



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA / UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR NO. 13**

**PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL EN USUARIAS DE
MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN HOSPITAL
GINECO OBSTETRICIA Y UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
NO. 13**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL:
TÍTULO DE ESPECIALISTA
EN:
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

Dra. Ericka Martínez Palomino
Médico Residente de Tercer Año del Curso de
Especialización en Medicina Familiar

TUTOR DE TESIS:

Dra. Alma Italia Guerrero Martínez
Subdirector Médico
Hospital Regional de Zona No. 48

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR:

Dra. Miriam Limón Lemus
Dra. Carla Elena Carmona Galindo
Dra. Paola Monserrat Romero Torres



Ciudad de México a 13 de Septiembre 2022

Registro Institucional: R-2020-3511-011



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.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3511
U MED FAMILIAR NUM 14

Registro COFEPRIS 19 CI 09 017 032
Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 09 CEI 012 2018082

FECHA Lunes, 14 de septiembre de 2020

Dra. ALMA ITALIA GUERRERO MARTINEZ

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL EN USUARIAS DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA Y UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 13** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**.

Número de Registro Institucional

R-2020-3511-011

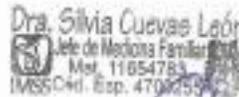
De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. ANDRÉS LEÓN SANTAMARÍA

PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL EN USUARIAS DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN HOSPITAL GINECO OBSTETRICIA Y UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 13

AUTORIZACIONES


Dra. Silvia Cuevas León
Unidad de Medicina Familiar No. 13
Met. 11654783
IMSS Céd. Esp. 4703255

Dra. Silvia Cuevas León
Directora

Unidad de Medicina Familiar No. 13


Dra. Blanca Berenice García Rivera
Coordinadora Clínica de Educación e Investigación en Salud
Unidad de Medicina Familiar No. 13
Met. 99167963
Céd. Esp. 121208

Dra. Blanca Berenice García Rivera
Coordinadora Clínica de Educación e Investigación en Salud
Unidad de Medicina Familiar No. 13


Dra. Alma Italia Guerrero Martínez
Subdirector Médico y Asesora de Tesis
Hospital Regional de Zona No. 48
Met. 95137064
Matrícula 99368648

Dra. Alma Italia Guerrero Martínez
Subdirector Médico y Asesora de Tesis
Hospital Regional de Zona No. 48


Dra. Miriam Limón Lemus
Profesora Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar
Unidad de Medicina Familiar No. 13
Céd. Prof. 472005

Dra. Miriam Limón Lemus
Profesora Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar
Unidad de Medicina Familiar No. 13



Ericka Martínez Palomino
Médico Residente de Tercer Año del Curso de Especialización en Medicina Familiar
Unidad de Medicina Familiar No. 13



IMSS
HOSP. DE GINECO OBSTETRICIA
CON U. M. F. No. 13
SUB-DIRECCION ADMVA.

AGRADECIMIENTOS

Son muchas las personas que han contribuido al proceso y conclusión de este trabajo, pero en primer lugar quiero agradecer a mi asesora de Tesis, la Dra. Alma Italia Guerrero Martínez quien fue un apoyo académico invaluable, además de ser un ejemplo de profesionista y ser humano que ha marcado mi vida, gracias por su paciencia, esfuerzo y compromiso académico.

A la Dra. Miriam Limón Lemus quien supervisó de cerca mi trabajo de tesis, así como mi desempeño y crecimiento académico durante mi proceso formativo, quien tuvo el acierto de reclamar mejorara actitudes y valores para mi desempeño profesional.

A mis maestros quienes con su ardua labor cultivaron en mí el conocimiento requerido y afecto a mi profesión.

A mi pequeña *bolitocha*: con todo mi amor y cariño, pues debido a ella decidí emprender y mantener este camino llamado residencia, jamás dejaré de abocar todo mi esfuerzo y dedicación en ti con la esperanza de verte una mujer feliz, saludable y buena ciudadana.

A mi *mamichu*: por quien, gracias a su ejemplo, trabajo duro, dedicación, esmero y apoyo incondicional he logrado cada una de mis metas, éste logro es más tuyo que mío, no existe nada en esta vida con lo que pueda pagar todo lo que has hecho por mí, te estoy infinitamente agradecida.

A mi *flaquita*: quien ha seguido de cerca todos mis triunfos y fracasos a lo largo del camino sin perder la fe en mí, siempre apoyándome incondicionalmente y de quien he aprendido la virtud de la disciplina y la pasión por lo que uno hace. Te quiero infinito.

A mi familia, incluyendo a aquellos que ya no se encuentran entre nosotros, pues siempre me han tendido la mano para socorrerme económica, emocional y moralmente, sinceramente gracias.

A mis amigos quienes sin esperar nada a cambio compartieron conmigo lunches, dinero, conocimiento, alegrías, tristezas, desvelos, tertulias interminables de temas inapropiados que hicieron cada día más ameno y llevadero. Los amo a cada uno de ustedes.

Contenido

1. Resumen Estructurado	6
2. Introducción	7
3. Marco Teórico.....	7
4. Planteamiento del Problema	16
5. Pregunta de Investigación	17
6. Justificación	17
7. Objetivo General	18
7.1 Objetivos Específicos.....	18
8. Hipótesis.....	18
8.1 Hipótesis nula.....	18
9. Metodología	18
9.1 Diseño de Estudio	18
9.2 Lugar de Estudio	19
9.3 Período de estudio	19
9.4 Población de estudio	19
9.5 Criterios de Inclusión.....	19
9.6 Criterios de Exclusión	19
9.7 Criterios de Eliminación	19
9.8 Descripción del Estudio	20
10. Resultados.....	20
10.1 Discución de Resultados.....	27
10.2 Conclusiones.....	30
11. Recursos, Funcionamiento y Factibilidad	31
12. Aspectos Éticos	31
12.1 Riesgo de la Investigación	31
12.2 Contribución y beneficios del estudio para la sociedad	31
12.3 Confidencialidad	32
12.4 Forma de selección de los pacientes.....	32
13. Lineamientos y normas.....	32

1. Resumen Estructurado

Título: Prevalencia de disfunción sexual en usuarias de métodos de planificación familiar en Hospital Gineco Obstetricia y Unidad de Medicina Familiar no 13.

Martínez (1), Guerrero (2)

Introducción: Disfunción sexual abarca las diversas maneras por las cuales una persona es incapaz de participar en una relación sexual como lo hubiera deseado. Una alteración en el ámbito sexual genera un impacto negativo en la calidad de vida, salud mental y física generando alto costo en sector salud. La asociación entre función sexual y anticoncepción es controvertida, supone que la disminución de testosterona libre que genera alteraciones en la secreción vaginal, dispareunia y disminución de la libido, traduciéndose esto en un factor para desarrollo de otras patologías.

Objetivo: Evaluar la prevalencia de disfunción sexual en usuarias de métodos de planificación familiar para incidir de manera oportuna en la elección de anticoncepción y evitar comorbilidades asociadas a la misma

Material y método: Se realizó un estudio observacional analítico transversal con muestreo no probabilístico por conveniencia para el investigador, en donde se efectuó la encuesta de función sexual femenina del Dr Froilán Sánchez a 377 mujeres en edad reproductiva de 15 a 44 años usuarias de anticonceptivos en la HGO/UMF 13; Se calcularon medidas de tendencia central y se utilizó estadística inferencial para demostrar asociación a través de la prueba Chi cuadrada.

Resultados: La media de edad fue de 25 a 29 años. La prevalencia de disfunción sexual fue del 26%, el implante subdérmico con etonogestrel presentó mayor prevalencia en el desarrollo de esta en un 33.67%. El dominio de afectación de la función sexual más alterado fue el orgasmo. 40.8% tenían IMC normal, 52.04% eran solteras, 42.85% cursaron bachillerato, el 27% era primigesta, 23.46% había tenido un parto, 23.46% una cesárea y 25.51% un aborto.

Palabras clave

sexual, anticoncepción, orgasmo.

(1) Médico Residente de Medicina Familiar. (2) coordinador clínico de educación e investigación en salud.

2. Introducción

La sexualidad es un concepto complejo, consiste en la unión de componentes orgánicos, hormonales y culturales controlados por sistemas intrínsecos del cuerpo humano. Una vida sexual sana y satisfactoria reporta numerosos beneficios y puede ser un factor predictivo de longevidad, ya que disminuye los niveles de estrés, disminuye índice de suicidios, juega un papel importante en la aparición de cáncer de mama y próstata, mejora la función del sistema inmune y juega un papel importante en la regulación del sueño.

La disfunción sexual abarca las diversas maneras por las cuales una persona es incapaz de participar en una relación sexual como lo hubiera deseado.

La disfunción sexual femenina es un problema de salud con elevada prevalencia e incidencia a nivel Mundial, el cual puede ser persistente o recurrente generando angustia marcada o dificultad interpersonal con consecuente comorbilidad asociada. Se han realizado diversos estudios sobre la etiología de dicha patología, reportando resultados multifactoriales en los que, algunas de las causas tienen resultados controvertidos como lo es la anticoncepción, y, de encontrar asociación entre disfunción sexual y contracepción se podría incidir de manera oportuna en la elegibilidad de los métodos de planificación familiar para evitar de manera oportuna comorbilidad.

3. Marco Teórico

El ciclo de la respuesta sexual humana (RSH) fue descrito por William Howell masters (ginecólogo) y Mary Virginia Eshelman Johnson (sexóloga) en el informe Masters & Johnson recogido en el libro Human Sexual Response publicado en 1966, plantea el modelo en cuatro fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución, y fue modificado en 1979 por Helen Singer Kaplan (psicóloga) al suprimir la fase de meseta e incluir una primera y nueva fase denominada deseo, determinando un modelo trifásico de la respuesta sexual humana en la siguiente secuencia de fases: deseo, excitación y orgasmo.

Los modelos de la respuesta sexual humana descritos intentan explicar el proceso físico y psicológico, pero también tienen una influencia determinante en los mecanismos fisiológicos de la respuesta sexual. Estos producirían una serie de cambios hemodinámicos, naturales y hormonales que condicionan a los órganos genitales y al cerebro.

Observándose con ello la complejidad de la respuesta humana, y que cualquier afectación sobre alguno de dichos componentes conducirá inexorablemente a una disfunción sexual.

Los cambios fisiológicos causados en el organismo en función de las fases de la RSH descritos según el modelo de Masters & Johnson son:

- a. Deseo/excitación/meseta: la congestión sanguínea provocará erección del pene en el varón y en la mujer lubricación vaginal por trasudación del plasma sanguíneo del plexo

peri vaginal, facilitando la penetración y los movimientos coitales; En el varón habrá aumento del tamaño y elevación de los testículos, tumescencia del glande secreción mucoide, prostática y seminal. En la mujer existirá tumescencia del clítoris, estrechamiento del tercio externo de la vagina, elevación del clítoris, secreción de las glándulas para uretrales de Skene¹ (1) también hará más neutro el pH ácido de la vagina (antiséptico natural) que ayudará a la supervivencia de espermatozoides. Ambos sexos presentarán erección de los pezones, incremento en la frecuencia cardiaca, aumento en la ventilación, rubor sexual y aumento del tono muscular.

- b. Orgasmo: equivalente para ambos sexos, caracterizado por contracciones de la musculatura lisa y estriada. En el varón las contracciones del conducto deferente, próstata y vesícula seminal inyectan el líquido seminal al bulbo uretral. El semen colectado también en el bulbo es expulsado por la uretra mediante contracciones rítmicas de los músculos isquiocavernoso y bulbo cavernoso produciendo la eyaculación, contracción del esfínter anal. La fuerza de las contracciones en la ella colación disminuye con la edad. en las mujeres aparecen las contracciones uterinas, de la musculatura perianal y del suelo pélvico (especialmente el pubocoxígeo) con movimientos intermitentes produciendo finalmente el orgasmo, contracción anal, ambos sexos presentarán secreción de oxitocina y taquicardia.
- c. Resolución: Es la vuelta a la normalidad fisiológica inicial, comienza con una disminución en la vasodilatación y relajación muscular. En ella aparece el periodo refractario al estímulo sexual, menos intenso en la mujer que en el varón, este periodo refractario aumentará progresivamente con la edad; sin embargo, la mujer puede permanecer en estado de excitación adecuado que podrá condicionar nuevos orgasmos si la estimulación es apropiada, hay descenso de la frecuencia cardiaca, producción de prolactina, sudoración (2)

Mecanismos neurales

Los mecanismos neurales de la respuesta sexual vienen dados por la vía autonómica (simpático y parasimpático) y somática (sensorial y motora).

¹ Las glándulas de skene, también conocidas como glándulas perimetrales o para uretrales femeninas son unas glándulas de pequeño tamaño (habitualmente en número de 4) que se localizan en la cúpula de la vagina, alrededor del borde inferior distal de la uretra y generalmente pasan desapercibidas excepto en casos de infección u obstrucción. drenan en el borde externo de la uretra femenina y son las encargadas de la lubricación de la uretra distal. se han considerado el equivalente al a glándula prostática masculina, siendo las productoras de "PSA" en mujeres y las responsables de la eyaculación femenina.

- a. La inervación sensorial es más específica en el pene y en clítoris mediante el nervio pudendo, y a nivel vertebral de la S2-S4. Cabe destacar que el clítoris tiene aproximadamente el mismo número de terminaciones que el pene, pese a su tamaño.
- b. La inervación vegetativa se activa a través de los nervios pélvicos del parasimpático sacro (nervios erectores) con raíces en S2-S4. Esta inervación condiciona la secreción glandular de próstata, vesículas seminales, glándulas de Cowper y Bartholin, etc. y el trasudado vaginal (lubricación).
- c. El neurotransmisor más potente en la RSH es el óxido nítrico, actúa a nivel de los cuerpos cavernosos en el varón y en la mujer con mecanismos similares.

Basándonos de manera didáctica en las fases de Kaplan, la cascada de neurotransmisores se inicia en el cerebro con la fase de deseo y, consecutivamente o a la par en el sistema nervioso central, el sistema periférico y los genitales con la fase de excitación. La acetilcolina activa y sostiene la producción de óxido nítrico que al difundirse en las células musculares lisas genera guanosin mono fosfato cíclico (GMPc) que produce disminución de Ca^{++} relajando la musculatura lisa del cuerpo cavernoso, y la interacción del adenosín mono fosfato cíclico (AMPc) activado por prostaglandina E, promoviendo el vaso congestión. Diversas fosfodiesterasas inactivan dichos nucleótidos limitando la acción eréctil.

Mecanismos Vasculares

Los cuerpos cavernosos y esponjosos son los elementos más característicos del pene y la vulva. La excitación produce la vasodilatación arterial en ellos y disminuye a la vez la salida venosa por oclusión de las vénulas subtúnicas y comunicantes de los cuerpos cavernosos que al dilatarse se comprimen con la rígida túnica albugínea, condicionando la tumescencia y la rigidez. En las zonas anatómicas que no existe la túnica albugínea gruesa, como el glande y el clítoris, se produce la tumescencia, pero no la rigidez. La contracción de los músculos bulbo cavernosos e isquiocavernosos ayuda en la compresión al acrecentar la presión arterial y la presión intracavernosa aumentando la rigidez. En la fase de resolución disminuye y cesa la vasodilatación arterial y la presión intracavernosa. Las venas dejan de ser ocluidas, se produce salida sanguínea y se reduce el tamaño de los cuerpos cavernosos. También se reduce la tensión de los músculos perineales implicados.

Mecanismos endocrinos

andrógenos: el mecanismo de formación en el varón se inicia con la pregnenolona que transita a 17-hidroxipregnenolona y después dihidroepiandrosterona (DHEA), posteriormente a androsterona y finalmente a testosterona.

En el hombre decrece la testosterona a partir de los 50 años al aumentar la globulina fijadora de hormonas sexuales (SHBG), esta hormona también aumenta con la menopausia en la mujer causando efectos similares en ambos sexos. la testosterona es la hormona más destacada tanto en el deseo/excitación, como en el resto de la respuesta sexual en el varón. Así mismo existen ambos una relación directa entre los niveles de testosterona y la respuesta sexual, al ser indispensable para mantener la disponibilidad del NO en el cuerpo cavernoso. la testosterona facilita la acción de la dopamina e inhibe la serotonina y la prolactina, por lo tanto, la testosterona biodisponible, oxitocina y dopamina son sinérgicos en la respuesta sexual humana (RSH).

En la mujer la pregnenolona transita a progesterona y luego a 17-hidroxiprogesterona, posteriormente a androstenediona y finalmente a testosterona. esta síntesis ocurre en los ovarios en la fase lútea mediante la hormona luteinizante (LH) antes de la ovulación y la hormona folículo estimulante (FSH) estimulando la conversión de androstenediona a estradiol. Los niveles de testosterona aumentan en la fase folicular del ciclo menstrual, alcanzando su máxima expresión en el tercio medio del ciclo, disminuyendo en la fase final del ciclo. Esto promueve que en las fases folicular y de ovulación exista un aumento en el interés sexual. En la mujer, la testosterona desempeña un papel en la motivación sexual, actuando en conjunción con otras hormonas, además de encontrarse influenciada por el aumento de SHBG (edad) y factores afectivo-psicológicos; la testosterona también tiene influencia en el deseo sexual, la masa muscular, la densidad ósea, distribución adiposa y el estado de ánimo.

Estrógenos: los estrógenos exógenos producen en el varón una disminución en el interés sexual y de la respuesta sexual. En las mujeres no está claro su aportación en estos ámbitos. El déficit de estos produce una disminución del grosor del epitelio vaginal y su lubricación. Los estrógenos modulan el flujo sanguíneo vaginal, pH, preservan su elasticidad y restauran la capa epitelial de la vagina (en tanto la testosterona restaura la capa muscular).

El etinilestradiol: tiene relación y es dosis dependiente con el interés sexual, el disfrute sexual, la frecuencia orgásmica y el ánimo. Los anticonceptivos aumentan la SHBG y disminuyen la testosterona lo que puede asociarse a una disminución del deseo y de pensamientos o fantasías sexuales.

Prolactina: en varones disminuye la testosterona con una consecuente disminución del interés sexual y respuesta eréctil. En las mujeres produce sequedad vaginal lo que genera dispareunia. En ambos sexos se genera una elevación en su concentración tras el orgasmo debido a un mecanismo refractario en la resolución.

Oxitocina: aumenta su concentración durante la actividad sexual alcanzando un pico máximo durante el orgasmo. Facilita la atracción, sensación táctil y sensibilidad genital. Al ser facilitador de la contracción muscular lisa del aparato reproductivo, facilita el transporte del espermatozoide y del ovulo.

Dopamina: aumento el óxido nítrico teniendo una participación directa en los mecanismos vasculares de la respuesta eréctil.

Serotonina: es regulador del humor, apetito, sueño, sed y memoria y disminuye con la edad. Sus concentraciones aumentan en la fase de resolución produciendo saciedad sexual debido a que el receptor 5-HT₁-A es inhibitorio de la conducta sexual, ansiedad y agresividad.

Melatonina: mejora el deseo y erección al actuar sobre los receptores MCR₅ localizados en el tracto genital.

Feniletilamina: amina semejante a las anfetaminas que aumenta en la atracción y el enamoramiento.

Norepinefrina: activa el sistema simpático produciendo vasoconstricción con la consecuente flacidez del pene.

Betaendorfina: posee efectos sexuales inhibidores que son dosis dependientes y varían según la zona del cerebro en la que actúe, pudiendo inhibir la activación de la secuencia con sumatoria del acto sexual o la fase inicial del apetito sexual. dosis bajas tienen un efecto facilitador y dosis altas un efecto inhibitor (3)(2)

La Organización Mundial de la Salud en la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 definió “disfunción sexual abarca las diversas maneras por las cuales una persona es incapaz de participar en una relación sexual como lo hubiera deseado”(4).

La DSM-V clasifica a la disfunción sexual femenina de la siguiente manera:

- a. Trastorno del orgasmo femenino:
 - A. Por lo menos se tiene que experimentar uno de los síntomas siguientes en casi todas o todas las ocasiones (aproximadamente 75%–100%) de la actividad sexual (en situaciones y contextos concretos o, si es generalizada, en todos los contextos):
 1. Retraso marcado, infrecuencia marcada o ausencia de orgasmo.
 2. Reducción marcada de la intensidad de las sensaciones orgásmicas.
 - B. Los síntomas del Criterio A han persistido durante unos seis meses como mínimo.

- C. Los síntomas del Criterio A provocan un malestar clínicamente significativo en el individuo.
- D. La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una alteración grave de la relación (p. ej., violencia de género) u otros factores estresantes significativos y no se puede atribuir a los efectos de una sustancia/medicación o a otra afección médica
- b. Trastorno del interés-excitación sexual femenina
- A. Ausencia o reducción significativa del interés/excitación sexual femenina, que se manifiesta por lo menos por una de las tres siguientes:
1. Interés ausente o reducido en la actividad sexual.
 2. Fantasías o pensamientos sexuales o eróticos ausentes o reducidos.
 3. Inicio reducido o ausente de la actividad sexual y habitualmente no receptiva a los intentos de la pareja por iniciarla.
 4. Excitación o placer sexual ausente o reducido durante la actividad sexual en casi todas o todas las ocasiones (aproximadamente 75%–100%) de la actividad sexual en pareja Trastorno del interés/excitación sexual femenino 229 (en situaciones y contextos concretos o, si es generalizada, en todos los contextos).
 5. Excitación o placer sexual ausente o reducido en respuesta a cualquier invitación sexual o erótica, interna o externa (p. ej., escrita, verbal, visual).
 6. Sensaciones genitales o no genitales ausentes o reducidas durante la actividad sexual en casi todas o todas las ocasiones (aproximadamente 75%–100%) de la actividad sexual en pareja (en situaciones y contextos concretos o, si es generalizada, en todos los contextos).
- B. Los síntomas del Criterio A han persistido durante unos seis meses como mínimo. C. Los síntomas del Criterio A provocan un malestar clínicamente significativo en el individuo.
- D. La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una alteración grave de la relación (p. ej., violencia de género) u otros factores estresantes significativos y no se puede atribuir a los efectos de una sustancia/medicación o a otra afección médica.
- c. Trastorno de dolor genito-pélvico-trastorno de la penetración

- A. Dificultades persistentes o recurrentes con una (o más) de las siguientes:
 - 1. Penetración vaginal durante las relaciones.
 - 2. Marcado dolor vulvovaginal o pélvico durante las relaciones vaginales o los intentos de penetración.
 - 3. Marcado dolor o ansiedad de sentir dolor vulvovaginal o pélvico antes, durante o como resultado de la penetración vaginal.
 - 4. Tensión o contracción marcada de los músculos del suelo pélvico durante el intento de penetración vaginal.
- B. Los síntomas del Criterio A han persistido durante unos seis meses como mínimo.
- C. Los síntomas del Criterio A provocan un malestar clínicamente significativo en el individuo.
- D. La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una alteración grave de la relación (por ejemplo, violencia de género) u otros factores estresantes significativos, y no se puede atribuir a los efectos de una sustancia/medicación o a otra afección médica.(5)

The International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions considero dos criterios más, como son: la lubricación y satisfacción (6)

La disfunción sexual presenta elevada prevalencia en distintas poblaciones estudiadas,(7)(8) siendo un problema frecuente y complejo, resultando un verdadero reto para los diferentes profesionales de la salud en las distintas áreas, entre los estudios que se han realizado en población Mexicana se encontró que la incapacidad para alcanzar el orgasmo fue la disfunción sexual más frecuente (34.09%); Durante el coito se evidencia que solo el 20% de las mujeres alcanzan el orgasmo según otro estudio, y que el restante 80% lo hace antes o después por medio de la estimulación manual, oral o con un vibrador; así mismo se describe que solo el 30% alcanzan el orgasmo durante la relación sexual en comparación con los hombres (75%)(6)(9) A diferencia de otros estudios a nivel internacional que reportan que la causa más frecuente de disfunción sexual es la disminución del deseo sexual (10)

ETIOLOGÍA DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES

Existen múltiples factores asociados a la disfunción sexual femenina; sin embargo, algunos estudios realizados en población mexicana reportan que entre las causas más relacionadas se encuentran sobrepeso u obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus, histerectomía previa,

maternidad previa, disfuncionalidad conyugal, depresión leve a severa, familia disfuncional, estrato socioeconómico bajo, edad mayor a 40 años (11)

Dentro de la etiología específica de cada alteración de la función sexual femenina encontramos:

- Anorgasmia
- 1. Causas orgánicas
 - a) Trastornos neurológicos: esclerosis múltiple, neuropatía alcohólica, hernia discal, etc.
 - b) Trastornos vasculares: hipertensión arterial, síndrome post coronario, etc.
 - c) Trastornos endocrino-metabólicos: Diabetes Mellitus, alteración tiroidea, enfermedad de Addison, Cushing, etc.
 - d) Enfermedades graves o debilitantes: Cáncer de mama, cáncer cervicouterino, etc.
 - e) Fármacos: barbitúricos, antidepresivos tricíclicos, b-bloqueadores, etc.
- 2. Causas psicológicas
 - Alteraciones de dolor genito-pélvico
 - 1. Causas Orgánicas:
 - a) Patología de himen, prolapsos, endometriosis o endometritis, tumores, vulvovaginitis, uso de Dispositivo Intrauterino
 - 2. Causas psicológicas
 - Alteraciones del deseo/excitación
 - 1. Causas orgánicas
 - a. Abuso de sustancias
 - b. Trastornos endocrinológicos
 - c. Fármacos: anticonceptivos hormonales
 - 2. Causas psicológicas (12)

DISFUNCIÓN SEXUAL Y ANTICONCEPCIÓN

La acción anticonceptiva es proporcionada por la inhibición del eje Hipotalámico-Pituitario-Ovárico (HOP), suprimiendo el crecimiento folicular e inhibiendo la ovulación. El componente esencial de los métodos anticonceptivos hormonales es el progestágeno. El papel principal de este componente es prevenir la ovulación a través de un mecanismo de retroalimentación negativa que resulta en disminución de las concentraciones de LH. La acción del progestágeno también reduce la receptividad del moco cervical y disminuye el grosor endometrial.

La endocrinología de la función sexual femenina es incierta, los anticonceptivos orales combinados suprimen los niveles de testosterona ovárica mediante la supresión de la hormona luteinizante pituitaria (LH). El componente de estrógenos de la píldora se metaboliza en el hígado y aumenta la producción hepática de SHBG con la consecuente disminución de testosterona libre. Algunas progestinas disminuyen los niveles de SHBG, sin embargo, la mayoría poseen efectos anti androgénicos y dependiendo del componente de progestina será mayor o menor el efecto (13). Se realizó un metaanálisis en el que dos revisiones concluyen que el implante hormonal subdérmico reduce el deseo sexual, siendo éste, un motivo para su retiro, además de producir trastornos en el orgasmo reversibles al retirarlo (14).

Los anticonceptivos hormonales combinados no orales como parche y anillo vaginal aumentan las concentraciones de SHBG incluso en mayor medida que los anticonceptivos orales (13), sin embargo, se identificaron cinco revisiones, un ensayo clínico aleatorizado (ECA) y un estudio de cohortes prospectivo que hablaban sobre el anillo vaginal y la aparición de disfunciones sexuales, ya que se encontraban estudios con resultados muy dispares (en algunos existía una mejoría en la función sexual, en otros no se modificaba y en otros empeoraba). Igual sucedía con el parche transdérmico (14).

Los estrógenos contribuyen en el mecanismo anticonceptivo al inhibir la FSH y la LH, proporcionando mejor regulación del HPO. La inhibición de FSH parece estar relacionada con dosis de estrógenos, ya que se observa más actividad folicular con los métodos de progestágenos solos que con los anticonceptivos orales combinados.

Diversos estudios que han demostrado un impacto negativo de los anticonceptivos hormonales en la libido femenina, disminución significativa de pensamientos sexuales, interés y días de actividad sexual por mes, en comparación con las no usuarias, debido a que pueden disminuir los andrógenos, no solo por la sequedad vaginal sino por el riesgo de padecer vestibulitis lo que genera dispareunia, sin embargo, algunas otras no presentan cambios en el deseo (13)(15)

(16)

Por otro lado, el uso de Dispositivo Intrauterino T de cobre se ha asociado a infecciones recurrentes de *Acinetobacter* que a su vez condicionan Enfermedad Pélvica Inflamatoria con consecuente dispareunia (17)

Con base en lo anterior podemos observar la participación de la anticoncepción en la disfunción sexual es aún controvertida y depende mucho de la complejidad femenina pues no solo influyen factores fisiológicos en el desarrollo de la patogénesis, sino otros factores como el psicológico, uso de fármacos y otras comorbilidades, no obstante, la relación de la disfunción sexual como

factor de riesgo para otras patologías se encuentra bien estructurada y es de vital importancia realizar una labor preventiva para mejorar la calidad de vida de las pacientes en edad reproductiva y disminuir los costos en la atención en salud.

4. Planteamiento del Problema

La disfunción sexual abarca las diversas maneras por las cuales una persona es incapaz de participar en una relación sexual como lo hubiera deseado (4)

La disfunción sexual femenina toma diferentes formas, alteración del interés/ excitación sexual, incapacidad para alcanzar el orgasmo o dolor genito-pélvico con la actividad sexual(5)(13). Se puede definir como un problema sexual persistente o recurrente que causa angustia marcada o dificultad interpersonal y puede ser un problema adquirido después de un periodo de función sexual normal (5)

La prevalencia de disfunción sexual en todo el mundo oscila entre el 27% y el 70% (7) sin embargo, México no cuenta con reportes epidemiológicos de este padecimiento; aunque algunos estudios muestran que la prevalencia de la disfunción sexual femenina en la Ciudad de México es del 52% (8), siendo un problema de salud frecuente.

La asociación entre función sexual femenina y anticoncepción es controvertida, la suposición de que los niveles de andrógenos son un factor clave en la función sexual femenina se basa en el papel de los andrógenos en la función sexual masculina (13) Parece lógico pensar que puede haber un menor deseo sexual y menor excitación, por la disminución de la cantidad de testosterona libre, sobre todo los primeros meses de tratamiento.

En el Hospital de Ginecología y Obstetricia / Unidad de Medicina Familiar No 13 se cuenta con una población adscrita de 104,170 derechohabientes, de los cuales 21,767 (20.89%) son mujeres en edad reproductiva (18). Durante el 2019 se realizaron 296,630 consultas de las cuales 3322 fueron únicamente en planificación familiar, cubriendo 729 mujeres con algún método de planificación familiar (aceptantes de primera vez), lo que significó una incidencia anual del 3.34%, sin embargo, las 21,767 pacientes femeninas en edad reproductiva son susceptibles tener alguna disfunción sexual asociada a la anticoncepción y con ello, una consecuente comorbilidad como depresión, ansiedad, alteraciones cardiovasculares, etc. lo que genera elevados costos en materia de salud.

5. Pregunta de Investigación

¿Cuál es la prevalencia de disfunción sexual en usuarias de métodos de planificación familiar en el hospital gineco obstetricia y unidad de medicina familiar no 13??

6. Justificación

La sexualidad es un concepto complejo, consiste en la unión de componentes orgánicos, hormonales y culturales controlados por sistemas intrínsecos del cuerpo humano (19). Una vida sexual sana reporta numerosos beneficios y puede ser un factor predictivo de longevidad (20). Los estudios sobre la sexualidad humana se han centrado en su mayoría en la sexualidad masculina y pocos en la femenina, por esta razón el conocimiento sobre la sexualidad femenina se hace necesario ya que diversos estudios han demostrado que una alteración en el ámbito sexual en las mujeres genera un impacto negativo en su calidad de vida, salud mental y física (19). Pues se sabe que la actividad sexual regular y satisfactoria es cardioprotectora, reduce los niveles de estrés, mejora los niveles de depresión y disminuye el índice de suicidios, juega un papel importante en la prevención de aparición cáncer de mama y próstata, es un antihistamínico natural, mejora la función del sistema inmune y juega un papel importante en la regulación del sueño (21)(22).

Existen múltiples factores asociados a la disfunción sexual femenina; sin embargo, algunos estudios realizados en población mexicana reportan que entre las causas más relacionadas se encuentran sobrepeso u obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus, histerectomía previa, maternidad previa, disfuncionalidad conyugal, depresión leve a severa, familia disfuncional, estrato socioeconómico bajo, edad mayor a 40 años (11).

La prevención de la disfunción sexual resulta entonces una necesidad en materia de salud ya que la primera causa de mortalidad en México es debida a enfermedades cardiovasculares mientras que la tercera es por tumores malignos (incluidos cáncer de mama y próstata) (23) patologías en las cuales un factor de riesgo importante es la disfunción sexual, además, la depresión ocupa el 32.5% de prevalencia en mayores de 12 años según el INEGI y tiene una alta concurrencia con otros trastornos como ansiedad, consumo de sustancias, diabetes y enfermedades cardíacas (24) siendo un problema costoso, pues se ha observado que los pacientes con ésta patología se encuentran en tercer lugar de discapacidad, además, tienen mayor demanda en los servicios de urgencias (25) y entre los múltiples trastornos que concurren en éste padecimiento están las disfunciones sexuales.

Finalmente, evaluar la disfunción sexual femenina asociada a la anticoncepción tiene alta importancia en términos económicos ya que, entre los efectos adversos asociados a anticoncepción se encuentra la dispareunia y disminución en el deseo sexual, lo que

consecuentemente generaría imposibilidad de alcanzar el orgasmo (15), esto puede generar abandono del método de planificación familiar generando un incremento de gestaciones.

7. Objetivo General

Evaluar la prevalencia de disfunción sexual en usuarias de métodos de planificación familiar para incidir de manera oportuna en la elección de anticoncepción y evitar comorbilidades asociadas a la misma.

7.1 Objetivos Específicos

- a) Demostrar que los métodos de planificación familiar tienen una participación en el desarrollo de la disfunción sexual.
- b) Comparar qué método de planificación familiar presenta más disfunción sexual para buscar alternativas eficaces a la población
- c) Conocer las características de las usuarias de métodos de planificación familiar que desarrollan disfunción sexual para tener planes de acción sobre población riesgo.
- d) Determinar el rango de edad donde se presenta más disfunción sexual.
- e) Determinar si antecedentes gineco-obstétricos aumentan la prevalencia de disfunción sexual.

8. Hipótesis

Existe elevada prevalencia de disfunción sexual asociada a uso de métodos de planificación familiar que esta infra diagnosticada

8.1 Hipótesis nula

No existe prevalencia de disfunción sexual asociada a uso de métodos de planificación familiar.

9. Metodología

9.1 Diseño de Estudio

Se realizó un estudio descriptivo transversal, muestreo no probabilístico por conveniencia calculado por Chi Cuadrada en una muestra de 377 pacientes en el Hospital de Ginecología y Obstetricia/ Unidad de Medicina Familiar No. 13 en el consultorio de Planificación Familiar, ubicado en la Alcaldía Azcapotzalco de octubre 2020 a diciembre 2021 , previo consentimiento

informado, se les realizó un instrumento validado de recolección de datos tipo cuestionario de función sexual femenina del Dr. Froilán Sánchez (26)

9.2 Lugar de Estudio

Hospital de Ginecología y Obstetricia/ Unidad de Medicina Familiar No. 13 en el consultorio de Planificación Familiar, ubicado en la Alcaldía Azcapotzalco, Ciudad De México.

9.3 Período de estudio

Agosto 2020 a diciembre 2021

9.4 Población de estudio

Pacientes femeninas en edad reproductiva (15-44 años) que acudieron solicitando método de planificación familiar de primera vez.

9.5 Criterios de Inclusión

- a) Pacientes femeninas en edad reproductiva (15-44 años) que sean atendidas en el consultorio de planificación familiar.
- b) Pacientes que acudan a servicio de planificación familiar por un método anticonceptivo de primera vez.

9.6 Criterios de Exclusión

- a) Pacientes menores de 15 años o mayores de 44 años
- b) Pacientes perimenopáusicas o menopáusicas
- c) Pacientes con alguna comorbilidad metabólica
- d) Pacientes con hipertensión arterial sistémica
- e) Pacientes con patología mental ya diagnosticada y/o en tratamiento farmacológico
- f) Pacientes en período de lactancia
- g) Pacientes post aborto² (27)
- h) Pacientes con uso y abuso de sustancias

9.7 Criterios de Eliminación

- a) Población que tenga uno o más criterios de exclusión
- b) Pacientes que no responda el cuestionario en su totalidad.

² Posaborto: Es el periodo asociado a la condición fisiológica de la mujer después de la resolución de la interrupción del embarazo menor de 21 semanas.

9.8 Descripción del Estudio

Tamaño de la muestra: Tomando en cuenta una población finita de pacientes femeninas edad reproductiva (15 a 44 años) y valor Z_{α} de 1.96 con intervalo de confianza del 95%, se estimó el tamaño de la muestra de acuerdo con el siguiente método:

n =Tamaño de la muestra

N =Tamaño de la población= población femenina en edad reproductiva en HGO/UMF 13 = 21,767

Z_{α} = constante dependiente de nivel de confianza calculado a 1.96 con intervalo de confianza del 95% d =Límite aceptable de error muestral calculado a 0.05%

p =Probabilidad de que ocurra el evento estudiado =0.5

q =Probabilidad de que no ocurra el evento estudiado $(1-p)=0.5$

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

$n=377$

10. Resultados

Se realizó un estudio observacional analítico transversal con muestreo no probabilístico por conveniencia para el investigador, en donde se efectuó la encuesta de función sexual femenina del Dr. Froilán Sánchez a 377 mujeres en edad reproductiva de 15 a 44 años usuarias de métodos de planificación familiar en la Unidad de Medicina Familiar No. 13; Los resultados se calcularon por la prueba estadística de Chi cuadrada para variables cualitativas independientes con la finalidad de determinar la asociación entre variables, además de estadística descriptiva para obtener porcentajes, frecuencias, media, moda y mediana.

El cuestionario de la función sexual de la mujer consta de 14 ítems, los cuales tienen respuesta tipo likert, con α -Cronbach 0.8954, que evalúa las fases de la respuesta sexual, la iniciativa y el grado de comunicación sexual, además, recoge datos descriptivos acerca del desempeño sexual, todo esto a través de 13 dominios de interpretación.

Se dividió para su estudio a la población en quinquenios, teniendo como media el grupo de 25 a 29 años con 114 pacientes (30.2%) del total de la muestra; De las mujeres encuestadas, la media presentó IMC normal con 190 pacientes (50.4%) (Tabla 1).

TABLA 1

EDAD EN AÑOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	MEDIA	IMC	FRECUENCIA	PORCENTAJE	MEDIA	
15-19	15	4	25-29 AÑOS	DESNUTRICION	0	0	PESO NORMAL	
20-24	95	25.2		NORMAL	190	50.4		
25-29	114	30.2		SOBREPESO	118	30.3		
30-34	77	20.4		OBESIDAD		69		18.3
35-39	42	11.1						
40-44	34	9						

De acuerdo con su estado civil 190 (50.4%) pacientes se encontraban solteras, 107 (28.4%) vivían en unión libre, 71 mujeres (18.8%) estaban casadas, y solo 9 (2.4%) estaban divorciadas. La escolaridad más frecuente fue bachillerato, habiendo 163 mujeres con este grado de estudio (43.2%), (TABLA 2).

TABLA 2

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	%	ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	%
SOLTERA	190	50.4	PRIMARIA O MENOS	6	1.6
CASADA	71	18.8	SECUNDARIA	57	15.1
UNION LIBRE	107	28.4	BACHILLERATO O CARRERA TÉCNICA	163	43.2
DIVORCIADA	9	2.4	LICENCIATURA	133	35.3
			POSGRADO	18	4.8

En cuanto a paridad, la mayoría de la población encuestada fueron nulíparas con 138 mujeres (38.6%); 133 (38.19%) habían tenido en algún momento resolución del embarazo por vía vaginal; 99 mujeres de total de la población tuvieron resolución del embarazo mediante de cesárea y, finalmente, 98 pacientes tuvieron abortos (Tabla 3).

PARIDAD	FRECUENCIA	%	PAR TOS	FRECUENCIA	%	CESÁ REAS	FRECUENCIA	%	ABOR TOS	FRECUENCIA	%
NULIGES TA	138	36.6	0	244	64.7	0	278	73.7	0	279	74
PRIMIGE STA	108	28.6	1	79	21	1	74	19.6	1	82	21.8
SECUNDI GESTA	76	20.2	2	42	11.1	2	23	6.1	2	12	3.2
TERCIGE STA	38	10.1	3	9	2.4	3	1	0.3	3	3	0.8
MULTIGE STA	17	4.5	4 O MÁS	3	0.8	4 O MÁS	1	0.3	4 O MÁS	1	0.3

Al momento de analizar el método de control natal se encontró que de las 377 mujeres encuestadas 133 (35.3%) utilizaban implante subdermico de etonogestrel por lo que lo fue el método de planificación sexual más utilizado, (tabla 4).

MÉTODO DE PLANIFICACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
IMPLANTE SUBDÉRMICO ETONOGESTREL	133	35.3
IMPLANTE SUBDÉRMICO LEVONOGESTREL	10	2.7
MIRENA	42	11.1
DIU T DE COBRE	68	18
PARCHES	26	6.9
INYECCIÓN MENSUAL	24	6.4
INYECCIÓN TRIMESTRAL	13	3.4
PASTILLAS	58	15.4
OTB	3	0.8

Del universo de estudio, 98 (26%) mujeres presentaron disfunción sexual en algún dominio de interpretación (Gráfica 1), de las cuales el implante subdérmico con etonogestrel (implanon) fue el método que presentó mayor prevalencia en el desarrollo de la misma con 33 usuarias (8.8%).(Tabla 5) El dominio de afectación de la función sexual más alterado fue orgasmo, seguido de alteraciones en el deseo, en ambos casos, las pacientes se encontraban usando el implante subdermico con etonogestrel. (Gráfica 2)

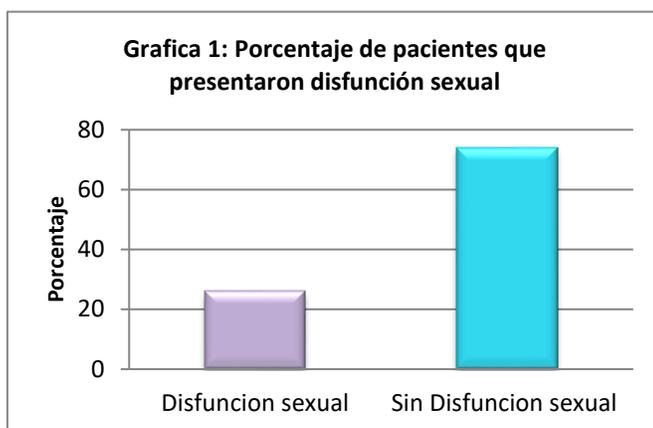
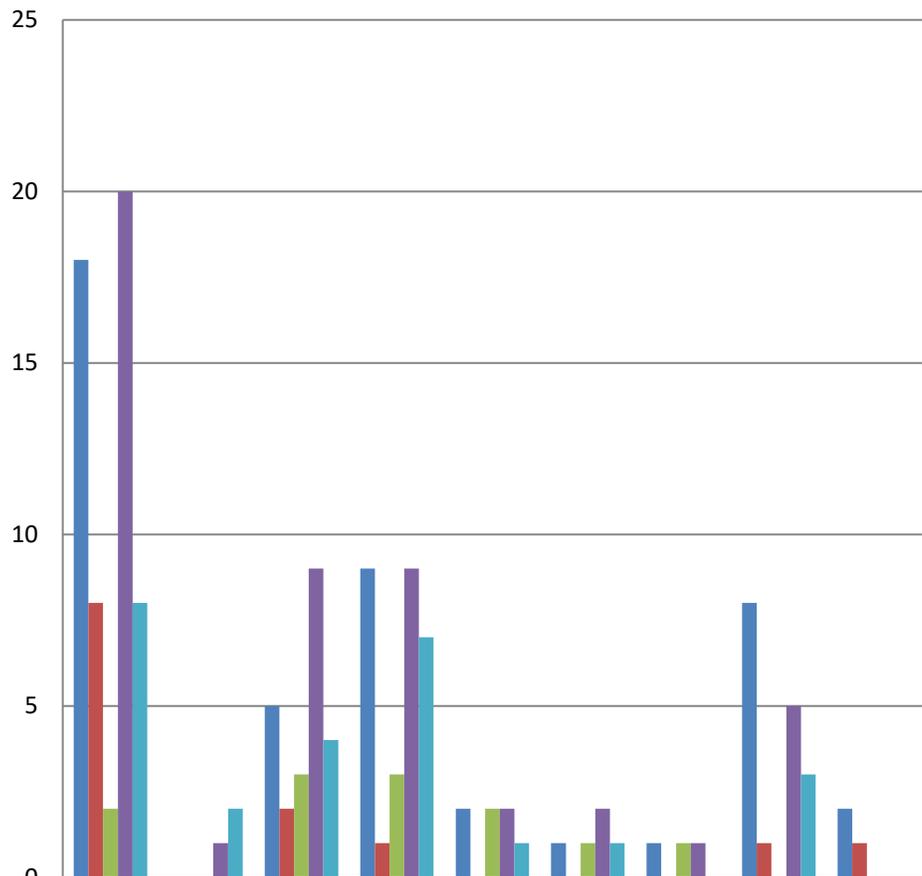


TABLA 5

MPF	DISFUNCION SEXUAL		SIN DISFUNCION SEXUAL		CHI CUADRADADA
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
IMPLANTE SUBDERMICO ETONOGESTREL	33	33.60%	100	35.84%	0.441
IMPLANTE SUBDERMICO LEVONOGESTREL	3	3.06%	7	2.50%	
MIRENA	14	14.20%	28	10.03%	
DIU T DE COBRE	22	22.44%	46	16.48%	
PARCHES	5	5.10%	21	7.52%	
INYECCION MENSUAL	4	4.08%	20	7.16%	
INYECCION TRIMESTRAL	3	3.06%	10	3.58%	
PASTILLAS	12	12.24%	46	16.48%	
OTB	2	2.04%	1	0.35%	

GRÁFICA 2: ASOCIACION DE MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR CON DOMINIO DE DISFUNCIÓN SEXUAL



Alteración	IMPLANTE SUBDERMICO GESTREL	IMPLANTE SUBDERMICO LEVONOGESTREL	MIRENA	DIU T DE COBRE	PARCHES	INYECCION MENSUAL	INYECCION TRIMESTRAL	PASTILLAS	OTB
alteracion en deseo	18	0	5	9	2	1	1	8	2
alteración en enxitación	8	0	2	1	0	0	0	1	1
alteración en lubricación	2	0	3	3	2	1	1	0	0
alteración en el orgasmo	20	1	9	9	2	2	1	5	0
alteración con la penetración	8	2	4	7	1	1	0	3	0

De las variables sociodemograficas estudiadas se encontró que el grupo etario que presentó mayor prevalencia de disfunción sexual fue el comprendido de los 25 a 29 años ocupando el 31% (8.2 pacientes) (Gráfica 3), mientras que de las 98 pacientes con disfunción sexual 40 (40.81%) tuvieron IMC normal, La escolaridad más frecuente fue bachillerato o carrera técnica

con una prevalencia de 42 (42.85%) y la mayoría eran solteras 51 (52,04%). De los factores ginecoobstetricos que se estudiaron se encontró que de las 98 pacientes que tuvieron disfuncion sexual, 29 (29.59%) eran nuliparas, 41 (41.83%) habían tenido resolución del embarazo por vía vaginal, 28 (28.57%) tuvieron resolución del embarazo vía abdominal, y 31 (31.63%) habían tenido algún aborto. (TABLA 6).

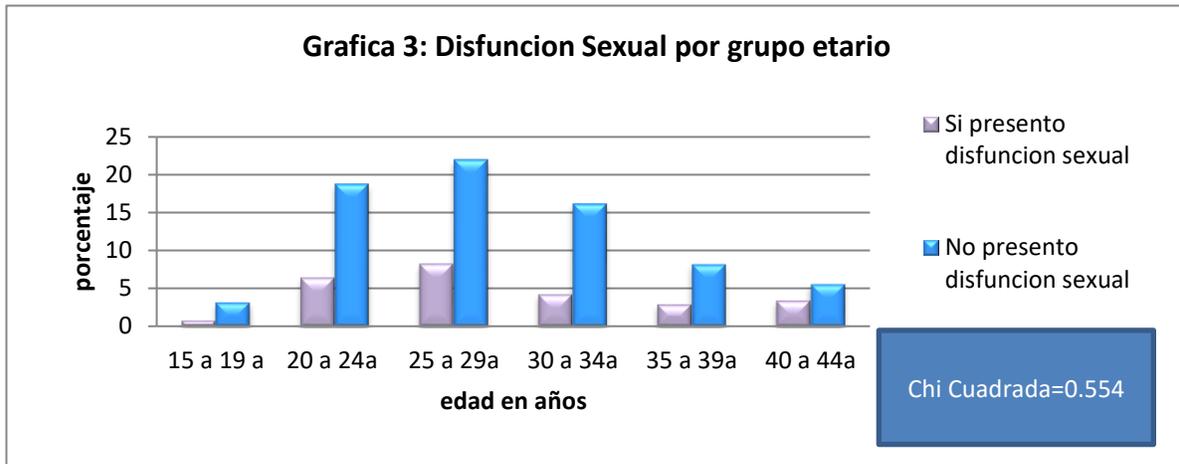


TABLA 6					
FACTOR ASOCIADO A DISFUNCION SEXUAL		DISFUNCION SEXUAL		SIN DISFUNCION SEXUAL	
		FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
		A	E	A	E
IMC CHI ² =0.086	DESNUTRICION	0	0	0	0
	NORMAL	40	40.81	150	53.76
	SOBREPESO	36	36.73	82	29.39
	OBESIDAD	22	22.44	47	16.84
ESTADO CIVIL CHI ² =0.961	SOLTERA	51	52.04	139	49.82
	CASADA	17	17.34	54	19.35
	UNION LIBRE	28	28.57	79	28.31
	DIVORCIADA	2	2.04	7	2.5

ESCOLARIDAD D CHI ² =0.651	PRIMARIA O MENOS	3	3.06	3	1.07
	SECUNDARIA	14	14.28	43	15.41
	BACHILLERATO	42	42.85	121	43.36
	LICENCIATURA	33	33.67	100	35.84
	POSGRADO	6	6.12	12	4.3
PARIDAD CHI ² =0.178	NULIPARIDAD	29	29.59	109	39.06
	PRIMIGESTA	27	27.55	81	29.03
	SECUNDIGESTA	21	21.42	55	19.71
	TERCIGESTA	14	14.28	24	8.6
	MULTIGESTA	7	7.14	10	3.58
PARTOS CHI ² =0.093	0	57	58.16	187	67.02
	1	23	23.46	56	20.07
	2	11	11.22	31	11.11
	3	5	5.1	4	1.43
	4	2	2.04	1	0.35
CESÁREAS CHI ² =0.270	0	70	71.42	208	74.55
	1	23	23.46	51	18.27
	2	4	4.08	19	6.81
	3	1	1.02	0	0
	4	0	0	1	0.35
ABORTOS CHI ² =0.320	0	67	68.36	212	75.98
	1	25	25.51	57	20.43
	2	4	4.08	8	2.86
	3	2	2.04	1	0.358
	4	0	0	1	0.358

10.1 Discusión de Resultados

De las 377 (100%) pacientes usuarias de métodos de planificación familiar 98 cumplieron criterios para disfunción sexual de algún tipo, es decir, se encontró una prevalencia del 26%, a diferencia de la prevalencia observada en un estudio de salud mental en la Ciudad de México que comparaba las disfunciones sexuales por género [Sanchez,Bravo (2005)] en donde se reporta una prevalencia del 52% (8), la Unidad de Medicina Familiar No 13 cuenta con cifras menores a la estudiada, esto puede deberse a que el instrumento validado utilizado se realizó en población Valenciana, pudiendo existir diferencias biopsicosociales que determinen alteraciones en la respuesta global, no debe menoscavarse el hecho de que la población estudiada tuvo criterios de exclusión a aquellas que presentaban comorbilidades, uso de tabaco y periodo de lactancia; esto pudo contribuir a la disminución de la prevalencia de la disfunción sexual.

Tras analizar la relación entre la función sexual con el método de planificación familiar se obtuvo que 33 (33.6%), usuarias de implante subdérmico con etonogestrel (implanon) presentaron disfunción sexual, siendo el anticonceptivo con el que se presentó mayor prevalencia de disfunción sexual, esto podría deberse a que el uso de progestagenos conduce a un flujo menstrual irregular como hipermenorrea que pudiese intervenir de manera indirecta con la aceptabilidad sexual, tal como lo reporta Palacios y Lilue en su artículo(8) .

De las pacientes que presentaron disfunción sexual el grupo etario con mayor prevalencia fue el de 25 a 29 años con 31 afectadas (31.66%) , comparado con la literatura, se encontraron cifras similares en población Coreana (28), sin embargo, se esperaba un incremento en la prevalencia de disfunción sexual conforme incrementara la edad, debido a las características fisiológicas de la reproducción femenina, en donde se sabe que con el paso del tiempo disminuye la reserva ovárica con el consecuente incremento de FSH sin elevación de LH, lo que se traduce en la disminución de testosterona la cual se encuentra íntimamente relacionada con la conducta sexual, además de un cambio neuroquímico directo y disminución estrogénica (29).

Después de analizar la asociación entre disfunción sexual con el IMC de la población se encontró que las pacientes con IMC normal tuvieron más disfunción sexual que las pacientes con obesidad, se esperaba encontrar un incremento de disfunción sexual en pacientes con sobrepeso y obesidad, ya que fisiológicamente poseen mayor concentración de estrógenos que de testosterona, impactando directamente en la respuesta sexual, además, son paciente cuyo

estado psicológico determina menor satisfacción con la imagen corporal resultando en disminución inconsciente de deseo sexual (30), por otro lado, en un estudio descriptivo realizado en Colombia entre 2016 y 2019 demostró que el 65.81% (dos terceras partes) presentaba disfunción sexual (31); en contraste con la población de la UMF 13 observamos una relación inversamente proporcional entre IMC y el grado de disfunción sexual, podríamos pensar que debido a la naturaleza de las preguntas y que ún presentamos tabúes sobre la sexualidad pudiesen haberse sentido cohibidas impactando en la veracidad en las respuestas, o quizá el instrumento validado requería tener un apartado para medir el grado de asociación entre disfunción sexual e IMC.

Se realizó también el análisis para determinar la asociación entre función sexual y el número de gestas, los resultados arrojaron mayor disfunción en aquellas que tienen nuliparidad, sin embargo, en un estudio transversal, analítico realizado en Chile por Butos y Pérez para establecer la relación entre factores psicosociales y el índice de función sexual femenina arrojó que ser multigesta era un factor asociado disfunción sexual (32) lo que abre la puerta a una investigación más detallada entre la relación de paridad y función sexual.

Tras evaluar la relación entre número de partos y la función sexual femenina se observó mayor prevalencia de disfunción sexual en aquellas que no habían tenido partos y las que habían tenido un parto únicamente, contrariamente a lo obtenido en un estudio realizado en el Bajo Egipto, donde se encontró una correlación positiva con disfunción sexual ante la presencia de abortos y más de dos partos (33), también opuesto a lo que se esperaría, ya que a mayor paridad, mayor grado de disfunción sexual, ya sea por cambios anatómicos propios del embarazo o parto como lo marca el estudio realizado en el Bajo Egipto (32) o sobre todo por la presencia de episiotomía y sus complicaciones, tal como describe Solana Arellano en su estudio de factores asociados a dispareunia en mujeres postparto (34), es posible que esta diferencia pueda deberse a falta de veracidad en las respuestas de las pacientes, debido a que en comparación con otros países como Estados Unidos de América que realiza 62.5% de episiotomías, Europa 30% y México hasta un 90% (35) lo que abre pauta para evaluaciones futuras sobre el papel que juega la resolución del embarazo por parto y la función sexual.

Evaluando el número de cesáreas y su asociación con la función sexual encontramos una relación inversamente proporcional, es decir, a medida que incrementaba el número de las mismas, disminuía la prevalencia de disfunción sexual, por lo que no se observó relación entre

estas variables, coincidiendo con un estudio analítico transversal realizado en Chile (Chaparro y Pérez 2013) de la función sexual femenina que no encontró asociación entre vía de resolución de embarazo y función sexual (36)

No encontramos asociación significativa entre abortos y función sexual estos, a diferencia de un estudio epidemiológico de la disfunción sexual femenina realizado en el 2010 en la Universidad de Ciencias Médicas en la Habana, donde si hubo asociación estadísticamente significativa entre el número de abortos y la alteración en la función sexual y un estudio realizado en el Bajo Egipto por Elnashar.(32)(37)

Analizando la relación entre función sexual y estado civil se encontró mayor prevalencia de disfunción sexual en las mujeres que se encontraban solteras 51(52.04%) contrario a lo obtenido en una revisión sistemática que llevo a cabo Muñoz,AP entre 2004 y 2014 en donde encontró que existía mayor disfunción sexual en mujeres casadas con mas de 10 años de matrimonio (OR 1,76; IC 95% 1,04-1,97) (19)quizá podría deberse a que a menor grado de conocimiento de la pareja, disminuye la confianza para comunicarse menoscavando una vida sexual plena.

Finalmente se encontró que aquellas pacientes que habían presentado mayor prevalencia de disfunción sexual habían cursado unicamente hasta nivel medio superior, comparado con el trabajo de Muñoz (19) donde se encontró mayor prevalencia en poblaciones con menor grado educativo podría decirse que, a pesar de no ser nivel educativo básico de acuerdo al Plan Educativo Nacional (38), sigue considerandose un nivel educativo bajo al existir un menoscavo en la calidad de la educación a nivel nacional (39) por lo que existe cierto grado de pertinencia con la literatura internacional.

10.2 Conclusiones

Dentro de los objetivos del presente trabajo fue evaluar la prevalencia de disfunción sexual en usuarias de métodos de planificación familiar, encontrando una prevalencia del 26% en la Unidad de Medicina Familiar No 13.

a) no existe asociación significativa entre uso de métodos de planificación familiar y el desarrollo de la disfunción sexual.

b) A pesar de ser una excelente opción anticonceptiva el implante subdérmico con etonogestrel (implanon) en mujeres nulíparas, solteras y jóvenes que no deseen embarazarse a corto plazo, es el método que más se asoció a prevalencia de disfunción sexual, aunque no posee asociación significativa para hacerlo extensivo a toda la población, al menos en nuestra población de estudio deberá siempre tenerse en cuenta como un factor a considerar en la elegibilidad del método a la hora de dar consejería familiar, y debería ser parte de la responsabilidad del médico, evaluar la respuesta sexual de las usuarias de éste método eventualmente durante las consultas subsecuentes, ya que la presencia de dicha alteración se asocia directamente con comorbilidades como depresión que generan un alto costo en materia de salud.

c) Dentro de las características de las usuarias de métodos de planificación familiar que desarrollan disfunción sexual se encontró nuliparidad, mujeres jóvenes entre 25 y 29 años, con bajo nivel educativo, IMC normal, uso de progestágenos

d) El rango de edad donde se presenta más disfunción sexual es en las mujeres de 25 a 29 años.

e) Los antecedentes gineco-obstétricos no tienen asociación significativa en la prevalencia de disfunción sexual

11. Recursos, Funcionamiento y Factibilidad

Para realizar este protocolo de estudio se utilizaron instalaciones de la UMF 13 del Instituto Mexicano del Seguro Social, con los siguientes recursos:

- Humanos: Un médico residente participara en el protocolo de estudio durante los ciclos escolares 2020-2021 a través del aporte de información de participantes que cumplan los criterios de inclusión y llenen completamente cada cuestionario.
- Tecnológicos: Un equipo de cómputo Dell Inc Laptop Modelo Inspiron 3558 Procesador Intel(R) Core (TM) i3-5005U CPU @ 2.00GHz, 2000 Mhz, 2 procesadores principales, 4 procesadores lógicos con software Word, Excel, Mendeley y SPSS utilizada para la recolección de información, redacción y citación del protocolo de estudio, así como para el análisis de resultados; impresora Canon utilizada para la impresión de cuestionarios y consentimientos informados.
- Físicos: Consultorio de planificación familiar, carta de confidencialidad, formato de consentimiento informado, dos tablas de apoyo, cuatro plumas, papel para impresión.

Los recursos antes citados son proporcionados por el IMSS sin aumentar las demandas e insumos disponibles en la unidad médica.

12. Aspectos Éticos

12.1 Riesgo de la Investigación

Como lo menciona el reglamento de la ley general de salud, artículo 17, en materia de investigación en salud, la presente investigación será de categoría 1 (40), puesto que esta investigación no presenta ningún riesgo para el paciente, ya que se realizará un cuestionario y no se realizarán intervenciones de ningún tipo.

12.2 Contribución y beneficios del estudio para la sociedad

Se trata de un estudio descriptivo y analítico, donde la información se obtendrá de cuestionarios impresos, por lo tanto, no generará ningún tipo de riesgo, ya que no se realizarán intervenciones, ni modificaciones.

El participante no recibirá ningún tipo de beneficio, remuneración económica, por participar en la investigación, de igual manera este estudio no generará ningún gasto a estos.

Por otro lado, la presente investigación contribuirá a identificar de forma adecuada y a tiempo los principales factores asociados a deserción de residentes médicos y se darán a conocer a los departamentos de enseñanza de cada sede participante para realizar intervenciones para atender o evitar el desarrollo de esta patología.

12.3 Confidencialidad

La información recabada en los expedientes clínicos, no se obtendrá el nombre del paciente a fin de guardar la confidencialidad del paciente. Se realizará consentimiento informado electrónico.

12.4 Forma de selección de los pacientes

Se realizará una encuesta a pacientes femeninas en edad reproductiva cuenten con los criterios de inclusión de la presente investigación.

13. Lineamientos y normas

La presente investigación se llevó a cabo siguiendo los lineamientos y normas que rigen la investigación en México y el mundo:

Declaración de Helsinki 1964

Esta declaración se basa en la revisión de investigaciones por un comité de ética, a su vez da origen a nuevos comités de ética para la investigación a nivel internacional. La presente investigación está clasificada en la categoría I, donde no se realiza ningún tipo de intervención, por lo cual no cumple con criterios para ser sometido a un comité de ética. (41)

Norma Oficial Mexicana 012 SSA 3-2007.

Esta norma establece los criterios para la ejecución de investigaciones para la salud en seres humanos, se especifica cómo debe de llevarse a cabo la revisión y aprobación de investigaciones en instituciones de salud, con el fin de proteger los derechos y el bienestar de los participantes.(42)

En la presente investigación se tomó en cuenta dicha norma, aplicando solo en algunos aspectos, ya que será una investigación retrospectiva, analizando expedientes clínicos.

Por último, fueron considerados los lineamientos generales para realizar investigación en el Instituto Mexicano del Seguro Social dentro de los cuales destaca lo siguiente: "que toda investigación realizada en el instituto debe ponerse de manifiesto un profundo respeto hacia la persona la vida y la seguridad de todos los derechos que quién participe en ellos rigiéndose por las normas institucionales en la materia", en particular por el Manual de Organización de la Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación (Acuerdo No 15; 6 - 84 del 20 de junio de 1984 del Honorable Consejo Técnico).

14. Bibliografía

1. Busto Martín L, Barghoutti I, Andraca AZ. QUISTE DE LA GLÁNDULA DE SKENE: 4 CASOS Y REVISION DE LITERATURA @ CORRESPONDENCIA. Vol. 63, Casos Clínicos Arch. Esp. Urol. 2010.
2. Gutiérrez Teira B. La respuesta sexual humana (AMF 2010) [Internet]. 2010 [cited 2020 Jul 20]. p. 543–6. Available from: https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=158
3. García Hernández PM. (Disfunciones sexuales y Cardiopatía) [Internet]. Asociación Española de Enfermería en Cardiología. 2019 [cited 2020 Jul 20]. p. 18–23. Available from: <https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/Disfunciones-sexuales-y-cardiopatia.pdf>
4. (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud , décima revisión. volumen 1 CIE-10 PAHO/WHO) [Internet]. [cited 2020 Jul 20]. Available from: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/dne/vol1_v.pdf
5. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 [Internet]. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2014 [cited 2020 Jul 20]. p. 225–38. Available from: www.appi.org
6. Viviana Matute Ortega, Carlos Arévalo Peláez AEP. (Estudio Transversal: Prevalencia de Disfunción Sexual Femenina y Factores Asociados en Pacientes del Hospital “José Carrasco Arteaga”.) [Internet]. [cited 2020 Jul 22]. Available from: <http://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD42017.pdf>
7. Lee J, Tan T, Ang S. Female sexual dysfunction with combined oral contraceptive use. Singapore Medical Journal. 2017 Jun;58(6):285–8.
8. Martínez Ramírez S, Sánchez Bravo C, Carreño Melendez J, Gómez López ME. Disfunciones sexuales femeninas y masculinas comparación de género en una muestra de la Ciudad de México. Salud Mental [Internet]. 2005 May 12 [cited 2022 Jul 5];74–80. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1367532>
9. Miranda, Vilma; Lara M. DISFUNCIÓN SEXUAL DE LA MUJER EN EDAD REPRODUCTIVA. Revista Científica Escuela Universitaria de Ciencias de la salud (EUCS). 2017;4 (1):22–6.
10. Blanco E, Navarro A, Rojas L. Trastorno de deseo sexual hipoactivo femenino y masculino. Revista Sexología y Sociedad [Internet]. 2016;22(2):166–87. Available from: <http://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/602/632>
11. Vega GM, Jezabel Flores PC, Ávila JM, Becerril AS, Jesús Vega AM, Camacho NC, et al. Factores biopsicosociales asociados a la disfunción sexual femenina en una población mexicana [Internet]. Vol. 79, REV CHIL OBSTET GINECOL. 2014 [cited 2022 Jul 5]. Available from: https://scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262014000200003
12. Sixto A, García G, Martín B. BUENA PRÁCTICA CLÍNICA en Disfunciones sexuales. Medicina. 2004.
13. de Castro Coelho F, Barros C. The Potential of Hormonal Contraception to Influence Female Sexuality. International Journal of Reproductive Medicine. 2019 Mar 3;2019:1–9.
14. Lorente MA. ASSIR Sant Fèlix Institut de la Dona 6º Máster en Anticoncepción, Salud Sexual y Reproductiva MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.
15. Palacios S, Lilue M. Función sexual femenina y anticoncepción hormonal Female sexual function and hormonal contraception. 2020 [cited 2020 Jul 22]; Available from: <https://doi.org/10.24245/gom.v88iSupl1.3857>
16. Čiaplinskienė L, Žilaitienė B, Verkauskienė R, Žalinkevičius R, Bumbulienė Ž, Vanagienė V, et al. The effect of a drospirenone-containing combined oral contraceptive on female sexual function: a prospective randomised study. European Journal of Contraception and Reproductive Health Care. 2016;21(5).

17. Settecase C, Bagilet D, Soldani L. Enfermedad pelviana inflamatoria por Acinetobacter asociada a dispositivo intrauterino | Medicina Intensiva [Internet]. 2003 [cited 2020 Jul 22]. p. 692–4. Available from: <https://www.medintensiva.org/es-enfermedad-pelviana-inflamatoria-por-acinetobacter-articulo-13055985>
18. Salud de la mujer [Internet]. [cited 2020 Jul 20]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>
19. Muñoz D ADP, Camacho L PA. Prevalencia y factores de riesgo de la disfunción sexual femenina: revisión sistemática. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2016 Jun;81(3):168–80.
20. Paltrow EB. Predictors of the Longevity Difference: A 25-Year Follow-Up. Gerontologist. 1982 Dec 1;22(6):513–8.
21. Luis Arrondo J. La sexualidad supone disfrutar, comunicarse, sentirse mejor y estar más sano. Revista Internacional de Andrología. 2008 Dec;6(4):260–4.
22. Rubio Aurióles E. (Lo que todo clínico debe saber sobre sexología) [Internet]. 2014 [cited 2020 Jul 20]. p. 1-48;95-114. Available from: <https://www.amssac.org/wp-content/uploads/2015/05/Libro-Sexología-2015.pdf#page=106>
23. COMUNICADO DE PRENSA NÚM 525/18 [Internet]. 2018 Oct [cited 2020 Jul 20]. Available from: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/EstSociodemo/DEFUNCION ES2017.pdf>
24. Salud mental [Internet]. INEGI. [cited 2020 Jul 20]. Available from: <https://www.inegi.org.mx/temas/salud/>
25. Análisis de costos de atención médica para esquizofrenia y depresión en México para el periodo 2005-2013 [Internet]. [cited 2020 Jul 22]. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000105015
26. Sexual R. Dominios e interpretación de resultados Cita bibliográfica : Sánchez F , Pérez M , Borrás JJ , Gómez O , Aznar J , Caballero A . Diseño y . :10–1.
27. NOM 005-SSA2-1993 [Internet]. [cited 2020 Jul 22]. Available from: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/005ssa23.html>
28. Song SH, Jeon H, Kim SW, Paick J-S, Son H. The Prevalence and Risk Factors of Female Sexual Dysfunction in Young Korean Women: An Internet-Based Survey. The Journal of Sexual Medicine. 2008 Jul;5(7):1694–701.
29. Espitia de la Hoz F. Fisiopatología del trastorno del deseo sexual en el climaterio. Revista médica Risaralda [Internet]. 2018 Jun [cited 2022 Jul 5];24(1). Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672018000100010&lng=en
30. Morin Zaragoza O. Obesidad y sexualidad. Revista Trabajo Social [Internet]. 2008 [cited 2022 Jul 5];4–13. Available from: <http://revistas.unam.mx/index.php/ents/article/viewFile/19513/18505>
31. Espitia de la Hoz F. Sexual dysfunctions in women with obesity in Quindío, Colombia. Universitas Medica. 2021 Jun;62(3):1–9.
32. Bustos B. G, Pérez V R. Relación entre factores psicosociales y el Índice de Función Sexual Femenina en población rural de la comuna de Teno, Región del Maule. Perinatología y Reproducción Humana. 2018 Mar;32(1):9–18.
33. Elnashar A, EL-Dien Ibrahim M, EL-Desoky M, Ali O, El-Sayd Mohamed Hassan M. Female sexual dysfunction in Lower Egypt. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2007 Feb;114(2):201–6.
34. Solana-Arellano E V-AAL-SJC-TME de la CJAN. Dispareunia en mujeres después del parto: estudio de casos y controles en un hospital de Acapulco, México. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2008 [cited 2022 Jul 5];23(1):44–51. Available from: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/7741/a06v23n1.pdf?sequence=1>

35. MC, Berzain Rodriguez C terceros la. Episiotomy: Procedure to election and no routine. Rev Cient Cienc Med 2014. 2014;17(2).
36. Morin Chaparro G, Ruth Pérez V, Katia Sáez C. Función sexual femenina durante el período posparto. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. 2013;73(3).
37. Real Cancio RS. Estudio epidemiológico de la Disfunción Sexual Femenina. Asociación con otras enfermedades y factores de riesgo [Tesis Doctoral] [Internet]. [La Habana, Cuba]: Universidad de Ciencias Médicas De La Habana; 2010 [cited 2022 Jul 5]. Available from: <http://tesis.sld.cu/FileStorage/000179-2166-RMReal.pdf>
38. Organización Estructural del sistema Educativo en México. [Internet]. [cited 2022 Jul 5]. Available from: http://www.planeducativonacional.unam.mx/CAP_07/Text/07_03a.html
39. Estado Actual de la Educación Media Superior [Internet]. [cited 2022 Jul 5]. Available from: http://www.planeducativonacional.unam.mx/CAP_01/Text/01_05a.html
40. REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACION PARA LA SALUD [Internet]. Publicada en el DOF 06-01-1987, última reforma 02-04-2014. Available from: REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACION PARA LA SALUD
41. DECLARACIÓN DE HELSINKY DE LA ASOCIACIÓN MEDICA MUNDIAL principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. 1964 [cited 2022 Aug 16]. Available from: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/343576/9._INTL._Declaracixn_de_HELSINKI.pdf
42. NOM-012-SSA3-2007 [Internet]. Available from: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5117857&fecha=05/11/2009#gsc.tab=0

4. En las últimas 4 semanas, durante la actividad sexual, cuando le han (o se ha) tocado o acariciado, ¿ha sentido excitación sexual? (Por ejemplo, sensación de «ponerse en marcha», deseo de «avanzar más» en la actividad sexual.)

- Nunca (1)
- Raramente (2)
- A veces (3)
- A menudo (4)
- Casi siempre-siempre (5)

5. Durante las últimas 4 semanas, cuando se sintió excitada sexualmente, ¿notó humedad y/o lubricación vaginal?

- Nunca (1)
- Raramente (2)
- A veces (3)
- A menudo (4)
- Casi siempre-siempre (5)

6. En las últimas 4 semanas, durante su actividad sexual, cuando le han (o se ha) tocado o acariciado en la vagina y/o zona genital, ¿ha sentido dolor?

- Casi siempre-siempre (1)
- A menudo (2)
- A veces (3)
- Raramente (4)
- Nunca (5)

7a. En las últimas 4 semanas, durante su actividad sexual, la penetración vaginal (del pene, dedo, objeto, etc.) ¿podía realizarse con facilidad? (Instrucciones:

no debe contestar a esta pregunta si no ha habido penetración vaginal en las últimas 4 semanas. En su lugar, responda la pregunta 7b.)

- Nunca (1)
- Raramente (2)
- A veces (3)
- A menudo (4)
- Casi siempre-siempre (5)

7b. ¿Indique por qué motivo no ha habido penetración vaginal durante las últimas 4 semanas? (Instrucciones: cumplimente esta pregunta sólo si no ha contestado a la anterior —pregunta 7a—).

- Por sentir dolor (a)
- Por miedo a la penetración (b)
- Por falta de interés para la penetración vaginal (c)
- No tener pareja sexual (d)
- Incapacidad para la penetración por parte de su pareja (e)

8. Durante las últimas 4 semanas, ante la idea o posibilidad de tener actividad sexual, ¿ha sentido miedo, inquietud, ansiedad...?

- Casi siempre-siempre (1)
- A menudo (2)
- A veces (3)
- Raramente (4)
- Nunca (5)

9. Durante las últimas 4 semanas, ¿ha alcanzado el orgasmo cuando ha mantenido actividad sexual, con o sin penetración?

- Nunca (1)
- Raramente (2)
- A veces (3)
- A menudo (4)
- Casi siempre-siempre (5)

8. En las últimas 4 semanas, ¿cuántas veces ha sido usted quien ha dado los pasos iniciales para provocar un encuentro sexual con otra persona?

(Nota informativa: el término «con otra persona» se refiere a su pareja si la tiene, otra u otras personas, independientemente de su sexo.)

- Nunca (1)
- Raramente (2)
- A veces (3)
- A menudo (4)
- Casi siempre-siempre (5)

9. Durante las últimas 4 semanas, ¿se ha sentido confiada para comunicar a su pareja lo que le gusta o desagrada en sus encuentros sexuales?

- Nunca (1)

■ Raramente (2)

■ A veces (3)

■ A menudo (4)

■ Casi siempre-siempre (5)

■ No tengo pareja (0)

10. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántas veces ha tenido actividad sexual?

■ 1-2 veces (1)

■ De 3 a 4 veces (2)

■ De 5 a 8 veces (3)

■ De 9 a 12 veces (4)

■ Más de 12 veces (5)

11. Durante las últimas 4 semanas, ¿disfrutó cuando realizó actividad sexual?

■ Nunca (1)

■ Raramente (2)

■ A veces (3)

■ A menudo (4)

■ Casi siempre-siempre (5)

12. En general, en relación con su vida sexual durante las últimas 4 semanas, ¿se ha sentido satisfecha? ■ Muy insatisfecha (1)

■ Bastante insatisfecha (2)

■ Ni satisfecha ni insatisfecha (3)

■ Bastante satisfecha (4)

■ Muy satisfecha (5)

Los médicos y profesionales de la salud interesados en utilizar el cuestionario FSM pueden ponerse en contacto con el Dr. Froilán Sánchez, que les facilitará las «Instrucciones de uso y puntos de corte».

15.3 Consentimiento informado



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

Nombre del estudio: PREVALENCIA DE DISFUNCION SEXUAL ASOCIADA A METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN HOSPITAL GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA / UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 13

Lugar y fecha: Hospital de Ginecoobstetricia y Unidad de Medicina Familiar No. 13, Azcapotzalco, CDMX.

Número de registro: R-2020-3511-011

Justificación y objetivo del estudio: La estamos invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivo EVALUAR LA PREVALENCIA DE DISFUNCION SEXUAL FEMENINA ASOCIADA A MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR PARA INCIDIR DE MANERA OPORTUNA EN LA ELECCIÓN DE ANTICONCEPCIÓN Y EVITAR COMORBILIDADES ASOCIADAS A LA MISMA

Procedimientos:

Si usted acepta participar, se revisará su expediente clínico para la obtención de datos clínicos y epidemiológicos. Se aplicará un instrumento validado tipo cuestionario de FSM.

Posibles riesgos y molestias: ninguno

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Usted no recibirá un pago por su participación en este estudio, tampoco implica gasto alguno para usted. No omito mencionarle que los resultados del presente estudio contribuirán a identificar los principales factores de riesgo asociados al desarrollo de disfunción sexual asociado a métodos de planificación familiar en nuestra población.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Si durante la realización del estudio, hubiera cambios en los riesgos o beneficios por su participación en esta investigación, existe el compromiso por parte del investigador de informarle, aunque esta información pueda cambiar su opinión respecto a su participación en este estudio.

Participación o retiro:

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Si usted decide no participar, seguirá recibiendo la atención médica brindada por el IMSS y conservará su derecho a obtener los servicios de salud u otros servicios que recibe por parte del instituto. Incluso si en un principio desea participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento.

Privacidad y confidencialidad: La información que nos proporcione que pudiera ser utilizada para identificarlo (a) (nombre y número de seguridad social) será guardada de manera confidencial y por separado al igual que sus respuestas a los cuestionarios para garantizar su privacidad. Cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en conferencias, no se dará información que pudiera revelar su identidad. Para proteger su identidad le asignaremos un número que utilizaremos para identificar sus datos, y usaremos ese número en lugar de su nombre en nuestras bases de datos.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador responsable: Martínez Palomino Ericka. Residente de Medicina Familiar HGO/ UM13. Matrícula:98358748

Asesor metodológico Dra. Alma Italia Guerrero Martínez MNF, Matrícula 99368649, e-mail: Italia.guerrero@imss.gob.mx, teléfono:
55-61-27-00

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:
Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso
Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720.
Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico:
comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien
obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre y firma

Nombre y firma

Clave: 2810-009-013