



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94

SATISFACCIÓN SEXUAL Y MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

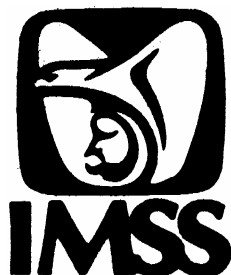
PRESENTA:

DRA. JACQUELINE DE JESÚS ORTIZ

ASESORES DE TESIS:

DRA. PATRICIA OCAMPO BARRIO

DR. RICARDO SHIBATA MURAKAMI



MÉXICO, D. F.

2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AUTORIZACIONES

Dra. María Guadalupe Garfías Garnica
Coord. Delegacional de Educación

Dra. Agustina Elena Vilchis Guizar
Coord. Delegacional de Investigación de Salud

Dr. Marco Antonio Pagola Martínez
Director de la U.M.F. No. 94

Dra. Patricia Ocampo Barrio
Jefatura de Enseñanza e Investigación de la U.M.F. No. 94
Coordinador de tesis

Dr. Ricardo Shibata Murakami
Médico Familiar de la U.M.F. No. 94

AGRADECIMIENTOS

A Dios.

Por llenarme de bendiciones, enseñarme el camino correcto e iluminar mi pensamiento en desiciones difíciles.

A mis padres.

Por darme todo su apoyo, brindarme siempre lo mejor de ellos y por alertarme hacer siempre mejor cada día.

A mi esposo.

Por apoyarme en terminar mi carrera y a superarme, por tenerme paciencia, darme su amor y cariño en todo momento.

A mis profesores.

Por enseñarme que un buen medico sabe escuchar a sus pacientes, a demás de diagnosticarlos y tratarlos.

Gracias.

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINAS
Resumen	1
Marco teórico.....	2
Antecedentes científicos	10
Planteamiento del problema	13
Justificación	13
Pregunta de investigación	14
Objetivos de estudio	14
Hipótesis	15
Identificación de variables	15
Definición conceptual y operacional de variables	15
Material y métodos	16
Diseño del estudio	16
Universo de trabajo	16
Población en estudio	16
Muestra en estudio	16
Determinación estadística el tamaño de la muestra	16
Tipo de muestreo	16
Criterios de selección	16
Procedimiento para integrar la muestra	17
Hoja de recolección de la información	17
Descripción y validación del instrumento	17
Descripción del programa de trabajo	18
Cronograma de actividades.....	19
Recursos del estudio	19
Aspectos éticos	19
Resultados	20
Análisis de resultados	21
Conclusiones	23
Sugerencias	23
Anexo 1 Métodos anticonceptivos de empleo en el IMSS	24
Anexo 2 Cuadro de variable	27
Anexo 3 Escala de Intimidad Sexual de la Pareja	28
Anexo 4 Cronograma de actividades	30
Anexo 5 Carta de Consentimiento Informado	31
Anexo 6 Gráficas	32
Bibliografía	35

Resumen

Satisfacción sexual y métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil

De Jesús Ortiz J.¹, Ocampo Bario P.², Shibata MuraKami R.³

Antecedentes: La satisfacción es un proceso subjetivo de evolución de las conductas sexuales que se dan entre la pareja. Este proceso se encuentra estrechamente relacionado con la comunicación que se da en la pareja y la confianza que se establece entre ellos y los años de relación. Algunos estudios reportan que la frecuencia del coito posterior a la utilización de un método anticonceptivo, se incremento 15 a 20% en las mujeres, excepto en las usuarias de métodos de barrera. El 33.7% de las usuarias a píldora o DIU se refirieron como satisfechas sexualmente, en tanto que la satisfacción de las usuarias a métodos de barrera fue del 18%. En la Unidad de Medicina Familiar No. 94 la anticoncepción ocupa el 1º lugar como motivo de consulta en el grupo de 15 a 49 años. Existiendo un elevado porcentaje de usuarias a métodos de planificación; sin embargo, hasta el momento no se cuenta con reportes que nos indiquen el impacto de estos sobre su satisfacción sexual. Condición que es importante de identificar a fin de demostrar los beneficios o menoscabo en la satisfacción sexual.

Objetivo general: Comparar la satisfacción sexual que existe en mujeres derechohabientes usuarias y no usuarias de métodos de planificación familiar.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, comparativo, transversal y prolectivo. La muestra se calculó estadísticamente y estuvo conformada por 150 mujeres en edad fértil en el periodo de la recolección de la información del estudio, bajo los siguientes criterios de inclusión: edad entre los 15 y 49 años, no portadoras de enfermedades crónicas, sin antecedente de histerectomía, que sepan leer y escribir y que acepten participar en el estudio previo consentimiento informado. Se utilizó un muestreo no probabilístico del tipo accidental. Se solicitó el llenado del instrumento de autoaplicación (Escala de intimidad sexual de la pareja) que evalúa su satisfacción sexual. Para determinar diferencias entre las variables dependiente e independiente se utilizó la Prueba de Kruskal-Wallis, para relacionar estadísticamente las variables de intervención (edad, estado civil, escolaridad, número de hijos y años de unión) con las variables dependientes se utilizó la Prueba Exacta de Fisher y para descartar ambas hipótesis nulas se estableció una p menor a 0.05.

Resultados: La edad promedio fue de 28.93 años con una desviación estándar de +/- 6.38 años y rango de 17 a 47 años. El 82% expreso ser usuaria de algún tipo de método anticonceptivo, en tanto que el 18% no utilizaba ningún método. De las usuarias a métodos anticonceptivos el que predominó fue el DIU con un 26.75%, seguida de la OTB con un 12.7%, condón 10%, hormonales orales 8%, implante subdérmico 8%, parche 6.7%, hormonales inyectables 6% y vasectomía 4%. El 97.3 % de las mujeres reportaron estar satisfechas sexualmente y solo un 2.7 % se calificaron con insatisfacción sexual. Al aplicar la Prueba Exacta de Fisher se encontró que la satisfacción sexual en relación a: edad (p de 0.01), estado civil, escolaridad y número de hijos (p de 1) y años de unión (p de 0.6). Al aplicar la Prueba de Kruskal-Wallis para establecer diferencias entre las usuarias y no usuarias de métodos de planificación familiar y satisfacción se obtuvo un p de 0.3 y al comparar los diferentes métodos anticonceptivos con la satisfacción sexual de las usuarias se obtuvo una p de 0.7.

Sugerencias: Los resultados de esta investigación ponen de manifiesto la importancia de estudiar otros factores que influyen más directamente sobre la satisfacción sexual como lo es la relación interpersonal, de comunicación, de crecimiento y cumplimiento de expectativas y metas. Se sugiere que para investigaciones posteriores se evalúe otros aspectos enfocados principalmente sobre la relación de pareja y los mitos que se tienen sobre el uso de métodos anticonceptivos en relación con la satisfacción sexual.

¹ Médico Residente de 2do año del Curso de Especialización en Medicina Familiar. U.M.F 94 del IMSS.

² Médico Familiar. Coordinador Clínico Educación e Investigación en Salud. U.M.F 94 del IMSS.

³ Médico Familiar U.M.F 94 del IMSS

Marco teórico

En las civilizaciones más antiguas se han encontrado rastros de regulación de la fertilidad, sin embargo, la anticoncepción no fue considerada como necesidad por la humanidad hasta la aparición de tres circunstancias importantes: 1) exceso de población sobre la tierra, 2) contaminación del medio ambiente e 3) insuficiencia y/o escasez de recursos alimentarios, fuentes de energía y reservas naturales. ¹ Paralelamente a esta circunstancia, se desarrollaron los primeros métodos de anticoncepción científica, culturalmente aceptados y técnicamente accesibles. Los anticonceptivos hormonales fueron los primeros métodos de anticoncepción que se dieron a conocer; inicialmente la píldora anticonceptiva fue ampliamente aceptada; sin embargo, al paso del tiempo y a causa de los efectos secundarios reportados, este entusiasmo fue declinando. Para 1959 se publican los primeros resultados obtenidos durante décadas de experiencia silenciosa con el dispositivo intrauterino (DIU), en los años siguientes, estos avances se diseminaron a todo el mundo. Esto no evitó continuar en la búsqueda de nuevos hormonales, que ofrezcan menores riesgos, mayor efectividad y vías más fáciles de uso. En este sentido se han seguido cuatro direcciones: **1) Reducción en la dosificación**, la posibilidad de reducir la dosis diaria requerida para producir una efectiva anticoncepción hormonal fue producto de múltiples investigaciones. En primer lugar, se encontró que el contenido de las primeras píldoras era excesivo y que el mismo efecto anovulatorio podía obtenerse con una cantidad mucho menor. Sin embargo, la efectividad de las dosis bajas depende en gran medida del apego de la paciente al esquema prescrito. En segundo lugar, se han sintetizado nuevos progestágenos con una potencia de inhibición pituitaria mucho más alta que los anteriores, logrando así el efecto anovulatorio con una dosis diaria mucho menor. En tercer lugar, si los progestágenos son administrados solos y en dosis bajas pero en forma continua, pueden producir inhibición de la fertilidad efectiva con anovulación en todos los ciclos. **2) Nuevas vías de administración**. Las vías de administración estudiadas han sido la vía parenteral, las implantaciones subcutáneas de cápsulas de silicón, la administración vaginal e incluso la vía transcutánea. **3) Nuevos progestágenos**. Una de las principales preocupaciones surgidas con el uso de la píldora es el aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular. Esta complicación ha sido relacionada con el efecto de esteroides anticonceptivos sobre las lipoproteínas. El norethindrone y el levonorgestrel, los dos progestágenos que dominaron el mercado de la píldora durante los años setenta y la mayor parte de los ochenta, aumentan el colesterol total y reducen la proporción de lipoproteínas de alta densidad (LAD), efecto

asociado con un aumento en el riesgo de arterioesclerosis, infarto del miocardio y enfermedades cardiovasculares en general. Hacia finales de los ochenta, se probaron nuevos progestágenos y éstos mostraron que no tenían efecto alguno en las lipoproteínas o que reducían el colesterol total y aumentaban las LAD, hecho generalmente asociado con una disminución del riesgo de Enfermedad Cardiovascular (ECV). **4.) Orientación y selección de pacientes.** Los numerosos estudios epidemiológicos sobre riesgos de la salud asociados con el uso de la píldora, nos permiten verificar que no todas las usuarias tienen el mismo riesgo de efectos colaterales. Los problemas asociados con el uso de la píldora se concentraron en ciertos grupos de mujeres que tenían, además, otros atributos independientes asociados con un mayor riesgo de ECV, tales como mayor edad (más de 35 o 40 años), tabaquismo, hipertensión, obesidad, diabetes, hipercolesterolemia, historia familiar de ECV o historia de tromboembolia. ²

La anticoncepción en México se inició en el año de 1961, 13 años antes de que se implantara el programa oficial de planificación familiar. La evolución de la anticoncepción en México, estuvo promovida por cuatro circunstancias diferentes y relacionadas entre sí:

1. Control de la fertilidad por indicaciones médicas. Su objetivo es brindar protección anticonceptiva a las mujeres en las que se determinaron indicaciones médicas, ginecológicas y obstétricas que contraindican un embarazo.

2. Desarrollo de la investigación de métodos anticonceptivos. Los pioneros de la primera píldora anticonceptiva fueron Pincus y Rock quienes demostraron que la asociación de estrógenos y progestágenos podían ser empleados como anticonceptivos inhibiendo la ovulación, la primera formulación farmacéutica con este fin se inició en 1960. De manera paralela los **dispositivos intrauterinos**, se desarrollaron como otra opción de elección, estos son unos de los métodos temporales más efectivos para el control de fertilidad, ofrece la ventaja de proporcionar una protección inmediata a la mujer contra el embarazo, con una buena tasa de continuidad, sin afectar el proceso de lactancia materna. Otros métodos de anticoncepción de particular importancia en la investigación en México, han sido los **métodos permanentes**, a partir de 1973, Quiñones, Alvarado-Durán, Aznar y colaboradores publicaron una serie de artículos comunicando sus experiencias en el desarrollo de una nueva técnica de oclusión tubaria a través de histeroscopia. Por lo que se refiere a los métodos anticonceptivos permanentes en el varón, Giner, Pedrón y colaboradores iniciaron la vasectomía en el IMSS en la década de los ochenta, tuvo un desarrollo lento y fue hasta varios años

después, con la introducción de la técnica de vasectomía llamada sin bisturí en que este método de planificación ha sido más aceptado.

3. Planificación familiar. Una transformación importante que ha experimentado la sociedad mexicana en los últimos 25 años, ha sido el cambio en las preferencias reproductivas y la incorporación de la Planificación Familiar (PF) como un valor en la vida de las personas. A mediados de la época de los años sesenta muy pocas personas conocían los métodos para regular la fecundidad, casi exclusivamente era del conocimiento de las clases media alta y alta. El ambiente cultural de la época, a pesar de las transformaciones económicas y sociales experimentadas desde la década anterior, favorecía a las familias numerosas. El marco jurídico que prevalecía, producto de muchos años de políticas pronatalistas, imponía fuertes restricciones a la población para acceder al conocimiento y a los medios de anticoncepción. Cuando la tasa de crecimiento poblacional empezó a declinar en los años setenta y ochenta, el interés por el control de los nacimientos también disminuyó. Sin embargo, dos nuevos factores entraron en el campo de la regulación de la fertilidad: los grupos organizados de mujeres feministas que consideraron el control de la fertilidad como un derecho individual y los grupo científicos y políticos de todo mundo que consideraron a la anticoncepción y el espaciamiento de los nacimientos como una herramienta muy importante en la prevención de la mortalidad y la morbilidad de niños y mujeres. ²

4. Salud reproductiva. En 1994, durante la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo que se llevó a efecto en El Cairo, Egipto, se tomó como definición de salud reproductiva (SR) la que propone la OMS. “La salud reproductiva supone un estado completo de bienestar físico, mental y social en todo lo relacionado con el sistema reproductor, sus funciones y procesos, y no simplemente la ausencia de enfermedad o invalidez”. La SR implica la capacidad de los individuos y de las parejas para disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad de decidir de una manera responsable y bien informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos, con este enfoque a la planificación familiar. ³

Es importante señalar que tal vez como un éxito de los programas de planificación familiar, a partir de 1974 la Tasa Global de Fecundidad (TGF) ha disminuido de manera importante de acuerdo a los datos de la CONAPO. La TGF es el número de hijos que nacerían por mujer (o por 1000 mujeres) si la mujer o mujeres tuvieran sus hijos en todos sus años reproductivos de acuerdo con las tasas de fecundidad específicas por edad de la población y épocas del estudio.

Entre 1974 y 1999, esta tasa se redujo en 3.6 hijos por mujer. Sin embargo este descenso no fue uniforme pues en la primera etapa de 1974 a 1984 la TGF se redujo en 2.0 hijos con un decremento medio de 0.20 por año y en la segunda fase, 1984-1999, fue un descenso moderado de 1.7 hijos, con decremento promedio anual de 0.11 que es la mitad del descenso anterior. También es importante señalar que el comportamiento demográfico ha sido distinto en el área urbana que en el área rural. La fecundidad ha sido siempre mayor en el área rural pues hasta 1980 la diferencia en la TGF es mayor en la rural con 2.8 hijos por 1,000 mujeres, aunque con el tiempo tiende a disminuir esta diferencia, según los estimados de la CONAPO, a 1.2 hijos. Otro factor importante que influye es el nivel educativo. Hay marcadas diferencias en la fecundidad pues en las mujeres sin instrucción, aun en fechas recientes, la TGF es el doble que en aquellas que por lo menos tienen un año de secundaria aprobado, o sea 4.7 hijos en comparación a 2.2 hijos por mujer. Otra diferencia es entre las mujeres activas económicamente y las inactivas. Las diferencias en 1974 eran de 3.8 contra 6.9 y 2.0 contra 3.4 en 1996, aunque parece haber cierta convergencia en ambos grupos. La disminución de la brecha entre ambos grupos en los últimos años se puede interpretar como indicativo de que hay más amplio acceso a los servicios de planificación familiar. Como ya se ha dicho, antes de 1964 eran muy pocas las mujeres que usaban un método anticonceptivo. La práctica anticonceptiva se incrementó en forma importante entre 1976 y 1982, con un aumento anual de 3%, siguió un ritmo más lento en los años 80 con 1% anual y se reanimó entre 1987 y 1992 a 2% por año, y entre 1992 y 1997 el incremento es de 1% por año.³

En los últimos 25 años también el tipo de método ha cambiado, según la CONAPO, en el inicio del programa de PF 35.9 % de las mujeres en edad fértil usuarias de anticonceptivos empleaba pastillas, 23.3% métodos tradicionales y 18.7% DIU. En 1987 el uso de pastillas se redujo a la mitad y los métodos tradicionales pasaron a 14.7%; en cambio, la Oclusión Tubaria Bilateral (OTB) aumentó de 8,9% a 36.2%. Para 1997 las pastillas bajaron aún más a 10.2%, el DIU pasó a 20.8% y la OTB subió a 44.7%. La vasectomía pasó de 0.6% en 1976 a 1.8%, es decir, aumentó 3 veces, sin embargo en el contexto de todos los métodos anticonceptivos es aún muy bajo.³

Sin duda alguna el incremento en el suministro de los anticonceptivos por parte del sector público en México es notable: constituye la fuente de obtención de dos de cada tres usuarias de métodos anticonceptivos. Gran parte de esta cobertura la provee el Instituto Mexicano del Seguro Social, en 1992 atendió a dos terceras partes de las usuarias del sector público. La proporción de usuarias de métodos quirúrgicos otorgados por el IMSS, también se ha incrementado significativamente. De

hecho, seis de cada 10 parejas usuarias del IMSS limitan su fecundidad mediante la OTB o vasectomía (esta última es una proporción menor, por cada varón que recurre a este método hay 30 mujeres que emplean OTB) y alrededor de una de cada cuatro usuarias utilizan DIU.⁴

Es innegable que la difusión y extensión de la práctica en la regulación de la fecundidad depende de tres condiciones: 1) que las parejas estén convencidas de regular su reproducción, 2) que la regulación de la fecundidad sea vista por las parejas como una acción benéfica para ellos y 3) que los medios de regularización de la fecundidad sean conocidos y estén disponibles.

No hay ninguna forma anticonceptiva que resulte óptima para todos, por ello y con el propósito de facilitar a sus derechohabientes la selección del método anticonceptivo más apropiada, el Instituto Mexicano del Seguro Social, cuenta con los métodos de planificación señalados en el anexo 1. Además considera indispensable informar sobre los aspectos y repercusiones más importantes de cada uno de ellos. La selección adecuada de un método de anticonceptivo mejora la salud sexual, incrementa la satisfacción y el compromiso de continuar y vigilar su uso.^{5, 6, 7, 8}

Las diferentes culturas construyen, reconocen y asignan distintos roles sexuales a los seres humanos, a partir de sus características biológicas (hombre-mujer), tal es el impacto de estas diferencias que se utilizan para la clasificación y diferenciación social y cultural de los individuos. Así las cosas, es fácil de entender porque las diversas formas de comportamiento, actitudes, percepciones y afectos socialmente aceptados descansan en una etiología básicamente sexual. Desafortunadamente el concepto de sexualidad que ha prevalecido durante siglos en el campo de la medicina, solo considera el aspecto sexual de la mujer ligado a la reproducción. Hasta no hace muchos años, el tema de control de la natalidad era un tema intocable, no obstante, en nuestros días somos protagonistas de una transformación al respecto, actualmente los términos sexualidad y reproducción ya no son vistos como sinónimos.⁹

En la actualidad se conceptualiza a la sexualidad como "una forma de actuar, de comportarse, de pensar, de sentir, con base a las capacidades intelectuales, afectivas y vitales asociadas al sexo". Desde este enfoque se reconocen tres funciones de la sexualidad:

Función reproductiva de la sexualidad.- Desde el punto de vista filogenético, la función reproductiva de la sexualidad humana es la más antigua, es una función que comparten los seres humanos con los demás animales; ya que tiene como función biológica perpetuar la especie.

Función erótica de la sexualidad.- En nuestra cultura la sexualidad es identificada casi exclusivamente con la función erótica, al punto de usarse indistintamente ambos términos y muchas de las veces solo ubican a la sexualidad en el terreno de las preferencias o posiciones sexuales.

Función de vinculación o comunicativa.- Sin duda esta función de la sexualidad parece ser la más menospreciada, negando la importancia e impacto que tiene la sexualidad sobre las relaciones interpersonales y especialmente entre la pareja. ¹⁰

Es importante diferenciar los términos "satisfacción sexual" y "respuesta sexual", este último es un concepto establecido por Masters y Johnson en 1967 y hace referencia a la respuesta fisiológica ligada a la genitalidad. No obstante, en nuestra opinión es insuficiente, incompleta y restringida a lo fisiológico, cuando el acto sexual o relación sexual es mucho más que lo biológico, e incluye la dimensión bio-psico-social de la pareja del individuo y la pareja humana. ¹¹

Sobre una base humanista, se dice que todo individuo tiene derecho a la felicidad sexual, concebida está de manera independiente a la reproducción, ante estas circunstancias podemos concluir que existen al menos tres diferentes razones para pensar que la regulación de la fecundidad tiene consecuencias favorables para la salud de las mujeres:

- 1) Reduce significativamente los riesgos inherentes al proceso reproductivo.
- 2) Permite eludir los embarazos no deseados.
- 3) Mejora significativamente la calidad de vida personal, conyugal y familiar. ⁹

Es incuestionablemente que los aspectos de sexualidad influyen de manera determinante en la relación conyugal; la relación de pareja es considerada como uno de los indicadores más importantes de estabilidad y felicidad. Este término hace referencia al establecimiento de los vínculos interpersonales de naturaleza emocional, física y conductual que se establecen entre el hombre y la mujer. El establecer una pareja requiere de un compromiso decidido y mutuo, que involucra la satisfacción mutua de las necesidades individuales. Por lo tanto, la satisfacción marital es definida como el agrado que muestra y experimenta cada cónyuge en relación a la dinámica establecida por su pareja. ¹²

Los aspectos que incluye la satisfacción marital son: físico-sexuales, afectivos y emocionales, de relación interpersonal, de organización familiar, educación de los hijos, diversión, aspectos familiares, de comunicación, de crecimiento y cumplimiento de expectativas y metas.

Es aquí donde la planificación retoma su importancia, una pareja que hace uso de métodos de anticoncepción se encuentra con mayores posibilidades de cubrir los aspectos físico-sexuales.

Entendiéndose como aspectos físico-sexuales de la satisfacción marital: atracción física, placer sexual, deseo e intimidad sexual con la pareja.

Por su elevada subjetividad el concepto de satisfacción sexual, cuenta con múltiples significados entre los que podemos señalar: "cumplimiento de un deseo erótico", "manifestación final de la pasión", "aplacar un sentimiento", "sentirse complacido y amado", etc. Para Álvarez-Gayoa (1998), la satisfacción sexual involucra una evaluación subjetiva de determinadas conductas sexuales propias de la pareja. Así mismo señala que esta evaluación se encuentra vinculada estrechamente con la comunicación que se da en la pareja e influenciada por la confianza que se establece entre ellos y los años de relación. Para Polanco (1998) la satisfacción sexual se relaciona con la flexibilidad y congruencia de los roles ideales y reales que se establecen en una relación de la pareja. La investigación en México realizada por Álvarez-Gayou (2001), refiere que la satisfacción sexual se vincula con una percepción de rasgos positivos en la pareja: comunicación, confianza y los años de relación. Para esta investigación el concepto de satisfacción sexual utilizado será el de Álvarez-Gayoa.¹³

La satisfacción sexual de mujeres y varones, es grandemente influenciada por la cultura y la percepción ideológica acerca de la sexualidad. La satisfacción sexual se ve alterada por múltiples factores a continuación se señalan algunos de los más importantes.

Sentimiento de culpa. Se genera por las contradicciones que se dan entre los valores, principios morales y la experiencia del placer.

Prejuicios y tabúes. Por género la mujer ha sido marcada por las míticas culpas eróticas de nuestros ancestros, siendo vista como la reencarnación de la impureza y el pecado. Los patrones de educación de la sexualidad han perpetuado la idea de que todo lo relacionado con el sexo y la sexualidad es "malo" o "pecaminoso", por lo que debe ser evitado u oculto.

Miedos interiorizados. Estos se generan por múltiples factores, tal vez los más frecuentes son: el temor de no poder proporcionar placer al compañero, temor a un embarazo no planeado o de padecer alguna de las enfermedades de transmisión sexual.

Enfados y conflictos. Con demasiada frecuencia se toma a la relación sexual como un modo de castigo o revancha con la otra persona.

Estrés. Es uno de los peores enemigos de la satisfacción sexual, porque nos conduce lenta pero inexorablemente a la inapetencia y la apatía sexual.

Medicamentos. Determinados ansiolíticos, antidepresivos o fármacos para el tratamiento de la hipertensión arterial pueden incidir en la falta de deseo y como consecuencia a la insatisfacción sexual.

Falta de comunicación. En la pareja se produce una pérdida del deseo de estar juntos.

Evaluar la satisfacción sexual de la pareja es tarea difícil dada su subjetividad; sin embargo, las Dra. Lucía Edith Pantaleón García y Rozzana Sánchez Aragón, investigadores del Instituto de Terapia Familiar Cencalli, construyeron y validaron la Escala de Intimidad Sexual en la Pareja. Esta escala evalúa 8 dimensiones: contacto físico, satisfacción sexual, gusto y bienestar mutuo, ternura, expresión de amor, contacto emocional, caricias y deseo. Para los fines de este estudio solo utilizarán los apartados de satisfacción sexual y deseo, para los cuales se tiene una confiabilidad obtenida por alfa de Cronbach de 0.97 y 0.91 respectivamente. ¹⁴

Todavía hay quien considera que la utilización de anticoncepción desprovee al acto sexual de naturalidad y le confiere connotaciones de premeditación, aumentando así sus sentimientos de culpabilidad sexual. El placer del riesgo que es inherente a muchos humanos, se frustra por la anticoncepción. Hay hombres que pueden sentirse inseguros, ante la libertad sexual que los anticonceptivos dan a "sus" mujeres. Pocas investigaciones mencionan que aquellas personas que utilizan anticonceptivos no tienen porqué experimentar, alteraciones notables en su conducta, su interés y su disfrute de la sexualidad.

Los mitos y tabúes que acompañan a los métodos de anticoncepción, tienen como función preponderar la función reproductiva de la sexualidad. Es relativamente frecuente escuchar por boca de hombres y mujeres: "que el uso de preservativo disminuye el placer", olvidando que el órgano sexual más grande e importante se encuentra en la piel, "los métodos anticonceptivos merman la excitación sexual y llegan a producir impotencia". Nada más alejado de la realidad, pues la anticoncepción no interfiere con la sensación sexual, pero si protege y alivia de numerosas cargas a la mujer y su pareja, situación que les permite gozar sin restricciones o temores de los aspectos eróticos y comunicacionales de su sexualidad, situación que finalmente fortalece la relación de pareja y la relación con los hijos. ¹⁵

Antecedentes científicos

Toda persona posee sentimientos, actitudes y convicciones propias en materia de sexualidad, pero cada una la experimenta de distinta forma. Por ende, cada pareja tiene sus propios deseos y también determinadas debilidades en el acto sexual y no hay ninguna forma de anticoncepción que resulte óptima para todas. El temor a un embarazo no planeado puede alterar alguna de las etapas de la respuesta sexual humana, es aquí cuando el empleo de anticonceptivos confiables contribuye a la superación de esta dificultad. La posibilidad de la anticoncepción no sólo aumenta la sensación sexual, protege de numerosas cargas que restringen la felicidad personal y en última instancia, beneficia también al hijo que puede crecer como un fruto deseado. Por lo tanto, poder romper el vínculo entre el contacto sexual y la sexualidad representa una nueva libertad en las relaciones humanas; las mujeres usuarias a métodos de anticoncepción no tienen porqué experimentar alteraciones sobre su conducta, interés y disfrute de su sexualidad.

En diversos estudios se ha comprobado que la mayoría de las mujeres que utilizan píldoras y DIU no presentan cambios importantes sobre su conducta sexual, desafortunadamente una mínima proporción de las mujeres que utilizan anticonceptivos orales experimentan una disminución en el deseo o respuesta sexual. De la misma manera se plantea que el empleo del preservativo, por el solo hecho de su colocación menoscaba, en ocasiones la espontaneidad del acto sexual.⁹

Estudios sobre este tema realizados en el año 2001 en la Ciudad de la Habana Cuba, han identificado que la mayoría (90%) de las mujeres que utilizan píldoras y DIU no comunican cambios sobre su conducta y goce sexual, sin embargo se encontró que alrededor del 10 % de las mujeres que utilizan anticonceptivos orales experimentan una merma en su satisfacción sexual. En lo concerniente a los métodos de barrera (condón y óvulos), se señalaron varias desventajas sobre la actividad sexual, pues el solo hecho de su colocación menoscaba en ocasiones (68%) la espontaneidad del acto sexual y entorpecía el orgasmo. Así mismo se identificó que la frecuencia del coito posterior a la utilización de un método anticonceptivo, se incremento en todas las mujeres en un 15 a 20%, excepto en las usuarias de métodos de barrera. Finalmente el 33.7% de las usuarias a píldora o DIU se refirieron como satisfechas, en tanto que la satisfacción sexual de las usuarias a métodos de barrera fue del 18%.¹⁶

Otros estudios realizados en mujeres Bolivianas usuarias a métodos de anticoncepción, revelaron que los métodos anticonceptivos modernos se relacionaban con una mayor (45%) satisfacción

sexual, probablemente porque hacían reducir el temor de un embarazo. No obstante, parece que la anticoncepción hacía reducir la satisfacción sexual en otras mujeres (8%), esto último se relaciono con los efectos colaterales de los anticonceptivos y la falta de información sobre la seguridad del método. Resultados similares se reportan por un estudio realizado en Malasia con usuarias y no usuarias de anticonceptivos, donde se encontraron problemas matrimoniales en el 45% de las usuarias y 34% en las usuarias. ¹⁷

Se realizó un estudio en la ciudad de Bucaramagan, Colombia en 1999 con el objetivo de establecer las diferencias existentes por sexo en los conocimientos, actitudes y prácticas sexuales en relación con el síndrome de la inmunodeficiencia humana (SIDA), aplicando una encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP). El estudio fue de tipo descriptivo de corte transversal, en el cual se estudiaron 272 mujeres y 186 hombres de entre 15 y 22 años de edad. Los resultados fueron los siguientes: la información sobre SIDA es recibida principalmente por televisión; el nivel de conocimientos (escala: 0-5) tuvo un promedio de 3.6 en mujeres y 3.8 en hombres, con diferencia estadísticamente significativa; presentaron diferencias estadísticamente significativas las actitudes hacia la disponibilidad de condones, al uso del condón con la pareja estable y la disminución del placer sexual al usar condón. En referencia a que el condón disminuye el placer sexual, se halló una diferencia significativa por sexo ($p < 0.001$); 37% de las mujeres y 63% de los hombres estuvieron de acuerdo, mientras que 63% de ellas y 37% de ellos no lo estuvieron. ¹⁸

Dentro de la literatura médica se han encontrado diversas investigaciones que relacionan a la satisfacción marital con los siguientes factores: las expectativas de vida conyugal, la ejecución de roles, el tipo de comunicación, los estilos de vida, los valores y las diferencias de género, la edad, años de unión, número de hijos y escolaridad.

Con respecto a la escolaridad se ha encontrado que a mayor nivel de escolaridad, las parejas señalan mayor satisfacción en su relación. En referencia a la edad se observa que las parejas que se unen entre los 25-30 años presentan una relación satisfactoria en el aspecto de organización familiar, resolución de problemas, toma de decisiones, distribución del dinero y contribución de gastos en el hogar. Por otro lado se ha visto que el tiempo de vida matrimonial es un factor también importante en la satisfacción marital, pues se ha mostrado un proceso de desencanto al tener más tiempo de vida matrimonial, al percibir una pareja menos cualidades positivas en su cónyuge, pero en general existe un desencanto más para el caso de las mujeres que para los hombres. Otro aspecto importante a considerar respecto al sexo, es que durante los primeros años de matrimonio

resultan más difíciles para las mujeres que para los hombres el periodo de recién casados, parece ser un periodo de más tensión y conflicto para la mujer, porque la mujer tiene que realizar más cambios que le producen ansiedades y que antes que su desarrollo como mujer esta su desarrollo como ama de casa y madre. Para el hombre poco es lo que cambia, aunque naturalmente el llegar a ser padre es una realización en la vida de casi cualquiera, pero probablemente no tiene la misma connotación y fuerza como símbolo e imagen de lo que la maternidad significa para la mujer. ¹²

En cuanto al número de hijos se ha observado que la satisfacción y la interacción marital, entre parejas que tienen hijos es inferior a la de aquellas que no los tienen. Otros estudios informan que las parejas que se encuentran en el proceso de crianza de los hijos estaban menos satisfechas con su relación conyugal que las parejas sin hijos o los matrimonios cuyos hijos ya eran adultos y vivían lejos del hogar. Parece ser que el hecho de tener muchos hijos y máxime cuando éstos requieren de mayor atención de parte de los padres, es un aspecto que interfiere en la satisfacción marital, lo cual puede ser explicado en términos de las presiones y la dimensión de posibilidades de interacción de la pareja cuando hay que cuidar y criar a muchos hijos, de alguna manera está relacionada con etapas del matrimonio o ciclo vital. ¹⁹

Planteamiento del problema

- **Justificación**

La relación conyugal es considerada uno de los indicadores más importantes de salud individual y familiar. Es incuestionable que en esta relación se requiere del compromiso y responsabilidad de ambos miembros, así como de la satisfacción mutua de sus necesidades.

Sin duda alguna, se sabe que la sexualidad influye de manera determinante sobre la relación de pareja; así las cosas se define a la satisfacción sexual como "el agrado que muestra y experimenta cada cónyuge en su relación sexual, vinculado con la percepción de rasgos positivos en la pareja: comunicación, confianza y años de relación"

Es importante señalar que los mitos y prejuicios acerca del placer, el temor a un embarazo no planeado, el miedo a contraer enfermedades de transmisión sexual, comunicación inadecuada en la pareja, son solo algunos de los factores que afectan la satisfacción sexual. En este sentido la Planificación Familiar retoma importancia, una pareja que planea el número y distanciamiento de hijos se encontrará en mayor posibilidad de cubrir todos estos aspectos, especialmente los físico-sexuales.

Existe controversia entre los diversos estudios epidemiológicos realizados sobre este campo, algunos estudios han identificado que la frecuencia del coito posterior a la utilización de un método anticonceptivo, se incremento en 15 a 20% de las mujeres, excepto en las usuarias de métodos de barrera. El 33.7% de las usuarias a píldora o DIU se refirieron como satisfechas, en tanto que la satisfacción sexual de las usuarias a métodos de barrera fue del 18%. Sin embargo, otros estudios señalan disminución del deseo sexual en mujeres usuarias a métodos de planificación, esto se relaciono con los efectos colaterales de los anticonceptivos y la falta de información sobre la seguridad del método. Otros estudios revelan que los métodos anticonceptivos modernos se relacionan con un mayor (45%) placer sexual, probablemente porque hacían reducir el temor de un embarazo.

De acuerdo a los reportes emitidos en el diagnóstico de salud del año 2005, la Unidad de Medicina Familiar presento una población adscrita de 128,073 derechohabientes. El 46.1% de ellos se ubican en el grupo de edad de los 15 a los 49 años, de estos 43.1% son hombres y 56.8% son mujeres. La anticoncepción ocupa el 1º lugar como motivo de consulta en el grupo de 15 a 49 años.

Para este mismo año el servicio de ARIMAC de esta unidad, registro un total 1,676 aceptantes de métodos anticonceptivos derechohabientes y no derechohabientes (sin incluir a los aceptantes de preservativos que fueron de 1,476). 57.5% correspondió a DIU, 20.7% vasectomía, 10.5% hormonal oral, 9.1% hormonal inyectable y para implante 1.9%

La consulta subsecuente de esta misma población fue de 1,301 (también sin contar las usuarias de preservativos que fueron de 3,088). Las consultas subsecuentes por método anticonceptivo fue del 62.7% para DIU, 22.1% vasectomía, 6.1% hormonales orales, 5.7% implantes y 3.2% para hormonales inyectables.

Como puede apreciarse existe un elevado porcentaje de usuarias a métodos de planificación en nuestra unidad; sin embargo, hasta el momento no se cuenta con reportes que nos indiquen el impacto de estos sobre su satisfacción sexual. Condición que es importante de identificar a fin de demostrar los beneficios o menoscabo en la satisfacción sexual.

Por tal motivo surge la siguiente investigación, la cual es posible de realizar dado que la unidad cuenta con los recursos necesarios para llevarla a cabo.

- **Pregunta de investigación**

¿Existen diferencias en la satisfacción sexual que experimentan las mujeres usuarias y no usuarias de método anticonceptivos?

¿Es diferente la satisfacción sexual en mujeres de acuerdo al método de anticoncepción utilizado?

Objetivos del estudio

General.

1. Comparar la satisfacción sexual que existe en mujeres derechohabientes usuarias y no usuarias de métodos de planificación familiar.
2. Comparar la satisfacción sexual que existe en mujeres derechohabientes usuarias de los diversos métodos de planificación familiar.

Particulares.

- Identificar la satisfacción sexual en mujeres derechohabientes de la UMF 94 usuarias a métodos de planificación familiar
- Identificar la satisfacción sexual en mujeres derechohabientes de la UMF 94 no usuarias de métodos de planificación familiar.

Hipótesis

Las mujeres que utilizan métodos de planificación familiar presentan una mayor satisfacción sexual en comparación a las mujeres no usuarias de estos métodos.

Las mujeres que utilizan como métodos de planificación el implante subdermico y parche presentan una mayor satisfacción sexual en comparación a las usuarias a otros métodos de planificación familiar.

Identificación de variables

Variable dependiente: Satisfacción sexual.

Variable independiente: Usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos.

Variables de intervención: Edad, estado civil, número de hijos, años de unión y escolaridad.

Definición conceptual y operacional de variables. Anexo 2

Material y métodos

Diseño del estudio

Observacional, comparativo, transversal y prolectivo.

Universo de trabajo

Mujeres en edad fértil.

Población de estudio

Mujeres entre 15 a 49 años con vida sexual activa derechohabientes de la UMF 94

Muestra de estudio

Mujeres entre 15 a 49 años con vida sexual activa derechohabientes de la UMF 94 en el período de recolección de la información del estudio

Determinación estadística del tamaño de muestra

Considerando una población total de 46,678 mujeres en edad fértil y tomando en cuenta que la prevalencia de satisfacción sexual en las usuarias de métodos de planificación familiar es de 39.5 % y un peor esperado de 29 % con un nivel de confianza del 99 %, al realizar el cálculo del tamaño de muestra con el programa estadístico nos reporta un tamaño de 150 mujeres.

Tipo de muestreo

Para esta investigación se utilizara un muestreo no probabilístico del tipo accidental.

Criterios de selección

Inclusión:

1. Mujeres entre 15 a 49 años derechohabientes de la UMF 94 de ambos turnos con vida sexual activa.
2. No portadoras de enfermedades crónicas.
3. Sin antecedente de Histerectomía.
4. Que sepan leer y escribir.
5. Que acepten participar en el estudio previo consentimiento por escrito.

No inclusión: No aplican.

Procedimiento para integrar la muestra

El investigador responsable recorrerá las salas de espera de la consulta de Medicina Familiar, de lunes a viernes en horario de 8-9 am y de 15-16 pm. Se invitara a participar en el estudio a través de consentimiento informado a todas las mujeres que cumplan con los cuatro primeros criterios de inclusión. A continuación se solicita el llenado del instrumento así como cinco preguntas que exploran las variables de intervención. En caso de existir duda en alguna(s) de las preguntas el investigador de manera inmediata les ofrecerá asesoría.

Hoja de recolección de la información

Los resultados de nuestro estudio serán vaciados en hoja de cálculo del programa estadístico SPSS versión 10.

Descripción y validación del instrumento

El instrumento que se utilizará para esta investigación es la Escala de Intimidad Sexual en la Pareja, la cual evalúa el grado de intimidad sexual de la pareja. Fue elaborada por Lucía Ediht Pantaleón García y Rozzana Sánchez Aragón miembros del Instituto de Terapia Familiar Cencalli. El número de reactivos totales es de 91 en una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta, que van de: totalmente de acuerdo (5), de acuerdo (4), ni de acuerdo ni en desacuerdo (3), en desacuerdo (2) y totalmente en desacuerdo (1).

Esta escala evalúa 8 dimensiones: 1) contacto físico, 2) satisfacción sexual, 3) gusto y bienestar mutuo, 4) ternura, 5) expresión de amor, 6) contacto emocional, 7) caricias y 8) deseo. Con la característica de poderse evaluar por separado, por tal circunstancia solo utilizaremos el apartado de satisfacción sexual.

La dimensión nombrada satisfacción sexual tiene una confiabilidad por si sola de 0.9 (alfa Cronbach) y explora las dimensiones de gratificación, reforzamiento, espacio y comunicación. Corresponde a una escala tipo Lickert de 24 reactivos con 5 opciones de respuesta, para su evaluación se suma las calificaciones obtenidas. El puntaje máximo es de 120 y el mínimo de 24, su punto de corte es de 72, de tal manera que puntuaciones por arriba de 72 indican la presencia de satisfacción sexual y puntuaciones de 71 ó menos indican la ausencia de esta característica.

Es interesante notar que este instrumento toma en cuenta no solo indicadores como el apetito sexual, sino también el contexto en el cual la actividad sexual ocurre, lo cual llega al territorio de la sexualidad como expresión de amor e intimidad. Ver este instrumento en el anexo 3.

Descripción del programa de trabajo

El investigador se propone realizar las siguientes actividades para la culminación del proyecto:

1. Selección del tema a investigar. Esta se realizó con base a las necesidades detectadas en la unidad y las líneas de investigación existentes.
2. Investigación bibliográfica. Para ello se realizó búsqueda de literatura internacional, nacional reciente, así como la consulta de fuentes de documentación local de los años 2005-2006.
3. Construcción del proyecto. Con base a la formación recibida en el seminario de investigación y los lineamientos institucionales establecidos se elaboró el presente.
4. Solicitud de registro y aceptación del proyecto. Una vez concluido el proyecto se solicitará autorización y registro al comité local de investigación de la UMF No. 94.
5. Recolección de la información. El investigador recabará la información necesaria para el logro de los objetivos propuestos en el trabajo mediante el instrumento anteriormente señalado.
6. Vaciado de información en programa estadístico. La información recogida será vaciada en hoja de cálculo del programa estadístico SPSS.
7. Análisis estadístico de la información. Con base al diseño de nuestro trabajo y escala de medición de nuestras variables se realizará análisis estadístico.
8. Elaboración de resultados. Se presentarán los resultados mediante cuadro o gráficas según corresponda la variable a presentar.
9. Análisis de resultados. Se elaborarán razonamientos lógicos con base a los resultados obtenidos.
10. Elaboración de conclusiones y alternativas de solución. Se expondrán lógicamente y racionalmente los resultados de nuestra investigación, de manera tal que permita establecer alternativas de solución.
11. Presentación de trabajo de investigación terminado. Nuevamente se presentará trabajo ante comité de investigación, con el propósito de obtener dictamen de terminación.

Cronograma de actividades. Anexo 4

Recursos del estudio.

- Físicos: Instalaciones de la UMF 94.
- Humanos: Dra. Jacqueline De Jesús Ortiz. Residente de la Especialidad de Medicina Familiar. Dra. Patricia Ocampo Barrio. Asesor Metodológico. Dr. Ricardo Shibata Murakami. Asesor de tema.
- Tecnológicos: Computadora, USB, impresora, programas estadísticos.
- Financieros: Propios del investigador responsable del proyecto de investigación.
- Materiales: Hojas blancas, lápiz y bolígrafo, borrador.

Aspectos éticos.

En el presente proyecto de investigación se tomo en consideración las normas éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y la declaración de Helsinki de 1975 y sus enmiendas, así como los códigos y normas internacionales vigentes para las buenas prácticas en la investigación clínica. Además de lo anterior en cuanto al cuidado que se deberá tener con la seguridad y bienestar de los pacientes se respetaran cabalmente los principios contenidos en el Código de Nuremberg, La declaración de Helsinki y sus enmiendas, el Informe de Belmont y el Código de Reglamentos Federales de Estados Unidos.

Con el propósito de obtener el consentimiento del participante se elaboró una carta de consentimiento informado que se ubica en el apartado de anexos número 5, la cual considera los siguientes principios éticos básicos:

1. Respeto.- Se respetará a las participantes en nuestro estudio al conservar su anonimato y no resaltar ninguna de sus características personales.
2. Beneficencia.- En el estudio pretendemos demostrar los beneficios adicionales de los métodos de planificación familiar, principalmente la presencia de una mayor satisfacción sexual de las usuarias en comparación con las no usuarias.
3. Justicia.- Pretendemos en lo posible ofrecer la posibilidad de participar o no participar en el estudio a los individuos.

Resultados

Del 1º de marzo al 31 de mayo del año 2007, se estudiaron 150 mujeres en etapa de edad fértil derechohabientes de una Unidad de Medicina Familiar.

Descripción del comportamiento de las variables de intervención

La edad promedio de nuestra muestra fue de 28.93 años con una desviación estándar de +/- 6.38 años y rango de 17 a 49 años. Se encontraron casadas el 78%(117), en unión libre el 21.3% (32) y solteras 0.7%(1). Ver gráfico 1 Señalaron una escolaridad de primaria el 8.7% (13), de secundaria el 39.3 % (59), bachillerato el 40% (60), y estudios profesionales 12% (18). Ver gráfico 2

El número de hijos por mujer fueron 13.3% (20) sin ningún hijo, 69.3% (104) con 1 a 2 hijos y 17.3% (26) con mas de 3 hijos. Ver gráfico 3

En promedio señalaron una convivencia permanente con su pareja de 1.7 años con una desviación estándar de +/- 0.77 años y rango 4 meses a 25 años. El 46.7% (70) refirió una convivencia de entre 1 a 5 años, el 33.3% (50) de entre 6 a 10 años y el 20% (30) más de 10 años. Ver gráfico 4

Descripción del comportamiento de la variable independiente

El 82%(123) expreso ser usuaria de algún tipo de método anticonceptivo, en tanto que el 18%(27) no utilizaba ningún método. De las usuarias a métodos anticonceptivos el que predomino fue el DIU representado por un 26.75% (40), seguida de la OTB con un 12.7% (19), condón 10% (15), hormonales orales 8% (12), implante subdérmico 8% (12), parche 6.7% (10), hormonales inyectables 6% (9) y vasectomía 4% (6). Ver gráfico 5

Descripción del comportamiento de la variable dependiente

El 97.3 % (146) de las mujeres reportaron estar satisfechas sexualmente y solo un 2.7 %(4) se calificaron con insatisfacción sexual Ver gráfico 6, correspondiendo estas últimas al grupo de usuarias a métodos de planificación familiar, 3 usuarias de DIU y 1 de OTB. Ver gráfico 7

Descripción del comportamiento entre variables de intervención y variable dependiente.

Para relacionar estadísticamente las variables de intervención con la variable dependiente se utilizó la Prueba Exacta de Fisher (por el número de elementos por casilla).

Satisfacción sexual con relación a: edad (p de 0.01), estado civil, escolaridad y número de hijos (p de 1) y años de unión (p de 0.6).

Descripción de la relación entre usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos y satisfacción sexual.

Para relacionar estadísticamente la variable independiente con la dependiente se utilizó la Prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis (para más de dos muestras independientes).

Al relacionar uso o no de métodos anticonceptivos y satisfacción sexual se obtuvo p de 0.3. En tanto que al comparan los diferentes métodos anticonceptivos con la satisfacción sexual de las usuarias se obtuvo una p de 0.7.

Análisis de resultados

Debido a los criterios de selección utilizados, la edad promedio de las mujeres incluidas en nuestro estudio se ubicó en la tercera década de la vida. La mayoría de ellas se encontraban casadas, toda vez que este es uno de requisitos establecidos por la institución de salud donde se realizó el estudio, para otorgar los beneficios de la seguridad social. La escolaridad encontrada podemos considerarla como elevada (secundaria y bachillerato), si consideramos que el promedio de escolaridad en México es de 7.8 grados, de acuerdo a la evaluación realizada por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) en el año 2003.²⁰ El mayor porcentaje de nuestras mujeres señalaron tener de 1 a 2 hijos, condición acorde al comportamiento nacional de las mujeres, ya que de acuerdo a los reportes de la CONAPO, en la actualidad cada mujer tiene 1.7 hijos.³

En promedio los años de convivencia con la pareja fue de 1.7, probablemente a causa de que la mayoría de las mujeres que participaron en el estudio eran mujeres jóvenes con una edad entre 22 a 34 años.

Encontramos una elevada proporción de mujeres con protección anticonceptiva (82%), situación afín a los avances del Programa Nacional de Planificación Familiar. Para el año 1976 la CONAPO señaló que un 30.2% de las mujeres del país eran usuarias de métodos anticonceptivos, para el año 1988 este porcentaje se incrementó a un 52.7% y para el año 2000 alcanzó el 70.8%.²¹

Los tres principales métodos utilizados por las mujeres usuarias de métodos de anticoncepción fueron: dispositivo intrauterino, oclusión tubaria bilateral y condón. El reporte de un estudio realizado en 14 países de América Latina sobre métodos anticonceptivos, los tres métodos más usados en orden decreciente fueron: hormonales orales (45%), condón (25%) y dispositivo intrauterino (17%); en tanto que la oclusión tubaria bilateral se ubicó en un quinto lugar (12.8%).²² A este respecto, en nuestro país la CONAPO en el año 1997, señaló que los métodos anticonceptivos más utilizados en

orden decreciente fueron la oclusión tubaria bilateral (44.7 %), dispositivo intrauterino (20.8 %) y condón (12.3 %), comportamiento que se asemeja a los resultados de nuestro estudio. ²¹

En relación a la satisfacción sexual, encontramos que un alto porcentaje (97.3%) de las mujeres entrevistadas se consideran sexualmente satisfechas. Resultados que no contrastan otros estudios, por ejemplo el realizado en 14 países de América Latina sobre métodos anticonceptivos en donde se reportó un 42.4% de satisfacción sexual y un 14.2 % de las participantes en el estudio manifestaron algún grado de insatisfacción. ²²

Al relacionar las variables de intervención (edad, estado civil, escolaridad, número de hijos y años de unión con la pareja) con la variable dependiente (satisfacción sexual) no se encontró evidencia estadísticamente significativa entre ambas variables. Situación similar se presentó cuando relacionamos satisfacción sexual y deseo sexual entre usuarias, no usuarias y tipo de método anticonceptivo, como lo reporta un estudio realizado en la Ciudad de la Habana Cuba, en donde se identificó que el 33.7% de las usuarias a píldora o DIU se refirieron como satisfechas y solo un 18% de las usuarias de métodos de barrera se manifestaron satisfechas sexualmente. ¹⁶ Este comportamiento, tal vez podría radicar en dos condiciones: a) homogeneidad de las características socioculturales (edad, estado civil, escolaridad y número de hijos) de la muestra estudiada y b) instrumento utilizado para identificar estas variables.

Conclusiones

1. El 97.3 % de las mujeres entrevistadas se refirieron sexualmente satisfechas.
2. No existen diferencias estadísticas entre ser usuaria y no usuaria de algún método anticonceptivo.
3. No existen diferencias estadísticas entre la satisfacción sexual y los diferentes métodos anticonceptivos empleados por las mujeres usuarias.
4. La edad, el estado civil, la escolaridad, los años de unión con la pareja y el número de hijos no interviene en la satisfacción sexual de las mujeres.

Sugerencias

Los resultados de esta investigación ponen de manifiesto la importancia de estudiar otros factores que influyen más directamente en su satisfacción sexual como lo es la relación interpersonal, de comunicación, de crecimiento y cumplimiento de expectativas y metas.

La satisfacción sexual se ve alterada por múltiples factores tales como: sentimientos de culpa, prejuicios y tabúes, miedos interiorizados, estrés, medicamentos falta de comunicación, por mencionar algunos.

Es importante señalar que los mitos y prejuicios que acompañan el uso de los métodos de anticoncepción, son los que llegan a influir más en la satisfacción sexual de la pareja.

Un sesgo del estudio es la diferencia entre el número de usuarias y no usuarias a métodos de planificación familiar, esto se debe a que asisten con mayor frecuencia a la U.M.F. 94 un notable número de usuarias en comparación con las no usuarias.

Por lo cual se sugiere que para investigaciones posteriores se evalué otros aspectos enfocados principalmente sobre la relación de pareja y los mitos que se tienen sobre el uso de métodos anticonceptivos en relación con la satisfacción sexual.

Anexo 1.

Métodos anticonceptivos de empleo en el IMSS

Anticonceptivos orales e inyectables.	
Descripción y efecto	Son compuesto hormonales que pueden ser diferentes en su tipo, dosis y presentación. Tienen un efecto anovulatorio. Su efecto anticonceptivo tiene una duración mensual y en algunos casos bimestral.
Ventajas de uso:	Altamente eficaces. Temporales y reversibles. Proporcionan la regulación de los ciclos menstruales. Disminuyen la presencia de sangrados abundantes y dolor menstrual. Previenen el cáncer y algún tipo de enfermedad inflamatoria.
Inconvenientes en su uso:	Se deberá recordar la hora y el día de su ingesta o aplicación. Su interrupción puede condicionar falla en su efecto. Disminución de la cantidad o número de días de sangrado. Ausencia menstrual. Algunas mujeres pueden experimentar: náuseas, cefalea, discreto aumento de peso, sensibilidad en los senos.
Señales de peligro:	Dolores severos de cabeza, piernas o abdomen, Visión borrosa. Severas irregularidades menstruales. Manchas en cara.
Efectos sobre la sexualidad:	La seguridad que ofrece este método amplía la libertad sexual. No interrumpe el juego sexual. La mujer adquiere mayor sensibilidad en sus pechos y pezones, ello facilita la estimulación.

Dispositivo intrauterino.	
Descripción y efecto.	El DIU es un pequeño objeto de plástico o con cobre que se coloca en el útero. Evita la fecundación mediante una acción espermaticida.
Ventajas de uso:	Eficaz de un 97 a un 99%. No interfiere con la actividad sexual. Puede aplicarse en el posparto o en otro momento vigilando que no sea expulsado. Temporal y reversible. Pueden usarse durante la lactancia.
Inconvenientes en su uso.	Requiere personal capacitado para su aplicación o retiro. Puede ser dolorosa su inserción o su retiro. Pueden provocar sangrados abundantes o menstruaciones dolorosas sobretodo al iniciar su uso. En mujeres con varios compañeros sexuales. En mujeres con infecciones pélvicas o cervicales activas. En mujeres con períodos menstruales irregulares, dolorosos o prolongados. En mujeres que han tenido un embarazo ectópicos.
Señales de peligro	Molestias o dolores en ella o de su compañero durante la relación sexual. Infección o secreciones vaginales anormales. Escalofríos, fiebre o malestar general sin una causa aparente.
Efectos sobre la sexualidad:	El método se aplica y no se olvida. Es una decisión íntima que puede conservarse en secreto aún del compañero. Produce seguridad y libertad de la expresión sexual.

Implanon.	
Descripción y efecto:	Es un método que consta de una cápsula de silastic que contiene hormonas e impide la ovulación. Se aplica de manera subcutánea de brazo o la pierna.
Ventajas de uso:	Eficaz de un 97 a 99 %. No interfiere en la actividad sexual. Temporal e reversible.
Inconvenientes de uso:	Requiere personal capacitado. Puede ser dolorosa la inserción o su retiro. No puede usarse en mujeres lactantes. En mujeres con alteración menstruales.
Señales de peligro:	Hemorragia o retraso de la menstruación. Dolores abdominales o inflamación pélvica.
Efectos sobre la sexualidad:	Produce ocasionalmente mayor sensibilidad corporal por las hormonas que libera.

Preservativo	
Descripción y efecto:	Es un objeto de látex o plástico que se usa para cubrir el pene durante el coito. Evita el paso de espermatozoides a la vagina.
Ventajas de uso:	Eficientes en un 90% y hasta un 99% si se aplican espermicidas. Es fácil de obtener y de usar. No tiene efectos secundarios. Ayuda a la protección de las enfermedades de transmisión sexual incluyendo el VIH. Son reversibles y temporales. Son ideales para parejas que tienen relaciones sexuales ocasionales.
Inconvenientes de uso:	Mal uso, interrumpen la actividad sexual. Atenúan la sensibilidad durante el coito en algunos hombres o mujeres. Es preciso tener varios preservativos disponibles, porque debe usarse uno nuevo para cada relación.
Señales de peligro:	Aparentemente ninguna. Un paquete de condones en mal estado o almacenado por mucho tiempo disminuye su eficiencia porque puede romperse. Si el látex o el lubricante producen irritación, conviene cambiar de marca.
Efectos sobre la sexualidad:	Prolongan el tiempo de la respuesta sexual, retardan la eyaculación y el orgasmo, permitiendo mayor placer. Permite un mayor conocimiento de los órganos genitales del compañero y otras formas de estimulación y tocamientos mutuos. La erección del pene va desapareciendo muy lentamente después de la eyaculación. La mujer y el hombre no se sienten tan húmedos y algunos se sienten limpios.

Salpingoclasia.	
Descripción y efecto:	Es una operación en la que se ligan y cortan las Trompas de Falopio, lo que evita la unión del óvulo y los espermatozoides.
Ventajas de uso:	Es muy eficaz. No tiene efectos secundarios. Es un método permanente. La mujer seguirá menstruando pero no podrá tener hijos.
Inconvenientes de uso:	Es una cirugía que requiere anestesia. Deja una cicatriz pequeña en el abdomen. No es reversible. Requiere servicios especializados para su realización. Pueden atribuírsele efectos irreales si no se otorga una Consejería adecuada y una decisión libre y voluntaria.
Señales de peligro:	Complicaciones en la cirugía y posterior a ella: fiebre, dolores agudos, sangrado o infección en la herida.
Efectos sobre la sexualidad:	La seguridad que produce la eficacia del método repercute en una expresión libre y sana de la sexualidad. No interrumpe el acto sexual. La dedición libre y voluntaria de terminar con la fecundidad produce bienestar en la pareja y reafirma los valores femeninos.

Vasectomía.	
Descripción y efecto.	Es una operación sencilla en la que se cortan los conductos que llevan los espermatozoides desde los testículos hasta el pene. El hombre sigue eyaculando semen pero éste no contiene espermatozoides.
Ventajas de uso:	Muy eficaz. El procedimiento es muy simple y seguro. No tiene efectos secundarios duraderos. No deja cicatriz. Es un método permanente. No requiere hospitalización.
Inconvenientes de uso:	Molestias durante la intervención y un poco después de ella. No es eficaz de inmediato, debe usarse otro método anticonceptivo mientras se vaya eliminando todos los espermatozoides, de 16 a 20 eyaculaciones aproximadamente. No es reversible. Hombres con patología testicular o escrotal.
Señales de peligro:	Si se observa sangrado en la herida. Si el escroto está muy adolorido o inflamado o Si hay fiebre. Algún cambio en el patrón de respuesta sexual.
Efectos sobre la sexualidad:	La seguridad que produce la eficacia del método repercute en una expresión libre y sana de la sexualidad. No interrumpe el acto sexual. La dedición libre y voluntaria de terminar con la fecundidad produce bienestar en la pareja y reafirma los valores femeninos.

Fuente: Manual de Conserjería en Salud Reproductiva y Planificación Familiar. Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil. IMSS. Agosto 1999.

Anexo 2: Cuadro de variables.

Nombre y tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Tipo de variable	Escala de medición	Categoría de la variable
Satisfacción sexual Variable dependiente	El agrado que muestra y experimenta cada cónyuge en su relación sexual, vinculado con la percepción de rasgos positivos en la pareja: comunicación, confianza y años de relación	Agrado referido por la mujer a través de la escala de intimidad sexual	Escala de Intimidad Sexual	Cualitativa	Nominal	Puntuaciones >72 indican la presencia de satisfacción sexual. Puntuaciones de 71 ó < indican la ausencia de esta característica.
Usuaris y no usuarias de métodos de planificación familiar Variable independiente	Usuaris: mujeres que utilizan métodos anticonceptivos para impedir la capacidad reproductiva de la pareja o del individuo en forma temporal o definitiva No usuarias: mujeres que no utilizan métodos anticonceptivos	Lo referido por la mujer	Usuaris No usuaria	Cualitativa	Nominal	Si lo utilizan: DIU, condón, hormonal oral, hormonal inyectable, implante subdérmico, parche, vasectomía y salpingoclasia No lo utilizan
Edad Variable interviniente	Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento.	Años de vida referidos por la mujer	No necesario	Cuantitativa	Discontinua	NN
Estado civil Variable interviniente	Situación legal en que se encuentra una persona con referencia a su pareja	Lo referido por la mujer	No necesario	Cualitativa	Ordinal	Casado Unión libre Soltero
Escolaridad Variable interviniente	Periodo de tiempo durante el cual se asiste a un centro de enseñanza	Lo referido por la mujer	No necesario	Cualitativa	Ordinal	Primaria. Secundaria. Nivel medio superior. Profesional
Tiempo de vida matrimonial Variable interviniente	Periodo de tiempo en que se vive con la pareja	Lo referido por la mujer	No necesario	Cuantitativa	Discontinua	1 a 5 años 6 a 10 años >11 años
Número de hijos Variable interviniente	Número de productos nacidos vivos hasta el momento actual	Lo referido por la mujer	No necesario	Cuantitativa	Discontinua	0 1 a 2 3 o mas

Anexo 3: Escala de intimidad sexual de la pareja.

Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad de Medicina Familiar No. 94

Instrucciones: A continuación, hay una serie de oraciones referentes a la forma en que Usted se relaciona con su pareja. Por favor, lea cada una con atención y marque con una X la que mejor describa su sentir.

Edad:

Estado civil:

Escolaridad:

Años de unión:

Número de hijos:

No	Enunciado	Totalmente de acuerdo (5)	De acuerdo(4)	Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)	En desacuerdo (2)	Totalmente en desacuerdo (1)
1	Mi pareja me satisface sexualmente					
2	Mi pareja sabe como hacerme el amor					
3	Me gusta lo que hace mi pareja cuando estamos juntos					
4	Mi pareja tiene la capacidad de hacerme sentir satisfecha sexualmente					
5	Es importante para mí, satisfacer sexualmente a mi pareja					
6	Me gusta lo que me da mi pareja al hacerme el amor					
7	Disfruto intensamente el acercamiento físico con mi pareja					
8	Experimento un sentimiento diferente cuando me complace mi pareja					
9	Me agrada que mi pareja me pregunte cuando deseo estar a solas con él					

10	Me gusta complacer a mi pareja					
11	Me agrada expresar frases que hacen sentir bien a mi pareja					
12	Expongo a mi pareja como deseo que pasemos el tiempo que nos dedicamos mutuamente					
13	Me encanta tener relaciones sexuales con mi pareja					
14	Mi pareja y yo nos besamos cuando lo deseamos					
15	Hago saber a mi pareja cuando algo no me satisface					
16	Me siento feliz después de nuestra relación sexual					
17	Mi pareja y yo nos acariciamos					
18	Mucho de lo que siento solo puedo compartirlo con mi pareja					
19	Me gusta decir a mi pareja frases que le hacen sentir bien					
20	Expreso a mi pareja cuando deseo acariciar una parte de su cuerpo					
21	Comparto con mi pareja la sensación de bienestar que me provoca					
22	Creo que a mi pareja le agrada que tratemos temas que enriquecen nuestra relación sexual					
23	Mi pareja y yo buscamos privacidad para platicar de lo que sentimos durante nuestra relación sexual					
24	Me gusta decir a mi pareja frases cariñosas mientras hacemos el amor					

Anexo 4: Cronograma de actividades.

ACTIVIDADES	2006							2007							2008										
	MAR OCT	ABR NOV	MAY DIC	JUN	JUL	AGT	SEP	ENE OCT	FEB NOV	MAR DIC	ABR	MAY	JUN	JUL	AGT	SEP	ENE SEP	FEB OCT	MAR NOV	ABR DIC	MAY	JUN	JUL	AGT	
Selección del tema a investigar	x																								
Investigación bibliográfica	x	x	x	x	x	x																			
Construcción del proyecto			x	x	x	x	x	x	x	x															
Solicitud de registro y aceptación del proyecto										x															
Recolección de la información										x	x	x													
Vaciado de información en programa estadístico												x	x												
Análisis estadístico de la información														x											
Elaboración de resultados															x										
Análisis de resultados																x									
Elaboración de conclusiones y alternativas de solución																x	x								
Presentación de trabajo de investigación terminado																							x	x	

Anexo 5

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NORTE DEL D.F.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94
JEFATURA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACION EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

LUGAR Y FECHA: _____ México, D.F., Instituto Mexicano del Seguro Social, U. M. F.
No 94, Camino San Juan de Aragón S/N, Col. Casas Alemán.

Por medio de la presente, acepto participar en el proyecto de investigación titulado: **Satisfacción sexual y métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil.**

Registrado ante el Comité Local de Investigación con el número: **3515-2007-02**

El objetivo del estudio es comparar la satisfacción sexual que existe en mujeres derechohabientes usuarias y no usuarias de métodos de planificación familiar y comparar la satisfacción sexual que existe en mujeres derechohabientes usuarias de los diversos métodos de planificación familiar.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar 26 pregunta acerca de la intimidad sexual que establezco con mi pareja.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes: el tiempo que se requiere para contestar el cuestionario, incomodidad en responder a las preguntas y en el caso de detectarse una alteración en la relación con mi pareja se le informara a mi medico para que realice las acciones necesarias para su tratamiento.

El investigador responsable sea comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de las preguntas que se realizaran, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo

Nombre y firma del paciente.

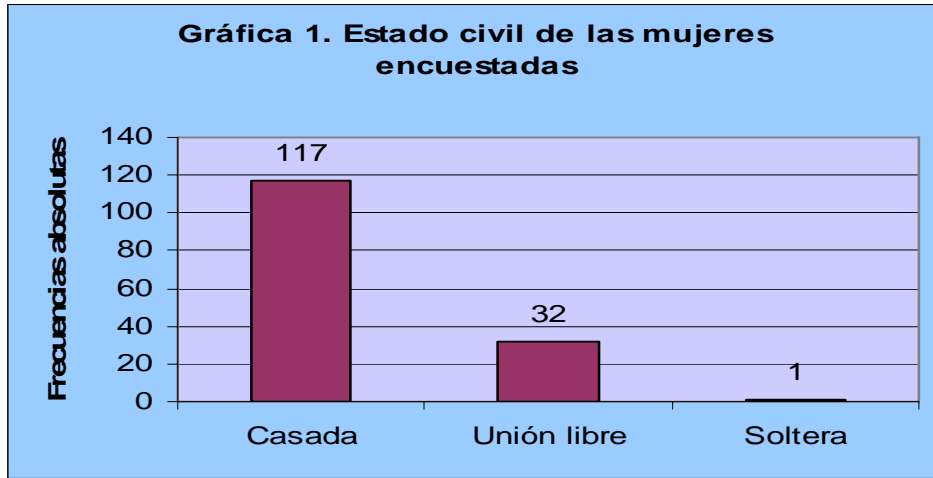
Nombre, matrícula y firma del investigador

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: **57672799 ext. 224 y 226**

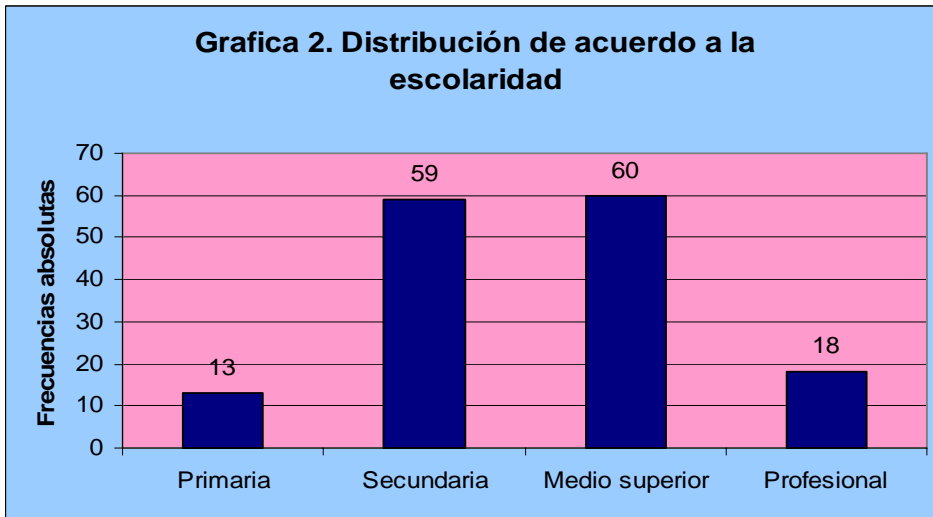
Testigo

Testigo

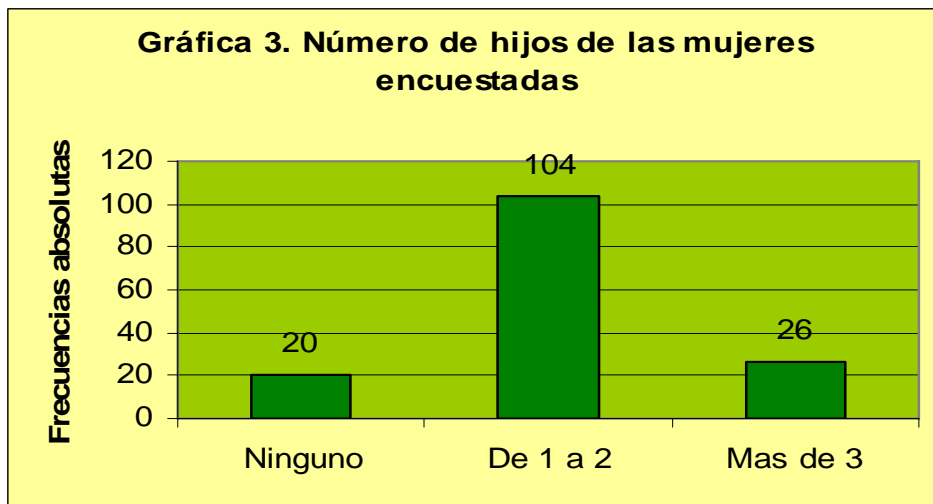
Anexo 6 Gráficas



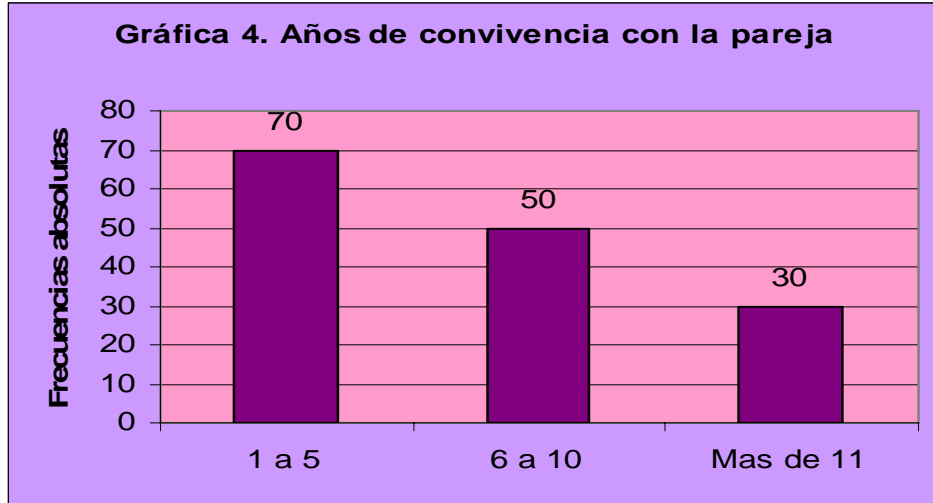
Fuente: Encuestas aplicadas en la UMF 94



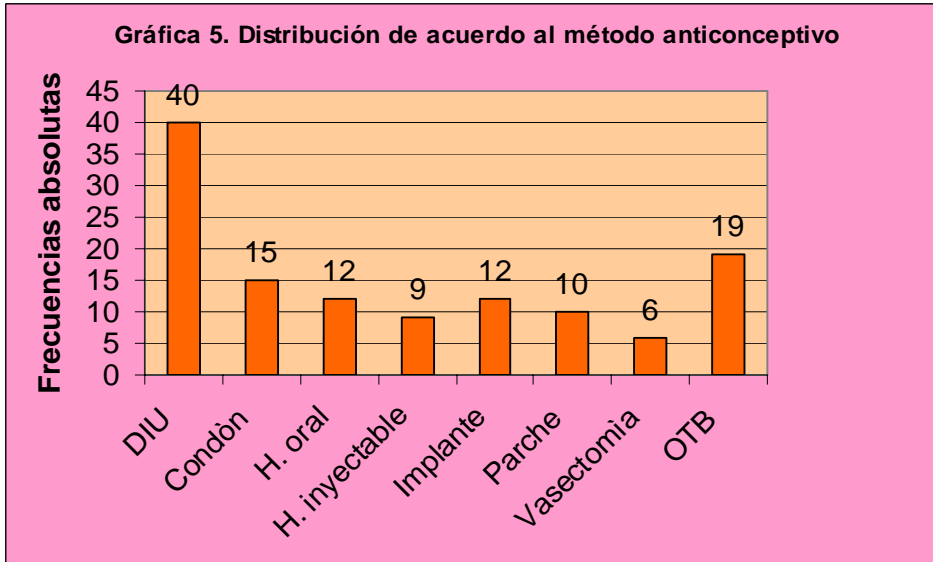
Fuente: Encuestas aplicadas en la UMF 94



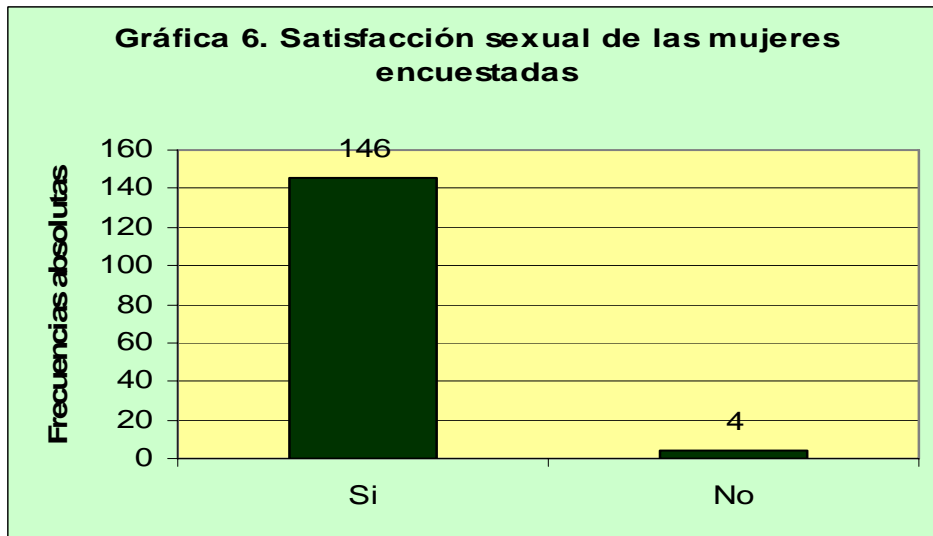
Fuente: Encuestas aplicadas en la UMF 94



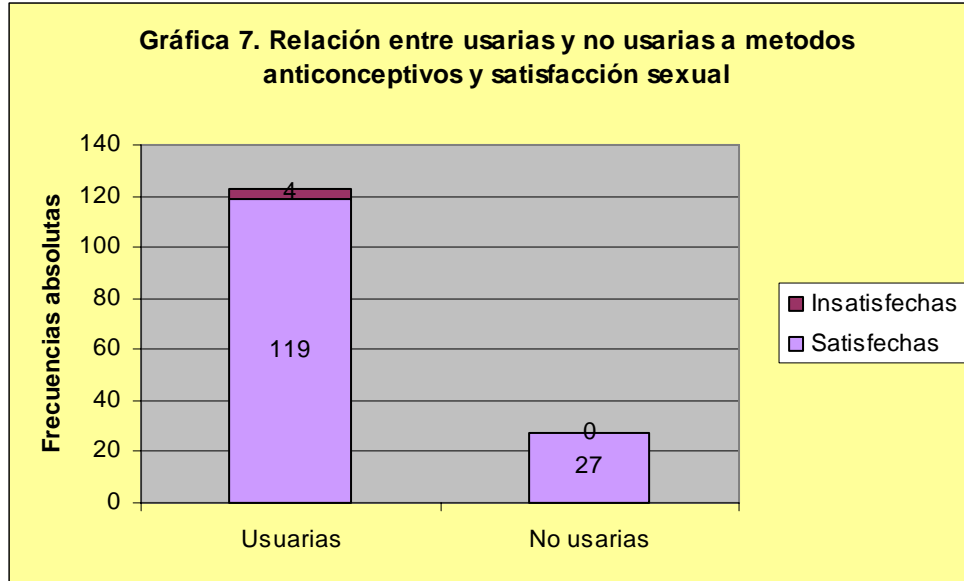
Fuente: Encuestas aplicadas en la UMF 94



Fuente: Encuestas aplicadas en la UMF 94



Fuente: Encuestas aplicadas en la UMF 94



Fuente: Encuestas aplicadas en la UMF 94

Bibliografía

1. El control de la natalidad: Los antecedentes del movimiento antinatalista, los argumentos del mismo y sus respuestas." Revista ARBIL, No. 49, pp. 1-12. En [http://www.arbil.org/\(49\)muje.htm](http://www.arbil.org/(49)muje.htm)
2. Faúndes A. Avances recientes en anticoncepción y planificación familiar. Salud Pública Mex 1992; 34:5 – 17.
3. Alberto AD. Anticoncepción en México. Ginecol Obstet Méx 2002; 70(5):227 - 35. En http://scielox.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S030090412002000500002&lng=es&rm=iso&tlng=es
4. Preferencias reproductivas y anticoncepción. En <http://www.cddhcu.gob.mx/camdip/comlvii/compyd/pnp02.htm>
5. Gary CF, MacDonald PC, Gant NF, Kenneth JI, Gilstrap LC, Hankins GD, Clark SL. Williams obstetricia. 20th ed. México: Editorial Médica Panamericana, 1998:1245 - 64.
6. Carranza LS. Fundamentos de endocrinología, ginecológica y reproductiva. México: Masson Doyma, 2003: 281 -98.
7. Molina CR. Anticoncepción guía práctica. 3th ed. Chile: Mediterráneo, 2002:65 – 89.
8. Manual de Conserjería en Salud Reproductiva y Planificación Familiar. Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil. IMSS. Agosto 1999.
9. Lagarde, Marcela. La sexualidad. Del libro "Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas". En http://www.creatividadfeminista.org/articulos/sex_2003_lagarde.htm#introduccion
10. Planificación familiar y regulación responsable de la fecundidad. En <http://www.monografias.com/trabajos13/planfam/planfam.shtml>
11. Dr. Pedro Barreda Revisión: Julio 2005 Flores Colombino (1990) Distar 4a. Montevideo <http://www.pediatraldia.cl/>
12. Efectos de la edad, sexo y la escolaridad en la satisfacción marital. Sonia Martínez León. En http://www.uvmnet.edu/investigacion/episteme/numero1-04/reportes/a_efectos.asp

13. Valdez-Rodríguez MP, Sapién-López JS, Cordoba-Basulto DI. Significados de satisfacción sexual en hombres y mujeres de la zona metropolitana. *Psicología y ciencia social* 2004; 6: 34 – 48.
14. Velasco-Campos ML, Luna-Portillo MR. Instrumentos de evaluación de terapia familiar y de pareja. México: Pax, 2006: 223 – 41.
15. Mitos y creencias respecto a la sexualidad femenina y masculina. En <http://www.ecovisiones.cl/ecosalud/mitossexualidad.html>
16. Balestena-Sánchez JM, Suárez-Blanco C, Villareal-Suárez A, Balestena- Sánchez S. Influencia de algunos métodos anticonceptivos en la sexualidad humana. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2001; 27(3): 184 - 90. En [http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol27_3_01/gin02301.htm .pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol27_3_01/gin02301.htm.pdf)
17. La anticoncepción influye en la calidad de la vida. La salud y las relaciones son algunas de las formas en que el uso de la PF tiene que ver con la calidad de la vida. *Network en español*: Verano 1998; 18(4) En http://www.fhi.org/sp/RH/Pubs/Network/V18_4/NW184ch2.htm.
18. López N, Vera LM, Orozco LC. Diferencias en los conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales relacionados con el SIDA, entre hombres y mujeres jóvenes de Bucaramanga. *Colombia Med* 2001; 32: 32- 40.
19. Pick de Weiss S, Andrade Palos P. Relación entre el número de hijos, la satisfacción marital y la comunicación con el cónyuge. *Salud Mental* 1988; 11:15 – 8.
20. ¿Cuál es el nivel educativo de México según la OCDE? <http://ar.answers.yahoo.com/question/index?qid=20060731111450AAWciWH>
21. Porcentaje de mujeres unidas en edad fértil que usa métodos anticonceptivos 1976 – 2000 <http://www.conapo.gob.mx/00cultdemo/02.htm>
22. Corral JL, Santoyo HS, Alvarado SG, Pons JE, Domínguez OJ, Ponce ER. y col. Centro latinoamericano salud y mujer: estudios sobre métodos anticonceptivos en mujeres de 14 países de América Latina. *Aten Fam* 2006;13(5):104-9.