

**ABANDONO DE LA TERAPIA DE SEXOLOGÍA CLÍNICA EN UNA IPS DE LA CIUDAD
DE MANIZALES DURANTE EL AÑO 2019**

Autor responsable:

Rubén Guillermo Quintero Mora

UNIVERSIDAD DE CALDAS

Facultad de Medicina

División de Postgrados

Departamento de Salud Mental y del Comportamiento

Especialización Sexología Clínica

2022

**ABANDONO DE LA TERAPIA DE SEXOLOGÍA CLÍNICA EN UNA IPS DE LA CIUDAD
DE MANIZALES DURANTE EL AÑO 2019**

**Trabajo de grado para optar por el título de
Especialista en Sexología Clínica**

Autor responsable:

Rubén Guillermo Quintero Mora

Director de proyecto:

Paulo César Giraldo Betancur

Sociólogo

MsC Sociedades Rurales

UNIVERSIDAD DE CALDAS

Facultad de Medicina

División de Postgrados

Departamento de Salud Mental y del Comportamiento

Especialización Sexología Clínica

2022

RESUMEN

La consulta de sexología clínica es un servicio de reciente aparición en los modelos de atención en salud en Colombia y en todo el mundo. El campo médico de la Sexología Clínica poco ha sido llevado al ámbito de la investigación científica en comparación con otras áreas de la medicina. El conocimiento en temas de atención, satisfacción frente a la atención y tratamiento, y barreras sociales y culturales es limitado en esta esfera del conocimiento. En la experiencia de los profesionales de Sexología Clínica se han identificado altos grados de deserción en torno a la continuidad en la terapia propuesta a los pacientes a través de los informes recolectados en las instituciones prestadoras de salud que ofrecen este servicio.

Para llenar estos vacíos del conocimiento, y ante el desconocimiento actual frente a las dinámicas de continuidad o abandono de la terapia de sexología clínica, se realizó un estudio exploratorio que pretende identificar las causas por las cuales los pacientes que asisten a consulta de sexología clínica abandonan la terapia establecida desde la consulta inicial.

Se planteó un estudio, observacional, trasversal, y descriptivo de nivel exploratorio, con un componente cualitativo que dio respuesta a las percepciones individuales de los participantes que busca caracterizar los principales motivos de abandono de la terapia por parte de los pacientes que asisten a consulta de sexología clínica en una IPS de la ciudad de Manizales durante el año 2019. La técnica de recolección de información fue un cuestionario aplicado a través de llamada telefónica, o autoaplicado por medio de una herramienta digital enviada por correo electrónico o aplicación de mensajería instantánea. Para el análisis de los datos se presentan las principales medidas de tendencia central observadas en el comportamiento de la muestra. También se muestra los análisis descriptivos observados en los hallazgos. Contiene un componente cualitativo multicategorial codificada y agrupada presentando también los análisis.

Los resultados muestran múltiples motivos para abandonar la terapia de sexología clínica que siendo los más frecuentes y de mayor impacto la falta de tiempo, falta de motivación, mejoría o resolución de su preocupación inicial, falta de confianza en el terapeuta, mala relación médico-pacientes y tiempo prolongado en conseguir resultados.

Por otra parte, se describe que hay procesos administrativos y logísticos que impactan en los motivos de abandono de los pacientes como que siguieron siendo valorados por otros especialistas, no autorización de citas por la EPS y cambio de ciudad del paciente.

Se encuentran preocupaciones que impactan la adherencia a la terapia de sexología incluyen preocupación por la privacidad, dificultades en la comunicación y escucha por parte del terapeuta, la no posibilidad de escoger al terapeuta y la falta de empatía de este.

Finalmente se deja en evidencia que la mayoría de los pacientes que abandonan de forma anticipada la terapia de sexología clínica desean regresar y continuar, tanto de forma presencial como de forma virtual.

Todos estos hallazgos abren la posibilidad de crear indicadores de calidad, eficacia y cumplimiento en la terapia de sexología clínica, así como procesos de seguimiento a los pacientes que requieran más acompañamiento, estrategias de adherencia y motivación terapéutica.

Palabras clave en español: Sexología, Cumplimiento y Adherencia al Tratamiento, Continuidad de la Atención al Paciente, Calidad de la Atención de Salud. (Fuente DeCS).

ABSTRACT

The Clinical Sexology Consultation is a service that has recently appeared in health care models in Colombia and throughout the world. The medical field of Clinical Sexology has been little brought to the field of scientific research compared to other areas of medicine. Knowledge on issues of care, satisfaction with care and treatment, and social and cultural barriers is limited in this domain of knowledge. In the experience of Clinical Sexology professionals, high rates of desertion have been identified around the continuity in the therapy proposed to patients through the reports collected in the health-providing institutions that offer this service.

To fill these gaps in knowledge, and given the current lack of knowledge regarding the dynamics of continuity or abandonment of clinical sexology therapy, an exploratory study was carried out that aims to identify the causes for which patients who attend clinical sexology consultation abandon therapy established from the initial consultation.

An exploratory, observational, cross-sectional, and descriptive study was proposed, with a qualitative component that results in the individual perceptions of the participants that seeks to characterize the main reasons for abandoning therapy by patients who attend a sexology consultation in a clinic in the city of Manizales during the year 2019. The information collection technique was a questionnaire applied through a telephone call, or self-applied through a digital tool sent by email or instant messaging application. For data analysis, the main measures of central tendency observed in the behavior of the sample are presented. The descriptive analyzes observed in the findings are also shown. It contains a codified and grouped multicategorical qualitative component, also presenting the analyses.

The results show multiple reasons for abandoning clinical sexology therapy, the most frequent and with the greatest impact being lack of time, lack of motivation, improvement or resolution of their initial concern, lack of trust in the therapist, poor doctor-patient relationship and long time to get results.

On the other hand, it is described that there are administrative and logistical processes that have an impact on the reasons for patient abandonment, such as the fact that they continued

to be evaluated by other specialists, the non-authorization of appointments by the EPS, and the patient's change of city.

There are situations that impact adherence to sexology therapy, including concern for privacy, difficulties in communication and listening on the part of the therapist, the non-possibility of choosing the therapist and the lack of empathy on the part of the therapist.

Finally, it is evident that the majority of patients who leave clinical sexology therapy early want to return and continue, both in person and virtually.

All these findings open the possibility of creating indicators of quality, efficacy and compliance in clinical sexology therapy, as well as follow-up processes for patients who require more follow-up, adherence strategies and therapeutic motivation.

Key words in english: Sexology, Treatment Adherence and Compliance, Continuity of Patient Care, Quality of Health Care (Source: DeCS).

TABLA DE CONTENIDO

1. Introducción.....	13
2. Planteamiento del problema	16
3. Preguntas de investigación.....	21
3.1. Pregunta principal	21
3.2. Preguntas específicas	21
4. Justificación	22
5. Marco teórico.....	24
5.1. Antecedentes:.....	24
5.2. Generalidades.....	27
5.2.1. Salud Sexual.....	27
5.2.2. Sexología clínica.....	27
5.2.3. Elaboración de encuesta: Barrera de atención y cultural.	28
5.2.4. Modelo SERVPERF	28
5.2.5. Motivos de abandono en psicoterapia de Gavino y Godoy (1993).....	29
6. Marco Conceptual	30
6.1. Población:.....	30
6.1.1. El concepto común de población:	30
6.1.2. Uso estadístico:.....	30
6.1.3. La población como ente colectivo:.....	30
6.2. Psicoterapia:	31
6.3. Terapia Sexual:.....	31
6.4. Terapeuta Sexual:.....	31
6.5. Abandono de la terapia:.....	32
6.5.1. Abandono parcial:	32
6.5.2. Abandono total:.....	32
6.6. Conducta:	32
6.7. Barreras culturales para acceder a servicio de salud:.....	33
6.8. Barreras de acceso para servicio de salud:.....	33
6.9. Género del terapeuta:.....	34

6.10. Grado de satisfacción de los servicios de salud:	34
6.10.1. Fiabilidad:	35
6.10.2. Sensibilidad:	35
6.10.3. Seguridad:	35
6.10.4. Empatía.	35
6.11. Elementos tangibles:	35
7. Objetivos	36
7.1. Objetivo General	36
7.2. Objetivos específicos	36
8. Metodología	37
8.1. Diseño y tipo de estudio	37
8.2. Procedimiento metodológico.	37
8.2.1. Fase 0 (cero)	37
8.2.2. Fase 1 (uno)	38
8.2.3. Fase 2 (dos)	38
8.2.4. Fase 3 (tres)	39
8.3. Planteamiento de hipótesis	39
8.4. Población y muestreo	40
8.5. Criterios de selección	40
8.5.1. Criterios de inclusión:	40
8.5.2. Criterios de exclusión:	40
8.6. Elementos cualitativos del estudio	41
8.7. Fuentes de información y recolección de datos	41
8.8. Plan de análisis	41
8.9. Control de calidad y manejo de los datos.	41
8.10. Compromisos	42
8.10.1. Ético	42
8.10.2. Medio ambiental	42
8.10.3. Social	42
9. Resultados	43

9.1. Subcapítulo 1: Caracterización de la población y condiciones clínicas asociadas.....	44
9.2. Subcapítulo 2: Características de la consulta por Sexología Clínica.....	47
9.3. Subcapítulo 3: Motivos de abandono de la terapia de sexología clínica relacionadas a las condiciones administrativas, y logísticas de consulta.	49
9.4. Subcapítulo 4: Motivos de abandono de la terapia de sexología clínica relacionados con las creencias personales, religiosas y con las características d vulnerabilidad.....	50
9.5. Subcapítulo 5: Percepción de la calidad de la atención durante la terapia de sexología clínica.....	51
9.6. Subcapítulo 6: Percepción de la disposición y organización de las instalaciones de la IPS.....	64
9.7. Subcapítulo 7: Motivos de abandono de la terapia de sexología clínica relacionadas a percepciones personales y otras causas.	68
10. Discusión y recomendaciones.....	79
10.1. Consideraciones sobre características generales de la población.....	79
10.2. Consideraciones sobre las características de la consulta por Sexología Clínica.....	81
10.3. Consideraciones sobre los motivos de abandono de la terapia de sexología clínica relacionadas a las condiciones administrativas, y logísticas de consulta.....	82
10.4. Consideraciones sobre los motivos de abandono de la terapia de sexología clínica relacionadas con las creencias personales, religiosas y con las características de vulnerabilidad.....	84
10.5. Consideraciones sobre la percepción de la calidad de la atención durante la terapia de sexología clínica.....	84
10.6. Consideraciones sobre la percepción de la disposición y organización de las instalaciones de la IPS.....	90
10.7. Consideraciones sobre los motivos de abandono de la terapia de sexología clínica relacionadas a percepciones personales y otras causas.....	90
11. Conclusiones.....	95
12. Limitaciones y recomendaciones para futuras investigaciones.....	100
13. Bibliografía.....	101
Anexo 1. Respuesta del comité de ética de la Universidad de Caldas.....	105
Anexo 2. Instrumento de medición.....	106
Anexo 3. Consentimiento informado.....	120

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de las personas que no volvieron a la terapia de sexología clínica durante el año 2019.	45
Tabla 2. Lugar de nacimiento y residencia de las personas que no volvieron a la terapia de sexología clínica durante el año 2019.	46
Tabla 3. Antecedentes médicos de las personas que no volvieron a la terapia de sexología clínica durante el año 2019.	47
Tabla 4. Características de las consultas de las personas que no volvieron a la terapia de sexología clínica durante el año 2019.	49
Tabla 5. Motivos de abandono relacionado con las condiciones administrativas y logísticas de la consulta.	50
Tabla 6. Motivo de abandono relacionado con las creencias y condiciones de vida.	50
Tabla 7. Percepción de la calidad de la orientación por parte del personal al usuario.	51
Tabla 8. Percepción de la calidad de la orientación por parte del personal de salud.	52
Tabla 9. Consulta en el horario programado.	52
Tabla 10. Respeto la programación y el orden de llegada de los pacientes.	53
Tabla 11. Agenda oportuna para las citas por sexología clínica.	53
Tabla 12. Rapidez en la atención en la caja o en el módulo de admisión (recepción).	54
Tabla 13. Respeto por la privacidad e intimidad en la IPS.	55
Tabla 14. Tiempo necesario brindado por parte del terapeuta para responder dudas o preguntas.	55
Tabla 15. Confianza inspirada por parte del terapeuta al paciente.	56
Tabla 16. Categorías referidas con respecto a la confianza inspirada por parte del terapeuta al paciente.	57
Tabla 17. Trato con amabilidad, respeto y paciencia por parte del terapeuta.	58
Tabla 18. Categorías referidas con respecto a amabilidad, respeto y paciencia por parte del terapeuta.	59

Tabla 19. Interés mostrado por el terapeuta en solucionar el problema de salud. ...	60
Tabla 20. Categorías referidas con respecto al interés mostrado por el terapeuta en solucionar el problema de salud.....	61
Tabla 21. Comprensión de la explicación dada por el terapeuta sobre el problema de salud.....	62
Tabla 22. Comprensión de la explicación dada por el terapeuta sobre el tratamiento dado.....	63
Tabla 23. Señalización e información en las instalaciones de la IPS adecuados para orientar.....	65
Tabla 24. Equipos disponibles y materiales necesarios en el consultorio para la atención.....	66
Tabla 25. Comodidad y limpieza en las salas de espera y consultorios.....	67
Tabla 26. Categorías referidas con respecto a la comodidad y limpieza en las salas de espera y consultorios.....	67
Tabla 27. Abandono porque el motivo de consulta no le preocupa más.....	69
Tabla 28. Abandono porque el paciente cambió de ciudad y no pudo continuar la terapia.....	70
Tabla 29. Abandono porque el paciente ya no sintió motivación para asistir.....	71
Tabla 30. Abandono por no haber podido cumplir los objetivos terapéuticos.....	72
Tabla 31. Abandono debido a que el tiempo para en conseguir los resultados superaron las expectativas del paciente.....	73
Tabla 32. Abandono debido a que el paciente no tuvo afinidad con el terapeuta.....	74
Tabla 33. Abandono debido al género del terapeuta.....	76
Tabla 34. Abandono porque el motivo inicial de consulta se resolvió.....	77
Tabla 35. Pacientes que les gustaría regresar a la terapia de sexología clínica.....	78

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Confianza inspirada por parte del terapeuta al paciente.....	57
Gráfica 2. Trato con amabilidad, respeto y paciencia por parte del terapeuta.	59
Gráfica 3. Interés mostrado por el terapeuta en solucionar el problema de salud. ..	61
Gráfica 4. Comprensión de la explicación dada por el terapeuta sobre el problema de salud.....	62
Gráfica 5. Comprensión de la explicación dada por el terapeuta sobre el tratamiento dado.....	64
Gráfica 6. Señalización e información en las instalaciones de la IPS adecuados para orientar.....	65
Gráfica 7. Equipos disponibles y materiales necesarios en el consultorio para la atención.....	66
Gráfica 8. Comodidad y limpieza en las salas de espera y consultorios.	68
Gráfica 9. Abandono porque el motivo de consulta no le preocupa más.	69
Gráfica 10. Abandono porque el paciente cambió de ciudad y no pudo continuar la terapia.	70
Gráfica 11. Abandono porque el paciente ya no sintió motivación para asistir.	71
Gráfica 12. Abandono por no haber podido cumplir los objetivos terapéuticos.....	72
Gráfica 13. Abandono debido a que el tiempo para en conseguir los resultados superaron las expectativas del paciente.....	73
Gráfica 14. Abandono debido a que el paciente no tuvo afinidad con el terapeuta..	75
Gráfica 15. Abandono debido al género del terapeuta.	76
Gráfica 16. Abandono porque el motivo inicial de consulta se resolvió.....	77
Gráfica 17. Pacientes que les gustaría regresar a la terapia de sexología clínica. ...	78

1. Introducción

La consulta de sexología clínica es un servicio de reciente aparición en los modelos de atención en salud en Colombia y en todo el mundo. El campo médico de la Sexología Clínica poco ha sido llevado al ámbito de la investigación científica en comparación con otras áreas de la medicina. Así mismo, el conocimiento en temas de atención, satisfacción frente a la atención y tratamiento, y barreras sociales y culturales es limitado en esta esfera del conocimiento.

Por otro lado, en la experiencia de los profesionales de Sexología Clínica se han identificado altos grados de deserción en torno a la continuidad de la terapia propuesta a los pacientes a través de los informes recolectados en las instituciones prestadoras de salud que ofrecen este servicio. Por ello, el presente estudio exploratorio pretendió identificar las causas por las cuales los pacientes que asistían a consulta de sexología clínica abandonaron la terapia establecida de forma prematura.

El objetivo principal fue el de describir los principales motivos de abandono de la terapia por parte de los pacientes que asistían a consulta de sexología clínica en la ciudad de Manizales, en una IPS de la ciudad. Otros objetivos planteados fueron los de identificar las barreras de atención para continuar con la terapia, y conocer las percepciones de satisfacción de los pacientes que asistieron a la terapia por sexología clínica y no regresaron.

En aras de lograr estos objetivos se realizó un estudio de enfoque cuantitativo a nivel exploratorio, de tipo observacional, prospectivo y transversal, para lo cual se abordó como población los pacientes que asistieron al servicio de Sexología Clínica y abandonaron las consultas sin haber completado la propuesta terapéutica en la ciudad de Manizales en el departamento de Caldas en Colombia durante el año 2019 en una IPS de la ciudad.

Se aplicó una encuesta modificada que midió el grado de satisfacción en servicios de salud, barreras de acceso de carácter administrativo y logístico para acceder a la atención en salud, barreras culturales para acceder a los servicios médicos, y otros motivos de abandono de la terapia revisados en la literatura científica y propuestos por revisión de expertos.

Todo lo anterior se consideró teniendo en cuenta una amplia búsqueda de material bibliográfico enfocado en modelos de atención, barreras de acceso, barreras culturales y percepción de las áreas de salud en general. Lo anterior debido a que los servicios de Sexología Clínica son relativamente nuevos en el país, y no se pudo encontrar material de investigación relacionado con el tema en el contexto de Colombia, en el departamento de Caldas ni en la ciudad de Manizales, región en la que se realizó esta investigación.

Debido a la naturaleza exploratoria del estudio se buscaba mostrar los probables comportamientos del fenómeno objeto de estudio, y por no ser experimental no alcanza en su intención la comprobación de hipótesis validadas a través de la validez y significancia estadística. Aunque se indagaron diferentes tipos de barreras para acceder a la terapia de sexología clínica, como por ejemplo, las barreras culturales, religiosas, administrativas, o por condiciones de vida, los resultados esperados iban enmarcados en la presunción que existe alrededor de las barreras de acceso administrativas (dificultades para asignación de citas, autorización de los servicios), económicas y geográficas (por la falta de oferta del servicio de Sexología Clínica en el país y zonas rurales dispersas donde en las que no llega la misión médica).

Posteriormente, habiéndose recolectado los datos a través del instrumento de medición se procedió a realizar un análisis estadístico que permitió reconocer las medidas centrales del fenómeno pertinente que ayudaron a identificar claramente el fenómeno que se investigó, y se realizaron análisis descriptivos observados en los hallazgos. Como el estudio tuvo un componente cualitativo multicategorial, se codificó y se agrupó en temas comunes, presentando, también, los análisis descriptivos pertinentes.

En el apartado de resultados se planteó una caracterización de la población y se realizó una exposición de estos desde cada uno de los apartados del instrumento de medición detallando claramente los datos encontrados y exponiéndolos de forma escrita, gráfica o en tablas, diferenciándolos siempre entre grupos de hombres y mujeres.

En la discusión se realizaron algunas consideraciones sobre los datos generales de la población, y después se compararon los resultados de cada uno de los apartados del instrumento de medición con información encontrada por otros autores, la experiencia

clínica vivida y consideraciones de carácter personal; también se brindaron explicaciones posibles a los hallazgos evidenciados.

Se concluye con una descripción de los principales motivos de abandono de la terapia de sexología clínica, la influencia de la calidad en la atención en salud en la posible deserción, las características individuales de los participantes que influyeron en el abandono de la terapia (por ejemplo, nivel socio económico, tiempo destinado para asistir, percepción de importancia, motivación personal, opinión creada hacia el terapeuta, entre otros), y otras consideraciones específicas que influyeron en el fenómeno estudiado. Estos elementos permitieron evidenciar la necesidad de implementar programas de seguimiento a los pacientes que no vuelven a las terapias de sexología clínica a través de la creación e indicadores de asistencia, altas y satisfacción con la terapia, a través de llamas telefónicas, formularios de autodiligenciamiento y buzón de sugerencias

Finalmente, en el apartado de limitaciones y recomendaciones para futuras investigaciones se mostraron las fisuras y las dificultades del estudio, y aquellos aspectos en los que se hace necesario continuar investigando y para los que hay que encontrar nuevas propuestas investigativas.

2. Planteamiento del problema

La consulta externa es el proceso mediante el cual el médico atiende integralmente a un paciente que requiere una solución práctica a una situación o problema que lo aqueja y lo lleva a consultar. Muchos factores determinantes se ven relacionados durante este procedimiento y es de gran importancia tenerlos en cuenta para lograr una adecuada relación médico-pacientes y una eficaz adherencia y seguimiento.

En los sistemas de salud actuales se ve con mayor detenimiento que las poblaciones viven cada día más enfermas, tanto en lo físico, psicológico y emocional, y es por esta razón que la necesidad de las personas en recuperar un estado de salud en equilibrio es frecuentemente manifestada por estas. Por lo tanto, el papel que desempeñan los pacientes en los sistemas de salud es cada vez más relevante, importante y participativo, además, esto no es ajeno a la salud sexual y reproductiva que cada día adquiere mayor importancia percibida por la población en general.

Sin embargo, la percepción que tienen los pacientes frente a la atención en salud tiene grandes repercusiones en el futuro seguimiento y control de las enfermedades e involucra aspectos importantes como la confianza que se deposita en el médico o en las instituciones prestadoras de salud. Es por esto que la satisfacción de las personas se convierte en uno de los indicadores centrales con los que se puede medir la efectividad de gestión sanitaria y, por lo tanto, se considera como el principal indicador de la calidad asistencial, (1) lo cual puede ser llevado al campo de la Sexología Clínica, debido a que estos parámetros escasamente se han tenido en cuenta en el pasado.

A pesar de que el derecho a la salud se postula como universal, el acceso y uso de los servicios de salud, se relacionan con inconformismo por parte de la población. Esto debido a la percepción sobre la existencia de serias barreras de acceso a los servicios como las dificultades económicas, geográficas, asociadas con la oportunidad y la percepción que tiene la población en cuanto a sus ideales de tratamiento y resolución de sus problemas, desmotiva y limita el uso de los servicios, generando deterioro en el estado de salud de la población, especialmente en la más pobre y vulnerable. Además, con problemas estructurales de un sistema que financia la demanda y olvida la oferta del derecho a la salud

como universal promovidos por las EPS y otros actores del sistema; más aún, teniendo en cuenta el Plan Decenal de Salud Pública en Colombia que tiene como objetivo, en su componente de sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, ofrecer información, educación, comunicación, fortalecimiento de redes y movilización social para el ejercicio de una sexualidad placentera, libre y autónoma, sin estigmas ni discriminación por motivos de edad, discapacidad, pertenencia étnica, sexo, orientación sexual, identidad de género o ser víctima de violencias, todo esto, en el marco del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos; igualmente, busca el acceso y uso de servicios de salud con enfoque de derechos, promoviendo la movilización social para la superación de barreras de acceso a los servicios de anticoncepción, control prenatal, prevención del aborto inseguro, atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, parto y puerperio (2).

Por otro lado, hay factores que determinan adecuada la relación médico-pacientes y una eficaz adherencia y seguimiento, y según lo observado en la literatura, los más importantes se ven relacionados con las barreras de acceso a los servicios en salud, las barreras culturales de los pacientes y el grado de satisfacción que muchas veces se pueden identificar en el proceso de atención médica. Se presentan situaciones especiales donde tener buenas habilidades comunicativas resulta importante, ofrecer información sensible y delicada, como son el fin de la vida, temas relacionados con la salud sexual y reproductiva, atención a las minorías y mayorías segregadas socialmente, dolor crónico y pacientes geriátricos (3).

Así mismo, entre los aspectos relevantes para una adecuada relación médico-pacientes se encuentran las barreras culturales, en especial en la comunicación, ya que en la literatura se identifican cinco predictores de problemas de comunicación relacionados con la cultura. El primero son las diferencias culturales en modelos explicativos de salud y enfermedad, ya que para muchos pacientes no son importantes algunas enfermedades lo que los lleva a no consultar o no considerar que es fundamental continuar los tratamientos hasta conseguir los objetivos por parte de los terapeutas. Otra situación vital es las diferencias en los valores culturales, en especial en temas relacionados con salud sexual y reproductiva, debido a los fuertes prejuicios sociales frente a estos temas. Muchas veces hay diferencias culturales en las preferencias de los pacientes con las relaciones con los médicos y tienden

a seleccionarlos según el género o la edad sin tener en cuenta la capacitación o disposición que tengan los profesionales para atender a los pacientes de forma efectiva.

Continuando, el racismo como sesgos perceptivos y las barreras lingüísticas son otras barreras culturales que pueden influenciar en la relación médico-pacientes; por ejemplo, los médicos estadounidenses perciben a los pacientes de raza negra como menos inteligentes, más propensos a realizar conductas de alto riesgo y más propensos a no cumplir metas. También tienen menos sentimientos de afiliación hacia los pacientes de raza negra en comparación con los pacientes de raza blanca. Además, se ha visto que cuando se les pregunta a los pacientes de minorías étnicas sobre las experiencias racistas, es más probable que perciban el racismo, informen desconfianza y perciban mayor injusticia al recibir el tratamiento que necesitan (4). Las experiencias racistas que perciben los pacientes de minorías étnicas corresponden con la forma en que son tratados por médicos y el sistema de atención médica en general y no se ha estudiado empíricamente todavía. Es probable que esta situación tenga un impacto negativo en la calidad de la atención y, por lo tanto, debe ser tema de investigación en el campo de la comunicación intercultural entre médicos y pacientes (4).

La Sexología Clínica es un servicio de salud relativamente nuevo en Colombia, no se han realizado estudios e investigaciones en el campo específico de la atención, desconociéndose las problemáticas que puedan estar cursando en torno a esta área. En la ciudad de Manizales algunas IPS ofrecen el servicio de Sexología Clínica dirigida a resolver las preocupaciones, patologías y condiciones relacionadas a la sexualidad humana, sin embargo, existe un problema que se ha visto emergente y es el pronto abandono por parte de los pacientes sin haber finalizado el plan terapéutico propuesto al inicio de la terapia.

Como no existe suficiente literatura que respalde lo anterior expuesto, la problemática referida está relacionada con observaciones clínicas percibidas por expertos en el contexto de atención en los Servicios de Sexología Clínica en la ciudad de Manizales en Caldas, Colombia. Esto se corroboró revisando las bases de datos de una IPS que ofrece el servicio de sexología clínica en la ciudad de Manizales, encontrándose un porcentaje de deserción en la población de adultos del 78,18% durante el año 2019.

El objetivo del estudio fue describir los principales motivos de abandono de la terapia por parte de los pacientes que asisten a consulta de sexología clínica en la ciudad de Manizales, y para lograrlo se pretende estudiar a la población que dejó de asistir a la terapia de sexología clínica en el transcurso del año 2019, a través de identificar barreras de acceso que tienen estos pacientes incluyendo las barreras de índole administrativo y del sistema de salud en crisis, las de tipo geográfico, y las de carácter económico, así como las motivadas por el sistema cultural. Además, se tiene como objetivo determinar la satisfacción percibida por los pacientes que abandonaron la terapia.

También, varios modelos postulan otros motivos de abandono de las terapias médicas, dentro de las que se encuentra el modelo de Gavino y Godoy (1993) quienes refieren 10 principales causas de abandono que en su orden son: 1) el motivo de consulta ya no preocupa, 2) consejo de otro profesional de corriente teórica distinta, 3) cambio de ciudad del cliente, 4) desmotivación por la terapia, 5) incumplimiento de instrucciones, 6) relativizar el problema, 7) tardanza en conseguir objetivos, 8) negación a tocar algunos temas, 9) falta de “rapport” con el terapeuta, y 10) cambio de ciudad del terapeuta; los cuales fueron tomados para identificar otras causas de abandono (5). Finalmente, a través de la opinión de expertos del campo de la salud mental se encontraron otros motivos de abandono que se integraron a este estudio.

Debido a lo anterior mencionado es importante responder a la pregunta: ¿Cuáles fueron los motivos de abandono de los pacientes que asistieron a la terapia de sexología clínica a una IPS de la ciudad de Manizales durante el año 2019 y decidieron no regresar?

Para esto se hizo la presente investigación de carácter cuantitativo, exploratorio, observacional, prospectivo y transversal, para lo cual se abordó como población los pacientes que asisten a consulta de sexología clínica que hayan abandonado la consulta sin haber completado la propuesta terapéutica en la ciudad de Manizales en el departamento de Caldas en Colombia durante el año 2019 en una IPS de la ciudad; esto a través de la creación de un instrumento modificado de encuestas utilizadas en diferentes investigaciones. Por la calidad exploratoria del presente estudio, este instrumento no requiere de validación previa para poder ser aplicado y no pierda su calidad investigativa.

Además, el estudio tuvo un componente cualitativo, donde las categorías fueron emergiendo a medida que la investigación avanzó y se encontró necesario documentarlas y describirlas.

3. Preguntas de investigación

3.1. Pregunta principal

¿Cuáles fueron los motivos de abandono de los pacientes que asistieron a la terapia de sexología clínica a una IPS de la ciudad de Manizales durante el año 2019 y decidieron no regresar?

3.2. Preguntas específicas

¿Cuáles fueron las barreras de atención y culturales que tuvieron los pacientes para acceder a la terapia por sexología clínica en una IPS de la ciudad de Manizales?

¿Cuáles fueron las percepciones de satisfacción de los pacientes que asistieron a la terapia por sexología clínica y decidieron no regresar?

¿Existe algún motivo de abandono de la terapia de sexología clínica no considerado dentro de la presente investigación?

¿Desean los participantes regresar a la terapia de sexología clínica?

¿Qué tipo de modalidad, virtual o presencial, prefieren los pacientes que desean regresar a la terapia de sexología clínica?

4. Justificación

Debido al conocimiento limitado en temas relacionados con la satisfacción, barreras culturales y de accesibilidad en el campo de la sexología clínica, fue importante y pertinente realizar la presente investigación con la finalidad de establecer las bases teóricas y elementos de información práctica (investigación de base empírica), para planear y desarrollar estrategias correctivas y propositivas tendientes a mejorar las condiciones de acceso, atención, y eficacia al servicio de sexología clínica de las instituciones.

Por medio del presente estudio se buscó identificar las causas de abandono por parte de los pacientes que asistieron a la consulta de sexología clínica de la ciudad de Manizales, ya que después de iniciar la terapia programada un gran porcentaje de estos la abandona (78,18%), la cual es corroborada por bases de datos en una IPS de la ciudad de Manizales que ofrece servicio de Sexología clínica, y también reconocido a través de la experiencia relatada por los profesionales de esta área.

Con todo lo anterior se propuso explorar las barreras de acceso, barreras culturales, los motivos de abandono reportados en la literatura científica y en las propuestas de expertos en el tema de la salud sexual, y en especial, el grado de satisfacción de la terapia, teniendo en cuenta la relación médico-pacientes ya que el abandono es más probable si los pacientes no están satisfechos con algún aspecto del proceso o resultado de la terapia (6), con el fin de mejorar la calidad de la consulta de sexología clínica, reduciendo las dificultades que los usuarios encuentran para recurrir a este servicio o el grado de insatisfacción que puedan manifestar.

Un estudio publicado en el Journal of Family Psychotherapy que evaluó las percepciones y experiencias de los terapeutas sobre el abandono prematuro de la psicoterapia aconseja que las investigaciones futuras sobre el tema de la deserción de la terapia se beneficiarían de muestras comparativas específicas de cada país, lo que brindará la oportunidad de examinar distinciones probablemente enraizadas en el contexto cultural único de cada país (7), por lo tanto significa que realizar un estudio en Colombia frente a este tema proporcionaría un gran avance científico.

Otro aspecto para considerar es que, con los resultados del presente estudio, se abrirá una puerta para realizar futuras investigaciones que tengan como objetivo mejorar la atención y calidad de consulta de Sexología Clínica por parte de los profesionales e instituciones prestadoras de salud a través de diferentes enfoques terapéuticos, acciones de mejora de instalaciones, trato humanizado, entre otros. Por lo tanto, los hallazgos de este estudio orientarán el mejor tipo de intervención que puede tener un paciente para su óptimo rendimiento, satisfacción y adherencia.

Finalmente, considero que esta investigación aportará conocimiento necesario para el avance del campo de la Sexología Clínica, ya que, por el carácter reciente de esta área del conocimiento en Colombia, logrará mejorar las perspectivas de los profesionales, los modelos de atención, el enfoque científico y los objetivos terapéuticos, que servirá para tener mejores resultados y pronósticos en los pacientes con patología sexual. Además, como la Universidad de Caldas es pionera en la investigación en Sexología Clínica, ya que es la única universidad de Latinoamérica que cuenta con la especialización clínica en esta área, este estudio dará prestigio e innovación en la investigación científica del país y el continente.

5. Marco teórico

5.1. Antecedentes:

Con el fin de abordar el tema, se realizó una búsqueda en la literatura sobre el tema encontrando lo siguiente:

- En una revisión sistemática que estudia las barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud se concluye que se realiza mayoritariamente en personas que han contactado los sistemas sanitarios y en todas las etapas del proceso de acceso a la atención de salud. Además, se identificaron pocos estudios orientados a quienes no contactan los servicios. Las barreras y facilitadores identificados están socialmente determinados, y la mayoría son expresiones de inequidades sociales que existen en los países y requieren una acción conjunta con otros sectores distintos de salud para ser reducidas o eliminadas.(8)
- En un estudio realizado en Colombia, en el municipio de San Gil, Santander, se realizó un estudio que caracteriza barreras de acceso a los servicios de salud en el régimen subsidiado, se logró identificar barreras como la inoportunidad en la asignación de la cita y la tramitología en autorizaciones, con mayor prevalencia y significancia.(9)
- En un estudio que mide las barreras de acceso en servicios de salud del régimen subsidiado en el hospital de Engativá durante el año 2016, se encuentra que las barreras de acceso en su mayoría están relacionadas con el desconocimiento de derechos en salud y se destaca la falta de estudios que profundicen en los factores que influyen en el mismo.(10)
- En un estudio realizado en México, de la Universidad Autónoma de Nuevo León - Facultad de Salud Pública y Nutrición, que mide la satisfacción de los usuarios de consulta externa en una institución de seguridad social, se encontró que la iluminación, la temperatura, el mobiliario, así como la limpieza están asociados a la satisfacción de los usuarios. Así mismo el trato en el área de admisión, el recibido por el médico, el recibido por el resto del personal de salud están asociados a la satisfacción del paciente. En cuanto a la accesibilidad, el tiempo de trámite de la consulta resultó estar asociado a la satisfacción. El tiempo de espera en sala para

ser atendido por el médico no resultó estar asociado a la satisfacción, pero sí el tiempo de duración de la consulta.(11)

- En un estudio realizado en Samaniego-Nariño, que mide la calidad de la atención médica en el servicio de consulta externa desde la perspectiva de los usuarios del hospital Lorencita Villegas de Santos durante el año 2016, se concluye que el 66% de los pacientes manifiesta insatisfacción global en la prestación del servicio, siendo las principales quejas, la no atención en el horario programado, la demora en la entrega de medicamentos, la falta de confianza en el médico, la incomodidad en las áreas de espera y la no comprensión de la explicación brindada por el profesional.(12)
- Un estudio realizado en el País Vasco analizó las variables relevantes en mujeres adultas víctimas de una agresión sexual que rechazaron o abandonaron el tratamiento psicológico, a las cuales se les ofreció un programa terapéutico individual cognitivo-conductual de 12 sesiones. La tasa de rechazos del tratamiento fue del 12,3%. El rechazo se dio con más frecuencia cuando las víctimas eran inmigrantes o de clase social baja, carecían de apoyo social o tenían una historia de victimización. La tasa de abandonos fue del 27,5%. El abandono estaba relacionado con la condición de inmigrante, con la carencia de apoyo social y con el abuso de sustancias.(13)
- En un estudio realizado en Argentina se presenta el análisis intensivo de un caso de abandono de terapia en el que se identificaron varios eventos de ruptura de la relación terapéutica sin reparar. El análisis se centró en la contribución del terapeuta a estos episodios no resueltos. El número de intentos de intervención del terapeuta fue cuatro veces menor que el número de las intervenciones previstas de acuerdo con los Modelos de Resolución de Rupturas. Las principales fallas de la terapeuta fueron: incapacidad para advertir el marcador de la ruptura, para validar la experiencia emocional de la paciente y para reconocer su propia responsabilidad en el problema. La evaluación del terapeuta indicó un buen funcionamiento interpersonal y psicológico, lo que sugiere que su incapacidad para resolver adecuadamente las rupturas estuvo menos relacionada con este tipo de variables y

más relacionada con el nivel de experiencia clínica y con factores de entrenamiento/supervisión.(14)

- Un estudio en Estado Unidos describió que la deserción de la psicoterapia es frecuente y limita los beneficios que los pacientes pueden recibir del tratamiento y el estudio de los factores asociados con la deserción tiene el potencial de producir estrategias para reducirlo. En el estudio se analizaron los datos de una gran muestra de adultos que recibieron terapia cognitiva conductual para probar la hipótesis de que los abandonos, en comparación con los que completaron, tenían mayor gravedad de los síntomas al finalizar el tratamiento, una tasa más lenta de cambio de síntomas durante el tratamiento, y una mayor probabilidad de que el terapeuta calificara el tratamiento como final por motivos relacionados con un resultado deficiente. Los resultados mostraron que, aunque los desertores terminaron el tratamiento con mayor severidad de síntomas que los que completaron, los desertores y los que completaron no difirieron en su índice de cambio de síntomas durante el tratamiento, sugiriendo que los desertores tenían mayor gravedad de los síntomas al finalizar. La deserción también se asoció con una probabilidad más alta de tener un motivo de terminación calificado por el terapeuta que indica un resultado pobre, lo que sugiere que el abandono es más probable si los pacientes no están satisfechos con algún aspecto del proceso o resultado de la terapia. Estos hallazgos sugieren que las estrategias para monitorear y mejorar la satisfacción del paciente con el proceso y el resultado del tratamiento pueden ayudar a los pacientes a permanecer más tiempo en tratamiento y finalizar el tratamiento con menos síntomas que si hubieran abandonado el tratamiento.(6)
- Un estudio que explora las percepciones de los terapeutas y las experiencias de abandono. Terapeutas de los Estados Unidos, Colombia, India, Irán, Indonesia, Filipinas y China completaron una encuesta en línea sobre el abandono de la terapia. Los hallazgos sugieren diferencias culturales en los factores relacionados con la deserción entre los terapeutas en los Estados Unidos y los terapeutas en los otros países. Se evidencia que la relación terapéutica juega un papel clave en la promoción del compromiso del tratamiento y la prevención del abandono. Segundo, se encontró que los terapeutas pueden discutir con los pacientes el proceso

terapéutico y normalizar las etapas del cambio, establecer (o restablecer) sus expectativas desde el principio y hacer que los clientes sean más propensos a soportar los altibajos naturales en el proceso terapéutico. En tercer lugar, los participantes destacaron la importancia de establecer objetivos claros y realistas y lograr estos objetivos para promover la participación en el tratamiento y prevenir la deserción prematura. Aconsejan que los estudios futuros sobre el tema de la deserción de la terapia se beneficiarían de muestras más grandes y comparaciones específicas de cada país, lo que brindará la oportunidad de examinar distinciones probablemente enraizadas en el contexto cultural único de cada país.(7)

5.2. Generalidades

5.2.1. Salud Sexual

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud sexual como: “un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad. No es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud (15).

5.2.2. Sexología clínica

Se entiende por sexología la disciplina que estudia y trata de hacer inteligible el hecho sexual humano y sus manifestaciones. La sexología ayuda a entender e integrar la definición de salud sexual dada por la OMS en el año 1974, enunciada como: "la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor".

La sexología es una disciplina con un campo de conocimientos organizado y explicado desde la teoría de los sexos. Es una profesión con sus asociaciones profesionales que promueven el lógico ejercicio de la profesión del sexólogo.

La sexología clínica es el área de la sexología que se especializa en la prevención y atención de problemas sexuales que atañen a los síndromes de disfunción sexual, síndromes de identidad de género, comportamiento sexual compulsivo y síndromes que ocurren después de una agresión sexual (16).

5.2.3. Elaboración de encuesta: Barrera de atención y cultural.

Se diseñó a partir del análisis realizado a la literatura alrededor del tema de barreras de acceso, donde se determinó que existen cuatro grupos clasificatorios: barreras de tipo económico, geográfico, cultural y normativo. Para la elaboración del instrumento se tomaron preguntas de una encuesta realizada en un estudio de la Universidad Santo Tomás de Bogotá en Engativá en el año 2016 la cual identificaba las barreras de acceso en servicios de salud del régimen subsidiado. (10)

5.2.4. Modelo SERVPERF

El modelo SERVPERF utiliza exclusivamente la percepción como mejor aproximación a la satisfacción. En la metodología empleada en el modelo SERVPERF únicamente hay una encuesta (relacionada con la percepción del servicio y no con las expectativas) y el trabajo de interpretación y análisis de resultados es más sencillo.(17)

El modelo SERVPERF es mejor por varios motivos: el entrevistado ocupa menos tiempo en responder el cuestionario, ya que solo se le pregunta una vez por cada ítem; los trabajos de interpretación y de análisis son más sencillos. Además, aunque pudiera pensarse lo contrario, con este modelo no se pierde información, ya que la incorporación de una pregunta sobre satisfacción global relacionada con el servicio o producto permite analizar la contribución de los restantes ítems al nivel de satisfacción global alcanzado.(18)

El modelo utiliza la percepción como una aproximación a la satisfacción del cliente, definida como los niveles del estado de ánimo de las personas en la que se puede comparar el beneficio de un producto o servicio y al considerar solo 22 afirmaciones se puede realizar un estudio más riguroso.

De esta manera, el modelo SERVPERF presenta avances en que requiere de menos tiempo para la administración del cuestionario, las medidas de valoración predicen mejor la satisfacción y el trabajo de interpretación.(18)

5.2.5. Motivos de abandono en psicoterapia de Gavino y Godoy (1993)

En su servicio de psicología de la Universidad de Málaga, en los casos de adultos, se establecieron 10 causas de abandono de la psicoterapia:

- 1) El motivo de consulta ya no preocupa.
- 2) Consejo de otro profesional de corriente teórica distinta.
- 3) Cambio de ciudad del cliente.
- 4) Desmotivación por la terapia.
- 5) Incumplimiento de instrucciones.
- 6) Relativizar el problema.
- 7) Tardanza en conseguir objetivos.
- 8) Negación a tocar algunos temas.
- 9) Falta de rapport con el terapeuta.
- 10) Cambio de ciudad del terapeuta.

De todos estos motivos, los que deberían interesar por ser manejables en su prevención, serían todos aquellos que tienen que ver con la terapia y que el terapeuta.

6. Marco Conceptual

Este marco conceptual detalla los conceptos, argumentos e ideas que se desarrollaron en relación con el tema central de la presente investigación, el cual es el abandono de los pacientes que asisten a la terapia de sexología clínica. Para esto, se realiza búsqueda bibliográfica en textos y páginas WEB que proporcionen conocimiento y claridad en áreas de la medicina, enfermería, sociología y administración. Por lo anterior se exponen y discuten los siguientes conceptos y categorías:

6.1. Población:

En sociología y estadística existen diferentes conceptos sobre población, y para motivos del presente estudio se tomaron los tres siguientes:

6.1.1. El concepto común de población:

Difuso, propio del lenguaje ordinario, pero también utilizado en general por todas las ciencias sociales. No nos sirve para distinguir a un demógrafo de un sociólogo o un antropólogo; las personas que acuden un domingo a bañarse en una playa pueden ser un objeto de estudio antropológico, pero no constituyen una población en su sentido demográfico.(19)

6.1.2. Uso estadístico:

Técnico, del término “población”, que comparten diversas disciplinas científicas (incluidas las ciencias sociales y la demografía). Hace referencia al “universo” o “colectivo” de referencia sobre el que se hacen las observaciones, la “n” de la distribución. Aunque en demografía se use prolijamente el instrumental estadístico, este uso del término tampoco hace referencia al objeto de la disciplina demográfica.(19)

6.1.3. La población como ente colectivo:

Con continuidad en el tiempo, integrado por personas de las cuales nos interesan las características y comportamientos que condicionan dicha permanencia; todas aquellas, en definitiva, que condicionan la duración previa al fallecimiento y la reposición de las personas

que fallecen por otras “nuevas”. En este significado, las poblaciones son “sistemas reproductivos” (19).

6.2. Psicoterapia:

Se establece la definición general de psicoterapia: es el tratamiento que lleva a cabo un profesional de la salud (psicoterapeuta) para conseguir que un paciente en cuestión pueda lograr una serie de mejoras y cambios positivos en lo que respecta a su comportamiento, a su salud psíquica y física, a la adaptación al entorno o a su identidad psicológica. En este sentido, es frecuente que muchas veces las personas acudan a recibir psicoterapia debido a que tienen problemas de comportamiento, tristeza crónica, pautas de alimentación inadecuadas, conflictos de pareja, problemas con el consumo de drogas, fracaso escolar o insatisfacción de tipo sexual. Para la presente investigación sólo se tomaron en cuenta los problemas de carácter sexual (20).

6.3. Terapia Sexual:

Las terapias sexuales son un conjunto de técnicas que se usan, principalmente, para lograr la modificación de ciertas respuestas sexuales que no son deseadas porque son fisiológicamente disfuncionales como disfunción eréctil, eyaculación precoz o retardada, anorgasmia, vaginismo y dispareunia, entre otras. Están claramente diferenciadas en dos clases: a) las técnicas, verbales, en las que el terapeuta aplica en su consultorio y b) las técnicas, verbales (de comunicación) y no verbales (tareas sexuales) que la pareja (o la persona) que disfunciona realiza en privado (21).

6.4. Terapeuta Sexual:

Helí Alzate lo define como la persona que tiene sólidos conocimientos sexológicos, particularmente en los aspectos biológicos, psicológicos (etológicos) y socioculturales atinentes a la génesis de los problemas sexuales, entrenamiento práctico en la identificación de las causas de ellos y en el tratamiento de los que no sean de origen exclusiva o predominantemente orgánico, actitud tolerante hacia las opiniones y conductas sexuales del consultante que no sean nocivas, y la aptitud necesaria para establecer la relación terapéutica (22).

6.5. Abandono de la terapia:

Gavino y Godoy, 1993 definieron el abandono como “una interrupción del tratamiento antes de alcanzar los objetivos terapéuticos propuestos”. De esta manera, el abandono puede producirse de forma imprevista y no avisada por el cliente, éste puede avisarlo previamente a su terapeuta o ambos, terapeuta y cliente, pueden llegar a un acuerdo para abandonar. De esta manera se establece un continuo gradual de menos a más fracaso terapéutico dependiendo de la forma en que el abandono haya tenido lugar (5). Existen dos clases de abandono:

6.5.1. Abandono parcial:

Aquel que recoge la situación de búsqueda incesante, por parte del paciente, de ayuda psicológica recorriendo diferentes terapeutas y terapias (5).

6.5.2. Abandono total:

Como concepto que delimita la situación en la que un sujeto abandona la terapia por completo, esto es, cesando en la búsqueda de ulteriores terapias o terapeutas alternativos. Para efectos del presente estudio se tomó este concepto de abandono para la medición de las variables (5).

6.6. Conducta:

Para la definición de conducta se tomó el concepto general de la misma que establece que está relacionada con la modalidad que tiene una persona para comportarse en diversos ámbitos de su vida. Esto quiere decir que el término puede emplearse como sinónimo de comportamiento, ya que se refiere a las acciones que desarrolla un sujeto frente a los estímulos que recibe y a los vínculos que establece con su entorno.

Podría decirse que la conducta es entendida a partir de los comportamientos de un sujeto que se pueden observar. En su conformación entran en juego las actividades del cuerpo (como hablar o caminar) y de la mente (pensar), en especial aquellas que se desarrollan para interactuar con otras personas (23).

6.7. Barreras culturales para acceder a servicio de salud:

Se refiere a las características y diferencias entre la cultura del proveedor de salud y la cultura de los usuarios de los servicios, lo que limita o dificulta el acceso de estos últimos a los servicios de salud en general. Incluye diferencias relacionadas por el género, el grupo étnico, la clase social, la edad, la preferencia y orientación sexual, entre otros. Se relacionan con la manera en la que se imparte la atención médica, por el trato recibido de parte del personal de los servicios de salud, calificándolo como falta de sensibilidad, respeto y con una connotación discriminatoria. Así mismo hace referencia al hecho de que los usuarios acuden a los servicios médicos con fuertes tensiones y malestar psico-social en relación con las diferencias mencionadas, en especial los indígenas, campesinos, mujeres, ancianos, niños, personas con orientaciones y preferencias sexuales diferentes, los enfermos de VIH-Sida, entre otros. Esta situación ha generado la resistencia al uso de los servicios de salud, que en casos ha llegado a la confrontación y el choque cultural. En muchos otros casos se ha llegado al atropello de los derechos humanos de los pacientes. La situación importante es que estas barreras han sido poco estudiadas y por lo tanto abordadas y atendidas de manera eficaz. (24)

6.8. Barreras de acceso para servicio de salud:

Existen dos tipos de barreras de acceso a los servicios de salud: barreras de oferta y barreras de demanda. Las barreras de oferta hacen referencia a las que tienen que ver con aspectos organizacionales, administrativos o institucionales como aumento en los tiempos para asignación de citas o la cancelación de citas por falta de disponibilidad. También se encuentran las barreras de oferta relacionadas con la disponibilidad de recursos médicos, como problemas geográficos o dificultad para acceder a las plantas físicas.

Las barreras de demanda se dividen en tres tipos. El primero hace referencia a los costos asociados para acceder al servicio, como falta recursos económicos de recursos de tiempo.

El segundo tiene que ver con la percepción que el usuario tiene sobre la gravedad del problema por el que consulta, como, por ejemplo, terminar su relación de pareja y por lo tanto su motivo de consulta ya no le es preocupante. Y por último las barreras de demanda

relacionadas con el conocimiento acerca del sistema de salud, tal es el caso de desconocimiento del servicio al cual se va a acceder.(25)

6.9. Género del terapeuta:

En entornos clínicos, los clientes buscan y prefieren consejeros de salud mental específicos de acuerdo con diversas características comunes, como similitudes demográficas o características de personalidad percibidas. Se cree que este proceso de "emparejamiento" mejora la relación terapéutica y al mismo tiempo el resultado terapéutico. Esta coincidencia ha sido defendida por investigadores académicos y teóricos. Se ha recomendado que los clientes y los terapeutas se relacionen según la edad, la orientación sexual, la raza y la etnia.

Sin embargo, la coincidencia de clientes y terapeutas en función del género ha sido el método más ampliamente recomendado y examinado y ha constituido un tema principal en la investigación de asesoramiento. Estas teorías se basan en la premisa de que las personas se identifican mejor y comprenden mejor a las personas que creen que son similares a ellos mismos.

Bem en psicología del desarrollo, y Eagly en psicología social, postularon que las personas desarrollan estilos de interacción específicos basados en el género y que la coincidencia o desajuste de estos estilos afecta la calidad de la relación y la efectividad de la comunicación. Es más probable que las díadas del mismo sexo compartan una cosmovisión similar y presumiblemente una conceptualización similar de la relación terapéutica y la presentación de problemas terapéuticos. Se cree que estos entendimientos compartidos crean una alianza terapéutica más fuerte y se traducen en mejores resultados terapéuticos. (26)

6.10. Grado de satisfacción de los servicios de salud:

La satisfacción es la experiencia racional o cognoscitiva y subjetiva, que se deriva de la comparación entre las expectativas y el comportamiento del servicio; está condicionada a múltiples factores como las expectativas, valores morales, culturales, necesidades personales y a la propia organización de los servicios de salud. Todo lo anterior condiciona que la satisfacción sea diferente para distintas personas y para la misma persona en diferentes circunstancias y momentos. El objetivo de los servicios sanitarios es satisfacer

las necesidades de sus usuarios, y el análisis de la satisfacción es una medida de la calidad de la atención de salud que sirve para la toma de decisiones futuras.

6.10.1. Fiabilidad:

Se refiere a la habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa. Es decir, que la empresa cumple con sus promesas, sobre entregas, suministro del servicio, solución de problemas y fijación de precios. (26)

6.10.2. Sensibilidad:

Es la disposición para ayudar a los usuarios y para prestarles un servicio rápido y adecuado. Se refiere a la atención y prontitud al tratar las solicitudes, responder preguntas y quejas de los clientes, y solucionar problemas.(26)

6.10.3. Seguridad:

Es el conocimiento y atención de los empleados y sus habilidad para inspirar credibilidad y confianza.(26)

6.10.4. Empatía.

Se refiere al nivel de atención individualizada que ofrecen las empresas a sus clientes. Se debe transmitir por medio de un servicio personalizado o adaptado al gusto del cliente.(26)

6.11. Elementos tangibles:

Es la apariencia física, instalaciones físicas, como la infraestructura, equipos, materiales, personal.(26)

Teniendo en cuenta el anterior marco conceptual se pretende investigar las causas de abandono de los pacientes (población) que asisten a la terapia de sexología clínica (psicoterapia, terapia sexual) en la ciudad de Manizales, a través de la descripción de las situaciones que rodean el fenómeno del abandono terapéutico, por medio de un instrumento de medición que identifique las barreras de atención, satisfacción percibida y otros modelos descritos que ayuden a lograr los objetivos propuestos.

7. Objetivos

7.1. Objetivo General

Caracterizar los principales motivos de abandono de la terapia por parte de los pacientes que asistieron a consulta de sexología clínica en una IPS de la ciudad de Manizales durante el año 2019.

7.2. Objetivos específicos

- Identificar las barreras de atención y culturales para acceder a la terapia por sexología clínica en una IPS de la ciudad de Manizales.
- Conocer las percepciones de satisfacción de los pacientes que asistieron a la terapia por sexología clínica y no regresaron a completar la terapia.
- Proponer alternativas al abandono de la terapia en sexología clínica según los hallazgos encontrados en la presente investigación.
- Conocer si los pacientes que dejaron de asistir desean regresar a la terapia.

8. Metodología

8.1. Diseño y tipo de estudio

El diseño general de la investigación se realizó con enfoque cuantitativo en un nivel Exploratorio, de tipo Observacional, Prospectivo y Transversal; con componente cualitativo que integró categorías emergentes a medida que la investigación avanzó y fueron representativas para ser objeto de estudio.

La población de estudio fueron los pacientes que asistieron a consulta de Sexología clínica que abandonaron la consulta de sexología clínica sin haber completado la propuesta terapéutica en una IPS de la ciudad de Manizales, en el departamento de Caldas, en Colombia, durante el año 2019. Se aplicó una encuesta modificada que midió el grado de satisfacción en servicios de salud, las barreras de acceso a la atención y las barreras culturales para acceder a los servicios de salud respectivamente. También, se incluyeron preguntas que correspondieron al modelo de las principales causas de abandono de psicoterapia de Gavino y Godoy (1993), y otras preguntas que evaluaron variables que fueron emergiendo a medida que el estudio fue avanzando y fue revisado por expertos en el tema de la salud mental.

8.2. Procedimiento metodológico.

8.2.1. Fase 0 (cero)

Para poder cumplir los objetivos del estudio se llevaron a cabo los siguientes pasos de forma secuencial.

- Se definió el tema de investigación con la correspondiente formulación de la pregunta de investigación.
- Se diseñó el anteproyecto con sus apartados correspondientes: planteamiento del problema, justificación, búsqueda de antecedentes, marco teórico, marco conceptual y metodología.
- Se definió la población y la unidad de análisis: pacientes que asistieron a la terapia de sexología clínica en una IPS de la ciudad de Manizales durante el año 2019 y decidieron no regresar. Por la cantidad de pacientes que asisten a la consulta de Sexología Clínica durante el transcurso de un año, y teniendo en cuenta las bases

de datos proporcionadas por la IPS objeto de estudio, se optó por escoger el universo total de la población como objeto de estudio.

- Se identificó cuáles son las principales barreras de atención para acceder a los servicios de salud a partir de la revisión de literatura disponible en bases de datos y así establecer las variables para este objetivo.
- Se documentó la encuesta de satisfacción implementada en el modelo SERVPERF sobre la percepción de la satisfacción en atención en salud, y se aplicó este modelo en el instrumento de medición.
- Se diseñó y revisó la versión final del instrumento de medición teniendo en cuenta las variables seleccionadas, estudios previos sobre barreras de atención en salud, el modelo SERVPERF sobre percepción de satisfacción y las necesidades específicas para la consulta de Sexología Clínica. Se realizó prueba piloto a pacientes que asistieron a la terapia de sexología clínica en el año 2018, y se hizo los ajustes pertinentes a la versión definitiva teniendo en cuenta las recomendaciones hechas. Por último, se diseñó la versión final (Anexo 2).

8.2.2. Fase 1 (uno)

- Se presentó el protocolo de investigación al colectivo docente de la Universidad de Caldas encargado de aprobar la investigación propuesta.
- Se presentó el proyecto a consideración del comité de ética de la institución donde se realizó la investigación y se validó el protocolo de investigación definitivo.
- Se adquirieron permisos institucionales de la IPS objeto de estudio, y se construyeron los consentimientos informados de los pacientes objetos de estudio (Anexo 3).
- Se recibió aprobación del proyecto por parte del colectivo docente y comité de ética de la investigación.
- Se realizaron las correcciones sugeridas por parte del colectivo docente y comité de ética de la investigación.

8.2.3. Fase 2 (dos)

- Se ubicó los sujetos de estudio para la muestra. Esto se hizo a través de las bases de datos proporcionada por la IPS objeto de estudio. Se localizaron los participantes

por medio de llamada telefónica, aplicaciones de mensajería instantánea o correo electrónico.

- Se concertó la aplicación del instrumento de medición con los sujetos de estudio.
- Se aplicó el instrumento de medición previo diligenciamiento del consentimiento informado por parte del participante (Anexo 3). Esto se realizó por medio de un aplicativo de encuesta digital previamente diseñado y aprobado. Debido a la emergencia sanitaria del 2020, 2021 y 2022 se tuvo que optar por este mecanismo de medición para así salvaguardar la seguridad e integridad del investigador y la población de estudio.

8.2.4. Fase 3 (tres)

- Se analizaron los datos para obtener las medidas de tendencia central de la muestra.
- Se documentaron los resultados obtenidos y su correspondiente análisis
- Se hizo la discusión de los resultados obtenidos y se documentó.
- Se presentó ante colectivo docente el informe parcial de los hallazgos obtenidos, discusión y conclusiones.
- Se revisó el informe final por parte de jurados.
- Se realizó ajuste y correcciones solicitadas.
- Se hizo entrega del informe final corregido.

8.3. Planteamiento de hipótesis

Debido a la naturaleza exploratoria del estudio se buscaba lograr mostrar los probables comportamientos del fenómeno objeto de estudio, y por no ser experimental no alcanza en su intención la comprobación de hipótesis validadas a través de la validez y significancia estadística, los resultados esperados iban enmarcados en la presunción que existe alrededor de las barreras de acceso administrativas (dificultades para asignación de citas, autorización de los servicios), económicas y geográficas (por la falta de oferta del servicio de Sexología Clínica en el país y zonas rurales dispersas donde en las que no llega la misión médica).

8.4. Población y muestreo

El universo fueron los pacientes que asistieron a consulta de sexología clínica de una IPS universitaria del departamento de Caldas durante el año 2019; la población de estudio (unidad de análisis) fueron todos los pacientes **que dejaron de asistir** a consulta de sexología clínica en una IPS universitaria del departamento de Caldas durante el año 2019.

En la IPS universitaria asistieron durante el año 2019 un total de 63 pacientes, de los cuales 8 eran menores de edad, por lo que fueron excluidos del estudio. Los pacientes mayores de edad que asistieron durante el año 2019 a esta IPS fueron un total de 55 (100% de los posibles candidatos para ser seleccionados para el estudio), de los cuales 43 (78,18%) no volvieron a asistir a la consulta de sexología clínica teniendo constancia en la historia clínica que se les recomendaba regresar a una próxima consulta (36 con cinco o menos consultas previas y 7 con más de cinco consultas previas). A uno (1,81%) se le dio alta por cumplimiento de objetivos terapéuticos, a otro (1,81%) se le dio alta por cambio de domicilio, a dos (3,63%) se les dio alta por remisión a otra especialidad médica y no necesitaban continuar en sexología clínica, tres (5,45%) de los pacientes no tienen definida una conducta de seguimiento o alta reportada en la historia clínica, y finalmente, cinco (9,09%) continuaron recibiendo terapia por sexología clínica. Teniendo en cuenta estos datos se decidió que el marco muestral del estudio sería la totalidad de pacientes que dejaron de asistir durante el año 2019, es decir 43 pacientes (el universo de la población).

8.5. Criterios de selección

8.5.1. Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de edad.
- Pacientes que no volvieron al control de Sexología clínica sin haber sido dados de alta.

8.5.2. Criterios de exclusión:

- Pacientes con diagnóstico de discapacidad intelectual.
- Pacientes a quienes se les dio de alta por cumplimiento terapéutico, cambio de domicilio o remisión a otra especialidad y que no requieran continuar por sexología clínica.

- Pacientes quien continuaron recibiendo terapia de sexología en el año 2020 y posterior.
- Pacientes quienes no regresaron a control de sexología clínica pero no tienen reportado una conducta de seguimiento en la historia clínica.

8.6. Elementos cualitativos del estudio

Se tuvo en cuenta con las respuestas dadas por los participantes del estudio en las preguntas que tienen un carácter de profundización abierta. Estos datos se pasaron a un sistema de codificación por temáticas comunes, y luego a un esquema cuantitativo.

8.7. Fuentes de información y recolección de datos

Se hizo a través de encuesta, se evaluaron dos encuestas modificadas que midieron el grado de satisfacción en servicios de salud, barreras de acceso a la atención en salud, y barreras culturales respectivamente. Además, se incluyeron variables provenientes del modelo de motivos de abandono en psicoterapia de Gavino y Godoy, y variables que surgieron con la revisión de expertos en temas de salud mental. Esta encuesta se aplicó a los pacientes que abandonaron la terapia de sexología clínica, fueron contactados a través de llamada telefónica, o a través de un aplicativo digital el cual se proporcionó a través de correo electrónico o aplicaciones de mensajería instantánea. Debido al carácter exploratorio del estudio, no es necesario realizar una validación a priori del instrumento de medición.

8.8. Plan de análisis

La investigación presentó las principales medidas de tendencia central observadas en el comportamiento de la muestra. También mostró los análisis descriptivos observados en los hallazgos. Incluyó componente cualitativo multicategorial el cual se codificó y agrupó en temas comunes presentando también los análisis descriptivos pertinentes.

8.9. Control de calidad y manejo de los datos.

Se realizó una primera revisión de los participantes verificando que los individuos estuvieran registrados en las bases de datos de la IPS donde se realizó el estudio. Inicialmente cada cuestionario se revisó para determinar la fiabilidad de la resolución. Durante todo el proceso

el investigador gestionó la información desde la toma de los datos hasta el análisis e interpretación de estos y en todo momento aseguró la confidencialidad de los datos.

8.10. Compromisos

8.10.1. Ético

Con el desarrollo de este trabajo se dio cumplimiento a la resolución número 8430 del 4 de octubre de 1993 que define las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Según el artículo 11 de esta resolución, el estudio es clasificado en riesgo bajo, ya que no se realizaron pruebas biológicas ni psicológicas, ni modificaciones sociales en la población de este estudio.

Se respetó la dignidad humana y la confidencialidad de los datos obtenidos de los registros. En la recolección de la información no se permitió ningún elemento que facilitara identificar el cuestionario que cada individuo diligenció, ni la reproducción de las llamadas telefónicas. Durante el tratamiento de información se asignó un código a cada registro con el fin de proteger la identidad de las unidades de análisis. Para la recolección de datos se siguieron las políticas de confidencialidad del registro respetando los procedimientos para garantizar la protección de la información sensible.

El estudio fue valorado por el comité de ética de la Universidad de Caldas quién lo aprobó y catalogó como una investigación con riesgo mínimo (Anexo 1) de acuerdo con la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud.

8.10.2. Medio ambiental

Este proyecto no pone en riesgo el medio ambiente ya que evaluó únicamente aspectos de la conducta de los individuos y no se utilizó ninguna encuesta en formato físico, garantizando la iniciativa del no uso de papel.

8.10.3. Social

Dentro de la población beneficiada con este estudio se encuentran todas las personas que hacen uso de la información producida por este trabajo, los grupos de trabajo de futuras investigaciones en el tema, la Universidad de Caldas y sus investigadores.

9. Resultados

Debido a la naturaleza exploratoria del estudio que examina un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes, el método de muestreo seleccionado el cual fue intencional y universal, y la cantidad de cuestionarios diligenciados de forma adecuada, se considera que los resultados son representativos de la población estudiada.

Primero, se describe la población evaluada. Los 27 cuestionarios fueron analizados. Respecto a los datos examinados en el componente cualitativo en ciertas preguntas, varía el número de individuos porque algunos de ellos no las respondieron, y en otras preguntas asociadas a las categorías se procedió a la aplicación de saturación por grado. Así mismo, los encuestados pudieron tener más de un motivo por el cual abandonaron la terapia de sexología clínica, por esta razón se dio la oportunidad de responder afirmativamente en varias preguntas.

Segundo, es importante mencionar que en la presentación de los resultados en las tablas se dividió los participantes en dos grupos, hombres y mujeres, esto facilita la comprensión y la evaluación de las respuestas.

En el primer apartado de resultados se realiza una descripción de la población y sus características particulares, posteriormente se tratan los resultados siguiendo el orden en el que se realizó la encuesta, de tal forma que se presenta en el segundo apartado las características de la consulta, luego los apartados tres y cuatro muestran los motivos de abandono de la terapia de sexología clínica, primero relacionadas a las condiciones administrativas y logísticas de consulta, y luego relacionados con las creencias personales, religiosas y con las características de vulnerabilidad. El apartado cinco señala la percepción de la calidad de la atención durante la terapia de sexología clínica, el número seis muestra la percepción de la disposición y organización de las instalaciones de la IPS., y finalmente, el apartado seis describe los motivos de abandono de la terapia de sexología clínica relacionadas a percepciones personales y otras causas.

9.1. Caracterización de la población y condiciones clínicas asociadas.

A continuación, se describe las características demográficas y aspectos sociodemográficos que se consideran importantes y que pueden influir en el motivo de abandono de la terapia de sexología clínica.

Se encuestaron 27 sujetos encontrando una distribución de 20 hombres y 7 mujeres. Se encontraron similitudes en la mediana, moda y media de la edad entre hombres y mujeres. La edad promedio de los dos sexos fue de 32,14 años, la mediana y la moda fue de 28 años.

Ser estudiante fue la ocupación más frecuente, seguido de docente, ocupación administrativa y profesión liberal; también hubo participantes del área de la salud y el comportamiento humano, profesiones relacionadas con la ingeniería y técnicos operativos, pensionados y personas sin un trabajo formal.

Las escolaridades universitario incompleto, y universitario completo fueron las más frecuentes. La gran mayoría, no pertenecía a algún grupo étnico en particular, encontrando solamente un participante afrocolombiano y uno indígena. La mayoría de los participantes vivían en estrato socioeconómico 2 y 3. El nivel de ingresos de todos los encuestados no superó los 4 Salarios Mínimos Legales Vigentes (SMLV). La orientación sexual más frecuente es la heterosexual, seguida de la homosexual y, en menor medida, la bisexual (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de las personas que no volvieron a la terapia de sexología clínica durante el año 2019.

CARACTERÍSTICA	TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
	n	%	n	%	n	%
TOTAL	27	100,00%	20	74,07%	7	25,93%
MEDIA EDAD (a)	32,1481		32,15		32,1428	
MEDIANA EDAD (a)	28		28		26	
MODA EDAD (a)	28		28		No existe	
OCUPACIÓN	27	100,00%	20	100,00%	7	100,00%
ESTUDIANTE	10	37,05%	8	40,00%	2	28,57%
DOCENTE	3	11,11%	3	15,00%	0	0,00%
ÁREAS ADMINISTRATIVAS	3	11,11%	2	10,00%	1	14,29%
PROFESIÓN LIBERAL	3	11,11%	3	15,00%	0	0,00%
ÁREAS DE LA SALUD Y COMPORTAMIENTO	2	7,41%	0	0,00%	2	28,57%
INGENIERÍAS Y TÉCNICAS OPERATIVAS	2	7,41%	1	5,00%	1	14,29%
PENSIONADO	2	7,41%	2	10,00%	0	0,00%
SIN TRABAJO FORMAL	2	7,41%	1	5,00%	1	14,29%
GRUPO ÉTNICO	27	100,00%	20	100,00%	7	100,00%
NINGUNO	25	92,60%	18	90,00%	7	100,00%
AFROCOLOMBIANO	1	3,70%	1	5,00%	0	0,00%
ÍNDIGENA	1	3,70%	1	5,00%	0	0,00%
ESCOLARIDAD	27	100,00%	20	100,00%	7	100,00%
BACHILLERATO COMPLETO	1	3,70%	0	0,00%	1	14,29%
TÉCNICO	1	3,70%	1	5,00%	0	0,00%
UNIVERSITARIO INCOMPLETO	11	40,75%	7	35,00%	4	57,13%
UNIVERSITARIO COMPLETO	9	33,33%	8	40,00%	1	14,29%
ESPECIALIDAD	3	11,11%	2	10,00%	1	14,29%
MAESTRÍA	2	7,41%	2	10,00%	0	0,00%
ESTRATO SOCIOECONÓMICO	27	100,00%	20	100,00%	7	100,00%
1	2	7,41%	2	10,00%	0	0,00%
2	11	40,74%	9	45,00%	2	28,57%
3	11	40,74%	7	35,00%	4	57,14%
4	2	7,41%	1	5,00%	1	14,29%
5	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
6	1	3,70%	1	5,00%	0	0,00%
NIVEL DE INGRESOS	27	100,00%	20	100,00%	7	100,00%
MENOS DE 1 SMLV	9	33,33%	8	40,00%	1	14,29%
ENTRE 1 Y 2 SMLV	10	37,04%	5	25,00%	5	71,42%
ENTRE 3 Y 4 SMLV	8	29,63%	7	35,00%	1	14,29%
ORIENTACIÓN SEXUAL	27	100,00%	20	100,00%	7	100,00%
HETEROSEXUAL	19	70,37%	13	65,00%	6	85,71%
HOMOSEXUAL	6	22,22%	6	30,00%	0	0,00%
BISEXUAL	2	7,41%	1	5,00%	1	14,29%

Fuente: elaboración propia

(a): edad en años

Con respecto a lugar de procedencia de los participantes del estudio se puede evidenciar que la mayoría residía en el municipio de Manizales, seguido de Neira, todos los demás participantes, salvo uno en el Tolima, residían en el departamento de Caldas (Tabla 2). Así mismo, el lugar de nacimiento que más se repitió fue Manizales, seguido de Cali y Chinchiná. Los demás participantes eran originarios de distintos departamentos (Tabla 2).

Tabla 2. Lugar de nacimiento y residencia de las personas que no volvieron a la terapia de sexología clínica durante el año 2019.

CARACTERÍSTICA	TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
	n	%	n	%	n	%
LUGAR DE RESIDENCIA	27	100,00%	20	100,00%	7	100,00%
MANIZALES (CALDAS)	19	70,38%	15	75,00%	4	57,13%
NEIRA (CALDAS)	2	7,42%	1	5,00%	1	14,29%
CHINCHINÁ (CALDAS)	1	3,70%	1	5,00%	0	0,00%
CUASPUD (NARIÑO)	1	3,70%	1	5,00%	0	0,00%
FRESNO (TOLIMA)	1	3,70%	1	5,00%	0	0,00%
MANZANARES (CALDAS)	1	3,70%	0	0,00%	1	14,29%
MARMATO (CALDAS)	1	3,70%	1	5,00%	0	0,00%
RIOSUCIO (CALDAS)	1	3,70%	0	0,00%	1	14,29%
LUGAR DE NACIMIENTO	27	100,00%	20	100,00%	7	100,00%
MANIZALES (CALDAS)	12	44,46%	8	40,00%	4	57,13%
CALI (VALLE DEL CAUCA)	2	7,42%	2	10,00%	0	0,00%
CHINCHINÁ (CALDAS)	2	7,42%	2	10,00%	0	0,00%
BOGOTA D.C.	1	3,70%	1	5,00%	0	0,00%
CUASPUD (NARIÑO)	1	3,70%	1	5,00%	0	0,00%
DOSQUEBRADAS (RISARALDA)	1	3,70%	0	0,00%	1	14,29%
EL TAMBO (NARIÑO)	1	3,70%	0	0,00%	1	14,29%
FILADELFIA (CALDAS)	1	3,70%	1	5,00%	0	0,00%
FRESNO (TOLIMA)	1	3,70%	1	5,00%	0	0,00%
LINARES (NARIÑO)	1	3,70%	0	0,00%	1	14,29%
MANZANARES (CALDAS)	1	3,70%	1	5,00%	0	0,00%
MARMATO (CALDAS)	1	3,70%	1	5,00%	0	0,00%
PÁCORA (CALDAS)	1	3,70%	1	5,00%	0	0,00%
PEREIRA (RISARALDA)	1	3,70%	1	5,00%	0	0,00%

Fuente: elaboración propia

Los antecedentes patológicos orgánicos reportados eran variados, dentro de los que se encontraron patologías cardiovasculares, alérgicas, musculoesqueléticas, gástricas y ginecológicas. Mientras que dentro de las patologías psiquiátricas las que se reportaron estaban relacionadas con los trastornos del estado de ánimo, y se identificó que la más frecuente era el Trastorno Mixto de Depresión y Ansiedad, seguido del Trastorno de ansiedad; también se encontró de forma frecuente patologías del espectro depresivo (Tabla 3).

Tabla 3. Antecedentes médicos de las personas que no volvieron a la terapia de sexología clínica durante el año 2019.

PATOLOGÍA ORGÁNICA	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
ASMA	1	1	0
CARDIOMIOPATÍA ISQUÉMICA	1	1	0
ESCOLIOSIS*	1	0	1
FIBROADENOMA*	1	0	1
GASTRITIS*	1	0	1
HIPERTENSIÓN	1	0	1
RINITIS ALÉRGICA	1	0	1
SÍNCOPE VASO VAGAL	1	1	0
TOTAL	8	3	5
PATOLOGÍA MENTAL	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
TRASTORNO MIXTO DEPRESIÓN Y ANSIEDAD	3	2	1
TRASTORNO DE ANSIEDAD	2	1	1
DEPRESIÓN MAYOR RECURRENTE	1	1	0
DISTIMIA	1	1	0
TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR	1	1	0
TRASTORNO BIPOLAR	1	1	0
TRATORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL	1	0	1
TOTAL	10	7	3

Fuente: elaboración propia

(*) Patología reportada por el mismo participante

9.2. Características de la consulta por Sexología Clínica.

En este apartado se evalúan las características de las consultas y la terapia de Sexología Clínica, y se evidencian los siguientes resultados.

El promedio de veces que asistieron los pacientes antes de abandonar la terapia es de 3,85 consultas para ambos sexos, 3,6 consultas para los hombres y 4,57 consultas para las mujeres. La moda fue de 2 consultas para los dos sexos, 1 consulta en los hombres y 2 en las mujeres. La mediana estaba establecida en 2 consultas para los dos sexos, 2,5 consultas en los hombres y 2 en las mujeres. El número de consultas variaron entre 1 consulta a 18 consultas. Por lo tanto, se puede inferir que, aunque el número de consultas fue altamente variado, lo más frecuente era que asistieran entre 1 y 2 consultas antes de abandonar la terapia (Tabla 4).

El motivo de consulta más frecuente en los hombres que abandonaron la terapia de sexología clínica fue disfunción eréctil, seguido de eyaculación precoz; también consultaron por problemas de pareja (que se definen en el CIE-10 como “discrepancias entre la pareja que resultan en una pérdida de control grave o prolongada, generalización de sentimientos hostiles o críticos o en una persistente atmósfera de violencia interpersonal”(27), deseo sexual bajo, anorgasmia, adicción a la pornografía, adicción al sexo, hipersexualidad, ITS, adicción a la masturbación y por dificultades con la orientación sexual. En el caso de las mujeres que abandonaron la terapia, los problemas de pareja fueron el motivo más frecuente de consulta, seguido del bajo deseo sexual; así mismo se presentaron consultas por anorgasmia y dispareunia.

Para llegar a la consulta de sexología clínica la mitad de los pacientes que abandonaron la terapia tardaban menos de 20 minutos, y un tercio tardaban entre 20 y 40 minutos, sin embargo, hay que tener en cuenta que Manizales, ciudad donde se realizó el estudio, es una ciudad intermedia cuyas distancias para los desplazamientos son cortas. El medio de transporte más usado fue el transporte público, seguido del transporte particular. La mayoría manifiestan que el lugar de la atención de su consulta de sexología clínica no era el sitio más cercano para hacerlo (Tabla 4).

Tabla 4. Características de las consultas de las personas que no volvieron a la terapia de sexología clínica durante el año 2019.

CARACTERÍSTICA	TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
	n	%	n	%	n	%
MEDIA NÚMERO DE CONSULTAS	3,85		3,6		4,57	
MEDIANA NÚMERO DE CONSULTAS	2		2,5		2	
MODA NÚMERO DE CONSULTAS	2		1		2	
MOTIVO DE CONSULTA*	31	100,00%	22	100,00%	9	100,00%
DISFUNCIÓN ERÉCTIL	7	22,58%	7	31,82%	0	0,00%
DESEO SEXUAL BAJO	5	16,13%	2	9,09%	3	33,33%
PROBLEMAS DE PAREJA	5	16,13%	1	4,55%	4	44,44%
EYACULACIÓN PRECOZ	4	12,90%	4	18,18%	0	0,00%
ANORGASMIA	2	6,45%	1	4,55%	1	11,11%
ADICCIÓN AL SEXO	2	6,45%	2	9,09%	0	0,00%
HIPERSEXUALIDAD	1	3,23%	1	4,55%	0	0,00%
ADICCIÓN A LA PORNOGRAFÍA	1	3,23%	1	4,55%	0	0,00%
ITS	1	3,23%	1	4,55%	0	0,00%
ADICCIÓN A LA MASTURBACIÓN	1	3,23%	1	4,55%	0	0,00%
DIFICULTADES CON LA ORIENTACIÓN SEXUAL	1	3,23%	1	4,55%	0	0,00%
DISPAREUNIA	1	3,23%	0	0,00%	1	11,11%
TIEMPO EN LLEGAR	27	100,00%	20	100,00%	7	100,00%
MENOS DE 20 MIN	14	51,85%	8	40,00%	6	85,71%
ENTRE 20 Y 40 MIN	9	33,33%	8	40,00%	1	14,29%
ENTRE 40 MIN Y 1 HR	2	7,41%	2	10,00%	0	0,00%
MÁS DE 1 HR	2	7,41%	2	10,00%	0	0,00%
MODO DE LLEGAR	27	100,00%	20	100,00%	7	100,00%
CAMINANDO	4	14,81%	3	15,00%	1	14,29%
PARTICULAR	10	37,04%	6	30,00%	4	57,14%
PÚBLICO	13	48,15%	11	55,00%	2	28,57%
SERVICIO MÁS CERCANO SEXOLOGÍA	27	100,00%	20	100,00%	7	100,00%
SI	11	40,74%	6	30,00%	5	71,43%
NO	16	59,26%	14	70,00%	2	28,57%

Fuente: elaboración propia

(*) Los participantes pueden reportar más de un motivo de consulta.

9.3. Motivos de abandono de la terapia de sexología clínica relacionadas a las condiciones administrativas, y logísticas de consulta.

Este apartado trata de los motivos de abandono de la terapia relacionado con las condiciones administrativas y logísticas de la consulta. Aquí se encontró que el 40,74% de los participantes refieren no tener tiempo para seguir asistiendo a la terapia de sexología clínica. Por otra parte, un 11,11% y un 3,7% de los pacientes mencionan que carecen de recursos económicos para movilizarse o para pagar el copago, respectivamente. 2 participantes, correspondientes al 7,41%, tuvieron dificultades con su EPS para que se les autorizara nuevas citas de control. La mayoría, es decir el 85,19%, dicen que la IPS cuenta

con la infraestructura adecuada para poder movilizar a las personas con discapacidad al lugar de la consulta (Tabla 5).

Tabla 5. Motivos de abandono relacionado con las condiciones administrativas y logísticas de la consulta.

MOTIVO DE ABANDONO	TOTAL				HOMBRES				MUJERES			
	Sí	%	No	%	Sí	%	No	%	Sí	%	No	%
FALTA DE RECURSOS PARA MOVILIZARSE	1	3,70%	26	96,30%	1	5,00%	19	5,00%	0	0,00%	7	100,00%
FALTA DE RECURSOS PARA COPAGO	3	11,11%	24	88,89%	3	15,00%	17	15,00%	0	0,00%	7	100,00%
FALTA DE TIEMPO	11	40,74%	16	59,26%	9	45,00%	11	45,00%	2	28,57%	5	71,46%
POR DIFICULTADES CON SU EPS	2	7,41%	25	92,59%	2	10,00%	18	10,00%	0	0,00%	7	100,00%
INFRAESTRUCTURA DE DISCAPACIDAD *	23	85,19%	4	14,81%	18	90,00%	2	10,00%	5	71,46%	2	28,57%

Fuente: elaboración propia

(*) Los participantes no necesariamente tienen algún grado de discapacidad.

9.4.Subcapítulo 4: Motivos de abandono de la terapia de sexología clínica relacionados con las creencias personales, religiosas y con las características d vulnerabilidad.

Ninguno de los participantes fue mal atendido, o dejado de atender por alguna condición personal relacionada con sus creencias personales, creencias religiosas, discapacidad, orientación sexual, víctima del conflicto, trabajador(a) sexual o ser habitante sin techo. Se preguntó si existía alguna otra situación personal o de otra índole que lo haya hecho abandonar la terapia de sexología clínica, y para esto solamente una participante mujer respondió que sí y fue por haber terminado la relación con su pareja (Tabla 6).

Tabla 6. Motivo de abandono relacionado con las creencias y condiciones de vida.

MOTIVO DE ABANDONO RELACIONADO CON LAS CREENCIAS Y CONDICIONES DE VIDA	TOTAL				HOMBRES				MUJERES			
	Sí	%	No	%	Sí	%	No	%	Sí	%	No	%
POR SUS CREENCIAS PERSONALES	0	0,00%	27	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	7	100,00%
POR SUS CREENCIAS RELIGIOSAS	0	0,00%	27	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	7	100,00%
POR UNA DISCAPACIDAD*	0	0,00%	27	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	7	100,00%
POR SER VÍCTIMA DEL CONFLICTO*	0	0,00%	27	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	7	100,00%
POR SER TRABAJADOR(A) SEXUAL*	0	0,00%	27	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	7	100,00%
POR SER HABITANTE SIN TECHO	0	0,00%	27	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	7	100,00%
POR HABER FINALIZADO SU RELACIÓN DE PAREJA	1	3,70%	26	96,30%	0	0,00%	0	0,00%	1	14,29%	6	85,71%

Fuente: elaboración propia

(*) Los participantes respondieron “NO” o “NO TENGO ESA CONDICIÓN”.

9.5. Percepción de la calidad de la atención durante la terapia de sexología clínica.

En este apartado, se muestra los resultados de las preguntas que se hicieron a los participantes del estudio sobre la calidad de la atención en todo el proceso de la atención clínica, incluye el trato del personal, la satisfacción en la atención, las instalaciones, y otros aspectos inherentes al proceso clínico. Se aplicó en esta sección del instrumento una escala tipo Likert de 7 valores ya que como se tratan temas en ocasiones incómodos para los participantes, ofrecer a los encuestados una opción neutra que no sea la suya puede tranquilizarlos y asegurar respuestas más honestas; está determinada con valores como “siempre”, “casi siempre”, “muchas veces”, “a veces”, “pocas veces”, “casi nunca” y “nunca”.

Se indagó a los participantes sobre la calidad de la orientación frente a los pasos y trámites para la atención (lo que se refiere a la explicación de la recepción de documentos, la explicación del valor de la consulta, indicación de los lugares de espera y consultorios, entre otros), a lo que la mayoría responde “siempre”, 96,3%, seguido de “casi siempre”, 3,7%. (Tabla 7).

Tabla 7. Percepción de la calidad de la orientación por parte del personal al usuario.

ORIENTACIÓN PERSONAL ATENCIÓN AL USUARIO	TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
SIEMPRE	26	96,30%	19	95,00%	7	100,00%
CASI SIEMPRE	1	3,70%	0	0,00%	0	0,00%
MUCHAS VECES	0	0,00%	1	5,00%	0	0,00%
AVECES	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
POCAS VECES	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
CASI NUNCA	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
NUNCA	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
TOTAL	27	100,00%	20	100,00%	7	100,00%

Fuente: elaboración propia

También, se les preguntó a los participantes sobre la orientación frente atención en salud por parte del personal médico y de enfermería (hace referencia a la explicación de los pasos que se van a seguir durante la consulta, los procesos a llevar a cabo durante la terapia, explicación del plan terapéutico, entre otros), a lo que la mayoría responde “siempre”, 92,6%, seguido de “muchas veces”, 3,7% y “pocas veces”, 3,7%. (Tabla 8).

Tabla 8. Percepción de la calidad de la orientación por parte del personal de salud.

ORIENTACIÓN PERSONAL DE SALUD	TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
SIEMPRE	25	92,59%	19	95,00%	6	85,71%
CASI SIEMPRE	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
MUCHAS VECES	1	3,70%	1	5,00%	0	0,00%
AVECES	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
POCAS VECES	1	3,70%	0	0,00%	1	14,29%
CASI NUNCA	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
NUNCA	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
TOTAL	27	100,00%	20	100,00%	7	100,00%

Fuente: elaboración propia

Igualmente, se les preguntó a los participantes si se realizan las consultas de sexología clínica en el horario programado, a lo que la mayoría responde “siempre”, 96,3%, seguido de “casi siempre”, 3,7%. Dado los resultados, se puede inferir que los terapeutas son altamente puntuales en el momento de iniciar la terapia (Tabla 9). De forma similar, el 92,59% de los pacientes afirman que se respeta “siempre” la programación y el orden de llegada, y el 7,41% dice que “casi siempre” (Tabla 10).

Tabla 9. Consulta en el horario programado.

HORARIO PROGRAMADO	TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
SIEMPRE	26	96,30%	19	95,00%	7	100,00%
CASI SIEMPRE	1	3,70%	1	5,00%	0	0,00%
MUCHAS VECES	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
AVECES	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
POCAS VECES	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
CASI NUNCA	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
NUNCA	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
TOTAL	27	100,00%	20	100,00%	7	100,00%

Fuente: elaboración propia

Tabla 10. Respeto la programación y el orden de llegada de los pacientes.

RESPETO PROGRAMACIÓN Y HORARIO	TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
SIEMPRE	25	92,59%	18	90,00%	7	100,00%
CASI SIEMPRE	2	7,41%	2	10,00%	0	0,00%
MUCHAS VECES	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
AVECES	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
POCAS VECES	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
CASI NUNCA	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
NUNCA	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
TOTAL	27	100,00%	20	100,00%	7	100,00%

Fuente: elaboración propia

También, a los participantes se les indagó por si los profesionales que lo atendieron contaban con su historia clínica en el consultorio para el momento de la atención, a lo que el 85,19% dijeron que sí, y un 14,81% que no sabían; ninguno mencionó que esto no ocurría.

Con respecto a la percepción de la disponibilidad de agenda oportuna para las citas de sexología clínica, el 70,37% de los pacientes refirieron que “siempre” había disponibilidad de citas de forma oportuna para la consulta de sexología clínica, un 11,11% refirió que “casi siempre, y un 7,41% dijo que “muchas veces”. Sin embargo, un 7,41% y un 3,7% dijeron que “a veces” o “pocas veces”, respectivamente, se podría conseguir agenda de forma oportuna. (Tabla 11).

Tabla 11. Agenda oportuna para las citas por sexología clínica.

AGENDA OPORTUNA	TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
SIEMPRE	19	70,37%	13	65,00%	6	85,71%
CASI SIEMPRE	3	11,11%	2	10,00%	1	14,29%
MUCHAS VECES	2	7,41%	2	10,00%	0	0,00%
AVECES	2	7,41%	2	10,00%	0	0,00%
POCAS VECES	1	3,70%	1	5,00%	0	0,00%
CASI NUNCA	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
NUNCA	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
TOTAL	27	100,00%	20	100,00%	7	100,00%

Fuente: elaboración propia

También se preguntó si la atención en la caja o recepción era rápida, a lo que el 88,89% refirió que “siempre” es así, el 7,41% dijo que “a veces” y un 3,7% respondió que “casi siempre”. (Tabla 12).

Tabla 12. Rapidez en la atención en la caja o en el módulo de admisión (recepción).

ATENCIÓN RÁPIDA EN CAJA	TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
SIEMPRE	24	88,89%	18	90,00%	6	85,71%
CASI SIEMPRE	1	3,70%	0	0,00%	1	14,29%
MUCHAS VECES	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
AVECES	2	7,41%	2	10,00%	0	0,00%
POCAS VECES	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
CASI NUNCA	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
NUNCA	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
TOTAL	27	100,00%	20	100,00%	7	100,00%

Fuente: elaboración propia

A los participantes se les preguntó por la rapidez en la toma de exámenes radiológicos (radiografía, ecografías, otros) y en la entrega de medicamentos, sin embargo, todos los participantes respondieron “no aplica” ya que no hicieron uso de estos servicios en la IPS del estudio. Por otro lado, se preguntó por la rapidez en la toma de muestras para análisis de laboratorio, y uno de los participantes mencionó que “siempre”, los demás participantes refirieron “no aplica”.

Se preguntó a los participantes si tuvieron la sensación o percepción de respeto por la privacidad e intimidad durante las consultas de sexología clínica en la IPS. El 85,19% refirió que “siempre”, y el 3,7% dijo que “muchas veces”. No obstante, el 11,11% mencionó que “a veces”, por lo que se les preguntó por qué no sintieron respeto por la privacidad e intimidad (Tabla 13). Los tres comentarios referidos fueron: “*Era incómodo estar en la cita con practicantes. Me hubiera gustado mejor solo con la terapeuta*”, “*No sabe si se respeta la privacidad por los administrativos*”, y “*Porque habían cosas que no quería hablar*”.

Tabla 13. Respeto por la privacidad e intimidad en la IPS.

RESPETO DE PRIVACIDAD	TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
SIEMPRE	23	85,19%	17	85,00%	6	85,71%
CASI SIEMPRE	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
MUCHAS VECES	1	3,70%	0	0,00%	1	14,29%
AVECES	3	11,11%	3	15,00%	0	0,00%
POCAS VECES	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
CASI NUNCA	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
NUNCA	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
TOTAL	27	100,00%	20	100,00%	7	100,00%
CATEGORÍAS	NÚMERO					
TEMAS PRIVADOS INCÓMODOS	1					
PREOCUPACIÓN ADMINISTRATIVOS	1					
PRESENCIA DE ESTUDIANTES	1					
TOTAL	3					

Fuente: elaboración propia

Dentro de las preguntas que se les hizo a los participantes, se indagó si estaban satisfechos con el tiempo que consideraban como necesario para contestar dudas o preguntas sobre el problema de salud que les preocupaba. El 85,19% respondió que “siempre”, el 11,11% dijo “muchas veces” y el 3,7% refirió “casi siempre”; por lo tanto, se puede establecer que la percepción frente a esta consideración es muy positiva, es decir, los terapeutas ofrecen una buena cantidad de tiempo para responder las dudas y preguntas de los pacientes (Tabla 14).

Tabla 14. Tiempo necesario brindado por parte del terapeuta para responder dudas o preguntas.

TIEMPO PARA RESPONDER DUDAS	TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
SIEMPRE	23	85,19%	17	85,00%	6	85,71%
CASI SIEMPRE	1	3,70%	0	0,00%	1	14,29%
MUCHAS VECES	3	11,11%	3	15,00%	0	0,00%
A VECES	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
POCAS VECES	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
CASI NUNCA	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
NUNCA	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
TOTAL	27	100,00%	20	100,00%	7	100,00%

Fuente: elaboración propia

Con respecto a la confianza que el terapeuta le inspiró al paciente el 74,07% refirió que “siempre” y el 3,7% dijo que “casi siempre”. Sin embargo, este parámetro no fue del todo positivo; el 7,41% dijo que el terapeuta “a veces” le inspiraba confianza, otro 7,41% dijo que “nunca”, un 3,7% refirió que pocas veces, y el 3,7% restante respondió que “casi nunca”, por lo tanto, el 14,81% del total de los participantes tiene una apreciación negativa frente este punto (Tabla 15) (Gráfica 1). Inmediatamente se les preguntó a los pacientes del estudio que en cualquier caso explicara el porqué de esta pregunta. Las respuestas más frecuentes en el espectro positivo fueron las siguientes: 6 participantes respondieron que el terapeuta sabía lo que hacía, 5 dijeron que transmitía bien la información y 4 dijeron que tenían buena empatía. Llama la atención las siguientes apreciaciones: *“Me preguntó si me encontraba bien, y fue muy claro en responder las preguntas”, “Era un espacio seguro para expresarme, nunca me sentí señalada”, “Son muy humanos, me trataron con soltura, muy naturales”*. También respondieron que el terapeuta era amable, que tenía buena capacidad de escucha, que era paciente y que siempre estaba el mismo terapeuta.

Por otro lado, se detectaron 7 categorías en el espectro negativo de las respuestas, dentro de las que refirieron fue que había otro médico en la consulta, que el terapeuta tenía poca empatía, que no vieron buena experiencia en el terapeuta, que cambiaron el terapeuta por uno de otro género, y que no transmitían bien la información. Los comentarios más llamativos fueron los siguientes: *“No me sentí con la libertad de comentar mi problema”, “La terapeuta parecía que no entendía lo que le estaba diciendo”, “Me sentí atacado, muy parco, (...), muy descortés. No hubo respuesta clara”* (Tabla 16).

Tabla 15. Confianza inspirada por parte del terapeuta al paciente.

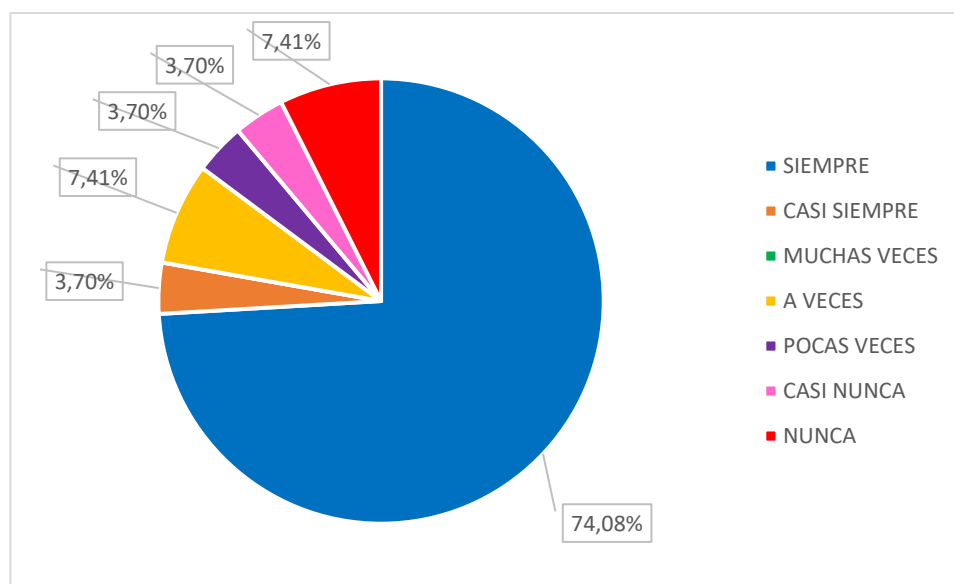
CONFIANZA INSPIRADA POR EL TERAPEUTA	TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
SIEMPRE	20	74,07%	15	75,00%	5	71,43%
CASI SIEMPRE	1	3,70%	0	0,00%	1	14,29%
MUCHAS VECES	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
A VECES	2	7,41%	2	10,00%	0	0,00%
POCAS VECES	1	3,70%	1	5,00%	0	0,00%
CASI NUNCA	1	3,70%	0	0,00%	1	14,29%
NUNCA	2	7,41%	2	10,00%	0	0,00%
TOTAL	27	100,00%	20	100,00%	7	100,00%

Fuente: elaboración propia

Tabla 16. Categorías referidas con respecto a la confianza inspirada por parte del terapeuta al paciente.

CATEGORÍA POSITIVA	NÚMERO
SABE LO QUE HACE	6
TRANSMITE BIEN	5
BUENA EMPATÍA	4
BUENA AMABILIDAD	2
BUENA ESCUCHA	2
TIENE PACIENCIA	1
MISMO TERAPEUTA	1
TOTAL	21
CATEGORÍA NEGATIVA	NÚMERO
OTRO MÉDICO EN CONSULTA	2
POCA EMPATÍA	2
ESPERABA OTRO GÉNERO DE TERAPEUTA	2
POCA EXPERIENCIA	2
NO TRANSMITE BIEN	2
MALA ESCUCHA	1
SENTIRSE ATACADO(A)	1
TOTAL	12

Fuente: elaboración propia



Gráfica 1. Confianza inspirada por parte del terapeuta al paciente.

Fuente: elaboración propia

Otro aspecto que se evaluó fue la percepción del participante sobre el trato amable, respetuoso y paciente por parte del terapeuta. El 88,89% respondió que “siempre” había

sido así, 3,7% dijo que casi siempre, otro 3,7% refirió que “muchas veces”, y un último 3,7% mencionó que “a veces”. Esto muestra una apreciación positiva frente esta pregunta (Tabla 17) (Gráfica 2). La mayoría de las categorías encontradas a la pregunta sobre por qué les parecía que el trato había sido de esa manera, eran positivas. 7 participantes dijeron que el respeto recibido fue bueno, 3 dijeron que el terapeuta sabía lo que hacía, 3 refirieron que tenía buena actitud y otros tantos mencionaron que se esperaba esa actitud por parte del terapeuta, que tenía buena capacidad de escucha y que tenían buenas herramientas de terapeuta. Las frases más llamativas fueron las siguientes: *“Se ve que tienen una buena vocación para atender a las personas”*, *“Debe inspirar respeto y confianza para responder las dudas”* y *“No tuve ninguna dificultad, son muy buenas personas”*. Por otro lado, el único comentario negativo fue *“demasiada seriedad”* (Tabla 18). Todo lo anterior indica que el trato por parte del terapeuta en cuanto a la amabilidad, paciencia y respeto no influye en el abandono de los pacientes a la terapia de sexología clínica.

Tabla 17. Trato con amabilidad, respeto y paciencia por parte del terapeuta.

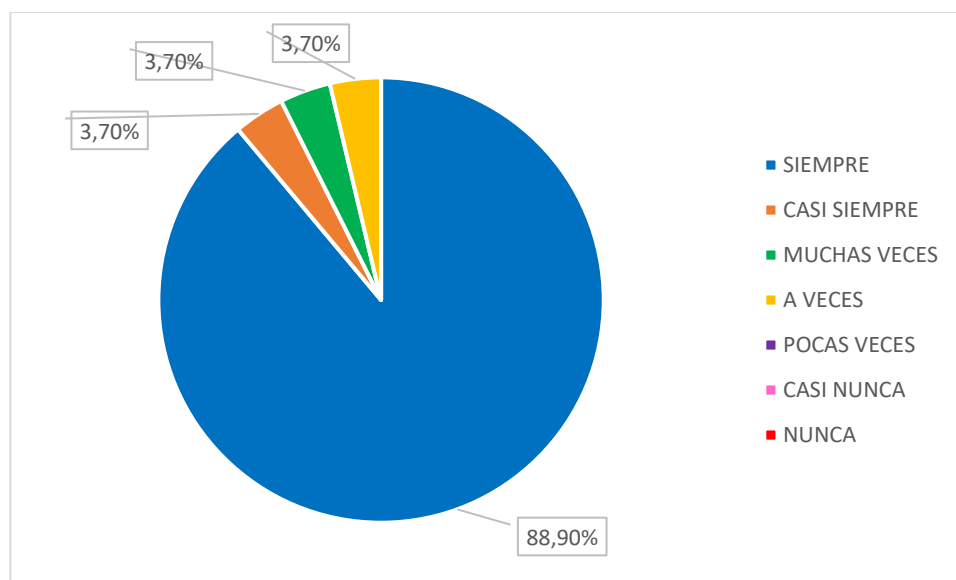
AMABILIDAD, RESPETO Y PACIENCIA	TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
SIEMPRE	24	88,89%	18	90,00%	6	85,71%
CASI SIEMPRE	1	3,70%	0	0,00%	1	14,29%
MUCHAS VECES	1	3,70%	1	5,00%	0	0,00%
A VECES	1	3,70%	1	5,00%	0	0,00%
POCAS VECES	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
CASI NUNCA	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
NUNCA	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
TOTAL	27	100,00%	20	100,00%	7	100,00%

Fuente: elaboración propia

Tabla 18. Categorías referidas con respecto a amabilidad, respeto y paciencia por parte del terapeuta.

CATEGORÍA POSITIVA	NÚMERO
BUEN RESPETO	7
SABEN LO QUE HACEN	3
BUENA ACTITUD	3
SE ESPERA ESO DEL TERAPEUTA	2
BUENA TRANSMISIÓN	2
BUENA ESCUCHA	1
BUENA HERRAMIENTAS	1
TOTAL	19
CATEGORÍA NEGATIVA	NÚMERO
ACTITUD MUY SERIA	1
TOTAL	1

Fuente: elaboración propia



Gráfica 2. Trato con amabilidad, respeto y paciencia por parte del terapeuta.

Fuente: elaboración propia

En el tema del interés mostrado por el terapeuta en solucionar el problema de salud, el 85,19% de los participantes refirió que “siempre” se mostró. No obstante, el 7,41% dijo que el interés se notaba “pocas veces”, 3,7% dijo que a veces y el restante 3,7% respondió que “nunca” (Tabla 19) (Gráfica 3). Las categorías encontradas en la respuesta a la pregunta del porqué del interés o la falta de este fueron, en la mayoría positivas. Cuatro participantes refirieron que el terapeuta daba buenas orientaciones, tres mencionaron que el interés era

bueno y genuino, tres dijeron que se esperaba buen interés por parte del terapeuta, otros tres vieron en el terapeuta una buena actitud y otros tres una buena disposición. Las frases más llamativas fueron las siguientes: *“La actitud en la que hablaba y respondía mis dudas, sí recibía respuesta y consejo”*, *“Se notaba que de verdad les importaba lo que les contaba, había preocupación genuina”* y *“Era el mismo terapeuta, y son personas muy interesadas en hacerme dar cuenta que era algo psicológico”*.

Del lado de las categorías negativas se encontraron algunas como una mala resolución, mala orientación, mala escucha y mala disposición. Hubo frases como, por ejemplo: *“Siempre me decían lo mismo, entonces no quise regresar”* y *“No sentí que me estuviera escuchando”* (Tabla 20).

Tabla 19. Interés mostrado por el terapeuta en solucionar el problema de salud.

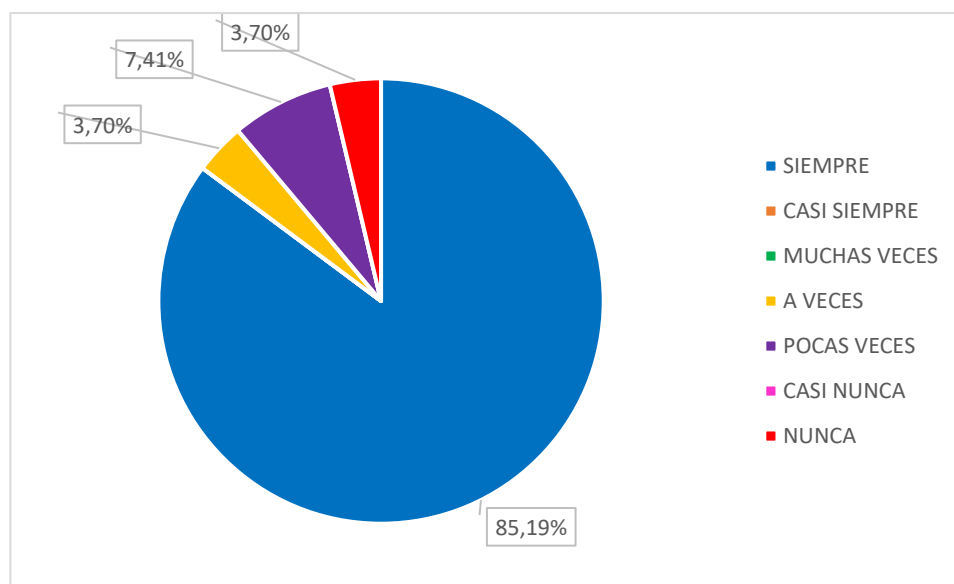
INTERÉS	TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
SIEMPRE	23	85,19%	18	90,00%	5	71,43%
CASI SIEMPRE	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
MUCHAS VECES	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
A VECES	1	3,70%	0	0,00%	1	14,29%
POCAS VECES	2	7,41%	2	10,00%	0	0,00%
CASI NUNCA	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
NUNCA	1	3,70%	0	0,00%	1	14,29%
TOTAL	27	100,00%	20	100,00%	7	100,00%

Fuente: elaboración propia

Tabla 20. Categorías referidas con respecto al interés mostrado por el terapeuta en solucionar el problema de salud.

CATEGORÍA POSITIVA		NÚMERO
BUENA ORIENTACIÓN		4
SE ESPERA ESO DEL TERAPEUTA		3
BUEN INETRÉS		3
BUENA ACTITUD		3
SABE LO QUE HACE		3
BUENA DISPOSICIÓN		2
BUENA RESOLUCIÓN		1
BUENA ESCUCHA		1
BUEN TRABAJO EN EQUIPO		1
MISMO TERAPEUTA		1
TOTAL		22
CATEGORÍA NEGATIVA		NÚMERO
MALA RESOLUCIÓN		2
MALA ORIENTACIÓN		1
MALA ESCUCHA		1
MALA DISPOSICIÓN		1
TOTAL		5

Fuente: elaboración propia



Gráfica 3. Interés mostrado por el terapeuta en solucionar el problema de salud.

Fuente: elaboración propia

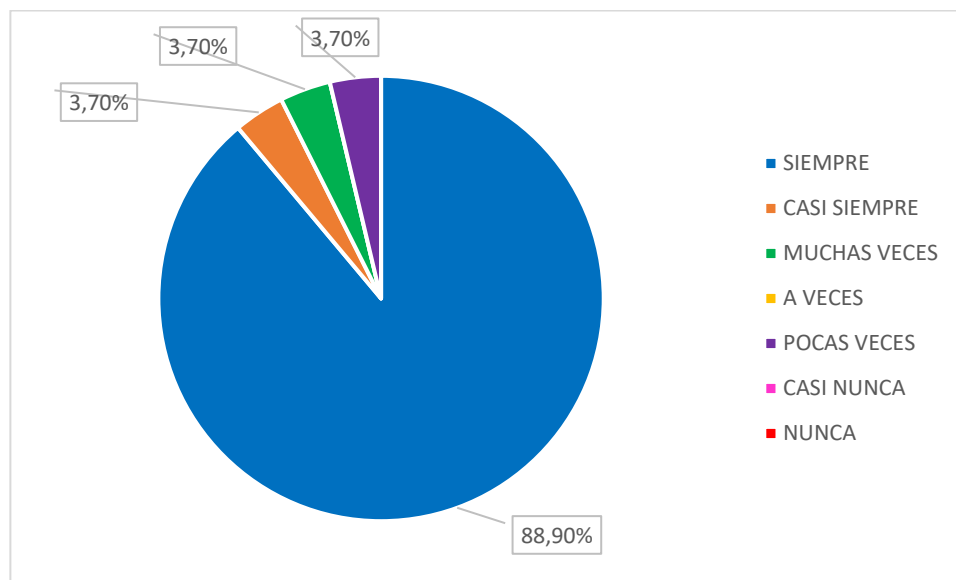
Se les preguntó a los participantes si habían comprendido la explicación dada por el terapeuta frente al problema de salud o el resultado de la atención recibida, el 88,89%

respondió que “siempre”, 3,7% dijo que “casi siempre”, otro 3,7% respondió que “muchas veces” y el 3,7% restante refirió que “pocas veces”. Un solo participante respondió el porqué de no haber comprendido la explicación, y dijo: *“Por acelerado, o por pasar rápido, porque me sentí intimidado”*. (Tabla 21) (Gráfica 4).

Tabla 21. Comprensión de la explicación dada por el terapeuta sobre el problema de salud.

COMPRESIÓN DE EXPLICACIÓN PATOLOGÍA	TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
SIEMPRE	24	88,89%	18	90,00%	6	85,71%
CASI SIEMPRE	1	3,70%	0	0,00%	1	14,29%
MUCHAS VECES	1	3,70%	1	5,00%	0	0,00%
A VECES	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
POCAS VECES	1	3,70%	1	5,00%	0	0,00%
CASI NUNCA	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
NUNCA	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
TOTAL	27	100,00%	20	100,00%	7	100,00%
CATEGORÍA NEGATIVA	NÚMERO					
MALA COMUNICACIÓN	1					
MUY APRESURADO EN ACABAR	1					
SENSACIÓN DE INTIMIDACIÓN	1					
TOTAL	3					

Fuente: elaboración propia



Gráfica 4. Comprensión de la explicación dada por el terapeuta sobre el problema de salud.

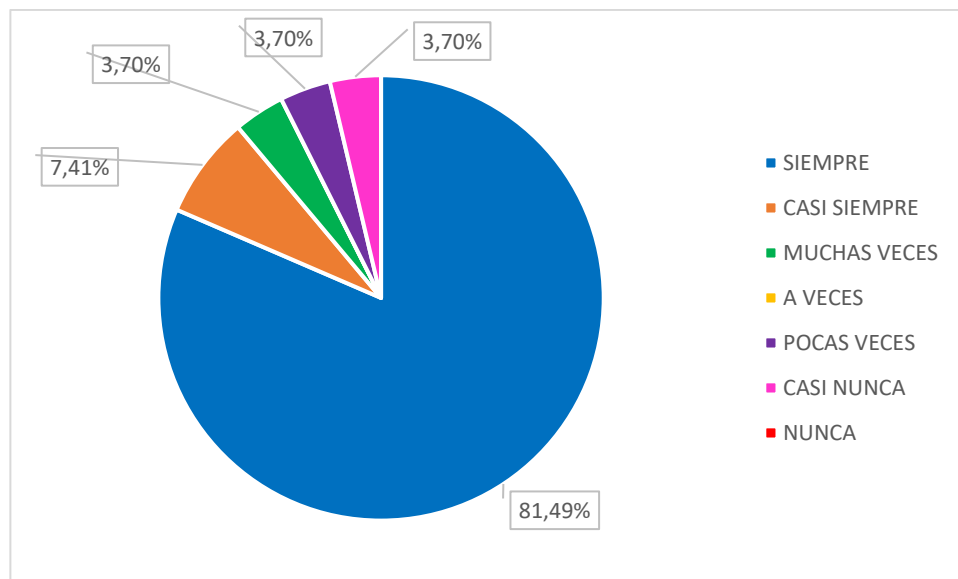
Fuente: elaboración propia

De forma similar a la pregunta anterior, se les preguntó a los participantes si habían comprendido la explicación dada por el terapeuta sobre el tratamiento recibido. El 81,48% de los pacientes respondió “siempre”, un 7,41% dijo que “casi siempre”, y el 3,7% expresó que “muchas veces”. Por otro lado, 3,7% dijo que “pocas veces” había entendido la explicación y finalmente, otro 3,7% refirió que “casi nunca”. Al preguntarle a estos dos participantes que no comprendieron bien la explicación del tratamiento, respondieron: *“Porque me sentí atacado”* y *“no me dio un tratamiento”* (Tabla 22) (Gráfica 5). De igual manera, a cinco pacientes que se les solicitó paraclínicos, se les preguntó si comprendieron el proceso diagnóstico, de los cuales solamente uno respondió “casi nunca”.

Tabla 22. Comprensión de la explicación dada por el terapeuta sobre el tratamiento dado.

COMPREENSIÓN DE EXPLICACIÓN TRATAMIENTO	TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
SIEMPRE	22	81,48%	16	80,00%	6	85,71%
CASI SIEMPRE	2	7,41%	1	5,00%	1	14,29%
MUCHAS VECES	1	3,70%	1	5,00%	0	0,00%
A VECES	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
POCAS VECES	1	3,70%	1	5,00%	0	0,00%
CASI NUNCA	1	3,70%	1	5,00%	0	0,00%
NUNCA	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
TOTAL	27	100,00%	20	100,00%	7	100,00%
CATEGORÍA NEGATIVA	NÚMERO					
SENTIRSE ATACADO	1					
NO DIO TRATAMIENTO	1					
TOTAL	2					

Fuente: elaboración propia



Gráfica 5. Comprensión de la explicación dada por el terapeuta sobre el tratamiento dado.

Fuente: elaboración propia

Adicionalmente, se le indagó sobre si se había realizado examen físico a los pacientes a lo que el 92,59% dijo que “nunca” se les había realizado, y de estos, solamente a dos se les había evaluado otras condiciones generales de salud.

9.6.Subcapítulo 6: Percepción de la disposición y organización de las instalaciones de la IPS.

En este subcapítulo se muestra los resultados de las preguntas que se hicieron a los participantes del estudio sobre la percepción de la disposición y organización de las instalaciones de la IPS, incluye la señalética, la comodidad, el equipamiento, la limpieza y el orden. Se aplicó en esta sección del instrumento una escala tipo Likert de 7 valores ya que como se tratan temas en ocasiones incómodos para los participantes, ofrecer a los encuestados una opción neutra que no sea la suya puede tranquilizarlos y asegurar respuestas más honestas; está determinada con valores como “siempre”, “casi siempre”, “muchas veces”, “a veces”, “pocas veces”, “casi nunca” y “nunca”.

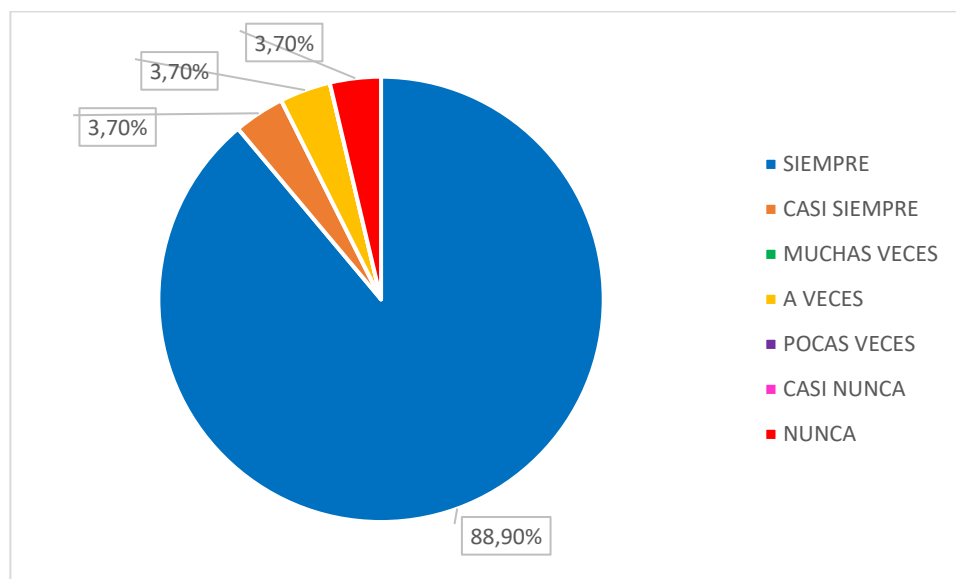
Se les preguntó a los participantes sobre si la señalización y la información en las instalaciones de la IPS fueron adecuados para orientarlos, a lo que el 88,89% respondió

que “siempre”, 3,7% dijo que “casi siempre”, y otro 3,7% refirió que “a veces”. El 3,7% restante, correspondiente a un participante, señaló que “nunca” y dijo: “No me di cuenta”. Esta información muestra una buena apreciación sobre la señalética de la IPS, y es importante expresar a la IPS que podría ubicarse en lugares más visibles (Tabla 23) (Gráfica 6).

Tabla 23. Señalización e información en las instalaciones de la IPS adecuados para orientar.

SEÑALÉTICA ADECUADA	TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
SIEMPRE	24	88,89%	18	90,00%	6	85,71%
CASI SIEMPRE	1	3,70%	1	5,00%	0	0,00%
MUCHAS VECES	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
A VECES	1	3,70%	1	5,00%	0	0,00%
POCAS VECES	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
CASI NUNCA	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
NUNCA	1	3,70%	0	0,00%	1	3,70%
TOTAL	27	100,00%	20	100,00%	7	100,00%
CATEGORÍA NEGATIVA	NÚMERO					
NO LOS VIO	1					
TOTAL	1					

Fuente: elaboración propia



Gráfica 6. Señalización e información en las instalaciones de la IPS adecuados para orientar.

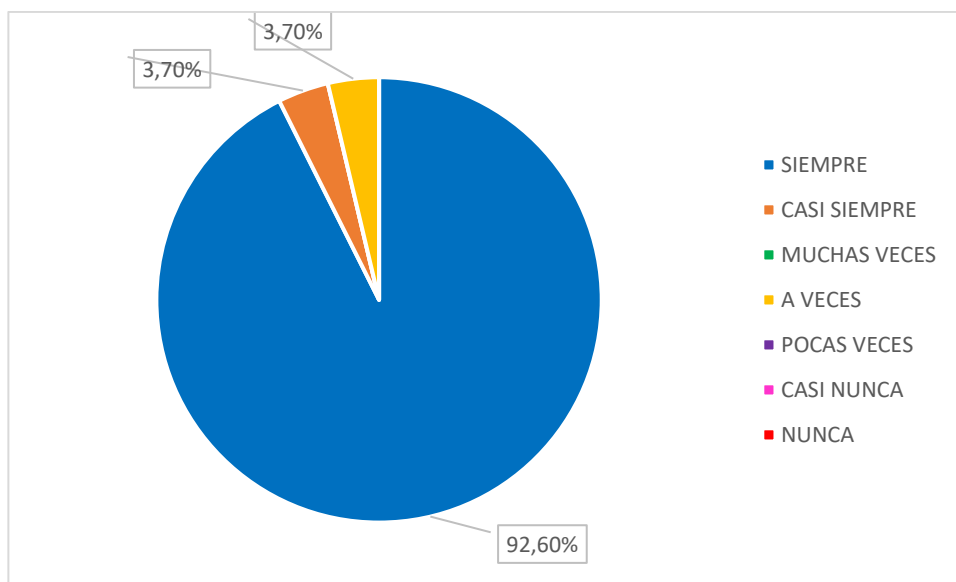
Fuente: elaboración propia

A los participantes se les preguntó si los consultorios contaban con los equipos disponibles y materiales necesarios para la atención. El 92,59% refirió que “siempre”, 3,7% dijo “casi siempre” y un 3,7% respondió “a veces”. (Tabla 24) (Gráfica 7).

Tabla 24. Equipos disponibles y materiales necesarios en el consultorio para la atención.

CONSULTORIOS EQUIPADOS ADECUADAMENTE	TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
SIEMPRE	25	92,59%	18	90,00%	7	100,00%
CASI SIEMPRE	1	3,70%	1	5,00%	0	0,00%
MUCHAS VECES	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
A VECES	1	3,70%	1	5,00%	0	0,00%
POCAS VECES	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
CASI NUNCA	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
NUNCA	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
TOTAL	27	100,00%	20	100,00%	7	100,00%

Fuente: elaboración propia



Gráfica 7. Equipos disponibles y materiales necesarios en el consultorio para la atención.

Fuente: elaboración propia

También se indagó por la percepción sobre estado de limpieza y comodidad en las salas de espera y los consultorios. El 88,89% dijo que “siempre” estaban limpios y cómodos, 7,41% dijo que “a veces” y 3,7% señaló que “casi siempre” (Tabla 25) (Gráfica 8). La mayoría de los comentarios se categorizaron como positivos siendo la limpieza y el orden lo que más refirieron: “La privacidad era lo mejor. Eso me dio la comodidad, no se escuchaba nada. Se sentía familiar”, “Estaba todo bien organizado, bien puesto”. Los únicos comentarios negativos se referían principalmente a lo estrecho del lugar y a la poca comodidad de las sillas: “Aunque son sillas básicas, no se ve suciedad”, “Son limpios pero muy pequeños” (Tabla 26).

Tabla 25. Comodidad y limpieza en las salas de espera y consultorios.

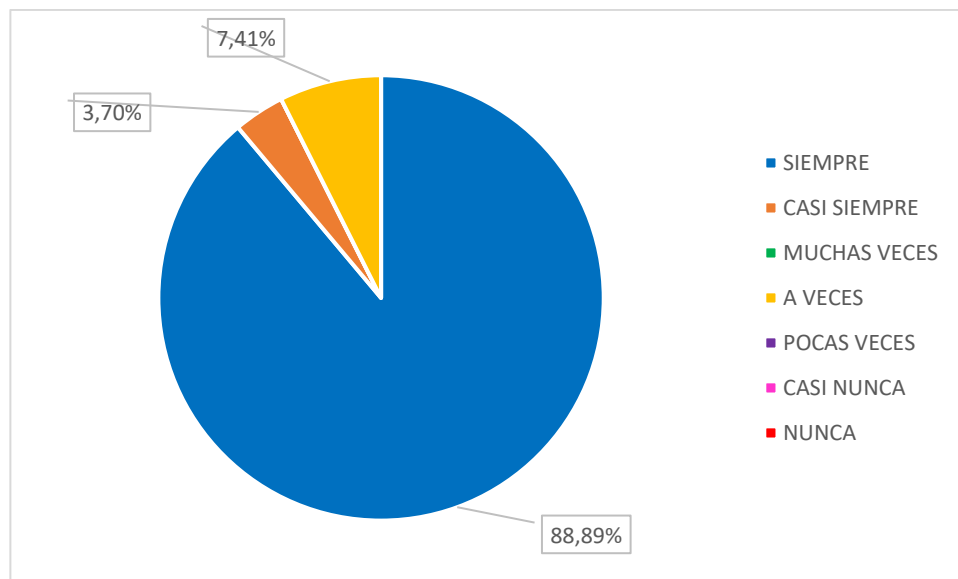
LUGAR LIMPIO Y CÓMODO	TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
SIEMPRE	24	88,89%	17	85,00%	7	100,00%
CASI SIEMPRE	1	3,70%	1	5,00%	0	0,00%
MUCHAS VECES	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
A VECES	2	7,41%	2	10,00%	0	0,00%
POCAS VECES	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
CASI NUNCA	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
NUNCA	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
TOTAL	27	100,00%	20	100,00%	7	100,00%

Fuente: elaboración propia

Tabla 26. Categorías referidas con respecto a la comodidad y limpieza en las salas de espera y consultorios.

CATEGORÍA POSITIVA	NÚMERO
BUENA LIMPIEZA	7
BUENA ORGANIZACIÓN	7
BIEN VISTO	5
BUENA COMODIDAD	5
BUENA PRIVACIDAD	1
TOTAL	25
CATEGORÍA NEGATIVA	NÚMERO
POCO ESPACIO	2
SILLAS POCO CÓMODAS	1
TOTAL	3

Fuente: elaboración propia



Gráfica 8. Comodidad y limpieza en las salas de espera y consultorios.

Fuente: elaboración propia

9.7.Subcapítulo 7: Motivos de abandono de la terapia de sexología clínica relacionadas a percepciones personales y otras causas.

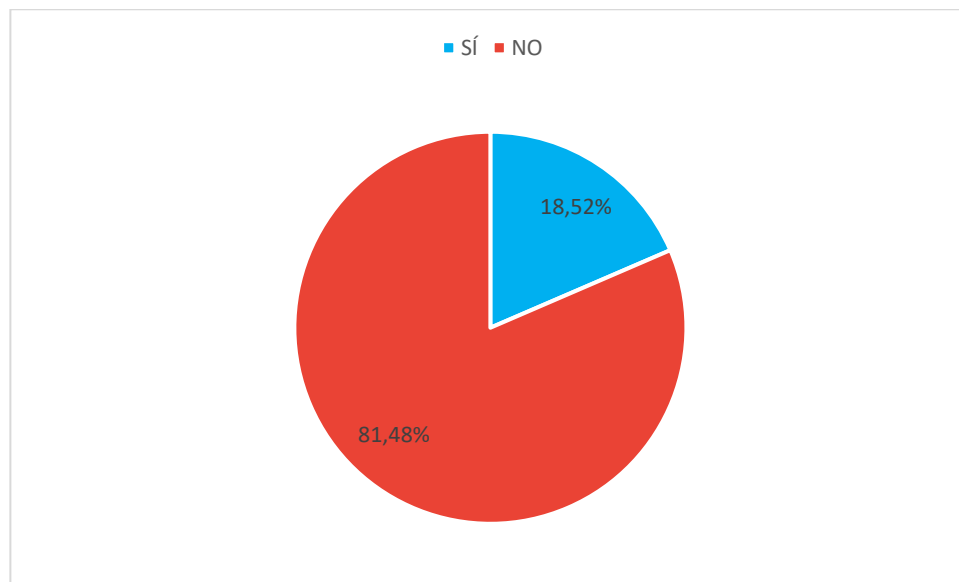
En el presente subcapítulo se presentará los resultados de las variables de los motivos de abandono de la psicoterapia según el modelo de Gavino y Godoy y los recomendados por personal de atención en salud.

Se les preguntó a los participantes si habían dejado de asistir a la terapia de sexología clínica porque ya no les preocupaba su motivo de consulta inicial. El 18,52% dijo que sí. El porqué de esta razón fue relacionada con el hecho de que la terapia había servido y no padecían más el cuadro clínico, porque habían mejorado los síntomas o porque ya no tenía pareja y no le interesaba seguir más en terapia (Tabla 27) (Gráfica 9). Las frases más llamativas fueron las siguientes: *“Porque me dieron muchos tips. Y estaba tomando paroxetina y eso me ayudó. No se me ha solucionado un 100% pero por lo menos un 90%”* y *“Porque me dieron las respuestas que estaba buscando”*.

Tabla 27. Abandono porque el motivo de consulta no le preocupa más.

EI MOTIVO DE CONSULTA NO LE PREOCUPA	TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
SÍ	5	18,52%	3	15,00%	2	28,57%
NO	22	81,48%	17	85,00%	5	71,43%
TOTAL	27	100,00%	20	100,00%	7	100,00%
POR QUÉ NO LE PREOCUPA	NÚMERO					
MEJORÍA	2					
RESOLUCIÓN	2					
OTRA PAREJA	1					
TOTAL	5					

Fuente: elaboración propia



Gráfica 9. Abandono porque el motivo de consulta no le preocupa más.

Fuente: elaboración propia

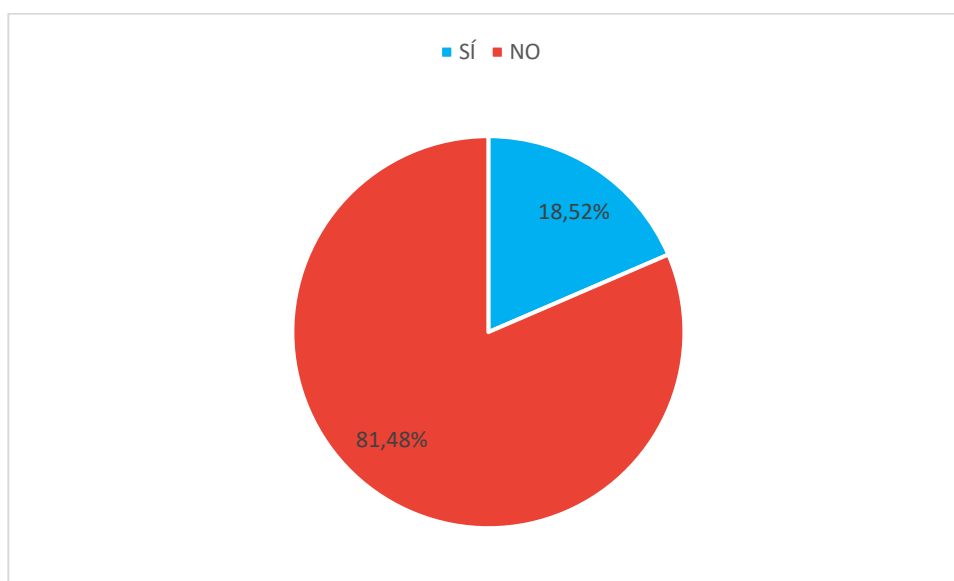
También se indagó si habían dejado de asistir porque otro terapeuta lo está tratando o recomienda otros procedimientos, y solamente un participante dijo que sí, ya que había seguido asistiendo con su terapeuta inicial de otra especialidad médica: *“Seguí asistiendo con psiquiatría”*.

Así mismo, se les preguntó si habían dejado de asistir porque habían cambiado de ciudad y no pudieron continuar con el proceso terapéutico, a lo cual, el 18,52% de los participantes dijo que sí había sido por esta razón, y de estos, dos pacientes afirmaron que sí les gustaría regresar a la terapia por sexología (Tabla 28) (Gráfica 10).

Tabla 28. Abandono porque el paciente cambió de ciudad y no pudo continuar la terapia.

CAMBIÓ DE CIUDAD	TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
SÍ	5	18,52%	5	25,00%	0	0,00%
NO	22	81,48%	15	75,00%	7	100,00%
TOTAL	27	100,00%	20	100,00%	7	100,00%
CONTINUARÍA PROCESO	NÚMERO					
SÍ	2					
NO	2					
TOTAL	4					

Fuente: elaboración propia



Gráfica 10. Abandono porque el paciente cambió de ciudad y no pudo continuar la terapia.

Fuente: elaboración propia

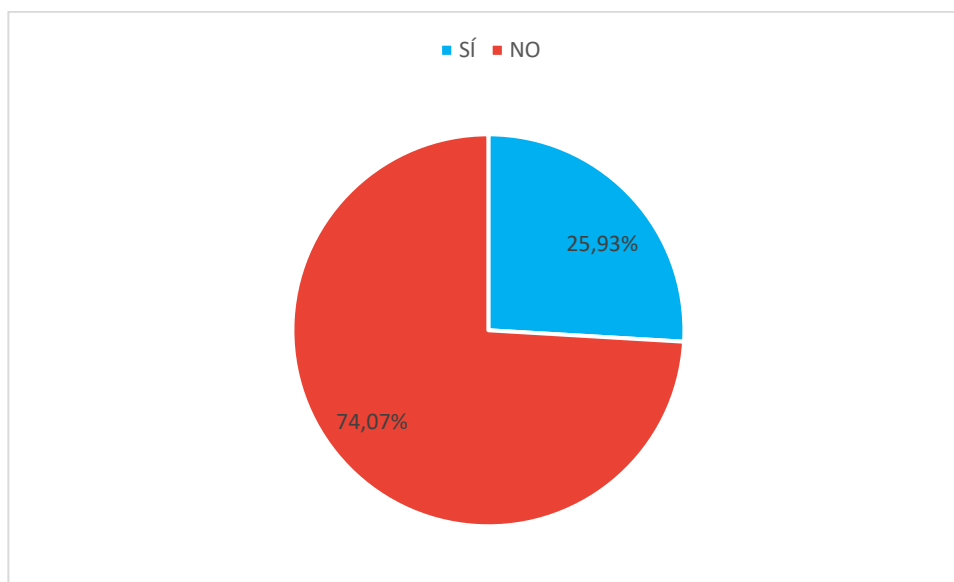
El 25,93% de los participantes afirmaron que no sintieron motivación para seguir asistiendo a la terapia por sexología clínica. Las principales causas por las cuales perdieron la motivación fueron relacionadas con dificultades de índole personal, y por dificultades en los trámites administrativos que no permitieron continuar, por lo que algunos de ellos dijeron: *“Porque la EPS no autorizó la cita y ya me dio pereza pelear y hacer los trámites”* y *“Me aumentaron la tarifa, y me dieron las citas muy frecuentes”*. También, un participante dijo que no vio avances durante la terapia: *“Llevaba 2 consultas, y estaba enfocada en la*

infancia y no pasaba nada". Y otros refirieron que la mala actitud del terapeuta y tener discrepancias con este los desmotivaron: "No me dan buenos argumentos" (Tabla 29) (Gráfica 11).

Tabla 29. Abandono porque el paciente ya no sintió motivación para asistir.

FALTA DE MOTIVACIÓN	TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
SÍ	7	25,93%	5	25,00%	2	28,57%
NO	20	74,07%	15	75,00%	5	71,43%
TOTAL	27	100,00%	20	100,00%	7	100,00%
POR QUÉ YA NO SINTIÓ MOTIVACIÓN		NÚMERO				
DIFICULTADES PERSONALES		2				
DIFICULTADES ADMINISTRATIVAS		2				
CITAS FRECUENTES		1				
NO VIO AVANCE		1				
MALA ACTITUD TERAPEUTA		1				
DISCREPANCIAS ENTRE EL PACIENTE Y TERAPEUTA		1				
TOTAL		8				

Fuente: elaboración propia



Gráfica 11. Abandono porque el paciente ya no sintió motivación para asistir.

Fuente: elaboración propia

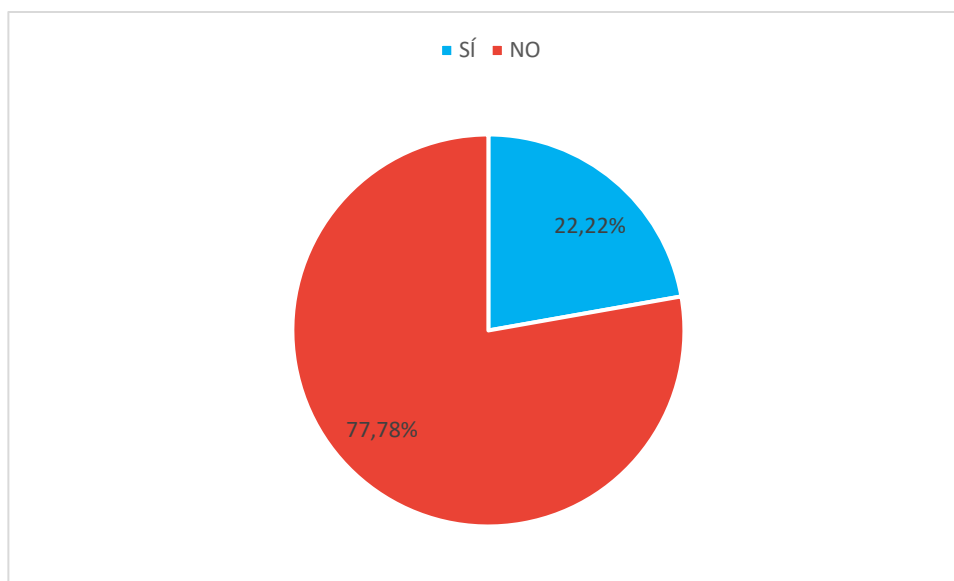
Así mismo se preguntó si el abandono fue debido a que el paciente no pudo completar los objetivos propuestos en la terapia. El 22,22% de los encuestados refirió que sí fue por esta razón que no regresó. Tres participantes manifestaron que quisieron regresar a la terapia, pero el inicio de la emergencia sanitaria de 2020 les impidió cumplir los objetivos; otras

causas fueron la falta de tiempo, el cambio de ciudad, haber terminado la relación de pareja y las dificultades personales (Tabla 30) (Gráfica 12). Los comentarios más llamativos fueron: “Como terminé con mi pareja, no volví. Pero si me hubiera gustado seguir más por aspectos míos” y “Deje pasar mucho tiempo y cuando quise volver llegó la pandemia”.

Tabla 30. Abandono por no haber podido cumplir los objetivos terapéuticos.

NO PUDO CUMPLIR OBJETIVOS	TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
SÍ	6	22,22%	4	20,00%	2	28,57%
NO	21	77,78%	16	80,00%	5	71,43%
TOTAL	27	100,00%	20	100,00%	7	100,00%
POR QUÉ NO PUDO CUMPLIR OBJETIVOS	NÚMERO					
QUISO VOLVER PERO INICIO PANDEMIA	3					
FALTA DE TIEMPO	2					
TERMINÓ CON PAREJA	1					
CAMBIO CIUDAD	1					
DIFICULTADES PERSONALES	1					
TOTAL	8					

Fuente: elaboración propia



Gráfica 12. Abandono por no haber podido cumplir los objetivos terapéuticos.

Fuente: elaboración propia

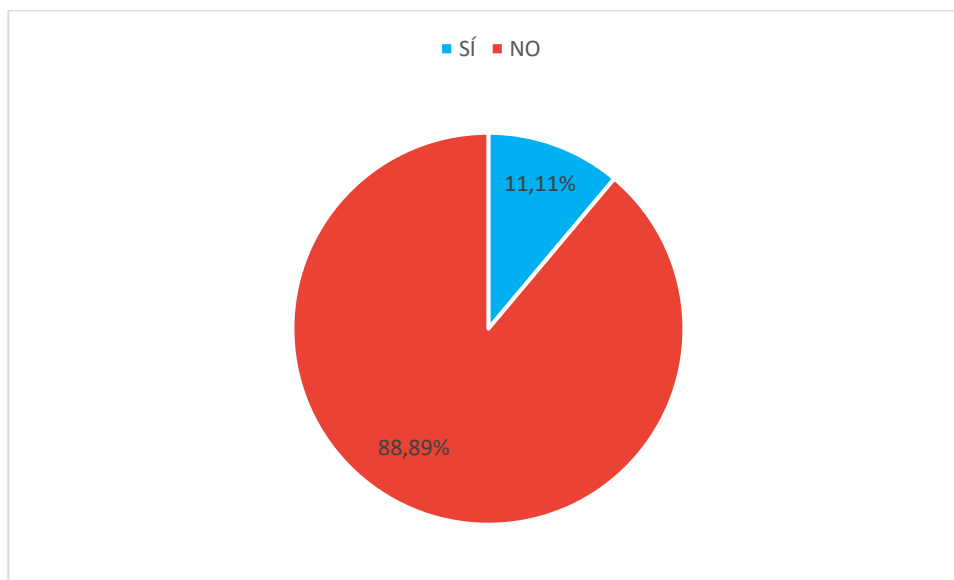
Adicionalmente, se indagó si el abandono de los participantes fue debido a que el tiempo para conseguir los resultados superaron sus expectativas y el 11,11% dijo que había sido por esta razón. Dos de los pacientes percibieron que los síntomas fueron subestimados

por el terapeuta y otro dijo que demoró mucho tiempo en toma de datos (Tabla 31) (Gráfica 13); las frases fueron las siguientes: “No me dan ninguna solución, porque dicen que todo es normal”, “Fui a varias sesiones no vi el progreso y siempre me decían que era algo psicológico” y “Se extendía mucho el tiempo, no terminaban la historia de mi infancia”.

Tabla 31. Abandono debido a que el tiempo para en conseguir los resultados superaron las expectativas del paciente.

TIEMPO SUPERA EXPECTATIVAS PARA LOGRAR RESULTADOS	TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
SÍ	3	11,11%	1	5,00%	2	28,57%
NO	24	88,89%	19	95,00%	5	71,43%
TOTAL	27	100,00%	20	100,00%	7	100,00%
CATEGORÍA "POR QUÉ"	NÚMERO					
SUBESTIMACIÓN DE LA PREOCUPACIÓN	2					
MUCHO TIEMPO EN TOMA DE DATOS	1					
TOTAL	3					

Fuente: elaboración propia



Gráfica 13. Abandono debido a que el tiempo para en conseguir los resultados superaron las expectativas del paciente.

Fuente: elaboración propia

Por otro lado, se preguntó si los pacientes habían abandonado porque no quisieron hablar de algunos temas tocados durante la terapia, a lo que solo un participante dijo que sí. La frase que utilizó fue la siguiente: “Lo que me estaban diciendo de la parte emocional no

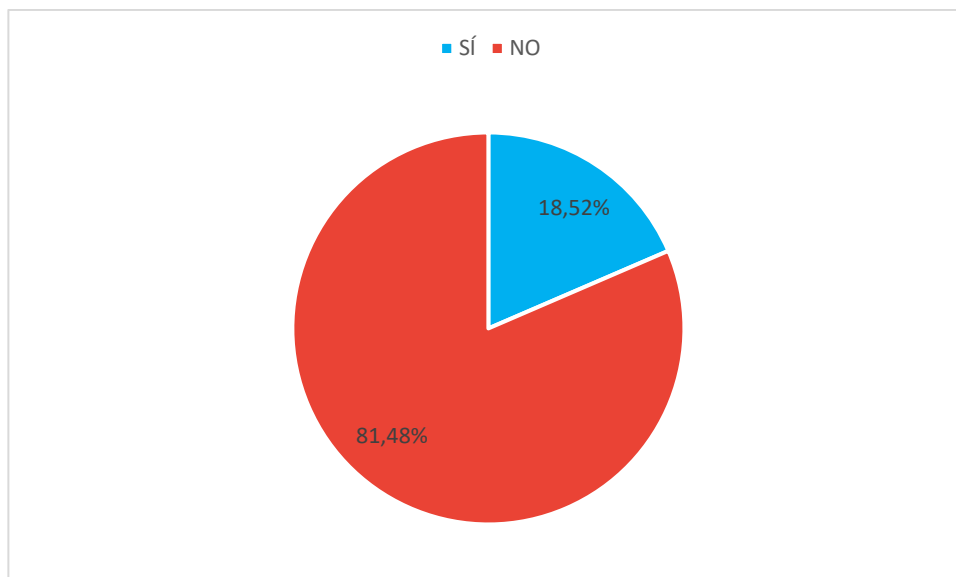
estaba acorde con lo que sentía”, lo cual, probablemente relacionado con una mala interpretación de lo narrado por el participante, o no quería hablar sobre algunos aspectos emocionales de su vida.

Del mismo modo, se indagó si los pacientes abandonaron la terapia de sexología clínica debido a que no hubo afinidad con el terapeuta, y el 18,52% dijo que sí dejó de asistir por este motivo. Luego se preguntó a los encuestados por qué no sintieron buena afinidad, a lo que respondieron que fue por mala comunicación o por mala capacidad de escucha por parte del profesional tratante, por mal *rapport*, por pérdida de las expectativas hacia el terapeuta, porque le cambiaron el médico tratante, por discrepancias entre el paciente y el médico, y por sentirse atacado(a) (Tabla 32) (Gráfica 14). Las frases más llamativas fueron: *“Ya llevaba proceso terapéutico con otro y me lo cambiaron por otro, y no sentí buena conexión”, “No hubo la confianza, no me escuchó y no me gustó lo que me dijo”* y *“Muy afanado, me sentí atacado, no me escuchaba, me decepcionó”*. Esto muestra que la buena relación médico-pacientes debe trabajarse desde el inicio fortaleciendo la escucha y las técnicas comunicativas, así mismo, la continuidad con el mismo terapeuta sienta las bases de una buena alianza terapéutica.

Tabla 32. Abandono debido a que el paciente no tuvo afinidad con el terapeuta.

NO HUBO AFINIDAD CON TERAPEUTA	TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
SÍ	5	18,52%	3	15,00%	2	28,57%
NO	22	81,48%	17	85,00%	5	71,43%
TOTAL	27	100,00%	20	100,00%	7	100,00%
POR QUÉ NO HUBO AFINIDAD	NÚMERO					
MALA COMUNICACIÓN	2					
MALA ESCUCHA	2					
POCO RAPPORT	2					
PÉRDIDA EXPECTATIVAS	1					
CAMBIO TERAPEUTA	1					
DISCREPANCIAS ENTRE PACIENTE Y TERPEUTA	1					
SENTIRSE ATACADO(A)	1					
TOTAL	10					

Fuente: elaboración propia



Gráfica 14. Abandono debido a que el paciente no tuvo afinidad con el terapeuta.

Fuente: elaboración propia

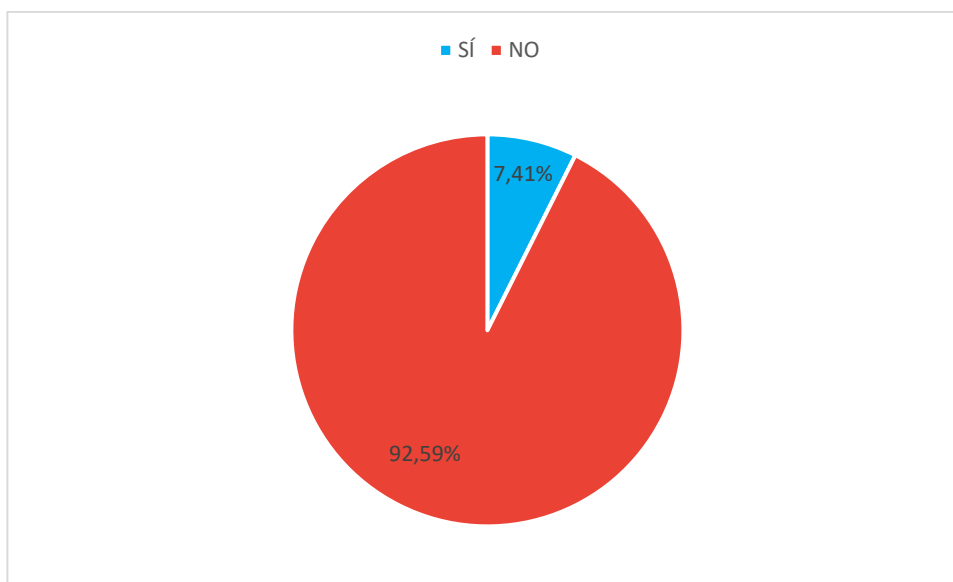
Así mismo, se preguntó si los pacientes habían dejado de asistir a la terapia debido a que le cambiaron el terapeuta por otro, y solo uno de ellos dijo que sí: *“Ya llevaba un proceso con un médico residente muy bueno, pero me lo cambiaron por otra residente mujer y eso me desmotivó”*. También se preguntó si habían abandonado la terapia porque su terapeuta había cambiado de ciudad, ninguno respondió que sí. De la misma manera se indagó si renunciaron a la terapia porque le cambiaron a otro tipo de terapeuta diferente a un médico (por ejemplo, profesional en psicología, trabajador social, enfermería, entre otros) ninguno respondió que sí.

Posteriormente se preguntó si habían abandonado la terapia de sexología clínica porque deseaba realizar la terapia con un terapeuta de determinado género, y un 7,41%, es decir 2 hombres, dijeron que sí (Tabla 33) (Gráfica 15). Estos participantes refirieron que les hubiera gustado tener la terapia con un terapeuta del mismo género y dijeron lo siguiente: *“Me hubiera gustado que me atendiera un hombre”* y *“En parte porque hubiera preferido seguir con un hombre terapeuta”*. Esto indica que la mayoría de las personas no tienen problema en asistir a una terapia de sexología clínica independientemente del género del terapeuta. Sin embargo, desde el momento de la recepción del paciente y la asignación de citas valdría la pena considerar dar la opción al paciente de escoger el género del terapeuta.

Tabla 33. Abandono debido al género del terapeuta.

TEREPEUTA DETERMINADO GÉNERO	TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
SÍ	2	7,41%	2	10,00%	0	0,00%
NO	25	92,59%	18	90,00%	7	100,00%
TOTAL	27	100,00%	20	100,00%	7	100,00%
CATEGORÍA "POR QUÉ"	NÚMERO					
PERFIERE DEL MISMO GÉNERO	2					
TOTAL	2					

Fuente: elaboración propia



Gráfica 15. Abandono debido al género del terapeuta.

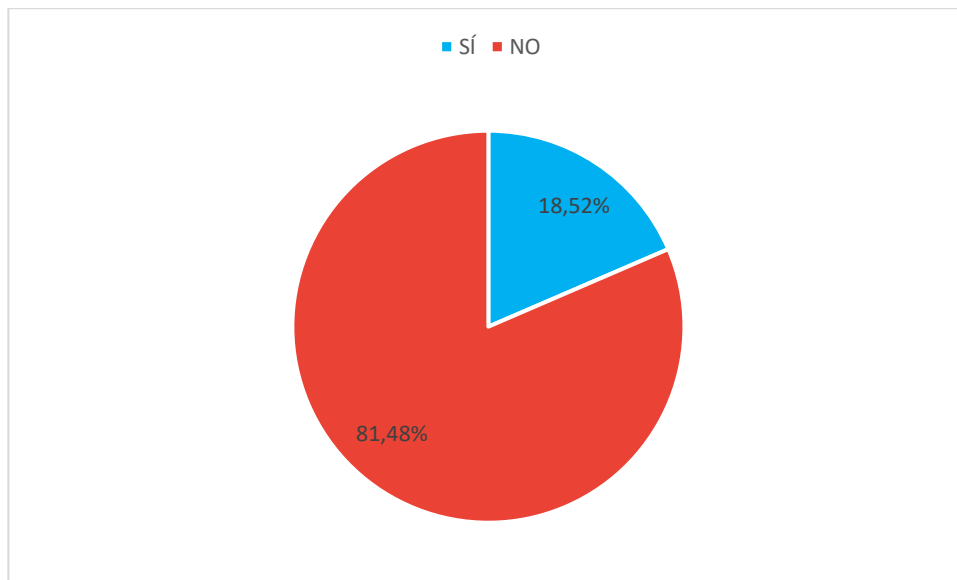
Fuente: elaboración propia

Igualmente, se les preguntó a los encuestados si habían dejado de asistir a la terapia por sexología clínica debido a que se resolvió su motivo inicial de consulta. A esta pregunta 18,52% respondió que sí. De estos participantes cuatro refirieron que fue por una resolución completa de los síntomas o motivo de consulta inicial, uno sintió mejoría del cuadro y uno dijo que percibió la terapia como buena (Tabla 34) (Gráfica 16). Los comentarios más llamativos fueron: *“La terapia nos ayudó a solucionar los problemas, ya se arregló todo”*, *“Mejóro mucho la relación, estamos mejor”* y *“Ya se resolvió mi problema de la erección”*. Lo anterior indica que hay varios pacientes que dejan de asistir a la terapia una vez se haya resuelto los síntomas iniciales y no le comentan a su terapeuta de este hecho para dar cierre al proceso terapéutico.

Tabla 34. Abandono porque el motivo inicial de consulta se resolvió.

ABANDONO POR RESLUCIÓN DEL PROBLEMA	TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
SÍ	5	18,52%	4	20,00%	1	14,29%
NO	22	81,48%	16	80,00%	6	85,71%
TOTAL	27	100,00%	20	100,00%	7	100,00%
POR QUÉ SE RESOLVIÓ		NÚMERO				
RESOLUCIÓN COMPLETA		4				
MEJORÍA		1				
PERCEPCIÓN BUENA TERAPIA		1				
TOTAL		6				

Fuente: elaboración propia



Gráfica 16. Abandono porque el motivo inicial de consulta se resolvió.

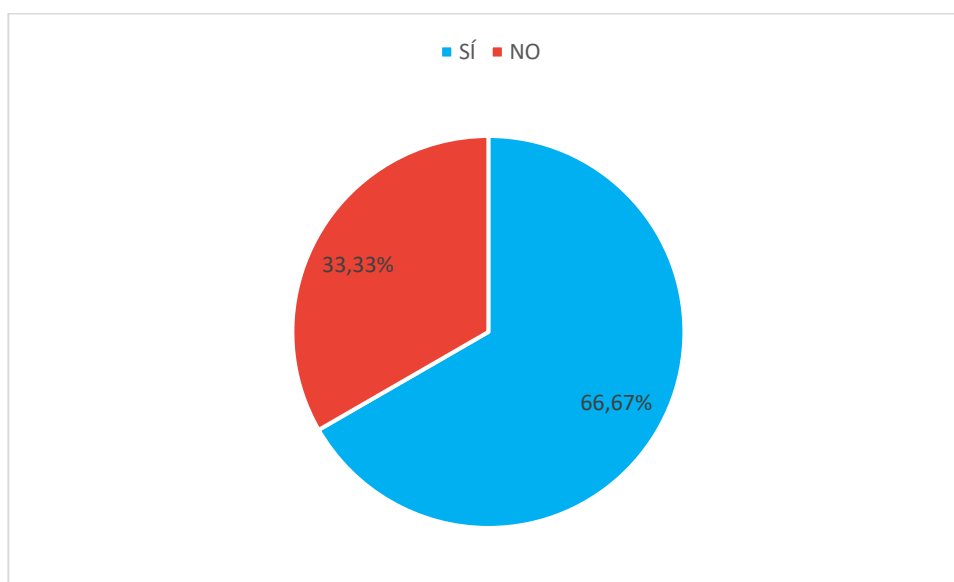
Fuente: elaboración propia

Finalmente, se les hizo la pregunta a los participantes que, si les gustaría regresar nuevamente a la terapia de sexología clínica, a lo que el 66,67% respondió que sí. A estos pacientes se les preguntó por el tipo de terapia que les gustaría recibir en caso de regresar, el 72%22 mencionó que de forma presencial y el 27,78% restante dijo que de forma virtual (Tabla 35) (Gráfica 17).

Tabla 35. Pacientes que les gustaría regresar a la terapia de sexología clínica.

LE GUSTARÍA REGRESAR A LA TERAPIA	TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
SÍ	18	66,67%	14	70,00%	4	57,14%
NO	9	33,33%	6	30,00%	3	42,86%
TOTAL	27	100,00%	20	100,00%	7	100,00%
CATEGORÍA "TIPO DE TERAPIA"	NÚMERO	%				
PRESENCIAL	13	72,22%				
VIRTUAL	5	27,78%				
TOTAL	18	100,00%				

Fuente: elaboración propia



Gráfica 17. Pacientes que les gustaría regresar a la terapia de sexología clínica.

Fuente: elaboración propia

10. Discusión y recomendaciones

Inicialmente se hacen algunas consideraciones sobre los datos generales de la población y posteriormente se encamina la discusión teniendo en cuenta cada uno de los apartados del cuestionario y del capítulo de resultados. De esta misma manera, es importante aclarar que por la naturaleza exploratoria y nivel descriptivo del estudio la discusión se centrará en la descripción de los hallazgos más sobresalientes.

10.1. Consideraciones sobre características generales de la población.

En el grupo estudiado, predominan los hombres, aproximadamente tres por cada mujer, lo que muestra que estos consultan más al servicio de sexología clínica en la IPS objeto del estudio. Esta situación es llamativa porque por lo general en la literatura se describe lo contrario. Como menciona la doctora y sexóloga Ana Rosa Jurado, secretaria del Grupo de Sexología de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria, tradicionalmente es la mujer quien consulta más a los servicios médicos independientemente de la especialidad, el rol como cuidadora que aún persiste socialmente en la mujer hace que sea ésta la que más acuda a la consulta del médico. También, los pacientes (por lo general hombres) con alguna disfunción sexual, suelen tener una gran carga emocional, además de sentimientos de vergüenza e incluso de negación, que hace que sean sus parejas las primeras en preguntar sobre el problema al médico, por lo que no es infrecuente que la pareja femenina sea la primera en consultar sobre el problema. Además, las disfunciones sexuales femeninas más frecuentes no suelen conllevar problemas tan importantes de autoestima y tienen menos reparo en preguntar al médico sobre ellas. La tendencia ha venido cambiando y cada vez más hombres están empezando a consultar por sus dificultades, con menor sentimiento de vergüenza y de forma más confiada en que exista una solución médica (28), por lo que valdría la pena realizar más investigación en torno a este fenómeno y evaluar las percepciones frente a la decisión de consultar de acuerdo al género del paciente.

Los resultados también muestran una similitud entre las edades de los hombres y las mujeres que consultan a la terapia de sexología clínica en la IPS seleccionada para el estudio, lo que sugiere que los sujetos evaluados tienen similares características en el

desarrollo biológico, psicológico y cognitivo, lo que favorece la comparación entre los participantes y disminuye posibles sesgos en estos parámetros.

Siendo el lugar de la investigación una IPS universitaria era de esperarse que ser estudiante fuera la ocupación más frecuente, y que la escolaridad universitario incompleto también lo fuese, seguido de universitario completo. La gran mayoría no pertenecía a algún grupo étnico en particular, lo cual no representa un factor pronóstico en el abandono de la terapia de sexología clínica. La orientación sexual más frecuente fue la heterosexual, seguida de la homosexual y, en menor medida, la bisexual; nadie reportó otra orientación sexual diferente.

La mayoría de los participantes pertenecían a un nivel económico entre medio-bajo y medio, lo que se presume que tenían capacidad de contar con recursos para el transporte y para el pago de la consulta. Sin embargo, un 11,11% y un 3,7% de los pacientes mencionan que carecen de recursos económicos para movilizarse o para pagar el copago, respectivamente. Aunque la IPS es universitaria y tiene convenios institucionales para la reducción de costos, se propone crear o contar con un portafolio de servicios en sexología clínica para que los pacientes puedan tener la opción de realizar procesos de financiación y así poder contar con una adherencia más rentable, también, extender los servicios a través de herramientas digitales (teleconsulta) y buscar convenios de financiación tanto públicos como privados.

Con respecto a lugar de procedencia de los participantes del estudio se puede evidenciar que la gran mayoría residía en el municipio de Manizales, seguido de Neira; todos los demás participantes, salvo uno, residen en el departamento de Caldas. Así mismo, el lugar de nacimiento que más se repite es Manizales, seguido de Cali y Chinchiná. Sin embargo, es claro que el lugar de origen de los participantes es diverso, encontrándose personas de distintos departamentos de Colombia. Ningún participante es extranjero. No obstante, es importante aclarar que en el momento de la recolección de los datos de la muestra cursaba una emergencia sanitaria mundial por COVID-19, por lo que muchos de los participantes habían regresado a sus hogares de origen para continuar sus actividades de forma virtual, y Manizales tiene la característica de ser una ciudad con un alto nivel de población flotante debido a una alta afluencia de estudiantes universitarios, por lo que no se debe considerar

estos resultados como una característica relevante en las causas de motivo de abandono de la terapia de sexología clínica. Por otro lado, este cambio del paradigma presencial al virtual abre las puertas para continuar ofreciendo los servicios médicos de sexología por medios virtuales para facilitar los procesos terapéuticos cuando los pacientes se trasladen en casos de emergencia.

Se pudo evidenciar que muchos de los participantes padecían condiciones patológicas orgánicas cardiovasculares, alérgicas, musculoesqueléticas, gástricas y ginecológicas; también patologías psiquiátricas del espectro de los trastornos del estado de ánimo. Lo anterior lleva a suponer que se encuentran asistiendo con otros terapeutas en diferentes áreas del conocimiento médico o psicológico. Por esta razón es importante realizar campañas de socialización con otros médicos, profesionales de la salud e instituciones sanitarias para que motiven a sus pacientes a continuar con los procesos terapéuticos con sexología clínica. Los esfuerzos destinados a la promoción de la salud sexual serán más eficaces si se toman en cuenta todos los elementos de la sexualidad, en vez de adoptar enfoques parciales. Por lo tanto, es necesario que la inclusión de la salud sexual en los programas de salud pública dé cabida a las todas dimensiones de la salud sexual. El placer erótico es una dimensión del ser humano que con frecuencia se ha negado como necesidad fundamental, positiva, gratificante y promotora de la salud. Estudios recientes demuestran que la importancia de la experiencia erótica tiene consecuencias hasta en el plano fisiológico (16).

10.2. Consideraciones sobre las características de la consulta por Sexología Clínica.

El promedio de veces a las que asisten los pacientes antes de abandonar la terapia fue de 3,85 consultas, y la moda y la media de 2 consultas. Y teniendo en cuenta estos y que el número de consultas varía entre 1 consulta a 18 consultas, se puede inferir que, aunque el número de consultas es altamente variado, lo más frecuente es que asistan entre 1 y 2 consultas antes de abandonar la terapia. Estos hallazgos indican que es muy poco lo que el paciente asiste antes de abandonar la terapia, por lo que se recomienda que, en primer lugar, se cree un programa de seguimiento a los pacientes de sexología clínica para, motivar a los consultantes a seguir asistiendo y, para que se vea el interés por parte del

servicio en resolver los padecimientos en salud sexual que muchos pacientes no llegan a resolver de forma satisfactoria. En segundo lugar, se debe proponer un indicador anual de altas terapéuticas como objetivo a cumplir por parte del servicio de sexología clínica para que de esta manera se mejore la calidad y la eficacia en esta área; es de subrayar que la literatura científica indica que en el periodo comprendido entre la cuarta y la séptima sesión el porcentaje de pacientes que experimentan cambios importantes alcanza entre un 50% y un 60%, mientras que al cabo de 6 meses de terapia semanal mejoran el 75% de los pacientes (29).

Los motivos de consulta en los hombres y en las mujeres fueron variados e incluyen patologías de origen orgánico y psicógeno, dentro de las que se encuentra disfunción eréctil, bajo deseo sexual, problemas de pareja, eyaculación precoz, anorgasmia, ITS, dispareunia, dificultades con la orientación sexual y adicción al sexo, pornografía y masturbación, la complejidad de estos motivos de consulta y la necesidad de resolverlos indicarían una baja posibilidad de abandonar la terapia de sexología clínica.

Por otro lado, Manizales, ciudad donde se realizó el estudio, tiene características de ciudad intermedia determinada por su topografía de distancias de escala humana, y gracias a estas características de distancias cortas, el potencial físico de la ciudad se convierte en un recurso endógeno de la forma de estas ciudades (30), es decir que, teniendo en cuenta estas circunstancias, los tiempos establecidos en el presente estudio para llegar al sitio de terapia o los medios de transporte utilizado para llegar allí, no determinan una gran dificultad para acceder a esta, por lo cual se descarta que esta sea una razón para el abandono de la terapia de sexología clínica. No obstante, el 59,26% manifiestan que el lugar de la atención de su consulta de sexología clínica no era el sitio más cercano para hacerlo, esto posiblemente debido a que existen pocos lugares en la ciudad de Manizales donde se presta este servicio.

10.3. Consideraciones sobre los motivos de abandono de la terapia de sexología clínica relacionadas a las condiciones administrativas, y logísticas de consulta.

Un porcentaje importante de participantes es decir un 40,74%, refirieron no tener tiempo para seguir asistiendo a la terapia de sexología clínica, el cual es un hallazgo importante

para este estudio. Esto indica claramente que se necesita realizar cambios sustanciales en diferentes escenarios, que van desde un ámbito laboral y corporativo flexibilizando los horarios de trabajo para que las personas puedan acceder a consultas médicas en los horarios establecidos por las IPS, así como, que las mismas IPS den opciones de horarios de terapia más variados con el fin de que más personas puedan asistir y no abandonen la terapia, también, realizar campañas educativas y articular actores del sistema en salud como IPS y EPS. No obstante, la normativa del Código Sustantivo del Trabajo indica que la salud del trabajador no solo es un derecho conexo con el de la vida, sino también su cuidado es una obligación del empleador, aparte de la responsabilidad intrínseca de autocuidado que tiene el trabajador (31), pero, desafortunadamente el tema de la salud sexual en nuestro contexto cultural no tiene el peso necesario para ser considerado de alto impacto o de mayor importancia, además que la sexualidad es un tema tabú para las personas de nuestro territorio, lo cual hace más complicado la solicitud de permisos en los espacios laborales y académicos, imposibilitando de esta manera una mayor adherencia a los tratamientos médicos.

Algunos participantes tuvieron dificultades con su EPS para que se les autorizara nuevas citas de control, esto finalmente los llevó a abandonar su terapia de sexología clínica. Álvaro Sarmiento, coordinador de Derecho Administrativo de la Universidad del Rosario, explica los mecanismos jurídicos que se tienen cuando una EPS autoriza un procedimiento o remisión al especialista, pero se presentan demoras en la asignación de citas. Primero, acudir directamente ante la entidad a través de solicitudes escritas, formatos digitales o de forma presencial y siempre dejar los registros de que se ha hecho la solicitud. También, presentar un derecho de petición, el cual debe ser contestado en un plazo de 15 días y si el derecho de petición no fue respondido, se debe acudir a la acción de tutela. Otro mecanismo consiste en interponer una queja ante la Superintendencia Nacional de Salud a través un formato disponible en el portal web. Finalmente, en caso de que la acción de tutela no se cumpla, se puede interponer un incidente de desacato (32). Con estos hallazgos y estas recomendaciones, propongo contar con esta información de carácter visible y explícita en las salas de espera y en los lugares destinados para dar información a los pacientes de la IPS. También es necesario realizar un ejercicio intersectorial e interinstitucional con diferentes actores del sistema (instituciones educativas, secretarías

de gobierno, organizaciones no gubernamentales, entre otros) para promulgar las estrategias más adecuadas y oportunas y así evitar estas fallas en la atención.

10.4. Consideraciones sobre los motivos de abandono de la terapia de sexología clínica relacionadas con las creencias personales, religiosas y con las características de vulnerabilidad.

Ninguno de los participantes fue mal atendido, o dejado de atender por alguna condición personal relacionada con sus creencias personales, creencias religiosas, discapacidad, orientación sexual, víctima del conflicto, trabajador(a) sexual o ser habitante sin techo. Esto indica claramente que los profesionales en sexología y los sexólogos en formación no tienen prejuicios de ningún tipo frente a la atención en salud sexual, por lo que estos aspectos no están relacionados con los motivos de abandono de la terapia. Los sexólogos clínicos deben tener una apertura mental en diferentes aspectos y condiciones de la vida de las personas y las sociedades, ofrecen educación sexual, realizan investigación en sexología, trabajan por la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, contribuyen a la divulgación de información sexológica de calidad y luchan por los derechos de ciertos colectivos que históricamente han sido marginados por cuestiones relativas a su sexualidad (33).

10.5. Consideraciones sobre la percepción de la calidad de la atención durante la terapia de sexología clínica.

Existe una percepción altamente positiva en este aspecto y no está relacionado con el abandono de la terapia de sexología clínica. Lo anterior probablemente se deba a la implementación de políticas de humanización y del buen trato a todo el personal de las IPS en Colombia; estas han zanjado el camino para que los usuarios tengan una buena percepción frente a las primeras orientaciones, y cada persona perteneciente a cualquiera que sea la institución de salud desde el Director hasta el personal de servicio, pasando por los profesionales de la Salud y por el personal de administración, tiene una responsabilidad para el éxito de su labor frente al trato que ejerce con las personas con las que se relaciona (34).

Respecto a la atención en salud por parte del personal médico y de enfermería la mayoría responde con una buena satisfacción. Lo cual indica una percepción altamente positiva en este aspecto, pero es importante seguir reforzándolo. Un estudio realizado en la Universidad Peruana Los Andes, Huancayo, Perú. mostró que lo más importante para el usuario del sistema de salud es la relación médico-pacientes, lo cual implica el interés por la patología del usuario, la administración de información clara y comprensible sobre tratamientos y/o procedimientos médicos, igual que responder y resolver dudas e inquietudes transmitiendo a través de ello seguridad a los pacientes (35).

En cuanto el tema de que, si la atención se realizó en los horarios programados y que, si se respeta la programación y el orden de llegada, se vio que los terapeutas son altamente puntuales y respetuosos en el tiempo, la programación y los turnos en el momento de iniciar la terapia. Existe una cantidad enorme de valores humanos que debe poseer el médico y que el estudiante de medicina o especialización debe aprender, en cada asignatura que cursa hasta lograr su profesionalización, dentro de los que muchos autores mencionan, la puntualidad es uno de ellos. Este valor es la disciplina de estar a tiempo para cumplir las obligaciones, es necesario para dotar a la personalidad de carácter, orden y eficacia, está ligada a la responsabilidad, así el puntual es responsable y está en condiciones de realizar más actividades, desempeñar mejor su trabajo y ser merecedor de confianza (36). Esto pone de manifiesto que los sexólogos y los que se encuentran en formación son instruidos en estos principios y este no es un determinante del abandono de la terapia de sexología clínica. Adicionalmente, vale la pena mencionar que existen otros aspectos que mejoran la calidad del respeto frente a los horarios, tales como contar con un canal de comunicación interno entre el médico y el recepcionista, las políticas de calidad de atención al usuario y los servicios de retroalimentación y seguimientos frente a la buena atención en salud.

También, los resultados vistos frente a que, si los médicos que atendieron contaban con la historia clínica en el consultorio para el momento de la atención, ninguno mencionó que esto no ocurría, por lo que se infiere que los profesionales están preparados con las herramientas de registro y consulta del historial clínico en el momento de la terapia. También es relevante aclarar que cada vez más los servicios de salud cuentan con un sistema electrónico de registro de historias clínicas, que facilitan el registro y disposición de

las mismas en el momento de la atención, sumado a la necesidad resultante debido a la Ley 2015 de 2020 que en su artículo 3 establece que “Los Prestadores de Servicios de Salud estarán obligados a diligenciar y disponer los datos, documentos y expedientes de la historia clínica en la plataforma de interoperabilidad que disponga el Gobierno nacional”. Por lo tanto, este aspecto no se considera como un factor relacionado con el abandono de la terapia de sexología clínica.

Otro resultado llamativo encontrado en el estudio es el de la posibilidad de conseguir citas para sexología clínica de forma oportuna, el 8,11% dijo que lo podían hacer a veces o casi nunca. Esto probablemente es debido a que la IPS del estudio solo cuenta con dos días a la semana de consultas para sexología clínica y hay muy pocos lugares donde se puede acceder a este servicio. De aquí radica la importancia de expandir la oferta en el servicio de sexología clínica en diferentes lugares de la ciudad, así como también abrir más convenios docente-asistenciales, sitios de práctica y más facultades para la formación de médicos sexólogos clínicos. Además, se debe considerar no solo la oferta en la atención secundaria en el tema de la salud sexual, sino también la posibilidad de tener servicios que ofrezcan atención primaria y atención terciaria ya que la sexualidad, como otro aspecto vital en el ser humano, necesita fortalecerse en el autocuidado, educación, promoción, prevención y también en el proceso de rehabilitación.

Aunque la mayoría da una apreciación positiva de la atención en caja y en recepción, es importante realizar acciones para mejorar las dinámicas en el momento del registro de los usuarios, tales como optimizar los servicios de facturación, realizar mantenimiento de los computadores y actualizar los softwares de registro y facturación. De forma similar a los participantes se les preguntó por la rapidez en la toma de exámenes radiológicos, en la entrega de medicamentos y en la toma de muestras de laboratorio, a lo que todos los participantes respondieron que no hicieron uso de estos servicios en la IPS del estudio o que siempre fue rápida. Esto indica que otros servicios diferentes a la consulta externa no influyen en el fenómeno del abandono de la terapia de sexología clínica.

Con respecto a la percepción de respeto por la privacidad e intimidad durante las consultas de sexología clínica en la IPS la gran mayoría tuvo una opinión positiva, sin embargo, un 11,11% no lo vio así. Estas respuestas ponen de manifiesto la importancia de explicar a los

pacientes que su privacidad e intimidad no serán expuestas a personal ajeno al médico y al mismo terapeuta, y que no se tocarán temas que el paciente no sienta la comodidad para hablarlos. Así mismo, al explicarles a los usuarios que la IPS es universitaria antes de iniciar la terapia, y que probablemente estarán en compañía de especialistas en formación, ayudará a reducir el grado de incertidumbre e incomodidad frente a este tipo de situaciones. Otra posibilidad muy acorde con las respuestas encontradas es dar la oportunidad a los consultantes de decidir estar en la consulta con solo el terapeuta principal sin compañía de otros asistentes. Estos hallazgos son consistentes con los resultados encontrados en un estudio realizado en Valencia, España, en el que se muestra que el 89% de los consultantes cree que la presencia de médicos residentes es necesaria para su formación, el 90% no le molesta su presencia en la consulta, el 82% cree que el médico residente nunca entorpece la relación con el médico y el 94% declara que nunca ha dejado de expresar algo importante ante la presencia del médico residente en la consulta; así mismo, el 55% piensa que el paciente tiene derecho a opinar sobre la presencia del residente en la consulta (37).

Los usuarios consideraron que los terapeutas ofrecen una buena cantidad de tiempo para responder las dudas y preguntas de los pacientes. Nuevamente, el estudio de Febres-Ramos realizado en Perú mostró que lo más importante para el usuario del sistema de salud es la relación médico-pacientes que incluye la dedicación del tiempo adecuado en responder y resolver dudas e inquietudes transmitiendo a través de ello seguridad a los pacientes (35). Así mismo, hay que seguir reforzando estas buenas prácticas, ya que esto mejora la adherencia a las citas médicas, esto está respaldado en un estudio realizado por la Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo de Chile, que determinó que a los pacientes les produce malestar que les consideren como personas que no son capaces de entender, ellos tienen acceso a la información a través de otros medios y, cuando acuden al prestador con sus dudas y preocupaciones y no se las resuelven, se sienten engañados, predomina el deseo de tener la oportunidad y el tiempo para poder aclarar dudas específicamente con el médico (38).

Con respecto a la confianza que el terapeuta le inspiró al paciente, las respuestas fueron más variadas y divididas que otras variables del estudio, por lo que el 74,07% tuvo apreciaciones positivas y el 14,81% opiniones negativas. Debido a esto es necesario seguir

fortaleciendo la adecuada relación médico-pacientes, la capacidad de escucha y la empatía en la formación de futuros sexólogos, y, aunque las respuestas positivas fueron más frecuentes, las respuestas negativas son de alto impacto en este estudio, ya que representan carencias de herramientas que los sexólogos deben de tener en el proceso terapéutico. Algunas categorías referidas en el componente cualitativo de esta pregunta (buena capacidad de transmitir información, buen nivel de empatía, y buena capacidad de escucha) están relacionadas con otras también encontrada en otro estudio realizado en Córdoba, España, donde se observó que lo más importante para conseguir el nivel de confianza en el médico es la valoración de la disponibilidad del personal para escucharle, la satisfacción con la información sobre los tratamientos y la satisfacción con la información del médico, es decir, que independientemente de otros factores de carácter técnico u organizativo, el éxito del acto médico y de la consulta se basa principalmente en el proceso comunicativo, en que éste sea un verdadero intercambio de información entre el médico y el paciente (39).

Otro aspecto que se evaluó fue la percepción del participante sobre el trato amable, respetuoso y paciente por parte del terapeuta, y la mayoría dio una apreciación muy positiva frente a esto. De forma similar, en el tema del interés mostrado por el terapeuta en solucionar el problema de salud, la mayoría refirió que se percibió como bueno, pero, el 14,81% de los encuestados tuvo una apreciación negativa. Lo anterior indica que el trato por parte del terapeuta no influyó en el abandono de los pacientes a la terapia de sexología clínica, pero en el interés se debe trabajar en estrategias para mostrar resolución en la terapia y mejorar habilidades de escucha y orientación, tales como seminarios y capacitaciones en atención, comunicación asertiva y humanización. Estos hallazgos se consideran también de gran impacto para esta investigación, ya que los valores que remiten a la cortesía como el trato y la amabilidad, o que son de índole más personal, como la dedicación, son características y comportamientos que van más allá del cumplimiento esperable de la profesión, que posiblemente sean de carácter cultural y tienen un valor intrínseco alto frente a otros elementos de la profesión médica, lo que supone que a las cualidades profesionales se añaden las humanas; esto incluye aspectos como el tiempo dedicado al paciente, la disponibilidad, la ayuda, el consejo, el interés, la preocupación, las muestras de humanidad, la comprensión, el dar seguridad o la empatía (40).

Se evaluó si los participantes habían comprendido la explicación dada por el terapeuta frente al problema de salud, el resultado de la atención recibida, el tratamiento recibido y los paraclínicos solicitados a lo que la gran mayoría refirió que sí había sido así. Es parte de los deberes del médico el informar de forma adecuada la condición clínica al paciente, los procedimientos y tratamientos instaurados durante las terapias lo que incluye información verdadera, clara, completa y discutida con el consultante. Esta información es un derecho esencial del paciente para poner en ejercicio su libertad. De lo contrario, al presentar el médico una explicación errónea, falsa, malintencionada, o incluso, no darla, no solamente se está faltando a un principio ético, sino que se está vulnerando la libertad de decisión del paciente. La información adecuada equivale al conocimiento de las alternativas de tratamiento y de todas las posibles complicaciones que implique el procedimiento o terapéutica al cual vaya a ser sometido (41). Y, aunque en el presente estudio la comprensión del problema en salud fue muy positiva, es necesario reflexionar sobre que los terapeutas no pierdan el control de la consulta o que no dediquen el tiempo necesario para aclarar dudas, por lo que en el protocolo de atención debe haber un espacio destinado a realizar una retroalimentación de la consulta recibida, y sobre la comprensión de los tratamientos ofrecidos.

Se indagó a los pacientes sobre si se había realizado examen físico durante la consulta de sexología clínica, a lo cual casi todos dijeron que nunca. Estudio realizado en México mostró que lo más importante para el usuario del sistema de salud era la relación médico-pacientes, lo cual implicaba, entre otros aspectos, la realización un examen físico detallado respetando la privacidad del paciente (35). De igual manera otro estudio, también mexicano, determinó que un inadecuado examen físico fue un aspecto considerado como predictor de una mala calidad del servicio (42). La relación médico-pacientes también se fortalece a través de las vías de comunicación; esta comunicación puede ser verbal por medio de la palabra, extraverbal por medio de gestos y expresiones faciales, y táctil sobre todo al realizar el examen físico (43). Considero que es importante reincorporar la realización del examen físico en el proceso de la consulta médica en el campo de la sexología clínica, no solo para mejorar la relación médico-pacientes, sino para mejorar la eficacia diagnóstica, ya que el examen físico complementa al interrogatorio, y aunque aporta menos al diagnóstico médico, difícilmente podría subestimarse su importancia. Además, debe seguirse un proceso clínico

claro, como que tiene que hacerse después del interrogatorio para que este pueda servir de guía, con minuciosidad y respetando un orden preestablecido, y en condiciones de privacidad para el paciente y físicas óptimas. No cabe dudas, que, para ejecutar un buen examen físico, se necesita poseer habilidades que se irán perfeccionando en la medida en que se practiquen con mayor frecuencia (44).

10.6. Consideraciones sobre la percepción de la disposición y organización de las instalaciones de la IPS.

Con referencia a la disposición y organización de las instalaciones, la IPS cumple con la normatividad vigente en la Resolución número 1441 de mayo de 2013, por lo tanto estos ítems evaluados en el estudio no están relacionado con las causas de abandono de la terapia de sexología clínica.

Acerca de la percepción sobre el estado de limpieza y comodidad en las salas de espera y los consultorios, la mayoría la percibió de forma positiva. Sin embargo, algunos comentarios negativos se referían principalmente a área reducida de los consultorios y a la poca comodidad de las sillas. En la tesis presentada en la Universidad Autónoma de Nuevo León, México, sobre la “Satisfacción de los usuarios de consulta externa en una institución de seguridad social” determinó que los pacientes confieren al buen trato recibido en general del personal, la comodidad, limpieza, confort de las instalaciones y al tiempo de duración de la consulta una gran importancia aún por encima de los largos tiempos de espera, la dificultad para acceder a la consulta, y un deficiente surtimiento de la receta (11). Esto sirve para hacer una sugerencia a la IPS donde se realizó el estudio que revise estos aspectos, como por ejemplo adecuar los consultorios con sillas con un carácter más cómodo y ergonómico, o proponer una adecuación arquitectónica para ampliarlos.

10.7. Consideraciones sobre los motivos de abandono de la terapia de sexología clínica relacionadas a percepciones personales y otras causas.

Se les preguntó a los participantes si habían dejado de asistir a la terapia de sexología clínica porque ya no les preocupaba su motivo de consulta inicial, el 18,52% dijo que sí, argumentando que la razón principal fue por mejoría o abandono. Más adelante se les indagó si habían dejado de asistir a la terapia por sexología clínica debido a que se resolvió

su motivo inicial de consulta y nuevamente el 18,52% dijo que sí. Esto puede indicar que los pacientes con una menor gravedad de los síntomas pueden ser más ambivalentes acerca de buscar tratamiento y, por lo tanto, abandonarlo más rápido. También es importante evaluar la motivación del paciente para el tratamiento, los objetivos que tiene y discutir la probabilidad de llegar a un abandono temprano por parte de éste (6). El programa de seguimiento a los pacientes garantizará que se pueda dar un alta por mejoría o resolución y por lo tanto mejorar los indicadores de la terapia de sexología clínica. Además, puede darse la posibilidad de que los síntomas hayan concluido de forma satisfactoria, pero al no tener un proceso de cierre adecuado o una terapia inconclusa el motivo de consulta inicial podría reaparecer por no tener las herramientas necesarias para resolverlo.

Así mismo, se les preguntó si habían dejado de asistir porque habían cambiado de ciudad y no pudieron continuar con el proceso terapéutico, el 18,52% de los participantes dijo que sí había sido por esta razón. Esto indica que es importante expandir los servicios de sexología clínica a otras ciudades y que es necesario contar con otras opciones de terapia diferentes a la presencialidad.

Uno de los hallazgos más importantes del estudio fue que el 25,93% de los participantes, es decir aproximadamente un cuarto de ellos, afirmaron que no sintieron motivación para seguir asistiendo a la terapia por sexología clínica. Las razones fueron variadas e incluyen problemas personales, trámites con la EPS, y actitud del terapeuta. También encontró discrepancias entre el terapeuta y el usuario y que no había avances en las primeras consultas de la terapia. Es importante considerar realizar cambios en la estructura de la construcción de la historia clínica, en el encuadre terapéutico y en la formulación terapéutica, ya que en aquellos pacientes que se notan desmotivados desde el comienzo, que no son colaboradores, pero tampoco agresivos, se debe adoptar una actitud de comprensión incondicional; no debe pensarse que el consultante es indiferente que no quiere curarse, por el contrario, sí que desea curarse, pero, en esos momentos, carece de la motivación suficiente para seguir con constancia aquello que se le prescribe. También es prudente que el profesional evite la obstinación en continuar el tratamiento si, durante un tiempo relativamente largo, lo ha intentado sin éxito; si el diagnóstico lo permite, es más

efectivo suprimir el tratamiento e intervenir sobre las causas que mantienen la actitud apática y desmotivada (45).

Así mismo se preguntó si el abandono fue debido a que el paciente no pudo completar los objetivos propuestos en la terapia. Un quinto de los encuestados refirió que sí fue por esta razón que no regresó, siendo las causas el inicio de la emergencia sanitaria de 2020, la falta de tiempo, el cambio de ciudad, haber terminado la relación de pareja y las dificultades personales. Estos hallazgos son respaldados por lo referido en un estudio realizado en Estados Unidos donde explican que las barreras logísticas, financieras y administrativas tenían casi diez veces más probabilidades de presentarse en los pacientes que abandonan la terapia prematuramente en comparación con los que completaron el tratamiento (6).

Adicionalmente, se indagó si el abandono de los participantes fue debido a que el tiempo para conseguir los resultados superó sus expectativas, 11,11% lo consideró así. Esta causa de abandono puede reflejar el hecho de que los terapeutas a menudo tienen objetivos de tratamiento más ambiciosos que los pacientes, o que a menudo, el tratamiento aborda factores situacionales crónicos en vez de tratar el episodio agudo que llevó a los pacientes al consultar. También la condición económica puede ser un factor importante para aquellos pacientes que no perciben los resultados de forma más rápida, lo que indica que tiendan a abandonar la terapia para no seguir gastando sus recursos (6).

Del mismo modo, se indagó si los pacientes abandonaron la terapia de sexología clínica debido a que no hubo afinidad con el terapeuta, y el 18,52% dijo que sí dejó de asistir por este motivo. Esto muestra que la buena relación médico-pacientes debe trabajarse desde el inicio fortaleciendo la escucha y las técnicas comunicativas, así mismo, la continuidad con el mismo terapeuta sienta las bases de una buena alianza terapéutica. Por otro lado, los terapeutas pueden tratar de reducir los abandonos con un plan de seguimiento evaluando la alianza terapéutica, usando un sistema de retroalimentación que permite al terapeuta obtener información frecuente sobre el estado de la alianza a medida que avanza la terapia, y también, se puede evaluar con observaciones conductuales como por ejemplo las cancelaciones frecuentes o poco compromiso durante las sesiones. Estos datos pueden ayudar al terapeuta a tomar medidas inmediatas con el objetivo de resolver cualquier debilidad o ruptura y así prevenir un abandono prematuro (46).

Otros aspectos evaluados fueron que si los pacientes habían dejado de asistir a la terapia debido a que le cambiaron el terapeuta por otro (solo uno refirió que sí), si había abandonado la terapia porque su terapeuta había cambiado de ciudad. Relacionado con la pregunta si renunciaron a la terapia porque le cambiaron a otro tipo de terapeuta diferente a un médico (por ejemplo, profesional en psicología, trabajador social, enfermería, entre otros, los hallazgos del presente estudio mostraron que estas causas no parecen relacionarse con el abandono de la terapia de sexología clínica.

Posteriormente se preguntó si habían abandonado la terapia de sexología clínica porque deseaba realizar la terapia con un terapeuta de determinado género, y dos hombres, dijeron que sí les hubiera gustado con un terapeuta del mismo género. Esto indica que la mayoría de las personas no tienen problema en asistir a una terapia de sexología clínica independientemente del género del terapeuta. Sin embargo, desde el momento de la recepción del paciente y la asignación de citas valdría la pena considerar dar la opción al paciente de escoger el género del terapeuta. Estos hallazgos son correspondientes con un metaanálisis realizado en el 2011 que determinó que, aunque la diferencia de satisfacción entre médicos hombres y mujeres es extremadamente pequeña, las médicas no son evaluadas tan bien por sus pacientes, en relación con los médicos masculinos, como cabría esperar en función de su estilo de práctica y los valores de los pacientes. No obstante, los pacientes más jóvenes estaban relativamente más satisfechos con las médicas, esto se debe a que tienen actitudes más igualitarias y pueden sentirse atraídos filosóficamente por el enfoque participativo más centrado en el paciente de las médicas (47). Otro estudio, determinó que la diferencia en la elección de los participantes para el género de su médico tratante dependerá de las diferentes especialidades médicas: las mujeres participantes prefirieron una médica para el asesoramiento psicosocial y cuando visitaron a un ginecólogo, obstetra o urólogo y los hombres preferían un médico del mismo sexo cuando los trataba un urólogo, un cirujano general o un cirujano ortopédico. Es de importancia realizar más estudios frente a la preferencia de un determinado género en el campo de la sexología clínica debido a la relativamente nueva aparición de esta área de la medicina (48).

Finalmente, se les hizo la pregunta a los participantes que, si les gustaría regresar nuevamente a la terapia de sexología clínica, la mayoría respondió que sí, tanto de forma presencial (preferentemente) como virtual. Este hallazgo indica que la mayoría de los participantes les gustaría regresar nuevamente a recibir la terapia de sexología clínica mostrando la necesidad de realizar un seguimiento a estos pacientes, ampliando la posibilidad de ofrecer este servicio en otros lugares (incluyendo otras IPS y ciudades), así como la posibilidad de realizar un trabajo virtual.

11. Conclusiones

- El presente estudio muestra que las tasas de abandono de la terapia de sexología clínica son altas, encontrando que solamente un paciente durante todo el año de 2019 tuvo un alta por cumplir los objetivos de la terapia, esto refleja que los indicadores están muy por debajo de los esperados en un servicio de consulta externa especializada. También esto refleja la necesidad de crear un protocolo de seguimiento a los pacientes que no han vuelto a la terapia para poder darles, ya sea, un cierre al proceso por mejoría de síntomas, mecanismos para continuar con el proceso terapéutico o darle finalización en caso de que la persona no desee regresar.
- Este estudio se planteó como exploratorio ya que marca el inicio de la comprensión del fenómeno del abandono de la terapia por sexología clínica, ya que por ser un área del conocimiento relativamente nueva en Colombia y en el departamento de Caldas, no se tenía ningún registro. Por otro lado, al parecer, la literatura buscada no muestra estudios frente a este fenómeno en el área de la sexología clínica, pero sí en otras áreas médicas, sin embargo, esto fue utilizado para la creación del sustrato conceptual y teórico del presente estudio.
- La rápida tendencia a la deserción de los pacientes también es un indicador de que no se está creando una alianza terapéutica de forma oportuna y rápida, o que no se les explica a los pacientes la importancia de continuar con el proceso de terapia, aun así, hayan mejorado los síntomas por los que se consultó en primer lugar.
- Las condiciones demográficas del estudio tales como la etnicidad de los participantes, la orientación sexual, y otras condiciones sociales, culturales y de sistemas de creencias al parecer no tienen relación con el abandono de la terapia de sexología clínica de forma anticipada. De igual forma el motivo de consulta inicial al parecer no está ligado al fenómeno de la deserción. No obstante, la carencia de recursos económicos es un factor relevante para dejar de asistir a las consultas de seguimiento y control, por lo que se hace necesario buscar la manera de mitigar esta situación.

- Varios pacientes que dejaron de asistir a la terapia estaban siendo valorados por otros servicios médicos, por lo que este estudio muestra que hay poca articulación entre los diferentes actores del sistema de salud, y que deberían promover y motivar la mejoría de la salud sexual en las personas.
- El estudio también deja de manifiesto que es necesario ampliar la cantidad de lugares de atención en la ciudad de Manizales donde se preste el servicio de sexología clínica, y fortalecer la propaganda y difusión en los lugares donde sí se preste. También se deja claro que es necesario ampliar la oferta de servicios en sexología clínica en otros municipios y departamentos, y los lugares de entrenamiento de nuevos sexólogos altamente competentes en otras ciudades para expandir la cobertura nacional.
- Las barreras administrativas para acceder a servicios de salud especializada puestas por parte de las EPS en Colombia siguen estando presentes en este tipo de investigaciones que tratan sobre calidad del servicio y acceso a la salud, por lo que se hace un llamado a las instituciones que se encargan de garantizar que las personas tengan acceso a una salud física, mental y sexual para que mejoren sus esfuerzos en estos procesos.
- Este estudio también mostró que las condiciones de orientación a los pacientes, servicio humanizado, atención de calidad, atención empática, respeto por los horarios atención y eficiencia son muy buenas por parte del personal de la IPS donde se realizó el estudio. Así mismo los participantes manifestaron que las condiciones de infraestructura, equipamiento, aseo, orden y señalización son muy buenas, sin embargo, el aspecto de comodidad se puede mejorar en cuanto a la silletería y el espacio de los consultorios. Igualmente, con lo encontrado en este estudio, se presume que la IPS cumple con la reglamentación nacional frente a las condiciones necesarias para dar un buen servicio en salud especializada.
- Con respecto a la calidad de las consultas en sexología clínica, la mayoría de los participantes estuvieron muy satisfechos en todos los aspectos evaluados, sin embargo, la preocupación de la privacidad, las dificultades con la comunicación asertiva, la calidad de escucha, la no posibilidad de escoger el terapeuta, y la falta de empatía reportada por algunos participantes hacen considerar que es necesario

fortalecer estos aspectos en la formación de futuros sexólogos, ya que estas condiciones son imprescindibles en la atención de salud sexual.

- Los participantes del estudio refirieron no haber sido evaluados por medio de un examen físico, lo que deja claro que, si bien, este procedimiento no es determinante para el manejo y propuesta terapéutica en el área de la salud mental y comportamiento humano, es fundamental para hacer un mejor enfoque diagnóstico y mejorar la percepción y adherencia por parte de los pacientes a las consultas médicas especializadas.
- En el presente estudio, la falta de tiempo es la razón más frecuente por la que los pacientes dejan de asistir a la terapia de sexología clínica indicando que las personas posponen o dilatan los procesos terapéuticos para dar cumplimiento a otros objetivos personales. También podría indicar que la salud sexual no tiene un carácter prioritario dentro de la sociedad, dejando claro que sigue existiendo una subestimación de las repercusiones que tiene perpetuar las patologías de carácter sexual.
- Otros hallazgos altamente relevantes fueron la falta de motivación para continuar asistiendo a la terapia de sexología clínica y la no posibilidad de cumplir con los objetivos terapéuticos propuestos, estos relacionados con problemas personales, trámites con la EPS, actitud del terapeuta, discrepancias entre el terapeuta y el usuario, y el no ver avances en las primeras consultas de la terapia. Lo anterior refleja que es necesario realizar maniobras terapéuticas eficaces para que esos pacientes que se ven desmotivados, que en el proceso de seguimiento manifiesten desmotivación, o que sientan que no pueden cumplir las metas, tengan un mejor resultado y una mejor adherencia.
- Por otro lado, a un porcentaje relevante de los participantes se les había resuelto su preocupación inicial y decidieron dejar de asistir por este motivo, lo que indica que gran parte de la terapia de sexología clínica tiene resultados altamente satisfactorios, sin embargo, no es posible datarlo o identificarlo debido a la falta de seguimiento a los pacientes.
- La falta de confianza en el terapeuta y la no afinidad con el mismo, también fue un motivo de abandono encontrado en el estudio. La buena relación médico-pacientes

debe trabajarse desde el inicio fortaleciendo la escucha y las técnicas comunicativas, así mismo, la continuidad con el mismo terapeuta sienta las bases de una buena alianza terapéutica.

- También, muchos pacientes dejaron de asistir porque se cambiaron de ciudad, lo que indica, nuevamente, que es importante expandir los servicios de sexología clínica a otras ciudades y que es necesario contar con otras opciones de terapia diferentes a la presencialidad.
- Hubo pacientes que refirieron que el tiempo para conseguir los resultados superó sus expectativas, por lo que hay pacientes que se benefician de otros tipos de terapias como la psicoterapia breve, o que necesiten que se le planteen objetivos terapéuticos más cortos; pero también, es importante que durante el proceso de retroalimentación y seguimiento se les pregunte por la comodidad y expectativas frente este aspecto.
- Frente a los hallazgos sobre si el género del terapeuta fue un motivo por el cual los pacientes dejan de asistir, muestran que la gran mayoría de los participantes no tienen ninguna dificultad en asistir con un terapeuta de algún determinado género, sin embargo, algunos manifiestan que hubieran preferido estar con uno del mismo género. Esto releja el cambio de los estereotipos de género que existen en nuestra sociedad sobre la idoneidad de los médicos y terapeutas.
- Los resultados de aspectos evaluados como que, si los pacientes habían dejado de asistir a la terapia debido a que le cambiaron el terapeuta por otro, si habían abandonado la terapia porque su terapeuta había cambiado de ciudad, o que, si renunciaron a la terapia porque le cambiaron a otro tipo de terapeuta diferente a un médico, respaldan que estas causas no parecen relacionarse con el abandono de la terapia de sexología clínica.
- Sobre si les gustaría regresar nuevamente a la terapia de sexología clínica, la mayoría respondió que sí, indicando que la mayoría de los participantes les gustaría regresar nuevamente a recibir terapia de sexología clínica mostrando la necesidad de realizar un seguimiento a estos pacientes, ampliando la posibilidad de ofrecer este servicio en otros lugares, así como la posibilidad de realizar un trabajo virtual.

- Finalmente se propone como objetivo final de este estudio realizar un programa de seguimiento a los pacientes que no vuelven a las terapias de sexología clínica a través de la creación e indicadores de asistencia, altas y satisfacción con la terapia, a través de llamas telefónicas, formularios de autodiligenciamiento y buzón de sugerencias.

12. Limitaciones y recomendaciones para futuras investigaciones

- Por ser la sexología clínica un servicio relativamente nuevo en la IPS donde se realizó el estudio, sumado a la escasa oferta de horarios de atención de la IPS en esta área, la poca cantidad de personas que conocen este servicio, y la condición de abandonar la terapia por parte de los pacientes (lo que genera dificultad para localizarlos), se contó con una cantidad limitada de participantes. Para futuros trabajos se propone aumentar el tamaño de la muestra, tomarla de forma probabilística y no por intención. También se recomienda hacer una selección más específica de los individuos para equiparar la cantidad de hombres y mujeres, la cual fue una dificultad en este estudio, con el propósito de evitar sesgos de muestra, expandir el alcance y permitir un análisis a mayor profundidad que facilite hacer estudios comparativos.
- De igual manera, por la naturaleza exploratoria y fundacional del estudio, se recomienda desarrollar los restantes niveles de la línea de investigación, es decir realizar estudios experimentales hasta llegara a los de carácter aplicado.
- Otra limitación es que el estudio se realizó en una IPS universitaria lo que muestra que la mayoría de los participantes eran personas jóvenes, por lo que también se recomienda realizar futuros estudios en instituciones con más variabilidad etaria.
- La recolección de datos del estudio se efectuó cuando cursaba la emergencia sanitaria por COVID-19 lo que generó dificultades para acceder de forma presencial a los participantes, sin embargo, gracias a los dispositivos tecnológicos actuales y las llamadas telefónicas se pudo mitigar esta situación. Por otro lado, esta misma situación provocó que muchos de los participantes regresaran a sus hogares de origen por lo que no se debe considerar la ciudad de residencia como una característica relevante en las causas de motivo de abandono de la terapia de sexología clínica.
- También es importante realizar estudios que revisen la adherencia de los procesos terapéuticos en ambientes virtuales de consulta, ya que por motivo de la pandemia por COVID-19 se ejecutaron nuevos proyectos de teleconsulta y virtualidad que han tenido altos beneficios a los pacientes y médicos especialistas.

13. Bibliografía

1. Herna I, Garcı P, Arnau-santos M. Satisfaccio ´ n de los pacientes atendidos en una consulta externa de medicina preventiva. *Rev Calid Asist.* 2010;25(2):83–9.
2. Ministerio de Salud y Protecci3n Social. Dimensi3n derechos sexuales y reproductivos. 2012;13.
3. Forguione-P3rez VP. Comunicaci3n entre m3dico y paciente: m3s all3 de una consulta, un proceso educativo. *Rev los Estud Med UI.* 2015;28:7–13.
4. Schouten BC, Meeuwesen L. Cultural differences in medical communication : A review of the literature. *Patient Educ Couns.* 2006;64:21–34.
5. Porcel Medina M. El Abandono En Las Terapias Psicol3gicas. *Aposta Rev ciencias Soc.* 2005;(14):1–16.
6. Zieve GG, Persons JB, Yu LAD. The Relationship Between Dropout and Outcome in Naturalistic Cognitive Behavior Therapy. *Behav Ther [Internet].* 2018;11. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.05.004>
7. Chen R, Piercy FP, Huang WJ, Jaramillo-Sierra AL, Karimi H, Chang WN, et al. A Cross-National Study of Therapists' Perceptions and Experiences Of Premature Dropout From Therapy. *J Fam Psychother [Internet].* 2017;28(3):269–84. Available from: <https://doi.org/10.1080/08975353.2017.1343067>
8. Adauy MH, Angulo LP, Marıa A, Sep3lveda J, Sanhueza XA, Delgado I, et al. Barreras y facilitadores de acceso a la atenci3n de salud : una revisi3n sistem3tica cualitativa. *Rev Panam Salud Publica.* 2013;33(3):223–9.
9. Agudelo Estupiñ3n A del C, G3mez Amaya PC, Mintes Gonz3lez J, Pelayo GB. Barreras de acceso a los servicios de salud en el r3gimen subsidiado del municipio de San Gil – Santander. [SAN GIL, SANTANDER]: Universidad Aut3noma de Bucaramanga – Universidad CES; 2013.
10. Ortega MC, Leidy V, L3pez Dıaz V. Barreras De Acceso En Servicios De Salud Del R3gimen Subsidiado Hospital Engativa 2016 [Internet]. 2016. Available from: <http://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/9877/OrtegaMarıa2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
11. S3nchez Barr3n LA. “Satisfacci3n de los usuarios de consulta externa en una institucion de seguridad social en Guadalupe, Nuevo Le3n” [Internet]. Universidad Aut3noma de Nuevo Le3n; 2012. Available from: <http://eprints.uanl.mx/3332/1/1080256485.pdf>
12. Cotes Z del C, Tapie SO, Cabrera ER, Achicanoy JD. Calidad De La Atenci3n M3dica En El Servicio De Consulta Externa Desde La Perspectiva De Los Usuarios Del Hospital Lorencita Villegas De Santos E.S.E. Primer Trimestre Del 2016 Samaniego - Nariño Zuleiman. *Universdad CES Medellın - Univ Marian Pasto [Internet].* 2016;1–66. Available from:

http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/4393/1/Calidad_Atencion_Medica.pdf %0D%0A

13. Echeburúa E, Sarasua B, Zubizarreta I, de Corral P. Factores relacionados con el rechazo y el abandono de la terapia en mujeres víctimas de agresiones sexuales tratadas en la edad adulta. *Rev Argentina Clin Psicol.* 2014;23(1):51–9.
14. Coutinho J, Ribeiro E, Safran J. Transacciones interpersonales en episodios de ruptura de la alianza: Un estudio de caso de un abandono de terapia. *Rev Argentina Clin Psicol.* 2010;19(2):101–16.
15. Rubio Aurióles E. Lo que todo clínico debe saber de SEXOLOGÍA. Rubio Aurióles E, editor. *Lo que todo clínico debe saber de sexología.* México, DF; 2014. 1–299 p.
16. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Organización Mundial de la Salud (OMS). Asociación Mundial de Sexología (WAS). Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción. [Internet]. Promoción de la salud sexual. Antigua Guatemala, Guatemala; 2000. Available from: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/promocion_salud_sexual.pdf
17. Ayuntamiento de Castellón de Plana. Encuestas de satisfacción [Internet]. Castellón de la Plana; 2014. 1–32 p. Available from: <http://www.castello.es/archivos/543/PMMCS.pdf>
18. Ramirez Carvajal AP. Servqual o Servperf: ¿otra alternativa? *Sinapsis* [Internet]. 2017;9(1):59–63. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6172070>
19. Pérez Díaz J. El concepto de “población” [Internet]. [cited 2022 Apr 12]. Available from: <https://apuntesdedemografia.com/curso-de-demografia/que-es-poblacion-en-demografia/>
20. Pérez Porto J, Merino M. Definición de psicoterapia [Internet]. 2012 [cited 2022 Apr 12]. Available from: <https://definicion.de/psicoterapia/>
21. Musso JR. Terapias sexuales y terapias comportamentales: reflexiones epistemológicas. *Rev Latinoam Psicol.* 1985;17(1):113–9.
22. Useche Aldana B. *Psicología de la Sexualidad.* 2016.
23. Pérez Porto J, Merino M. DEFINICIÓN DE CONDUCTA. 2012.
24. Papel SU, El EN, La ADE. Las barreras culturales en los servicios de salud. p. 1–5.
25. Ayala Garcia J. La Salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso. *Doc Trab sobre Econ Reg Banco la República* ISSN 1692-3715. 2014;45.
26. Matsumoto Nishizawa R. Desarrollo del Modelo Servqual para la medición de la calidad del servicio en la empresa de publicidad Ayuda Experto. *Perspectivas* [Internet]. 2014;(34):181–209. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/4259/425941264005.pdf>
27. ICD and ATC codes. CIE-10. Clasificación Internacional de Enfermedades [Internet].

[cited 2022 Feb 14]. Available from: <https://icdcode.info/espanol/>

28. Portalatín BG. ¿Quién consulta con el médico sus problemas sexuales? El Mundo [Internet]. 2013 Jul 2; Available from: <https://www.elmundo.es/elmundosalud/2013/07/02/noticias/1372780325.html>
29. Quiñones Bergeret ÁT. Indicadores de procesos en psicoterapia asociados a éxito. Universitat Autònoma de Barcelona; 2013.
30. Llop JM, Iglesias BM, Vargas R, Blanc F. Las ciudades intermedias: concepto y dimensiones. Ciudades. 2019;22(22):23–43.
31. Guasgüita Galindo A. ¿TRABAJADOR DEBE REPONER EL TIEMPO CONCEDIDO PARA ASISTIR A CITAS MÉDICAS? [Internet]. Santa Rosa de Viterbo; 2018. Available from: <https://www.ramajudicial.gov.co/web/tribunal-superior-de-santa-rosa-de-viterbo/67>
32. Conexión Capital. Lo que debe hacer si su EPS le demora las citas con especialistas [Internet]. 2019 [cited 2022 Feb 16]. Available from: <https://conexioncapital.co/eps-demora-citas-especialistas/>
33. Ramírez Crespo MV. Un Sexólogo, ¿Qué es? [Internet]. Lasexologia.com. 2018 [cited 2022 Feb 16]. Available from: <https://lasexologia.com/un-sexologo-que-es/#:~:text=Un sexólogo o una sexóloga,sexología y las labores de>
34. Mejía de Camargo S. Un Buen Trato en la Institución de Salud. Rev Actual EN ENFERMERÍA [Internet]. 2005;8(2):18–21. Available from: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-82/enfermeria8205-bueno/>
35. Febres-Ramos RJ, Mercado-Rey MR. Patient satisfaction and quality of care of the internal medicine service of Hospital Daniel Alcides Carrión. Huancayo - Perú. Rev la Fac Med Humana. 2020;20(3):397–403.
36. Zelada J. Los valores humanos, que el médico del siglo XXI debe conocer y practicar en su desempeño profesional. Rev “Cuadernos” [Internet]. 2018;59(2):65–73. Available from: http://www.scielo.org.bo/pdf/chc/v59n2/v59n2_a10.pdf
37. Rabanaque Mallén G, García Domingo C, Martínez Perpiña S, Dolz Domingo A, Ordoño Domínguez F, Rubio Sanjaime P. ¿Qué opinión tienen los usuarios de la presencia de los médicos residentes en las consultas de atención primaria? Aten Primaria. 2005;36(1):25–30.
38. Pérez V, Pezoa G. ¿Qué es "Trato digno" para los pacientes? Elementos que componen el trato digno Informe Global. Supt Salud, Dep Estud y Desarro [Internet]. 2013;40. Available from: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articulos-9004_recurso_1.pdf
39. Lorient-Arín N, Serrano-Del-RoSAL R. Hable con los pacientes, no para ellos Análisis de los fundamentos de la confianza del acto médico. Rev Int Sociol. 2009;67(2):309–28.

40. Hernández Flores N. 'Amabilidad', 'atención', 'profesionalidad'. Valores sociales atribuidos por el paciente a su médico de cabecera y características de imagen social. *Discurso Soc* [Internet]. 2020;14(2):309–34. Available from: www.dissoc.org
41. Guzmán F, Franco E, Morales M, Mendoza J. El acto médico: implicaciones éticas y legales. *AMC Acta médica Colomb*. 1994;19(3):139–49.
42. De Ramirez-Sánchez TJ, Nájera-Aguilar P, Nigenda-López G. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: Perspectiva de los usuarios. *Salud Pública Mex*. 1998;40(1):3–12.
43. Rodríguez Silva H. La relación médico-paciente. *Rev Cuba Salud Pública* [Internet]. 2006;32(4). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000400007&lng=es&nrm=iso%3E. ISSN 0864-3466.
44. Hernández JC, Pilar ID, García H, Nancy IID. Importancia del Método Clínico Importance of the clinical method. *Rev Cuba Salud Pública* [Internet]. 2012;38(3):422–37. Available from: <http://scielo.sld.cu>
45. Pons Diez X. La comunicación entre el profesional de la salud y el paciente: aspectos conceptuales y guía de aplicación. *Enfermería Integr* [Internet]. 2006;27–34. Available from: <https://n9.cl/pyo9>
46. Safran JD, Muran C, Eubanks-Carter C. Repairing Alliance Ruptures. In: Norcross JC, editor. *Psychotherapy Relationships That Work: Evidence-Based Responsiveness*. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2011. p. 224–38.
47. Hall JA, Blanch-Hartigan D, Roter DL. Patients' satisfaction with male versus female physicians: A meta-analysis. *Med Care*. 2011;49(7):611–7.
48. Alyahya G, Almohanna H, Alyahya A, Aldosari M, Mathkour L, Aldhibaib A, et al. Does Physicians' Gender have any Influence on Patients' Choice of their Treating Physicians? *J Nat Sci Med* [Internet]. 2019;2(1):29.34. Available from: <https://www.jnsmonline.org/text.asp?2019/2/1/29/242161>

Anexo 1. Respuesta del comité de ética de la Universidad de Caldas



UNIVERSIDAD DE CALDAS
FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD
COMITÉ DE BIOÉTICA

FECHA	30 de Abril de 2020
CONSECUTIVO	CBCS-028

Nombre del Investigador	Ruben Guillermo Quintero Mora
Facultad	Ciencias para la Salud.
Departamento	Salud Mental
Proyecto de Investigación	Abandono de la terapia en sexología clínica en la ciudad de Manizales durante el año 2019-2020.

EVALUACIÓN:

Se considera una investigación con **RIESGO MÍNIMO**, de acuerdo a la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud.

CONSIDERACIONES:

Se debe tener en cuenta el manejo, anonimización y custodia de los datos ya que esta información es sensible.
Los investigadores deben tener en cuenta que si existen cambios en la formulación del proyecto o el consentimiento informado esto debe ser informado a este Comité.
El Comité podrá solicitar información posterior sobre el desarrollo del proyecto y los cambios de acuerdo a las recomendaciones solicitadas.

ACTA No 007 de 2020
SE APRUEBA (<input checked="" type="checkbox"/>)
SE APRUEBA CON RECOMENDACIONES (<input type="checkbox"/>)
NO SE APRUEBA (<input type="checkbox"/>)

NATALIA GARCIA RESTREPO
Presidente

Anexo 2. Instrumento de medición

Preguntas demográficas

1. ¿Qué edad tiene en años cumplidos?
2. ¿Con qué género se identifica?
3. ¿Cuál es el municipio de residencia actual?
 - 3.1. ¿Cuál es el departamento de residencia actual?
4. ¿Cuál es su municipio de nacimiento?
 - 4.1. ¿Cuál es su departamento de nacimiento?
5. ¿A cuál grupo étnico pertenece?
 - Ninguno.
 - Afrocolombiana
 - Indígena
 - ROM
 - Mestiza
 - Otros:
6. ¿A qué estrato socioeconómico pertenece? *
 - 1
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5
 - 6
7. ¿Cuál es su orientación sexual? *
 - Heterosexual
 - Homosexual
 - Bisexual
 - Asexual
 - Prefiero no decirlo
 - Otros
8. ¿Cuál es su grado de escolaridad? *

- Ninguno
- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Bachillerato incompleto
- Bachillerato completo
- Técnico
- Tecnológico
- Universitario incompleto
- Universitario completo
- Especialidad
- Maestría
- Doctorado

9. ¿Cuál es su ocupación?

10. ¿Cuál es su nivel de ingresos aproximados? (Salarios mínimos a 2020: \$877.803 pesos)

- Menos de un salario mínimo
- Entre 1 y 2 salarios mínimos
- Entre 3 y 4 salarios mínimos
- Entre 5 y 6 salarios mínimos
- Más de 6 salarios mínimos

11. ¿Tiene alguna enfermedad física?

- No
- Sí

11.1. Si la pregunta anterior fue afirmativa. Especificar cuál o cuáles enfermedades.

12. ¿Tiene alguna trastorno psiquiátrico o psicológico (mental) diagnosticado?

- No
- Sí

12.1 Si la pregunta anterior fue afirmativa. Especificar cuál o cuáles trastornos.

Preguntas relativas a la consulta de sexología clínica

13. ¿Cuál fue el motivo o causa de la consulta en sexología clínica?

14. ¿Fue una consulta individual o una consulta de pareja?

- Individual
 - Pareja
 - Ambas
15. ¿A cuántas consultas de sexología clínica, recuerda usted, asistió entre enero y diciembre de 2019?
16. ¿Cuál fue el diagnóstico, recuerda usted, que le realizaron en la consulta inicial de sexología clínica?

Barreras de atención a servicios de salud.

17. ¿Dejó de asistir a la consulta de sexología clínica por falta de recursos económicos para transportarse?
- Sí
 - No
18. ¿Dejó de asistir a la consulta de sexología clínica por falta de recursos económicos para pagar el copago?
- Sí
 - No
19. ¿Dejó de asistir a la consulta de sexología clínica por falta tiempo para asistir a la consulta?
- Sí
 - No
20. ¿Cuánto se demoraba para llegar (movilizarse) a la consulta de sexología clínica?
- Menos de 20 minutos
 - Entre 20 y 40 minutos
 - Entre 40 minutos y una hora
 - Más de una hora
21. ¿En qué tipo transporte se movilizaba para asistir la consulta de sexología clínica?
- Particular
 - Público
 - Caminando
 - Otros:

22. ¿Recibe servicio de sexología clínica en el centro de salud más cercano?

- Sí
- No

23. ¿Considera que la IPS donde recibe servicio de sexología clínica tiene infraestructura adecuada para la población en condición de discapacidad o en condiciones especiales de movilidad?

- Sí
- No

Barreras culturales

24. ¿Dejó de asistir a la consulta de sexología clínica debido a que no se tuvieron en cuenta sus creencias culturales, estilos de vida o costumbres?

- Sí
- No

24.1. En caso de ser afirmativa la pregunta anterior explique brevemente su respuesta.

25. ¿Dejó de asistir a la consulta de sexología clínica debido a que no se tuvieron en cuenta sus creencias religiosas?

- Sí
- No

25.1. En caso de ser afirmativa la pregunta anterior especifique brevemente su respuesta.

26. ¿Considera que la IPS lo ha dejado de atender alguna vez por su orientación sexual?

- Sí
- No

27. ¿Considera que la IPS lo ha dejado de atender alguna vez por su condición de discapacidad?

- Sí
- No
- No tengo ninguna discapacidad

28. ¿Considera que la IPS lo ha dejado de atender alguna vez por ser víctima de conflicto armado?

- Sí
- No
- No he sido víctima del conflicto armado

29. ¿Considera que la IPS lo ha dejado de atender alguna vez por ser trabajador/a sexual?

- Sí
- No
- No soy trabajador/a sexual

30. ¿Considera que la IPS lo ha dejado de atender alguna vez por ser habitante de calle o persona sin techo?

- Sí
- No
- No soy habitante de calle o persona sin techo.

31. ¿Considera que la IPS lo ha dejado de atender alguna vez por otra condición?

- Sí
- No

31.1. En caso de ser afirmativa la pregunta anterior especifique brevemente su respuesta.

Calidad de atención

Responder las siguientes preguntas de acuerdo a la escala: Siempre, casi siempre, muchas veces, a veces, pocas veces, casi nunca, nunca.

32. El personal de atención al usuario (secretarios, administrativos, personal que asignan citas médicas) le orientó y explicó de manera clara y adecuada sobre los pasos o trámites para la atención en consulta externa.

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- A veces
- Pocas veces

- Casi nunca
- Nunca

33. El personal médico y de enfermería orienta y explica de manera clara y adecuada sobre la atención recibida. *

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- A veces
- Pocas veces
- Casi nunca
- Nunca

34. La consulta con el médico se realizó en el horario programado. *

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- A veces
- Pocas veces
- Casi nunca
- Nunca

34.1. En caso de existir demora la atención cuáles fueron los motivos de dicha demora.

35. La atención se realizó respetando la programación y el orden de llegada de los pacientes.

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- A veces
- Pocas veces
- Casi nunca
- Nunca

36. ¿El profesional tratante contaba con su historia clínica en el consultorio para el momento de la atención?

- Sí
- No
- No sabe

37. Hubo agenda oportuna para las citas por sexología clínica.

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- A veces
- Pocas veces
- Casi nunca
- Nunca

38. La atención en la caja o en el módulo de admisión (recepción) era rápida.

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- A veces
- Pocas veces
- Casi nunca
- Nunca

39. La toma de muestras para análisis de laboratorio fue rápida. (Si aplica)

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- A veces
- Pocas veces
- Casi nunca
- Nunca
- No aplica

40. La toma de exámenes radiológicos (radiografía, ecografías, otros) fue rápida. (Si aplica)

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- A veces
- Pocas veces
- Casi nunca
- Nunca
- No aplica

41. La entrega de medicinas y/o insumos en farmacia fue rápida. Si aplica. *

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- A veces
- Pocas veces
- Casi nunca
- Nunca
- No aplica

42. Durante la atención en la IPS se respetó su privacidad e intimidad.

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- A veces
- Pocas veces
- Casi nunca
- Nunca

42.1. En caso de no haberse respetado su intimidad o privacidad, explique su respuesta.

43. El médico realizó un examen físico completo y minucioso por el problema de salud que motiva su atención.

- Siempre
- Casi siempre

- Muchas veces
- A veces
- Pocas veces
- Casi nunca
- Nunca

43.1. Si no se realizó examen físico, ¿sí se evaluaron otras condiciones generales de salud?

- Sí
- No

44. El médico brindó el tiempo que usted considera como necesario para contestar dudas o preguntas sobre el problema de salud.

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- A veces
- Pocas veces
- Casi nunca
- Nunca

45. El médico que atendió su problema de salud, le inspiró confianza.

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- A veces
- Pocas veces
- Casi nunca
- Nunca

45.1. En cualquier caso, explique el porqué de la pregunta anterior

46. El personal de consulta externa lo trató con amabilidad, respeto y paciencia.

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces

- A veces
- Pocas veces
- Casi nunca
- Nunca

46.1. En cualquier caso, explique por qué.

47. El médico mostró interés en solucionar su problema de salud. *

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- A veces
- Pocas veces
- Casi nunca
- Nunca

47.1. En cualquier caso, explique por qué.

48. Comprendió la explicación que el médico le brindó sobre el problema de salud o resultado de atención.

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- A veces
- Pocas veces
- Casi nunca
- Nunca

48.1. En caso de no haber comprendido, explique el porqué.

49. Comprendió la explicación que el médico le brinda sobre el tratamiento que recibió.

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- A veces
- Pocas veces
- Casi nunca

- Nunca

49.1. En caso de no haber comprendido, explique el porqué.

50. Comprendió la explicación que el médico le brinda sobre los procedimientos o análisis que le realizarán. (Si aplica) *

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- A veces
- Pocas veces
- Casi nunca
- Nunca
- No aplica

50.1. En caso de no haber comprendido, explique el porqué.

51. La señalización y la información en las instalaciones de la IPS fueron adecuados para orientarle.

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- A veces
- Pocas veces
- Casi nunca
- Nunca

51.1. En caso de no haber sido así, explique lo sucedido.

52. Los consultorios cuentan con los equipos disponibles y materiales necesarios para su atención.

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- A veces
- Pocas veces
- Casi nunca

- Nunca

53. Los consultorios y las salas de espera se encontraban limpios y eran cómodos.

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- A veces
- Pocas veces
- Casi nunca
- Nunca

53.1. En cualquier caso, explique el porqué.

Otros motivos de abandono.

54. ¿Dejó de asistir porque el motivo de consulta ya no le preocupa?

- Sí
- No

54.1. En caso de ser afirmativa explique porqué

- Sí
- No

55. ¿Dejó de asistir porque otro terapeuta lo está tratando o recomienda otros procedimientos?

- Sí
- No

55.1. En caso de ser afirmativo, explique brevemente en consiste el nuevo tratamiento.

56. ¿Dejó de asistir porque usted se cambió de ciudad y no puede asistir a la terapia?

- Sí
- No

56.1. En caso de ser afirmativa la pregunta anterior, ¿le gustaría continuar su proceso de terapia?

- Sí
- No

57. ¿Dejó de asistir porque ya no ya no siente motivación para seguir asistiendo a la terapia?

- Sí
- No

57.1. En caso de ser afirmativa explique porqué

58. ¿Dejó de asistir porque no pudo cumplir con los objetivos propuestos en la terapia?

- Sí
- No

58.1. En caso de ser afirmativa explique porqué

59. ¿Dejó de asistir porque considera que su problema no le genera tanta preocupación como para asistir a terapia?

- Sí
- No

59.1. En caso de ser afirmativa explique porqué

60. ¿Dejó de asistir porque considera que el tiempo para en conseguir los resultados superan sus expectativas? (duración, costos, otros)

- Sí
- No

60.1. En caso de ser afirmativa explique porqué

61. ¿Dejó de asistir porque no quiere hablar de los temas tocados durante la terapia?

- Sí
- No

61.1. En caso de ser afirmativa explique porqué

62. ¿Dejó de asistir porque considera que no siente afinidad con el terapeuta?

- Sí
- No

62.1. En caso de ser afirmativa explique porqué

63. ¿Dejó de asistir porque su terapeuta ya no se encuentra vinculado donde realizaba la terapia?

- Sí
- No

63.1. En caso de ser afirmativa explique porqué

64. ¿Dejó de asistir porque le asignaron otro terapeuta diferente?

- Sí
- No

64.1. En caso de ser afirmativo, explique las dificultades asociadas al cambio.

65. ¿Dejó de asistir porque le asignaron otro profesional de la salud en vez del médico tratante?

- Sí
- No

65.1. En caso de ser afirmativo, explique los problemas asociados al cambio.

66. ¿Dejó de asistir porque no desea realizar la terapia con un terapeuta de determinado género?

- Sí
- No

66.1. En caso de ser afirmativo, explique porqué

67. ¿Dejó de asistir porque su dolencia o condición se resolvió o solucionó?

- Sí
- No

67.1. En caso de ser afirmativo, explique porqué

68. ¿Le gustaría continuar con la terapia de sexología clínica? *

- Sí
- No

68.1. En caso de ser afirmativa la pregunta anterior, ¿Cómo le gustaría hacerlo?

- Virtual
- Presencial

Anexo 3. Consentimiento informado

El objetivo principal de este estudio es el de describir los principales motivos de abandono de la terapia por parte de los pacientes que asisten a consulta de sexología clínica en la ciudad de Manizales, en una IPS de la ciudad, así como identificar las barreras de atención para acceder a la terapia, y conocer las percepciones de satisfacción de los pacientes que asisten a la terapia por sexología clínica; esto se logrará identificar a través de una encuesta.

Con esta investigación se abre una puerta para realizar futuros estudios que tengan como objetivo mejorar la atención y calidad de consulta de Sexología Clínica por parte de los profesionales e instituciones prestadoras de salud a través de diferentes enfoques terapéuticos, acciones de mejora de instalaciones, trato humanizado, entre otros.

Además, los resultados de este estudio pueden orientar el mejor tipo de intervención que puede tener un paciente para su óptimo rendimiento, satisfacción y adherencia.

Finalmente, esta investigación aportará conocimiento necesario para el avance del campo de la Sexología Clínica, ya que, por el carácter reciente de esta área del conocimiento, logrará mejorar las perspectivas de los profesionales, los modelos de atención, el enfoque científico y los objetivos terapéuticos, que servirá para tener mejores resultados y pronósticos en los pacientes con patología sexual.

Consentimiento Informado

Institución a nombre en la cual se presenta o realiza el proyecto: Universidad de Caldas.

Nombre del proyecto: "ABANDONO DE LA TERAPIA EN SEXOLOGÍA CLÍNICA EN UNA IPS DE LA CIUDAD DE MANIZALES DURANTE EL AÑO 2019".

Nombre del investigador responsable: Rubén Guillermo Quintero Mora. Teléfono del investigador: 3046801630.

Por favor, marque con una X el espacio correspondiente con relación a cada una de las siguientes afirmaciones:

Confirmando que he leído y entiendo la Hoja de Información del proyecto, que he tenido la oportunidad de realizar todas las preguntas y formular todas las dudas sobre el mismo que he considerado necesarias, las cuales me han sido respondidas de manera satisfactoria:

- Sí
 - No
1. Confirmando que mi participación es voluntaria, que no se ha ejercido ninguna presión para participar en el estudio y que me puedo retirar en cualquier momento, sin que ello tenga ninguna implicación negativa para mí. En caso de retirarme, también estoy en libertad de dar o no dar explicaciones sobre los motivos para ello:
 - Sí
 - No
 2. Entiendo que la información que se recolecte sobre mí será de carácter confidencial, se manejará de manera anónima y sólo podrá ser consultada por personas responsables debidamente autorizadas para ello:
 - Sí
 - No
 3. Acepto que los resultados obtenidos sean utilizados para publicaciones de carácter científico y para su difusión general, en beneficio de la ciencia y de la sociedad, conservando la anonimidad: *
 - Sí
 - No
 4. Acepto participar, por voluntad propia, en el programa arriba mencionado:
 - Sí
 - No