



INVESTIGACIÓN ORIGINAL

PREVALENCIA DEL DESORDEN DE DESEO SEXUAL HIPOACTIVO EN MUJERES COLOMBIANAS Y FACTORES ASOCIADOS

The prevalence of hypoactive sexual desire disorder in Colombian females and associated factors

Germán Raigosa-Londoño, M.D.¹, Martha Cecilia Echeverri-Ramirez²

Recibido: noviembre 4/11 - Aceptado: junio 22/12

RESUMEN

Objetivo: medir la prevalencia del desorden de deseo sexual hipoactivo (DDSH) en una muestra de mujeres sexualmente activas con edades entre 15 y 59 años en Colombia, y explorar posibles factores asociados.

Materiales y métodos: estudio de corte transversal. Se incluyeron mujeres colombianas entre 15 y 59 años, con vida sexualmente activa. Estas mujeres no son una muestra clínica sino de grupos de mujeres entrevistados de la población general. Criterios de exclusión: analfabetismo y enfermedad sistémica. El tamaño muestral mínimo estimado fue de 369 mujeres, para una prevalencia de 35% con un error máximo de 5% y con 95% de confianza. Muestreo por conveniencia. El cuestionario *Female Sexual Function Index* (FSFI), validado previamente al español, fue administrado a 567 mujeres sexualmente activas en varios grupos focales. Se usó un valor de corte de 5 en la escala del deseo para definir DDSH. Se evaluaron además edad, nivel educativo, nivel socioeconómico, estado marital, cohabitación, sentimientos de depresión, uso de drogas antidepre-

sivas, ciclo menstrual, número de hijos y método anticonceptivo. Se calculó la frecuencia relativa en las variables. Para evaluar la asociación entre las variables y la presencia del desorden de deseo sexual hipoactivo se utilizó la razón de Odds (OR) y su respectivo intervalo de confianza.

Resultados: en el grupo de estudio 101 de 497 mujeres tuvieron un puntaje menor de 5 para una prevalencia de desorden de deseo sexual hipoactivo de 20,3%. Las variables asociadas fueron: bajo nivel educativo (OR = 2,77; IC 95%: 1,1-6,5), número de hijos (OR = 3; IC 95%: 1,8-5,1), edad mayor de 50 (OR = 3,19; IC 95%: 1-9,4), falta de cercanía emocional con la pareja (OR = 5; IC 95%: 3-8,3), sentimientos de depresión (OR = 1,9; IC 95%: 1,2-2,9) y el uso de antidepresivos (OR = 5; IC 95%: 3-8,3).

Conclusiones: un importante porcentaje de la población en Colombia presenta puntajes bajos en el FSFI, sugestivos de desorden de deseo sexual hipoactivo.

Palabras clave: sexualidad, depresión, desorden de deseo sexual hipoactivo.

ABSTRACT

Objective: Measuring the prevalence of hypoactive sexual desire disorder (HSDD) in a sample of sexually-active Colombian females aged 15 to 59 years old and exploring possible associated factors.

1 Ginecólogo, Instituto de Fertilidad Humana Bogotá, Colombia. graigosa@inser.com.co

2 Psicóloga. Sexóloga, Sexualidad y Género, Centro de Estudios, Medellín, Colombia

Materials and methods: This was a cross-sectional study. Colombian females aged 15 to 59 years old having an active sex-life. Exclusion criteria were being illiterate and suffering systemic disease. Minimum estimated sample size was 369 females, using 35% prevalence, 5% maximum error and 95% confidence level. Convenience sampling was used. The Female Sexual Function Index (FSFI) questionnaire, previously validated in Spanish, was administered to 567 sexually active females in several focal groups. A cut-off value of 5 on the scale of desire was used for defining HSDD. Age, educational level, socio-economic status, marital state, cohabitation, feelings of depression, antidepressant medication use, menstrual cycle, number of children and contraceptive method were also evaluated. The variables' relative frequency was calculated. The odds ratio (OR) and their confidence intervals (95%) was used for evaluating the association between variables and the presence of HSDD.

Results: 101 of the 497 females in the study group scored less than 5, giving 20.3% HSDD prevalence. The associated variables were: low educational level (OR = 2.77; 1.1-6.5 95% CI), number of children (OR = 3; 1.8-5.1 95% CI), being aged over 50 (OR = 3.19; 1-9.4 95% CI), a lack of emotional closeness to the partner (OR = 5; 3-8.3 95% CI), feelings of depression (OR = 1.9; 1.2-2.9 95% CI) and antidepressant medication use (OR = 5; 3-8.3 95% CI).

Conclusions: An important percentage of the Colombian population in question had low scores on the FSFI, suggestive of hypoactive sexual desire disorder.

Key words: Sexuality, depression, hypoactive sexual desire disorder.

INTRODUCCIÓN

Se define como Desorden del Deseo Sexual Hipoactivo (DDSH) a la persistente deficiencia o ausencia de fantasías o deseos sexuales o receptividad a la actividad sexual que cause angustia (1). Esta definición y otras sobre la respuesta sexual femenina se basan en los estudios de Masters y Johnson (2)

quienes fueron los primeros en crear un modelo de la respuesta sexual femenina basado en datos científicos. Este modelo de respuesta lineal describe una fase inicial de excitación con cambios fisiológicos de vasocongestión y lubricación vaginal, seguida de una meseta y luego uno o varios orgasmos marcados por expresiones fisiológicas de contracciones tónico-clónicas de los músculos perineales y terminando en una fase de resolución. El modelo fue modificado por Kaplan (3) para incluir al deseo como iniciador de la respuesta sexual femenina. Este modelo es la base de la clasificación actual de los problemas sexuales de la mujer, creada por la American Psychiatric Association, y publicado en su manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, DSM IV (4). Un consenso de expertos convocado por la American Foundation for Urological Disease en 1998 (5) retomó esta clasificación incluyendo aspectos fisiológicos que estaban ausentes en el DSM IV y es la clasificación más utilizada actualmente. Otros autores (6) critican el modelo lineal y proponen un modelo circular donde la intimidad y la relación de pareja son factores muy importantes para el inicio y el refuerzo de la respuesta sexual femenina, y donde las fases se traslapan e interrelacionan.

El *Female Sexual Function Index* (FSFI) es un instrumento creado por Rosen *et al.* en 2000 (7) y está basado en la clasificación de desórdenes sexuales del DSM-IV. Fue validado por Weigel (8), quien demostró que el FSFI podía discriminar entre mujeres sin disfunción sexual de otras con disfunción sexual. Existe una versión traducida al español del FSFI que ya fue validada en Chile (9) en 383 mujeres. La traducción se realizó utilizando la técnica *Backward translate technique* y la consistencia interna se evaluó con el test alfa de Cronbach. Hay dos estudios publicados (10, 11) que utilizan el FSFI en español en mujeres colombianas.

Existen otros instrumentos para estudiar específicamente el DDSH como son el *Decreased Sexual Desire Screener* (DSDS) (12) y el *Sexual Interest and Desire Inventory-Female* (SIDI-F) (13) pero aún no

han recibido aceptación generalizada y ninguno de ellos ha sido traducido al español.

Una de las quejas frecuentes en consulta ginecológica se refiere a la disminución del deseo sexual. Los ginecólogos son a menudo la primera opción de consulta sobre su sexualidad para las mujeres (14). Existe poca información científica a nivel local y regional sobre la sexualidad de la mujer que muestre la importancia del problema al ginecólogo sobre todo respecto al DDSH. En el 2010 un estudio (11) reportó que la prevalencia de las disfunciones sexuales femeninas en mujeres colombianas era del 30%.

Es necesario ampliar la información respecto a la calidad de la sexualidad de la mujer en nuestro contexto y hacer esta información asequible al ginecólogo. Conocer la prevalencia de las disfunciones es el paso inicial en el proceso de estudio y tratamiento de la problemática sexual de la mujer en nuestro país. El objetivo de este estudio es conocer la prevalencia del Desorden del Deseo Sexual Hipoactivo en una muestra grande de la población general, y hacer una aproximación a algunos factores asociados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de corte transversal. Se incluyeron mujeres colombianas entre 15 y 59 años, con vida sexualmente activa. Estas mujeres no son una muestra clínica sino de grupos de mujeres entrevistados de la población general. Se excluyeron mujeres con enfermedad sistémica, analfabetismo y aquellas que no tuvieron actividad sexual en las cuatro semanas previas.

Tamaño muestral: 369 mujeres, con base en una prevalencia esperada del 35%, un error máximo de 5%, y con 95% de confianza. Se utilizó el programa Sampsiz (P Glaziou, Sourceforge.net). Muestreo: muestreo estratificado por edad, ingresos, estado marital y educación. Los grupos consistieron en mujeres trabajadoras, mujeres no trabajadoras de estrato social bajo, madres en reuniones de padres de familia de colegios, mujeres que asisten a educación no formal en una universidad

pública, estudiantes universitarias de universidades públicas y privadas, y mujeres que asisten o son acompañantes a revisiones médicas en instituciones médicas de clase media y alta. La participación fue voluntaria.

Aspectos éticos: el estudio fue aprobado por el comité de ética del Instituto de Fertilidad Humana. A los sujetos se les informó sobre la naturaleza del estudio y el uso que se le daría a sus datos.

El instrumento utilizado fue el *Female Sexual Function Inventory* (FSFI). El FSFI es un cuestionario autoadministrado de 19 preguntas enfocadas en los dominios de deseo, excitación, orgasmo, lubricación y dolor percibidos durante la actividad sexual en las últimas cuatro semanas. El instrumento asigna un puntaje a cada una de las 19 preguntas, y la suma de estos arroja un puntaje total final para el cuestionario. El cuestionario tiene una subescala para deseo sexual. Según la validación hecha por Rosen en el 2010 (15), un puntaje menor de 5 define un problema de deseo sexual. Se utilizó una versión traducida al español. El cuestionario y su sistema de calificación son de uso libre y se pueden obtener en Internet en la página www.fsfi-questionnaire.com.

Además, se midieron las siguientes variables: porcentaje de mujeres con puntaje igual o menor a 5 en la escala de deseo sexual de FSFI, edad, nivel económico, estado marital, convivencia con la pareja, número de hijos, nivel educativo, uso de métodos anticonceptivos, sentimientos de depresión, uso de medicamentos antidepresivos y ciclo menstrual. Se consideraron como categorías basales el grupo de edad de 20 a 29 años, estrato social 2 o 3, estado civil soltera, nivel educativo universitario, no tener hijos, no cohabitación, ciclos menstruales regulares, no tener sentimientos de depresión, no uso de medicamentos antidepresivos y el no utilizar un método anticonceptivo.

Procesamiento de datos y análisis: los cuestionarios fueron descargados en una base de datos electrónica (Paradox, Corel Corp), para el análisis de datos se utilizó el Epidat 3.1 (OPS/Xunta de Galicia). Para el análisis univariado se calculó la

frecuencia y los porcentajes de las variables. Las variables continuas se presentan mediante medidas de tendencia central y dispersión. El análisis bivariado se hizo utilizando chi-cuadrado, y la determinación de p para evaluar la asociación entre las variables. También se utilizó la razón de odds (OR) y su respectivo intervalo de confianza del 95% para evaluar la fortaleza de la asociación.

RESULTADOS

Contestaron la encuesta 567 mujeres entre 15 y 59 años. Llenaron de manera incompleta el cuestionario 21 mujeres y 49 contestaron el cuestionario reportando que no tuvieron actividad sexual en las cuatro semanas previas por lo que fueron excluidas quedando 497 encuestas evaluables. Se encontró una prevalencia de problemas de deseo sexual hipoactivo del 20% (101/497). La edad promedio de las mujeres encuestadas fue $29,5 \pm 5,3$ años. El 94% de las mujeres estaban entre los 20 y 49 años. El 71% eran de estrato socioeconómico bajo o medio. El 50% estaban en unión estable y el 52% convivían con su pareja. El 54% tienen educación universitaria. El 41% no había tenido hijos, y el 74% tenían ciclos regulares. El 38% utilizaba anticoncepción hormonal, condón el 11,7%, DIU el 10% y esterilización quirúrgica el 10%. El 46% reportaba síntomas de depresión, y el 20% había ingerido antidepresivos.

Se encontró asociación estadísticamente significativa del DDSH con mujeres que alcanzaron solo educación primaria (OR = 2,77; IC 95%: 1,1-6,5), tener paridad previa (OR = 3,1; IC 95%: 1,8-5,3), antecedente de depresión (OR = 1,9; IC 95%: 1,2-2,9) y antecedente de uso previo o actual de antidepresivos (OR = 1,9; IC 95%: 1,1-3,2). Las mujeres que reportaron sentirse insatisfechas con la cercanía emocional con su pareja tuvieron también más riesgo (OR = 5,0; IC 95%: 2,9-8,6). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a edad, estrato social, estado civil, convivencia, método anticonceptivo y regularidad de los ciclos menstruales (tabla 1).

DISCUSIÓN

La prevalencia de trastorno del deseo sexual hipoactivo de 20,3% que reportamos está dentro del rango publicado en la literatura mundial (16-19), que varía entre 16,5 y 60%. Esta amplitud de rangos puede explicarse por diferentes metodologías e instrumentos usados para medir la prevalencia y por diferencias en la muestra poblacional estudiada. La muestra que tomamos es una muestra grande que no tiene una base poblacional hospitalaria y cubre un amplio espectro en cuanto a grupos socioeconómicos, educativos y de edad.

Aunque no se encontró asociación estadísticamente significativa con las mujeres mayores de 50 años, se conoce que el estado menopáusico y el bajo nivel de estrógenos y testosterona séricas resultantes tienen una fuerte asociación con disfunción sexual femenina, incluyendo deseo sexual hipoactivo (20, 21). Por el contrario, en mujeres premenopáusicas no se ha encontrado una clara asociación entre los niveles séricos de testosterona y otras hormonas sexuales y los trastornos del deseo (22).

La asociación entre depresión y problemas sexuales femeninos, así como el efecto deletéreo de los medicamentos antidepresivos que reportamos ha sido también descrita por otros autores (23-25).

Respecto a la asociación entre insatisfacción con la pareja y DDSH, McCabe (26) reportó hallazgos similares, y además encontró una frecuencia mayor de problemas del deseo en la mujer cuando era su compañero el que tenía una disfunción sexual, reforzando así el concepto expresado por Dennerstein (27) acerca de que la sexualidad de la mujer debe estudiarse dentro del contexto de su relación de pareja actual.

Dentro de las debilidades del presente estudio está que el instrumento utilizado requiere un nivel educativo que permita una buena comprensión de las preguntas y no es adecuado para población analfabeta o con bajo nivel educativo. Esto podría introducir un sesgo en la alta prevalencia de DDSH observada en el grupo con nivel educativo primario. También, al excluir del estudio a las mujeres que

Tabla 1.
Factores de riesgo para Desorden de Deseo Sexual Hipoactivo en mujeres colombianas

Variable	Sujetos sin DDSH n = 396	Sujetos con DDSSH Puntaje <5 n = 101	OR (IC)
Total			
Edad			
<20	13	4	1,5 (0,4-4,7)
20-29	185	39	1*
30-39	129	33	1,2 (0,72-2,0)
40-49	60	19	1,5 (0,8-2,8)
50-59	9	6	3,1 (0,9-10,6)
Estrato social			
1-2	105	27	1,1 (0,7-1,9)
3-4	183	41	1*
5-6	97	28	1,3 (0,75-2,2)
Estado civil			
Soltera/separadas	196	40	1*
Casada/unión libre	199	59	1,5 (0,9-2,3)
Escolaridad			
Primaria	16	9	2,8 (1,1-6,5)†
Bachillerato	151	46	1,5 (0,9-2,3)
Universitaria	223	46	1*
Hijos			
No	183	22	1*
Sí	208	77	3,1 (1,8-5,3)†
Número de hijos			
0	183	22	1*
1	97	27	2,3 (1,2-4,5)†
2	81	30	3,1 (1,6-4,2)†
>2	30	20	5,5 (2,6-12,1)†
Convivencia			
Sí	201	61	0,69 (0,43- 1,1)
No	191	40	1*
Ciclos menstruales			
Regulares	319	74	1*
Irregulares	69	22	1,4 (0,8-2,4)
Depresión			
Sí	170	60	1,9 (1,2-2,9)†
No	222	41	1*
Antidepresivo			
No	318	69	1*
Sí	75	31	1,9 (1,1-3,2)
Anticoncepción			
Ninguno	73	19	1*
Natural	14	1	0,3 (0,01-2,1)
Condón	47	11	0,9 (0,4-2,2)
Hormonal	152	31	0,8(0,4-1,6)
Diu	46	11	0,9 (0,5-1,8)
Tubectomía	49	18	1,4 (0,7-2,9)
Vasectomía	15	7	1,8 (0,64-5)
Satisfacción con cercanía emocional			
Satisfecha/neutra	352	62	1 *
Insatisfecha	44	39	5,0 (2,9-8,6) †

* Categoría con el riesgo basal

† Asociación estadísticamente significativa

no tuvieron actividad sexual en las últimas cuatro semanas se podría estar excluyendo más mujeres con desorden del deseo sexual y que por este mismo motivo no tuvieron el contacto sexual; esto podría introducir un sesgo en la prevalencia. Estudios futuros sobre DDSH deberían incluir mujeres con y sin actividad sexual reciente. Por último, la generalización de estos resultados es limitada por la base poblacional de donde provienen las pacientes.

Dentro de las fortalezas de este trabajo está que la población de estudio no es una muestra clínica sino una muestra grande tomada de la población general, con una amplia gama de edades y estratos socioeconómicos. También que se utiliza el FSFI, un instrumento reconocido, de confiabilidad y consistencia interna y validado en español.

CONCLUSIÓN

La prevalencia de deseo sexual hipoactivo encontrada fue de 20,3%. Hay asociación con falta de cercanía emocional con la pareja, depresión y drogas antidepressivas. Es importante confirmar esta observación con diseños epidemiológicos con menor riesgo de sesgos.

REFERENCIAS

1. Basson R. Women's sexual function: revised and expanded definitions. *CMAJ* 2005;172:1327-33.
2. Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC. Tratado de medicina sexual. Barcelona: Salvat Editores; 1983.
3. Kaplan H. The Evaluation of Sexual Disorders: Psychological and Medical Aspects. Lewittown PA: Taylor & Francis; 1983.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR. Fourth Edition, Text Revision. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
5. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol* 2000;163: 888-93.
6. Basson R. The female sexual response: a different model. *J Sex Marital Ther* 2000;26:51-65.
7. Rosen RC, Brown C, Heinman J, Leiblum S, Meston CM, 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;26:191-208.
8. Weigel M, Meston C, Rosen R. The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross Validation and Development of Clinical Cutoff Scores. *J Sex Marital Ther* 2005;31:1-20.
9. Blumel JE, Binfa L, Cataldo P, Carrasco A, Izaguirre H, Sarrá C. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2004;69:118-25.
10. García SP, Aponte HA, Moreno S. Diagnóstico de la disfunción sexual femenina y su correlación con el perfil hormonal en la población femenina que consulta los servicios de urología, ginecología y personal femenino de hospital de San José, en Bogotá, Colombia. *Urol Colomb* 2005;14:75-80.
11. Echeverri MC, Arango A, Castro B, Raigosa G. Study of the Prevalence of Female Sexual Dysfunction in Sexually Active Women 18 to 40 years of age in Medellín, Colombia. *J Sex Med* 2010;7:2363-9.
12. Clayton AH, Goldfischer ER, Goldstein I, DeRogatis L, Lewis D, Agostino D, et al. Validation of the Sexual Desire Screener (SDS): A brief diagnostic instrument for generalized acquired female Hypoactive Sexual Desire Disorder (HSDD). *J Sex Med* 2009;6:730-8.
13. Clayton AH, Seagraves RT, Leiblum S, Basson R, Pyke R, Cotton D, et al. Reliability and validity of the Sexual Interest and desire Inventory – Female (SIDI-F), a scale designed to measure severity of female hypoactive sexual desire disorder. *J Sex Marital Ther* 2006;32:115.
14. Fernández MS, Ospina B, Múnera AM. La sexualidad en pacientes con cáncer de mama o cervix sometidas a tratamiento quirúrgico en el Hospital General, Hospital San Vicente de Paúl e Instituto de Cancerología de la Clínica de las Américas, Medellín, 1999. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2002;53:179-83.

15. Rosen RC, Gerstenberger EP, Meston CM, Brotto LA, Weigel M, Sand, M. Criterion validity of the sexual desire domain of the female sexual function index (FSFI): identifying a diagnostic cut-point for Differentiating women with or without HSDD. Poster 33, 3rd International Consultation on Sexual Medicine, Paris; 2009.
16. West SL, D'Aloisio AA, Agans RP, Kalsbeek WD, Borisov NN, Thorp JM. Prevalence of low sexual desire and hypoactive sexual desire disorder in a nationally representative sample of US women. *Arch Intern Med* 2008;168:1441-9.
17. Valadares AL, Pinto-Neto AM, de Souza MH, Osis MJ, da Costa Paiva LH. The Prevalence of the components of low sexual function and associated factors in middle-aged women. *J Sex Med* 2011;8:2851-8.
18. Burri A, Spector T. Recent and lifelong sexual dysfunction in a female UK population sample: prevalence and risk factors. *J Sex Med* 2011;8:2420.
19. Pastor Z. Female sexual desire disorders - prevalence, classification and treatment possibilities. *Ceska Gynekol* 2011;76:59-64.
20. Sarrel PM. Psychosexual effects of menopause: role of androgens. *Am J Obstet Gynecol* 1999;180:S3319.
21. Nappi RE, Albani F, Santamaria V, Tonani S, Martini E, Terreno E, et al. Menopause and sexual desire: the role of testosterone. *Menopause Int* 2010;16:162.
22. Heiman JR, Rupp H, Janssen E, Newhouse SK, Brauer M, Laan E. Sexual desire, sexual arousal and hormonal differences in premenopausal US and Dutch women with and without low sexual desire. *Horm Behav* 2011;59:772-9.
23. Papakostas GI. Tolerability of modern antidepressants. *J Clin Psychiatry* 2008;69SupplE1:8-13.
24. Zourková A, Cesková E, Hadasová E, Ravcuková B. Links among paroxetine-induced sexual dysfunctions, gender, and CYP2D6 activity. *J Sex Marital Ther* 2007;33:343-55.
25. Fabre LF, Smith LC. The Effect of Major Depression on Sexual Function in Women. *J Sex Med* 2011;9:231-9.
26. McCabe MP, Goldhammer DL. Demographic and psychological factors related to sexual desire among heterosexual women in a relationship. *J Sex Res* 2011;28:1-10.
27. Dennerstein L, Hayes R, Sand M, Lehert P. Attitudes toward and frequency of partner interactions among women reporting decreased sexual desire. *J Sex Med* 2009;6:1668-73.

Conflicto de intereses: ninguno declarado.