



**Universidad Autónoma de Baja California**  
Facultad de Medicina  
División de Estudios de Posgrado e investigación.  
**Instituto Mexicano del Seguro Social**  
Unidad Académica  
**Sede: Unidad de Medicina Familiar No. 28**  
Mexicali Baja California.

**Trabajo que para obtener el diploma de Especialista en Medicina Familiar**  
**Presenta:**

Dra. Mónica Vizuet Martinez

***Título:***

***Satisfacción sexual y factores que la modifican, en parejas que optan  
por métodos de planificación familiar permanente, a seis meses de  
haberse implementado.***

***Asesor temático:***

**Dr. Rosa María Vizuet Martínez**

***Asesor metodológico:***

**.Alberto Barreras Serrano**

**Doctor en Investigación**

Mexicali, Baja California, 5 de Abril del 2017

# **INSTITUTO MEXICANO DE SEGURO SOCIAL**

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA

PROTOCOLO DE INVESTIGACION

***Satisfacción sexual y factores que la modifican, en parejas que optan por métodos de planificación familiar permanente, a seis meses de haberse implementado***

**INVESTIGADOR PRINCIPAL:**

**Dra. Monica Vizuet Martinez**

INVESTIGADOR ASOCIADO:

Dra. Rosa María Vizuet Martínez

Mexicali, B.C., al 5 de Abril del 2017

## ÍNDICE:

|                                              |    |
|----------------------------------------------|----|
| Identificación de los investigadores.....    | 4  |
| Resumen.....                                 | 5  |
| Antecedentes.....                            | 6  |
| Marco Teórico.....                           | 7  |
| Planteamiento del problema.....              | 16 |
| Justificación.....                           | 17 |
| Pregunta de investigación e hipótesis .....  | 18 |
| Objetivos.....                               | 19 |
| Universo de Trabajo.....                     | 19 |
| Cálculo del tamaño muestra.....              | 21 |
| Variables.....                               | 21 |
| Procedimiento.....                           | 24 |
| Aspectos Éticos.....                         | 25 |
| Recursos, Financiamiento y Factibilidad..... | 26 |
| Cronograma de Actividades.....               | 32 |
| Referencias Bibliográficas.....              | 33 |
| Anexos.....                                  | 35 |

# Título

---

***Satisfacción sexual, y factores que la modifican, en parejas que optan por métodos de planificación familiar permanente, a seis meses de haberse implementado.***

## Identificación de los investigadores

***Investigador principal:*** Mónica Vizuet Martínez

***Adscripción:*** Autónoma de Baja California

***Lugar de trabajo:*** INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

***Teléfono:***

***Fax:***

***Correo electrónico:*** monita\_vizuet@hotmail.com

***Investigador(es) asociado(s):*** Dr. Alberto Barreras Serrano

***Adscripción:*** Universidad Autónoma de Baja California

***Lugar de trabajo:*** Instituto de Investigación de Ciencias Veterinarias

***Teléfono:***

***Fax:***

***Correo electrónico:*** betobarreras@hotmail.com

***Investigador(es) asociado(s):*** Dra. Rosa María Vizuet Martínez

***Adscripción:*** INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

***Lugar de trabajo:*** UMF 28

***Teléfono:*** 686 5116988

***Fax:***

***Correo electrónico:*** miproxie184@gmail.com



## Resumen

### UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Mónica Vizuet Martínez<sup>1</sup>, Alberto Barreras Serrano<sup>2</sup>, Rosa María Vizuet Martínez<sup>3</sup>,  
1. Medica Residente de Medicina Familiar UMF No 28., 2. Doctor en investigación UABC, 3. Medico familiar UMF28

#### ***Cambios en la Satisfacción sexual en parejas y factores que la modifican, en parejas que optan por métodos de planificación familiar permanente, a seis meses de haber implementado el método.***

**INTRODUCCION:** La satisfacción sexual puede definirse como una respuesta afectiva que surge por la evaluación de los aspectos positivos y negativos asociados a las propias relaciones sexuales, la consideran como la última fase de la respuesta sexual, que seguiría a las de deseo, excitación y orgasmo, estando asociada a la frecuencia y variedad de las actividades sexuales llevadas a cabo. Uno de los instrumentos más utilizados en la evaluación de la satisfacción sexual es el Index of Sexual Satisfacción. (Índice de Satisfacción Sexual).

**OBJETIVO:** Conocer el nivel de satisfacción sexual en parejas que optan por un método de planificación permanente a seis meses de haber iniciado el mismo. Y factores asociados a insatisfacción sexual.

**METODOLOGIA:** Se conducirá un Estudio descriptivo, observacional, longitudinal. En HGP31, UMF28 de Mexicali, durante los meses de Junio a Diciembre de 2015, se aplicará un cuestionario tipo Likert Índice de satisfacción sexual (ISS) para la variable objetivo y Escala de Graffar, Apgar familiar y cuestionario sociodemográfico para variables de influencia. Se realiza cuadernillo con folio para cada uno de los participantes. Se aplicará previo al evento quirúrgico y 6 meses posteriores al evento quirúrgico. En parejas con los siguientes; **Criterios de inclusión.** Parejas con paridad satisfecha, parejas que soliciten el método ya sea OTBo

Vasectomía, Parejas que hayan firmado consentimiento informado. **Criterios de exclusión:** Parejas sin paridad satisfecha, parejas que uno haya aceptado y el otro no firme consentimiento informado, parejas que no se acepten a ser localizados en un lapso menor de 6 meses. **Criterios de eliminación:** Parejas que por decisión propia no estén dispuestas a continuar con el estudio. Paciente que cambien de adscripción. Pacientes que no se sometieran a ninguno de los métodos de planificación familiar. **Análisis estadístico:** Se realizarán medidas de tendencia central y dispersión adecuadas para cada tipo de variable, las variables numéricas que en la práctica clínica se categoricen serán categorizadas también, para describir los diagnósticos clínicos habituales, pero el análisis estadístico se hará con el valor numérico. La prueba de hipótesis se hará con T de student o U de Mann whitney dependiendo del resultado de la prueba de normalidad (Kolmogorof-Smirnov).

**PALABRAS CLAVES:** satisfacción sexual, vasectomía, oclusión tubaria bilateral

### **Antecedentes**

Los programas de salud reproductiva han centrado su atención en las mujeres y, por lo general, trabajan poco con los varones, es una de las razones por lo que se decide hacer esta investigación es para darle mayor difusión a los métodos de planificación familiar permanente sobre todo a la realización de vasectomía tras la educación del varón acerca del tema.

Para esta investigación se toma en cuenta la edad de nuestros pacientes, ya que es un factor importante de la fecundidad, y sin duda no permite ver la edad promedio en la que una pareja decide dar fin a su periodo de procreación. La edad de establecida de la relación, dicho de otra manera la cantidad de años que se lleva manteniendo relaciones sexuales, se ha demostrado de gran importancia, en un estudio realizado en la India acerca de la prevalencia de aceptación de la OTB se encontró que de 399 OTB realizadas y aceptadas, 381 que representaban el 95%, tenía un intervalo de 1 a 10 años entre la cantidad de años de matrimonio y sus edades en el primer parto.

En países como el nuestro, las uniones tempranas, en general, tienen una mayor fecundidad. En el grupo de varones la edad media de ingreso al matrimonio o convivencia es de 24,5 años; en el área urbana es posterior a los 25,1 años, y en el área rural a los 23,4 años.<sup>8</sup>

La satisfacción sexual tiende a verse influida por otras variables diferentes para hombres que para mujeres, por ejemplo, en un estudio realizado en España con el objeto de identificar en una

población de mujeres cuales eran estas reportaron que había dos campos de investigación amplios lo que se refería al bienestar psicológico y las que se referían a la satisfacción sexual orgánica, de estas mismas se identificó que las variables que eran más predictivas en el ámbito psicológico eran la percepción que la mujer tenía de su propio cuerpo, el atractivo físico y dentro de lo referente a la satisfacción sexual orgánica toma como factores predictivos de mayor peso, a la asertividad sexual, motivación sexual y ansiedad durante la ejecución. <sup>(12)</sup> En otros estudios realizados se ha demostrado que puede haber cambios con relación a la satisfacción sexual posterior a la instalación de métodos de anticoncepción permanentes pero estos tienden a ser favorables para los usuarios, un estudio de casos y controles realizado en Australia con una muestra de 2721, buscaba corroborar si existía o no problemas sexuales posteriores a la esterilización resultado que la prevalencia con relación a los problemas sexuales inclinaba su balanza aquellas no esterilizadas, e inclusive aquellas no esterilizadas presentaban mayor dificultad para experimentar orgasmos y resequedad vaginal comparadas con aquellas esterilizadas, lo mismo que estas últimas experimentaban mayor cantidad de relaciones sexuales satisfactorias y placenteras que aquellas que no estaban esterilizadas <sup>(13)</sup>, de manera similar en un estudio realizado a paciente sometidos a vasectomías se evaluó la satisfacción sexual previo y posterior a la instalación del método reportando que un 38% inclusive sintió mejoría, un 48% no presentó modificaciones un mínimo porcentaje de 14% empeoró su satisfacción sexual, relacionando todo esto más con la obtención de orgasmos. <sup>(14)</sup>

## **Marco Teórico**

La satisfacción sexual puede definirse como una respuesta afectiva que surge por la evaluación de los aspectos positivos y negativos asociados a las propias relaciones sexuales, la consideran como la última fase de la respuesta sexual, que seguiría a las de deseo, excitación y orgasmo, estando asociada a la frecuencia y variedad de las actividades sexuales llevadas a cabo. Señalan cinco factores diferentes que pueden afectar a la satisfacción sexual: a) *prácticas sexuales*, como una mayor variedad de técnicas sexuales, mayor frecuencia de intercambio y orgasmo, y la participación en actividades sexuales no coitales, b) *aspectos socio-emocionales de la relación con la pareja*, la satisfacción sexual se relacionaría de forma directa con el deseo

sexual, c) *conocimientos, actitudes y valores hacia la sexualidad*, como fuertes valores religiosos, d) *salud física y vitalidad* y e) *barreras ambientales*, como la falta de intimidad. <sup>(1)</sup>

En 1975, establece el primer concepto de salud sexual: "La integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser humano sexual, en formas que sean enriquecedoras y realcen la personalidad, la comunicación y el amor" OMS, conseguir una salud sexual, a saber:

1. La posibilidad de disfrutar de una actividad sexual reproductiva en equilibrio con 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. (OMS, 1975).<sup>(2)</sup>

Uno de los instrumentos más utilizados en la evaluación de la satisfacción sexual es el Index of Sexual Satisfaction. (Índice de Satisfacción Sexual) Cuenta con una fiabilidad de consistencia interna (alfa de Cronbach) que oscila entre 0,86 y 0,95.<sup>(1)</sup> El Índice de Insatisfacción Sexual (IIS) de Hudson (1982). Debido a que los reactivos están redactados en sentido negativo, cuanto más alta es la puntuación, menor disfrute o satisfacción con la sexualidad en la pareja se reporta. El rango de puntuación de cada reactivo es de 1 (en ningún momento) a 7 (todo el tiempo). La escala está integrada por 25 elementos, así su rango potencial varía de 25 a 175. Presentado las siguiente posibles respuestas: 1) En ningún momentos; 2) Muy raro; 3) En muy poco tiempo; 4) A veces; 5) La mayor parte del tiempo; 6) Casi todo el tiempo; 7) todo el tiempo.

<sup>(1)(2)</sup>

Con motivo de entender del todo que lleva al ser humano a tener satisfacción sexual, debemos entender que sucede fisiológicamente al entrar en una sensación placentera. A lo largo de los últimos años han aparecido diferentes modelos para definir la respuesta sexual humana. A principios de la década de 1950, Masters y Johnson, tras estudiar la fisiología y psicología sexual humana, desarrollaron el modelo sexual lineal tanto para hombres como para mujeres, con estadios secuenciales de excitación, meseta, orgasmo y resolución.

La fase de excitación puede durar de varios minutos a varias horas. En ella aumenta el nivel de tensión muscular, la frecuencia cardíaca y comienza la vasocongestión con aumento de los órganos genitales. En esta fase se produce también la lubricación vaginal y las glándulas de Cowper secretan un líquido lubricante en la uretra masculina. En la fase de meseta, que se mantiene hasta el orgasmo, estos cambios se intensifican. La vejiga se cierra para evitar la mezcla de orina con semen y los músculos de la base del pene presentan contracciones rítmicas que finalmente expulsan el semen. Durante el orgasmo, hay contracciones musculares involuntarias, como las esfinterianas o espasmos del músculo carpopedal del pie, aumentan la presión arterial y las frecuencias cardíaca y respiratoria, y se produce una repentina liberación de la tensión nerviosa. En los hombres, el orgasmo generalmente se alcanza con la eyacuación del semen. Inicialmente fluidos seminales se acumulan en el bulbo uretral de la glándula prostática. A medida que se acumulan, siente que va a eyacular y esa sensación se experimenta como inevitable e incontrolable.

En las mujeres se producen contracciones rítmicas del útero. La tensión de sus músculos aumenta la presión en el pene y contribuye al orgasmo. En ambos sexos, suele ser una experiencia intensamente placentera.

Durante la resolución, el cuerpo vuelve a los niveles normales de frecuencia cardíaca, presión arterial, respiración y contracción muscular, y se experimenta una sensación general de bienestar. Muchas mujeres pueden volver de nuevo a la fase orgásmica con mínimos estímulos y pueden experimentar orgasmos repetidos durante más de una hora. Los hombres tienen un período refractario en el que no pueden tener orgasmos aunque sí pueden mantener una erección parcial o completa. Este período tiene una duración variable desde minutos a días.<sup>(13)</sup>

Los mecanismos fisiológicos de la respuesta sexual se inician con un estímulo erótico condiciona una descarga nerviosa en el cerebro que se libera de los circuitos inhibidores a los centros medulares responsables de la intumescencia genital: el dorsolumbar, a nivel de D11-L2, interviene por fibras simpáticas cuando hay un estímulo psíquico activando el plexo hipogástrico, los nervios cavernosos y el tejido peneano; el sacro (S2-S4) responde a una estimulación genital directa. Ambos estímulos evolucionan sinérgicamente para producir la intumescencia genital: se consigue por inducción cerebral y se mantiene durante el acto sexual por el contacto y el arco reflejo sacro. Las órdenes nerviosas producen una vasodilatación cuya consecuencia es la erección del pene y la lubricación de la vagina. La actividad sexual depende

de los niveles sanguíneos de ciertas hormonas <sup>(14)</sup>, aunque el papel exacto de cada una de ellas sigue estando poco claro y son necesarios más estudios:

**Andrógenos:** en el hombre, la testosterona desempeña un papel importante en el mantenimiento del interés y la función sexuales. Durante la pubertad hay una clara asociación entre la elevación de los niveles y el interés y actividad sexuales. Con el envejecimiento disminuyen los niveles circulantes de testosterona paralelos al declinar de la función sexual. En la mujer también desempeñan un papel en la motivación sexual pero la evidencia es inconsistente y a veces contradictoria. Sus efectos fácilmente se ven interferidos por factores afectivos (el ánimo, la energía, el bienestar, otros mecanismos psicológicos) y por la actuación conjunta de otras hormonas. Los niveles de testosterona aumentan durante la fase folicular y llegan al máximo aproximadamente en el tercio medio del ciclo, disminuyendo durante el tercio final. El interés sexual es, en algunas mujeres, mayor durante la fase folicular o alrededor de la ovulación pero hay variaciones individuales considerables. A lo largo del ciclo se producen otros muchos cambios hormonales que parecen relacionarse.

También disminuyen el interés sexual y el disfrute durante la lactancia materna, momento en el que los niveles de testosterona son menores. En ambos sexos hay un umbral superior de dosis-respuesta por debajo del que hay una relación directa entre la dosis de testosterona y la respuesta sexual, pero por encima del que no se produce un aumento significativo de la motivación sexual.

**Estrógenos:** los estrógenos exógenos tienen un efecto negativo en la sexualidad de los hombres, disminuyen el interés y la respuesta sexuales, de forma similar a lo que encontramos en los hombres con hipogonadismo. En las mujeres no está claro si tienen un efecto directo en el interés y la excitación sexuales.

Sí desempeñan un importante papel en el mantenimiento del buen estado trófico de la vagina. Su déficit se acompaña de disminución del grosor del epitelio vaginal y de su capacidad de lubricación. En algunos estudios se ha observado que el etinilestradiol tiene relación con el interés sexual, el disfrute, la frecuencia orgásmica e incluso el ánimo (sensación de bienestar) y parece que el efecto es dosis dependiente.

**Oxitocina:** en estudios animales induce la erección mediante un mecanismo dependiente de la testosterona. Sus niveles plasmáticos aumentan en hombres y mujeres durante la actividad sexual alcanzándose valores máximos en el orgasmo <sup>(15)</sup>.

Betaendorfina: tiene efectos sexuales inhibidores que son dosis-dependientes y varían según la zona del cerebro en la que actúe, pudiendo inhibir la activación de la secuencia consumatoria del acto sexual o la fase inicial de apetito sexual.

Dosis bajas tienen un efecto facilitador y dosis altas, un efecto inhibidor. Por el contrario, los inhibidores de los opiáceos, como la naloxona, intensifican el placer en dosis bajas y ejercen un efecto opuesto cuando se administran en dosis más altas.

.

Prolactina: en los hombres, la hiperprolactinemia produce disminución del interés sexual y de la respuesta eréctil. En las mujeres, puede contribuir a la sequedad vaginal y la dispareunia como consecuencia de la privación estrogénica asociada. Se ha observado una elevación de sus niveles tras el orgasmo, tanto en hombres como en mujeres, y se ha postulado que puede actuar con un mecanismo de *feedback* negativo en el período refractario.

Hay otras sustancias, como la serotonina y la dopamina, cuya actividad parece que también influye en algún aspecto de la excitación sexual pero hasta el momento no se ha concretado.

Por lo tanto, parece que la respuesta sexual en los hombres se aproxima al modelo lineal y se ve influenciada claramente por los andrógenos, concretamente por la testosterona. En las mujeres, esta respuesta sigue más el modelo cíclico, en el que influyen factores hormonales y emocionales con una correlación intensa<sup>(15)</sup>.

Habiendo entendido lo anterior, es fácil creer que el ser humano tenga relaciones sexuales de manera cotidiana, sin el preciso objetivo de procrear descendencia, es por eso que se ha dado a la tarea desde tiempos antiguos a crear métodos de anticoncepción siendo la vasectomía y la Oclusión tuvoovarica, los de mayor eficacia a corto y largo plazo, para efectos de esta investigación nos damos a la tarea describir en qué consiste estos dos métodos. La vasectomía tiene como principio básico la interrupción de los conductos deferentes. Este objetivo se puede lograr con varias técnicas, se puede realizar de forma ambulatoria bajo anestesia local, pero la anestesia general podría ser requerida para indicaciones específicas. El procedimiento consiste en exponer los conductos a través de uno o dos incisiones. La técnica de la vasectomía sin bisturí de aislamiento de los conductos deferentes se asocia con un menor número de complicaciones tempranas, tales como infecciones, hematomas, y menos dolor postoperatoria, estas son algunas de las técnicas que se pueden aplicarse: Escisión de una pieza de conducto deferente y ligadura con suturas o clips, la interposición de tejido para evitar recanalización o

cauterización del lado luminal. En comparación de una técnica con otra no ha demostrado que alguna en específico haya mostrado superioridad con relación a la prevención del embarazo por falla de técnica quirúrgica.<sup>(3)</sup>

La ausencia total de espermatozoides en el eyaculado tras dos o tres días de abstinencia en al menos dos ocasiones es el estándar utilizado para confirmar el diagnóstico de azoospermia esto es relevante sobre todo para los varones que sufren de infertilidad pero aplica también para posoperados, lo que nos da un indicador de efectividad de procedimiento. <sup>(4)</sup> En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), de 1976 a 1992, la cobertura de vasectomía paso de 0.6 a 1.4%. <sup>(12)</sup> Una de las técnicas quirúrgicas utilizada para la vasectomía es la que se realiza sin bisturí, con apertura única en rafe medio del escroto se realiza de la forma siguiente:

1. Paciente en posición de decúbito dorsal. Se fija el pene con región suprapúbica con microporo.
2. Asepsia y antisepsia del escroto, muslos, periné, con antiséptico, colocación de campo estéril fenestrado que exponga sólo el área a intervenir
3. Identificación del conducto deferente en la porción superior del escroto, donde es fácil la palpación. Fijación del conducto deferente derecho (operador a la derecha del paciente) con los pulpejos del primer y tercer dedo de la mano izquierda, si el cirujano es diestro (si es ambidextro, puede fijarse con cualquier mano), una vez fijado el conducto deferente, este es llevado hacia la línea media del escroto donde se realizará la apertura

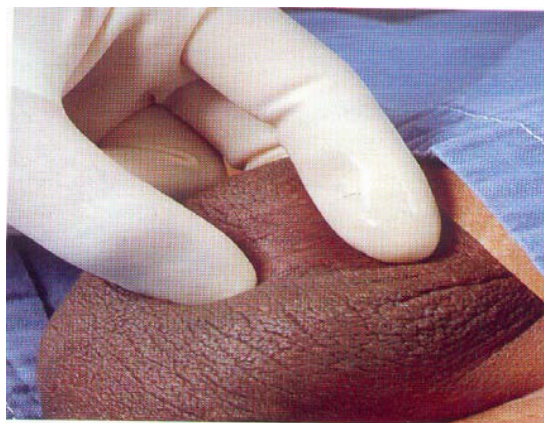


Figura 12. Maniobra de los tres dedos

4. Se infiltra .5 ml de lidocaína al 1% sin epinefrina (se usa jeringa con aguja N° 25 o 26, creando un pequeño habón suficiente para realizar la apertura cutánea, ya que la inervación de la piel es de diferente origen a la del conducto deferente).
5. Se infiltra profundamente el tejido perivasal (alrededor de la vaina del conducto deferente); la infiltración se realiza con la mano derecha, mientras la mano izquierda fija al conducto deferente.

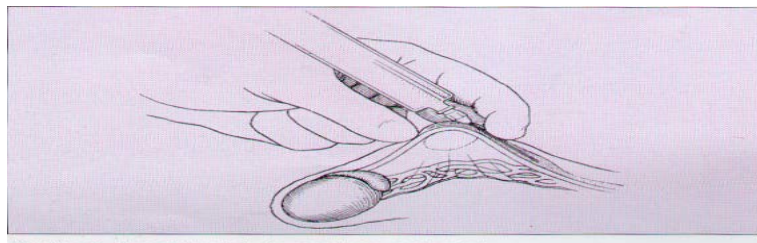


Figura 14. Vista lateral de la anestesia en la piel

6. Se procede a fijar el conducto deferente derecho con la pinza de anillo de Li, para posteriormente tomar la pinza con la mano izquierda.
7. Ya fijado el conducto deferente con la pinza de anillo, se toma la pinza de disección de Li con la mano derecha, se abre la pinza y se punciona la piel con una de sus ramas, se retira posteriormente la pinza para inmediatamente después cerrarla e introducirla en el mismo orificio realizado anteriormente, se abre la pinza para con esto realizar una apertura longitudinal de 2 a 4 mm en rafe medio.
8. Localización y toma del conducto deferente.
9. Se incide sobre el borde superior de la vaina que cubre al conducto deferente, se procede luego a aislar al conducto, pasando la pinza de disección afilada de punta curva por el borde inferior entre el conducto y su vaina.

10. Aislado el conducto deferente se procede a ligar los extremos en un segmento de 1-1,5 cm; se usa como material de sutura seda 3/0; luego, se extirpa aproximadamente 1 cm del conducto deferente y se cauterizan los extremos.
11. Se procede a repetir estos pasos con el conducto deferente izquierdo, acercando éste a la línea media, aprovechando la apertura ya realizada en la piel de escroto del rafe medio. Luego se continúa en forma similar a lo descrito para el conducto deferente derecho.
12. Se cierra la piel con ventolete de microporo y se aplica una gasa sobre la herida. <sup>(12)</sup>

Los procedimientos de esterilización femenina han sufrido una evolución similar a la de muchas otras técnicas quirúrgicas. Este proceso ha quedado simplificado en la actualidad con el desarrollo de la laparoscopia por lo que gradualmente se ha convertido en un procedimiento de cirugía ambulatoria que incluso permite la opción del uso de anestesia local. Cabe mencionar que para fines prácticos nos abocamos a la vía abdominal ya que es la que se sigue empleando en nuestro medio hospitalario. Las técnicas más empleadas son: Técnica de Pomeroy: Es la técnica más rápida, sencilla y la que habitualmente se utiliza cuando se realiza una minilaparotomía o colpotomía. La técnica consiste en traccionar con un clamp la parte media de la porción ístmica de la trompa. A medida que la trompa se eleva, el asa que se crea se liga con hilo de sutura sintético reabsorbible de dos ceros. Por último, el asa se secciona con tijera por encima del nudo de la ligadura. Al reabsorberse el material de la ligadura los extremos seccionados se alejan uno del otro siendo poco probable una recanalización espontánea. <sup>(5)</sup>

El embarazo ectópico tras salpingectomía (total o parcial) es raro, con menos de una docena de casos reportados en la literatura en Inglés en los últimos 10 años. Este particular tipo de embarazo ectópico se asocia con tasas de mortalidad 10-15 veces mayor que otros embarazos ectópicos. <sup>(5)(6)</sup> Por lo que a pesar de su rareza hay que tomarla en cuenta ya la tasa de mortalidad es muy alta, otra de las situaciones con las que se ha visto relacionada la salpingectomía es la dispareunia en un pequeño porcentaje no significativo, para fines de esta investigación es de gran importancia. <sup>(7)</sup>

La sexualidad humana se ve afectada de muchos factores ambientales y psicosociales, una pareja que logra llevar una vida sexual satisfactoria condiciona una mejor funcionalidad familiar y en general se reconoce que la familia es la institución social básica en el seno de la cual se determinan el comportamiento reproductivo, las estructuras de socialización, el desarrollo emocional y las relaciones con la comunidad. Constituye la forma más simple de la organización en la que dos o más individuos se asocian para compartir metas comunes y funciones. Según Maslow, el comportamiento humano está motivado, controlado e influenciado por una jerarquía de necesidades, que son: Fisiológicas, de seguridad, sociales, de estima y de realización personal. Resulta prioritaria la satisfacción inicial de las fisiológicas las cuales no solo radican en el alimento, aire, agua sino también la sexualidad. La funcionalidad familiar puede medirse con la escala de Apgar familiar que consiste en la aplicación de una encuesta pequeña que busca saber el sentir de cada miembro de la familiar con respecto a estos ítems: ¿Está satisfecho con ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?, ¿Conservan entre ustedes los problemas que tienen en casa?, ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?, ¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?, ¿Siente que su familia los quiere?, calificándose con tres parámetros: casi nunca=0; a veces: 1; siempre=2.<sup>(10)</sup> Esta cuenta con una fiabilidad alfa de Cronbach 0.84 y una validez de 0.80.<sup>(16)</sup>

El nivel socioeconómico es una estructura jerárquica basada en la acumulación de capital económico y social. La dimensión económica representa el patrimonio de bienes materiales. El nivel socioeconómico representa la capacidad para acceder a un conjunto de bienes y estilo de vida.

La situación económica holgada puede contribuir a bajar el estrés dentro de la familiar propiciándole una mejor dinámica familiar y mayores momentos de recreación y tiempo de calidad con los hijos y la pareja, es importante descubrir su influencia sobre la satisfacción sexual. El grado de status socioeconómico se puede medir con la escala de Graffar, con el fin de correlacionarlo con el resto de los resultados. Esta medición consiste en un modelo de cuestionario donde se le da puntaje a los siguientes rubros: 1. Profesión del jefe de familia 2. Nivel de instrucción de la Esposa o cónyuge 3. Principales fuentes de 4. Ingreso del hogar 5. Condiciones de alojamiento, a los que les corresponde un valor de 1-5. Puntaje se suma y el resultado cabe en los parámetros establecidos, mencionados en el anexo 3.<sup>(11)</sup> La confiabilidad del instrumento fue realizada por Contasti (1975) y Laxage, Noguera y Méndez (1986); estos últimos utilizaron el

método de consistencia interna por correlación inter-ítems obteniendo coeficientes que varían entre los 0.62 y 0.75 puntos. <sup>(17)</sup>

### **Planteamiento del problema**

La salud reproductiva se define como el estado general de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedades en todas las cuestiones relacionadas al aparato reproductor y de sus funciones y procesos. La salud reproductiva lleva implícito el derecho del hombre y de la mujer a contar con información de planificación familiar y el acceso a métodos seguros, eficaces y disponibles.

Entre los métodos más utilizados por el hombre se ubica el condón masculino con un 45.1% y los hormonales con un porcentaje de 2%. Se ha observado también que en este grupo de edad ha aumentado el uso de oclusión tubarica o vasectomía en un 14.6% que se va incrementado de manera importante conforme aumenta la edad. (20-29 años, 5%, 30-39, 17.1% y de 40'49 años hasta un 22.8% según lo reportando en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2012.

La planificación familiar se reconoce como una intervención que ha permitido disminuir las tasas de mortalidad materno – neonatal. En relación con las mujeres de 20-49 años que tuvieron evento obstétrico en los últimos 5 años, y que antes de salir del hospital o lugar donde la atendieron le proporcionaron un método de anticoncepción, la información en cuanto al tipo de método recomendado indica que es de 47. 6% para la OTB/ Vasectomía. Según los resultados de ENSALUD del 2012 en las instituciones de la seguridad social del total de mujeres atendidas por evento obstétrico 77% se fue con método anticonceptivo de este un porcentaje de aproximadamente 15% fue con método permanente posterior a evento obstétrico es decir OTB, de las mujeres reportados con evento obstétrico de servicios públicos 62% recibió método de anticoncepción al salir, de este no se especifica el porcentaje de anticoncepción permanente. Por el contrario el porcentaje de vasectomías no ha sido tan fácil de contabilizar a pesar de ser un evento quirúrgico ambulatorio no cuenta con la misma difusión de la OTB.

La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad. Este último es motivo de nuestro estudio, la promoción de la planificación familiar y el acceso a los métodos anticonceptivos preferidos para

las mujeres y las parejas resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades.

El uso de métodos anticonceptivos por los hombres representa una proporción relativamente pequeña de las tasas de prevalencia mencionadas. Los métodos anticonceptivos masculinos se limitan al condón y la esterilización (vasectomía). En los últimos años se ha dado difusión a esta última, pero sigue prevaleciendo la OTB, pese al mayor número de desventajas que presenta esta última.

Una de las principales causas a lo que atribuyen este fenómeno es la falta de educación, la población masculina tiene la creencia de que el eyacular semen sin espermatozoides, disminuye el volumen, que se ha demostrado no se asocia con disminución de la calidad de su encuentro sexual, en un estudio un grupo de sujetos a quienes se les administró una droga para interrumpir la emisión y la eyaculación, y aun tuvieron orgasmo; reportaron que el mismo fue equivalente en placer a los obtenidos con un completo volumen eyaculado<sup>(18)</sup>, pese a que se explica el procedimiento y los efectos secundarios del mismo, cuando se solicita al un módulo de planificación familiar. Por eso se formula la siguiente pregunta:

**Existen cambios en la satisfacción sexual, en las parejas que optan por métodos de planificación familiar permanente a 6 meses de haber implementado el método?**

## **Justificación**

El estudio es importante porque busca demostrar que no hay cambios en la satisfacción sexual, en las parejas que optan por uno de los dos métodos de planificación permanente, utilizando el resultado de esta investigación como una herramienta más al momento que se desee hacer difusión de estos métodos sobretodo de la vasectomía que se ha demostrado ser efectivo, menos costoso, con menor número de complicaciones, de manera que a la hora de hacer publicidad de estos métodos se invite sobre todo al varón a ser parte activa en la aplicación de método de planificación familiar. En las últimas dos décadas se ha observado un incremento en la realización de este tipo de métodos sin embargo sigue prevaleciendo la OTB sobre la vasectomía pese haber demostrado efectividad parecida en ambas, uno de los motivos es por la

falta de información y educación a nuestra población masculino con respecto a ideas erróneas que tiene acerca de la disminución en calidad de la relación sexual por falta de eyaculación espermática.

Es bien sabido que para lograr una satisfacción sexual contribuyen diferentes aspectos, no solo la correcta elección de un método familiar por lo que se considera importante tomar en cuenta aquellos aspectos que influyen de manera independiente sobre esta, como es la funcionalidad familiar, el número de hijos, el tiempo que lleva la relación, el estatus socioeconómico, con el finalidad de correlacionar no solo el aspecto físico sino psicológico de los individuos, tratando de demostrar que incluso puede llegar a tener cambios favorables sobre todo en la funcionalidad familiar e incluso sobre el status económico que suele ubicarse estas familias. Se prevé que con este estudio se tenga una herramienta más fomentar el uso de métodos anticonceptivos permanentes sobre todo el uso de vasectomía y hacer más participe al varón en la decisión de método de anticoncepción.

### **Pacientes (materiales) y métodos**

***Pacientes:*** Derechohabiente de la UMF No. 28 Mexicali, que acuden al servicio de medicina preventiva y servicio de ginecología para solicitar método de planificación familiar permanente.

***Material y métodos:*** Se realiza cuadernillo con folio para cada uno de los participantes que constara de dos partes interrogatorio previo al procedimiento, otro posterior al procedimiento, con los mismo ítems.

### **Pregunta de investigación**

Existen cambios en la Satisfacción sexual, en parejas que optan por métodos de planificación familiar permanente a seis meses de haberse implementado el método?

## **Hipótesis**

Nula: Las parejas que optan por métodos de planificación familiar permanentes, no generan cambios en su satisfacción sexual, después dos meses de haberse sometido al método.

Alternativa: Las parejas que optan por métodos de planificación familiar permanentes, generan cambios en su satisfacción sexual después de haberse sometido al método, sean cambios favorables o desfavorables.

## **Objetivos**

### **OBJETIVO GENERAL**

Conocer cambios en la Satisfacción sexual en parejas que optan por métodos de planificación familiar permanente a seis meses de haber implementado el método.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Comparar la calidad de vida sexual previo a la realización del método de planificación familiar con la calidad de vida sexual tras seis meses la implementación de nuevo método planificación familiar permanente.
- Observar la funcionalidad familiar de las parejas que se someten a métodos anticonceptivos permanentes.
- Observar status socioeconómico que predomina en las familiar que se someten a métodos anticonceptivos permanentes.
- Demostrar que el número de hijos y de años de llevar una relación confieren influencia sobre la elección de método de planificación familiar

## **Universo de trabajo**

**UNIVERSO:** Parejas con paridad satisfecha, que soliciten método de esterilización en el modulo de planificación familiar en UM de Ginecología y Obstetricia Clínica No. 31 de IMSS de Mexicali y UMF No.28

**POBLACIÓN:** Parejas con paridad satisfecha que soliciten el método de planificación familiar en el Clínica del 1ro Junio 2014 al 31 de Diciembre del 2014.

### **MUESTRA:**

#### **Criterios de inclusión:**

- Parejas con paridad satisfechas
- Parejas que soliciten el método ya sea OTB o Vasectomía
- Parejas que hayan firmado consentimiento informado

#### **Criterios de exclusión:**

- Parejas que sin paridad satisfecha
- Parejas que uno haya aceptado y el otro no firmar consentimiento informado
- Parejas que no se presten a ser localizados en un lapso menor de seis meses

#### **Criterios de eliminación:**

- Parejas que por decisión propia no estén dispuesto a continuar con el estudio.
- Paciente que cambien de adscripción.
- Pacientes que no se sometieran a ninguno de los métodos de planificación familiar.

- Parejas que se encuentren en proceso de separación

#### CÁLCULO DEL TAMAÑO MUESTRA

La revisión bibliográfica para este trabajo no permitió identificar estudios similares que nos otorgasen datos para sustituir en los cálculos de la muestra, por lo que se incluirán por conveniencia 50 pacientes en cada grupo.

### **Variables**

#### *Variable de objetivo*

- Satisfacción sexual: Categórica, nominal

Definición conceptual: La satisfacción sexual puede definirse como “una respuesta afectiva que surge por la evaluación de los aspectos positivos y negativos asociados a las propias relaciones sexuales”. Se considera la última fase de la respuesta sexual, que seguiría a las de deseo, excitación y orgasmo, estando asociada a la frecuencia y variedad de las actividades sexuales llevadas a cabo.

Definición operativa: Para fines del trabajo se considera la calificación obtenida en la escala ISS.

Escala: la escala ISS arroja un valor numérico que se convierte en categorías para fines diagnósticos. En este trabajo describiremos tanto los valores numéricos como los categóricos y la prueba de hipótesis se hará con los valores numéricos.

Unidades: la escala numérica no tiene unidades; la escala ordinal tiene los valores que varía de 25 a 175. Presentado las siguiente puntaje para las posibles respuestas: 1) En ningún momentos; 2) Muy raro; 3) En muy poco tiempo; 4) A veces; 5) La mayor parte del tiempo; 6) Casi todo el tiempo; 7) todo el tiempo. Siendo insatisfecho aquel que su sumatorio sea menor de 87, y satisfactorio mayor de 87.

#### *Variables de influencia*

- Funcionalidad familiar: numérica, continua

Definición conceptual: La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Esto significa que

debe cumplir con las tareas encomendadas, que los hijos no presenten trastornos graves de conducta y que la pareja no esté en lucha constante.

Definición operativa: Para este trabajo se considerará la calificación de la escala APGAR familiar.

Escala: la escala APGAR familiar arroja un valor numérico que se convierte en categorías para fines diagnósticos. En este trabajo describiremos tanto los valores numéricos como los categóricos y la prueba de hipótesis se hará con los valores numéricos.

Unidades: la escala numérica no tiene unidades; la escala ordinal tiene los valores 0-2, representando a tres tipos de respuesta: 0= casi nunca; 1= a veces, 2= siempre, que nos arrojan valores numéricos baja función familiar=0-3, media=4-6 y alta=7-10.

- Tiempo que mantienen relaciones sexuales: Numérica Continua

Definición conceptual: Del latín *tempus*, la palabra tiempo se utiliza para nombrar a una magnitud de carácter físico que se emplea para realizar la medición de lo que dura algo que es susceptible de cambio. Cuando una cosa pasa de un estado a otro, y dicho cambio es advertido por un observador, ese periodo puede cuantificarse y medirse como tiempo.

Definición operativa: se considerara tiempo de mantener relaciones sexuales. Se medirá en escala de 1-20 en años.

Escala: numérica de intervalo

Unidades: años

- Número de hijos: numérica, de razón

Definición conceptual: Es un concepto que expresa una cantidad en relación a su unidad.

Definición operativa: Se considera al número de hijos ya que este repercute en el tiempo dedicado a la relación de pareja disminuyendo cierta cantidad de tiempo por cada hijo que se tiene. Se medirá con escala de 1-10

Escala: numérica de intervalo

Unidades: numero

Variables demográficas

- Edad: numérico intervalo.

Definición conceptual: Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.

Definición operativa: Se considera el número de años del participante, durante el estudio nos permite cual es la preferencia de las personas jóvenes a las que llevan más tiempo de relación. Se medirá en años

Escala: numérica de intervalo

Unidades: años.

- Status socioeconómico: categórica, nominal

Definición conceptual: es una medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación, y empleo.

Definición operativa: Se refiere a la posibilidad económica de mantener cierta cantidad de hijos, es de interés para la investigación porque es un indicador bienestar familiar en una de sus funciones básicas, que es el sustento de los hijos se medirá con escala de Graffar.

Escala: la escala ISS arroja un valor numérico que se convierte en categorías para fines diagnósticos. En este trabajo describiremos tanto los valores numéricos como los categóricos y la prueba de hipótesis se hará con los valores numéricos.

Unidades: la escala numérica no tiene unidades; la escala ordinal tiene los valores

## **Procedimiento**

Se realizara protocolo de investigación, al recibir la verificación metodológica y temática correspondiente, se prosigue con el registro de la investigación, al contar con numero de folio y autorización por él comité de investigadores, se solicitara permiso a la institución (IMSS UM de Ginecología y Obstetricia Clínica No. 31 de IMSS de Mexicali B.C. ), de donde se sacara nuestra muestra, para la realización del estudio, teniendo la autorización se procederá a la elección de la muestra según los criterios de inclusión, posteriormente se visita el modulo de planificación familiar de lunes a viernes en turno matutino para capturar aquellas parejas que hayan optado por la realización de alguno de los dos tipos de método de planificación permanente, durante el primeros dos meses de la investigación de manera paralela se visitara de lunes a viernes piso de ginecología clínica 31 del Seguro Social de Mexicali, para capturar aquellas mujeres que se queden ingresadas para la realización de OTB o en modulo de planificación familiar que se han programado para vasectomía, y si cumplen con los respectivos criterios de inclusión haciéndose la atenta invitación a ella y su pareja para participar en la investigación, se explicara a cada participante el fin de la investigación y de estar de acuerdo con lo términos se le hará firmar una carta de consentimiento informado, al contar con esto procederemos a realizar la 1era encuesta, se solicitara datos para identificación de cada uno de los participantes, esta ficha de identificación constara de los siguientes datos: nombre, edad, años de vida conyugal, número de hijos, status socioeconómico, contando con estos datos solo resta añadir, dirección, y teléfono donde se pueda localizar a la pareja para realizar el seguimiento, al haber trascurrido los seis meses desde que se realizo la primera encuesta se procederá a la realización de encuesta de seguimiento, al contar con la muestra se recabara resultados de encuestas se hará la respectiva comparación entre el antes y después de la implementación de método de planificación familiar.

## **ANALISIS ESTADISTICO**

Se harán las medidas de tendencia central y dispersión adecuadas para cada tipo de variable, las variables numéricas que en la práctica clínica se categoricen serán categorizadas también,

para describir los diagnósticos clínicos habituales, pero el análisis estadístico se hará con el valor numérico. La prueba de hipótesis se hará con T de student o U Mann – Whitman dependiendo del resultado de la prueba de normalidad (Kolmogorof-Smirnov), posterior al análisis de resultados se redactaran las conclusiones del estudio, finalmente se presentan las conclusiones del estudio al comité de Investigación. Se redactará el informe final a manera de tesis.

### **Aspectos éticos**

El presente estudio no se contrapone con los lineamientos que en materia de investigación y cuestiones éticas se encuentran aceptadas en las normas establecidas en la declaración de Helsinki, de 1964, revisada en Tokio en 1975, en Venecia en 1983 y en Hong Kong 1989. La presente Investigación es acorde con los lineamientos de materia de investigación y ética se encuentran establecidos en las normas e instructivos internacionales. Antes del Inicio del estudio el protocolo será sometido al comité local de investigación de la unidad Hospitalaria y autoridades competentes. Conforme a los requisitos legales locales, así como representación sindical para su visto bueno.

### **Consentimiento informado.**

Antes del inicio del estudio se informo al director de la clínica y a la dirección de prestaciones Médicas para su consentimiento.

Se realizo un consentimiento informado para cada paciente donde se explican los beneficios y riesgos del estudio en que participaron.

En las investigaciones en que participen seres humanos es indispensable:

- Indicar el riesgo de la investigación de acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, y señalar si se realizará en población vulnerable como menores de edad, embarazadas o grupos subordinados.
- Señalar si los procedimientos se apegan a las normas éticas, al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y a la Declaración de Helsinki y sus enmiendas.

- Incluir carta de consentimiento informado para los protocolos de investigación, excepto, para los que la Comisión de Ética determine (sin riesgo o riesgo mínimo). Si el estudio incluye menores de edad, documentar su aceptación mediante una carta de asentimiento.
- Describir las contribuciones y beneficios del estudio para los participantes y la sociedad.
- Describir el balance riesgo/beneficio.
- Precisar los procedimientos a seguir para garantizar la confidencialidad de la información (en caso de estudios con muestras biológicas enfatice la manera de eliminar los datos que identifiquen a los sujetos).
- Puntualizar el proceso para la obtención del consentimiento informado: fecha y nombre de quien lo solicitará. Si existe alguna dependencia o ascendencia o subordinación del sujeto al investigador principal, el consentimiento deberá ser obtenido por otro integrante del equipo de investigación.
- Mencionar la manera de seleccionar a los potenciales participantes.
- En su caso, indicar como se otorgará a los sujetos los beneficios que puedan identificarse al finalizar el estudio.

### **Recursos, financiamiento y factibilidad**

Los recursos financieros correrán a cargo del investigador

Resultados

TABLA 1. Características de los pacientes

|           |       | Edad (años) | Ingreso mensual<br>(pesos) | Número | Número de embarazos | Habitaciones porvivienda |
|-----------|-------|-------------|----------------------------|--------|---------------------|--------------------------|
| Pacientes | Media | 38,4        | 3.425,00                   | 1,3    | 2,5                 | 2,3                      |
| Femen     | N     | 16          | 16                         | 16     | 16                  | 16                       |
| Hombr     | DE    | 8,8         | 2.082,47                   | 0,60   | 1,5                 | 0,87                     |
| Control   | Media | 33,1        | 5.220,83                   | 1,8    | 2,9                 | 2,4                      |
| Fem       | N     | 25          | 24                         | 25     | 25                  | 25                       |
| hom       | }DE   | 10,5        | 3.539,96                   | 1,0    | 3,1                 | 1,0                      |

TABLA 2. Características

|       |        | Satisfacción sexual inicial | Satisfacion sexual | Funcionalidad fam | Graffar | PCR % | FR % |
|-------|--------|-----------------------------|--------------------|-------------------|---------|-------|------|
| caso  | Media  | 9,6667                      | 7,622              | 1,56              | 30,0    | 95    | 66   |
|       | N}     | 9                           | 9                  | 9                 | 5       | 8     | 6    |
|       | DE}    | 7,0178                      | 6,628              | 0,73              | 19,7    | –     | –    |
| contr | Me}dia | 3,5500                      | 4,000              | 1,33              | 40,3    | 3     | 0    |
|       | N}     | 6                           | 6                  | 6                 | 3       | 1     | 0    |
|       | DE}    | 2,9474                      | 2,683              | 0,82              | 24,3    | –     | –    |

}

En total se encuestó a 56 (39%) pacientes femeninas; edad promedio, 38,4 años (rango, 23-54 años); 56 hombres 45% con vasectomía (61%) mujeres sanas que no recibían tratamiento alguno, sirvieron como controles para las comparaciones, su edad promedio fue de 33 años (rango, 21-62 años). La tabla 1 presenta las características demográficas de pacientes y controles. La edad media de las pacientes era 38,4 años (desviación estándar [DE],  $8,8 \pm 1$ ), mientras que la de las controles era 33,1 (DE,  $10,5 \pm 1$ ). La media de ingresos de las pacientes fue de 3.425,00 pesos mexicanos mensuales (DE, 2.082,47), en las controles la media de ingreso mensual fue de 5.220,83 (DE, 3.539,96). La repartición del gasto en ambos grupos se destinaba principalmente a alimentación. En cuanto a la escolaridad, la mayoría de los sujetos tenía estudios de secundaria o nivel técnico, y sólo se encontraron 3 sin estudios formales. Once pacientes tenían estudios profesionales, predominando en este caso las controles sobre las pacientes. En cuanto a la ocupación, la mayor parte de los sujetos estudiados se dedicaban a labores domésticas, existiendo una marcada tendencia en el grupo de las controles a tener empleo. Todas las pacientes recibían la encuesta de satisfacción sexual al inicio y al final de la evaluación a ambos grupo de varones y mujeres se aplico la encuesta de Apgar familiar y Graffar

La tabla 2 muestra el grado de satisfacción sexual que tuvieron los grupos al inicio del método anticonceptivo y a los seis meses de la aplicación de dicho método , también se muestra el grado de económico, y el Apgar familiar que mantenían en ese momento.

Se desgloza al continuación

PORCENTAJE DE ESTATUS ECONOMICO POR GRUPO

| ESTATUS SOCIOECONOMICO |     |                     |               |            |          |           |        |
|------------------------|-----|---------------------|---------------|------------|----------|-----------|--------|
|                        |     | SITIO DE APLICACION |               |            |          | Total     |        |
|                        |     | CASOS FEM           | CASOS FEM CON | CASOS MASC | MASC CON |           |        |
| ESTATUS SOCIOECONOMICO | II  | 0                   | 0             | 0          | 3(1)     | 3(1)      |        |
|                        | III | 15 (5)              | 0             | 18 (6)     | 89(29.6) | 122(40.6) |        |
|                        | IV  | 13(4.3)             | 96 (32)       | 12 (4)     | 50(16.6) | 171(57)   |        |
|                        | V   | 0                   | 4 (1.3)       | 0          | 0        | 4(1.3)    |        |
| Total                  |     | 28                  | 100           | 30         | 142      | 300       | P=.000 |

Al aplicar el ISS los 45 pacientes femeninos se parearon para encontrar relación directa entre satisfacción sexual y estado socioeconómico. Las edades de inicio de la vida sexual, inicio y final y estatus socioeconómico como se muestra en la tabla no. 3 encontrando una OR de 3.4 IC (.34-.56)

|      |       | Sexualidad | GRAFFAR | APGAR | UMW |           |       | Sexualidad | Depresión | Autoestima |
|------|-------|------------|---------|-------|-----|-----------|-------|------------|-----------|------------|
| PAC  | Media | 27,3       | 38,6    | 18,3  | 1,6 | Pacientes | Media | 27,3       | 38,3      | 18,5       |
|      | N     | 9          | 9       | 9     | 9   |           | N     | 16         | 16        | 16         |
|      | DE    | 9,0        | 13,2    | 3,8   | 0,5 |           | DE    | 8,6        | 11,0      | 3,8        |
|      | Media | 27,6       | 37,1    | 18,1  | 1,3 | Control   | Media | 35,9       | 33,1      | 18,5       |
| CO   | N     | 6          | 6       | 6     | 6   |           | N     | 25         | 25        | 25         |
|      | DE    | 9,5        | 9,0     | 4,0   | 0,6 |           | DE    | 6,8        | 12,7      | 4,0        |
| T st | 0,013 | 0,590      | 0,731   | 0,65  |     | umw       |       | 0,001      | 0,184     | 0,974      |

La tabla 3 muestra la comparación de las calificaciones según el diagnóstico en el grupo de las pacientes. Al aplicar el cuestionario referente a sexualidad se observó que, en cuanto al aspecto físico, las controles tenían una mejor percepción de éste y disfrutaban más de la actividad sexual que las pacientes. Asimismo, referían sentir un mayor “amor pasional” por su pareja que las pacientes. No hubo diferencias significativas en cuanto al disfrute de la actividad sexual, la excitación, el experimentar orgasmos o la calidad de la pareja como amante entre ambos grupos. Ambos grupos referían dispareunia ocasional, sin embargo el grupo de las pacientes lo atribuía, en la mayoría de los casos, a limitación debida a sequedad vaginal. Asimismo, las pacientes referían que el dolor era más frecuente, y en cuanto a la actividad sexual ambos grupos mostraron resultados similares con una tendencia a una mayor actividad sexual en el grupo de las controles. En ambos grupos, los sujetos alcanzaban el orgasmo muy ocasionalmente. Ambos grupos reportaron ser sexualmente activos. El 99% de los sujetos entrevistados reportaron ser heterosexuales. El grupo control recurría más a las fantasías sexuales que el grupo de

pacientes; sin embargo, los sujetos de ambos grupos rara vez optaban por masturbarse.

En cuanto a los rasgos de insatisfacción sexual, las pacientes sentían una mayor índice de insatisfacción sexual con un OR de 2.4 IC (.34-.76) que las controles pero una menor tendencia al orgasmo o incapacidad de lograrlo. La disminución en el interés sexual debido a la vasectomía era mayor en el grupo de las pacientes. Asimismo, el rendimiento en el trabajo de las pacientes era menor y se fatigaban más. Las pacientes tendían a ser más irritables y a sentirse menos útiles que las controles.....

Al evaluar el estatus socioeconómico no se encontró relación directa entre la satisfacción inicial y final con un OR de 2.5 IC (.56-1.2). Para las familias con APgar familiar dentro de cifras 7 y 8 se encontró relación directa entre satisfacción inicial y final con una  $t$  e student e .45 (p.004)

## Discusión.

En este estudio se analizó la influencia de a los métodos anticonceptivos permanentes en la satisfacción sexual, no se cuenta con literatura un estudio similar, además de buscar la presencia de rasgos de estatus socioeconómico y examinar el Apgar de las familias conformadas de estos pacientes. Nuestros hallazgos muestran que existe una diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) en la satisfacción de la sexualidad de las pacientes en relación con los controles, siendo peor en las primeras e inicialmente y disminuyendo posteriormente en la segunda evaluación hasta en un 4.5 veces menos OR de 3.5 IC (.57-23) Se muestra una relación no directa entre el estatus socioeconómico y el descenso de la satisfacción sexual, así como un Apgar en el grupo de las pacientes, aunque esto no alcanzó significación estadística. Esto posiblemente sea debido a que la mayor parte de las pacientes recibían tratamiento y habían mostrado una respuesta satisfactoria a éste. Las pacientes presentaban menos interés respecto a la actividad sexual, aunque no hubo diferencias en cuanto a lo placentero de la actividad, presentando con menos frecuencia fantasías sexuales, así como una mayor disminución de la libido.

Desde el punto de vista de la insatisfacción sexual de la pacientes control, originada en el caso de ambos grupos , no se observó una diferencia estadística- mente significativa con los sujetos del grupo control. Otro rubro estudiado fue el aspecto socioeconómico, tanto de pacientes como de controles.

Aunque las características de la vivienda fueron similares en ambos casos, el ingreso mensual familiar era sustancialmente menor en el grupo de las pacientes. Blake (9) investigaron la influencia de los métodos anticonceptivos sobre la satisfacción sexual, la actividad y la respuesta del paciente a técnicas de rehabilitación sexual en 169 pacientes y 130 controles. Los pacientes mostraban una mayor pérdida de la satisfacción sexual con el paso del tiempo. Los síntomas articulares y la fatiga afectaron a la sexualidad de los pacientes más que de los controles. En otro estudio <sup>(15)</sup> la mitad de los pacientes con vasectomía perdieron el interés sexual durante la evolución de su enfermedad y el 60% se encontró insatisfecho con la calidad de su vida sexual.

La principal limitación de este trabajo fue que el tamaño de la muestra era pequeño, por lo cual la aplicación de los hallazgos debe tomarse con ciertas consideraciones

**Cronograma de actividades**

| <b>ACTIVIDAD</b>                        | <b>FECHAS</b> |           |                       |                                  |               |               |
|-----------------------------------------|---------------|-----------|-----------------------|----------------------------------|---------------|---------------|
| Presentación<br>protocolo               | Abril<br>2014 |           |                       |                                  |               |               |
| Registro de<br>protocolo                |               | Mayo 2014 |                       |                                  |               |               |
| Recolección<br>de datos<br>basales      |               |           | Julio – Junio<br>2014 |                                  |               |               |
| Recolección<br>de datos,<br>seguimiento |               |           |                       | Diciembre<br>2014/ Enero<br>2015 |               |               |
| Análisis<br>estadístico                 |               |           |                       |                                  | Marzo<br>2015 |               |
| Presentación<br>de<br>resultados        |               |           |                       |                                  |               | Abril<br>2015 |

### **Bibliografía:**

1. Santos-Iglesias P, Sierra J-C. Índice de Satisfacción Sexual (ISS): un estudio sobre su fiabilidad y validez. 2009. 2009 Sep 2;(9):259–73.
2. Alvarez A-GM-. DISEÑO DE UNA ESCALA AUTOAPLICABLE PARA LA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN SEXUAL EN HOMBRES Y MUJERES MEXICANOS [cualitativo y cuantitativo]. [Mexico]; 2005.
3. European Association of Urology guidelines on vasectomy. ELSEVIER. 2012 09;6.
4. Gangrade B. Cryopreservation of testicular and epididymal sperm: techniques and clinical outcomes of assisted conception. Clinics. 2013 Mar 5;68(S1):131–40.
5. Rodríguez JA, Presa-Lorite J. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DEFINITIVOS. Actual Obstet Ginecol 2010.
6. Samiei-Sarir B, Diehm C. Recurrent Ectopic Pregnancy in the Tubal Remnant after Salpingectomy. Case Rep Obstet Gynecol. 2013;2013:1–3.
7. Sánchez-Hernández JA, Rebollo-Ramírez MF, Paulin-Badillo JA. Oclusión tubárica bilateral relacionada a dispareunia. Rev Fac Med UNAM. 2011 Feb 11;54:4–9.
8. Alpiscuetea- Gho. ROL DEL VARON EN LA ANTICONCEPCION. Rev Peru Exp Salud Publica. 2013 Aug 21;480–7.

9. V. S. Family Planning Practices Prior to the Acceptance of Tubectomy: A Study Among Women Attending a Maternity Home in Bangalore, India. J Clin Diagn Res [Internet]. 2013 [cited 2014 Jan 7]; Available from: [http://www.jcdr.net/article\\_fulltext.asp?issn=0973-709x&year=2013&volume=7&issue=8&page=1640&issn=0973-709x&id=3218](http://www.jcdr.net/article_fulltext.asp?issn=0973-709x&year=2013&volume=7&issue=8&page=1640&issn=0973-709x&id=3218)
10. Gomez C-F, Ponce R-E. Nueva propuesta para la interpretación del Apgar Familiar. ATEM FAM. 2010;4:102-6.
11. Bauce G, Cordova M. Cuestionario socioeconómico aplicado a grupos familiares del Distrito Capital para investigaciones relacionadas con la salud pública.
12. Córdoba PJ, Otero FB, Juárez TC, Fuentes VJ, Cortes BM, Moreno I. Técnicas quirúrgicas simplificadas para esterilización reproductiva. Satisfacción de usuarios y médicos. Revista Médica IMSS. 1999; 37(6): 455-63.
13. MsC. Loraine Ledón Llanes,\* Dr. Gustavo L. Acosta Ballester,\*\* Dra. Lizet Castelo Elías-Calle\*\*\*Eyaculación y placer sexual en el varón: una relación compleja y multideterminada, Revista Sexología y Sociedad. 2013; Vol. 19, No. 1
14. Bancroft J. The endocrinology of sexual arousal. J Endocrinol. 2005;186: 411-27.
15. Carmichael MS, Humbert R, Dixen J, Palmisano G, Greenleaf W, Davidson JM. Plasma oxytocin increases in the human sexual response. J Clin Endocrinol Metab. 1987;64: 27-31.
16. Bellon JA, Delgado A, Luna del Castillo JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. Aten Primaria 1996; 18(6): 289-96.
17. Anthony Constant Millán de Lange<sup>1</sup>, María Eugenia D'Aubeterre López<sup>2</sup> Propiedades psicométricas del Maslach Burnout Inventory-GS en una muestra multiocupacional venezolana, Laxage, G., Noguera, G. & Méndez, H. (1986). Investigación sobre la consistencia de las variables utilizadas en el método Graffar modificado. *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría*, 49(1), 105-155.
18. Masters WH, Johnson VE. Orgasmo masculino (eyaculación). En Masters WH, Johnson VE. Respuesta sexual humana. Ciudad de La Habana: Ed. Científico-Técnica; 1989. pp. 189-197.

## **Anexos:**

**Tabla 1 Escala Likert ISS**

| INDICE DE SATISFACCION SEXUAL                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------|
| 3. El sexo es divertido para mi pareja y para mí. _____                            |
| 4. Creo que mi pareja se fija poco en mí salvo por el sexo que le puedo dar. _____ |
| 5. Creo que el sexo es algo sucio y repugnante. _____                              |
| 6. Mi vida sexual es monótona. _____                                               |
| 7. Cuando tenemos sexo, es demasiado apresurado y termina muy rápido. _____        |
| 8. Creo que a mi vida sexual le falta calidad. _____                               |
| 9. Mi pareja es sexualmente muy excitante. _____                                   |
| 10. Disfruto de las técnicas sexuales que le gustan o que utiliza mi pareja. _____ |
| 11. Creo que mi pareja exige demasiado sexo de mi parte. _____                     |
| 12. Creo que el sexo es maravilloso. _____                                         |
| 13. Mi pareja piensa demasiado en el sexo. _____                                   |
| 14. Trato de evitar el contacto sexual con mi pareja. _____                        |
| 15. Mi pareja es muy brusca o torpe cuando tenemos sexo. _____                     |
| 16. Mi pareja es maravillosa sexualmente. _____                                    |
| 17. Creo que el sexo es una función normal de nuestra relación. _____              |
| 18. Mi pareja no quiere tener sexo cuando yo lo deseo. _____                       |
| 19. Creo que nuestra vida sexual realmente agrega mucho a nuestra relación. _____  |

20. Mi pareja parece evitar el contacto sexual conmigo. \_\_\_\_\_
21. Para mí es sencillo excitarme sexualmente con mi pareja. \_\_\_\_\_
22. Creo que a mi pareja la complazco sexualmente. \_\_\_\_\_
23. Mi pareja es muy sensible de mis necesidades y deseos sexuales. \_\_\_\_\_
24. Mi pareja no me satisface sexualmente. \_\_\_\_\_
25. Creo que mi vida sexual es aburrida. \_\_\_\_\_

La escala está integrada por 25 elementos, así su rango potencial varía de 25 a 175.

Presentado las siguiente posibles respuestas: 1) En ningún momentos; 2) Muy raro; 3) En muy poco tiempo; 4) A veces; 5) La mayor parte del tiempo; 6) Casi todo el tiempo; 7) todo el tiempo.

**Tabla 2 ESCALA DE APGAR FAMILIAR**

|                                                                               | Casi nunca | A veces | Casi siempre |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------|---------|--------------|
| ¿Está satisfecho con ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema? |            |         |              |
| ¿Conservan entre ustedes los problemas que tienen en casa?                    |            |         |              |
| ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?                  |            |         |              |
| ¿Está satisfacción con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?         |            |         |              |
| ¿Siente que su familia los quiere?                                            |            |         |              |

Calificación: casi nunca=0; a veces=1; casi siempre=2

**Interpretación:**

| Satisfacción de la Función Familiar | Ordinal |
|-------------------------------------|---------|
| Baja                                | 0-3     |
| Media                               | 4-6     |
| Alta                                | 7-10    |

**Tabla 4 : Ficha de Identificación y seguimiento de Paciente**

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| Nombre de paciente                    |  |
| Edad :                                |  |
| Sexo:                                 |  |
| Fecha del Procedimiento:              |  |
| Tipo de procedimiento:                |  |
| Domicilio:                            |  |
| Teléfono:                             |  |
| Tiempo de haber iniciado la relación: |  |
| Status socioeconómico:                |  |

|                            |  |
|----------------------------|--|
| Nombre pareja de paciente: |  |
| Edad:                      |  |

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| Sexo:                              |  |
| Domicilio:                         |  |
| Tiempo de haber iniciado relación: |  |
| Teléfono:                          |  |