

Estudio sobre el efecto del uso de anticonceptivos hormonales en el deseo sexual de las mujeres

Study on the effect of the use of hormonal contraceptives on the sexual desire of women

Hurtado-Murillo F¹, Sanchez Pérez R¹, Orensa Orensa BJ², Donat Colomer F¹, Perpiñá Cano J³, Salvador Vila I⁴, Parra Ribes MI⁵, García Cervera J⁶, Silva Reus IM⁷, Bernabeu Pérez S⁸

1- Centro de Salud Sexual y Reproductiva “Fuente San Luis” de Valencia. España.

2- Facultad de Enfermería y Podología. Universidad de Valencia. España.

3- Centro de Salud Sexual y Reproductiva de Aldaia. Valencia. España.

4- Centro de Salud Sexual y Reproductiva de Moncada. Valencia. España

5- Centro de Salud Sexual y Reproductiva de Sueca. Valencia. España

6- Centro de Salud Sexual y Reproductiva de Massamagrell. Valencia. España

7- Centro de Salud Sexual y Reproductiva de Villena. Alicante. España

8- Centro de Salud Sexual y Reproductiva de Elda. Alicante. España

Correspondencia

Felipe Hurtado Murillo

Centro de Salud Sexual y Reproductiva “Fuente San Luis”

Calle Arabista Ambrosio Huici, 30

46013-Valencia

Correo electrónico: felipehurtadomurillo@gmail.com

Fecha de recepción: 20 de junio de 2020. **Fecha de aceptación:** 2 de octubre de 2020

Resumen

Objetivo: Analizar el efecto de los anticonceptivos hormonales, en sus diferentes formulaciones y formas de presentación, sobre la función sexual femenina a lo largo de un año de utilización. **Diseño:** estudio multicéntrico descriptivo y longitudinal con mediciones antes-después tras intervención.

Emplazamiento: La muestra fue reclutada en Centros de Salud Sexual y Reproductiva de dos provincias de la Comunidad Valenciana. **Participantes:** La muestra final fue de 131 mujeres que acudieron a consulta entre octubre de 2017 y marzo de 2020. **Mediciones principales:** Las variables sociodemográficas, sexuales, hábitos de consumo y antecedentes de salud general y sexual de interés, fueron recogidas mediante hojas de recogidas de datos. La función sexual femenina se ha medido con la escala de valoración de la actividad sexual validada en población española (EVAS-M).

Resultados: la edad media fue de 27,03 años de edad y la mayoría (85,5%) eran españolas. La mayoría de las mujeres refirió tener pareja estable. La frecuencia sexual más frecuente, en los tres momentos evaluados, fue de 2-3 veces por semana. La mayoría no tuvo enfermedades importantes y tenía bajo consumo de fármacos. La anticoncepción hormonal oral fue la mas frecuente (61,6%), seguido del implante subdérmico (18,6%), el anillo vaginal (9,3%), el dispositivo intrauterino hormonal (8,1%) y la inyección trimestral (2,3%). Los efectos secundarios causados por el uso anticonceptivo, fueron manifestados en una tasa muy baja de mujeres tanto a los seis meses como al año de uso, siendo la disminución del deseo sexual el más relatado. Solamente nueve mujeres de 112 encuestadas informaron de disminución del deseo sexual en ambas mediciones. **Conclusiones:** el uso de anticonceptivos hormonales no ocasiona directamente alteraciones en la respuesta sexual

en la gran mayoría de las mujeres que los utilizan, siendo necesario para entender las causas subyacentes en las mujeres que manifiestan alteraciones en el deseo sexual, el analizar otras variables explicativas: sociodemográficas y culturales, antecedentes de salud, personalidad, conductas sexuales y ambientales, así como la satisfacción con la pareja.

Palabras clave: Anticoncepción hormonal. Efectos secundarios. Deseo sexual. Respuesta sexual. Ambiente sexual. Conductas sexuales.

Abstract

Objective: To analyze the effect of hormonal contraceptives, in their different formulations and forms of presentation, on female sexual function over a year of use. **Design:** descriptive and longitudinal multicenter study with measurements before-after after intervention. **Setting:** The sample was recruited in Sexual and Reproductive Health Centers of two provinces of the Valencian Community. **Participants:** The final sample was of 131 women who came for consultation between October 2017 and March 2020. **Main measurements:** The sociodemographic and sexual variables, consumption habits and general and sexual health history of interest were collected through data collection sheets. Female sexual function has been measured with the validated sexual activity rating scale in the Spanish population (EVAS-M). **Results:** the mean age was 27.03 years of age and the majority (85.5%) were Spanish. Most of the women reported having a stable partner. The most frequent sexual frequency, in the three moments evaluated, was 2-3 times a week. Most had no major illnesses and had low drug use. Oral hormonal contraception was the most frequent (61.6%), followed by the subdermal implant (18.6%), the vaginal ring (9.3%), the hormonal intrauterine device (8.1%) and the quarterly injection (2.3%). Side effects caused by contraceptive use were manifested in a very low rate of women both at six months and at one year of use, the decrease in sexual desire being the most reported. Only nine women out of 112 respondents reported decreased sexual desire on both measures. **Conclusions:** the use of hormonal contraceptives does not directly cause alterations in the sexual response in the vast majority of women who use them, being necessary to understand the underlying causes in women who manifest alterations in sexual desire, analyzing other explanatory variables: sociodemographic and cultural, health history, personality, sexual and environmental behaviors, as well as satisfaction with the partner.

Keywords: Hormonal contraception. Side effects. Sexual desire. Sexual response. Sexual environment. Sexual behaviors.

Todos los autores aceptan la versión enviada. No se recibió financiación de ninguna fuente. No existen conflictos de intereses.

INTRODUCCIÓN

El derecho a la salud, incluido el acceso a la información y servicios de salud forma parte de los derechos humanos aprobados por la Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas (ONU) en 1948 (1).

Los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos fundamentales, incluida la salud materno-infantil, fueron proclamados en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en El Cairo en 1994 (2). La reafirmación de los derechos

sexuales y reproductivos de las mujeres que incluyen su derecho a ejercer el control y decidir libre y responsablemente sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, libre de coerción, discriminación y violencia, fueron aprobados en la Cuarta conferencia mundial sobre la mujer en Beijing en 1995 (3).

En este marco de derechos, la sexualidad es definida como la forma en que las personas experimentan y se expresan como seres sexuados, siendo el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos,

socioeconómicos, culturales, éticos, religiosos y espirituales (4). El término salud sexual se refiere, por consiguiente, a la experiencia del proceso continuo de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad, que requiere un entorno libre de coerción, discriminación y violencia (5). Ahora bien, para asegurar el desarrollo de una sexualidad saludable y exenta de malestar, riesgos, sufrimiento, culpa y vergüenza, los derechos sexuales deben ser reconocidos, promovidos, respetados, protegidos y defendidos por todas las sociedades con todos los medios a su alcance (4,6,7).

El día 9 de mayo de 2020, la píldora oral contraceptiva celebró el 60 aniversario, siendo usada en la actualidad por cerca de 100 millones de mujeres en todo el mundo (8). Diversos libros han sido escritos acerca de diferentes aspectos sociales de la píldora contraceptiva y alrededor de 44.000 publicaciones científicas han sido archivadas en PubMed en el último medio siglo (9).

Sin embargo, los efectos de la píldora contraceptiva sobre la sexualidad de las mujeres no han sido bien estudiados ni comprendidos. De los cientos de artículos científicos que han examinado los diferentes efectos de la anticoncepción hormonal, sorprendentemente, pocos han valorado el impacto sobre la función sexual femenina; en cambio, hay muchos estudios sobre seguridad y eficacia, ganancia de peso, irregularidades menstruales, sensibilidad en los senos, náuseas y efectos sobre el estado de ánimo.

La mayoría de los escasos estudios realizados para valorar el impacto de la anticoncepción hormonal sobre la sexualidad femenina, han sido ensayos no controlados y sus resultados son controvertidos, mostrando que el uso de dicho tipo de anticoncepción puede afectar tanto positivamente como negativamente a la función sexual femenina. Ahora bien, hay que tener en cuenta que muchos otros factores pueden afectar a la función sexual en las mujeres y dichos factores podrían eclipsar algún efecto, positivo o negativo, atribuido al uso de contraceptivos hormonales.

En cuanto a los efectos positivos del uso de contraceptivos hormonales sobre la función

sexual femenina descritos en la literatura. Una de las indicaciones más comunes es para tratar el dolor o molestias en trastornos ginecológicos benignos como la endometriosis, la dismenorrea y la metrorragia. Son bien conocidos los efectos positivos de los contraceptivos hormonales en la disminución del dolor causado por estos trastornos así como en la disminución de la cantidad de sangre menstrual (10). En cambio, hay pocos estudios que hayan evaluado el efecto de los contraceptivos hormonales sobre la función sexual cuando se han usado como tratamiento de estos trastornos ginecológicos. Otro de los efectos positivos es la eliminación del miedo al embarazo y, por consiguiente, proporcionan una sexualidad más relajada y placentera (11).

Por otro lado, también se utilizan para el tratamiento del acné moderado (12) y es de sentido común que la apariencia y la autoestima están ligadas a la sexualidad, puesto que una mejoría en la apariencia por la eliminación del acné en la cara debido al uso contraceptivo hormonal, puede promover la autoconfianza e incrementar la autoestima y de este modo tener un efecto positivo sobre la función sexual.

Respecto a los efectos negativos de los contraceptivos hormonales sobre la sexualidad femenina, hay estudios que indican un decremento en la lubricación vaginal (13).

Otros estudios han encontrado un incremento de riesgo de desarrollar dolor en el vestíbulo vulvar (vestibulodinia), pareciendo estar más asociada su aparición en mujeres con larga duración en el uso contraceptivo hormonal y en aquellas que iniciaron el uso a temprana edad (14). Alternativamente, otros autores no han encontrado una asociación entre usar anticoncepción hormonal y dolor vestibular (15). Pero quizás ningún otro efecto secundario del uso de contraceptivos hormonales ha recibido tanta atención, como el potencial efecto negativo sobre el deseo sexual.

Los estudios de prevalencia sobre disfunciones sexuales en la población general femenina sugieren que afecta del 10 al 52% de las mujeres, teniendo un gran impacto tanto individual como en la relación interpersonal,

así como sobre la calidad de vida (16). El bajo deseo sexual parece ser la disfunción sexual más común en mujeres con una prevalencia que va del 20 al 30% de las mismas (17).

Diferentes revisiones que han examinado el uso de anticoncepción hormonal y libido, encuentran resultados contradictorios, puesto que la mayoría de las usuarias no tuvieron efectos negativos en su deseo sexual y solamente algunos estudios publicados, con diferentes y viejas formulaciones y sin aleatorizar, han publicado tasas de mujeres que experimentaron un decremento en el mismo y que oscilaban entre el 5% hasta el 32% de las mismas (18-21) y, por otra parte, estos estudios pueden no ser pertinentes en el momento actual, puesto que los anticonceptivos usados hoy día difieren en sus formulaciones de los que se usaban hace más de 25 años.

En estudios más recientes podemos encontrar algunos que siguen apuntando que el uso de anticoncepción hormonal afecta negativamente a la función sexual, sobre todo al deseo sexual (22-24). Concretamente, en un estudio publicado se informa que un 2,5% de mujeres decidieron retirar el implante subdérmico de Etonorgestrel por decremento de la libido (29).

La mayoría de los estudios han encontrado efectos neutros o positivos en la sexualidad femenina con el uso de diferentes anticonceptivos hormonales (anticonceptivos orales combinados, anillo, parche, dispositivo intrauterino “Mirena” con Levonorgestrel y progesterona sola en forma depot), con demostrados decrementos de la testosterona total y del índice androgénico libre unido a un incremento de la hormona transportadora de las globulinas (SHBG) debido al uso anticonceptivo hormonal (25-27, 30). Estos estudios encuentran que las mujeres usuarias mostraron incremento en el disfrute sexual, mayor frecuencia de orgasmos, mayor satisfacción sexual y mejoría significativa en el deseo sexual. Por consiguiente, aunque el uso de anticoncepción hormonal implica un decremento en la biodisponibilidad de andrógenos y el déficit de éstos se considera generalmente como un potencial factor causal del trastorno del interés/excitación sexual de

las mujeres; el preciso rol de la testosterona en la sexualidad femenina no ha sido todavía aclarado y no es suficiente para causar una disminución del deseo sexual, siendo probable que múltiples factores psicológicos, sociales y culturales tengan mayor influencia sobre el deseo sexual femenino (28).

OBJETIVO: Analizar el efecto de los anticonceptivos hormonales, en sus diferentes formulaciones y formas de presentación, sobre la función sexual femenina a lo largo de un año de utilización.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio multicéntrico descriptivo y longitudinal con mediciones antes-después con intervención, en una cohorte de mujeres entre 15 y 44 años, que solicitaron iniciar anticoncepción hormonal, según la preferencia de cada mujer y con el asesoramiento médico pertinente.

La muestra fue reclutada en Centros de Salud Sexual y Reproductiva de dos provincias de la Comunidad Valenciana, entre octubre de 2017 y marzo de 2020.

Los criterios de inclusión fueron iniciar por primera vez un método anticonceptivo hormonal o tener el deseo de volver a utilizarlo de nuevo, tras haber pasado más de un año desde el último tratamiento anticonceptivo hormonal. Se excluyeron a quienes tenía una edad inferior a 15 años o superior a 44 años y a quienes no desearon participar en el estudio.

Variables estudiadas

A) Variables sociodemográficas: edad, país de origen, nivel de estudios, situación laboral, creencia religiosa, estado civil, tipo de pareja, orientación sexual, frecuencia de relaciones sexuales, hábitos de consumo de sustancias adictivas.

B) Antecedentes de alteraciones sexuales: tipo de disfunción sexual, uso de tratamiento sexual y tipo.

C) Antecedentes de salud: intervenciones quirúrgicas, motivos de hospitalizaciones, enfermedades crónicas o agudas y medicaciones de uso.

D) Variables sexuales y de pareja: ambiente sexual, tipo de estímulos sexuales, tiempo dedicado y calidad de la relación de pareja.

E) Calidad de la función sexual en sus diferentes fases de respuesta sexual

Valoración de la calidad de la función sexual, en sus diferentes fases de la respuesta sexual (deseo, excitación-lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor) de las mujeres demandantes de uso anticonceptivo hormonal, antes y tras un año de utilización.

F) Uso anticonceptivo: tipo de anticonceptivo usado, composición, dosis y efecto no deseado en la función sexual.

Instrumentos de medida: Las variables sociodemográficas, sexuales, hábitos de consumo y antecedentes de salud general y sexual de interés, fueron recogidas por el/la profesional médico/a o de enfermería del Centro de Salud Sexual y Reproductiva participante de forma anónima, por muestreo consecutivo y poniendo un código según las hojas de recogidas de datos del modelo I del anexo, que le permita conocer a la usuaria para volver a pasar la evaluación a los seis y doce meses de uso anticonceptivo.

La función sexual femenina se ha medido con la escala de valoración de la actividad sexual validada en población española (EVAS-M) (31,32), mediante seis dominios (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor), a través de ocho preguntas tipo Likert con graduación de menor a mayor frecuencia o intensidad, con un rango de puntuación de 1 a 5 y una ponderación de 2 puntos en cada una, excepto en la categoría de satisfacción sexual que al constar de dos preguntas la ponderación es de un punto por cada una. Cada dominio tiene una puntuación mínima de 2 y una puntuación máxima de 10 y siendo los dominios de excitación, lubricación y dolor inversos. El rango o puntuación total de la escala tiene una puntuación mínima de 12 y una puntuación máxima de 60, siendo el punto de corte que indica probable disfunción sexual haber obtenido una puntuación inferior a 38.

Procedimiento: En cada Centro de Salud Sexual y Reproductiva que participó en el estudio, a cada mujer demandante inicial de uso anticonceptivo hormonal se le dio a rellenar en un ambiente de intimidad adecuado y apropiado el modelo de hoja informativa y consentimiento informado, el modelo de hojas de recogida de datos sociodemográficos y de

salud junto a la escala de valoración de la actividad sexual (EVAS-M). A los seis y 12 meses se volvió a dar a cada usuaria el modelo de recogida de datos sociodemográficos y de salud junto a la escala de valoración de la actividad sexual (EVAS-M) poniendo el mismo código asignado a la usuaria en la evaluación inicial.

El investigador principal recogió todos los datos obtenidos de las usuarias en las tres mediciones tomadas, teniendo solamente el código de identificación de cada una y que se le dio en su Centro de Salud Sexual y Reproductiva, de tal forma que el investigador principal no tuvo conocimiento de identificación de la usuaria.

Análisis de datos: Para una mejor comprensión de los datos hemos hecho un análisis descriptivo de las diversas variables, transformando las puntuaciones directas en porcentajes para las variables cualitativas y en medias y desviaciones estándar para las variables cuantitativas. En las preguntas de la escala de valoración de la función sexual (EVAS-M) dado que la puntuación mínima es 2 y la máxima es 10 para cada fase de la respuesta sexual evaluada, obtendremos la mediana y la moda. Para investigar el efecto del uso anticonceptivo en la función sexual a lo largo del año, en los tres momentos evaluados hemos analizado la relación de las variables con la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov y posteriormente hemos realizado la prueba T-Test para medidas repetidas a través del programa estadístico SPSS versión 22.

Estimación de la relevancia clínica

Según los resultados obtenidos, en el caso de que se cumpliera la hipótesis, ayudaría a eliminar mitos en la población general y en las mujeres usuarias de métodos anticonceptivos hormonales en particular, además de en los profesionales de la medicina y de la salud que los aconsejan y prescriben, optimizando el asesoramiento y la toma de decisiones.

Aspectos éticos:

El consentimiento informado se ha realizado ajustándolo a lo establecido en la Declaración de Helsinki cumpliendo con los criterios de ética y buenas prácticas en salud.

RESULTADOS

Variables sociodemográficas

En la tabla 1a, se pueden ver las características sociodemográficas. La muestra final fue de 131 mujeres, con una edad media de 27,03 años de edad (edad mínima de 17 años y máxima de 44 años). Respecto al origen, la mayoría (85,5%) eran españolas y el 14,5% extranjeras. Por niveles de estudios, la mitad (51,1%) tenía estudios secundarios, el 35,1% universitarios y el 13,7% primarios. En cuanto a la situación laboral, el 38,2% era asalariada, el 35,1% estudiante, el 13% estaba en el paro, el 7,6% era ama de casa y el 3,1% eran empresarias o con profesiones liberales. A nivel de creencias religiosas, el 50% era calificaba de atea o agnóstica y la otra mitad como creyente. Los datos sobre orientación sexual indicaron que el 97,7% se definía heterosexual, el 1,5% bisexual y el 0,8 homosexual.

En la tabla 1b, se pueden ver otros datos sociodemográficos que fueron evaluados en tres momentos, al inicio, a los seis y a los doce meses, debido a que pudieran sufrir cambios temporales.

Según el estado civil el 40% eran solteras, ser pareja de hecho era la segunda tasa mayor (entre el 25 y el 33%), en tercer lugar, estaban las casadas (del 19,6 al 24,5%), separadas/divorciadas eran el 5% y solamente había una viuda. Respecto al tipo de pareja, la mayoría de las mujeres refirió tener pareja estable (entre el 84,5 y el 93,1%), sin pareja fue la segunda categoría pasando del 3,8% al inicio al 12,6% en la evaluación anual. Aquellas que refirieron tener pareja esporádica alcanzaron la tasa del 3%.

Los datos de la frecuencia sexual más frecuente, en los tres momentos evaluados, fue de 2-3 veces por semana (53,3% inicial al 48% al año), la segunda tasa fue una vez por semana (19%). Menos de una vez por semana varió desde el 9,4% al inicio hasta el 19% al final. 4-6 veces por semana se situó en cuarto lugar con una tasa inicial del 13,3% y del 10% al año. Finalmente, la quinta categoría fue la frecuencia diaria que supuso el 5,5% al inicio y el 4% al año. En cuanto a los hábitos de consumo, la mitad de las mujeres fumaba tabaco en los tres periodos evaluados, entre el

15% y el 19% consumía alcohol y para otras sustancias las tasas eran inferiores al 4%.

Antecedentes de salud

Los antecedentes de salud (tabla 2), mostraron los siguientes datos: el 42% reconoció intervenciones quirúrgicas al inicio, el 16% a los seis meses y el 6,9% a los 12 meses. Solamente el 3,8% había estado ingresada al inicio del estudio, el 1,5% a los seis meses y ninguna al año. La mayoría no tuvo enfermedades importantes ya que el 80,9% no había tenido enfermedades al inicio, el 96,9% no tuvo a los seis meses y el 98,5% no tuvo al año. En consonancia, hubo igualmente un bajo consumo de fármacos.

Variables del uso anticonceptivo: tipo, composición y dosis

El tipo de anticonceptivo pautado y su composición se puede ver en la tabla 3a. La anticoncepción hormonal oral fue la más frecuente (61,6%), seguido del implante subdérmico (18,6%), el anillo vaginal (9,3%), el dispositivo intrauterino hormonal (8,1%) y la inyección trimestral (2,3%). En cuanto a la composición, destaca como más frecuente Dienogest 2mg/ Etinilestradiol (EE) 0,03mg (10%), en segundo lugar, Etonogestrel 68mg, en tercer lugar, Desogestrel 75mcg (3,1%) y para el resto composiciones y dosis las tasas bajan del 3%. La mayoría lleva un progestágeno que es variable y un estrógeno que siempre es el mismo (Etinilestradiol).

Los efectos secundarios causados por el uso anticonceptivo (tabla 3b), indican que son manifestados en una tasa baja de mujeres tanto a los seis meses (15,2%) como al año de uso (16,7%). La disminución del deseo sexual fue el más relatado y solamente nueve mujeres de 112 encuestadas informaron del mismo en ambas mediciones. El resto de efectos secundarios como la sequedad vaginal, el sangrado vaginal, la irritabilidad o la retención de líquidos, fueron referidos por dos mujeres solamente. El dolor de cabeza, infecciones de orina y dolor de ovarios lo refiere una mujer solamente.

Antecedentes de disfunciones sexuales previas

Los antecedentes de disfunciones sexuales previas al inicio del uso de método anticonceptivo hormonal, es referido por 15

mujeres (11,4%) de las 131 evaluadas (tabla 4), siendo la alteración más referida la falta de lubricación vaginal (9 mujeres), el trastorno del interés/excitación sexual (2 mujeres), la falta de orgasmo (3 mujeres) y el dolor coital y la insatisfacción sexual por una mujer. Solamente 9 mujeres refirieron haber utilizado tratamiento para dichas disfunciones sexuales, de las cuales 4 usaron fármacos, 3 lubricantes, una terapia de pareja y otra terapia sexual.

Variables ambientales, estimulares y temporales de la actividad sexual

Las variables sexuales ambientales, estimulares y de tiempo dedicado a la actividad sexual, pueden verse en la tabla 5. El ambiente para la actividad sexual fue valorado como adecuado para la gran mayoría, al inicio (94,6%), a los seis meses (95,5%) y al año (96,9%). Los estímulos sexuales utilizados son también valorados como suficientes para la mayoría, al inicio (95,3%), a los seis meses (78,4%) y al año (80,6%). Lo mismo ocurre con el tiempo dedicado a la actividad sexual, que es valorado como suficiente al inicio por el 83,7%, por el 95,3% a los seis meses y por el 95,8% al año.

Calidad de la función sexual en las diferentes fases de la respuesta sexual

La valoración de la actividad sexual en cada una de sus variables ha sido medida mediante el cuestionario EVAS-M y puede verse en la tabla 6. Cumplimentaron inicialmente el cuestionario 112 mujeres, pero tanto a los seis meses como a los 12 meses hubo pérdida experimental en su cumplimentación (95 cuestionarios a los seis meses y 87 a los doce meses fueron cumplimentados).

Los datos iniciales de la valoración del deseo sexual mostraron que nueve mujeres (7,2%), afirmaron que en las cuatro últimas semanas no habían tenido o raramente habían tenido interés por la actividad sexual. A los seis meses de la evaluación fueron 11 (11,6%), las que volvían a manifestar las mismas dificultades en el deseo sexual y finalmente, a los doce meses volvieron a ser nueve mujeres (10,2%), las que tuvieron la misma manifestación sobre el deseo o interés sexual.

En la valoración inicial de la respuesta de excitación sexual tres mujeres (2,7%)

indicaron que a menudo o casi siempre-siempre tuvieron dificultad, a los seis meses solo una mujer tuvo esta dificultad, pero a los doce meses fueron otra vez tres mujeres (3,4%) las que volvieron a indicar esta dificultad en su respuesta sexual. La sequedad vaginal como signo externo de la capacidad de excitación sexual mostró en la evaluación inicial que ocho mujeres (7,2%) a menudo o casi siempre-siempre tuvo esta dificultad, a los seis meses fueron nueve (9,5%) y a los 12 meses fueron 10 (11,4%) a las que le ocurría. El dolor coital que suele estar asociado muchas veces a la falta de lubricación vaginal y de excitación sexual, en la valoración inicial afectó a tres (2,7%) mujeres, a los seis meses afectó a dos (2,1%) mujeres y a los 12 meses se manifestó en cinco (5,7%) de las mismas.

En el orgasmo los datos del cuestionario inicial mostraron que seis (5,4%) mujeres nunca o raramente tuvieron el reflejo orgásmico, a los seis meses y a los 12 meses fueron el mismo número de mujeres que al inicio (6,4% y 6,9% respectivamente) las que manifestaron la misma dificultad.

En cuanto a la satisfacción sobre la actividad sexual, los datos de la evaluación inicial indicaron que 16 (14,3%) estaba insatisfecha, a los seis meses fueron 15 (15,8%) las insatisfechas y a los 12 meses fueron 12 (13,7%). En cuanto al tiempo de insatisfacción el 50% de las que indicaron estar insatisfechas al inicio del estudio, manifestaron que hacía meses y el 37,5% que años. En la evaluación semestral el 63,6% indicó que llevaba meses insatisfecha y 27,3% que años y finalmente, a los 12 meses el 70% indicó llevar insatisfecha meses y el 30% años. Respecto a la cercanía emocional y confianza con su pareja en las relaciones sexuales solamente una mujer manifestó que nunca o raramente la tuvo y este dato se mantuvo tanto a los seis como a los 12 meses.

Respecto al rango o puntuación total de la escala, de las 112 mujeres que cumplimentaron al inicio del estudio la escala EVAS-M (tabla 6), siete obtuvieron puntuaciones de posible disfunción sexual al tener una puntuación inferior al punto de corte <38 puntos (tabla 7), pero solamente en dos de ellas había afectación en el deseo sexual. Otras

seis mujeres manifestaron que durante las cuatro últimas semanas nunca o raramente habían tenido interés algún tipo de actividad sexual, aunque la puntuación global fue superior al punto de corte. Por consiguiente, ocho de trece mujeres tuvieron problemas en el deseo sexual en la evaluación inicial (tabla 6). De las siete que tuvieron la puntuación global indicativa de posible disfunción sexual, como hemos indicado previamente, dos nunca o raramente tuvieron deseo sexual junto con problemas de lubricación y falta de orgasmo. De las cinco restantes, dos tuvieron dificultad para sentirse excitadas, cinco habían sentido sequedad vaginal, tres tuvieron dolor coital y dos tuvieron falta de orgasmo.

A los seis meses de iniciar el uso del método anticonceptivo hormonal fue evaluada de nuevo la actividad sexual con el mismo cuestionario, reduciéndose la muestra a 95 mujeres por pérdida experimental (tabla 6). Ocho mujeres mostraron puntuaciones de probable disfunción sexual (tabla 7). Cinco eran las mismas que lo manifestaron en la evaluación inicial y solamente hubo tres mujeres distintas en las que apareció una puntuación global de probable disfunción sexual y que en la evaluación inicial sus puntuaciones estaban en el rango de normalidad. De las ocho mujeres con alteraciones en la actividad sexual, cinco manifestaron que durante las cuatro últimas semanas nunca o raramente habían tenido interés algún tipo de actividad sexual. Dos tuvieron problemas de lubricación y excitación sexual y otra tuvo problemas de confianza y cercanía emocional hacia la pareja. Hubo, además, seis mujeres que en la puntuación global tuvieron puntuación por encima del punto de corte para probables disfunciones sexuales, que nunca o raramente tuvieron interés sexual. Por consiguiente, en la evaluación de seis meses tras la toma de anticonceptivos hormonales, hubo 11 mujeres con problemas en el deseo sexual (tabla 6).

A los 12 meses de iniciar el uso del método anticonceptivo hormonal fue evaluada de nuevo la actividad sexual con el mismo cuestionario, reduciéndose de nuevo la muestra a 87 mujeres por pérdida experimental (tabla 6). Hubo siete mujeres

que mostraron puntuaciones de probable disfunción sexual en esta medición (tabla 7). Cuatro eran las mismas que lo manifestaron tanto en la evaluación inicial como a los seis meses de uso anticonceptivo y solamente hubo tres mujeres distintas con puntuaciones de probable disfunción sexual y que cuando fueron evaluadas inicialmente sus puntuaciones estaban en el rango de normalidad. Dos manifestaron que nunca o raramente habían tenido interés algún tipo de actividad sexual durante las cuatro últimas semanas, las otras cinco manifestaron problemas con la excitación sexual, con la falta de lubricación, dolor coital y falta de orgasmo. Además, hubo otras siete mujeres que si bien en la puntuación global tuvieron puntuación por encima del punto de corte para probables disfunciones sexuales, en cambio, si manifestaron que durante las cuatro últimas semanas nunca o raramente habían tenido interés algún tipo de actividad sexual. Por consiguiente, en la evaluación de 12 meses tras la toma de anticonceptivos hormonales, hubo nueve mujeres que nunca o raramente tuvieron deseo sexual (tabla 6).

Analizando las nueve mujeres que tras un año de uso anticonceptivo, manifestaron que nunca o raramente tuvieron interés sexual durante las cuatro últimas semanas, sus datos en las diferentes variables estudiadas se detallan a continuación: ocho mujeres tenían pareja estable y una no tenía pareja; la frecuencia de relaciones sexuales fue en orden de mayor a menor frecuencia la siguiente: cinco mujeres menos de una vez a la semana, dos mujeres una vez por semana, una mujer 2-3 veces por semana y otra mujer 4-6 veces por semana. Respecto a los hábitos de consumo cuatro mujeres fumaban tabaco y las cinco restantes no consumían ninguna sustancia de abuso. Solamente dos mujeres tenían antecedentes médicos: una de ellas con hernia discal para la que tomaba analgésicos y otra con asma, alergias y migrañas cuyo tratamiento era antihistamínicos, corticoides y anti-inflamatorios. Respecto al ambiente para llevar a cabo las actividades sexuales, cinco mujeres consideraban que era adecuado, mientras que el tiempo dedicado a la actividad sexual era suficiente para siete de ellas. La

calidad de la relación de pareja era satisfactoria para seis. En cuanto a variables relacionadas con el tipo de anticonceptivo, siete usaban anticoncepción hormonal de tipo oral, una un anillo vaginal y otra mujer un DIU hormonal. Siete referían no tener efectos secundarios por el método anticonceptivo y dos si tenían: una sequedad vaginal y otra tuvo sangrados continuos.

En la comparación de diferencias de medias de la valoración de la actividad sexual, halladas mediante la prueba de contraste *t* de Student para datos de medidas repetidas (tabla 8), no aparecieron diferencias significativas ni a los seis meses ($t=0,923$; $p=0,358$) ni al año ($t=1,211$; $p=0,229$) de uso de métodos anticonceptivos hormonales, con independencia de sus diferentes formulaciones y formas de presentación.

DISCUSIÓN

Las disfunciones sexuales femeninas son altamente prevalentes en el mundo y su etiología es multifactorial implicando a factores biológicos, psicológicos, socioculturales y relacionales (33). La prevalencia mostrada en diferentes estudios y países se sitúa entre el 27% y el 70% (34-36). En nuestra cohorte, la tasa es más baja. Los antecedentes de disfunciones sexuales previas al inicio del uso de método anticonceptivo hormonal, es referido por 15 mujeres (11,4%) de las 131 evaluadas y de las 112 mujeres que cumplieron al inicio del estudio la escala EVAS-M, solamente siete (6,25%) obtuvieron puntuaciones de posible disfunción sexual.

El deseo sexual espontáneo es inusual en las mujeres, excepto en nuevas relaciones, pero este hecho no significa necesariamente una disfunción sexual, del mismo modo que a menudo las mujeres no distinguen entre deseo y excitación sexual (37).

El bajo deseo sexual es el problema de salud sexual femenino más comúnmente informado y está asociado significativamente con bajos niveles de testosterona libre y androstendiona en mujeres premenopáusicas, pero en general en diferentes estudios publicados no ha sido demostrada una asociación significativa con los niveles de andrógenos. Aparte de la variación cíclica en los niveles de andrógenos ováricos en mujeres

en edad gestante, no es equivalente la regulación homeostática de la testosterona libre en mujeres que en hombres y hay una mayor variedad de factores a la unión de esteroides en mujeres comparadas con los hombres, como ocurre con los niveles de estrógenos (37).

Es un hecho conocido que el hipoestrogenismo ocasiona signos y síntomas que impactan negativamente en la función sexual: reducción de la lubricación vaginal, disminución de la vasocongestión vaginal en la fase de excitación sexual, atrofia vaginal y dispareunia (38). Además hay factores que incrementan los niveles de la hormona transportadora de las globulinas (SHBG) y bajan la testosterona libre, como la terapia con estrógenos, el embarazo y el uso de anticonceptivos hormonales, pero hay una ausencia de evidencia de algún tipo de impacto del uso de anticonceptivos hormonales en la función sexual general y en deseo sexual en particular, causado por el decremento de la actividad androgénica, siendo, por consiguiente, la relación entre la función sexual femenina y la contracepción hormonal controvertida y un tema importante de debate y estudio (39).

Varios tipos de anticonceptivos hormonales han sido asociados con cambios en la función sexual de las mujeres, pero los resultados mostrados son mixtos (efectos positivos, negativos o ningún efecto) y no existe un patrón consistente con respecto a la vía de administración o tipo de anticonceptivos: estrógeno-progestágeno versus anticonceptivos de progestágenos solo (37, 39, 40). Mientras unos estudios expresan que las mujeres que usan píldoras anticonceptivas pueden tener decrementos en la libido, otros estudios informan que los progestágenos con efectos antiandrogénicos usados en las píldoras anticonceptivas no afectan al deseo sexual, lo que parece posible es que algunas mujeres pueden ser más susceptibles a la alteración de los niveles de andrógenos que otras (37, 41).

Por lo tanto, la revisión de la literatura muestra que la influencia de los anticonceptivos hormonales en general sobre la función sexual no está aclarada y los

resultados son controvertidos, particularmente con respecto al impacto sobre la libido, aunque sí que un posible efecto sobre la función sexual figura en los prospectos de los mismos. La evidencia disponible indica que parece haber efectos mixtos sobre la libido con un pequeño porcentaje que experimenta un aumento o una disminución, y la mayoría no se ve afectada. Además, los factores contextuales como la duración de la relación y la edad parecen ser predictores más fuertes para el deseo sexual a largo plazo que el tipo de anticonceptivo (8, 42,43). Asimismo, una minoría de mujeres experimenta un cambio en el funcionamiento sexual con respecto a la respuesta sexual general, el deseo, la lubricación, el orgasmo y la satisfacción, pero los mecanismos fisiopatológicos que conducen a las dificultades sexuales notificadas aun no están claros. También es cierto, que hay muy pocos estudios controlados en este campo de evidencia (44).

En nuestra cohorte de mujeres, se han mostrado resultados en la misma línea que los publicados, dado que una minoría de mujeres usuarias de anticoncepción hormonal ha manifestado cambios en el funcionamiento sexual.

A los seis meses del uso anticonceptivo hormonal solamente ocho mujeres mostraron puntuaciones de probable disfunción sexual. Cinco de ellas eran las mismas que lo manifestaron en la evaluación inicial, habiendo tres mujeres distintas en las que apareció una puntuación global de probable disfunción sexual que no fue manifestada en la evaluación inicial. De las ocho mujeres con alteraciones en la actividad sexual, cinco manifestaron que no tenían interés sexual de forma sostenida. Dos tuvieron problemas de lubricación y excitación sexual y otra tuvo problemas de confianza y cercanía emocional hacia la pareja. Hubo además seis mujeres que en la puntuación global tuvieron puntuación por encima del punto de corte para probables disfunciones sexuales, pero que nunca o raramente tenían interés sexual. Por consiguiente, en la evaluación de seis meses tras la toma de anticonceptivos hormonales, hubo 11 mujeres con problemas en el deseo sexual.

A los 12 meses del uso anticonceptivo hormonal solamente siete mujeres mostraron puntuaciones de probable disfunción sexual. Cuatro eran las mismas que lo manifestaron tanto en la evaluación inicial como a los seis meses de uso anticonceptivo y tres mujeres eran distintas apareciendo el problema sexual después. Dos manifestaron que nunca o raramente tenían interés en la actividad sexual, las otras cinco manifestaron problemas con la excitación sexual, con la falta de lubricación, dolor coital y falta de orgasmo. Además, hubo otras siete mujeres que si bien en la puntuación global tuvieron puntuación por encima del punto de corte para probables disfunciones sexuales, en cambio, si manifestaron que durante las cuatro últimas semanas que nunca o raramente habían tenido interés algún tipo de actividad sexual. Por consiguiente, en la evaluación de 12 meses tras la toma de anticonceptivos hormonales, hubo 9 mujeres que nunca o raramente tenían deseo sexual.

Conforme a una revisión sistemática sobre la influencia de los anticonceptivos orales combinados en la función sexual (28), el 85% de los estudios no mostraron cambios significativos o incrementos en la libido y el 15% informó tener disminución del deseo sexual en las mujeres usuarias. En la mayoría de los estudios se observó una disminución en los niveles plasmáticos de testosterona libre y un aumento en los niveles de globulina fijadora de las hormonas sexuales (SHBG).

Otro estudio también informa sobre tasas altas de satisfacción sexual usando el dispositivo intrauterino de Levonorgestrel, no produciendo diferencias en la función sexual al comparar este dispositivo con mujeres con el dispositivo de cobre (45). En cambio, en otro estudio más reciente realizado en Suecia donde compararon el efecto de los dos mismos tipos de dispositivos intrauterinos (Cobre y Levonorgestrel) en la función sexual de una cohorte de 153 usuarias (103 con Cobre y 50 con Levenorgestrel), encontraron que las que usaron el Dispositivo de hormonas informaron mas a menudo de efectos negativos sobre el deseo sexual que las que usaban el de cobre (46).

Ahora bien, muchos estudios fueron retrospectivos, prospectivos, sin grupo de control o con comparaciones aleatorizadas entre diferentes tipos de anticonceptivos sin un grupo placebo. Solamente dos estudios aleatorizados controlados con placebo fueron publicados entre los años 1978 y 2011, ambos con resultados inconclusos (47, 48).

Un estudio realizado en Suecia mediante cuestionario validado y enviado a 3740 mujeres entre 22 a 29 años de edad, donde se pretendía determinar si era más prevalente un decremento en el deseo sexual entre las mujeres que usaban anticoncepción hormonal, frente a aquellas que usaban un anticonceptivo libre de hormonas. Fue contestado por el 50% de las mismas y de ellas el 88% estaban satisfechas con el método usado. El 27% de las que usaban anticoncepción hormonal informaron de un decremento en el deseo sexual atribuido a su uso y ello condujo a interrumpir la contracepción o a cambiar a otro tipo de contraceptivo, en cambio, solo el 12% de las mujeres que usaban un método anticonceptivo libre de hormonas manifestó disminución de la libido. Las mujeres con pareja estable mostraron tener un reducido deseo sexual dos veces más que las mujeres sin pareja (24).

Un estudio ensayo más reciente a doble ciego, aleatorizado y controlado con placebo, realizado también en Suecia a una muestra total de 340 mujeres de edades comprendidas entre 18 a 35 años, con el uso de un contraceptivo oral combinado (150 µg de levonorgestrel y 30 µg de etinilestradiol), los resultados mostraron no producir un impacto negativo en general en la función sexual, aunque tres dominios de los siete medidos estuvieron afectados negativamente: deseo sexual, excitación sexual y placer sexual, en las mujeres usuarias frente al grupo placebo (49).

Desde que fue aprobada el uso de la píldora anticonceptiva en 1960, ésta ha experimentado muchas evoluciones en dosis, tipos de hormonas y régimen de uso. Habiendo sido usada por más de 100 millones de mujeres en el mundo con una amplia distribución geográfica (50).

Los anticonceptivos orales combinados son una forma de contracepción asequible y reversible de contracepción. A nivel mundial, es el tercer método anticonceptivo más popular junto a la esterilización y los dispositivos intrauterinos, teniendo un alto grado de eficacia con un excelente perfil de seguridad y es un método reversible disponible en todo el mundo. El uso de los anticonceptivos orales combinados en mujeres de edad reproductiva en el mundo alcanzó al 14% de las mismas en 2015 (51). Aunque existen directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) sobre el uso de anticonceptivos orales combinados, en ellas no hay mención sobre los efectos en la sexualidad, a pesar de que hay evidencia que sugiere que la vieja generación de este tipo de anticonceptivos, pueden causar disfunciones sexuales femeninas (52).

En un estudio reciente de revisión de diferentes influencias de los métodos anticonceptivos hormonales reversibles en la función sexual, de acuerdo a diferentes composiciones hormonales y mecanismos de acción (50). Estos métodos incluyen: anticonceptivos hormonales combinados (píldora oral, parche y anillo vaginal), anticonceptivos de progestágenos solo (píldora de solo progestágenos, acetato de medroxiprogesterona depot y el implante subdérmico de etonogestrel) y contraceptivos intrauterinos (dispositivo intrauterino de Levonorgestrel). Diferentes progestágenos son usados en los anticonceptivos orales combinados, éstos pueden tener diferentes efectos: estrogénico, antiestrogénico, androgénico, antiandrogénico o antimineralcorticoide. Se conoce que las progesteronas sistémicas pueden estar asociadas con pérdida del deseo sexual debido a la supresión de la función ovárica y de la producción endógena de estrógenos. Por otro lado, está establecido y aceptado que el deseo sexual, el autoerotismo y las fantasías sexuales en las mujeres dependen de los niveles de andrógenos, pero también está aceptado que hay diferencias individuales ante los mismos

niveles de andrógenos entre unas mujeres y otras.

Tanto los anticonceptivos orales combinados con diferentes dosis de etinilestradiol (<20, 20 a 30 y > 30 µg) y progestágenos parcialmente androgénicos o antiandrogénicos como las píldoras con solo progestágenos han sido ampliamente estudiados y los resultados en diferentes estudios son mixtos, es decir, tienen efectos positivos o ningún cambio en muchos de ellos y en otros alteran el deseo sexual, pero no hay una asociación significativa con la dosis del estrógeno o con el tipo de progestágeno (53). Datos similares a los encontrados en nuestros datos, donde la anticoncepción hormonal oral ha sido el método anticonceptivo más utilizado (61,6%), siendo las píldoras combinadas con Dienogest 2mg/EE 0,03mg las más frecuentes. Al año de uso anticonceptivo el 54% tiene a menudo o casi siempre deseo sexual, el 35,6% tiene a veces y solamente el 10,2% no tiene deseo sexual.

El parche contraceptivo ha mostrado positivos efectos sobre la sexualidad. El anillo contraceptivo ha mostrado en la literatura resultados mixtos similares a los anticonceptivos orales, lo mismo que el acetato de medroxiprosterona depot. En cambio, el implante subdérmico de etonogestrel ha mostrado en los estudios efectos negativos con pérdida de interés sexual y decremento de la libido. Finalmente, el dispositivo intrauterino con Levonorgestrel ha mostrado mejoría en el deseo sexual y la calidad de vida (50, 54).

Por consiguiente, la evidencia de una asociación entre el uso de anticoncepción hormonal y disfunción sexual es inconsistente a la luz de la evidencia de los datos actuales, ya que los hallazgos encontrados en estudios que han comparado mujeres que no usaban métodos hormonales con las que si que los usaban han mostrado resultados mixtos y contradictorios, siendo necesarios realizar mas estudios, particularmente con el impacto en el deseo sexual (38, 50).

Aunque durante varias décadas en la literatura médica se ha venido analizando la relación entre la anticoncepción hormonal y el deseo sexual. Aunque se han observado

efectos secundarios sexuales en varios subgrupos de mujeres que han usado anticoncepción hormonal, no existe un patrón de efecto consistente que sugiera un determinante hormonal o biológico. Los efectos sobre el deseo sexual probablemente representan una combinación compleja e idiosincrásica debido a que la naturaleza de la sexualidad es compleja y esta influenciada por muchos factores tanto biológicos como no biológicos (55).

Las fluctuaciones de las hormonas esteroideas han sido investigadas y ha sido demostrado que modulan la actividad sexual de las mujeres durante el ciclo menstrual. Asimismo, se ha demostrado que ocurren cambios en las concentraciones de estrógenos, SHBG y testosterona libre con el uso de anticonceptivos hormonales y que estos efectos pueden afectar al deseo sexual de algunas mujeres quizás por tener una mayor sensibilidad a las mismas o por la influencia de otros factores psicológicos o socioculturales. Aproximadamente el 12% experimentan un incremento o un decremento en su deseo sexual, frente a la mayoría que no experimenta ningún tipo de alteración (51). Otros estudios informan de tasas cercanas, por arriba y por abajo, de decremento del deseo sexual por el uso de contraceptivos hormonales, el 15% en la revisión sistemática de Pastor, Holla y Chmel de 2013 (28) y el 8% en el estudio de revisión de Burrow, Basha y Goldstein de 2012 (8).

Nuestros resultados se sitúan en el mismo rango de tasas, puesto que, tras 12 meses de uso de anticonceptivos hormonales, solamente hemos tenido 9 mujeres (10,2%) que nunca tenían deseo sexual, de las cuales siete usaban anticoncepción hormonal de tipo oral, una un anillo vaginal y otra un DIU hormonal.

CONCLUSIONES

En la comparación de diferencias de medias de los resultados mostrados en la valoración de la actividad sexual, no aparecieron diferencias significativas ni a los seis meses ni al año de uso de métodos anticonceptivos hormonales, con independencia de sus diferentes formulaciones y formas de presentación.

En el análisis pormenorizado de las variables descriptivas, de las nueve mujeres con manifestación de inhibición del deseo sexual al año de uso anticonceptivo, indica que, para cuatro de ellas hay variables que podrían justificar los problemas de deseo sexual sin ser un efecto directo del uso anticonceptivo: en dos de ellas hay antecedentes médicos, posibles efectos secundarios de fármacos, ambiente inadecuado y escaso tiempo para la actividad sexual. En otras dos mujeres hay efectos secundarios del método anticonceptivo que podrían afectar su deseo sexual. Para las otras cinco mujeres restantes no hay datos explicativos que justifiquen la alteración en el interés sexual, salvo el posible efecto secundario del uso del anticonceptivo.

Confirmándose la hipótesis que planteamos en el estudio, de que el uso de anticonceptivos hormonales no ocasionan directamente alteraciones en la respuesta sexual en la gran mayoría de las mujeres que los utilizan, siendo necesario para entender las causas subyacentes en las mujeres que manifiestan alteraciones sexuales, tanto en el deseo sexual como en cualquiera de las otras fases de la respuesta sexual, el analizar otras variables explicativas: sociodemográficas y culturales, antecedentes de salud, personalidad, variables sexuales y de satisfacción con la pareja.

Limitaciones del estudio

Nuestro estudio tiene la fortaleza de ser multicéntrico y muestra una variedad representativa de mujeres. Otra fortaleza es haber podido analizar factores biológicos, psicológicos, culturales y relacionales que pueden tener una influencia importante sobre el deseo sexual. Ahora bien, también tiene varias limitaciones. La muestra analizada es más pequeña que el total de la cohorte inicial debido a la pérdida experimental y la ausencia de grupo de control sin usar contracepción hormonal es otra limitación.

Por otra parte, sería necesario en futuros estudios, aumentar el tamaño de la muestra a estudiar, porque si aparece un número mayor de mujeres con probable disfunción sexual detectadas mediante el cuestionario de evaluación, se podrá analizar si hay un efecto significativo derivado del uso anticonceptivo

hormonal. En nuestro estudio no ha sido posible dado el pequeño número de mujeres detectadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea General de la ONU. 1948.
2. Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (ICPD), Programa para la Acción, realizada en El Cairo en 1994.
3. Cuarta conferencia mundial sobre la mujer (FWCW), Plataforma para la Acción aprobada en Beijing. 1995.
4. Hurtado Murillo F, Pérez Conchillo M, Rubio-Aurioles E, Coates R, Coleman E, Corona Vargas E, Mazín R y Horno Goicoechea P (Redactores del documento). Educación para la sexualidad con bases científicas. Documento de Consenso de Madrid. Recomendaciones de un Grupo Internacional de Expertos. 2011. N° ISBN imprenta: 978-0-9852502-0-1. Electrónico: 978-0-9852502-1-8.
5. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexualhealth/defining_sexual_health.pdf
6. Salud Sexual para el Milenio. Declaración y Documento Técnico. Minneapolis. World Association for Sexual Health. 2008.
7. Revisión de los derechos sexuales. Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS). Consejo consultivo, marzo 2014.
8. Burrows LJ, Basha M, Golstein AT. The effects of hormonal contraceptives on female sexuality: A review. *J Sex Med* 2012;9:2213-2223.
9. Grimes DA, Schulz KJ. Nonspecific side effects of oral contraceptives: Nocebo or noise? *Contracept* 2011;83:5-9.
10. Larsson G, Milsom I, Lindstedt G, Rybo G. The influence of a low-dose combined oral contraceptive on menstrual blood loss and iron status. *Contracept* 1992;46:327-34.
11. Graham CA, Sanders SA, Milhausen RR, McBride KR. Turning on and turning off: A focus Group study of the factors that affect women's sexual arousal. *Arch Sex Behav* 2004;33:527-38.

12. Harper J. Should dermatologists prescribe hormonal contraceptives for acne? *Dermatol Ther* 2009;22:452-7.
13. McCoy NL, Matyas JR. Oral contraceptives and sexuality in university women. *Arch Sex Behav* 1996;25:73-90.
14. Bouchard C, Brisson J, Fortier M, Morin C, Blanchette C. Use of oral contraceptive pills and vulvar vestibulitis: A case-control study. *Am J Epidemiol* 2002;156:254-61.
15. Lee M, Morgan M, Rapkin A. Clitoral and vulvar vestibular sensation in women taking 20 mcg ethinyl estradiol combined oral contraceptives: A preliminary study. *J Sex Med* 2011;8:213-8.
16. Press Y, Menahem S, Shvartzman P. Sexual dysfunction-what is the primary physicians role? *Harefuah* 2003;142(10):662-5.
17. Bachmann G, Oza D. Female androgen insufficiency: The Princeton consensus statement on definition, classification, and assessment. *Fertil* 2002;77:660-5.
18. Cullberg J, Gelli MG, Johnson CO. Mental and sexual adjustment before and after six months' use of an oral contraceptive. *Acta Psychiatr Scand* 1969;45:259-76.
19. Herzberg BN, Draper KS, Johnson AL, Nicol GC. Oral contraceptives, depression, and libido. *Br Med J* 1971;3:495-500.
20. Huffer V, Levin L, Aronson H. Oral contraceptives: Depression and frigidity. *J Nerv Ment Dis* 1970;151:35-41.
21. Alexander GM, Sherwin BB, Bancroft J, Davidson DW. Testosterone and sexual behavior in oral contraceptive users and nonusers: A prospective study. *Horm Behav* 1990;25:388-402.
22. Wallwiener CW, Walwiener LM, Seeger H, Muek AO, Bitzer J, Walwiener M. Prevalence of sexual dysfunction and impact of contraception in female German medical students. *J Sex Med* 2010;7:2139-48.
23. Battaglia C, Battaglia B, Mancini F, Bussachi P, Paganotto MC, Morotti E, Venturoli S. Sexual Behavior and oral contraception: A pilot study. *J Sex Med* 2012;9:550-7.
24. Malmberg A, Persson E, Brynhildsen J, Hammar M. Hormonal contraception and sexual desire: A questionnaire-based study of young Swedish women. *Eur J Contracept Reprod health Care* 2016; 21:158-67. DOI: 10.3109/13625187.2015.1079609.
25. Caruso S, Agnello C, Intelisano G, Farina M, Di Mari I, Sparacino L, Cianci A. Prospective study on sexual behavior of women using 30 microg etinilestradiol and 3 mg drospirenone oral contraceptive. *Contracept* 2005;72:19-23.
26. Strufaldi R, Pompei LM, Steiner ML, Cunha FP, Ferreira JA, Peixoto S, Fernandes CE. Effects of two combined hormonal contraceptives with the same composition and different doses on female sexual function and plasma androgen levels. *Contracept* 2010;82:147-54.
27. Shaffir JA, Isley MM, Woodward M. Oral contraceptives vs injectable progestin in their effect on sexual behavior. *AM J Obstet Gynecol* 2010;203:545 e1-5.
28. Pastor Z, Holla K, Chmel R. The influence of combined oral contraceptives on female sexual desire: A systematic review. *Eur J Contracept Reprod health Care* 2013;18:27-43.
29. Gezgine K, Balei O, Karatayli R, Colakoglu MC. Contraception efficacy and side effects of Implanon. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2007;12:362-5.
30. Skrzypulec V, Drosdzol A. Evaluation of quality of life and sexual functioning of women using levonorgestrel-releasing intrauterine contraceptive system...Mirena. *Antropol* 2008;32:1059-68.
31. La Calle Marcos P, García García J, de la Fuente Sánchez L, Fernández Agis I. Escala de Valoración de la Actividad Sexual en la Mujer (EVAS-M). Construcción y análisis preliminares. *Sexología Integral* 2008;5(3):114-116.
32. La Calle Marcos P, García García J, Fernández Agis I, de la Fuente Sánchez L, García Cantero MI. Escala de Valoración de la Actividad Sexual en la Mujer (EVAS-M). Validación a través de entrevista con experto. *Sexología Integral* 2009;6(4):160-166.
33. Lee JML, Tan TC, Ang SB. Female sexual dysfunction with combined oral contraceptive use. *Singapore Med J*. 2017;

- 58(6):285-288. Doi: 10.11622/smedj.2017048.
34. Lianjun P, Aixia Z, Ahong W, Feng P, Li B, Xiaona Y. Risk factors for low sexual function among urban Chinese women: a hospital-based investigation. *J Sex Med.* 2011;8(8):2299-2304. Doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02313.x.
35. Tehrani F, Farahman M, Simbar M. Factors associated with sexual dysfunction; a population based study in Iranian reproductive age women. *Arch Iran Med.* 2014;17:679-684.
36. Peixoto M, Nobre P. Prevalence and sociodemographic predictors of sexual problems in Portugal: A population-based study with women aged 18 to 79 years. *J Sex Marital Ther.* 2014;41(2):169-180. Doi: 10.1080/0092623X.2013-842195.
37. De Castro Coelho F, Barros C. The potential of Hormonal Contraception to Influence Female Sexuality. *Int J Reprod Med.* 2019;9701384. Published online 2019 Mar 3. Doi: 10.1155/2019/9701384.
38. Boozalis A, Tutlam NT, Chrisman Robbins C, Peipert JF. Sexual Desire and Hormonal Contraception. *Obstet Gynecol.* 2016;127(3):563-572. Doi: 10.1097/AOG.0000000000001286.
39. Casey PM, MacLaughlin KL, Faubion SS. Impact of Contraception on Female Sexual Function. *J Women's Health.* 2017;26:207-213. Doi: 10.1089/jwh.2015.5703.
40. Davis AR, Castaño PM. Oral contraceptives and libido in women. *Annu Rev Sex Res.* 2004;15:297-320.
41. Bjelica A, Kapamadzija A, Maticki-Skulic M. Hormones and female sexuality. *Med Pregl.* 2003;56:446-450. Doi: 10.2298/MPNS0310446B.
42. Cobey KD, Havlíček J, Klapilová K, Roberts C. Hormonal contraceptive Use During Relationship Formation and Sexual Desire During Pregnancy. *Arch Sex Behav.* 2016;45(8):2117-2122. Doi: 10.1007/s10508-015-0662-6.
43. Mark KP, Leistner CE, García JR. Impact of Contraceptive Type on Sexual Desire of Women and of Men Partnered to Contraceptive Users. *J Sex Med.* 2016;13(9):1359-1368. Doi: 10.1016/j.jsxm.2016.06.011.
44. Both S, Lew-Starowicz M, Luria M, Sartorius G, Maseroli E, Tripodi J, Lowenstein I, Nappi RE, Corona G, Reisman Y, Vignozzi L. Hormonal Contraception and Female Sexuality: Position Statements from the European society of Sexual Medicine (ESSM). *J Sex Med.* 2019;16(11):1681-1695. Doi:10.1016/j.jsxm.2019.08.005.
45. Enzlin P, Weyers S, Janssens D, Poppe W, Eelen C, Pazmany E, Elaut E, Amy J. Sexual Functioning in Women Using Levonorgestrel-Releasing Intrauterine Systems as Compared to Copper Intrauterine Devices. *J Sex Med.* 2012;9:1065-1073. Doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02266x.
46. Malmberg A, Brynhildsen J, Hammar M. A survey of young women's perceptions of the influence of the Levonorgestrel-Intrauterine System or copper-intrauterine device on sexual desire. *Sex Reprod Health.* 2019;21:75-80. Doi: 10.1016/j.srhc.2019.06.007.
47. Graham CA, Sherwin BB. The relationship between mood and sexuality in women using an oral contraceptive as a treatment for premenstrual symptoms. *Psychoneuroendocrinology.* 1991;18:273-281.
48. Graham CA, Ramos R, Bancroft J, Maglaya C, Farley TM. The effects of steroidal contraceptives on the well-being and sexuality of women: a double-blind, placebo-controlled, two-centre study of combined and progestogen-only methods. *Contracept.* 1995;52:363-369.
49. Zethraeus N, Dreber A, Ranehill E, Blomberg L, Labrie F, von Schoultz B, Johannesson M, Lindén Hirschberg A. Combined Oral Contraceptives and sexual Function in Women-a Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Trial. *J Clin Endocrinol Metab.* 2016;101(11):4046-4053. Doi: 10.1210/jc.2016-2032.
50. Casado-Espada NM, de Alarcón R, de la Iglesia-Larrad JI, Bote-Bonaecha B, Montejo AL. Hormonal Contraceptives, Female Sexual Dysfunction, and Management Strategies: A Review. *J Clin Med.* 2019;8(6):908. Doi: 10.3390/jcm8060908.

51. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). Trends in Contraceptive Use Worldwide 2015 (ST/ESA/SER.A/349). <http://www.un.org/en/development/desa/populations/pdf/family/trendsContraceptiveUs.e2015Report.pdf>.

52. JML, Low LL, Ang SB. Oral contraception and female sexual dysfunction in reproductive women. *Sex Med Rev.* 2017;5:31-44.

53. Wallwiener CW, Wallwiener LM, Seeger H, Schönfisch B, Mueck AO, Bitzer J, Zipfel S, Brucker SY, Taran FA, Wallwiener M. Are hormonal components of oral contraceptives associated with impaired female sexual function? A questionnaire-

based online survey of medical students in Germany, Austria and Switzerland. *Arch Gynecol Obstet.* 2015;292(4):883-90. Doi: 10.1007/s00404-015-3726-x.

54. Caruso S, Cianci S, Vitale SG, Fava V, Cutello S, Cianci A. Sexual function and quality of life of women adopting the levonorgestrel-releasing intrauterine system (LNG-IUS 13.5 mg) after abortion for unintended pregnancy. *Eur J Contracept Reprod Care.* 2018;23(1):24-31. Doi: 10.1080/13625187.2018.1433824.

55. Schaffir J. Hormonal contraception and sexual desire: a critical review. *J Sex Marital Ther.* 2006;32(4):305-14.

TABLAS

Tabla 1a. Características sociodemográficas iniciales de las mujeres participantes.

VARIABLES	N	(%)	Edad Media	DT	Edad Mínima	Edad Máxima
Edad	131	(100,0)	27,03	7,484	17	44
Origen						
Española	112	(85,5)				
Extranjera	19	(14,5)				
Total	131	(100,0)				
Nivel de estudios						
Primarios	18	(13,7)				
Secundarios	67	(51,1)				
Universitarios	46	(35,1)				
Total	131	(100,0)				
Situación laboral						
Asalariada	50	(38,2)				
Ama de casa	10	(7,6)				
Estudiante	46	(35,1)				
Paro laboral	17	(13,0)				
Profesional liberal	4	(3,1)				
Empresaria	4	(3,1)				
Total	131	(100,0)				
Religión						
Atea o agnóstica	65	(50,0)				
Creyente practicante	5	(4,6)				
Creyente no practicante	59	(45,4)				
Total	130	(100,0)				
Orientación sexual						
Heterosexual	127	(97,7)				
Homosexual	1	(0,8)				
Bisexual	2	(1,5)				
Total	130	(100,0)				

DT= Desviación típica.

Tabla 1b. Características sociodemográficas iniciales, a los 6 meses y a los 12 meses.

Variables	Inicial 6 meses		12 meses		N	(%)
	N	(%)	N	(%)		
Estado civil						
Soltera	53	(40,5)	55	(49,1)	46	(45,1)
Casada	27	(20,6)	22	(19,6)	25	(24,5)
Pareja de hecho	44	(33,6)	28	(25,0)	26	(25,5)
Separada/divorciada	6	(4,6)	6	(5,4)	5	(4,9)
Viuda	1	(0,8)	1	(0,9)	0	(0,0)
Total	131	(100,0)	112	(100,0)	102	(100,0)
Tipo de pareja						
Sin pareja	5	(3,8)	13	(11,6)	13	(12,6)
Estable	122	(93,1)	98	(87,5)	87	(84,5)
Esporádica	4	(3,1)	1	(0,9)	3	(2,9)
Total	131	(100,0)	112	(100,0)	103	(100,0)
Frecuencia sexual						
Diaria	7	(5,5)	3	(2,8)	4	(4,0)
4-6 por semana	17	(13,3)	16	(14,7)	10	(10,0)
2-3 por semana	67	(52,3)	49	(45,0)	48	(48,0)
1 por semana	25	(19,5)	22	(20,2)	19	(19,0)
< 1 por semana	12	(9,4)	19	(17,4)	19	(19,0)
Total	128	(100,0)	109	(100,0)	100	(100,0)
Hábitos de consumo						
Tabaco	34	(54,0)	28	(53,8)	24	(49,0)
Alcohol	12	(19,0)	8	(15,4)	9	(18,4)
Marihuana	1	(1,6)	2	(3,8)	1	(2,0)
Tabaco + Alcohol	10	(15,9)	9	(17,3)	13	(26,5)
Tabaco + Marihuana	5	(7,9)	5	(9,6)	2	(4,1)
Cocaína	1	(1,6)	0	(0,0)	0	(0,0)
Total	63	(100,0)	52	(100,0)	49	(100,0)

Tabla 2. Antecedentes de salud.

Variables	Inicial 6 meses		12 meses		N	(%)
	N	(%)	N	(%)		
Cirugías						
Si	55	(42,0)	21	(16,0)	9	(6,9)
No	76	(58,0)	110	(84,0)	122	(93,1)
Total	131	(100,0)	131	(100,0)	131	(100,0)
Hospitalización						
Si	5	(3,8)	2	(1,5)	0	(0,0)
No	126	(96,2)	129	(98,5)	0	(0,0)
Total	131	(100,0)	131	(100,0)	131	(100,0)
Enfermedades						
Si	25	(19,1)	4	(3,1)	2	(1,5)
No	106	(80,9)	127	(96,9)	129	(98,5)
Total	131	(100,0)	131	(100,0)	131	(100,0)
Tipos de enfermedad						
Alérgicas	5	(20,0)	3	(75,0)	1	(50,0)
Ansiedad	1	(4,0)	0	(0,0)	0	(0,0)
Cardiovasculares	2	(8,0)	0	(0,0)	0	(0,0)
Depresión	1	(4,0)	0	(0,0)	0	(0,0)
Epilepsia	1	(4,0)	0	(0,0)	0	(0,0)
Infecciosas	1	(4,0)	0	(0,0)	0	(0,0)
Intolerancias	2	(8,0)	0	(0,0)	0	(0,0)
Migraña	1	(4,0)	0	(0,0)	0	(0,0)
Hipotiroidismo	3	(12,0)	0	(0,0)	0	(0,0)
Otras	8	(32,0)	1	(25,0)	1	(50,0)
Total	25	(100,0)	4	(100,0)	2	(100,0)
Fármacos						
Si	26	(19,8)	27	(24,1)	25	(24,3)
No	105	(80,2)	85	(75,8)	78	(75,7)
Total	131	(100,0)	112	(100,0)	103	(100,0)
Tipos de fármacos						
Antidepresivos	1	(3,8)	3	(11,1)	2	(8,0)
Benzodiacepinas	1	(3,8)	2	(7,4)	2	(8,0)
Sedantes no BZD	2	(7,7)	1	(3,7)	1	(4,0)
Antihistamínicos	4	(15,4)	4	(14,8)	1	(4,0)
Analgésico opioide	2	(7,7)	1	(3,7)	1	(4,0)
Analgésico no opioide	3	(11,4)	2	(7,4)	2	(8,0)
Antihipertensivos	2	(7,7)	2	(7,4)	1	(4,0)
Hormona Tiroidea	3	(11,5)	2	(7,4)	2	(8,0)
Corticoides	1	(3,8)	1	(3,7)	1	(4,0)
Antiepilépticos	0	(0,0)	0	(0,0)	1	(4,0)
Otros (vitaminas...)	7	(27,0)	9	(33,3)	11	(44,0)

Tabla 3a. Uso anticonceptivo.

Variables	N	(%)
Tipo de anticonceptivo pautado		
Anticoncepción hormonal oral	53	(61,6)
Anillo vaginal	8	(9,3)
Parche anticonceptivo	0	(0,0)
Inyección trimestral	2	(2,3)
Implante subdérmico	16	(18,6)
Dispositivo intrauterino hormonal	7	(8,1)
Total	86	(100,0)
Composición		
Depo-progevera 150mg cada 3 meses	2	(1,5)
Desogestrel 75mcg	4	(3,1)
Dienogest 2mg/EE 0,03mg	13	(10,0)
Drospirenona 3mg/EE 0,03mg	3	(2,3)
Drospirenona 3mg/EE 0,02mg	1	(0,8)
Etonogestrel 120mg/EE 0,015mg	3	(2,3)
Etonogestrel 125mg/EE 0,015mg	1	(0,8)
Etonogestrel 68mg	5	(3,8)
Gestodeno 0,075mg/EE 0,02mg	1	(0,8)
Levonorgestrel 0,02mg	1	(0,8)
Levonorgestrel 0,1mg/EE 0,02mg	2	(1,6)
Levonorgestrel 100 mcg/EE 20mcg	3	(2,3)
Norgestimato 250mcg/EE 35mcg	1	(0,8)

Tabla 3b. Efectos secundarios por el uso anticonceptivo.

Variables	6 meses		12 meses	
	N	(%)	N	(%)
Efectos secundarios no deseados				
Si	17	(15,2)	17	(16,7)
No	95	(84,8)	85	(83,3)
Total	112	(100,0)	102	(100,0)
Tipos de efectos secundarios				
Disminución del deseo sexual	9	(50,0)	9	(47,3)
Sequedad vaginal	2	(11,1)	2	(10,5)
Sangrado vaginal	1	(5,5)	2	(10,5)
Aumento de flujo vaginal	1	(5,5)	0	(0,0)
Dolor de ovarios	1	(5,5)	1	(5,2)
Pareja nota anillo en coito	1	(5,5)	0	(0,0)
Infecciones de orina	1	(5,5)	1	(5,2)
Irritabilidad/labilidad emocional	2	(11,1)	1	(5,2)
Cefalea	0	(0,0)	1	(5,2)
Retención de líquidos	0	(0,0)	2	(10,5)
Total	18	(100,0)	19	(100,0)

Tabla 4. Antecedentes de alteraciones sexuales iniciales.

VARIABLES	N	(%)
Disfunción sexual		
Si	15	(11,4)
No	116	(88,6)
Total	131	(100,0)
Tipo disfunción sexual		
Trastorno del interés/excitación sexual	2	(13,3)
Trastorno orgásmico	2	(13,3)
Falta de lubricación vaginal	7	(46,7)
Dolor coital	1	(6,7)
Insatisfacción sexual	1	(6,7)
Trastorno orgásmico + Falta de lubricación	1	(6,7)
Dolor coital + Falta de lubricación	1	(6,7)
Total	15	(100,0)
Tipo de tratamiento utilizado		
Fármacos	4	(44,4)
Lubricantes vaginales	3	(33,3)
Terapia de pareja	1	(11,1)
Terapia sexual	1	(11,1)
Total	9	(100,0)

Tabla 5. Variables sexuales ambientales, estimulares y de tiempo dedicado.

VARIABLES	Inicial 6 meses		12 meses		N	(%)
	N	(%)	N	(%)		
Ambiente sexual						
Si	122	(94,6)	106	(95,5)	95	(96,9)
No	7	(5,4)	5	(4,5)	3	(3,1)
Total	129	(100,0)	111	(100,0)	98	(100,0)
Estímulos sexuales						
Si	123	(95,3)	87	(78,4)	79	(80,6)
No	6	(4,7)	24	(21,6)	19	(19,4)
Total	129	(100,0)	111	(100,0)	98	(100,0)
Tiempo dedicado						
Si	108	(83,7)	102	(95,3)	91	(95,8)
No	21	(16,3)	5	(4,7)	4	(4,2)
Total	129	(100,0)	107	(100,0)	95	(100,0)

Tabla 6. Valoración de la actividad sexual en la mujer mediante el cuestionario EVAS-M.

Variables	Inicial		6 meses		12 meses	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Satisfacción						
Muy insatisfecha	5	(4,5)	7	(7,4)	3	(3,4)
Bastante insatisfecha	11	(9,8)	8	(8,4)	9	(10,3)
Ni satisfecha-ni insatisf	9	(8,0)	11	(11,6)	12	(13,8)
Bastante satisfecha	54	(48,2)	44	(46,3)	40	(46,0)
Muy satisfecha	33	(29,5)	25	(26,3)	23	(26,4)
Total	112	(100,0)	95	(100,0)	87	(100,0)
Tiempo insatisfacción						
Semanas	0	(0,0)	1	(9,1)	0	(0,0)
Meses	4	(50,0)	7	(63,6)	7	(70,0)
Años	3	(37,5)	3	(27,3)	3	(30,0)
Nunca he estado satisfecha	1	(12,5)	0	(0,0)	0	(0,0)
Total	8	(100,0)	11	(100,0)	10	(100,0)
Deseo sexual						
Nunca	1	(0,9)	2	(2,1)	2	(2,2)
Raramente	7	(6,3)	9	(9,5)	7	(8,0)
A veces	39	(34,8)	37	(38,9)	31	(35,6)
A menudo	39	(34,8)	32	(33,7)	32	(36,8)
Casi siempre-siempre	23	(20,5)	15	(15,8)	15	(17,2)
Total	112	(100,0)	95	(100,0)	87	(100,0)
Dificultad excitación						
Casi siempre-siempre	1	(0,9)	1	(1,1)	1	(1,1)
A menudo	2	(1,8)	0	(0,0)	2	(2,3)
A veces	24	(21,4)	23	(24,2)	25	(28,7)
Raramente	45	(40,2)	41	(43,2)	29	(33,3)
Nunca	40	(35,7)	30	(31,6)	30	(34,5)
Total	112	(100,0)	95	(100,0)	87	(100,0)
Sequedad vaginal						
Casi siempre-siempre	3	(2,7)	5	(5,3)	3	(3,4)
A menudo	5	(4,5)	4	(4,2)	7	(8,0)
A veces	34	(30,4)	25	(26,3)	25	(28,7)
Raramente	35	(31,3)	34	(35,8)	21	(24,1)
Nunca	35	(31,3)	27	(28,4)	31	(35,6)
Total	112	(100,0)	95	(100,0)	87	(100,0)
Orgasmo						
Nunca	3	(2,7)	1	(1,1)	2	(2,3)
Raramente	3	(2,7)	5	(5,3)	4	(4,6)
A veces	17	(15,2)	18	(18,9)	15	(17,2)
A menudo	29	(25,9)	25	(26,3)	24	(27,6)
Casi siempre-siempre	60	(53,6)	46	(48,4)	42	(48,3)
Total	112	100,0)	95	100,0)	87	(100,0)
Dolor						
Casi siempre-siempre	1	(0,9)	0	(0,0)	0	(0,0)
A menudo	2	(1,8)	2	(2,1)	5	(5,7)
A veces	24	(21,4)	19	(20,0)	18	(20,6)
Raramente	46	(41,1)	35	(36,8)	28	(32,1)
Nunca	39	(34,8)	39	(41,1)	36	(41,3)
Total	112	(100,0)	95	(100,0)	87	(100,0)
Cercanía emocional						
Nunca	0	(0,0)	1	(1,1)	0	(0,0)
Raramente	1	(0,9)	1	(1,1)	1	(1,1)
A veces	2	(1,8)	3	(3,2)	1	(1,1)
A menudo	8	(7,2)	7	(7,5)	6	(6,9)
Casi siempre-siempre	101	(91,0)	81	(87,1)	79	90,8)
Total	111	(100,0)	93	(100,0)	87	(100,0)

Tabla 7. Estadísticos descriptivos de casos con puntuación total en EVAS-M menor de 38.

	N	Mínima	Máxima	Media	(DT)	Varianza
EVAS-M inicial	7	23	37	33,14	(4,947)	24,476
EVAS-M 6 meses	8	32	37	35,00	(1,604)	2,571
EVAS-M 12 meses	7	27	36	32,43	(3,101)	9,619

DT= Desviación típica.

Tabla 8. Prueba de contraste (t de Student) para la puntuación total Escala EVAS-M.

	N	Media	(DT)	95% IC para la diferencia		t	p
				Inferior	superior		
EVAS-M inicial	112	48,17	(6,375)	-,471	1,288	0,923	0,358
EVAS-M 6 meses	95	47,76	(6,528)				
EVAS-M inicial	112	48,17	(6,375)	-,446	1,834	1,211	0,229
EVAS-M 12 meses	87	47,81	(6,932)				

DT= Desviación típica; IC= Intervalo de confianza