



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR
No. 1, PACHUCA, HIDALGO.**

**SATISFACCIÓN SEXUAL EN MUJERES USUARIAS DE
MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE CORTO Y
LARGO PLAZO EN EL HGZMF NO. 1 PACHUCA HIDALGO.**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL:

TÍTULO DE ESPECIALISTA

EN:

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ERIKA SANTILLÁN ARROYO

INVESTIGADOR RESPONSABLE

DRA. BLANCA EDITH MORENO MUÑOZ

INVESTIGADOR ASOCIADO

DR. OMAR BARRAGÁN PELCASTRE





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).

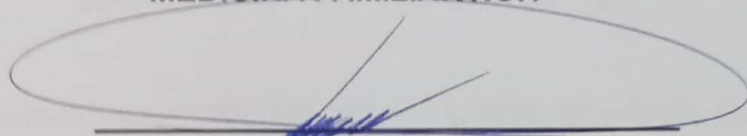
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

**"SATISFACCIÓN SEXUAL EN MUJERES USUARIAS DE MÉTODOS DE
PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE CORTO Y LARGO PLAZO EN EL HGZMF NO. 1
PACHUCA HIDALGO"**

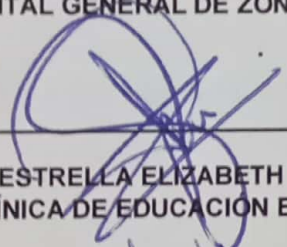
TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

ERIKA SANTILLÁN ARROYO

**RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON
MEDICINA FAMILIAR NO.1**



DR. LUIS ALBERTO CAMARGO CERVANTES
DIRECTOR MÉDICO DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO. 1



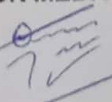
DRA. ESTRELLA ELIZABETH PASTÉN LÓPEZ.
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD.



DRA. YURENI URIBE VÁZQUEZ.
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR.



DRA. BLANCA EDITH MORENO MUÑOZ
MÉDICO FAMILIAR
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO.1



DR. OMAR BARRAGÁN PELCASTRE
MÉDICO EPIDEMIÓLOGO
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO.1

PACHUCA DE SOTO, HIDALGO 2024

**“SATISFACCIÓN SEXUAL EN MUJERES USUARIAS DE MÉTODOS DE
PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE CORTO Y LARGO PLAZO EN EL HGZMF NO. 1
PACHUCA HIDALGO”**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

ERIKA SANTILLÁN ARROYO

RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON
MEDICINA FAMILIAR NO.1



AUTORIZACIONES:

Gress Marisell Gómez Arteaga

DRA. GRESS MARISEL GÓMEZ ARTEAGA.

COORDINADORA DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL.

Jesús Martínez Ángeles

DR. JESÚS MARTINEZ ÁNGELES.

COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD.

Elba Torres Flores

DRA. ELBA TORRES FLORES.

COORDINADORA AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD.

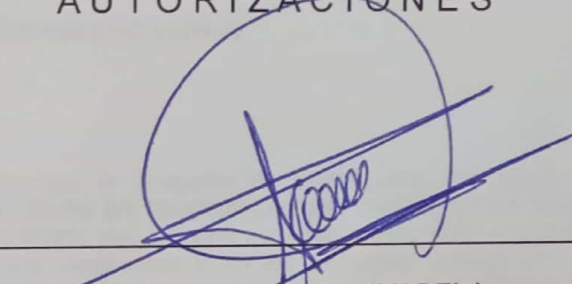
PACHUCA DE SOTO, HIDALGO 2024

**“SATISFACCIÓN SEXUAL EN MUJERES USUARIAS DE MÉTODOS DE
PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE CORTO Y LARGO PLAZO EN EL HGZMF NO.
1 PACHUCA HIDALGO.”**

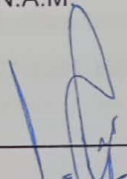
TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:

ERIKA SANTILLÁN ARROYO

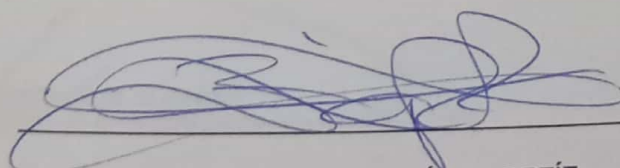
AUTORIZACIONES



DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTÍZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

ÍNDICE

I. PORTADA.....	1
II. IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES.....	7
IV. RESUMEN.....	8
V. MARCO TEÓRICO.....	9
VI. JUSTIFICACIÓN.....	23
VII. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	24
VIII. OBJETIVOS.....	25
IX. HIPÓTESIS	26
X. UNIVERSO DE TRABAJO.....	27
XI. MATERIAL Y MÉTODOS.....	27
XIII.- ASPECTOS ÉTICOS.....	33
Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud	33
Declaración de Helsinki	36
Archivo de la Información	39
Autorización Institucional.....	39
XIV.- RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.....	40
XV. - RESULTADOS.....	42
XVI.- DISCUSIÓN.....	58
XVII.- CONCLUSIÓN	60
XVIII.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	61
XIX.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	62
XX.- ANEXOS	64

II. IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

Investigador responsable:

Nombre: Dra. Blanca Edith Moreno Muñoz
Especialidad: Médico Familiar
Adscripción: HGZMF No 1
Domicilio: Prolongación Avenida Madero No. 405, Colonia nueva
Francisco I. Madero Pachuca Hidalgo.
Teléfono: 7711282549
Correo electrónico: blankita_moreno@hotmail.com

Investigador asociado:

Nombre: Dr. Omar Barragán Pelcastre
Especialidad: Epidemiología
Adscripción: HGZMF No 1
Domicilio: Prolongación Avenida Madero No. 405, Colonia nueva
Francisco I. Madero Pachuca Hidalgo.
Teléfono: 7714142907
Correo electrónico: omar.barragan@imss.gob.mx

Investigador asociado y tesista:

Nombre: Dra. Erika Santillán Arroyo
Residente de la Especialidad en Medicina Familiar.
Domicilio: Prolongación avenida Madero No. 405, Colonia nueva
Francisco I. Madero Pachuca Hidalgo.
Teléfono: 7712212226
Correo electrónico: erika7712212226@gmail.com

IV. RESUMEN

TÍTULO: Satisfacción sexual en mujeres usuarias de métodos de planificación familiar de corto y largo plazo en el HGZMF No. 1 Pachuca Hidalgo.

ANTECEDENTES: La sexualidad en el ser humano dejó de ser, hace mucho tiempo, un acto de mera reproducción, convirtiéndose en un acto de intimidad, simbolismo y satisfacción personal; es por ello que hoy podemos considerar a la satisfacción sexual como parte integral del desarrollo humano. Algunos trabajos reportan un incremento en la satisfacción sexual de las mujeres usuarias de anticonceptivos hormonales orales (HO) y dispositivo intrauterino (DIU), condición que se explica por la disminución del temor a embarazarse.

OBJETIVO: Identificar el grado de satisfacción sexual en mujeres usuarias de métodos de planificación familiar de corto y largo plazo en el HGZMF No. 1 Pachuca Hidalgo.

MATERIAL Y MÉTODOS: se realizó un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo y observacional, dónde por medio de una encuesta de satisfacción sexual "Escala NSS de satisfacción sexual" se evaluó el grado de este, además de su relación con datos sociodemográficos en mujeres usuarias de métodos anticonceptivos del Hospital HGZMF no. 1. Se realizó descripción estadística simple para caracterizar a la población del estudio, proporciones y razones para variables cualitativas y para variables cuantitativas medidas de tendencia central y de dispersión (media, mediana, moda, desviación estándar y varianza). Para establecer la asociación y las diferencias entre variables, se ocupó las pruebas estadísticas U de Mann Withney y Chi cuadrada.

RESULTADOS: El grado satisfacción sexual en mujeres usuarias de métodos de planificación familiar de corto y largo plazo en la mayoría es extremadamente satisfecha con los siguientes resultados: se encontró 2 mujeres (0.9%) con un grado de nada satisfecha, 44 mujeres (18.8%) con un grado de poco satisfecha, 41 mujeres (17.5%) con un grado de satisfecha, 44 mujeres (18.8%) con un grado de muy satisfecha y 103 mujeres (44.0%) con un grado de extremadamente satisfecha. En relación al tipo de método anticonceptivo de corto y largo plazo utilizado por las mujeres usuarias y el lugar de residencia que refirieron si se observó asociación estadística significativa, con una p de 0.012. También se mostró asociación estadística significativa entre estado civil, escolaridad y número de parejas sexuales con el método anticonceptivo de corto y largo plazo, todas con una p de menor a 0.001.

CONCLUSIONES: Con los resultados obtenidos podemos concluir que se logró el objetivo principal de Identificar el grado de satisfacción sexual en mujeres usuarias de métodos de planificación familiar de corto y largo plazo en el HGZMF No. 1 Pachuca Hidalgo, encontrándose un grado de extremadamente satisfecha.

PALABRAS CLAVE: sexualidad, satisfacción sexual, salud sexual, métodos anticonceptivos, planificación familiar.

V. MARCO TEÓRICO

La sexualidad en el ser humano dejó de ser, hace mucho tiempo, un acto de mera reproducción, convirtiéndose en un acto de intimidad, simbolismo y satisfacción personal; es por ello que hoy podemos considerar a la satisfacción sexual como parte integral del desarrollo humano. ¹

Sin embargo, en la actualidad es difícil disponer de un concepto unificado, acerca de lo que debemos entender como satisfacción sexual, debido a que es un término que adquiere múltiples significados, dependiendo del campo científico desde el cual se estudie, así como de las experiencias y grado de subjetividad de las personas.¹

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) «la sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. Está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.»²

La OMS considera que se requiere de tres elementos básicos para conseguir una sexualidad saludable a saber:

- 1- La posibilidad de disfrutar de una actividad sexual reproductiva equilibrando una ética personal y social
- 2- El ejercicio de la sexualidad sin temores, vergüenzas, culpas, mitos ni falacias, en esencia, sin factores psicológicos ni sociales que interfieran con las relaciones sexuales.
- 3- El desempeño de una actividad sexual libre de trastornos orgánicos, enfermedades o alteraciones que la entorpezcan.³

Luttges, Torres & Molina definen a la satisfacción sexual como una evaluación subjetiva de agrado o desagrado que una persona hace respecto de su vida sexual o bien, como la capacidad del sujeto de obtener placer de su actividad sexual. Es un concepto que abarca dimensiones físicas, emocionales, relacionales y culturales, y constituye un componente esencial de la salud sexual y un indicador de calidad de vida y bienestar de las personas.⁴

Para Phillips Stevens es la propia sexualidad la que encuentra un espacio importante para la sociedad, en su artículo *Cultura y sexualidad*, menciona: “Se puede argumentar que toda la organización social se basa en el reconocimiento y la regulación de dos capacidades biológicas fundamentales: la sociabilidad y la sexualidad”; por lo que al ser tan importante para el ser humano más de un autor se ha visto envuelto en la determinación de las variables de la sexualidad misma y de los niveles de satisfacción sexual.⁵

Algunos autores sostienen diferentes variables con respecto a la satisfacción sexual propiamente dicho, como el entorno o las experiencias personales a lo largo de la vida y el desarrollo; por ello, ha ido adquiriendo relevancia una aproximación multidimensional en los estudios relativos a la sexualidad y satisfacción sexual.

La literatura médica ha relacionado a la satisfacción sexual femenina con otros condicionantes biológicos (edad) y socioculturales (escolaridad, tiempo de convivencia con la pareja y número de hijos). Se ha identificado que las parejas que se unen entre los 25-30 años que además comparten un nivel de escolaridad medio o superior presentan menor dificultad en su organización familiar y por ende mayor satisfacción sexual.¹

La escolaridad se considera como una forma de desarrollo económico y social que permite el acceso a mayores recursos, con los cuales es posible alcanzar un mayor bienestar tanto en lo individual como en lo colectivo. En el ámbito de la salud reproductiva, un mayor nivel de estudios proporciona los conocimientos para llevar una vida sexual y reproductiva con menos riesgos. Se ha demostrado que un mayor nivel de escolaridad se relaciona con un mayor y mejor

conocimiento y uso de métodos anticonceptivos. Es por eso que dentro de este estudio también estudiaremos dichas variables sociodemográficas que pudieran influir en nuestros resultados.⁶

De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014, el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual se incrementó en 75.9 por ciento, al pasar de 19.5 a 34.3 por ciento entre 2009 y 2014. En general, el aumento se presentó en todas las mujeres clasificadas por diferentes características sociodemográficas, sin embargo, llama la atención que, en las mujeres sin escolaridad, las que residen en zonas rurales o que son hablantes de lengua indígena, se duplicó el porcentaje de las que hicieron uso de algún anticonceptivo, aunque continúa siendo muy bajo.⁶

La evaluación de la frecuencia de los propios orgasmos, es uno de los elementos más frecuentemente asociados a la satisfacción sexual. La compleja relación entre la frecuencia orgásmica y la satisfacción sexual, en que, si bien ambas variables se relacionan, existe un número importante de mujeres en las que ambos aspectos no presentan relación y existirían otros factores iguales o más determinantes de la satisfacción sexual.¹

Es importante evaluar diferentes características como: demográficas, las condiciones de vida materiales, sociales y culturales de las personas ya que tienen una estrecha relación con su salud sexual y reproductiva; de forma que, por un lado, determinan el uso y el acceso a los servicios disponibles, y por el otro, propician prácticas diferenciadas y desigualdad en cuanto al acceso y la atención de estos servicios en grupos de la población con características sociodemográficas particulares. Por lo anterior, es de suma importancia conocer el perfil básico de las mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años), dado que constituyen la población objetivo de este estudio.⁶

Con respecto a satisfacción sexual, la complejidad que implica definirla, también se ve reflejada en el campo de la indagación actual. Ya en 1998 Álvarez-Gayou hablaban de una insatisfacción sexual estimada de entre 40-50% entre las

mujeres mexicanas que fueron parte de su estudio; representada por la anorgasmia, condición que produce efectos negativos sobre la salud física y psíquica. Este mismo reporte señala que la mujer vincula su satisfacción sexual con la percepción de los rasgos positivos de su pareja (comunicación, confianza y amor).¹

Desde esta óptica la satisfacción sexual se vincula con las áreas:

- Físico-sexuales
- Afectivo-emocionales
- Socio-organizativas.

Con lo anterior como base, se evidencia que la sexualidad y, concretamente la satisfacción de esta es un tema difícil de abordar por la gran cantidad de matices que se presentan. Es indiscutible que la sexualidad conlleva una mezcla de sensaciones pervividas que van más allá de un acto de reproducción y que intervienen en la salud de la persona y de la familia misma.¹

Como ya se mencionó, el área físico sexual, ampliamente relacionada con la fisiología, abarca todas las funciones y cambios de los sistemas nervioso, muscular, vascular, mucocutáneo, metabólico, endocrino, inmune – que son esenciales para conducir a una respuesta sexual completa (Graziottin y Giraldi, 2006).⁷

Siendo, entonces, la propia fisiología un punto de partida para los determinantes del nivel de satisfacción sexual; ya que, si uno de estos componentes fallase, la satisfacción sexual es poco asequible. La función sexual incluye el deseo/interés, excitación central y periférica con congestión genital y lubricación vaginal, orgasmo, resolución, y satisfacción.⁷

El deseo/interés sexual y la excitación central pueden activarse por estímulos internos y externos. Los estímulos internos incluyen sueños eróticos y no eróticos, fantasías, recuerdos, amor, necesidades de apego / intimidad, y conducción física. Los estímulos externos incluyen todos los estímulos sensoriales señales: olfativas (incluidas las feromonas), táctiles, gustativas,

auditivas y visual. En las mujeres los tres primeros son prominentes y también se conocen como "cenestésicos" señales". Cualquiera que sea el estímulo, tan pronto como sea perciba.⁷

Una vez que se percibe el estímulo sexual, son cuatro principales sistemas cerebrales se activan al mismo tiempo (Stoléru *et al.*, 2012):

1. El sistema autónomo, mediando el neurovascular, cardiovascular, respiratorio, mucocutáneo, olfativo, respuesta salival y genital, preparando todo el cuerpo para las relaciones sexuales.
2. El sistema emocional, afectivo, límbico, que establece el color, atmósfera emocional de este sentimiento específico del deseo y la excitación, que pueden estar potenciando, cuando se percibe una respuesta recíproca positiva en el compañero deseado, o inhibiendo, cuando se percibe una respuesta negativa.
3. El sistema cognitivo, que evalúa el deseo y riesgos en el comportamiento sexual.
4. El sistema motor está involucrado en dos áreas principales:
 - a. El comportamiento motor es una parte vital del cortejo, juegos previos, abrazos, besos y caricias, es decir, en la música de los cuerpos amorosos y sexuales.
 - b. Componente crítico del orgasmo, por definición un reflejo sensorial motor. Parece que existe disminución del flujo sanguíneo en el área orbitofrontal lateral izquierdo de la corteza, que significa desinhibición del comportamiento durante el orgasmo en la mujer, y que la desactivación del lóbulo temporal está directamente relacionada con la alta excitación sexual. Además, los núcleos cerebelosos profundos pueden estar involucrado en las contracciones musculares específicas del orgasmo, mientras que la participación del mesencéfalo ventral y el núcleo caudado derecho sugiere un papel para la dopamina en la excitación sexual femenina y el orgasmo (Georgiadis *et al.*, 2006).⁷

Una vez conocida la fisiología de la sexualidad una de las preguntas que brota de manera inherente es: ¿Puede medirse la satisfacción sexual?, de manera

concreta la respuesta es sí. Sin embargo, es importante tener claro que, al tratarse de un tema tan presente en la historia humana, suele ser difícil de describir y, por ende, de medir.

En 1988 se plantea una primera escala de medición de la satisfacción sexual publicada por Syracuse. En 2010 es retomada por Štulhofer, Buško, & Brouillard, donde se plantean nuevas variables en un estudio con 2000 participantes, obteniendo la Nueva Escala de Satisfacción Sexual (NSSS). Si bien no existen parámetros universales, la NSSS engloba de mejor manera las variables de la sexualidad.⁸

En esta tesis se emplea La Nueva Escala de Satisfacción Sexual (NSSS; k = 20) y su forma abreviada (NSSS-S; k = 12). Estas evaluaciones son, como su nombre indica, escalas, las cuales son de características multidimensionales y de autoinforme; diseñadas para medir la satisfacción sexual tanto en muestras clínicas como no clínicas.⁸

El marco conceptual de la NSSS se deriva de la literatura de psicoterapia y consejería sexual, enfocándose en múltiples aspectos de la satisfacción sexual. El género y la orientación sexual; así como el estado civil es neutral, para una valoración más adecuada.⁸

La NSSS-S fue validada recientemente en español (Strizzi, 2016). Se encontró que ambas medidas traducidas tenían propiedades psicométricas sólidas.⁷ teniendo que, para cada elemento, se pide a los encuestados que califiquen su nivel de satisfacción con su vida sexual en los últimos 6 meses utilizando la siguiente escala tipo Likert de 5 puntos: 1 (nada satisfecho), 2 (un poco satisfecho), 3 (moderadamente satisfecho), 4 (muy satisfecho), 5 (extremadamente satisfecho).⁸

Partiendo de las bases de la investigación, en esta nueva escala Štulhofer, Buško, & Brouillard nos permiten valorar la satisfacción sexual de manera dirigida, siendo posible estudiar la satisfacción sexual desde varias perspectivas. Una de estas perspectivas es, precisamente, el punto de estudio de este

documento, al buscar el grado de satisfacción en las mujeres usuarias de métodos anticonceptivos, concretamente de larga duración.⁸

Entrando en materia, los métodos anticonceptivos son aquéllos que se utilizan para impedir la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja en forma temporal o permanente. En México estos métodos son de acceso gratuito. Dentro del Instituto de seguro social se ofertan la mayoría de estos, siendo de interés para este trabajo lo que se muestran en la tabla 1, mientras que en la tabla 2 se muestra una rápida comparativa entre estos mismos métodos.

Tabla 1. Métodos de planificación familiar que ofrece el Hospital General de Zona y Medicina Familiar no. 1

Método	Mecanismo de acción	Efectividad	Presentación	Temporalidad
Anticonceptivos orales	Inhiben la ovulación mediante el bloqueo de la producción y liberación de FSH y LH. Espesa el moco cervical impidiendo la unión de los espermatozoides con el óvulo y evita la ovulación	92-99%	Etinil estradiol (20-50 µg) o Mestranol (50 - 100 µg)	30 días
Parche	Actúa a través del mecanismo de la supresión de gonadotropinas mediante las acciones estrogénicas y progestacionales, inhibe la ovulación, alteraciones del moco cervical, movilidad de las trompas de Falopio y del endometrio.	97%	Etinilestradiol/ norelgestromina 0.60mg/6.00 mg	30 días
Inyectables	Inhibe la ovulación suprimiendo la FSH y LH.	Mayor al 99%	cipionato de estradiol (5 mg), valerianato de estradiol (5 mg) o enantato de estradiol (5 y 10 mg).	1 mes 2 meses
Implante subdérmico varilla 1	Aumenta la densidad del moco cervical, produce modificaciones estructurales en el endometrio. Modifica la motilidad tubaria.	Mayor al 99%	Etonogestrel 68 mg	3 años
Implante subdérmico varillas 2		Mayor al 99%	Levonorgestrel 150 mg, dividido en	5 años

	Inhibe la ovulación mediante la supresión de FSH Y LH.		dos, cada implante contiene 75 mg	
Dispositivo intrauterino Mirena	Disminuye los receptores estrogénicos y progestagénicos endometriales, insensibilizando el endometrio al estradiol circulante ocasionando un potente efecto antiproliferativo. Aumento de viscosidad del moco cervical	99.5%	Levonorgestrel 52 mg	5 años
Dispositivo intrauterino Kyleena	insensibilizando el endometrio al estradiol circulante ocasionando un potente efecto antiproliferativo. Aumento de viscosidad del moco cervical	99.5%	Levonorgestrel 19.5 mg	5 años
Dispositivo intrauterino de cobre	Genera un ambiente intrauterino espermicida a través de la liberación de iones de cobre y aumento de respuesta inflamatoria con presencia de leucocitos y macrófagos que además alteran la movilidad espermática	99.4%	Tcu 380 A	10 años

De los Servicios de Planificación Familiar. NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM 005-SSA2-1993. Diario Oficial de la Federación. 21 de enero de 2004.

Tabla 2. Cuadros comparativos de anticonceptivos de corto plazo y largo plazo

Parámetro	Anticonceptivos orales e inyectables (corto plazo)	Dispositivo intrauterino (largo plazo)	Implante subdérmico (largo plazo)
Descripción y efecto	Son compuestos que tienen un efecto anovulatorio, tienen una duración mensual y bimestral en algunos.	El DIU de cobre tiene una acción espermicida. El DIU hormonal tiene un efecto de engrosamiento en endometrio	Es una cápsula de silastic que contiene hormonas que se liberan diario y evitan la ovulación
Ventajas de uso	Son temporales y reversibles. Proporcionan la regulación de ciclos menstruales. Disminuyen la cantidad o número de días de sangrado	Puede aplicarse en el posparto o en otro momento. Temporal y reversible. Puede usarse durante la lactancia	No interfiere en la actividad sexual Temporal y reversible
Efectos sobre la sexualidad	La seguridad que ofrece amplia la libertad sexual, no interrumpe en el juego sexual. La mujer adquiere mayor sensibilidad en sus pechos y pezones	El método se aplica y no se olvida. Es un método del que no es visible Produce libertad y expresión sexual.	Produce ocasionalmente mayor sensibilidad corporal por las hormonas que libera.

De Jesús Ortiz J. Satisfacción sexual y métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil. Tesis de posgrado. México. UNAM. 2009

Para este estudio, utilizaremos su clasificación de acuerdo a la duración; en métodos de corto plazo y Métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada (ARAP) que éstos últimos son los métodos que no se tienen que reemplazar en cortos periodos de tiempo, son de larga duración y a la vez son reversibles, son los métodos reversibles de más alta efectividad.⁹

Después de conocer las características generales, podemos destacar una gran ventaja de los métodos anticonceptivos a largo plazo (LTCM) o también llamados ARAP, son los métodos más efectivos para controlar el embarazo y nacimiento. Estos incluyen el dispositivo intrauterino (DIU) e implante. LTCM puede prevenir embarazos no deseados hasta 20 veces mejor que las píldoras y los anillos vaginales. Es una forma de control de natalidad muy efectivo y tiene los costos de mantenimiento más bajos.¹⁰

A nivel mundial, según un estudio realizado en 185 países sobre el uso de métodos anticonceptivos, se encontró que, de 1900 millones de mujeres en edad reproductiva, 1110 millones necesitaban planificación familiar, 842 millones usaban métodos anticonceptivos modernos y 270 millones tenían necesidades desatendidas en métodos de anticoncepción.¹¹

Entre los años 2000 y 2019, la prevalencia del uso de anticonceptivos modernos en mujeres en edad reproductiva casadas aumentó a nivel mundial 2,1 puntos porcentuales: del 55,0% al 57,1%. Entre los motivos de este lento aumento figuran la escasa oferta de métodos; el acceso limitado a los servicios de planificación familiar, sobre todo por parte de las personas jóvenes, con menos recursos y solteras; el miedo a las reacciones adversas, que a veces se han sufrido con anterioridad; la oposición por razones culturales o religiosas; entre otros.¹²

De acuerdo a la OMS la visión para 2030 es garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la información, la educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y programas nacionales. Para lograr esta visión, los derechos reproductivos de las personas deben ser apoyadas garantizando información completa y fáctica sobre el uso adecuado, la eficacia y los efectos secundarios de los diversos métodos, podemos agregar

satisfacción sexual, el cual se estudiará en este documento, esperando que un mejor acceso a información lleve a más mujeres a usar métodos modernos.¹³

En México, la disponibilidad de métodos anticonceptivos a través de un programa de planificación familiar nacional sólido y comprometido, aunado a las mejoras en la educación de las mujeres, y la creciente participación en la fuerza laboral han determinado, en gran medida, un menor número de hijos entre las parejas, debido a la alta inversión de tiempo y recursos que se requieren para su crianza (Mierz Terán y Pederzini, 2010; García y de Oliveira, 2007; Quilodrán y Juárez, 2009).⁶

Es indudable que el acceso a la anticoncepción gratuita ayudó a acelerar la transición de México hacia familias más pequeñas. Sin embargo, en años recientes ha sido evidente que un mejor acceso a la anticoncepción no es suficiente para que todas las mujeres puedan evitar embarazarse cuando no lo desean, ya que a pesar de las altas prevalencias anticonceptivas sigue presentándose un alto número de embarazos no planeados y abortos.⁶

La cobertura de métodos anticonceptivos en las últimas cuatro décadas se ha centrado en la planificación familiar orientada a mujeres casadas o en unión libre. Cabe destacar, que su uso ha sido esencial para el logro de un mayor bienestar y autonomía al permitirles decidir en qué momento embarazarse, cuántos hijos tener y el tiempo que desean esperar entre un hijo y otro, lo cual les ha permitido tener mayores oportunidades para permanecer en la educación formal e integrarse a la vida laboral a través de trabajos remunerados beneficiándose, a sus familias y, por ende, al desarrollo del país.⁶

Con la planificación familiar las personas pueden tener una vida sexual satisfactoria y segura, con la capacidad de reproducirse y la voluntad de decidir cuándo y con qué frecuencia hacerlo, es decir, tiene como objetivo principal mejorar la calidad de vida de las parejas.¹⁴

De la misma forma podemos enfatizar el grado de satisfacción sexual como un derecho a la salud sexual, ya que históricamente, las políticas de planificación familiar han tenido como objetivo controlar el crecimiento demográfico en lugar

de promover los derechos sexuales y reproductivos y por ende las opciones de las mujeres.¹⁵

De igual forma, otro de los grandes beneficios del acceso a los métodos anticonceptivos se ubica en el ámbito de la salud, por ejemplo, al evitar embarazos en edades tempranas o tardías (15 a 19 años y entre los 45 y 49 años de edad) que ponen en riesgo la salud de la madre y el recién nacido, así como al ampliar los intervalos intergenésicos debido a que ambos son factores de riesgo que pueden ocasionar muertes maternas e infantiles. Asimismo, han contribuido en la prevención del contagio de las infecciones de transmisión sexual (ITS).⁶

Existen estudios que han intentado identificar el efecto de los métodos de anticoncepción sobre la satisfacción sexual de la mujer; desafortunadamente, los resultados obtenidos hasta este momento son contradictorios, debido a la complejidad del proceso y a la dificultad de no disponer de un instrumento validado que permita identificar la satisfacción sexual femenina.¹

Por otra parte, el acceso a métodos de planificación familiar no solo repercutiría en el grado de satisfacción sexual (si es que lo hace); si no que, además, lleva riesgos inherentes a la reproducción en sentido meramente biológico y desde la perspectiva social.

El embarazo, por ejemplo, a edades tempranas se considera un problema de salud pública porque conlleva un mayor riesgo de complicaciones y muerte de la madre y su hijo, además de afectaciones de otro tipo, como baja escolaridad y limitadas oportunidades de desarrollo profesional de las adolescentes. Una estrategia de la que se ha documentado su contribución a la reducción de embarazos en la adolescencia es el uso de métodos anticonceptivos modernos en esta población.¹⁶

Está reportado que los adolescentes residentes de zonas urbanas conocen más métodos anticonceptivos y tienen mayor actividad sexual que aquellos que viven en zonas rurales. Aún hay deficiencias en la planificación familiar, en particular en el medio suburbano y rural, por lo que es necesario redoblar esfuerzos y poner

mayor atención en los adolescentes como población blanco, por las repercusiones sociales y sanitarias de un embarazo no deseado a esta edad.¹⁷

Con lo anterior podemos deducir que cuando se trata de brindar servicios de planificación familiar es importante pensar en causas que pueden entorpecer nuestros propósitos como políticas culturales o religiosas, posiciones gubernamentales, leyes existentes, uso de métodos de poca eficacia, roles de mujer-hombre, bajo nivel educacional, insuficiente e inadecuada educación sexual y miedo al daño.¹⁸

Desde el punto de vista de la sexualidad los adolescentes poseen algunas conductas que son factores de riesgo para embarazo, como la falta de percepción de riesgo, impulsividad, coito inesperado, falta de información y mitos. Hay limitación al acceso de métodos anticonceptivos, falta de educación sexual y conductas de riesgo asociadas (como el consumo de alcohol o drogas), que llevan a que los adolescentes tengan menores tasas de cumplimiento del uso de anticonceptivos.¹⁹

Otros factores que mencionar son las creencias religiosas, las influencias culturales y los deseos de embarazo influyen en las fases anticonceptivas. En la fase de toma de decisiones, por ejemplo, una persona podría descartar la consideración de cualquier método basado en hormonas, por motivos religiosos. Los valores culturales o religiosos en torno al sexo y la sexualidad pueden influir en la continuación de los métodos por parte de una persona. Los participantes informaron el cese de los métodos hormonales para volver a sentirse como ellos mismos o para sentirse alineados con sus cuerpos.²⁰

Por lo tanto, estos factores descritos, pueden modificar la conducta de la usuaria ante la elección de un método de planificación familiar, por lo que podemos inferir que la influencia de la usuaria en el abandono del tratamiento es clara y multifactorial, y depende de las características sociales y culturales, del método, periodo de uso y edad, por lo que se evaluarán dichas variables en este estudio.²¹

Garantizar que todas las personas tengan acceso a sus métodos anticonceptivos preferidos refuerza varios derechos humanos, incluidos el derecho a la vida y a

la libertad de opinión y expresión, y el derecho al trabajo y a la educación, además de reportar importantes beneficios para la salud y de otros tipos.¹²

El uso de anticonceptivos previene en las mujeres los riesgos para la salud relacionados con el embarazo, sobre todo en las adolescentes. Además, cuando el intervalo entre nacimientos es inferior a dos años, la tasa de mortalidad infantil es un 45% mayor que cuando este intervalo es de 2 a 3 años, y un 60% mayor que si es de cuatro años o más. También brinda una serie de beneficios potenciales no relacionados con la salud que incluyen mayores oportunidades de educación y más autonomía para las mujeres, así como crecimiento demográfico y desarrollo económico sostenibles para los países.¹²

En el contexto de los derechos humanos, en el que se reconoce el derecho de la población a tener una vida sexual placentera y separada de los fines reproductivos (Hirmas et. al.,2008), se analiza el comportamiento sexual de las personas, en donde el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva pueden marcar la diferencia para que la sexualidad se ejerza de manera libre y responsable, mientras se tomen las medidas necesarias para reducir el riesgo de tener un embarazo no planeado o de adquirir una infección de transmisión sexual.⁶

Algunos estudios han demostrado que el empleo de hormonales orales (HO) y el dispositivo intrauterino (DIU) no producen cambios importantes sobre la conducta sexual de la mujer. Con respecto a esto, mujeres y varones coinciden que para expresar su sexualidad es importante adquirir conocimientos sobre esta etapa del ciclo vital, así como valores morales que permitan la convivencia y la comunicación abierta y franca con la pareja.¹⁸ Así mismo se señala que la espontaneidad del acto sexual se ve afectada, incluso, por el solo hecho de la colocación del condón.¹

Otro estudio identificó que hasta un 15% de mujeres incrementaron la frecuencia de coito posterior a la utilización de algún método anticonceptivo. También se reporta un incremento en la satisfacción sexual de las mujeres usuarias de HO y DIU, condición que se explica por la disminución del temor a embarazarse. No

obstante, un 8% de las mujeres estudiadas presentó disminución de su satisfacción sexual, situación relacionada con los efectos colaterales de los anticonceptivos y la falta de información sobre la seguridad del método.¹

Luttges D, Torres S, Molina T, encontraron que la satisfacción sexual, tiende a disminuir en mujeres con hijos, más cuando éstos son pequeños y requieren de mayor atención por parte de ella. En la última década ha sido evidente la aceptación que ha tenido el Programa de Planificación Familiar, circunstancia atribuible principalmente a la difusión y permanencia del programa, aparición de métodos anticonceptivos más efectivos, con menos efectos secundarios y mayor participación del varón.¹

En los estudios realizados en España se ha observado que el motivo de incumplimiento anticonceptivo más frecuente expresado por las mujeres es el «sencillamente me olvidé», y que el 65-70% de las usuarias son malas cumplidoras, porque olvidan o retrasan la toma de la píldora más de 1 vez al mes, esto pudiendo afectar la satisfacción sexual, por lo que en esta tesis se comparará los métodos de planificación familiar a corto plazo versus a largo plazo.²²

VI. JUSTIFICACIÓN

Existe falta de información, tabúes, mitos, etc., que obstaculizan la aceptación de un método de planificación familiar, uno de ellos es la satisfacción sexual, siendo ésta una parte primordial para la vida sexual, por lo que a través de este estudio determinaremos qué método tiene mayor grado de satisfacción.

La Planificación familiar es pilar de la medicina preventiva, nos permite prevenir infección de transmisión sexual (ITS), así como, embarazos no planeados, siendo este último uno de los fundamentos más importantes para la realización del presente documento. La satisfacción sexual presenta mucha relevancia en nuestra sociedad a tal grado que en muchas parejas puede ser el único vínculo que se tiene, sin embargo con la finalidad de que la pareja tenga una satisfacción sexual plena, se pueden promover el uso de los diferentes métodos hormonales, asegurando que el grado de satisfacción es igual o incluso mayor que sin un método, pues al contar con uno, se tiene un porcentaje mayor al noventa por ciento de efectividad para evitar embarazos y psicológicamente se tiene una menor preocupación de un embarazo, los dos anteriores puntos nos permitirán demostrar que el grado de satisfacción puede ser mayor.

La medicina familiar es la especialidad médica que se encarga de enfrentar los problemas de salud de los individuos en el ámbito de su entorno familiar. Un embarazo no planeado o no deseado, tiene una gran repercusión en la dinámica familiar, en el ámbito económico, en el ámbito social, teniendo un impacto en está llegando a causar su disfunción y todo lo que conlleva con esto. He aquí nuestro papel como médico familiar en cuanto a la promoción de métodos de planificación con el extra de tener una vida sexual responsable y con mayor satisfacción.

Dado lo anteriormente expuesto, es imperioso realizar una investigación donde podrás conocer el grado de satisfacción o insatisfacción en las relaciones sexuales de mujeres que utilizan algún método de planificación familiar hormonal inyectable, oral, implante subdérmico o dispositivo intrauterino.

VII. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Uno de los pilares principales en la edad reproductiva es la satisfacción sexual, más importantes en adolescentes y adultos jóvenes, siendo importante tener una vida sexual responsable, a través de métodos de planificación familiar, existen diferentes barreras que nos obstaculizan el uso de estos mismos como factores sociodemográficos, la falta de acceso o de información, siendo este último muy importante debido a que hay mitos donde se cree que no se puede tener una buena satisfacción sexual siendo usuario de algún método de planificación familiar, lo cual nos lleva a la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el grado satisfacción sexual en mujeres usuarias de métodos de planificación familiar de corto y largo plazo en el HGZMF No. 1 Pachuca Hidalgo?

VIII. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Identificar el grado de satisfacción sexual en mujeres usuarias de métodos de planificación familiar de corto y largo plazo en el HGZMF No. 1 Pachuca Hidalgo.

OBJETIVO ESPECÍFICO:

- Determinar si existen diferencias en el grado de satisfacción sexual de acuerdo al método de planificación familiar (corto y largo plazo)
- Examinar si existe asociación en los efectos secundarios de los métodos de planificación familiar y grado de satisfacción sexual
- Evaluar si existe asociación entre los factores sociodemográficos y clínicos en la elección del tipo de método de planificación

IX. HIPÓTESIS

Los métodos de planificación familiar a largo plazo presentan un mayor grado de satisfacción sexual, debido a sus efectos secundarios: como amenorrea, en caso del implante subdérmico o dispositivo intrauterino, en éste último podemos destacar que se presentan menores efectos sistémicos, teniendo una mejor aceptación al método, otro parámetro a mencionar es el tiempo de duración, al ser mayor su duración nos permite tener más tranquilidad y seguridad al no tener preocupación por horarios, fechas, el miedo a un embarazo no planeado y por lo tanto nos favorecerá una mayor grado de satisfacción sexual.

Hipótesis de trabajo.

El grado satisfacción sexual en mujeres usuarias de métodos de planificación familiar de corto y largo plazo en el HGZMF No. 1 Pachuca Hidalgo, en la mayoría de las mujeres es muy satisfecha.

Hipótesis nula.

El grado satisfacción sexual en mujeres usuarias de métodos de planificación familiar de corto y largo plazo en el HGZMF No. 1 Pachuca Hidalgo, en la mayoría de las mujeres no es muy satisfecha.

Hipótesis alterna.

El grado satisfacción sexual en mujeres usuarias de métodos de planificación familiar de corto y largo plazo en el HGZMF No. 1 Pachuca Hidalgo, en la mayoría de las mujeres es extremadamente satisfecha.

X. UNIVERSO DE TRABAJO

Para el presente estudio se tomó como muestra a las pacientes mujeres de 18 a 50 años de edad usuarias de métodos de planificación familiar adscritas al Hospital General de Zona y Medicina Familiar no. 1.

XI. MATERIAL Y MÉTODOS

A. UNIVERSO DEL TRABAJO: Se realizó el estudio en mujeres de 18 a 50 años de edad usuarias de métodos de planificación familiar adscritas al Hospital General de Zona y Medicina Familiar no. 1.

B. TIPO DE DISEÑO:

- Es un estudio transversal
- Es un estudio descriptivo
- Observacional
- Retrospectivo

C. CRITERIOS DE SELECCIÓN:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Mujeres que se encuentran en edad fértil (18 a 50 años) del HGZMF no. 1
- Mujeres de 18 a 50 años que sean usuarias de algún método de planificación familiar del HGZMF no. 1
- Mujeres de 18 a 50 años, que acepten participar en el estudio
- Mujeres de 18 a 50 años que firmen consentimiento informado

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Mujeres que sean usuarias de métodos de planificación familiar por patologías ginecológicas
- Mujeres embarazadas con método de planificación familiar
- Mujeres que tengan un método de planificación familiar definitivo

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Cédulas de recolección incompletas

D. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Edad	Es el espacio de tiempo desde el nacimiento hasta el momento actual.	Es la edad en años del paciente en estudio.	Cuantitativa	Discreta	Años cumplidos
Estado civil	Situación de la persona dentro de la sociedad, en relación con los derechos y deberes que le corresponden dentro de ella	Es la condición que representa dentro de la sociedad al momento del estudio.	Cualitativa	Nominal	1.Soltera 2.Unión libre 3.Casada 4.Divorciada
Escolaridad	Período de tiempo durante el que se asiste a un centro de enseñanza de cualquier grado para realizar estudios	Grado de estudios que tiene el paciente al momento del estudio.	Cuantitativa	Discreta	1.Analfabeta 2.Primaria 3.Secundaria 4. Preparatoria 5. Licenciatura 6. Posgrado/ doctorado, etc.
Ocupación	Actividad o trabajo	Actividad o trabajo del paciente en el momento de realizar la encuesta.	Cualitativa	Discreta	Ocupación
Lugar de residencia	Vivir habitualmente en una casa, un país u otro lugar determinado.	Lugar donde vive el paciente.	Cualitativa	Discreta	Lugar donde vive
Número de parejas sexuales	Número de compañeros sexuales que han tenido en toda su vida	Número de parejas sexuales que ha tenido el paciente al momento de realizar la encuesta.	Cuantitativa	Nominal	1.1 2.2 a 4 3.5 a 7 4.8 a 10 5.Más de 10
Número de hijos	Número de hijos nacidos vivos, incluyendo los hijos que fallecieron	Número de hijos vivos que presenta el paciente al momento del estudio.	Cuantitativa	Nominal	1.1 2.2 3.3 4.4 5.Más de 4 hijos
Métodos anticonceptivos	Es cualquier método, medicamento o dispositivo que se usa para prevenir el embarazo	Método de planificación familiar que ocupa la paciente al momento del estudio.	Cualitativa	Nominal	1.Anticonceptivos orales 2.Parches 3.Inyectables 4.Implantes 5.DIU

Tiempo de uso del método anticonceptivo	Periodo durante el que se usa el método anticonceptivo	Tiempo de uso del método de planificación familiar al momento del estudio.	Cuantitativa	Nominal	1. Menos de un año 2. 1 a 3 años 3. 3 a 5 años 4. Más de 5 años
Efectos secundarios de métodos anticonceptivos	Causa producida por un método ya sea terapéutico o adverso, que es secundario al pretendido.	Efectos adversos que presenta la paciente secundaria al uso de métodos de planificación familiar.	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
Grado de satisfacción sexual	Evaluación subjetiva de agrado o desagrado que una persona hace respecto de su vida sexual.	Evaluación subjetiva del agrado o desagrado de la actividad sexual del paciente en estudio por medio de la Nueva Escala de Satisfacción Sexual.	Cualitativa	Nominal	1. Nada satisfecha 2. Poco satisfecha 3. Satisfecha 4. Muy satisfecha 5. Extremadamente satisfecha

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se obtuvo un muestreo probabilístico, sistemático, para la selección de pacientes usuarias de métodos de planificación familiar en turno matutino en el IMSS HGZMF 1, Pachuca, Hidalgo, que corresponde a un total de 600 casos, por lo que se utilizará la siguiente fórmula para poblaciones finitas:

TAMAÑO DE LA MUESTRA

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

$$n = \frac{600 \times 1.96^2 \times 0.50 \times 0.50}{0.05^2 \times (600-1) + 1.96^2 \times 0.50 \times 0.50}$$

$$n = \frac{600 \times 3.8416 \times 0.25}{0.0025 \times 599 + 3.8416 \times 0.25}$$

$$n = \frac{2304.96 \times 0.25}{1.4975 + 3.8416 \times 0.25}$$

$$n = \frac{576.24}{1.4975 + 0.9604}$$

$$n = \frac{576.24}{2.4575}$$

$$n = 234.4$$

$$n = 234$$

XII.- DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Posterior a la autorización del protocolo por el Comité de Ética en Investigación y el Comité de Investigación en Salud, se les invitó a las usuarias de métodos de planificación familiar del HGZMF No. 1 Pachuca Hidalgo a participar en este estudio. Se les explicó acerca de la investigación, con lo cual pudieron elegir si participan o no en este estudio, los que si deseaban participar procedieron a firmar el consentimiento informado. Se mantuvo la total confidencialidad de los datos, al no incluir ningún dato que los identifique en la hoja de recolección, así como salvaguardar la seguridad de los datos.

Se otorgó el cuestionario mediante la Nueva Escala de Satisfacción Sexual (NSSS), en su versión validada al idioma español, instrumento que ha mostrado tener buenas propiedades psicométricas.

La escala posee 20 ítems, autoaplicada, y consta de dos subescalas: subescala 'centrada en el yo', que mide la satisfacción sexual generada por las experiencias y sensaciones personales; subescala 'centrada en la pareja sexual', que mide la satisfacción sexual derivada de las reacciones de la pareja sexual, la diversidad y frecuencia sexual. Cada ítem está valorado en una escala tipo Likert de menor a mayor satisfacción sexual (1: nada satisfecha a 5: extremadamente satisfecha; puntaje mín.=20 - máx.=100). Se aplicó un cuestionario sobre datos sociodemográficos, número de hijos y si hay presencia de efectos adversos de los métodos de planificación familiar. Dicho cuestionario se vació en la hoja de recolección de datos desde los cuestionarios aplicados. Se capturó la información en una base de datos creada en Microsoft Excel ®, información que fue procesada y con apoyo del SPSS versión 22.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Posteriormente la información fue exportada y analizada con el paquete estadístico SPSS Statics 23 para su análisis estadístico. Se realizó descripción estadística simple para caracterizar a la población del estudio, proporciones y razones para variables cualitativas y para variables cuantitativas medidas de tendencia central y de dispersión (media, mediana, moda, desviación estándar y varianza). Para el análisis multivariado, para establecer la asociación y las diferencias entre variables, se ocuparon las pruebas estadísticas U de Mann Withney y Chi cuadrada.

XIII.- ASPECTOS ÉTICOS

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud

Los procedimientos de esta investigación se apegaron al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y a la Declaración de Helsinki y sus enmiendas, siendo la última enmienda en Brasil 2013.

PRIVACIDAD.

Con base en el Art 16 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, toda investigación en seres humanos protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Clasificación de riesgo de la investigación:

Con base en el Artículo 17 Fracción II del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud se consideran de **riesgo mínimo** a los estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico,

autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros.

Por lo cual la presente investigación y de acuerdo a lo estipulado en el Art. 17

Fracción II del reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud sobre valoración de riesgo es considerada:

INVESTIGACIÓN CON RIESGO MÍNIMO

Consentimiento informado

Con base en el Art. 20 del reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Con base en el Art. 21 del reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, refiere que para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

I. La justificación y los objetivos de la investigación;

III. Las molestias o los riesgos esperados;

IV. Los beneficios que puedan observarse;

VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto;

VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;

VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;

IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando;

Con base en el Art. 22 del reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, el consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:

I. Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaría;

II.- Será revisado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud;

III.- Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación;

IV. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe, y

V. Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

Por lo que este protocolo de investigación, requiere uso de consentimiento informado.

Declaración de Helsinki

Los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos están normados en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, en su última actualización Brasil 2013. La Asociación Médica Mundial (AMM) ha desarrollado la Declaración de Helsinki como una declaración de principios éticos para la investigación médica con seres humanos, incluida la investigación sobre material y datos humanos identificables.

Dicho documento ha sido considerado como uno de los más importantes en materia de protección y ética de la investigación en seres humanos, por lo que esta investigación se adhiere a dichos principios, mencionando a continuación aquellos que se asocian a este estudio.

4.- El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

6.- El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos).

7.- La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

8.- Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.

9.- En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la

salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

10.- Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

12.- La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificado apropiadamente.

13.- Los grupos que están subrepresentados en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.

14.- El médico que combina la investigación médica con la atención médica debe involucrar a sus pacientes en la investigación sólo en la medida en que esto acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación.

21.- La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

22.- El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación. El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración.

Consentimiento informado

25. La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.

26. En la investigación médica en seres humanos capaces de dar su consentimiento informado, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento, estipulaciones post estudio y todo otro aspecto pertinente de la investigación. La persona potencial debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada individuo potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información.

Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico u otra persona calificada apropiadamente debe pedir entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede otorgar por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente.

Todas las personas que participan en la investigación médica deben tener la opción de ser informadas sobre los resultados generales del estudio.

27. Al pedir el consentimiento informado para la participación en la investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo potencial está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En una situación así, el consentimiento informado debe ser pedido por una persona calificada adecuadamente y que nada tenga que ver con aquella relación.

28. Cuando el individuo potencial sea incapaz de dar su consentimiento informado, el médico debe pedir el consentimiento informado del representante legal. Estas personas no deben ser incluidas en la investigación que no tenga posibilidades de beneficio para ellas, a menos que ésta tenga como objetivo promover la salud del grupo representado por el individuo potencial y esta investigación no puede realizarse en personas capaces de dar su consentimiento informado y la investigación implica sólo un riesgo y costo mínimos.

29. Si un individuo potencial que participa en la investigación considerado incapaz de dar su consentimiento informado es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el médico debe pedirlo, además del consentimiento del representante legal. El desacuerdo del individuo potencial debe ser respetado.

30. La investigación en individuos que no son capaces física o mentalmente de otorgar consentimiento, por ejemplo, los pacientes inconscientes, se puede realizar sólo si la condición física/mental que impide otorgar el consentimiento informado es una característica necesaria del grupo investigado. En estas circunstancias, el médico debe pedir el consentimiento informado al representante legal. Si dicho representante no está disponible y si no se puede retrasar la investigación, el estudio puede llevarse a cabo sin consentimiento informado, siempre que las razones específicas para incluir a individuos con una enfermedad que no les permite otorgar consentimiento informado hayan sido estipuladas en el protocolo de la investigación y el estudio haya sido aprobado por un comité de ética de investigación. El consentimiento para mantenerse en la investigación debe obtenerse a la brevedad posible del individuo o de un representante legal.

31. El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación o su decisión de retirarse nunca debe afectar de manera adversa la relación médico-paciente.

Archivo de la Información

La información recabada en los documentos fuente es de carácter confidencial y para uso exclusivo de los investigadores, será ordenada, clasificada y archivada bajo la responsabilidad del investigador principal, durante un periodo de cinco años una vez capturada en una base de datos.

Autorización Institucional

Con base en el Artículo 102 del Reglamento de la ley General de Salud en materia de investigación para la salud, el Titular de la institución de salud, con el dictamen favorable de los Comités de Investigación y de Ética en Investigación tendrá la facultad de decidir si autoriza la ejecución de la investigación propuesta, por lo que mediante un oficio emitido por los comités de la institución se obtendrá la autorización correspondiente para proceder a la recolección de la información.

XIV.- RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

RECURSOS Y FINANCIAMIENTO:

- a. **Recursos Humanos:** Se contó con un investigador especialista en Medicina Familiar y un investigador metodológico especialista en Epidemiología, ambos con experiencia en el tema y que han participado en otros estudios de investigación, así como un tesista médico residente en medicina familiar, con experiencia en el tema.
- b. **Recursos Físicos:** Infraestructura e instalaciones del HGZMF No. 1
- c. **Recursos Materiales:** se contó con equipo de cómputo, impresora, Material de oficina, hojas, encuestas, bolígrafos, gomas, encuestas, paquete estadístico, etc.
- d. **Recursos Financieros:** Los gastos generados por la presente investigación fueron cubiertos por los investigadores que participan en la misma.

FACTIBILIDAD:

La factibilidad del presente estudio fue dada por la accesibilidad a recursos humanos, materiales y financieros adecuados, para la ejecución de la investigación.

XV. - RESULTADOS

Se estudió un total de 234 mujeres usuarias de métodos de planificación familiar del HGZMF no. 1. La edad mínima fue de 18, edad máxima de 50 con una edad media de 30.97 años y una desviación estándar de 7.9. (Tabla 1)

Tabla 1. Edad en mujeres usuarias de métodos de planificación familiar de HGZMF no. 1, Pachuca, Hgo.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. estándar
Edad	234	18	50	30.97	7.919

En el lugar de Residencia se encontró a 153 mujeres (65.4%) que residían al momento del estudio en Pachuca, 73 mujeres (31.2%) residían en Mineral de la Reforma, 2 mujeres (0.9%) residían en Omitlán, 2 mujeres (0.9%) residían en Alfajayucan y 4 mujeres (1.7%) residían en Actopan. (Tabla 2).

Tabla 2. Lugar de Residencia en mujeres usuarias de métodos de planificación familiar de HGZMF no. 1, Pachuca, Hgo.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Pachuca	153	65.4	65.4	65.4
Mineral de la Reforma	73	31.2	31.2	96.6
Omitlán	2	.9	.9	97.4
Alfajayucan	2	.9	.9	98.3
Actopan	4	1.7	1.7	100.0
Total	234	100.0	100.0	

Con respecto a la ocupación se obtuvo que 58 pacientes (24.8%) eran amas de casa, 2 pacientes (0.9%) eran docentes, 66 pacientes (28.2%) eran empleadas, 3 pacientes (1.3%) eran Psicólogas, 6 pacientes (2.6%) eran asesor/promotor de seguros, 10 pacientes (4.3%) eran obreras, 6 pacientes (2.6%) eran guardias de seguridad, 4 pacientes (1.7%) eran estilistas, 9 pacientes (3.8%) eran comerciantes, 2 pacientes (0.9%) eran acupunturistas, 20 pacientes (8.5%) eran estudiantes, 2 pacientes (0.9%) eran contadoras, 2

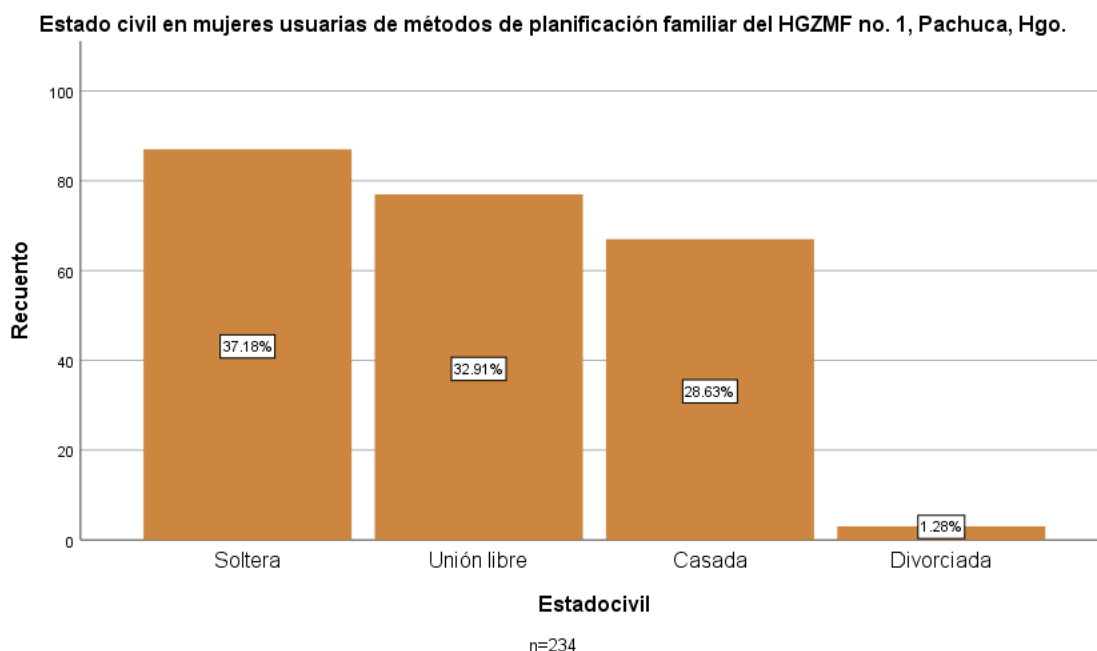
pacientes (0.9%) son enfermeras, 2 pacientes (0.9%) eran costureras, 15 pacientes (6.4%) eran Médicas, 10 pacientes (4.3%) eran asistentes médico, 4 pacientes (1.7%) eran maestras, 2 pacientes (0.9%) eran dentistas, 3 pacientes (1.3%) eran Administrativas, 2 pacientes (0.9%) eran albañiles, 2 pacientes (0.9%) eran enfermeras, 3 pacientes (1.3%) eran ejecutivos telefónico, paciente 1 (0.4%) era abogada. (Tabla 3).

Tabla 3. Ocupación en mujeres usuarias de métodos de planificación familiar de HGZMF no. 1, Pachuca, Hgo.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ama de casa	58	24.8	24.8	24.8
	Docente	2	.9	.9	25.6
	Empleada	66	28.2	28.2	53.8
	Psicóloga	3	1.3	1.3	55.1
	Asesor seguros/ Promotor	6	2.6	2.6	57.7
	Obrera	10	4.3	4.3	62.0
	Guardia de seguridad	6	2.6	2.6	64.5
	Estilista	4	1.7	1.7	66.2
	Comerciante	9	3.8	3.8	70.1
	Acupunturista	2	.9	.9	70.9
	Estudiante	20	8.5	8.5	79.5
	Contadora	2	.9	.9	80.3
	Enfermera	2	.9	.9	81.2
	Costurera	2	.9	.9	82.1
	Médico	15	6.4	6.4	88.5
	Asistente médico	10	4.3	4.3	92.7
	Maestra	4	1.7	1.7	94.4
	Dentista	2	.9	.9	95.3
	Administración	3	1.3	1.3	96.6
	Albañil	2	.9	.9	97.4
	Enfermera	2	.9	.9	98.3
	Ejecutivo telefónico	3	1.3	1.3	99.6
	Abogada	1	.4	.4	100.0
	Total	234	100.0	100.0	

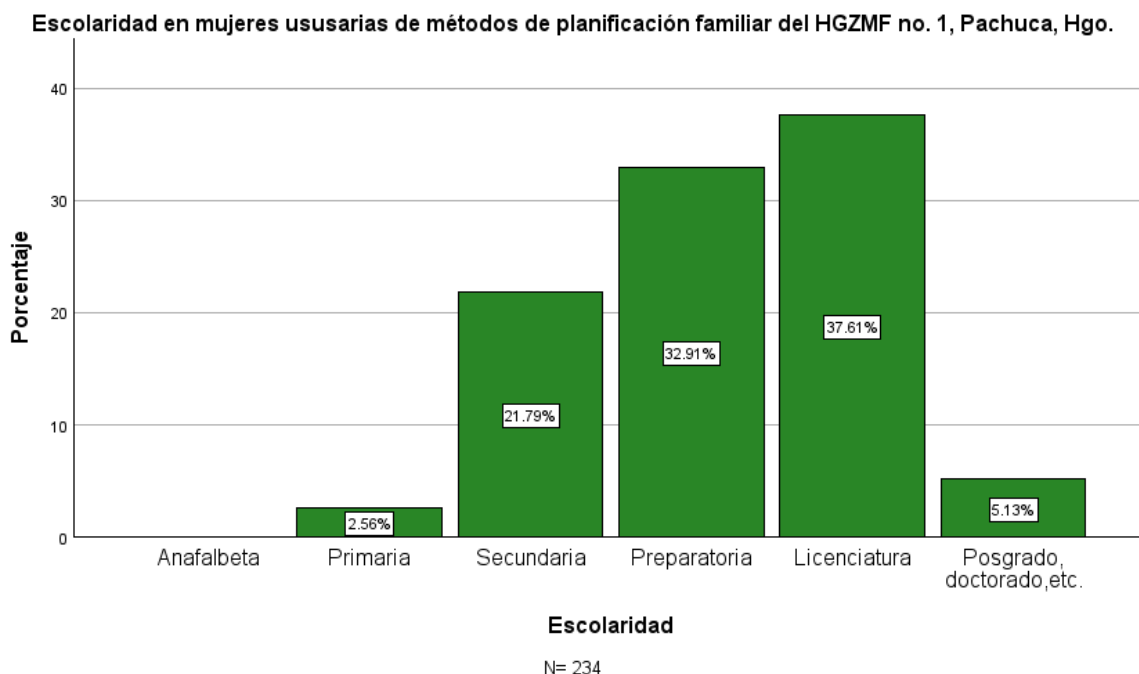
En la sección de estado civil se observó 87 mujeres solteras (37.2%), 77 mujeres en unión libre (32.9%), 67 mujeres casadas (28.6%), 3 mujeres divorciadas (1.3%). (Gráfica 1).

Gráfica 1



De acuerdo con la escolaridad 6 mujeres (2.6%) estudiaron hasta primaria, 51 mujeres (21.8%) estudiaron hasta secundaria, 77 mujeres (32.9%) estudiaron hasta preparatoria, 88 mujeres (37.6%) estudiaron hasta licenciatura y 12 mujeres (5.1%) estudiaron hasta posgrado/ doctorado. (Gráfica 2)

Gráfica 2



Dentro de la sección de método anticonceptivo se encontró que 51 mujeres (21.8%) usaron anticonceptivos orales, 9 mujeres (3.8%) usaron parches, 24 mujeres (10.3%) usaron inyectables, 51 mujeres (21.8%) usaron implante, 33 mujeres (14.1%) usaron dispositivo intrauterino medicado, 66 mujeres (28.2%) usaron dispositivo intrauterino de cobre. (Tabla 4).

Tabla 4. Método de planificación familiar en mujeres usuarias de métodos de planificación familiar de HGZMF no. 1, Pachuca, Hgo.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Anticonceptivos orales	51	21.8	21.8	21.8
	Parches	9	3.8	3.8	25.6
	Inyectables	24	10.3	10.3	35.9
	Implante	51	21.8	21.8	57.7
	DIU medicado	33	14.1	14.1	71.8
	DIU cobre	66	28.2	28.2	100.0
	Total	234	100.0	100.0	

Se evaluó también la existencia de efectos adversos de los métodos anticonceptivos, donde se observa que existen efectos secundarios en 83 mujeres (35.5%) y no existen efectos secundarios en 151 mujeres (64.5%). (Tabla 5)

Tabla 5. Efectos adversos en mujeres usuarias de métodos de planificación familiar de HGZMF no. 1, Pachuca, Hgo.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	83	35.5	35.5	35.5
	No	151	64.5	64.5	100.0
	Total	234	100.0	100.0	

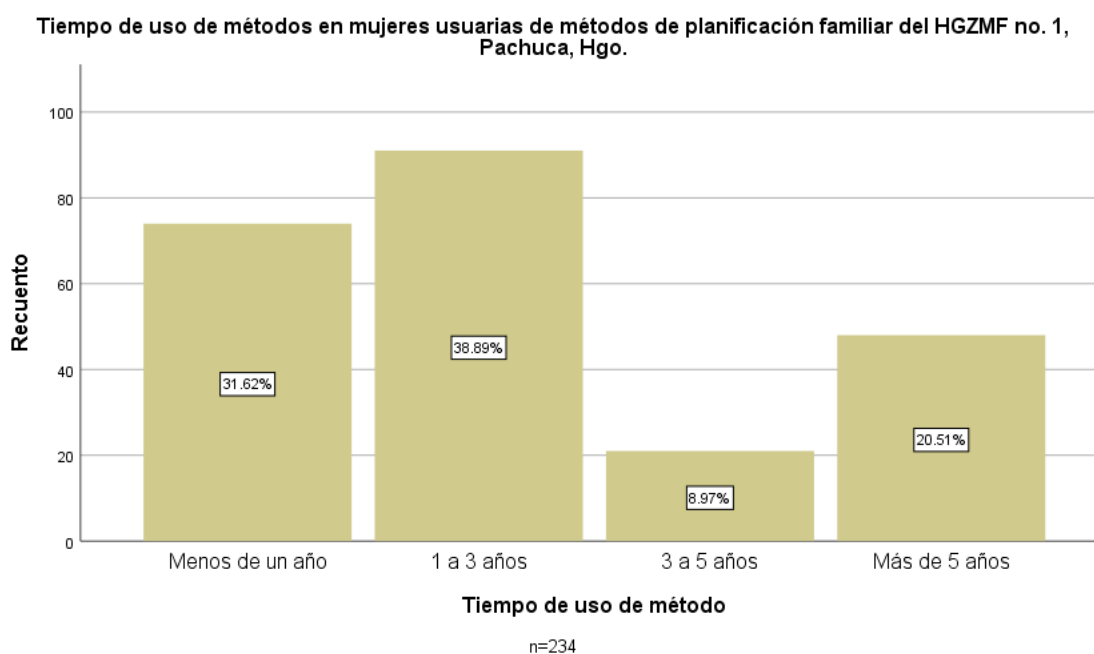
En el rubro de grado de satisfacción sexual se encontró 2 mujeres (0.9%) con un grado de nada satisfecha, 44 mujeres (18.8%) con un grado de poco satisfecha, 41 mujeres (17.5%) con un grado de satisfecha, 44 mujeres (18.8%) con un grado de muy satisfecha y 103 mujeres (44.0%) con un grado de extremadamente satisfecha. (Tabla 6)

Tabla 6. Grado de satisfacción sexual en mujeres usuarias de métodos de planificación familiar de HGZMF no. 1, Pachuca, Hgo.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nada Satisfecha	2	.9	.9	.9
	Poco Satisfecha	44	18.8	18.8	19.7
	Satisfecha	41	17.5	17.5	37.2
	Muy Satisfecha	44	18.8	18.8	56.0
	Extremadamente Satisfecha	103	44.0	44.0	100.0
	Total	234	100.0	100.0	

Se observó en el tiempo de uso de método de planificación familiar es menos de un año en 74 mujeres (31.6%), de 1 a 3 años en 91 mujeres (38.9%), de 3 a 5 años en 21 mujeres (9%) y más de 5 años en 48 mujeres (20.5%). (Gráfica 3).

Gráfica 3



Se obtuvo en el número de parejas sexuales, un mínimo de 1, máximo de 5, con media de 1.88 y desviación estándar de 0.898 (Tabla 7).

Tabla 7. Número de parejas sexuales en mujeres usuarias de métodos de planificación familiar de HGZMF no. 1, Pachuca, Hgo.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. estándar
Número de parejas sexuales	234	1	5	1.88	0.898

Con respecto al número de hijos el mínimo fue de ninguno y el máximo de 6 hijos, con media de 3.0 y desviación estándar de 2.138 (Tabla 8).

Tabla 8. Número de hijos en mujeres usuarias de métodos de planificación familiar de HGZMF no. 1, Pachuca, Hgo.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. estándar
Edad	234	18	50	30.97	7.919
Número de hijos	234	1	6	3	2.138

En lo referente al grado de satisfacción sexual y el método de planificación familiar, se observó en anticonceptivos orales, nada satisfecha 0 mujeres (0%), poco satisfecha 4 mujeres (7.8%), satisfecha 12 mujeres (23.5%), muy satisfecha 11 mujeres (21.6%), extremadamente satisfecha 24 mujeres (47.1%); para los parches nada satisfecha 0 mujeres (0%), poco satisfecha 2 mujeres (22.2%), satisfecha 0 mujeres (0%), muy satisfecha 2 mujeres (22.2%), extremadamente satisfecha 5 mujeres (55.6%); inyectables, nada satisfecha 2 mujeres (8.3%), poco satisfecha 5 mujeres (20.8%), satisfecha 6 mujeres (25.0%), muy satisfecha 8 mujeres (33.3%), extremadamente satisfecha 3 mujeres (12.5%); implante, nada satisfecha 0 mujeres (0%), poco satisfecha 8 mujeres (15.7%), satisfecha 8 mujeres (15.7%), muy satisfecha 9 mujeres (17.6%), extremadamente satisfecha 26 mujeres (51.0%); dispositivo intrauterino medicado nada satisfecha 0 mujeres (0%), poco satisfecha 4 mujeres (12.1%), satisfecha 2 mujeres (6.1%), muy satisfecha 8 mujeres (24.2%), extremadamente satisfecha 19 mujeres (57.6%); dispositivo intrauterino de cobre, nada satisfecha 0 mujeres (0%), poco satisfecha 21 mujeres (31.8%), satisfecha 13 mujeres (19.7%), muy satisfecha 6 mujeres (9.1%), extremadamente satisfecha 26 mujeres (37.4 %). (Tabla 9).

En relación al tipo de método anticonceptivo utilizado y el grado de satisfacción sexual no se observó una diferencia estadísticamente significativa, teniendo una P de 0.78. (Tabla 10).

Tabla 10. Estadísticos de prueba de grado de satisfacción sexual y métodos de planificación familiar en mujeres usuarias de métodos de planificación familiar de HGZMF no. 1, Pachuca, Hgo.

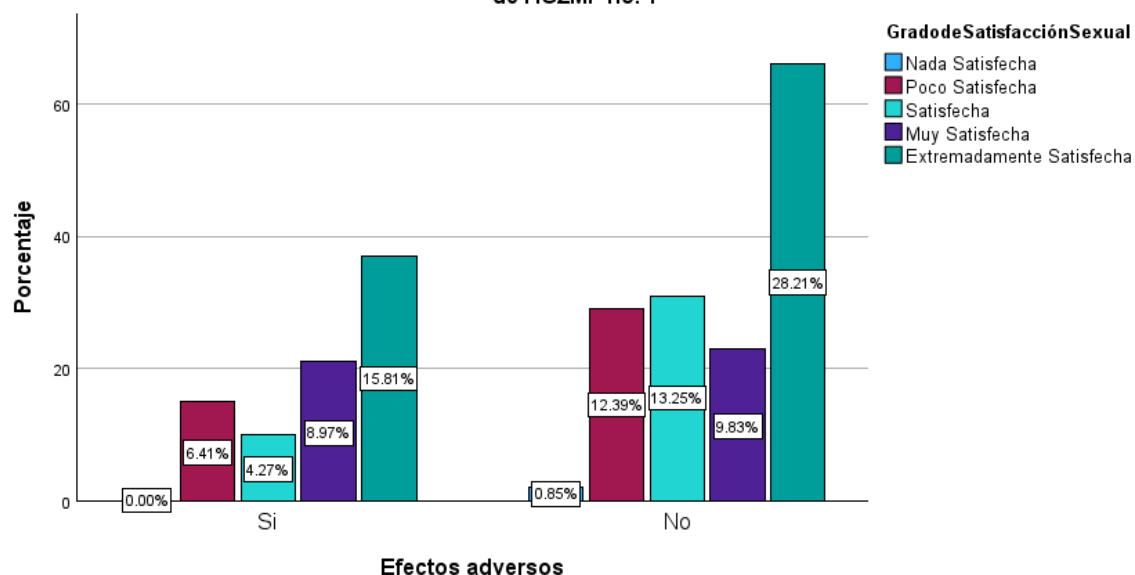
Grado de Satisfacción Sexual	
U de Mann-Whitney	217.000
W de Wilcoxon	1543.000
Z	-.278
Sig. asin. (bilateral)	.781

a. Variable de agrupación: Método Anticonceptivo

En relación al grado de satisfacción sexual y aquellas mujeres que si presentaron efectos secundarios, se observó ninguna mujer con grado de nada satisfecha, 15 mujeres (18.1%) con grado poco satisfecha, 10 mujeres (12%) con grado satisfecha, 21 mujeres (25.3%) con grado muy satisfecha y 37 mujeres (44.6%) con grado extremadamente satisfecha, En cuanto a mujeres que no presentaron efectos adversos se tuvo 2 mujeres (1.3%) con grado nada satisfecha, 29 mujeres (19.2%) con grado poco satisfecha, 31 mujeres (20.5%) con grado satisfecha, 23 mujeres (15.2%) con grado muy satisfecha, 66 mujeres (43.7%) con grado muy satisfecha. (Gráfica 5).

Gráfica 5

Grado de Satisfacción Sexual y efectos secundarios en mujeres usuarias de métodos de planificación familiar de HGZMF no. 1



No se observó una asociación estadísticamente significativa, entre el grado de satisfacción sexual y la presencia de efectos secundarios en mujeres usuarias de métodos de planificación familiar, al tener un valor de p de menor a 0.182. (Tabla 11).

Tabla 11. Pruebas de chi-cuadrado del grado de satisfacción sexual y efectos secundarios en mujeres usuarias de métodos de planificación familiar de HGZMF no. 1

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6.232 ^a	4	.182
Razón de verosimilitud	6.908	4	.141
Asociación lineal por lineal	.909	1	.340
N de casos válidos	234		

a. 2 casillas (20.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .71.

Con respecto al lugar de residencia y el método de planificación familiar en Pachuca 28 mujeres (54.9%) usaron anticonceptivos orales, 6 mujeres (66.7%) usaron parches, 10 mujeres (41.7%) usaron inyectables, 41 mujeres (80.4%) usaron implante, 22 mujeres (66.7%) usaron dispositivo intrauterino medicado, 46 mujeres (69.7%) usaron dispositivo intrauterino de cobre; en Mineral de la Reforma, se obtuvo 19 mujeres (37.3%) con anticonceptivos orales, 3 mujeres (33.3%) con parches, 12 mujeres (50.0%) con inyectables, 8 mujeres (15.7%) con implante, 1 mujer (1.9%) con dispositivo intrauterino medicado; en Omitlán se observó 2 mujeres (3.9%) usaron implante, resto de métodos con recuento de 0 (0%); Alfajayucan, presentó 2 mujeres (3.9%) con anticonceptivos orales, resto de métodos con recuento de 0 (0%); en Actopan, se obtuvo 2 mujeres (3.9%) con anticonceptivos orales y 2 mujeres (8.3%) con inyectables (Tabla 12).

Tabla 12. Tabla cruzada del grado del lugar de residencia y método en mujeres usuarias de métodos de planificación familiar de HGZMF no. 1

		Método Anticonceptivo						Total	
		Anticonceptivos orales	Parches	Inyectables	Implante 1 varilla	DIU medicado	DIU cobre		
Lugar de Residencia	Pachuca	Recuento	28	6	10	41	22	46	153
		% dentro de							
		Método Anticonceptivo	54.9%	66.7%	41.7%	80.4%	66.7%	69.7%	65.4%
	Mineral de la Reforma	Recuento	19	3	12	8	11	20	73
		% dentro de							
		Método Anticonceptivo	37.3%	33.3%	50.0%	15.7%	33.3%	30.3%	31.2%
	Omitlán	Recuento	0	0	0	2	0	0	2
		% dentro de							
		Método Anticonceptivo	0.0%	0.0%	0.0%	3.9%	0.0%	0.0%	0.9%
	Alfajayucan	Recuento	2	0	0	0	0	0	2
		% dentro de							
		Método Anticonceptivo	3.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.9%
	Actopan	Recuento	2	0	2	0	0	0	4
		% dentro de							
		Método Anticonceptivo	3.9%	0.0%	8.3%	0.0%	0.0%	0.0%	1.7%
Total	Recuento	51	9	24	51	33	66	234	
	% dentro de								
	Método Anticonceptivo	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Se observó una asociación estadísticamente significativa, entre el tipo de método anticonceptivo de corto y largo plazo utilizado por las mujeres usuarias y el lugar de residencia que refirieron, al tener un valor de p de 0.012. (Tabla 13).

Tabla 13. Pruebas de chi-cuadrado de métodos de planificación familiar y lugar de residencia en mujeres usuarias de métodos de planificación familiar de HGZMF no. 1, Pachuca, Hgo.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	36.899 ^a	20	.012
Razón de verosimilitud	34.713	20	.022
Asociación lineal por lineal	8.903	1	.003
N de casos válidos	234		

a. 19 casillas (63.3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .08.

Dentro del estado civil y el método de planificación familiar se observó a 31 mujeres (60.8%) solteras con uso de anticonceptivos orales, 4 mujeres (44.4%) con parches, 8 mujeres (33.3%) con inyectables, 12 mujeres (23.5%) con implante, 8 mujeres (24.2%) con dispositivo intrauterino medicado, 24 mujeres (36.4%) con dispositivo intrauterino de cobre; en el estado civil de Unión libre, se tuvo 15 mujeres (29.4%) con anticonceptivos orales, 0 mujeres (0%) con parches, 7 mujeres (29.2%) con inyectables, 26 mujeres (51.0%) con implante, 8 mujeres (24.2%) con dispositivo intrauterino medicado y 21 mujeres (31.8%) con dispositivo intrauterino cobre; en estado civil Casada, se tuvo 5 mujeres (9.8%) con anticonceptivos orales, 5 mujeres (55.6%) con parches, 9 mujeres (37.5%) con inyectables, 13 mujeres (25.5%) con implante, 14 mujeres (42.4%) con dispositivo intrauterino medicado, 21 mujeres (31.8%) con dispositivo intrauterino cobre; en estado civil Divorciada, se tuvo 3 mujeres (9.1%) con uso de dispositivo intrauterino medicado, resto de métodos de planificación en 0 (0%). (Tabla 14).

Tabla 14.

Estado civil y métodos de planificación familiar en mujeres usuarias de métodos de planificación familiar de HGZMF no. 1

Estadocivil	Soltera	Recuento	Método de planificación familiar					Total	
			Anticonceptivos orales	Parches	Inyectables	Implante 1 varilla	DIU medicado		DIU cobre
			31	4	8	12	8	24	87
		% dentro de Método Anticonceptivo	60.8%	44.4%	33.3%	23.5%	24.2%	36.4%	37.2%
	Unión libre	Recuento	15	0	7	26	8	21	77
		% dentro de Método Anticonceptivo	29.4%	0.0%	29.2%	51.0%	24.2%	31.8%	32.9%
	Casada	Recuento	5	5	9	13	14	21	67
		% dentro de Método Anticonceptivo	9.8%	55.6%	37.5%	25.5%	42.4%	31.8%	28.6%
	Divorciada	Recuento	0	0	0	0	3	0	3
		% dentro de Método Anticonceptivo	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	9.1%	0.0%	1.3%
Total		Recuento	51	9	24	51	33	66	234
		% dentro de Método Anticonceptivo	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Se observó una asociación estadísticamente significativa, entre el estado civil y el método de planificación familiar usado, al tener un valor de p de menor a 0.001. (Tabla 15)

Tabla 15. Pruebas de chi-cuadrado de métodos de planificación familiar y estado civil en mujeres usuarias de métodos de planificación familiar de HGZMF no. 1, Pachuca, Hgo.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	51.139 ^a	15	<.001
Razón de verosimilitud	47.616	15	<.001
Asociación lineal por lineal	10.897	1	<.001
N de casos válidos	234		

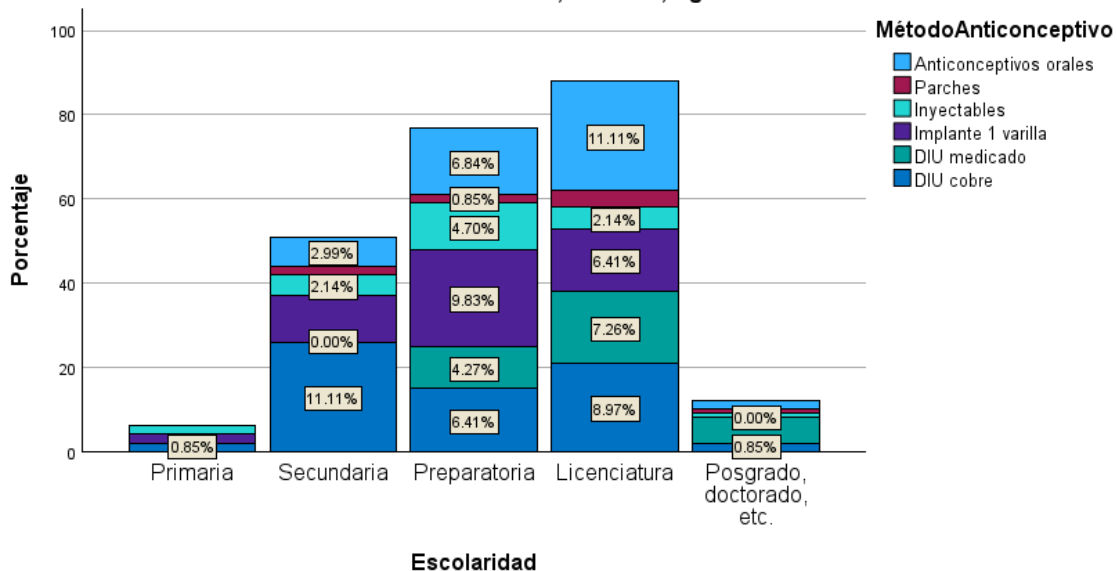
a. 9 casillas (37.5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .12.

Se evaluó la escolaridad y el método de planificación familiar en mujeres, donde ninguna de las mujeres con escolaridad primaria usaba anticonceptivos orales, ninguna mujer usaba parches, 2 mujeres (8.3%) usaban inyectables, 2 mujeres (3.9%) usaron implante, ninguna mujer (0%) usaron dispositivo intrauterino

medicado, 2 mujeres (3%) usaron dispositivo intrauterino de cobre; en mujeres con escolaridad secundaria, 7 (13.7%) mujeres usaron anticonceptivos orales, 2 mujeres (22.2 %) usaron parches, 5 mujeres (20.8%) usaron inyectables, 11 mujeres (21.6%) usaron implante, 0 mujeres (0%) usaron dispositivo intrauterino medicado, 26 mujeres (39.4%) usaron dispositivo intrauterino cobre; en mujeres con escolaridad preparatoria, 16 (31.4%) mujeres usaron anticonceptivos orales, 2 mujeres (22.2%) con parches, 11 mujeres (45.8%) con inyectables, 23 mujeres (45.1%) con implante, 10 mujeres (30.3%) con dispositivo intrauterino medicado, 15 mujeres (22.7%) con dispositivo intrauterino cobre; en mujeres con escolaridad Licenciatura, 26 (51.0%) mujeres usaron anticonceptivos orales, 4 mujeres (44.4%) usaron parches, 5 mujeres (20.8%) usaron inyectables, 15 mujeres (29.4%) usaron implante, 17 mujeres (51.4%) usaron dispositivo intrauterino medicado, 21 mujeres (31.8%) usaron dispositivo intrauterino cobre; en mujeres con escolaridad Posgrado/doctorado, 2 (3.9%) mujeres usaron anticonceptivos orales, 1 mujer (11.1%) usó parches, 1 mujer (4.2%) usó inyectables, 0 mujeres (0%) usó implante, 6 mujeres (18.2%) usaron dispositivo intrauterino medicado, 2 mujeres (3.0%) usaron dispositivo intrauterino cobre. (Gráfica 6).

Gráfica 6

Escolaridad y métodos de planificación familiar en mujeres usuarias de métodos de planificación familiar de HGZMF no. 1, Pachuca, Hgo.



Se observó una asociación estadísticamente significativa, entre la escolaridad y los métodos de planificación familiar, al tener un valor de p de menor a 0.001. (Tabla 16).

Tabla 16. Pruebas de chi-cuadrado de métodos de planificación familiar y escolaridad en mujeres usuarias de métodos de planificación familiar de HGZMF no. 1, Pachuca, Hgo.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	52.539 ^a	20	<.001
Razón de verosimilitud	57.425	20	<.001
Asociación lineal por lineal	3.533	1	.060
N de casos válidos	234		

a. 15 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .23.

Entre las variables de número de parejas sexuales y método de planificación familiar, se tuvo 9 mujeres (17.6%) con uso de anticonceptivos orales y con 1 pareja sexual, 4 mujeres (44.4%) con uso de parches, 6 mujeres (25 %) con uso de inyectables, 19 mujeres (37.3%) con uso de implante, 14 mujeres (42.4%) con uso de dispositivo intrauterino medicado, 30 mujeres (45.5%) con uso de dispositivo intrauterino cobre; en mujeres con un número de 2 a 4 parejas sexuales, se tuvo 36 mujeres (70.6%) con uso de anticonceptivos orales, 1 mujer (11.1%) con uso de parches, 10 mujeres (41.7%) con uso de inyectables, 27 mujeres (52.9%) con uso de implante, 14 mujeres (42.4%) con uso de dispositivo intrauterino medicado, 29 mujeres (43.9%) con uso de dispositivo intrauterino cobre; en mujeres con un número de 5 a 7 parejas sexuales, se observó 2 mujeres (3.9%) con uso de anticonceptivos orales, 2 mujeres (22.2%) con uso de parches, 8 mujeres (33.3%) con uso de inyectables, 2 mujeres (3.9%) con uso de implante, 3 mujeres (9.1%) con uso de dispositivo intrauterino medicado, 5 mujeres (7.6%) con uso de dispositivo intrauterino cobre; en mujeres con un número de 8 a 10 parejas, se obtuvo 2 mujeres (3.9%) con uso de anticonceptivos orales, 2 mujeres (22.2%) con uso de parches, 0 mujeres (0%)

con uso de inyectables, 0 mujeres (0%) con uso de implante, 2 mujeres (6.1%) con uso de dispositivo intrauterino medicado, ninguna mujer (0%) con uso de dispositivo intrauterino cobre; en mujeres con más de 10 parejas sexuales, se obtuvo 2 mujeres (3.9%) con anticonceptivos orales, ninguna mujer (0%) con parches, ninguna mujer (0%) con inyectables, 3 mujeres (5.9%) con implante, ninguna mujer (0%) con dispositivo intrauterino medicado, 2 mujeres (3.0%) con dispositivo intrauterino cobre. (Tabla 17).

Tabla 17. Número de parejas sexuales y método en mujeres usuarias de métodos de planificación familiar de HGZMF no.1, Pachuca, Hgo.

Número de parejas sexuales		Método Anticonceptivo						Total
		Anticonceptivos orales	Parches	Inyectables	Implante 1 varilla	DIU medicado	DIU cobre	
1	Recuento	9	4	6	19	14	30	82
	% dentro de Método Anticonceptivo	17.6%	44.4%	25.0%	37.3%	42.4%	45.5%	35.0%
2 a 4	Recuento	36	1	10	27	14	29	117
	% dentro de Método Anticonceptivo	70.6%	11.1%	41.7%	52.9%	42.4%	43.9%	50.0%
5 a 7	Recuento	2	2	8	2	3	5	22
	% dentro de Método Anticonceptivo	3.9%	22.2%	33.3%	3.9%	9.1%	7.6%	9.4%
8 a 10	Recuento	2	2	0	0	2	0	6
	% dentro de Método Anticonceptivo	3.9%	22.2%	0.0%	0.0%	6.1%	0.0%	2.6%
Más de 10	Recuento	2	0	0	3	0	2	7
	% dentro de Método Anticonceptivo	3.9%	0.0%	0.0%	5.9%	0.0%	3.0%	3.0%
Total	Recuento	51	9	24	51	33	66	234
	% dentro de Método Anticonceptivo	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Se observó una asociación estadísticamente significativa, entre el número de parejas sexuales que presentaron las pacientes y el método de planificación, al tener un valor de p de menor a 0.001. (Tabla 18).

Tabla 18. Prueba de chi cuadrado en número de parejas sexuales y método en mujeres usuarias de métodos de planificación familiar en el HGZMF no. 1, Pachuca, Hgo.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	58.634 ^a	20	<.001
Razón de verosimilitud	51.259	20	<.001
Asociación lineal por lineal	6.150	1	.013
N de casos válidos	234		

a. 19 casillas (63.3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .23.

En relación del método de planificación familiar y el número de hijos, se obtuvo 17 mujeres (33.3%) con uso de anticonceptivos orales y con 1 hijo, 2 mujeres (22.2%) con uso de parches, 2 mujeres (8.3%) con uso de inyectables, 22 mujeres (43.1%) con uso de implante, 11 mujeres (33.3%) con uso de dispositivo intrauterino medicado, 30 mujeres (45.5%) con uso de dispositivo intrauterino de cobre; en mujeres que tuvieron 2 hijos, se tuvo 6 mujeres (11.8%) con anticonceptivos orales, 0 mujeres (0%) con parches, 10 mujeres (41.7%) con inyectables, 17 mujeres (33.3%) con implante, 12 mujeres (36.4%) con dispositivo intrauterino medicado, 15 mujeres (22.7%) con dispositivo intrauterino de cobre; en mujeres que tuvieron 3 hijos, ninguna mujer (0%) con uso de anticonceptivos orales, ninguna mujer (0%) con parches, ninguna mujer (0%) con inyectables, 2 mujeres (3.9%) con implante, 2 mujeres (6.1%) con dispositivo intrauterino medicado, 7 mujeres (10.6%) con dispositivo intrauterino de cobre; en mujeres que tuvieron 4 hijos, se tuvo ninguna mujer (0%) con uso de anticonceptivos orales, ninguna mujer (0%) con parches, ninguna mujer (0%) con inyectables, 2 mujeres (3.9%) con implante, ninguna mujer (0%) con dispositivo intrauterino medicado, 2 mujeres (3%) con dispositivo intrauterino de cobre; en mujeres con más de 4 hijos, se obtuvo ninguna mujer (0%) con uso de anticonceptivos orales, ninguna mujer (0%) con parches, ninguna mujer (0%) con inyectables, ninguna mujer (0%) con implante, ninguna mujer (0%) con dispositivo intrauterino medicado, 2 mujeres (3%) con dispositivo intrauterino de cobre; de las mujeres que no tuvieron ningún hijo, se obtuvo 28 mujeres (54.9%)

XVI.- DISCUSIÓN

Al finalizar esta investigación, se recopilaron datos de un total de 234 mujeres, cuyas edades oscilaron entre 18 y 50 años, ubicando el promedio de edad en el inicio de la cuarta década de vida, con una edad media de 30.97 años y una desviación estándar de 7.9. A continuación, se presentan los principales hallazgos obtenidos:

Con respecto a las características sociodemográficas, las participantes del estudio se distribuyeron en relación a su lugar de residencia, la mayoría de las mujeres en Pachuca con 65.4%, seguido por Mineral de la Reforma con el 31.2%. siendo datos significativos el lugar de residencia, ya que, al encontrarse más alejadas del servicio de salud, se torna más infrecuente el uso de métodos anticonceptivos a largo plazo, y se tiene poco registro del uso de métodos de corto plazo, ya que en el Consejo Nacional de Población se refiere que los factores sociodemográficos determinan el uso y el acceso a los servicios disponibles, y por el otro, propician prácticas diferenciadas y desigualdad en cuanto al acceso y la atención de estos servicios. En cuanto a la ocupación, se encontró una diversidad de perfiles, siendo la ocupación amas de casa (24.8%) y empleadas (28.2%) los grupos más representativos. En cuanto a la escolaridad de las participantes, se observó una distribución variada: el 37.6% tenían licenciatura, seguido por la preparatoria con el 32.9%.

Como se planteaba en el marco teórico, de acuerdo al Consejo Nacional de Población de México, en su artículo, la educación es un factor importante y determinante para decidir el uso de métodos anticonceptivos, encontrando mayor uso de los de larga duración en pacientes con mayor grado de escolaridad, información que ha sido reafirmada en éste estudio, al ser las usuarias de métodos de larga duración aquellas con mayor grado académico, ya que más del 60% de las participantes se encuentran en educación media superior o mayor.

Para concluir los datos sociodemográficos se encontró que, en relación al estado civil, la mayoría de las mujeres fueron solteras con el 37.2% seguido de unión libre con 32.9%.

Se analizó la relación entre diferentes variables y se encontraron patrones interesantes. Por ejemplo, las mujeres que utilizaban dispositivos intrauterinos medicados presentaron niveles significativamente más altos de satisfacción sexual en comparación con otros métodos. Así mismo, se observó que las mujeres con un mayor número de parejas sexuales tendían a reportar niveles más altos de satisfacción sexual.

Con respecto a los métodos de planificación familiar propiamente, los más utilizados fueron el dispositivo intrauterino de cobre con un 28.2% del total de las pacientes encuestadas y el implante subdérmico con el 21.8% de las mismas.

Se exploró la existencia de efectos adversos de los métodos anticonceptivos utilizados, y se observó que un 35.5% de las mujeres experimentaron efectos secundarios.

Aquellas mujeres que reportaron no tener efectos secundarios mostraron una mayor proporción de satisfacción sexual, tal como Luttges D y cols. En 2019 en Chile; reporta en su artículo que la satisfacción sexual se va a ver disminuida en presencia de efectos adversos.

Así mismo, al evaluar el grado de satisfacción sexual de las participantes en relación a los métodos de planificación familiar utilizados, se encontró que la mayoría de las mujeres se consideraron extremadamente satisfechas (44.0%), seguido de muy satisfechas (18.8%) y satisfechas (17.5%). Como menciona Luttges D y cols., en 2019, en Chile, existe incremento en la satisfacción sexual de las mujeres usuarias de métodos de planificación familiar, principalmente de anticonceptivos hormonales orales y dispositivo intrauterino.

XVII.- CONCLUSIÓN

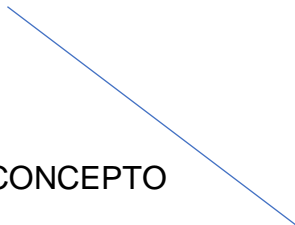
Con los resultados obtenidos podemos concluir que se logró el objetivo principal de Identificar el grado de satisfacción sexual en mujeres usuarias de métodos de planificación familiar de corto y largo plazo en el HGZMF No. 1 Pachuca Hidalgo, encontrándose un grado de extremadamente satisfecha.

1. Se logró identificar que existen diferencias en el grado de satisfacción sexual y el método de planificación familiar, teniendo como resultado que las usuarias con métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada reportaron mayor grado de satisfacción sexual.
2. Por otra parte, se determinó la asociación entre los efectos secundarios de los métodos de planificación familiar y el grado de satisfacción sexual, sin embargo, no podemos considerar un impacto al no tener una asociación estadística significativa.
3. Con respecto a las variables sociodemográficas como el estado civil, lugar de residencia y la escolaridad, existe relación con los métodos de planificación familiar, ya que son las que mostraron gran significancia, siendo determinantes en la elección y el uso de los mismos.

Por todo lo anterior podemos decir que la hipótesis alterna propuesta se acepta ya que la mayoría de las usuarias presentan una satisfacción sexual, extremadamente satisfecha.

Estos resultados preliminares sugieren una asociación entre el método de planificación familiar utilizado y el grado de satisfacción sexual en mujeres. Sin embargo, es necesario realizar un análisis más detallado y considerar otros factores que podrían influir en esta relación. Se sugiere además un grupo de muestra mayor.

XVIII.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

TIEMPO  CONCEPTO									
		JULIO - AGOSTO	SEPTIEMBRE - OCTUBRE	NOVIEMBRE - DICIEMBRE	ENERO - FEB	MARZO - ABRIL	MAYO - JUNIO	JULIO - AGOSTO	SEPT - OCTUBRE
ELECCIÓN TEMA INVESTIGACIÓN.	P								
	R								
REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA.	P								
	R								
ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO.	P								
	R								
INGRESO A SIRELCIS	P								
	R								
APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO.	P								
	R								
CAPTURA EN BASE DE DATOS.	P								
	R								
ANÁLISIS DE RESULTADOS.	P								
	R								
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.	P								
	R								
CONCLUSIONES.	P								
	R								
PRESENTACIÓN DE TESIS	P								
	R								

P: proyectado R: realizado

XIX.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Luttges D, Torres S, Molina T, et. all. *Satisfacción sexual en mujeres adultas y adolescentes chilenas usuarias de dos centros de salud universitarios*. REV CHIL OBSTET GINECOL 2019; 84(4): 287 – 296. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=139939862&lang=es&site=ehost-live>
2. Organización Mundial de la Salud. 2018. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>.
3. Álvarez-Gayou Jurgenson JL, Honold Espinosa JA, Millán Álvarez P. ¿Qué hace buena una relación sexual?: Percepción de un grupo de Mujeres Y Hombres Mexican@s y diseño de una escala autoaplicable para la evaluación de la Satisfacción Sexual. Archivos Hispanoamericanos de Sexología. 2015 Jun;11(1):91–110.
4. De Jesús Ortiz, J, & Ocampo Barrio, P, & Shibata Murakami, R. (2010). *Satisfacción sexual entre mujeres usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos*. Archivos en Medicina Familiar. 2020.12(2),51-56.
5. Stevens, P., Jr. Culture and sexuality. In The International Encyclopedia of Human Sexuality. Editorial John Wiley & Sons, Ltd. Estados Unidos de America. 2015.
6. Situación de la salud sexual y reproductiva. Consejo Nacional de Población. México. Noviembre 2016.
7. Graziottin A, Gambin D. Anatomy and physiology of genital organs – women. Handbook of Clinical Neurology. Elsevier. 2015. Vol. 130.
8. Milhausen R, Sakaluk J, Fisher T. et all. The New Sexual Satisfaction Scale and its short form. Handbook of Sexuality-Related Measures. Taylor & Francis. Nueva York. 2020.
9. Lineamientos técnicos para la prescripción y uso de métodos anticonceptivos en México. Secretaría de Salud. Septiembre 2022.
10. Laksono A, Rohmah N, Megatsari H. Barriers for multiparous women to using long-term contraceptive methods in Southeast Asia: case study in Philippines and Indonesia. BMC Public Health. 2022. 22:1425.
11. Meléndez Asipali JA, Espinoza R, Rivadenery R. et all. Factores asociados al uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil de 15 a 49 años según encuesta demográfica en Perú. Revista del Cuerpo Médico del HNAAA. 2022. Vol 15 (2).
12. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
13. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Family Planning 2020 Highlights: Accelerating action to ensure universal access to family planning. 2020.

14. Arrate Negret MM, Linares Despaigne M de J, Molina Hechavarría V, Sánchez Imbert N, Arias Carbonell MM. Efectos secundarios de los anticonceptivos hormonales en usuarias del método asistentes a las consultas de planificación familiar. *MEDISAN*. 2018 Mar;17(3):415–25.
15. Ewerling F, McDougal L, Raj A, Ferreira LZ, Blumenberg C, Parmar D, et al. Modern contraceptive use among women in need of family planning in India: an analysis of the inequalities related to the mix of methods used. *Reproductive Health [Internet]*. 2021 Aug 21;18(1):1–12.
16. Villalobos A, Ávila-Burgos L, Hubert C, Suárez-López L, de la Vara-Salazar E, Hernández-Serrato MI, et al. Prevalencias y factores asociados con el uso de métodos anticonceptivos modernos en adolescentes, 2012 y 2018. *Salud Pública de México*. 2020 Nov; 62(6):648–60.
17. Pérez-Blanco A, Sánchez-Valdivieso E. Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y Salud Reproductiva en adolescentes mexicanos de medio rural. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. 2020 Oct; 85(5):505–15.
18. Labrador IG, Pieiga EM. Consideraciones Sobre Planificación Familiar: Métodos Anticonceptivos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2021 Jul; 17(4):367.
19. González Roca C. Métodos anticonceptivos reversibles de larga duración en adolescentes. *Contacto Científico Clínica Alemana*. 2019 Apr; 7(2):69–72.
20. Simmons RG, Baayd J, Waters M, Diener Z, Turok DK, Sanders JN. Assessing contraceptive use as a continuum: outcomes of a qualitative assessment of the contraceptive journey. *Reproductive Health*. 2023 Feb 15; 20(1):1–10.
21. Barrera-Coello L, Olvera-Rodríguez V, Castelo-Branco C, Cancelo-Hidalgo M de J. Causas de desapego a los métodos anticonceptivos. *Ginecología y Obstetricia de México*. 2020 May 2; 88: S88–95
22. Adarve-Hidalgo E, Falguera G, Seguranyes G. Adherencia y cumplimiento del método anticonceptivo hormonal oral. *Matronas Profesion*. 2018 Mar; 17(1):28–34.

XX.- ANEXOS



Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación en salud (adultos)

_____ Lugar y fecha

No. de registro institucional _____

Título del protocolo: Satisfacción sexual en mujeres usuarias de métodos de planificación familiar de corto y largo plazo en el HGZMF no. 1 Pachuca, Hidalgo.

Justificación y objetivo de la investigación: Le estamos invitando a participar en un protocolo de investigación sobre Satisfacción sexual para conocer el grado de conocimiento de la misma.

Procedimientos y duración de la investigación: Si usted acepta participar en el estudio, se le hará un cuestionario sobre algunos datos que le tomará aproximadamente de 10 a 15 minutos.

Riesgos y molestias: Algunas preguntas le podrían generar o no molestias

Beneficios que recibirá al participar en la investigación: La participación en este estudio, no generará un beneficio directo a usted, pero será de gran utilidad para tener un mejor conocimiento y comprensión de lo que se estudia, de ahí la importancia de su participación. Al participar en este estudio, no recibirá remuneración económica.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Usted puede tener acceso a los resultados finales de su evaluación y de los globales de forma anónima.

Participación o retiro: Usted tiene la garantía de recibir respuesta a cualquier duda. Su participación es voluntaria, tiene la libertad de participar o retirarse del estudio en el momento que así lo desee, aun habiendo otorgado su consentimiento de participar, sin necesidad de expresar las razones de su decisión y sin que ello afecte la atención que recibe del Instituto.

Privacidad y confidencialidad: Tenga la seguridad de que no se identificarán sus datos personales y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad, tenga la certeza que, si los resultados del estudio se publican, su identidad en la investigación se mantendrá de forma anónima, con resguardo de los instrumentos y consentimientos por el investigador responsable.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con la investigación podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable: Dra. Dra. Blanca Edith Moreno Muñoz
Teléfono y horario: 7711282549, horario de 08:00 a 14:00 horas

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:
Prolongación Avenida Madero No. 405 Colonia Nueva Francisco I. Madero Pachuca de Soto, Hgo CP 42088 Teléfono: 771 3 78 33 ó comunicarse al correo: comite.etica.investigacion12018@gmail.com

Declaración de consentimiento:

<input type="checkbox"/>	Acepto participar y que se tomen los datos o muestras sólo para este estudio
<input type="checkbox"/>	Acepto participar y que se tomen los datos o muestras para este estudio y/o estudios futuros

Se conservarán los datos o muestras hasta por 5 años tras lo cual se destruirán.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre y firma del testigo 1

Nombre y firma del testigo 2

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación en salud, sin omitir información relevante del estudio.



SATISFACCIÓN SEXUAL EN MUJERES USUARIAS DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE CORTO Y LARGO PLAZO EN EL HGZMF NO. 1 PACHUCA HIDALGO TABLA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS



FOLIO:

Instrucciones: rellena los siguientes datos que se encuentran a continuación y tacha el número de acuerdo a su caso:

Edad _____

Ocupación _____

Lugar de Residencia _____

Estado Civil	
Soltera	1
Unión libre	2
Casada	3
Divorciada	4

Métodos Anticonceptivos	
Anticonceptivos orales	1
Parches	2
Inyectables	3
Implantes	4
DIU	5

Escolaridad	
Analfabeta	1
Primaria	2
Secundaria	3
Preparatoria	4
Licenciatura	5
Posgrado/ doctorado, etc.	6

Tiempo de uso de método anticonceptivo	
Menos de un año	1
1 a 3 años	2
3 a 5 años	3
Más de 5 años	4

Número de parejas sexuales	
1	1
2 a 4	2
5 a 7	3
8 a 10	4
Más de 10	5

¿Presenta Efectos adversos?	
Si	1
No	2

Número de hijos	
Uno	1
Dos	2
Tres	3
Cuatro	4
Más de 4 hijos	5

Piense en su vida sexual durante los últimos seis meses. Por favor, marque con una cruz y valore su satisfacción sobre los siguientes aspectos:

“Nada satisfecha, Poco satisfecha, Satisfecha, Muy satisfecha, Extremadamente satisfecha”

Pregunta	Nada satisfecha (1 punto)	Poco satisfecha (2 puntos)	Satisfecha (3 puntos)	Muy satisfecha (4 puntos)	Extremadamente satisfecha (5 puntos)
La intensidad de su excitación sexual					
La calidad de sus orgasmos					
Su desinhibición y entrega al placer sexual durante sus relaciones sexuales					
Su concentración durante la actividad Sexual					
La manera en la que reacciona sexualmente ante su pareja					
El funcionamiento sexual de su cuerpo					
Su apertura emocional durante sus relaciones sexuales					
Su estado de humor después de la actividad sexual					
La frecuencia de sus orgasmos					
El placer que proporciona a su pareja					
El equilibrio entre lo que da y lo que recibe en el sexo					
La apertura emocional de su pareja durante la relación sexual					
La iniciativa de su pareja hacia la actividad sexual					
La habilidad de su pareja para llegar al orgasmo					
La entrega de su pareja al placer sexual (“desinhibición”)					
La forma en la que su pareja tiene en cuenta sus necesidades sexuales.					
La creatividad sexual de su pareja					
La disponibilidad sexual de su pareja					
La variedad de sus actividades sexuales					
La frecuencia de su actividad					

El resultado se basará en el total del puntaje:

En un rango comprendido entre 29-59 puntos indica un nivel de satisfacción bajo

De 60-69 puntos indica un nivel de satisfacción medio

De 70-79 indica nivel de satisfacción alto

Un rango de 80-98 indica un nivel de satisfacción muy alto.