,01-20,8)
<b>Menopausia</b>	(12/47) 26%	(107/471) 23%	0,664	1,16 (0,58-2,3)
<b>Uso de métodos anticonceptivos</b>	(66/293) 23%	(53/225) 24%	0,782	0,94 (0,62-1,42)
Anticonceptivos orales combinados	(18/84) 21%	(101/434) 23%	0,713	0,89 (0,51-1,58)
<b>Nacimiento los últimos 6 meses</b>	(4/12) 33%	(115/506) 23%	0,386	1,7 (0,5-5,74)
<b>Historia de abuso sexual</b>	(5/7) 71%	(114/511) 22%	0,002	8,7 (1,66-45,4)
<b>Masturbación</b>	(49/264) 18,5%	(69/254) 27,1%	0,021	0,6 (0,405-0,93)

### 8.1.3 Análisis multivariado

Se corrió un modelo de regresión logística multi variado con dos paquetes estadísticos: por una parte, se corrió en “r” con el apoyo del Dr. Gerardo Ardila en la oficina de estadística de la Fundación Santa Fe y por otra, se hizo un modelo paralelo en SPSS en la Universidad de los Andes.

Para el modelo de regresión logística se incluyeron las variables que fueron significativas en el modelo bivariado según el criterio de Hosmer y Lemeshow con una p menor o igual a 0,2. Las variables demográficas incluidas fueron nivel educativo (p = 0,042) y estado civil (p = 0,180). Las variables clínicas incluidas fueron incontinencia urinaria (p = 0,012), uso de medicamentos psicotrópicos (p = 0,03), historia de abuso sexual (p = 0,002) y masturbación (p = 0,021).

*Tabla 7 Modelo de regresión logística. OR corregido después de ajustar por las variables incluidas en el modelo*

	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	IC 95%	
							Inferior	Superior
<b>Nivel educativo</b>	-0,216	0,120	3,224	1	0,073	0,806	0,637	1,020
<b>Estado civil</b>	-0,221	0,119	3,462	1	0,063	0,802	0,635	1,012
<b>Masturbación</b>	-0,400	0,220	3,324	1	0,068	0,670	0,436	1,030
<b>Psicotropicos</b>	1,496	0,810	3,414	1	0,065	4,464	0,913	21,826
<b>IUE</b>	1,365	0,628	4,726	1	0,030	3,916	1,144	13,406
<b>Abuso</b>	2,013	0,864	5,425	1	0,020	7,489	1,376	40,762
<b>Constante</b>	0,164	0,561	0,085	1	0,770	1,178		

Se corrió un modelo de regresión logística (tabla 8) para determinar el peso de cada variable ajustado a la influencia de las demás variables. Este análisis se hizo en paralelo en SPSS y con el apoyo del Dr. Gerardo Ardila, estadístico de la Fundación Santa Fe en “r”.

La variable masturbación, al ser analizada en el contexto de las demás variables que modificaron significativamente el desenlace, paso de ser significativa como un factor de protección, a mantener la misma tendencia de protección pero sin diferencias significativas ya que el intervalo de confianza alcanzo la unidad.

En el modelo de regresión logística la variable masturbación mostro diferencias entre el grupo de expuestas y no expuestas sin embargo, estas diferencias no fueron significativas ya que el intervalo de confianza alcanzo el 1 (p=0,068, OR corregido =0,670 IC95% 0,436-1,030). Las variables que

determinaron un factor de riesgo para disfunción sexual con un intervalo de confianza significativo fueron incontinencia urinaria ( $p=0,030$ , OR corregido =3,916 IC 1,144-13,406), historia de abuso sexual ( $p=0,020$  OR corregido =7,489 IC=1,376-40,762), nivel educativo y estado civil no mostraron diferencias significativas cuando el modelo se corrió en SPSS, con un intervalo de confianza que alcanza a tocar el 1, cuando el modelo corrió en "r" el intervalo de confianza fue significativo  $p=0,017$  OR corregido =0,7 IC=0,62-0,99 para nivel educativo y  $p=0,04$  OR corregido =0,78 IC= 0,62-0,99 para estado civil.

Al realizar una prueba de chi 2 fraccionada para determinar cuál de los estados civiles se relaciona con el desenlace disfunción sexual, el estado civil "soltera" con una diferencia de 10% fue protector de forma significativa.

La relación de riesgo del modelo de regresión logística multivariado es: Las pacientes con incontinencia urinaria mostraron 2,9 veces más riesgo de presentar disfunción sexual, Las pacientes con historia de abuso sexual tuvieron un riesgo 6,4 veces mayor de presentar disfunción sexual, las pacientes con mayor nivel educativo tuvieron menor riesgo de presentar disfunción sexual y las pacientes solteras tuvieron un riesgo 22% menor de desarrollar disfunción sexual.

## 8.2 Resultados componente cualitativo categorías emergentes

Tabla 8 Resumen de categorías emergentes

No.	Código	Definición breve	Definición completa
1	<b>Interv Med</b>	Intervenciones médicas	Los manejos médicos y los diagnósticos referidos por las pacientes para la disfunción sexual.
2	<b>Manifclin</b>	Manifestaciones clínicas	Los síntomas referidos por la paciente y con los cuales se caracteriza el cuadro de disfunción sexual
3	<b>Objet pacien</b>	Objetivos de la paciente	Son los aspectos que la paciente espera que se mejoren después de una intervención clínica o una consulta
4	<b>perceppacien</b>	Percepción de la paciente	Son las ideas que tiene la paciente con respecto a su sexualidad o a sus síntomas y que de uno u otro modo pueden tener que ver con su situación
5	<b>masturbac</b>	Masturbación	Se refiere a la práctica o no de masturbación entendida como el auto estímulo genital para obtener placer sexual
6	<b>causdisf</b>	Causas de disfunción	Los aspectos referidos por las pacientes como posibles causales de la disfunción o aspectos relacionados con el origen de los síntomas así no se interpreten como causales
7	<b>consecdisf</b>	Consecuencias de disfunción	Son los aspectos referidos por las pacientes que han sucedido en las diferentes dimensiones de sus vidas y que atribuyen o se podrían atribuir a disfunción sexual.

## **8.2.1 Categoría de causas de la disfunción**

### **8.2.1.1 Físicas**

Hubo dos pacientes que refirieron asociación con una causa física, una de las pacientes lo relacionó con el nacimiento de un hijo y otra con un antecedente de lesiones dermatológicas, las demás pacientes no identificaron una causa física a la cual atribuir el inicio de los síntomas. Incluso en el caso de las dos pacientes que lo refirieron, no hay una asociación directa clara, es decir una cicatriz, una lesión dolorosa, una secuela. Se trató más bien de un evento previo que se asoció al inicio de los síntomas y una serie de percepciones, temores, inseguridades y cambios en los hábitos y conductas que siguieron al desencadenante referido por las pacientes.

Este aspecto hace cuestionar el papel de los ginecólogos en el manejo de la disfunción sexual, dado que las consultas de disfunción sexual nos llegan a los ginecólogos y que la interpretación de los síntomas es referida principalmente en lo físico ¿es posible que debamos dejar los aspectos de la sexualidad femenina en manos de los especialistas en salud mental y ocuparnos únicamente de los casos que tengan un origen físico claro? O ¿debemos empoderarnos de todos aspectos de la sexualidad femenina y liderar equipos multidisciplinarios que estén en capacidad de ofrecer ayudas reales a este grupo poblacional?

### **8.2.1.2 Pareja**

Una de las subcategorías más diversas de las entrevistas fueron los aspectos relacionados con las parejas sexuales, los aspectos de pareja referidos por las pacientes se mueven desde el ámbito de lo sexual, lo social, lo familiar, etc.

Un aspecto de la relación de pareja que puede ser causa de disfunción es la falta de comunicación. Dos pacientes entrevistadas refirieron que quisieran estímulos o situaciones específicas, pero nunca han comentado dichos aspectos con su pareja. Aspectos como el temor a no tener el control sobre el estímulo fue referido como una posible causa.

Una paciente mencionó aspectos como decisiones de pareja como tener hijos y como estos aspectos influenciaban de gran manera otros temas como postergar intervenciones médicas o el método de planificación actual. Todos estos aspectos fueron mencionados como temas que pudieron influenciar la función sexual de las entrevistadas.

La idea de que la estrechez vaginal puede generar síntomas de disfunción se relaciona directamente con el tamaño del pene de la pareja, penes demasiado gruesos o largos podrían generar dolor mecánico.

Aspectos como el olor del semen fueron relacionados por una entrevistada con temor a adquirir infecciones, también apareció la idea de que las infecciones urinarias de la pareja podrían traer problemas de salud en la mujer.

Una paciente refirió que su pareja estableció un límite en la frecuencia de las relaciones sexuales que quería mantener, (él solo tiene una y ya). Esto generó un condicionamiento en la relación de pareja que afecta a la paciente ya que ella percibe que necesita más estímulo para conseguir satisfacción y de alguna forma solo tiene una oportunidad de lograrlo.

Hubo dos pacientes que refirieron aspectos positivos en la actitud de la pareja que han ayudado a mejorar los síntomas de disfunción y menguar el impacto de los mismos en la calidad de la relación de pareja.

Dificultades como relaciones cortas con eyaculaciones rápidas fueron referidas también por una entrevistada como estar relacionadas con los síntomas de disfunción.

Si bien las relaciones sexuales son mayoritariamente un evento de dos personas, llama la atención la tendencia de las entrevistadas en delegar la responsabilidad de la autosatisfacción sexual en su pareja sexual. Parte del proceso que estas mujeres deben hacer es asumir el control de su sexualidad, hablar con sus parejas, explorar sus cuerpos y descubrir sus formas de encontrar placer y satisfacción sexual.

#### 8.2.1.3 Psicológicas

Nuevamente la subcategoría causas psicológicas muestra una diversidad enorme, la tendencia en cuanto a causas hace pensar que las subcategorías no son saturables, las posibilidades de asociaciones negativas con la sexualidad pueden ser tan diversas como diversidad hay en las mujeres. La diversidad de la categoría causa emocional es tan grande que se puede ver reflejada en la narración de una de las pacientes quien refiere que sus temores se basan en una pesadilla de la niñez, durante esa pesadilla la paciente refiere una situación de riesgo de abuso y esta idea fue reforzada por la madre quien asoció además un episodio aparente de dermatitis. La historia ni

siquiera tiene una duda razonable de abuso, sin embargo, los temores que la paciente desencadenó le han marcado su vida sexual. En el otro extremo del espectro hubo pacientes que no refieren eventos o situaciones mentales o emocionales que les haya impactado su vida sexual. En este extremo se puede ubicar a las pacientes con causas físicas puras para su disfunción.

Hubo pacientes que refirieron impacto emocional y mental secundario a comentarios de sus médicos. Comentarios sobre la importancia de haber cambiado de pareja se manifestó como miedo a las enfermedades en una de las entrevistadas y la afirmación directa de que los síntomas podrían ser secundarios a infección por el virus de papiloma impactaron negativamente a otra.

Una paciente tiene síntomas marcados de disfunción y antecedente de abuso sexual en la niñez, este factor es descrito en la literatura y además fue significativo en el análisis cuantitativo de nuestro estudio.

Una paciente refirió miedo a perder el control durante la relación sexual, este miedo es básicamente al maltrato o al dolor.

La predisposición al dolor y al malestar fue un punto de convergencia, aunque el origen de este miedo también puede ser variado, es posible que la predisposición misma, el temor mismo, sean el origen de la disfunción por el mecanismo de bola de nieve, sin haber necesariamente un desencadenante identificable.

La idea de que la baja lubricación hiciera sentir incomoda a la pareja fue referida como causa de inseguridad en el momento de la relación.

En resumen los factores psicológicos como inseguridades, miedos e ideas negativas fueron un común denominador en las pacientes con disfunción sexual, establecer si dichos factores son la causa, la consecuencia o simplemente parte de un círculo vicioso no es sencillo, por eso el abordaje de cada una de estas pacientes debe ser individual único, no hay un parámetro rígido que pueda orientar a cómo se comporta un factor psicológico o emocional en el comportamiento de la sexualidad femenina y la individualización es la calve del abordaje.

### **8.2.2 Categoría intervenciones médicas**

De forma global llama la atención que solamente 3 de las pacientes entrevistadas refirió historia de diagnósticos o de manejos médicos formulados, este es un punto de divergencia.

#### 8.2.2.1 Tratamiento

Una de las pacientes refirió manejo con lubricantes vaginales y recomendaciones de mejorar el preámbulo, la forma como la paciente refirió el consejo médico deja pensar que la aproximación que realizó el profesional y el nivel de confianza que logró con la paciente no fueron suficientes para conseguir resultados.

#### 8.2.2.2 Diagnóstico

Una de las pacientes tenía diagnóstico de vaginismo, esta paciente tiene historia crónica de síntomas de disfunción sexual, con manejos enfocados al problema, pero con poca adherencia a los mismos, esta paciente mostró un nivel de conocimiento y comprensión mayor sobre su condición que otras entrevistadas.

Una de las entrevistadas refirió un juicio a priori hecho por un profesional en cuanto a la posibilidad de que el cambio de pareja fuera el origen de los síntomas de disfunción.

### **Análisis**

En general la categoría de intervenciones médicas tiene una tendencia a divergencia ya que los conceptos médicos referidos fueron escasos, generaron poca ayuda en las pacientes mala recordación. El uso de lubricantes se considera un manejo de la disfunción sexual.

#### **8.2.3 Categoría manifestaciones clínicas**

##### 8.2.3.1 Físicas

El mayor punto de convergencia de las entrevistas fue la presencia de dolor, este fue referido por la totalidad de las entrevistadas. El dolor se acompañó de forma constante de falta de lubricación. Esta sintomatología hace pensar en relaciones sexuales con penetraciones mal lubricadas o forzadas que como consecuencia generan síntomas irritativos locales.

El dolor postcoital fue también un punto de convergencia, este se manifiesta principalmente durante la micción, lo cual tiene sentido si la orina entra en contacto con un área vulvar inflamada. Este punto resulta importante en el contexto de la asociación que existe en la literatura entre las infecciones urinarias frecuentes y las relaciones sexuales “la cistitis de la luna de miel”, una condición conocida con mucha anterioridad sin embargo en la literatura no se hace un análisis de

los posibles factores mecánicos involucrados en la génesis de estos síntomas, principalmente las relaciones poco lubricadas o con exceso de fricción.

Otro punto de convergencia se encontró en la temporalidad de los síntomas de dolor, la mayoría de las pacientes refirió mayor intensidad del dolor y mayor severidad en la falta de lubricación al comienzo de las penetraciones. Estos síntomas permiten suponer que estas pacientes no tienen una dificultad física para la lubricación, que en realidad la sequedad vaginal en ellas es circunstancial. En otras palabras, es probable que el inicio de las relaciones sexuales penetrativas en ellas se esté produciendo antes de que la vagina esté físicamente preparada para esto.

Con respecto al orgasmo la información recolectada fue divergente, se encontraron mujeres que manifestaron dificultades con su sexualidad teniendo desde ninguno hasta orgasmo en 9 de cada 10 relaciones sexuales, solamente una de las entrevistadas manifestó la falta de orgasmo como su preocupación principal, las demás hicieron alusión al tema únicamente al preguntarles. Es llamativa la poca preocupación de este grupo de mujeres sobre este tema. Fue un punto convergente que las pacientes logaran más orgasmos con masturbación que con la pareja, lo cual tiene sentido en el contexto de la facilidad para estimular manualmente el clítoris, órgano de placer sexual por excelencia.

La falta de deseo fue frecuente como motivo principal de consulta de las entrevistadas, sin embargo, fue una consecuencia frecuente de los demás síntomas referidos, más que una preocupación primordial.

En una paciente la inconformidad con respecto a su sexualidad se basaba en lo referido como normal dentro de su grupo social de amigas, el parámetro de normalidad referido a ella fue lo que la hizo pensar que su desempeño sexual no era normal.

Fue un punto de convergencia en las entrevistas que los síntomas son de aparición progresiva, es decir que no hubo desencadenantes claramente identificados, más bien, la aparición de las molestias fue gradual y por la misma razón no fue fácil para la mayor parte de entrevistadas identificar un factor desencadenante, cuanto clínicamente si fue evidente. Este hallazgo habla de la multidimensionalidad de la sexualidad femenina.

Llama la atención que las pacientes no consultaron por síntomas aislados, más bien la clínica de todas ellas es el resultado de múltiples factores físicos y psicológicos en los cuales la ponderación de importancia de cada uno de dichos síntomas dependió de factores individuales, sociales y/o de pareja en cada caso muy diferentes. Esto hace cuestionar fuertemente las clasificaciones de disfunción sexual, particularmente la descrita por el DSM5 en donde cada manifestación clínica se aborda de forma independiente (deseo, excitación, orgasmo).

#### 8.2.3.2 Sexuales

Fue llamativo que la inmensa mayoría de las molestias referidas por las pacientes fue en la categoría de lo físico, solamente una paciente se refería a sus síntomas como falta de placer, cuando todas las demás refería su problemática como dolor o sequedad.

Este concepto es tremendamente profundo si pensamos en: ¿cuál es el objetivo de la sexualidad en el ser humano?, si nuestro objetivo es tener placer, no es claro entonces, ¿por qué conceptualmente la preocupación de las pacientes es dejar de sentir dolor o mejorar la lubricación?. El placer en lo sexual está ligado la mayoría de las veces a ausencia de dolor, pero esta tendencia puede significar también que muchas mujeres no han asumido su sexualidad como una parte importante de sus vidas y el placer sigue siendo algo secundario en sus prioridades.

En concordancia con el párrafo anterior solamente una paciente refirió dentro de la entrevista qué era lo que esperaba de la ayuda médica que estaba buscando.

#### 8.2.4 Categoría percepciones de las pacientes

##### 8.2.4.1 Relación de pareja

Lo referido por las pacientes en cuanto al papel de la pareja en su vida sexual fue altamente divergente, solamente dos conceptos coincidieron en que el papel comprensivo, respetuoso de sus parejas, había sido importante para todo el proceso de enfoque de la disfunción.

Dos pacientes refirieron que nunca comentaron sus problemas con su pareja, incluso cuando los síntomas o las dificultades tenían que ver todo con conductas de su pareja sexual.

La percepción de que con el tiempo de relación sentimental la sexualidad de la pareja cambia, fue mencionada por una de las entrevistadas, no como algo necesariamente negativo, pero si como un aspecto que la pareja debe aprender a conciliar en el tiempo.

La sexualidad por “deber” o por “complacer a la pareja” fue mencionada en una de las entrevistas, este es un tópico del cual se podría hacer todo un tratado social. El concepto mismo de tener que dar placer a otro a expensas del propio bienestar es un síntoma claro de la falta de empoderamiento de la mujer con su autonomía, su importancia y su sexualidad.

Otros aspectos que aparecieron fue la comparación que se puede hacer en los síntomas de disfunción de una pareja a otra para orientar los síntomas hacia un problema físico o no y para poder establecer una persistencia en el tiempo de dichos síntomas a pesar de cambiar las condiciones de su pareja sexual.

En este punto es llamativo pensar que el papel de la masturbación en la sexualidad de la mujer implica más que un acto de satisfacción física, un acto de empoderamiento de la mujer con su sexualidad. Este empoderamiento se manifiesta en términos de asumir su propio placer y su cuerpo. Si miramos el aspecto físico de la satisfacción sexual como un instinto primitivo similar al hambre, la sed, el calor o el frío, etc... ¿por que el sexo es la única necesidad sobre la cual muchas mujeres delegan esta responsabilidad en otra persona? Mas allá de la multidimensionalidad de la sexualidad, el aspecto físico primitivo de satisfacción de deseo sexual debería ser una decisión y una posibilidad autónoma de todos los seres humanos, y no una responsabilidad de su pareja, más aún si dicha pareja se comporta egoísta al respecto y la satisfacción de su pareja sexual dista de sus prioridades. Escenario frecuente en la intimidad de nuestras mujeres.

#### 8.2.4.2 Asociación con infecciones

En una de las entrevistas se expresó la preocupación por que los síntomas tuviesen una explicación en infecciones urinarias o vaginales, también otra entrevistada expresó que el olor de su pareja se producía temor por la posibilidad de adquirir enfermedades transmisibles. Se trata de un riesgo real, la posibilidad de adquirir enfermedades de transmisión sexual, sin embargo, los síntomas de disfunción se asociaron en todos los casos al temor por las mismas más que al antecedente o la presencia de estas condiciones.

#### 8.2.4.3 Manejos empíricos

Esto es llamativo dado que ninguna de las pacientes tenía dificultades físicas reales con la lubricación, y que, como lo mencionábamos previamente, la falta de lubricación fue siempre circunstancial. Esto hace cuestionar sobre la indicación real de los lubricantes vaginales,

frecuentemente recomendados en la consulta médica normalizados en la cultura sexual de muchas mujeres.

#### 8.2.4.4 Uso de anticonceptivos

Una de las pacientes mencionó relación entre sus métodos anticonceptivos y las dificultades con su sexualidad, esta relación fue descrita en dos sentidos: por un lado, la paciente desconfiaba del método lo cual generó temor al embarazo y este temor se relacionaba con sus síntomas de disfunción. Por otra parte, apareció la idea de que el método anticonceptivo se vuelve más confiable en el tiempo, es decir que entre más largo sea su uso sin fallos es más confiable. La asociación de los métodos anticonceptivos y sexualidad en esta paciente tiene más relación con inseguridad y temor que con una relación física de las dos circunstancias.

#### 8.2.4.5 Aspectos de la sexualidad

La subcategoría de aspectos de la sexualidad fue una de las más diversas, la mayoría de aspectos no tuvo tendencia a repetirse en las entrevistas, incluso cuando se repitieron, la percepción del mismo tipo de eventos fue diferente de una mujer a otra. Esto no es una sorpresa dada la multidimensionalidad de la sexualidad femenina, pero, resulta fundamental para el análisis global del tema.

Hay una tendencia a desligar la lubricación de la excitación en algunas de las entrevistadas, es decir que el nivel de lubricación es independiente del nivel de excitación, cuando se indaga sobre un mayor grado de excitación y su relación con mayor lubricación, todas coinciden en que hay una relación directa entre los dos eventos. Este hallazgo habla del poco conocimiento de las respuestas fisiológicas en algunas mujeres, incluso en sus propios cuerpos.

Solamente una de las entrevistadas refirió la estrechez vaginal como un problema dentro de su sexualidad, esta idea la paciente la tenía porque su pareja se lo ha referido previamente, no porque ella lo conozca de primera mano. Esto es llamativo es llamativo en el contexto de un grupo de mujeres que refieren dolor, baja lubricación y síntomas irritativos postcoitales, hallazgos que suelen estar estrechamente relacionados con diferentes niveles de vaginismo (estrechez vaginal muscular involuntaria).

Una de las pacientes refirió aversión al olor del semen, el cual genera temor a las infecciones y repulsión.

Una de las entrevistadas refirió ayudarse con alcohol para desinhibirse durante la relación sexual. Esto tiene que ver con la idea, de que disminuir el nivel de inhibición hace mejorar el contacto sexual. El alcohol tiene efecto depresor del sistema nervioso central, así que tiene sentido fisiológico la idea referida por la paciente, al margen de lo ético que puede ser o no en una consulta médica hablar del uso del alcohol. Esta discusión excede el alcance del presente escrito.

Hubo entrevistadas que refirieron dolor o molestias solamente en algunas posiciones, esto puede estar relacionado con las molestias que genera el contacto del pene con el cuello uterino, con la vejiga o con alguna patología específica de la pelvis.

Un factor que apareció en 4 de las entrevistadas fue la necesidad de masturbación para conseguir placer sexual. Llama la atención que algunas de ellas practican la masturbación, pero solamente en privado, cuando lo hacen en pareja refieren no conseguir el mismo grado de satisfacción. Este factor se relacionó con la necesidad de algunas mujeres de recibir estímulos muy específicos en áreas muy específicas, es decir que hay una necesidad real o creada de un patrón muy particular para percibir placer.

Una de las pacientes refirió un condicionamiento por parte de su grupo de amigas, su concepto de normalidad en cuanto al número de orgasmos y la calidad de los mismos estaba condicionado por las experiencias referidas de sus amigas, por otra parte, hubo entrevistadas para quienes alcanzar un solo orgasmo habría sido la consecución de un logro. Nuevamente la percepción de un patrón de normalidad fue un determinante en el motivo de consulta de las pacientes.

Una de las pacientes refirió asociación entre exceso de lubricación (por un lubricante) y falta de placer sexual para ella y para su pareja. Este es un aspecto muy interesante de las ideas de placer de las mujeres, ya que no hay un estándar del grado de lubricación ideal de una mujer, la fisiología de la sexualidad diría que un mayor grado de excitación se acompañaría de un mayor grado de lubricación y mayor placer. Nuevamente los patrones concebidos previamente por las mujeres son determinantes de la forma como se vive la sexualidad.

La falta de deseo se mostró como un aspecto secundario a las experiencias adversas previas, no hubo pacientes en quienes la falta de deseo fuese primaria en el grupo de entrevistadas.

#### **8.2.5 Masturbación:**

La masturbación apareció como un aspecto secundario en todas las entrevistas, las pacientes en su mayoría hablaron de esto, no porque se les indagó el tema y no porque ellas consultaran directamente inquietudes en el asunto.

Una de las pacientes refirió una idea negativa de la masturbación por riesgo de infecciones relacionada como el motivo para no hacerlo.

Lo más llamativo en cuanto al aspecto cualitativo de la masturbación fue que una de las entrevistadas tiene pocos orgasmos incluso con masturbación pero, era una práctica frecuente. Esto hace repensar la importancia del orgasmo en la sexualidad femenina.

#### **8.2.6 Consecuencias de la disfunción**

##### **8.2.6.1 Físicas**

El dolor, la irritación y los síntomas urinarios postcoitales fueron las consecuencias en la dimensión de lo físico, dicha dimensión fue la menos referida por las pacientes. El aspecto fundamental a estudiar en esta dimensión es el riesgo real que pueda haber de infecciones urinarias a repetición. Aparece el cuestionamiento de: ¿hasta qué punto hay infecciones urinarias con colonización bacteriana en estas mujeres?, en el contexto de relaciones sexuales poco lubricadas y con trauma vaginal y uretral secundario (entendiendo la uretra como parte de la vagina). En este punto aparece un área completa de posible investigación ya que debemos cuestionarnos ¿hasta qué punto la disfunción sexual femenina está contribuyendo en la incidencia de infección urinaria?, ¿hasta qué punto estas infecciones urinarias son prevenibles? y aspectos sociales como ¿estamos en una sociedad que ha normalizado el exceso de fricción y la baja lubricación como aspectos deseables de la sexualidad de la mujer? Ideas como ¿es bueno y más deseable que una mujer sea más estrecha... pueden estar haciendo daño a la sexualidad y posiblemente a la salud física de las mujeres?

##### **8.2.6.2 Psicológicas**

Los aspectos más frecuentemente encontrados y que se convierten en un punto de convergencia son la predisposición a una mala experiencia y el temor al dolor. Aunque fue un aspecto tocado de

forma sutil durante las entrevistas, esta consecuencia puede trascender a convertirse en la causa misma de la disfunción, esa asociación esta descrita en la literatura como un círculo vicioso de respuestas negativas que termina por convertirse en respuestas involuntarias e inapropiadas crónicas como el vaginismo. Esta teoría cobra fuerza si volvemos a la forma insidiosa como se presentan los síntomas de disfunción en las pacientes encuestadas, podemos teorizar entonces al respecto de la siguiente forma ¿es la disfunción sexual femenina un problema con inicios sutiles y que secundario a las malas experiencias y temor al dolor se convierte en un problema crónico y de difícil manejo?

#### 8.2.6.3 Relación de pareja

Los aspectos relacionados con la pareja fueron diversos también, hubo referencias a críticas y estigmatización por parte de sus parejas (frigidez), las cuales pudieron afectar la autoconfianza de las entrevistadas. El otro, sentido aparecen aspectos preocupantes desde el punto de vista de la salud y la seguridad de las pacientes como las relaciones no consentidas o no deseadas.

### 8.3 Teorización sobre el análisis de categorías y formulación de hipótesis

La masturbación no resultó ser el foco de la conversación en ninguna de las entrevistas, tampoco el interés de las pacientes. El tema de masturbación salió a flote porque era la intención de las entrevistas y posteriormente se hablo es esto como herramienta terapéutica pero, acorde a los resultados del componente cuantitativo, dada la enorme variedad de conceptos, ideas y teorías que se manejan alrededor del tema de DSF, la masturbación no fue un determinante absoluto en la sexualidad de las mujeres entrevistadas, por lo tanto al foco de las entrevistas y el foco de este informe, en su aspecto cualitativo, va a apuntar más hacia la naturaleza de la disfunción sexual femenina que hacia la masturbación. Es el conocimiento de la naturaleza de la disfunción de forma individual en cada una de las pacientes es lo que va a permitir conocer la importancia de cada una de las medidas preventivas y terapéuticas, su ponderación en el enfoque individual nos dará las herramientas que permitan ayudar a cada paciente. Difícilmente vamos a encontrar aspectos que de forma absoluta determinen la DSF, sus causas su prevención o su manejo.

En la primera revisión de la matriz de categorías emergentes evidencia una gran variedad de discursos en las entrevistas de las pacientes, los puntos de convergencia resultaron ser pocos en comparación con los aspectos disimiles. Partiendo de este punto y analizando el contenido de las

categorías surgen entonces múltiples ideas sobre la concepción existente de la disfunción sexual femenina y el enfoque que le damos como personal de salud y como sociedad. Algunas de las categorías permitieron formular teorías que fueron expresadas dentro del análisis individual de la misma categoría y fue expresado en forma de pregunta al final del análisis; la conceptualización global y la interpretación consolidada del tema en forma de teorías es la siguiente:

- **No es posible encasillar a las pacientes de disfunción dentro de una categoría**

Contrario a lo que propone la clasificación del DSM 5, la disfunción sexual femenina se presenta con síntomas múltiples. No es posible determinar en muchas de las pacientes de DSF un componente puro de “falta en la excitación” o “trastorno por falta de deseo”. Aunque estos pueden ser los motivos de consulta iniciales, en el contexto de la DSF la falta de deseo, de orgasmo o el dolor se convierten en síntomas o partes menores de un gran síndrome multidimensional llamado disfunción sexual. El enfoque de la paciente con DSF debe superar la idea purista de “un problema”, “una especialidad”, “una solución”, y avanzar hacia una idea integrativa del conocimiento, de las especialidades médicas y de las intervenciones para abordar el problema.

- **La disfunción sexual femenina no es competencia de un área específica del conocimiento.**

Al profundizar en el conocimiento de la disfunción sexual femenina se encuentra que se trata de un tema multifactorial (causas únicas o múltiples) y multidimensional (involucra lo físico, lo mental, la dimensión de la pareja, la dimensión social y hasta la dimensión laboral) tanto en su presentación clínica como en sus posibles consecuencias.

Como resultado de este entramado de posibilidades en espectro de presentación clínica, el enfoque de estas pacientes resulta extremadamente complejo y debería ser interdisciplinario. Si bien la mayoría de los síntomas, causas y consecuencias se presentan en la esfera de lo mental, la mayoría de los motivos de consulta son de naturaleza física como dolor o falta de lubricación. En este orden de ideas es fundamental la participación de:

- **Especialistas en ginecología:** debemos abordar el motivo de consulta, indagar por los desencadenantes de la disfunción, descartar causas físicas para la misma, ponderar los tipos de ayuda que necesita la paciente y direccionar a la mujer o la pareja hacia la ayuda más pertinente según la ponderación inicial.

- Especialista en salud mental: su papel es fundamental desde momentos iniciales del abordaje de estas pacientes ya que las causas, y consecuencias psicológicas son las más frecuentemente relacionadas con disfunción sexual femenina.
- Terapia de piso pélvico: dentro del abordaje terapéutico de la disfunción sexual es fundamental el manejo de la musculatura pélvica, bien sea para corregir prolapsos o incontinencia, relacionados desde los resultados cuantitativos de forma significativa con disfunción sexual, o para el enfoque físico del vaginismo como consecuencia física de la DSF.
- Terapias integrales que involucren el aspecto físico, terapia de pareja o psicoterapia individual, manejo de las causas biológicas y abordajes como la desensibilización progresiva y la masturbación dirigida, pueden ser la manera óptima de abordaje de este grupo de pacientes. En este sentido hay una necesidad sentida en el mercado.

Desde el punto de vista de las labores médicas llama la atención el poco conocimiento dentro del área de la ginecología sobre el tema de DSF, se ha normalizado en la mente de médicos y pacientes el uso de lubricantes para el tratamiento de la DSF cuando fue un punto de convergencia en las entrevistas que no hubo falla primaria en la excitación o la lubricación, hubo dificultades con el inicio de la lubricación como consecuencia de alguna situación paralela o previa que fue finalmente el origen de la disfunción.

- **Casi siempre la disfunción va a tener un desencadenante o una causa**

Un punto de convergencia fue la presencia de desencadenantes de los síntomas de disfunción, estos desencadenantes la mayoría de las veces cayó en el área de lo mental, las pacientes tuvieron “ideas” o causas físicas que desencadenaron el círculo vicioso de la DSF, una vez se estableció el círculo las manifestaciones son múltiples, y el síntoma que más generó preocupación en la paciente, por uno u otro motivo, se convirtió en su motivo de consulta. Sin significar esto que dicho síntoma explicara su disfunción... lejos de. El gran reto en el equipo que aborda pacientes con DSF es encontrar el origen para abordar la condición desde su establecimiento, corregir las causas físicas (si hay lugar a ello), trabajar las ideas persistentes respecto al tema y manejar las consecuencias.

## 9 Discusión

Después de casi tres años estudiando el fenómeno de la disfunción sexual femenina, con la hipótesis de que la masturbación protegería a las pacientes de desarrollar el problema, me encuentro con que la masturbación no explicó de forma categórica la disfunción sexual femenina en términos de factor de protección una vez se hizo el análisis multivariado. No es fácil entender la razón por la cual una práctica que es útil como terapia no lo es como prevención, es posible que el contexto de la masturbación como terapia tenga connotaciones diferentes para las mujeres, que la ubiquen en una categoría diferente, con más herramientas prácticas para su realización y con diferentes implicaciones en sus vidas, comparadas con quienes lo practican de forma lúdica y espontánea. Tal vez lo mejor que le pudo pasar a esta investigación y a mi carrera como ginecólogo es que me vea obligado a entender ¿Por qué la hipótesis no se cumplió?, y encontrar que la respuesta está en el componente cualitativo del estudio. Ahora puedo digerir más fácilmente el problema de la disfunción sexual femenina, y con el contexto que acabo de plantear escribo, una discusión de los principales hallazgos, intentando hacer un paralelo frecuente entre el componente cualitativo y cuantitativo. Aunque esto fue posible para muchas variables, indefectiblemente los dos componentes del estudio se encuentran juntos en las conclusiones.

La prevalencia de disfunción sexual en la población estudiada es de un 23%, baja con respecto a lo reportado por Studd J y Castelo-Branco (1, 2) en donde las prevalencias oscilan entre 25 y 78%, este fenómeno se podría deber a que la nuestra es un segmento de población específica, no significa que este resultado sea extrapolable ni siquiera a nivel local en Bogotá.

La asociación de masturbación con disfunción sexual no significativa en términos de riesgo no ha sido descrita en la literatura, los datos del presente estudio no muestran una asociación significativa de protección de la práctica de masturbación con la disfunción sexual femenina. Es llamativo que los resultados del análisis bivariado muestran una asociación de protección significativa, pero cuando se incluyen el resto de las variables, la asociación se hace no significativa. Es posible que esta diferencia sea significativa para poblaciones más específicas como por ejemplo tipos de disfunción sexual no referentes a fenómenos físicos. Para resolver esta duda serían necesarios estudios con poblaciones más grandes y grupos poblacionales diversos.

*Las variables clínicas estudiadas se comportaron de la siguiente forma con respecto a la literatura: aunque la historia de abuso sexual no se hizo por búsqueda activa sino por antecedente registrado en historia clínica, se asoció fuertemente con disfunción sexual, esta asociación es ampliamente conocida y es descrita por Ishak WW en 2010 y López S (15, 25).*

El estado civil soltera se asoció significativamente con menor riesgo de disfunción sexual, esto se ha descrito previamente en la literatura en términos “mujeres casadas tienen puntajes mejores en las escalas de función sexual) (46). La explicación de estos hallazgos puede estar en la comprensión que tienen las mujeres de la evolución que puede tener la sexualidad a lo largo del matrimonio. Estos aspectos fueron referidos en las entrevistas del aspecto cualitativo y, al parecer, la expectativa de algunas mujeres sobre el desempeño sexual (en términos de frecuencia, intensidad, deseo) es muchas veces diferente a lo que se encuentran en la realidad. Si bien para muchas mujeres la disminución en los hábitos sexuales es esperable con los años de matrimonio, para muchas no es así y esto puede ser el origen de disfunciones de pareja y de disfunciones sexuales.

El nivel educativo se asoció de forma significativa con disfunción sexual, esta es tal vez una de las asociaciones más conocidas respecto al tema Alirezai S 2018 (47).

El antecedente o la presencia de una enfermedad de transmisión sexual se ha descrito como un factor que, desde la dimensión de lo psicológico, es un factor de riesgo para disfunción sexual según Dunne EF, 2007 y Dalpiaz O 2008 (26, 27), sin embargo, en nuestra población esta asociación no fue significativa. Pensamos que los factores que fueron significativos en el aspecto cuantitativo como el nivel educativo son determinantes de la forma como una paciente afronta una condición adversa de salud como una ETS y de en qué medida permite que dicha condición afecte aspectos de su vida como su sexualidad. Esta perspectiva está respaldada en los hallazgos del componente cuantitativo que respalda la multidimensionalidad de la sexualidad como perspectiva amplia de enfoque de estas pacientes, y por la literatura existente al respecto Christensen BS (25).

Una de las asociaciones clásicas con disfunción sexual es la menopausia Puppo V 2013 (24), de forma llamativa en nuestro análisis el 9% de la población se encontró en menopausia y no mostró una asociación significativa con disfunción sexual. Nuevamente pensamos que factores que fueron significativos en el análisis estadístico como el nivel educativo, influyen enormemente en la forma como las mujeres asumen este cambio en sus vidas. En este aspecto sería interesante hacer estudios

que comparen grupos más heterogéneos de población para definir en qué mujeres impacta más la menopausia en su sexualidad.

Para otro grupo de enfermedades como la falla renal, enfermedades crónicas degenerativas y lesión medula, descritas como factor de riesgo para disfunción sexual (15), la población por nosotros estudiada no reunió pacientes con estas características para hacer una discusión al respecto.

La enfermedades mentales como la depresión tienen gran asociación con disfunción (15), y fue otro punto de no concordancia con la literatura. Probablemente se deba a que la búsqueda de enfermedades mentales en nuestro estudio se hizo por antecedentes en la historia clínica y no por búsqueda activa, escenario en el cual seguramente las cifras se modificarían.

Dados estos hallazgos y lo encontrado en el componente cualitativo, esta discusión se cerrará en términos de entender el problema de disfunción para así poder teorizar sobre el enfoque clínico de la condición. La gran conclusión del estudio se entiende en términos de lo cualitativo.

Hay asociaciones negativas en el imaginario colectivo de la masturbación que van desde restricciones de tipo religioso hasta temor por consecuencias físicas como infecciones o dolor, estos hallazgos son acordes con las connotaciones históricamente negativas descritas por Bardi AA en el 2003(6).

La multidimensionalidad de la disfunción sexual femenina, aspecto central de nuestro análisis cualitativo es acorde con los conceptos de sexualidad expresados por la OMS en el año 2017 (17), en el sentido que la sexualidad está influenciada por la interacción biológica, psicosocial, económica, política, legal, histórica, religiosa y espiritual. En este contexto, la teoría de la necesidad de formar grupos interdisciplinarios para el abordaje de los problemas de la sexualidad femenina cobra mucho sentido.

La presentación clínica de la disfunción sexual femenina encontrada en este estudio no se corresponde con la clasificación propuesta por el DSM5 (16), corresponde más a una compleja interacción de los múltiples factores involucrados en la sexualidad femenina y la clínica es el resultado de las percepciones de normalidad o anormalidad que tenga la paciente, usualmente una combinación de síntomas que no se puede encasillar en una clasificación estática. Esta interpretación es más acorde con el modelo de respuesta circular descrito por descrito por ter Kuile

MM en el año 2010 (12), en el cual la paciente entra en un círculo vicioso de síntomas y consecuencias que solo es interpretable de forma individual dependiendo de los determinantes de la sexualidad de cada paciente(12). Este concepto permite entender, por qué factores estáticos como la masturbación no explican suficientemente una enfermedad como la disfunción sexual femenina.

## 10 Conclusiones

La masturbación no tiene una asociación estadísticamente significativa como medida de prevención para el desarrollo de disfunción sexual femenina.

Las variables relacionadas significativamente con disfunción sexual en una asociación de protección fueron el nivel educativo y el estado civil soltera. Las variables relacionadas con disfunción sexual con una asociación de riesgo fueron incontinencia urinaria e historia de abuso sexual.

La clínica de las pacientes con disfunción sexual no corresponde necesariamente con conceptos estáticos, sino más bien con un síndrome multi dimensional que debe ser enfocado por equipos multidisciplinarios que incluyan el apoyo físico, emocional, social y de pareja que requieren estas pacientes.

Encontrar el desencadenante de los síntomas de disfunción puede ser la clave para el enfoque inicial de las pacientes con disfunción más allá del síntoma que motiva la consulta de las pacientes.

Se requieren estudios adicionales de alcance poblacional para esclarecer las diferencias que aparecen entre las mujeres que practican y las que no practican la masturbación.

## 11 Bibliografía

1. Studd J, Schwenkhagen A. The historical response to female sexuality. *Maturitas*. 2009;63(2):107-11.
2. Castelo-Branco C, Huez ML, Lagarda JL. Definition and diagnosis of sexuality in the XXI century. *Maturitas*. 2008;60(1):50-8.
3. Zhang H, Fan S, Yip PS. Sexual dysfunction among reproductive-aged Chinese married women in Hong Kong: prevalence, risk factors, and associated consequences. *J Sex Med*. 2015;12(3):738-45.
4. Philippsohn S, Hartmann U. Determinants of sexual satisfaction in a sample of German women. *J Sex Med*. 2009;6(4):1001-10.
5. Fugl-Meyer KS, Oberg K, Lundberg PO, Lewin B, Fugl-Meyer A. On orgasm, sexual techniques, and erotic perceptions in 18- to 74-year-old Swedish women. *J Sex Med*. 2006;3(1):56-68.
6. Bardi A, Leyton C, Martínez V. Masturbación: mitos y realidades. *Rev Soc Chil Obstet Ginecol Infant Adolesc*. 2003;10:7-12.
7. Jenkins LC, Mulhall JP. Delayed orgasm and anorgasmia. *Fertil Steril*. 2015;104(5):1082-8.
8. Przybylski M, Spaczyński M. [Hypoactive sexual desire disorder]. *Ginekol Pol*. 2009;80(7):518-22.
9. Meston CM, Hull E, Levin RJ, Sipski M. Disorders of orgasm in women. *J Sex Med*. 2004;1(1):66-8.
10. Andersen BL. A comparison of systematic desensitization and directed masturbation in the treatment of primary orgasmic dysfunction in females. *J Consult Clin Psychol*. 1981;49(4):568-70.
11. de Lucena BB, Abdo CH. Personal factors that contribute to or impair women's ability to achieve orgasm. *Int J Impot Res*. 2014;26(5):177-81.
12. ter Kuile MM, Both S, van Lankveld JJ. Cognitive behavioral therapy for sexual dysfunctions in women. *Psychiatr Clin North Am*. 2010;33(3):595-610.
13. Mercer CH, Fenton KA, Johnson AM, Copas AJ, Macdowall W, Erens B, et al. Who reports sexual function problems? Empirical evidence from Britain's 2000 National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles. *Sex Transm Infect*. 2005;81(5):394-9.
14. Symonds T, Boolell M, Quirk F. Development of a questionnaire on sexual quality of life in women. *J Sex Marital Ther*. 2005;31(5):385-97.
15. Ishak WW, Bokarius A, Jeffrey JK, Davis MC, Bakhta Y. Disorders of orgasm in women: a literature review of etiology and current treatments. *J Sex Med*. 2010;7(10):3254-68.
16. American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013. xlv, 947 p.
17. Organization WH, Programme HR. Sexual and Reproductive Health 2016 disponible en: [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health/sh\\_definitions/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/).
18. Jayne C, Gago BA. Diagnosis and treatment of female sexual arousal disorder. *Clin Obstet Gynecol*. 2009;52(4):675-81.
19. Puppo V, Puppo G. Anatomy of sex: Revision of the new anatomical terms used for the clitoris and the female orgasm by sexologists. *Clin Anat*. 2015;28(3):293-304.
20. Glazer HI, Rodke G, Swencionis C, Hertz R, Young AW. Treatment of vulvar vestibulitis syndrome with electromyographic biofeedback of pelvic floor musculature. *J Reprod Med*. 1995;40(4):283-90.

21. Christensen BS, Grønbaek M, Pedersen BV, Graugaard C, Frisch M. Associations of unhealthy lifestyle factors with sexual inactivity and sexual dysfunctions in Denmark. *J Sex Med.* 2011;8(7):1903-16.
22. Barbach LG. Group treatment of preorgasmic women. *J Sex Marital Ther.* 1974;1(2):139-45.
23. Struck P, Ventegodt S. Clinical holistic medicine: teaching orgasm for females with chronic anorgasmia using the Betty Dodson method. *ScientificWorldJournal.* 2008;8:883-95.
24. Puppo V. Anatomy and physiology of the clitoris, vestibular bulbs, and labia minora with a review of the female orgasm and the prevention of female sexual dysfunction. *Clin Anat.* 2013;26(1):134-52.
25. López S, Faro C, Lopetegui L, Pujol-Ribera E, Monteagudo M, Cobo J, et al. [Impact of childhood sexual abuse on the sexual and affective relationships of adult women]. *Gac Sanit.* 2016.
26. Dunne EF, Unger ER, Sternberg M, McQuillan G, Swan DC, Patel SS, et al. Prevalence of HPV infection among females in the United States. *JAMA.* 2007;297(8):813-9.
27. Dalpiaz O, Kerschbaumer A, Mitterberger M, Pinggera GM, Colleselli D, Bartsch G, et al. Female sexual dysfunction: a new urogynaecological research field. *BJU Int.* 2008;101(6):717-21.
28. Nairne KD, Hemsley DR. The use of directed masturbation training in the treatment of primary anorgasmia. *Br J Clin Psychol.* 1983;22 (Pt 4):283-94.
29. McGahuey CA, Gelenberg AJ, Laukes CA, Moreno FA, Delgado PL, McKnight KM, et al. The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): reliability and validity. *J Sex Marital Ther.* 2000;26(1):25-40.
30. Marchal-Bertrand L, Espada JP, Morales A, Gómez-Lugo M, Soler F, Vallejo-Medina P. 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.* 2016;48(2):88-97.
31. Sierra JC, Vallejo-Medina P, Santos-Iglesias P, Lameiras Fernández M. [Validation of Massachusetts General Hospital-Sexual Functioning Questionnaire (MGH-SFQ) in a Spanish population]. *Aten Primaria.* 2012;44(9):516-24.
32. Garcia-Portilla MP, Saiz PA, Fonseca E, Al-Halabi S, Bobes-Bascaran MT, Arrojo M, et al. Psychometric properties of the Spanish version of the Changes in Sexual Functioning Questionnaire Short-Form (CSFQ-14) in patients with severe mental disorders. *J Sex Med.* 2011;8(5):1371-82.
33. Keller A, McGarvey EL, Clayton AH. Reliability and construct validity of the Changes in Sexual Functioning Questionnaire short-form (CSFQ-14). *J Sex Marital Ther.* 2006;32(1):43-52.
34. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther.* 2000;26(2):191-208.
35. Garcia H, Ramos L, Carbonel J. Impacto de la incontinencia urinaria sobre la salud sexual femenina. *Revista Colombiana de Urología.* 2010;19(3):59-67.
36. Raigosa-Londoño G, Echeverri-Ramirez MC. Prevalencia del desorden de deseo sexual hipoactivo en mujeres Colombianas y factores asociados. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.* 2012;63:127-33.
37. Monterrosa-Castro Á, Márquez-Vega J, Arteta-Acosta C. Disfunción sexual en mujeres climatéricas afrodescendientes del Caribe Colombiano. *Iatreia.* 2014;27:31-41.
38. Blümel M JE, Binfá E L, Cataldo A P, Carrasco V A, Izaguirre L H, Sarrá C S. ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA: UN TEST PARA EVALUAR LA SEXUALIDAD DE LA MUJER. *Revista chilena de obstetricia y ginecología.* 2004;69:118-25.
39. López-Ibor Aliño JJ, Valdés Miyar M. DSM-IV : manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales : texto revisado. Barcelona etc.: Masson; 2009. XXSV, 1049 p. p.

40. Mimoun S, Wylie K. Female sexual dysfunctions: definitions and classification. *Maturitas*. 2009;63(2):116-8.
41. Alvarez D, Chavarriaga J, Carreño G. Función sexual femenina asociada al uso de cintas libres de tensión para el manejo de incontinencia urinaria de estrés. *Revista Urología Colombiana*. 2017;26(1):41-6.
42. Bond DS, Vithiananthan S, Leahey TM, Thomas JG, Sax HC, Pohl D, et al. Prevalence and degree of sexual dysfunction in a sample of women seeking bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis*. 2009;5(6):698-704.
43. Randolph JF, Zheng H, Avis NE, Greendale GA, Harlow SD. Masturbation frequency and sexual function domains are associated with serum reproductive hormone levels across the menopausal transition. *J Clin Endocrinol Metab*. 2015;100(1):258-66.
44. Zietsch BP, Miller GF, Bailey JM, Martin NG. Female orgasm rates are largely independent of other traits: implications for "female orgasmic disorder" and evolutionary theories of orgasm. *J Sex Med*. 2011;8(8):2305-16.
45. Kooiman CG, Ouwehand AW, ter Kuile MM. The Sexual and Physical Abuse Questionnaire (SPAQ). A screening instrument for adults to assess past and current experiences of abuse. *Child Abuse Negl*. 2002;26(9):939-53.
46. Smith RL, Gallicchio L, Flaws JA. Factors Affecting Sexual Function in Midlife Women: Results from the Midlife Women's Health Study. *J Womens health*. 2017; Sept 26(9): 923-932.
47. Alirezaei S, Ozgoli G, Añavi Majd H. Evaluation of factors associated with sexual function in infertile women. In *J fértil Steril*. 2018 jul;12(2):125-129.

## 12 Anexos

### Anexo 1 Documentos administrativos: presupuesto

PRESUPUESTO GENERAL	
RUBROS	ENTIDADES FINANCIADORAS
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN
	Dinero
PERSONAL	\$ 35.638.092,00
VIAJES	\$ -
MATERIALES E INSUMOS	\$ 163.800,00
SERVICIOS TÉCNICOS	
MATERIAL BIBLIOGRÁFICO	
EQUIPOS Y SOFTWARE	\$ 1.300.000,00
SALIDAS DE CAMPO	
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 37.101.892,00</b>

PRESUPUESTO DETALLADO									
PERSONAL									DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN
Cédula del participante	Nombre del participante	Nivel máximo de formación	Rol en el proyecto	Tipo de participante	Actividades a realizar en el proyecto	Horas mensuales dedicadas al proyecto	Nº de meses	Valor / Hora	
	Camilo Lozano	Especialista clínico	Ginecólogo		recolección de la muestra	3	3	\$ 62.909	\$ 566.181
	Tatiana Palacios	Especialista clínico	Ginecólogo		recolección de la muestra	3	3	\$ 62.909	\$ 566.181
	Elkin Escorcía	Especialista clínico	Ginecólogo		recolección de la muestra	3	3	\$ 62.909	\$ 566.181
	Diego Lopez	Especialista clínico	Ginecólogo		recolección de la muestra	3	3	\$ 62.909	\$ 566.181
	Luis Carlos Franco		investigador principal		Elaboración, coordinación desarrollo, análisis publicación	24	18	\$ 62.909	\$ 27.176.688

					del proyecto				
		tecnologo	digitador			15	1	\$ 19.67 2	\$ 295.080
	total personal								\$ 35.638.092
<b>MATERIALES E INSUMOS</b>									<b>DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN</b>
<b>Descripción</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Valor unitario</b>	<b>Justificación</b>						
papel impresión x 500	1	\$ 13.800	gestion de proyecto e instrumentos						\$ 13.800
Impresiones	500	\$ 50	gestion de proyecto e instrumentos						\$ 25.000
carpetas	250	\$ 400	gestion de proyecto e instrumentos						\$ 100.000
hurnas selladas	5	\$ 5.000	gestion de encuestas						\$ 25.000
<b>SERVICIOS TÉCNICOS</b>									<b>DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN</b>
<b>MATERIAL BIBLIOGRÁFICO</b>									
<b>Descripción</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Valor unitario</b>	<b>Justificación</b>						<b>Dinero</b>
Bases de datos			Soportado por la vincunacion a Urosario y Uniandes						\$ -
Libros			Soportado por la vincunacion a Urosario y Uniandes						\$ -
Articulos digitales			Soportado por la vincunacion a Urosario y Uniandes						\$ -
<b>EQUIPOS Y SOFTWARE</b>									<b>DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN</b>
<b>Descripción</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Valor unitario</b>	<b>Justificación</b>						
PC portatil	1	\$ 800.000							\$ 800.000
SPSS	1	\$ -	Licenciado por Uniandes para investigacion						\$ 500.000

Anexo 2 Cronograma

DURACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO EN MESES	14																								
Importante: Para efectos de la convocatoria, el cronograma sólo debe incluir las actividades propias de la ejecución del proyecto (Aqueellas posteriores a su aprobación)																									
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	MES																								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Presentación del proyecto	█																								
Verificación y validación de instrumentos		█	█	█	█																				
presentación a comité de ética y oficina de educación			█	█	█																				
Piloto de instrumentos						█																			
Revisión del piloto y ajuste de instrumentos							█																		
Repilotaje si fuera necesario								█																	
Ajustes finales									█																
Recolección de la muestra										█	█	█													
Análisis de los datos													█												
Redacción del informe final y preparación del artículo														█	█	█	█								
Sometimiento a revista																			█						

Anexo 3 Carta de aval comité de ética con instrumentos de recolección aprobados

Página 1 de 3



Fundación  
Santa Fe de Bogotá

CCEI-8606-2017  
Bogotá, noviembre 21 de 2017

Doctor  
LUIS CARLOS FRANCO AYALA  
Investigador Principal

**Ref.** Protocolo: 'Asociación entre masturbación y disfunciones sexuales en mujeres mayores de 18 años en consulta ginecológica'.

Cordial Saludo,

El Comité Corporativo de Ética en Investigación en reunión del 20 de noviembre de 2017 y como consta en el Acta 21, con un quórum del 88% conformado por 16 miembros permanentes y contando con la participación de:

Dr. Klaus Mieth – Presidente ( E )	Ortopedista- MSc. Epidemiología
Dr. Mauricio Plata	Urólogo- MSc. Epidemiología
Dra. Evelyn Halpert	Dermatóloga-Pediatra- MSc. Epidemióloga
Dr. José Fernando Vera	Gastroenterólogo- Pediatra- Esp. Epidemiología
Dra. Diana Quijano	Otorrinolaringóloga- MSc. Epidemiología
Dr. Bernardo Moreno	Gineco obstetra –MSc. Epidemiología
Dr. Juan Pablo Osorio	Químico Farmacéutico- Esp. Atención Farmacéutica
Dra. Ángela Caro	Química Farmacéutica- Esp. Epidemiología
Lic. Margarita González	Enfermera – Bioeticista-
Dra. Ana Cristina Palacio	Cardióloga – MSc. Bioética
Dra. Diana Quijano	Otorrinolaringóloga – MSc. Epidemiología
Dra. Mariangela Jiménez	Abogada – Esp. Derecho Médico
Sr. Lope Bernardo Holguín	Miembro de la Comunidad
Sra. María Eugenia Camacho	Miembro de la Comunidad

Reciben respuesta a la solicitud CCEI-8378-2017 y aprueban el protocolo de la referencia con las siguientes observaciones:

- La aprobación de esta investigación se expide por 1 año.
- Se recomienda dar lectura a las condiciones de sostenimiento de la aprobación, incluyendo lo mencionado en las Leyes de protección de datos personales e información de bases de datos.

1. Protocolo: 'Asociación entre masturbación y disfunciones sexuales en mujeres mayores de 18 años en consulta ginecológica', versión noviembre de 2017.
2. Consentimiento Informado - Encuesta- versión 3 de noviembre de 2017.
3. Consentimiento Informado - Entrevista - versión 3 de noviembre de 2017.
4. Hoja de vida del doctor Luis Carlos Franco - Especialista en Ginecología y Obstetricia, Miembro Adscrito del Departamento de Ginecología y Obstetricia, como investigador principal del estudio de la referencia, con los siguientes soportes: Certificado del Curso de Buenas Prácticas Clínicas y Declaración de Intereses.
5. Carta de adherencia a la declaración de Helsinki debidamente firmada por el investigador.

**Condiciones de sostenimiento de aprobación bajo las normas de Buena Práctica en Investigación:**

Carrera 7B No. 123-90 Bogotá D. C., Colombia - Teléfonos: (571) 603 0303 - Fax: (571) 2146668 - Nit. 860.037.950-2  
<http://10.1.0.139/AppComiteEti/CartaImprt.aspx>  
 Contactenos: [info@fsb.org.co](mailto:info@fsb.org.co) - [www.fsb.org.co](http://www.fsb.org.co)

2017/11/22



1. El Comité le solicita mantener los siguientes documentos en físico o en forma digital, los cuales serán objeto de seguimiento por parte del Comité de Ética:

- Protocolo, Enmiendas, Informes de Consentimiento, Escalas o Cuestionarios y Herramientas de recolección de datos (versiones aprobadas por el Comité).
- Cartas de sometimiento a evaluación por el Comité de Ética de los anteriores documentos y comunicado de aprobación de los mismos.
- Hojas de vida de los investigadores y certificado de Buena Práctica Clínica con 2 años de vigencia.
- Copia de la póliza de cubrimiento de eventos adversos serios (si aplica)
- Copia de todos los Informes de Consentimiento firmados por los pacientes que ingresaron al estudio (si aplica).
- Soportes diligenciados de encuestas, cuestionarios (si aplica) así como de la herramienta de recolección de datos.
- Publicación

2. Para seguimiento de los estudios se solicita que se reporte al Comité los siguientes informes (documentos que también deben quedar dentro del archivo del investigador con su correspondiente sometimiento al Comité y respuesta del mismo):

- Informar el inicio del estudio el cual corresponde a la inclusión del primer paciente o inicio de la recolección de datos.
- Sometimiento para aprobación de todos los cambios a protocolo.
- Solicitud de renovación de la aprobación anual, con el informe de gestión realizado durante el último periodo.
- Eventos adversos serios (si aplica) antes de 24 horas de conocido el evento en el Formato APY-CCEI-FOR-037 versión 2.0 del 18 de marzo de 2016 para reporte de eventos adversos en investigación.
- Informe de desviaciones/Violaciones a protocolo, a los procedimientos o a la aplicación del Informe de Consentimiento según las normas de Buena Práctica Clínica.
- Informe semestral de avances del estudio en el Formato APY-CCEI-FOR-036 el cual debe reportarse en los meses de Abril y Octubre mientras dure la investigación. Quien no remita sus informes no se le otorgará renovación de la aprobación.
- Informe de resultados y conclusiones.

Además de conocer los antecedentes expuestos en su protocolo, este Comité consideró que el estudio presenta las siguientes observaciones:

1. Los Miembros del Comité declararon no tener conflicto de interés al igual que el investigador.
2. Presenta validez social y científica
3. Presenta una selección equitativa de sujetos
4. El diseño se ajusta a las normas de Investigación en Seres Humanos.
5. La razón de beneficio fue estimada aceptable.
6. El protocolo se clasifica con riesgo mínimo. Se recomienda en todo momento tener en cuenta la Política de Protección de tratamiento de datos personales APY-POL-060, así como lo mencionado en las Leyes 1581 de 2012 - Protección de datos personales y 1266 de 2008 Ley Hábeas Data - Manejo de información contenida en las bases de datos personales. Es su responsabilidad la confidencialidad de los datos.

7. Los antecedentes curriculares de los Investigadores garantizan la ejecución del Ensayo Clínico dentro de los marcos éticamente aceptables.



**Doctor Franco, al ser aprobado este Proyecto de Investigación usted se compromete a:**

Fundación  
Santa Fe de Bogotá

1. Cumplir con los Principios Éticos de Respeto por las personas, Beneficencia y Justicia de acuerdo a Informe de Belmont.
2. Recordar que siempre debe haber una proporcionalidad entre el riesgo y el beneficio de acuerdo al Principio de Belmont.
3. Cumplir y hacer cumplir por parte de su equipo de trabajo las Regulaciones Nacionales establecidas para Investigación y a las cuales se acoge este Comité Resolución 8430 de 1993.
4. Adherirse al Código de Conducta del Cuerpo Médico y Odontológico, Política de Investigación y Estándares del Comité Corporativo de Ética en Investigación.
5. Mantener la privacidad y confidencialidad de los participantes.
6. Asegurar la veracidad de los datos de la investigación.
7. No aplicar cambios a los documentos aprobados en esta acta sin previo conocimiento y aprobación por parte de este Comité.
8. Cumplir con todas las solicitudes realizadas por este Comité, teniendo en cuenta que su incumplimiento se considerará una falta a la Buena Práctica Clínica.
9. Publicar los resultados del estudio y comunicar los mismos a la comunidad en general en especial a los sujetos en investigación y al Comité de Ética.

De la misma manera informamos que el Comité Corporativo de Ética en Investigación desarrolla labores como Comité independiente (IRB/IEC), por lo cual se anexa listado vigente de sus miembros. Igualmente éste comité se adhiere al Código de Conducta del Cuerpo Médico y Odontológico, Política de Investigación, Reglamento Interno, Resolución 8430 de 1993, Resolución 2378 de 2008, Resolución No. 2011020764 del 10 de junio de 2011, Circular externa DG-100-00381-10, Guía ICH/GCP Tripartita y Armonizada para la Buena Práctica Clínica, Declaración de Helsinki 2013, Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en seres humanos (CIOMS).

KLAUS MIETH  
Presidente(E)  
Comité Corporativo de Ética en Investigación  
Telefax 6030303 Ext. 5402  
comiteinvestigativo@fsfb.org.co

DIANA QUIJANO  
Miembro Revisor

## CONSENTIMIENTO INFORMADO ENCUESTA

La presente tiene por objeto solicitar su participación voluntaria en el estudio “Asociación entre masturbación y disfunciones sexuales en mujeres mayores de 18 años. El siguiente consentimiento informado está hecho según los parámetros de la resolución 8430 de 1993.

**OBJETIVO DEL ESTUDIO:** El estudio tiene como objetivo determinar la asociación que pueda haber entre la masturbación femenina y los problemas con la sexualidad, llamados “disfunciones sexuales”.

**QUE PACIENTES PARTICIPARAN:** Incluiremos 520 mujeres mayores de 18 años que asistan a consulta ginecológica y que sean sexualmente activas, es decir que hayan tenido relaciones sexuales hombre – mujer en el último mes. Para poder hacer un análisis mucho más confiable de los datos, no incluiremos mujeres con algunas enfermedades crónicas (como algunas enfermedades mentales, lesiones de la columna vertebral, etc.) o que consuman algunos medicamentos (como algunos medicamentos usados en psiquiatría para la depresión) que sabemos que pueden causar dificultades con la sexualidad.

**PROPOSITO JUSTIFICACIÓN:** La masturbación en la sociedad sigue siendo un tema tabú, y debemos avanzar en la comprensión de esta conducta humana. Pensamos que puede tener relación incluso con la salud sexual de la mujer adulta y por esto queremos estudiar y entender este fenómeno. Con los resultados podríamos avanzar en una educación enfocada hacia la prevención de los problemas de la sexualidad en nuestras niñas y adolescentes.

**PROCEDIMIENTO:** Una vez ha firmado el consentimiento informado, su participación consiste en:

1. Revisar con su ginecólogo/a el proceso que garantiza la confidencialidad de la información.
2. Diligenciar en su totalidad una encuesta escrita y depositar dicha encuesta en una urna sellada para este propósito. El documento de la encuesta no tendrá los datos de identificación de la participante.
3. Su ginecólogo extraerá de la historia clínica alguna información de interés para el estudio, dicha información también estará en un documento que no incluye datos de identificación.
4. Dos digitadores ingresarán la información del estudio en bases de datos que serán comparadas posteriormente para seguridad de que la digitación fue correcta.
5. La información de la base de datos será analizada estadísticamente para hallar la asociación que queremos encontrar.
6. Los documentos serán archivados por el médico investigador del departamento de Ginecología de la Fundación Santa Fé.

**RIESGOS:** La participación en esta investigación se consideran para usted los siguientes riesgos:

1. Es posible que con las preguntas que va a responder se ponga en evidencia algún problema médico, psicológico, sexual o personal que no era evidente y que esto



Estudio de asociación entre masturbación y disfunciones sexuales en mujeres mayores de 18 años en consulta ginecológica.

Versión 3  
Noviembre de 2017

modifique la idea que usted tiene sobre su salud. En tal caso le pedimos que manifieste al investigador o su ginecólogo. En tal caso, si fuera necesario, será orientada y ofrecida la ayuda médica que fuera necesaria.

**BENEFICIOS:** Su participación contribuirá al fortalecimiento de los programas de atención a mujeres con problemas en su sexualidad y dará nuevas herramientas para la prevención de los mismos.

Posibles beneficios a nivel individual:

1. Mediante la encuesta usted podría identificar fortalezas, debilidades o podría encontrar dudas o inquietudes relacionadas con su sexualidad sobre las que tendrá oportunidad de hablar en profundidad con su ginecólogo o el investigador.
2. Usted apoyará la **generación de nuevo conocimiento** para aportar así al desarrollo científico.

**PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS:** Entiendo que tengo la alternativa de no participar en el estudio o de desistir de su participación en cualquier momento del proceso

**GARANTIA DE PODER RESOLVER DUDAS:** Entiendo que puedo hacer las preguntas que considere necesarias para resolver mis dudas antes y durante mi participación en el presente estudio.

**CONFIDENCIALIDAD:** he sido informada de los procedimientos que garantizan la confidencialidad de mi información:

1. Una vez sean guardados los documentos con mi información clínica hay un mecanismo de numeración que hace difícil, incluso para el investigador, rastrear la persona de quien provinieron los datos originales.

**PUBLICACION DE RESULTADOS:** los resultados de este estudio serán publicados siguiendo los lineamientos de la declaración de Helsinki.

**COMPENSACIÓN:** Entiendo y acepto que no hay compensación económica o de otra índole por mi participación en el presente estudio.

**ACTUALIZACION SOBRE EL ESTUDIO:** Si usted lo desea puede recibir información actualizada de los avances en el estudio hasta la publicación final de los resultados.

Deseo recibir actualización  **NO** deseo recibir actualización



**Declaración de Consentimiento Informado:** Leí (o me fue leído), y he entendido la información sobre el estudio “Asociación entre masturbación y disfunciones sexuales en mujeres mayores de 18 años”, tuve la oportunidad de hacer preguntas y de recibir respuestas satisfactorias para todas ellas y con este conocimiento deseo participar en el estudio; recibí una copia de este documento firmada por el investigador.

En caso de usted crea que sus derechos han sido vulnerados, o ante cualquier inquietud sugerencia o deseo de salir del estudio usted se puede comunicar directamente con el investigador principal o un representante del comité de ética de la Fundación Santa Fé.

Investigador Principal: Luis Carlos Franco Ayala, pag 2



### CONSENTIMIENTO INFORMADO ENTREVISTA

La presente tiene por objeto solicitar su participación voluntaria en el estudio “Asociación entre masturbación y disfunciones sexuales en mujeres mayores de 18 años. El siguiente consentimiento informado está hecho según los parámetros resolución 8430 de 1993.

**OBJETIVO DEL ESTUDIO:** El estudio tiene como objetivo entender en profundidad las relaciones entre los factores personales, de pareja, sociales y culturales que intervienen en la asociación entre práctica de masturbación y disfunción sexual femenina, entendida como las dificultades o problemas en la sexualidad de las mujeres.

**QUE PACIENTES PARTICIPARAN:** Incluiremos mujeres mayores de 18 años que asistan a consulta ginecológica y que sean sexualmente activas, es decir que hayan tenido relaciones sexuales hombre – mujer en el ultimo mes, que a juicio del investigador tengan facilidad para transmitir verbalmente sus experiencias. Para poder hacer un análisis mucho mas confiable de los datos, no incluiremos mujeres con algunas enfermedades crónicas (como algunas enfermedades mentales, lesiones de la columna vertebral, etc.) o que consuman algunos medicamentos (como algunos medicamentos usados en psiquiatría para la depression) que sabemos que pueden causar dificultades con la sexualidad.

**PROPOSITO JUSTIFICACIÓN:** La masturbación en la sociedad sigue siendo un tema tabú, y debemos avanzar en la comprensión de esta conducta humana. Pensamos que puede tener relación incluso con la salud sexual de la mujer adulta y por esto queremos estudiar y entender este fenómeno. Con los resultados podríamos avanzar en una educación enfocada hacia la prevención de los problemas de la sexualidad en nuestras niñas y adolescentes.

**PROCEDIMIENTO:** Una vez ha firmado el consentimiento informado, su participación consiste en:

1. Revisar con su ginecólogo/a el proceso que garantiza la confidencialidad de la información.
2. Usted se reunirá con el investigador principal del estudio para realizar una entrevista hablada, **la cual será grabada** por el investigador y en la que se pretende profundizar al máximo en temas relacionados con su sexualidad, en especial los aspectos que tienen que ver con la masturbación y con los problemas de la sexualidad conocidos como “disfunciones sexuales”
3. En caso de ser necesario usted podría ser contactada por vía telefónica para complementar alguna información faltante.
4. Posteriormente esta entrevista será transcrita y esta versión escrita deberá ser evaluada por usted para estar seguros de que la información consignada corresponde exactamente a lo que usted quiso expresar durante la entrevista. La versión escrita de la entrevista no contiene sus datos de identificación.
5. Una vez la entrevista haya sido aprobada por usted, será analizada por dos investigadores independientes para comprobar que la interpretación y análisis de la misma se hizo de forma adecuada.



Investigador principal: Luis Carlos Franco Ayala. Pag.1

6. La versión grabada de la entrevista es destruida, la forma de hacer esto es borrar los archivos electrónicos de voz.

**RIESGOS:** La participación en esta investigación se consideran para usted los siguientes riesgos:

1. Es posible que con las preguntas que va a responder **se ponga en evidencia algún problema médico, psicológico, sexual o personal** que no era evidente para usted y que esto modifique la idea que usted tiene sobre su salud. En tal caso le pedimos que manifieste al investigador, en tal caso, si fuera necesario, será orientada y ofrecida la ayuda médica que fuera necesaria.

**BENEFICIOS:** Su participación contribuirá al fortalecimiento de los programas de atención a mujeres con problemas en su sexualidad y dará nuevas herramientas para la prevención de los mismos. Posibles beneficios a nivel individual:

1. Mediante la entrevista usted podría identificar fortalezas, debilidades o podrá encontrar dudas o inquietudes relacionadas con su sexualidad sobre las que tendrá oportunidad de hablar en profundidad.
2. Usted apoyará la **generación de nuevo conocimiento** para aportar así al desarrollo científico.

**PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS:** Entiendo que tengo la alternativa de no participar en el estudio o de desistir de su participación en cualquier momento del proceso

**GARANTIA DE PODER RESOLVER DUDAS:** Entiendo que puedo hacer las preguntas que considere necesarias para resolver mis dudas antes y durante mi participación en el presente estudio.

**CONFIDENCIALIDAD:** he sido informada de los procedimientos que garantizan la confidencialidad de mi información:

1. Una vez el investigador transcriba la entrevista, mis datos personales no serán incluidos en los documentos ni en las publicaciones del estudio.

**COMPENSACIÓN:** Entiendo y acepto que no hay compensación económica o de otra índole por mi participación en el presente estudio.

**PUBLICACION DE RESULTADOS:** los resultados de este estudio serán publicados siguiendo los lineamientos de la declaración de Helsinki

**ACTUALIZACION SOBRE EL ESTUDIO:** Si usted lo desea puede recibir información actualizada de los avances en el estudio hasta la publicación final de los resultados.

Deseo recibir actualización  **NO** deseo recibir actualización

**Declaración de Consentimiento Informado:** Leí (o me fue leído), y he entendido la información sobre el estudio "Asociación entre masturbación y disfunciones sexuales en mujeres mayores de 18 años" y tuve la oportunidad de hacer preguntas y de recibir respuestas satisfactorias para todas ellas; recibí una copia de este documento firmada por el investigador.



Investigador principal: Luis Carlos Franco Ayala. Pag.2

Estudio de asociación entre masturbación y disfunciones sexuales en mujeres mayores de 18 años en consulta ginecológica.	Versión 3 Noviembre de 2017
--	--------------------------------

En caso de cualquier inquietud sugerencia o deseo de salir del estudio usted se puede comunicar directamente con el investigador principal o un representante del comité de ética de la Fundación Santa Fé.

<b>Luis Carlos Franco Ayala</b>	<b>Comité de ética Fundación Santa Fé de Bogotá</b>
Dir: Crr 7 calle 116 Facultad de medicina Universidad de los Andes. Of 305. Cel 3142225232.	Dr Gustavo Triana - Presidente Dir: Cll 119 No 7-75. Teléfono: 6030303 ext: 5402. comiteinvestigativo@fsfb.org.co Dir: Cll 119 No 7-75. Teléfono: 6030303 ext: 5402. comiteinvestigativo@fsfb.org.co

**Participante:**

Documento de Identificación \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_

Firma del Participante \_\_\_\_\_

**Testigo 1** Nombre \_\_\_\_\_ Documento \_\_\_\_\_

**Testigo 1** Firma \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

**Testigo 2** Nombre \_\_\_\_\_ Documento \_\_\_\_\_

**Testigo 2** Firma \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_



Firma del Investigador principal \_\_\_\_\_  
Ciudad y Fecha \_\_\_\_\_

Investigador principal: Luis Carlos Franco Ayala. Pag.3

*Anexo 4 Carta de aval tutor metodológico*

Bogota, 23 de marzo de 2019

Srs  
Coordinación Postgrados Epidemiología  
Convenio UCES-UR  
Bogotá-Colombia

Respetuosamente

Envío a ustedes esta carta, con el fin de dar aval, al Dr Luis Carlos Franco Ayala, estudiante de la Maestría en Epidemiología dictada por el convenio de la Universidades CES y Universidad del Rosario, para someter a evaluación el trabajo de investigación titulado : ASOCIACION ENTRE MASTURBACION Y DISFUNCIONES SEXUALES EN MUJERES ENTRE 18 Y 70 AÑOS, con el fin de aspirar al título de Master en epidemiología.

Espero que cumpla las expectativas y requisitos necesarios para su aprobación

Att  
Daniel Molano Franco Md MsC  
Asesor Metodológico  
Instructor asociado Medicina Fundación Universitaria Ciencias de la Salud- Hospital de San Jose



Para efectos de mostrar la forma de organización de la matriz de categorías emergentes, presento una imagen de la matriz, en ella se puede ver la forma como se dispuso la información de las entrevistas. En los resultados del estudio se puede ver el análisis en detalle del contenido de las entrevistas.

Anexo 6 Certificado de conducta responsable

## COLLABORATIVE INSTITUTIONAL TRAINING INITIATIVE (CITI PROGRAM)

### COMPLETION REPORT - PART 1 OF 2 COURSEWORK REQUIREMENTS\*

\* NOTE: Scores on this Requirements Report reflect quiz completions at the time all requirements for the course were met. See list below for details.

See separate Transcript Report for more recent quiz scores, including those on optional (supplemental) course elements.

- **Name:** Luis Carlos Franco Ayala (ID: 6200597)
- **Institution Affiliation:** Universidad de los Andes (ID: 3210)
- **Institution Email:** lc.franco@uniandes.edu.co
- **Institution Unit:** Facultad de Medicina
- **Curriculum Group:** Spanish Courses
- **Course Learner Group:** Responsible Conduct of Research - Spanish
- **Stage:** Stage 1 - Basic
- **Record ID:** 23268453
- **Completion Date:** 13-Jun-2017
- **Expiration Date:** 12-Jun-2020
- **Minimum Passing:** 80
- **Reported Score\*:** 90

### REQUIRED AND ELECTIVE MODULES ONLY DATE COMPLETED SCORE

Autoría (cuestiones básicas sobre la investigación responsable) (ID: 16839) 26-May-2017 5/5 (100%)  
Investigación en colaboración (cuestiones básicas sobre investigación responsable) (ID: 16840) 26-May-2017 4/5 (80%)  
Conflictos de interés (cuestiones básicas sobre investigación responsable) (ID: 16841) 26-May-2017 5/5 (100%)  
Gestión de datos (cuestiones básicas sobre investigación responsable) (ID: 16842) 13-Jun-2017 5/5 (100%)  
Responsabilidad económica (cuestiones básicas sobre investigación responsable) (ID: 16843) 13-Jun-2017 4/5 (80%)  
Tutorías (cuestiones básicas sobre la investigación responsable) (ID: 16844) 13-Jun-2017 5/5 (100%)  
Revisión de pares (cuestiones básicas sobre la investigación responsable) (ID: 16845) 13-Jun-2017 4/5 (80%)  
Conducta indebida en investigación (cuestiones básicas sobre investigación responsable) (ID: 16846) 13-Jun-2017 4/5 (80%)

Introducción a la investigación responsable (IR) (cuestiones básicas sobre IR) (ID: 17046) 13-Jun-2017 No Quiz

**For this Report to be valid, the learner identified above must have had a valid affiliation with the CITI Program subscribing institution**

**identified above or have been a paid Independent Learner.**

**Verify at:** [www.citiprogram.org/verify/?kee4f10e3-a3be-4db6-a92c-757ed44bc711-23268453](http://www.citiprogram.org/verify/?kee4f10e3-a3be-4db6-a92c-757ed44bc711-23268453)

**Collaborative Institutional Training Initiative (CITI Program)**

Email: [support@citiprogram.org](mailto:support@citiprogram.org)

Phone: 888-529-5929

Web: <https://www.citiprogram.org>

## COLLABORATIVE INSTITUTIONAL TRAINING INITIATIVE (CITI PROGRAM)

### COMPLETION REPORT - PART 2 OF 2 COURSEWORK TRANSCRIPT\*\*

\*\* NOTE: Scores on this Transcript Report reflect the most current quiz completions, including quizzes on optional (supplemental) elements of the course. See list below for details. See separate Requirements Report for the reported scores at the time all requirements for the course were met.

- **Name:** Luis Carlos Franco Ayala (ID: 6200597)
- **Institution Affiliation:** Universidad de los Andes (ID: 3210)
- **Institution Email:** lc.franco@uniandes.edu.co
- **Institution Unit:** Facultad de Medicina
- **Curriculum Group:** Spanish Courses
- **Course Learner Group:** Responsible Conduct of Research - Spanish
- **Stage:** Stage 1 - Basic
- **Record ID:** 23268453
- **Report Date:** 26-Aug-2017
- **Current Score\*\*:** 90

### REQUIRED, ELECTIVE, AND SUPPLEMENTAL MODULES MOST RECENT SCORE

Autoría (cuestiones básicas sobre la investigación responsable) (ID: 16839) 26-May-2017 5/5 (100%)  
Investigación en colaboración (cuestiones básicas sobre investigación responsable) (ID: 16840) 26-May-2017 4/5 (80%)  
Conflictos de interés (cuestiones básicas sobre investigación responsable) (ID: 16841) 26-May-2017 5/5 (100%)  
Gestión de datos (cuestiones básicas sobre investigación responsable) (ID: 16842) 13-Jun-2017 5/5 (100%)  
Responsabilidad económica (cuestiones básicas sobre investigación responsable) (ID: 16843) 13-Jun-2017 4/5 (80%)  
Tutorías (cuestiones básicas sobre la investigación responsable) (ID: 16844) 13-Jun-2017 5/5 (100%)  
Revisión de pares (cuestiones básicas sobre la investigación responsable) (ID: 16845) 13-Jun-2017 4/5 (80%)

Conducta indebida en investigación (cuestiones básicas sobre investigación responsable) (ID: 16846) 13-Jun-2017 4/5 (80%)

Introducción a la investigación responsable (IR) (cuestiones básicas sobre IR) (ID: 17046) 13-Jun-2017 No Quiz

**For this Report to be valid, the learner identified above must have had a valid affiliation with the CITI Program subscribing institution**

**identified above or have been a paid Independent Learner.**

**Verify at:** [www.citiprogram.org/verify/?kee4f10e3-a3be-4db6-a92c-757ed44bc711-23268453](http://www.citiprogram.org/verify/?kee4f10e3-a3be-4db6-a92c-757ed44bc711-23268453)

**Collaborative Institutional Training Initiative (CITI Program)**

Email: [support@citiprogram.org](mailto:support@citiprogram.org)

Phone: 888-529-5929

Web: <https://www.citiprogram.org>

*Anexo 7 Curso buenas practicas contexto colombiano*

## COLLABORATIVE INSTITUTIONAL TRAINING INITIATIVE (CITI PROGRAM)

### COMPLETION REPORT - PART 1 OF 2

#### COURSEWORK REQUIREMENTS\*

\* NOTE: Scores on this Requirements Report reflect quiz completions at the time all requirements for the course were met. See list below for details.

See separate Transcript Report for more recent quiz scores, including those on optional (supplemental) course elements.

- **Name:** Luis Carlos Franco Ayala (ID: 6200597)
- **Institution Affiliation:** Universidad de los Andes (ID: 3210)
- **Institution Email:** lc.franco@uniandes.edu.co
- **Institution Unit:** Facultad de Medicina
- **Curriculum Group:** Curso Básico de Ética en Investigación en Humanos en el Contexto Colombiano..
- **Course Learner Group:** Curso Básico de Ética en Investigación en Humanos en el Contexto Colombiano
- **Stage:** Stage 1 - Stage 1
- **Record ID:** 23268444
- **Completion Date:** 21-Jul-2017
- **Expiration Date:** 21-Jul-2019
- **Minimum Passing:** 80
- **Reported Score\*:** 90

#### REQUIRED AND ELECTIVE MODULES ONLY DATE COMPLETED SCORE

Introducción - Colombia (ID: 14825) 17-Jul-2017 No Quiz  
Antecedentes - Colombia (ID: 14690) 17-Jul-2017 4/4 (100%)  
Regulación Ética en Investigación con Seres Humanos en Colombia (ID: 14511) 17-Jul-2017 4/5 (80%)  
Consentimiento informado - Colombia (ID: 14497) 17-Jul-2017 4/4 (100%)  
Investigación Clínica - Colombia (ID: 14503) 17-Jul-2017 5/5 (100%)  
Investigación con Población Vulnerable - Colombia (ID: 14510) 17-Jul-2017 4/5 (80%)  
Investigación Social y del Comportamiento para Investigadores Biomédicos - Colombia (ID: 14708) 17-Jul-2017 3/3 (100%)  
Investigación Genética - Colombia (ID: 14509) 17-Jul-2017 6/6 (100%)  
Privacidad y Confidencialidad - Colombia (ID: 14516) 18-Jul-2017 4/5 (80%)  
Los Comités de Ética en Investigación - Colombia (ID: 14706) 18-Jul-2017 5/5 (100%)  
Aspectos Técnicos y Éticos en el Cuidado y uso de Modelos Animales en Investigación - Colombia (ID: 14487) 18-Jul-2017 7/8 (88%)  
Integridad Científica - Colombia (ID: 14707) 18-Jul-2017 5/6 (83%)  
Investigación Cooperativa - Colombia (ID: 14505) 18-Jul-2017 11/11 (100%)  
La mentoría en investigación - Colombia (ID: 14705) 18-Jul-2017 3/3 (100%)  
Manejo de Información - Colombia (ID: 14731) 21-Jul-2017 4/7 (57%)

**For this Report to be valid, the learner identified above must have had a valid affiliation with the CITI Program subscribing institution**

**identified above or have been a paid Independent Learner.**

**Verify at:** [www.citiprogram.org/verify/?k48b1407f-d604-444a-81f1-ea57cada5e96-23268444](http://www.citiprogram.org/verify/?k48b1407f-d604-444a-81f1-ea57cada5e96-23268444)

**Collaborative Institutional Training Initiative (CITI Program)**

Email: [support@citiprogram.org](mailto:support@citiprogram.org)

Phone: 888-529-5929

Web: <https://www.citiprogram.org>

## COLLABORATIVE INSTITUTIONAL TRAINING INITIATIVE (CITI PROGRAM)

### COMPLETION REPORT - PART 2 OF 2

#### COURSEWORK TRANSCRIPT\*\*

\*\* NOTE: Scores on this Transcript Report reflect the most current quiz completions, including quizzes on optional (supplemental) elements of the course. See list below for details. See separate Requirements Report for the reported scores at the time all requirements for the course were met.

- **Name:** Luis Carlos Franco Ayala (ID: 6200597)
- **Institution Affiliation:** Universidad de los Andes (ID: 3210)
- **Institution Email:** lc.franco@uniandes.edu.co
- **Institution Unit:** Facultad de Medicina
- **Curriculum Group:** Curso Básico de Ética en Investigación en Humanos en el Contexto Colombiano..
- **Course Learner Group:** Curso Básico de Ética en Investigación en Humanos en el Contexto Colombiano
- **Stage:** Stage 1 - Stage 1
- **Record ID:** 23268444
- **Report Date:** 26-Aug-2017
- **Current Score\*\*:** 90

#### REQUIRED, ELECTIVE, AND SUPPLEMENTAL MODULES MOST RECENT SCORE

Aspectos Técnicos y Éticos en el Cuidado y uso de Modelos Animales en Investigación - Colombia (ID: 14487) 18-Jul-2017 7/8 (88%)

Antecedentes - Colombia (ID: 14690) 17-Jul-2017 4/4 (100%)

Consentimiento informado - Colombia (ID: 14497) 17-Jul-2017 4/4 (100%)

Investigación Clínica - Colombia (ID: 14503) 17-Jul-2017 5/5 (100%)

Investigación Cooperativa - Colombia (ID: 14505) 18-Jul-2017 11/11 (100%)

Investigación Genética - Colombia (ID: 14509) 17-Jul-2017 6/6 (100%)

Investigación con Población Vulnerable - Colombia (ID: 14510) 17-Jul-2017 4/5 (80%)

Regulación Ética en Investigación con Seres Humanos en Colombia (ID: 14511) 17-Jul-2017 4/5 (80%)

Privacidad y Confidencialidad - Colombia (ID: 14516) 18-Jul-2017 4/5 (80%)

La mentoría en investigación - Colombia (ID: 14705) 18-Jul-2017 3/3 (100%)

Integridad Científica - Colombia (ID: 14707) 18-Jul-2017 5/6 (83%)

Investigación Social y del Comportamiento para Investigadores Biomédicos - Colombia (ID: 14708) 17-Jul-2017 3/3 (100%)

Los Comités de Ética en Investigación - Colombia (ID: 14706) 18-Jul-2017 5/5 (100%)

Manejo de Información - Colombia (ID: 14731) 21-Jul-2017 4/7 (57%)

Introducción - Colombia (ID: 14825) 17-Jul-2017 No Quiz

**For this Report to be valid, the learner identified above must have had a valid affiliation with the CITI Program subscribing institution**

**identified above or have been a paid Independent Learner.**

**Verify at:** [www.citiprogram.org/verify/?k48b1407f-d604-444a-81f1-ea57cada5e96-23268444](http://www.citiprogram.org/verify/?k48b1407f-d604-444a-81f1-ea57cada5e96-23268444)

**Collaborative Institutional Training Initiative (CITI Program)**

Email: [support@citiprogram.org](mailto:support@citiprogram.org)

Phone: 888-529-5929

Web: <https://www.citiprogram.org>

Anexo 8 Actas de socialización entre recolectores de información

Bogotá, Enero 17 de 2018

**Acta de ajustes al proceso de recolección de muestra en estudio "asociación entre disfunción sexual femenina y masturbación en consulta ginecológica"**

Asistentes.

Luis Carlos Franco Ayala Investigador principal

Diego Armando Lopez Convestigador

Elkin Escorcía Coinvestigador

Camilo Lozano Coinvestigador

Temas tratados:

1. Una vez verificado que la aleatorización de la muestra hará difícil y larga la realización del estudio, se invitará a las pacientes con criterios de inclusión de la consulta ginecológica sin aleatorización.
2. El campo de fecha de nacimiento fue diligenciado con frecuencia de forma equivocada por las pacientes durante el piloto, por lo tanto se indica verificar siempre este dato antes de terminar la recolección de cada una de las encuestas.

Firma de los participantes:

Elkin E. Escorcía C.  
Diego A. Lopez P.  
Camilo Lozano

Bogotá, Enero 17 de 2018

**Acta de reunión de preparación de recolección de muestra para el estudio "asociación entre disfunción sexual femenina y masturbación en consulta ginecológica"**

Asistentes.

Luis Carlos Franco Ayala Investigador principal

Diego Armando Lopez Convestigador

Elkin Escorcía Coinvestigador

Camilo Lozano Coinvestigador

Temas tratados:

1. Se hace una unificación de términos y conceptos respecto al estudio.
2. Se explica el proceso de identificación de pacientes, criterios de inclusión y exclusión según el protocolo en referencia
3. Se hace una difusión de los principios éticos involucrados en el estudio y detallados en el protocolo
4. Se hace énfasis en la identificación de posibles consecuencias físicas o emocionales para las participantes secundarias a su participación en el estudio y los planes de contingencia previstos en caso que estas consecuencias se presenten.

Firma de los participantes:

*Elkin E. Escorcía C.*  
*Diego Armando Lopez*  
*Camilo Lozano*

Anexo 9 Validación de contenido de instrumentos de recolección de la información

Instrumento para validación de apariencia de las preguntas no validadas de encuesta en el marco del estudio "asociación entre disfunción sexual y masturbación en mujeres"

1

Nombre del Evaluador Catalina Andrea Arroyave  
Profesión Ginecóloga

A continuación encontrará una serie de preguntas que son parte de una encuesta dirigida a mujeres para determinar la asociación cuantitativa entre masturbación y disfunción sexual. Por favor indique en la casilla indicada si, en su concepto, la pregunta está indagando adecuadamente el aspecto que se pretende en el estudio.

Para cada una de ellas encontrará un párrafo que explica el propósito de cada pregunta y una escala de 1 a 4 en donde usted deberá marcar que tan de acuerdo está con la formulación de la pregunta y un espacio para realizar sus comentarios. Previo a la formulación de las preguntas habrá instrucciones para las participantes en el estudio de marcar solamente una de las alternativas formuladas.

Pregunta 1. Selección. Pregunta categórica sobre la práctica de masturbación.	Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
¿Usted se masturba? (entendido como el auto estímulo genital para obtener placer sexual) • Si • No				X
Propósito de la pregunta: En esta primera pregunta espero de forma simple y categórica si la persona acepta que practica la masturbación. Deseo preguntar dos veces sobre la práctica de masturbación, es redundante ya que en la pregunta siguiente se interroga lo mismo pero en otros términos, esto lo hago para hacer un análisis de concordancia de las preguntas.				
Observaciones pregunta 1:				

Pregunta 2. Sobre masturbación; frecuencia de la práctica.	Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
En caso de practicar la masturbación. ¿aproximadamente qué tanto lo hace? • Una vez a la semana o mas • Entre 1 y 3 veces al mes • Entre 2 y 6 veces al año • Una vez al año o menos				X
Propósito de la pregunta: En esta pregunta espero entrar en el detalle de las prácticas masturbatorias, pretendo determinar si hay una asociación entre la cantidad de exposición a la masturbación con respecto al desenlace, o si es simplemente dicha práctica la que se asocia, independientemente de su frecuencia. Por tratarse de un estudio de cohortes, el efecto "dosis respuesta" y la "fuerza de asociación" cobran importancia, y los dos factores son evaluables estratificando la masturbación como factor de exposición.				
Observaciones pregunta 2:				

Instrumento para validación de apariencia de las preguntas no validadas de encuesta en el marco del estudio "asociación entre disfunción sexual y masturbación en mujeres"

2

Pregunta 3. Sobre masturbación, forma de hacerlo	Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
<p>En caso de practicar masturbación. ¿Qué parte de su cuerpo estimula?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con estímulo solamente <b>externo, es decir en clítoris</b></li> <li>• Con estímulo <b>interno, es decir en vagina</b></li> <li>• <b>Los dos anteriores</b></li> <li>• Otras formasCuales?</li> </ul>				X
<p>Propósito de la pregunta: Hay literatura que soporta que el antecedente de masturbación interna o vaginal en las mujeres hace que posteriormente puedan disfrutar más de las relaciones sexuales penetrativas. Esta literatura hace que sea importante en este estudio estratificar el factor "masturbación" dependiendo del sitio de estímulo, además porque un motivo frecuente de disfunción sexual en la consulta ginecológica es el dolor con la penetración. Se pretende con esta pregunta encontrar las mujeres que se masturban con estímulo vaginal y diferenciarlas de quienes estimulan solamente en clítoris u otras zonas erógenas del cuerpo.</p>				
Observaciones pregunta 3				
Pregunta 4. Sobre masturbación, desde que edad lo hace?	Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
<p>En caso de practicar masturbación, ¿A qué edad aproximada empezó a masturbarse?</p> <p>Respuesta: Aproximadamente a los _____ años</p>				X
<p>Propósito de la pregunta: Ya que el estudio es de cohorte retrospectiva, debo demostrar la antecedencia del factor de exposición (masturbación) con respecto al desenlace (disfunción sexual)</p>				
Observaciones pregunta 4				

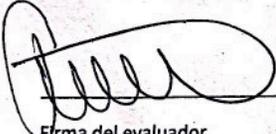
Escala MGH-SFQ: Para la siguiente pregunta usted debe conocer la escala que se utilizará para medir la disfunción sexual. Esta escala no se puede modificar, pero sí la pregunta referente a la antigüedad de la disfunción:

pregunta	Totalmente disminuido/a	Marcadamente disminuido/a	Moderadamente disminuido/a	Minimamente disminuido/a	Normal
1. ¿Cómo ha estado su interés sexual en el último mes?	0	1	2	3	4
2. ¿Cómo ha estado su capacidad para conseguir una 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 calificaría su satisfacción sexual general en el último mes?	0	1	2	3	4

Instrumento para validación de apariencia de las preguntas no validadas de encuesta en el marco del estudio "asociación entre disfunción sexual y masturbación en mujeres"

3

Pregunta 5. Sobre Disfunción sexual: antigüedad de los síntomas.	Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
<p>Con respecto a la pregunta anterior</p> <p>Si alguna (cualquiera) de sus respuestas en la tabla de la pregunta anterior fue diferente a "normal" es decir cualquier respuesta marcada como 0, 1, 2 o 3 favor responda: ¿hace cuánto tiempo percibe dicha situación?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hace menos de un mes</li> <li>• Entre 1 y 6 meses</li> <li>• Entre 6 meses y un año</li> <li>• Hace más de un año. Si esta es su respuesta, hace cuantos años?</li> </ul>			X	X
<p>Objetivo y/o propósito: La pregunta pretende identificar el tiempo de disfunción sexual por las razones de antecedencia expuestas en la pregunta anterior, y porque la escala MGH-SFQ establece un tiempo de 4 semanas para cada uno de los síntomas, es decir que no precisa la antigüedad de la disfunción. Aunque se ofrece una selección múltiple que facilite la nomenclatura y estandarice las unidades de tiempo, es fundamental mantener la pregunta abierta al final, para precisar el tiempo aproximado en años y poder establecer la antecedencia de la masturbación.</p>				
<p>Observaciones pregunta 5:</p> <p>Eliminar cualquier respuesta marcada 0 1 2 3 4.</p>				

  
Firma del evaluador

Fecha: 04/07/17

**Instrumento para validación de apariencia de las preguntas no validadas de encuesta en el marco del estudio "asociación entre disfunción sexual y masturbación en mujeres"**

1

Nombre del Evaluador: Diego A Lopez Peñalosa  
Profesión: Ginecologo y obstetra

A continuación encontrará una serie de preguntas que son parte de una encuesta dirigida a mujeres para determinar la asociación cuantitativa entre masturbación y disfunción sexual. Por favor indique en la casilla indicada si, en su concepto, la pregunta está indagando adecuadamente el aspecto que se pretende en el estudio.

Para cada una de ellas encontrará un párrafo que explica el propósito de cada pregunta y una escala de 1 a 4 en donde usted deberá marcar que tan de acuerdo está con la formulación de la pregunta y un espacio para realizar sus comentarios. Previo a la formulación de las preguntas habrá instrucciones para las participantes en el estudio de marcar solamente una de las alternativas formuladas.

Pregunta 1: Selección. Pregunta categórica sobre la práctica de masturbación.	Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
¿Usted se masturba? (entendido como el auto estímulo genital para obtener placer sexual) • Si • No				X
Propósito de la pregunta: En esta primera pregunta espero de forma simple y categórica si la persona acepta que practica la masturbación. Deseo preguntar dos veces sobre la práctica de masturbación, es redundante ya que en la pregunta siguiente se interroga lo mismo pero en otros términos, esto lo hago para hacer un análisis de concordancia de las preguntas.				
Observaciones pregunta 1: <u>Se la incluyó en el último año</u>				

Pregunta 2: Sobre masturbación, frecuencia de la práctica	Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
En caso de practicar la masturbación. ¿aproximadamente qué tanto lo hace? • Una vez a la semana o mas • Entre 1 y 3 veces al mes • Entre 2 y 6 veces al año • Una vez al año o menos				X
Propósito de la pregunta: En esta pregunta espero entrar en el detalle de las prácticas masturbatorias, pretendo determinar si hay una asociación entre la cantidad de exposición a la masturbación con respecto al desenlace, o si es simplemente dicha práctica la que se asocia, independientemente de su frecuencia. Por tratarse de un estudio de cohortes, el efecto "dosis respuesta" y la "fuerza de asociación" cobran importancia, y los dos factores son evaluables estratificando la masturbación como factor de exposición.				
Observaciones pregunta 2:				

Instrumento para validación de apariencia de las preguntas no validadas de encuesta en el marco del estudio "asociación entre disfunción sexual y masturbación en mujeres"

2

Pregunta 3. Sobre masturbación, forma de hacerlo	Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
<p>En caso de practicar masturbación. ¿Qué parte de su cuerpo estimula?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con estímulo solamente <u>externo, es decir en clítoris</u></li> <li>• Con estímulo <u>interno, es decir en vagina</u></li> <li>• <u>Los dos anteriores</u></li> <li>• Otras formas Cuales?</li> </ul>				
<p>Propósito de la pregunta: Hay literatura que soporta que el antecedente de masturbación interna o vaginal en las mujeres hace que posteriormente puedan disfrutar más de las relaciones sexuales penetrativas. Esta literatura hace que sea importante en este estudio estratificar el factor "masturbación" dependiendo del sitio de estímulo, además porque un motivo frecuente de disfunción sexual en la consulta ginecológica es el dolor con la penetración. Se pretende con esta pregunta encontrar las mujeres que se masturban con estímulo vaginal y diferenciarlas de quienes estimulan solamente en clítoris u otras zonas erógenas del cuerpo.</p> <p>Observaciones pregunta 3</p>				
Pregunta 4. Sobre masturbación, desde que edad lo hace?	Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
<p>En caso de practicar masturbación, ¿A qué edad aproximada empezó a masturbarse?</p> <p><b>Respuesta:</b> Aproximadamente a los _____ años</p>				
<p>Propósito de la pregunta: Ya que el estudio es de cohorte retrospectiva, debo demostrar la antecendencia del factor de exposición (masturbación) con respecto al desenlace (disfunción sexual)</p> <p>Observaciones pregunta 4</p>				

Escala MGH-SFQ: Para la siguiente pregunta usted debe conocer la escala que se utilizará para medir la disfunción sexual. Esta escala no se puede modificar, pero sí la pregunta referente a la antigüedad de la disfunción:

pregunta	Totalmente disminuido/a	Marcadamente disminuido/a	Moderadamente disminuido/a	Mínimamente disminuido/a	Normal
1. ¿Cómo ha estado su interés sexual en el último mes?	0	1	2	3	4
2. ¿Cómo ha estado su capacidad para conseguir una 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 calificaría su satisfacción sexual general en el último mes?	0	1	2	3	4

**Instrumento para validación de apariencia de las preguntas no validadas de encuesta en el marco del estudio "asociación entre disfunción sexual y masturbación en mujeres"**

3

Pregunta 5. Sobre Disfunción sexual: antigüedad de los síntomas.	Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
<p>Con respecto a la pregunta anterior Si alguna (cualquiera) de sus respuestas en la tabla de la pregunta anterior fue diferente a "normal" es decir cualquier respuesta marcada como 0, 1, 2 o 3 favor responda: ¿hace cuánto tiempo percibe dicha situación?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hace menos de un mes</li> <li>• Entre 1 y 6 meses</li> <li>• Entre 6 meses y un año</li> <li>• Hace más de un año. Si esta es su respuesta, hace cuantos años?</li> </ul>			X	
<p>Objetivo y/o propósito: La pregunta pretende identificar el tiempo de disfunción sexual por las razones de antecedencia expuestas en la pregunta anterior, y porque la escala MGH-SFQ establece un tiempo de 4 semanas para cada uno de los síntomas, es decir que no precisa la antigüedad de la disfunción. Aunque se ofrece una selección múltiple que facilite la nomenclatura y estandarice las unidades de tiempo, es fundamental mantener la pregunta abierta al final, para precisar el tiempo aproximado en años y poder establecer la antecedencia de la masturbación.</p>				
<p>Observaciones pregunta 5: <i>Aclarar pregunta para mayor claridad.</i></p>				

  
Firma del evaluador  
Fecha: 21 Julio / 2017

Instrumento para validación de apariencia de las preguntas no validadas de encuesta en el marco del estudio "asociación entre disfunción sexual y masturbación en mujeres"

1

Nombre del Evaluador Edith Liliana Patamayo Rodríguez.  
Profesión Psiquiatra.

A continuación encontrará una serie de preguntas que son parte de una encuesta dirigida a mujeres para determinar la asociación cuantitativa entre masturbación y disfunción sexual. Por favor indique en la casilla indicada si, en su concepto, la pregunta está indagando adecuadamente el aspecto que se pretende en el estudio.

Para cada una de ellas encontrará un párrafo que explica el propósito de cada pregunta y una escala de 1 a 4 en donde usted deberá marcar que tan de acuerdo está con la formulación de la pregunta y un espacio para realizar sus comentarios. Previa a la formulación de las preguntas habrá instrucciones para las participantes en el estudio de marcar solamente una de las alternativas formuladas.

Pregunta 1. Selección. Pregunta categórica sobre la práctica de masturbación.	Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
¿Usted se masturba? (entendido como el auto estímulo genital para obtener placer sexual) • Si • No			X	
Propósito de la pregunta: En esta primera pregunta espero de forma simple y categórica si la persona acepta que practica la masturbación. Deseo preguntar dos veces sobre la práctica de masturbación, es redundante ya que en la pregunta siguiente se interroga lo mismo pero en otros términos, esto lo hago para hacer un análisis de concordancia de las preguntas.				
Observaciones pregunta 1: "Se ha masturbado en el último año"?				

Pregunta 2. Sobre masturbación, frecuencia de la práctica.	Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
En caso de practicar la masturbación, ¿aproximadamente qué tanto lo hace? • Una vez a la semana o mas • Entre 1 y 3 veces al mes • Entre 2 y 6 veces al año • Una vez al año o menos				X
Propósito de la pregunta: En esta pregunta espero entrar en el detalle de las prácticas masturbatorias, pretendo determinar si hay una asociación entre la cantidad de exposición a la masturbación con respecto al desenlace, o si es simplemente dicha práctica la que se asocia, independientemente de su frecuencia. Por tratarse de un estudio de cohortes, el efecto "dosis respuesta" y la "fuerza de asociación" cobran importancia, y los dos factores son evaluables estratificando la masturbación como factor de exposición.				
Observaciones pregunta 2:				

**Instrumento para validación de apariencia de las preguntas no validadas de encuesta en el marco del estudio "asociación entre disfunción sexual y masturbación en mujeres"**

2

Pregunta 3. Sobre masturbación, forma de hacerlo	Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
En caso de practicar masturbación. ¿Qué parte de su cuerpo estimula? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con estímulo solamente <u>externo, es decir en clítoris</u></li> <li>• Con estímulo <u>interno, es decir en vagina</u></li> <li>• <u>Los dos anteriores</u></li> <li>• Otras formas Cuales?</li> </ul>				X
Propósito de la pregunta: Hay literatura que soporta que el antecedente de masturbación interna o vaginal en las mujeres hace que posteriormente puedan disfrutar más de las relaciones sexuales penetrativas. Esta literatura hace que sea importante en este estudio estratificar el factor "masturbación" dependiendo del sitio de estímulo, además porque un motivo frecuente de disfunción sexual en la consulta ginecológica es el dolor con la penetración. Se pretende con esta pregunta encontrar las mujeres que se masturban con estímulo vaginal y diferenciarlas de quienes estimulan solamente en clítoris u otras zonas erógenas del cuerpo.				
Observaciones pregunta 3				
Pregunta 4. Sobre masturbación, desde que edad lo hace?	Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
En caso de practicar masturbación, ¿A qué edad aproximada empezó a masturbarse? <b>Respuesta:</b> Aproximadamente a los _____ años				X
Propósito de la pregunta: Ya que el estudio es de cohorte retrospectiva, debo demostrar la antecendencia del factor de exposición (masturbación) con respecto al desenlace (disfunción sexual)				
Observaciones pregunta 4				

Escala MGH-SFQ: Para la siguiente pregunta usted debe conocer la escala que se utilizará para medir la disfunción sexual. Esta escala no se puede modificar, pero sí la pregunta referente a la antigüedad de la disfunción:

pregunta	Totalmente disminuido/a	Marcadamente disminuido/a	Moderadamente disminuido/a	Mínimamente disminuido/a	Normal
1. ¿Cómo ha estado su interés sexual en el último mes?	0	1	2	3	4
2. ¿Cómo ha estado su capacidad para conseguir una 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 calificaría su satisfacción sexual general en el último mes?	0	1	2	3	4

Instrumento para validación de apariencia de las preguntas no validadas de encuesta en el marco del estudio "asociación entre disfunción sexual y masturbación en mujeres"

3

Pregunta 5. Sobre Disfunción sexual: antigüedad de los síntomas.	Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
<p>Con respecto a la pregunta anterior Si alguna (cualquiera) de sus respuestas en la tabla de la pregunta anterior fue diferente a "normal" es decir cualquier respuesta marcada como 0, 1, 2 o 3 favor responda: ¿hace cuánto tiempo percibe dicha situación?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hace menos de un mes</li> <li>• Entre 1 y 6 meses</li> <li>• Entre 6 meses y un año</li> <li>• Hace más de un año. Si esta es su respuesta, hace cuántos años? _____</li> </ul>			X	
<p>Objetivo y/o propósito: La pregunta pretende identificar el tiempo de disfunción sexual por las razones de antecedencia expuestas en la pregunta anterior, y porque la escala MGH-SFQ establece un tiempo de 4 semanas para cada uno de los síntomas, es decir que no precisa la antigüedad de la disfunción. Aunque se ofrece una selección múltiple que facilite la nomenclatura y estandarice las unidades de tiempo, es fundamental mantener la pregunta abierta al final, para precisar el tiempo aproximado en años y poder establecer la antecedencia de la masturbación.</p>				
<p>Observaciones pregunta 5: "Con respecto a las preguntas de la tabla anterior. si alguna de sus respuestas fue diferente a "normal". (diferente a 4). por favor responda:</p>				

favor responda:

EpatawysR.

Firma del evaluador

Fecha: 04/07/2017.

Instrumento para validación de apariencia de las preguntas no validadas de encuesta en el marco del estudio "asociación entre disfunción sexual y masturbación en mujeres"

1

Nombre del Evaluador GUILLERMO A. PERDOMO P.

Profesión PSICUÍATA .

A continuación encontrará una serie de preguntas que son parte de una encuesta dirigida a mujeres para determinar la asociación cuantitativa entre masturbación y disfunción sexual. Por favor indique en la casilla indicada si, en su concepto, la pregunta está indagando adecuadamente el aspecto que se pretende en el estudio.

Para cada una de ellas encontrará un párrafo que explica el propósito de cada pregunta y una escala de 1 a 4 en donde usted deberá marcar que tan de acuerdo está con la formulación de la pregunta y un espacio para realizar sus comentarios. Previo a la formulación de las preguntas habrá instrucciones para las participantes en el estudio de marcar solamente una de las alternativas formuladas.

Pregunta 1: Selección: Pregunta categórica sobre la práctica de masturbación.	Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
¿Usted se masturba? (entendido como el auto estímulo genital para obtener placer sexual) • Si • No			X	
Propósito de la pregunta: En esta primera pregunta espero de forma simple y categórica si la persona acepta que practica la masturbación. Deseo preguntar dos veces sobre la práctica de masturbación, es redundante ya que en la pregunta siguiente se interroga lo mismo pero en otros términos, esto lo hago para hacer un análisis de concordancia de las preguntas.				
Observaciones pregunta 1: <u>¿Se ha masturbado en el último año? sí/no.</u>				

Pregunta 2: Sobre masturbación, frecuencia de la práctica.	Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
En caso de practicar la masturbación. ¿aproximadamente qué tanto lo hace? • Una vez a la semana o mas • Entre 1 y 3 veces al mes • Entre 2 y 6 veces al año • Una vez al año o menos				X
Propósito de la pregunta: En esta pregunta espero entrar en el detalle de las prácticas masturbatorias, pretendo determinar si hay una asociación entre la cantidad de exposición a la masturbación con respecto al desenlace, o si es simplemente dicha práctica la que se asocia, independientemente de su frecuencia. Por tratarse de un estudio de cohortes, el efecto "dosis respuesta" y la "fuerza de asociación" cobran importancia, y los dos factores son evaluables estratificando la masturbación como factor de exposición.				
Observaciones pregunta 2:				

Instrumento para validación de apariencia de las preguntas no validadas de encuesta en el marco del estudio "asociación entre disfunción sexual y masturbación en mujeres"

2

Pregunta 3. Sobre masturbación, forma de hacerlo	Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
<p>En caso de practicar masturbación. ¿Qué parte de su cuerpo estimula?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con estímulo solamente <b>externo, es decir en clítoris</b></li> <li>• Con estímulo <b>interno, es decir en vagina</b></li> <li>• <b>Los dos anteriores</b></li> <li>• Otras formasCuales?</li> </ul>				X
<p>Propósito de la pregunta: Hay literatura que soporta que el antecedente de masturbación interna o vaginal en las mujeres hace que posteriormente puedan disfrutar más de las relaciones sexuales penetrativas. Esta literatura hace que sea importante en este estudio estratificar el factor "masturbación" dependiendo del sitio de estímulo, además porque un motivo frecuente de disfunción sexual en la consulta ginecológica es el dolor con la penetración. Se pretende con esta pregunta encontrar las mujeres que se masturban con estímulo vaginal y diferenciarlas de quienes estimulan solamente en clítoris u otras zonas erógenas del cuerpo.</p> <p>Observaciones pregunta 3</p>				
Pregunta 4. Sobre masturbación, desde que edad lo hace?	Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
<p>En caso de practicar masturbación, ¿A qué edad aproximada empezó a masturbarse?</p> <p><b>Respuesta:</b> Aproximadamente a los _____ años</p>				X
<p>Propósito de la pregunta: Ya que el estudio es de cohorte retrospectiva, debo demostrar la antecendencia del factor de exposición (masturbación) con respecto al desenlace (disfunción sexual)</p> <p>Observaciones pregunta 4</p>				

Escala MGH-SFC: Para la siguiente pregunta usted debe conocer la escala que se utilizará para medir la disfunción sexual. Esta escala no se puede modificar, pero sí la pregunta referente a la antigüedad de la disfunción:

pregunta	Totalmente disminuido/a	Marcadamente disminuido/a	Moderadamente disminuido/a	Mínimamente disminuido/a	Normal
1. ¿Cómo ha estado su interés sexual en el último mes?	0	1	2	3	4
2. ¿Cómo ha estado su capacidad para conseguir una 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 calificaría su satisfacción sexual general en el último mes?	0	1	2	3	4

**Instrumento para validación de apariencia de las preguntas no validadas de encuesta en el marco del estudio "asociación entre disfunción sexual y masturbación en mujeres"**

3

Pregunta 5. Sobre Disfunción sexual: antigüedad de los síntomas.	Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
<p>Con respecto a la pregunta anterior</p> <p>Si alguna (cualquiera) de sus respuestas en la tabla de la pregunta anterior fue diferente a "normal" es decir cualquier respuesta marcada como 0, 1, 2 o 3 favor responda: ¿hace cuánto tiempo percibe dicha situación?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hace menos de un mes</li> <li>• Entre 1 y 6 meses</li> <li>• Entre 6 meses y un año</li> <li>• Hace más de un año. Si esta es su respuesta, hace cuantos años?</li> </ul>			X	
<p>Objetivo y/o propósito: La pregunta pretende identificar el tiempo de disfunción sexual por las razones de antecedencia expuestas en la pregunta anterior, y porque la escala MGH-SFQ establece un tiempo de 4 semanas para cada uno de los síntomas, es decir que no precisa la antigüedad de la disfunción. Aunque se ofrece una selección múltiple que facilite la nomenclatura y estandarice las unidades de tiempo, es fundamental mantener la pregunta abierta al final, para precisar el tiempo aproximado en años y poder establecer la antecedencia de la masturbación.</p>				
<p>Observaciones pregunta 5: <i>Reductur mejor la pregunta. Redundante.</i></p>				

  
 Firma del evaluador  
 Fecha: 04 JULIO 2017