

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACION DE INVESTIGACION Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



**“ASOCIACIÓN DE LA SATISFACCION SEXUAL EN PACIENTES CON
VASECTOMÍA Y SIN VASECTOMÍA DE 20 A 40 AÑOS ADSCRITOS EN LA UMF
93”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 75**

**TESIS
PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA
M.C. HUGO CARMONA BENÍTEZ**

**DIRECTORA DE TESIS
M. EN E. RAÚL AGUILAR ESPEJEL**

REVISORES:

**PH.D.MARIO ENRIQUE ARCEO GUZMAN
E.EN S.P. JAVIER CONTRERAS DUARTE
E. EN M.F. OLIVIA REYES JUAREZ
M. EN ED. RAUL AGUILAR ESPEJEL**

TOLUCA DE LERDO, ESTADO DE MÉXICO. 2021

“Asociación de la satisfacción sexual en pacientes con vasectomía y sin vasectomía de 20 a 40 años adscritos en la UMF 93”

ÍNDICE	PAG.
1.- RESUMEN	5
2.- MARCO TEORICO	7
3.- JUSTIFICACIÓN	20
4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21
5.- OBJETIVOS	22
5.1.- OBJETIVO GENERAL	22
5.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS	22
6.- HIPOTESIS DE TRABAJO	22
7.- MATERIAL Y METODOS	23
7.1.- LUGAR DONDE SE DESARROLLARÁ EL ESTUDIO	23
7.2.- TIEMPO DE REALIZACIÓN DEL ESTUDIO	23
7.3.- DISEÑO	23
7.4.- ÁREA DE ESTUDIO	23
7.5.- FUENTES DE DATOS	23
7.6.- RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	24
7.7.- MEDICIÓN DEL FENÓMENO EN EL TIEMPO	24
7.8.- CONTROL DE LAS VARIABLES	24
7.9.- FIN O PROPÓSITO	24
7.10.- TIPO DE ESTUDIO	24
7.11.- UNIVERSO DE TRABAJO	24
7.12.- TAMAÑO DE LA MUESTRA	25
7.13.- TÉCNICA DE MUESTREO	25
7.14.- CRITERIOS DE SELECCIÓN	25
7.14.1.- CRITERIO DE INCLUSIÓN	25
7.14.2.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	26
7.14.3.- CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	26
7.15.- DEFINICIÓN DE VARIABLES	26
7.16.-TÉCNICA O PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	28
7.16.1.- INSTRUMENTOS	28
7.17.- MÉTODO PARA EL CONTROL Y CALIDAD DE LOS DATOS	28
7.18.- DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO	28
7.19.- PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS	29
8.- ASPECTOS ÉTICOS	30
9.- RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD	38
10.- RESULTADOS	39
11.- DISCUSIÓN	49
12.- CONCLUSIONES	51
13.- RECOMENDACIONES	52
14.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	53
15.- ANEXOS	56

1 RESUMEN

Título: “asociación de la satisfacción sexual en pacientes con vasectomía y sin vasectomía de 20 a 40 años adscritos en la UMF 93”

Antecedentes: la vasectomía es un proceso simple con una alta tasa de éxito (> 99%) y complicaciones mínimas, hoy en día es poco utilizada en todo el mundo, especialmente en países en desarrollo. Se cree que el uso de la vasectomía se desalienta por los temores de castración, pérdida de la función eréctil, pérdida de la libido y factores socioculturales como el riesgo de discapacidad sexual después de la vasectomía y una sensación de degradación.

Objetivo: Asociar el nivel de satisfacción sexual en pacientes de 20 a 40 años de edad con vasectomía y sin vasectomía, adscritos en la UMF 93

Material y Métodos: Estudio observacional, analítico, transversal y prospectivo que se realizó en hombres de 20 a 40 años con y sin vasectomía a quienes se les aplicó el instrumento previo consentimiento informado. Nueva escala de satisfacción sexual (NSSS) para valorar la satisfacción sexual y se aplicó instrumento de recolección de datos para las variables sociodemográficas.

Resultados y Análisis: se tomaron dos grupos de 190 con vasectomía y 190 sin vasectomía. La edad más frecuente en los sujetos con vasectomía fue 36 a 40 años con el 50% del grupo; para los sujetos sin vasectomía fue 26 a 30 años con el 33.2%. El estado civil más frecuente con vasectomía fue casado con 87 sujetos (45.8%), para los pacientes sin vasectomía fue casado con 79 sujetos (41.6%). La enfermedad crónica estuvo ausente en 150 sujetos (78.9%) del grupo de vasectomía y en 161 sujetos (84.7%) del grupo sin vasectomía. Escala de satisfacción sexual más prevalente en los pacientes con vasectomía fue alto con el 64.7% del grupo; para los pacientes sin vasectomía fue medio con el 65.3%.

Conclusión: la vasectomía está asociada a una alta satisfacción sexual estadísticamente significativa.

Palabras claves: satisfacción sexual, vasectomía, método anticonceptivo.

SUMMARY

Title: “association of sexual satisfaction in patients with vasectomy and without vasectomy for 20 to 40 years ascribed to the UMF 93”

Background: Vasectomy is a simple process with a high success rate (> 99%) and minimal complications, nowadays it is rarely used worldwide, especially in developing countries. It is believed that the use of vasectomy is discouraged by fears of castration, loss of erectile function, loss of libido and sociocultural factors such as the risk of sexual disability after vasectomy and a sense of degradation.

Objective: Associate the level of sexual satisfaction in patients 20 to 40 years of age with vasectomy and without vasectomy, ascribed in the UMF 93

Material and Methods: Observational, analytical, cross-sectional and prospective study that was carried out in men aged 20 to 40 years with and without vasectomy to whom the instrument was applied with prior informed consent. New sexual satisfaction scale (NSSS) to assess sexual satisfaction and a data collection instrument for sociodemographic variables was applied.

Results and Analysis: two groups of 190 were taken with vasectomy and 190 without vasectomy. The most frequent age in subjects with vasectomy was 36 to 40 years with 50% of the group; For subjects without vasectomy, it was 26 to 30 years with 33.2%. The most frequent marital status with vasectomy was married with 87 subjects (45.8%), for patients without vasectomy, he was married with 79 subjects (41.6%). Chronic disease was absent in 150 subjects (78.9%) of the vasectomy group and 161 subjects (84.7%) of the group without vasectomy. The most prevalent sexual satisfaction scale in patients with vasectomy was high with 64.7% of the group; For patients without vasectomy, it was medium with 65.3%.

Conclusion: vasectomy is associated with a statistically significant high sexual satisfaction.

Keywords: sexual satisfaction, vasectomy, contraceptive method.

2. MARCO TEÓRICO

En todo el mundo, las mujeres son el principal grupo objetivo para las actividades de planificación familiar. Incluso si hay opciones de anticonceptivos masculinos disponibles, los proveedores de atención médica prestan poca o ninguna consideración a estos procedimientos, incluida la vasectomía. Esta actitud ya no parece aceptable. La comprensión de este nivel de ignorancia hacia el tema dio como resultado actividades orientadas a los hombres para mejorar la participación masculina en la salud reproductiva y la planificación familiar. La evidencia de la literatura también indica que los hombres desempeñan un papel primordial en la toma de decisiones de planificación familiar y en la determinación del tamaño de la familia que una pareja debería tener. ⁽¹⁾

La vasectomía sin bisturí fue desarrollada en 1974 por el doctor Li Shunqiang en el Instituto Chongqing de Investigaciones Científicas en Planificación Familiar, de la provincia de Sichuan, China; posteriormente, la técnica quirúrgica fue introducida en la comunidad médica occidental en 1985 por el doctor Marc Goldstein del Cornell Medical Center-New York Hospital. En México, la vasectomía sin bisturí fue introducida en 1989 en el Instituto Mexicano del Seguro Social; en 1993, la Dirección General de Planificación Familiar (actualmente Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva) de la Secretaría de Salud inició el programa de vasectomía sin bisturí en el primer nivel de atención con cobertura nacional. ⁽²⁾

La vasectomía es una cirugía corta que se realiza principalmente con anestesia local infiltrativa. El cirujano ubica el vaso deferente y procede a abrir las capas del escroto; luego de la disección del conducto deferente procede a ligar, cortar (resección de 1-2 cm de ambos conductos deferentes), cauterizar, utilizar clips y/o interponer fascia, etc. Las diferentes técnicas alcanzan en general una eficacia del 97%, algunas con tasas de fracaso inferiores al 1%. ⁽³⁾

En la actualidad, la vasectomía sin bisturí es una opción más de anticoncepción quirúrgica; si bien por su naturaleza de mínima invasión disminuye el miedo de los varones a la incisión, puede considerarse que aún no constituye un método suficientemente utilizado en nuestro país. Los datos más recientes estimados por la

Organización de las Naciones Unidas (encuesta realizada en 188 países y más de 1,170 millones de mujeres de 15 a 49 años) sobre las tasas de prevalencia globales de uso de métodos anticonceptivos para el año 2011 indican en general que la salpingoclasia se encuentra en primer lugar (18.9% de los casos), seguida del uso del dispositivo intrauterino (14.3%), hormonales orales (8.8%), condón masculino (7.6%), hormonales inyectables (3.5%), coito interrumpido (3.1%), ritmo (2.9%) y, en octavo lugar, vasectomía (2.4%).⁽⁴⁾

Su ejecución debe limitarse a varones mayores de 30 años, con pareja estable y un mínimo de dos hijos, también debe valorarse la presencia de problemas socioeconómicos y de pareja añadidos. Fernández Ortega y cols. Señalan a la paridad satisfecha, los problemas económicos y el estado de salud de la pareja como los principales factores que influyen para que el hombre opte por la vasectomía. Sin embargo, el perfil del comportamiento masculino en programas comunitarios de salud es afectado por el machismo, caracterizado por la actitud agresiva hacia las mujeres, la escasa o nula participación de los varones en las labores del hogar, en la crianza y educación de los hijos y el desinterés en los aspectos relacionados con la planificación familiar, a la que considera una actividad exclusiva de la mujer; asimismo, el alcoholismo, la drogadicción y la delincuencia repercuten en una baja participación.⁽⁵⁾

Realización en el mundo y México

La esterilización en general constituye un tercio de toda la práctica anticonceptiva. Según los datos de la OMS en 2002, mientras 187 millones de mujeres en el mundo se habían realizado la OTB, solo entre 40 y 50 millones de hombres eligieron la vasectomía, lo cual representa el 8% de las parejas en edad reproductiva. De acuerdo a la Organización de las Naciones Unidas (ONU) para el año 2005, 262 millones de parejas en edad fértil habían decidido usar la esterilización como método anticonceptivo. De estas parejas, 225 millones prefirieron la OTB (94.4%) y solo 37 millones (5.6%) optaron por la vasectomía.

Para el caso particular de México, según los resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009, realizada por el Instituto Nacional de Estadística y

Geografía (INEGI) y el Consejo Nacional de Población (CONAPO) efectuada a personas de entre 15 a 49 años, el 50.1% de las personas reportaron el uso de OTB como método preferido, mientras que solo el 3.1% prefirieron la vasectomía. Según datos por lustros del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), para el año 2000 se practicaron 205,518 OTB y solo 22,641 vasectomías; para el 2005 se realizaron 181,527 OTB y 26,309 vasectomías y, para el 2011 se llevaron a cabo 179,738 OTB y 23,549 vasectomías. Para el caso del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), también por lustros, para el año 2000 se practicaron 20,196 OTB y 1,842 vasectomías; para el 2005, se llevaron a cabo 12,045 OTB y 1,749 vasectomías y, para el 2010 se realizaron 10,660 OTB y 1,541 vasectomías. ⁽⁶⁾

Si bien la vasectomía es un proceso simple con una alta tasa de éxito (> 99%) y complicaciones mínimas (como hinchazón y dolor), todavía es poco utilizada en todo el mundo, especialmente en países en desarrollo. Especialmente en las sociedades dominadas por hombres, los aspectos culturales y comunitarios influyen en la capacidad y la disposición de los hombres para utilizar la vasectomía como método anticonceptivo. Se cree que el uso de la vasectomía se desalienta por los temores de castración, pérdida de la función eréctil, pérdida de la libido y factores socioculturales como el riesgo de discapacidad sexual después de la vasectomía y una sensación de degradación. ⁽⁷⁾

Satisfacción sexual

A partir del año 2006, la Organización Mundial de la Salud ha definido el concepto de “salud sexual” en términos de dos principales componentes: por un lado, como un nivel de bienestar general a nivel emocional, mental, físico y social respecto a la forma de vivir y experimentar la propia sexualidad. Por otro lado, en relación a mantener prácticas sexuales seguras, que permitan a los individuos vivir su sexualidad en ausencia de potenciales problemas físicos, enfermedades o disfunciones de índole sexual. ⁽⁸⁾

La satisfacción sexual se considera un componente importante de la salud sexual, un derecho sexual y un resultado del bienestar sexual. Dentro del campo de la

investigación de parejas, varios autores han enfatizado la interacción entre la sexualidad, la comunicación y el conflicto dentro de la pareja. Los problemas sexuales no solo pueden reflejar dificultades con la administración del poder, la comunicación y los conflictos dentro de la pareja, sino que también están fuertemente relacionados con la insatisfacción de las relaciones. En este campo de investigación, la satisfacción sexual es una dimensión central en el estudio de la calidad de la relación, clasificado como el “barómetro para la calidad de una relación”.⁽⁹⁾

Factores asociados a realización de vasectomía

En varios países latinoamericanos, incluido México, el perfil del hombre "típico" que se ha sometido a una vasectomía es el siguiente: más de 30 años, tiene tres o menos hijos, vive en un área urbana, ha utilizado otros métodos anticonceptivos antes de elegir la vasectomía, y tiene un nivel educativo más alto que el promedio nacional. Algunos investigadores han explorado la relación entre la elección de la vasectomía como método anticonceptivo con la educación de un hombre o el nivel de ingresos, y los resultados difieren entre los diversos estudios. En los Estados Unidos, se ha informado que la vasectomía es casi seis veces más común en hombres graduados de la universidad o que tienen educación superior que en aquellos que no han terminado la escuela secundaria. Sin embargo, otros autores informaron que el nivel de educación no predecía la utilización de la vasectomía en el mismo país; sin embargo, sugirieron que sus hallazgos podrían explicarse porque la mayoría de los hombres estudiados tenían niveles educativos más bajos y los datos pueden haber tenido poca potencia para detectar una diferencia.⁽¹⁰⁾

Algunos autores han planteado la hipótesis de que las diferencias raciales / étnicas en la prevalencia de la vasectomía pueden deberse a factores culturales, como las percepciones de que la masculinidad está estrechamente relacionada con la capacidad de engendrar hijos y el temor de perder el respeto en la red social de uno. Sin embargo, muy pocos estudios han evaluado directamente estos problemas entre los hombres latinos, y un estudio encontró poco apoyo para la hipótesis de que la falta de interés en la vasectomía entre los hombres latinos se debía a las

preocupaciones sobre la masculinidad y la impotencia. De hecho, en los países latinoamericanos como México y Guatemala, donde se podría esperar una resistencia generalizada a la vasectomía debido a las denominadas normas de género machista que rodean la sexualidad y la responsabilidad anticonceptiva, los hombres con mayores niveles de educación tienen más probabilidades de usar la vasectomía que los menos educados, al igual que en los Estados Unidos. Varios estudios sobre hombres vasectomizados en clínicas mexicanas informaron que el promedio de años de educación de los participantes osciló entre 11.6 y 13.4 considerablemente más alto que el promedio nacional masculino de 8.8 años. Además, ha habido aumentos notables en el uso de la vasectomía en estos países luego de las campañas en los medios y la expansión de los servicios clínicos. ⁽¹¹⁾

Percepción de la vasectomía

Los hombres que aceptan la vasectomía reconocen algunos aspectos positivos, como son: el aumento de la actividad sexual debido a que no hay riesgo de un embarazo no deseado, el hecho de que las mujeres no tengan que usar anticonceptivos, y que la vasectomía es una manifestación de compromiso de los hombres que tradicionalmente habían tenido un papel pasivo en la planificación familiar. Por otro lado, muchas personas que no aceptan la vasectomía piensan que los procedimientos de esterilización son cosa de mujeres, pues la anticoncepción es responsabilidad exclusivamente de ellas. Por otra parte, la falta de información y los mitos que se han creado en torno a la vasectomía también contribuyen a la renuencia de muchas personas para aceptarla. A diferencia de lo que ocurre con la obliteración tubárica bilateral, existen diversos mitos sobre la vasectomía que van desde los relacionados con el procedimiento en sí, hasta los referentes a las consecuencias adversas asociadas con la sexualidad y la virilidad. ⁽¹²⁾

Shattuck et al. recalca que el ochenta por ciento de los pacientes y el 82% de las esposas tenían una impresión "positiva" o "muy positiva" de la vasectomía como método de planificación familiar cuando se enteraron del procedimiento, y el 66% de los hombres y el 73% de las mujeres tenían la intención de obtener (o hacer que sus esposos obtengan una vasectomía después de conocer el método). Los

mensajes que los clientes mencionaron como más destacados fueron los siguientes: (a) los hombres aún disfrutarán del sexo posvasectomía (clientes 78%, esposas 70%), (b) la vasectomía es permanente (clientes 75%, esposas 78%) y (c) La vasectomía tiene pocos efectos secundarios (clientes 68%, esposas 60%). Otros mensajes que fueron importantes para los participantes fueron los siguientes: (d) la vasectomía es de bajo riesgo, (e) la vasectomía no es muy dolorosa y (f) la vasectomía tiene un tiempo de recuperación corto. ⁽¹³⁾

Comportamientos sexuales

La teoría del script sexual postula que, de manera similar a la mayoría de los demás comportamientos sociales, los comportamientos sexuales son guiados por guiones. La teoría además propone que (1) lo que se considera sexual dependerá de la cultura de una sola persona; (2) los guiones sexuales, que están determinados socialmente, tienen una mayor influencia en el comportamiento sexual que los factores biológicos; (3) las personas aprenden guiones sexuales adecuados a sus culturas a lo largo de sus vidas, y (4) las personas no pueden hacer exactamente lo que dictan sus guiones culturales, sino que hacen pequeños cambios en el guión cultural para que satisfaga mejor sus necesidades. Específicamente, Simon y Gagnon argumentaron que los individuos modifican los guiones culturales para garantizar que su comportamiento sexual les brinde placer y se sienten competentes para desempeñar sus roles en los guiones. ⁽¹⁴⁾

Satisfacción sexual

La satisfacción sexual es “una respuesta afectiva que surge de la evaluación subjetiva de las dimensiones positivas y negativas asociadas con la relación sexual”. Existe un grado de variabilidad sobre qué aspectos de la conducta sexual se considera que tienen un impacto en la calidad sexual, y varias teorías han argumentado sobre diferentes fuerzas impulsoras detrás de la actividad sexual. Estas incluyen teorías biológicas o evolutivas, teoría de la interacción simbólica, teoría del guión y teoría del intercambio social. La teoría del intercambio social captura mejor la naturaleza individualista hacia la cual se ha movido la sociedad

occidental. Rusbult sugiere que aunque las parejas son de naturaleza hedonista (es decir, autoindulgente), saben que "dar" para "obtener". A la luz de las relaciones sexuales, este proceso de intercambio se presenta en forma de recompensas (es decir, placer, atención) y costos (es decir, tiempo, esfuerzo), donde los cónyuges buscan maximizar sus recompensas al tiempo que minimizan sus inversiones y costos. La satisfacción sexual se logra cuando sus ganancias (recompensas menos costos) superan sus expectativas sobre lo que merecen recibir, o cuando la proporción percibida de recompensas a costos es igual para ambas partes, y / o cuando sienten que son tratados de manera justa (p. ej., independientemente de si existen diferentes niveles de recompensas sexuales, la relación en general aún puede percibirse como justa). ⁽¹⁵⁾

La satisfacción sexual se ha conceptualizado principalmente en un contexto interpersonal, y todavía hay pocos marcos teóricos para los factores que contribuyen a explicar la variabilidad de la satisfacción sexual a nivel individual. Es concebible que tanto el deseo sexual como la actividad sexual estén relacionados con el nivel de satisfacción sexual. Por ejemplo, Santtila et al. conceptualizaron la satisfacción sexual en el sentido de que no hay discrepancia entre el deseo sexual y la actividad sexual, lo que sugiere que uno puede tener un deseo sexual bajo y todavía estar satisfecho sexualmente, si la actividad sexual está de acuerdo con lo que uno espera y desea. Sin embargo, también es posible que la relación entre la satisfacción sexual, el deseo sexual y la actividad sexual dependa de un tipo particular de funcionamiento psicológico. De hecho, la satisfacción sexual puede depender de la capacidad de sentir el deseo sexual y de cumplirlo (a través de la actividad sexual) de una manera que sea apropiada y que conduzca a consecuencias positivas a largo plazo. ⁽¹⁶⁾

Componentes de la satisfacción sexual

En los inicios del estudio de la satisfacción sexual, la mayoría de estudios sobre el tema se concentraron en la relación que existe entre el grado de satisfacción sexual y el funcionamiento sexual físico. No obstante, estudios recientes sobre el tema han comenzado a incluir una serie de variables afectivas, relacionales y psicosociales,

como el amor, las sensaciones post-relaciones sexuales, la comunicación con la pareja o la iniciativa para tener relaciones sexuales, demostrando que la satisfacción sexual está relacionada con conductas y características emocionales e incluso socio demográficas de la pareja, por ejemplo, en su diseño de una escala auto aplicable para la evaluación de la satisfacción sexual, describen que el grado de satisfacción sexual y el nivel de escolaridad presentan una correlación directa, es así que cuanto más elevado sea el nivel de escolaridad del individuo mayor será su nivel de satisfacción sexual, dado que los individuos con mayor nivel educativo cuentan con un mayor acceso a la información y presentan una concepción de su sexualidad más integral, abierta y libre de prejuicios. Bozon, por su parte, en su estudio sobre sexualidad y género, afirma que variables relacionales y psicológicas como la exclusividad sexual, años de relación en pareja y autoconcepto de los miembros de la pareja se relaciona con un mayor o menor nivel de satisfacción sexual. ⁽¹⁷⁾

Se ha considerado que la satisfacción sexual implica tres factores: respuesta al deseo sexual, percepción de la satisfacción e interacción social. La dimensión respuesta al deseo sexual está referida a prácticas como caricias, besos, penetraciones, felación, exhibicionismo y voyeurismo. Estas se relacionan con la satisfacción en función de la frecuencia de su realización y de qué tanto las mismas permiten alcanzar el orgasmo, el uso de materiales sexuales, la variación de posiciones y el bienestar emocional. La dimensión percepción, es el significado que las personas le otorgan a la satisfacción sexual, dependiendo de sus experiencias vividas, considerando eso la satisfacción sexual involucra una evaluación de la actitud de comportamiento que resulta de determinadas conductas sexuales propias de la pareja, en esta evaluación se toma en cuenta, si las mujeres se consideran amadas, si existe la presencia de afecto, cariño y ternura en ambos sexos. Además, si hay la preocupación focalizada en sus órganos sexuales (penetración), como también si existe la preocupación de un embarazo no deseado. El tercer factor es la interacción social, es el comportamiento que influencia una persona a otra; dentro de una relación de pareja, es evidente mediante la expresión verbal y no verbal de la conducta, a partir de ello es clara la confianza, la calidad de tiempo junto como pareja, el buen comportamiento y la comunicación verbal directa. ⁽¹⁸⁾

Cambios en la satisfacción sexual en la pareja

Yeh et al. Estudió muestras de parejas en matrimonios relativamente establecidos. De hecho, la duración promedio de los matrimonios examinados en ese estudio fue de 30 años. Dado que los primeros años de matrimonio están marcados por rápidos descensos en la frecuencia sexual, estudiar nuevas relaciones puede brindar la mejor oportunidad para explicar los cambios en la satisfacción sexual. ⁽¹⁹⁾

Factores asociados con la satisfacción sexual

La satisfacción sexual es un componente relevante de la sexualidad humana que se considera la última etapa del ciclo de respuesta sexual y un derecho sexual. También es un factor clave en la calidad de vida general de las personas. Por ejemplo, mejor estado de salud física y psicológica y bienestar general y calidad de vida se han asociado con alta satisfacción sexual. De manera similar, se han encontrado aspectos, como la alta satisfacción en la relación, la comunicación con la pareja y la asertividad sexual relacionados con una mayor satisfacción sexual. Algunos estudios han encontrado una relación entre el buen funcionamiento sexual y la alta satisfacción sexual. Otras variables, como el apoyo social, las buenas relaciones con los niños y la familia y el estatus socioeconómico más alto también se han asociado con altos niveles de satisfacción sexual. La religiosidad también se ha tenido en cuenta para explicar la satisfacción sexual: la baja creencia religiosa se ha asociado con una mayor satisfacción sexual. ⁽²⁰⁾

Diversos autores señalan que el concepto de satisfacción sexual tiene múltiples significados y dimensiones, entre los cuales se encuentran: el cumplimiento de un deseo erótico, sosegar un sentimiento, sentirse complacido y amado; en las parejas con el paso de los años disminuye la frecuencia de los encuentros sexuales, sin embargo, aumenta la sensación de satisfacción en cada encuentro; para Blasco incluye un ensayo de juegos, caricias y contacto con el cuerpo que permite conocer los mecanismos íntimos del placer de cada individuo. Para Reyes, Díaz y Rivera, la sexualidad abarca diversos agentes tales como: seducción, placer, pasión, estimulación, cariño, etcétera. Para poder explicarla, sin embargo, también es

ineludible hablar del tema que se da en el acto sexual de la pareja, es decir, lo que produce satisfacción antes, durante y después de las relaciones sexuales, y los factores que influyen en ello. ⁽²¹⁾

Instrumentos de evaluación de la satisfacción sexual

La satisfacción sexual es un ámbito en el que aún hay mucho por investigar. Algunos de los instrumentos utilizados en su evaluación han sido el Índice de Satisfacción Sexual (ISS), el Global Measure of Sexual Satisfaction (GMSEX) y el New Sexual Satisfaction Scale (NSSS). Esta última, creada por Stulhofer et al. en 2010, con una versión en español desde el año 2013, fue diseñada para medir la satisfacción sexual personal independiente del género, orientación sexual o estatus de relación de pareja y no está asociado a muestras clínicas, lo que permite aplicarla en cualquier población. Además, es un instrumento bidimensional que evalúa tanto la dimensión personal como la dimensión interpersonal y de comportamiento, basándose en un modelo teórico complejo y fundamentado en la historia de investigación al respecto. Según la revisión sistemática de Sánchez –Fuentes, es uno de los pocos instrumentos, de los más de 40 revisados, que está basado en un modelo teórico y que incluye la dimensión interpersonal. ⁽²²⁾

El Índice de Satisfacción Sexual (ISS) de Hudson y sus colegas fue desarrollado para medir el grado de insatisfacción sexual en una relación y monitorear y evaluar el progreso en el tratamiento de problemas de satisfacción sexual. El ISS es una medida de 25 elementos con una opción de respuesta tipo Likert de 7 puntos donde 1 = Nada del tiempo y 7 = Todo el tiempo. En esta escala, 12 de los elementos están redactados de manera positiva y 13 elementos están redactados de manera negativa, con puntuación inversa según sea necesario. La escala está normalmente codificada de modo que las puntuaciones más altas son indicativas de una menor satisfacción sexual. El ISS se desarrolló como una medida global de la satisfacción sexual para su uso en entornos clínicos y de investigación en base a un conjunto de 25 quejas comunes proporcionadas por los clientes cuando se habla de insatisfacción sexual. Los ítems se crearon de manera tal que 19 ítems reflejaron directamente algún aspecto de la calidad de la relación sexual y los otros 6 ítems

reflejaron consecuencias o factores predictivos de la calidad sexual en la relación, con un criterio de predicción que se superpone como un componente consciente aparentemente de su desarrollo. ⁽²³⁾

El Cuestionario del Modelo de Intercambio Interpersonal de Satisfacción Sexual (IEMSSQ) proporciona medidas de la satisfacción sexual global, la satisfacción global de la relación y los componentes del IEMSS (Cuestionario de intercambios). También incluye una Lista de verificación de Recompensas / Costos que se puede usar para evaluar intercambios sexuales específicos (por ejemplo, sexo oral, grado de intimidad emocional) que se pueden experimentar como recompensas sexuales y / o costos sexuales en la relación. El IEMSSQ tiene tres fortalezas principales que se relacionan directamente con críticas pasadas. Primero, se basa en un marco teórico que se ha demostrado que explica la satisfacción sexual dentro de las relaciones en países tan diversos como Canadá y China, y con parejas de novios y parejas a largo plazo. Por lo tanto, se puede utilizar para comprender los mecanismos que conducen a una mayor o menor satisfacción sexual en diferentes poblaciones. En segundo lugar, las medidas utilizadas para probar el IEMSS no incluyen elementos que son en realidad predictores de satisfacción sexual (por ejemplo, frecuencia de la actividad sexual, consistencia del orgasmo), superando una debilidad metodológica encontrada en otros instrumentos (es decir, superposición de criterios de predicción). Tercero, la versión en inglés del IEMSSQ tiene buenas propiedades psicométricas. ⁽²⁴⁾

Vasectomía y satisfacción sexual

Los efectos de la vasectomía en la vida sexual, la mentalidad de los pacientes y sus parejas femeninas ya se han descrito en algunos estudios. Una preocupación que a menudo se expresa en la consulta preoperatoria es la cuestión de una posible influencia negativa de la vasectomía en la sexualidad. Basados en los resultados obtenidos por Engl et al., se puede demostrar que la satisfacción sexual de las parejas femeninas no se ve afectada negativamente por la esterilización del hombre y la satisfacción del hombre operado incluso se mejora. Por lo tanto, la vasectomía de los hombres no parece influir negativamente en la vida sexual de sus parejas

femeninas. La razón para el desarrollo positivo de la satisfacción sexual masculina es presumiblemente la ausencia de ansiedad por embarazos no deseados. ⁽²⁵⁾

Si bien los hombres temen perder la potencia sexual después de la vasectomía, la mayoría de los estudios no muestran un impacto negativo. Un estudio brasileño estudió prospectivamente a 64 hombres que se sometieron a una vasectomía mediante la encuesta del Índice Internacional de la Función Eréctil, encontrando una leve mejoría en la puntuación del Índice Internacional de la Función Eréctil después de la vasectomía. Además, un gran estudio poblacional de 3,390 hombres australianos demostró que la vasectomía no se asoció con ningún problema sexual específico, y que una proporción similar de hombres vasectomizados y no vasectomizados estaban extremadamente satisfechos sexualmente (33.7% vs. 33.0%, respectivamente).

El aumento en la frecuencia sexual en hombres vasectomizados es un hallazgo intrigante. Un estudio previo que examinó la respuesta psicológica masculina a la vasectomía sugirió dos respuestas principales: una disminución de la ansiedad en el embarazo no planificado y un deseo de compensar la "demasculinización" percibida del procedimiento de vasectomía. Ambos se han propuesto para llevar a un aumento de la actividad sexual. De hecho, Bertero y sus colegas encontraron un aumento en los dominios del Índice Internacional de la Función Eréctil de deseo sexual y satisfacción sexual para los hombres después de la vasectomía. Si bien estos estudios implican una relación causal, una explicación alternativa también podría ser que los hombres que practican la vasectomía representan un subconjunto más activo de hombres desde el principio, y continúan siendo sexualmente activos después de la vasectomía. ⁽²⁶⁾

La mayoría de las encuestas después de la vasectomía mostraron que el deseo sexual y los niveles de satisfacción se mantuvieron en el mismo nivel o incluso mayores (sin el riesgo de embarazo), y en general, la mayoría de los hombres están satisfechos con su decisión de realizarse una vasectomía. En algunos estudios, en general se informó que aproximadamente el 90% de los hombres encuestados estaban satisfechos de haberse hecho una vasectomía, mientras que entre el 7% y el 10% de los hombres lamentaron sus decisiones. Vale la pena mencionar que la

tasa de fracaso de esta técnica ha sido inferior al 1% en la mayoría de las operaciones informadas. ⁽²⁷⁾

Los resultados de Mohamad et al. confirman que la vasectomía tiene efectos neutros sobre la función sexual del hombre. Curiosamente, la vasectomía tuvo efectos favorables de la función sexual de las parejas femeninas de estos hombres. Los mecanismos subyacentes a estos efectos favorables son, probablemente, la desaparición de la carga reproductiva y el temor a embarazos no deseados. A partir de entonces, las parejas femeninas pueden tener un enfoque más relajado de la actividad sexual. ⁽²⁸⁾

3. JUSTIFICACIÓN

Era necesario que se realizara un estudio donde se asociara la satisfacción sexual en pacientes de un mismo grupo de edad con y sin vasectomía, que permitiera valorar la relación que existe entre la vasectomía y la satisfacción sexual. En México y en el Instituto Mexicano del Seguro Social la vasectomía es menos utilizada que la OTB, debido a los antecedentes que existen en relación a la poca elección de este método por creencias relacionadas entorno a la índole sexual, en las que se encuentre la disminución de la satisfacción sexual. Se obtuvo mayor información respecto a este tema, que permite informar a los usuarios que tengan paridad satisfecha o busquen un método anticonceptivo definitivo. Lo que permite aumentar el uso de este método siendo beneficiados los mismo usuarios, el instituto mexicano del seguro social bajando el costos en los métodos anticonceptivos definitivos. El médico familiar promueve la planificación familiar en su práctica médica orientando a los usuarios al uso de métodos anticonceptivos para cada edad, la información sirve para promover el uso de la vasectomía, se dará seguimiento en consulta familiar a los usuarios que requieran mayor atención respecto a su situación satisfacción sexual. Debido a que la insatisfacción sexual en la pareja puede ocasionar una alteración en la dinámica familiar es para el médico familiar de importancia saber sobre este tema.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Entre los métodos anticonceptivos definitivos encontramos a la vasectomía, es un método que es usado en los países desarrollados, debido a que es económico comparado a los otros métodos, así como más seguro, más sencillo y menos invasivo. Sin embargo, en los países en desarrollo es más usada la oclusión tubárica bilateral, en un promedio de 10 veces más usada respecto a la vasectomía. Y respecto a México la oclusión tubárica bilateral es 15 veces más usada que la vasectomía. Según datos por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), para el 2011 se llevaron a cabo 179,738 OTB y 23,549 vasectomías. Lo anterior demuestra que en México la vasectomía no es aceptada esto se debe a ciertas creencias como son: temor al procedimiento quirúrgico, causa de cáncer, cambios en la personalidad, acumulación de semen con efectos negativos, disminución o pérdida de libido, insatisfacción sexual, disminución del potencial sexual, algunos hombres piensan que posterior a la vasectomía no van a tener nunca más relaciones con una mujer y algunas mujeres que creen que un hombre con vasectomía van a ser débiles e incapaces de satisfacer a una mujer.

Se realizó un estudio que recabó información sobre la satisfacción sexual y su asociación en dos grupos de la misma edad, con vasectomía y sin vasectomía, aportando este conocimiento para incrementar el uso de este método, así como aclara las dudas que existen en torno a este tema.

Existe muy poca información relacionada a este método anticonceptivo. Aunque se realizan campañas de vasectomía en las unidades de medicina familiar, aún continúa siendo más frecuente el uso de la OTB.

Por lo anterior surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la asociación de satisfacción sexual en pacientes de 20 a 40 años de edad con vasectomía y sin vasectomía, adscritos en la UMF 93?

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general:

Asociar el nivel de satisfacción sexual en pacientes de 20 a 40 años de edad con vasectomía y sin vasectomía, adscritos en la UMF 93

5.2 Objetivos específicos:

Describir las características sociodemográficas (edad, escolaridad, estado civil, ocupación) en los pacientes con y sin vasectomía de 20 a 40 años.

Identificar qué nivel de satisfacción sexual predomina en los pacientes de 20 a 40 años con vasectomía.

Identificar qué nivel de satisfacción sexual predomina en los pacientes de 20 a 40 años sin vasectomía.

Identificar complicaciones y/o efectos secundarios que modifican el nivel de satisfacción sexual en pacientes con vasectomía.

6 HIPÓTESIS DE TRABAJO:

“Existe alta satisfacción sexual en pacientes de 20 a 40 años de edad con vasectomía y sin vasectomía”

7. MATERIAL Y MÉTODOS

7.1 LUGAR DONDE SE REALIZO EL ESTUDIO

El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar 93, perteneciente a la Delegación Estado de México Oriente del IMSS ubicada en vía Morelos Km. 16.5, Jardines de Casa Nueva, Ecatepec Estado de México. La unidad otorga servicios de primer nivel de atención, con 34 consultorios de medicina familiar, consulta por estomatología en 2 consultorios, consultas de ortopedia, nutrición, medicina del trabajo, consultorio de planificación familiar y servicio de laboratorio clínico.

7.2 TIEMPO DE REALIZACIÓN DEL ESTUDIO

El presente estudio se realizó en el periodo abril a julio 2019 en la Unidad de Medicina Familiar 93, perteneciente a la Delegación Estado de México Oriente del IMSS.

7.3 DISEÑO

Por el propósito del estudio: es un estudio analítico o de asociación de variables.

Por la direccionalidad: es un estudio transversal.

Por la temporalidad: es un estudio prospectivo.

Por la participación del investigador: es un estudio observacional.

7.4 ÁREA DE ESTUDIO

EPIDEMIOLOGÍA: Tiene por objeto a la población, y estudia la frecuencia, distribución y determinantes de las necesidades de salud de la población, sus comparaciones e impacto en la salud pública, así como la calidad, y costos que las acciones y recursos de los sistemas sanitarios tienen sobre la salud de la población.

7.5 FUENTES DE DATOS

SECUNDARIA: Implica información que ya ha sido recopilada y registrada por otra persona diferente al analista, para un propósito que no está relacionado con el problema de análisis actual. Es una forma de datos fácilmente disponibles recogidos

de diversas fuentes como censos, publicaciones gubernamentales, registros internos de la organización, informes, libros, artículos de revistas, sitios web, etc.

7.6 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

TRANSVERSAL: No se hizo seguimiento, las variables de resultados son medidas una sola vez.

7.7 MEDICIÓN DEL FENÓMENO EN EL TIEMPO

PROSPECTIVO: Se define previamente y con precisión la forma de recolección de datos, se planea a futuro. La información se recolectó en cuestionarios diseñados exprofeso.

7.8 CONTROL DE LAS VARIABLES

OBSERVACIONAL: Se presencian los fenómenos sin modificar intencionalmente las variables, es decir no existe manipulación de las variables.

7.9 FIN O PROPÓSITO

COMPARATIVO: Establece comparaciones entre las variables, de diferencias. Se midieron las diferencias de las variables en estudio a través del estadístico de prueba chi cuadrado en una tabla la tetracórica para encontrar el valor de probabilidad y tomar decisiones de rechazar o aceptar la hipótesis de trabajo o nula.

7.10 TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio comparativo de variables en donde se identificó las diferencias o no diferencias tal como se establece en el apartado de las hipótesis de estudio y nula.

7.11 UNIVERSO DE TRABAJO

Se trata de una población de 37,337 usuarios entre 20 a 40 años de edad

7.12 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Tamaño muestral para una proporción en una población finita o conocida

Tamaño de la población	N	37337
Error Alfa	A	0.05
Nivel de Confianza	1- α	0.95
Z de (1- α)	Z (1- α)	1.96
Prevalencia de la Enfermedad	P	0.50
Complemento de p	Q	0.50
Precisión	D	0.09

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

Tamaño de la muestra **380**

7.13 TÉCNICA DE MUESTREO

Muestreo no probabilístico a conveniencia. El investigador responsable seleccionó mediante muestreo no probabilístico a conveniencia a los sujetos en estudio que cumplieron con los criterios de inclusión. Se abordó a los derechohabientes cuando acudieron a su consulta médica familiar y se prosiguió a la identificación y presentación del encuestador y se informó quien es el responsable de la investigación y se les solicitó participar en el estudio, mediante un consentimiento informado.

7.14 CRITERIOS DE SELECCIÓN

7.14.1 CRITERIO DE INCLUSIÓN

Ser paciente con adscripción a la UMF 93.

Hombres de 20 a 40 años.

Firmar un consentimiento informado en el que autoriza su participación voluntaria.

7.14.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes con alguna patología crónica-degenerativa como insuficiencia renal o hepática, neoplasia o usuarios de medicamentos a base de antidepresivos y/o ansiolíticos.

7.14.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

No responder al 100% los instrumentos.

7.15 DEFINICIÓN DE VARIABLES

Definición de variables.

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala de Medición	Unidades de medición
Dependiente Satisfacción sexual	La sexualidad constituye una función básica del ser humano que implica factores fisiológicos, emocionales y cognitivos, y que guarda una estrecha relación con el estado de salud y con la calidad de vida del individuo (Arrington, Cofrancesco y Wu, 2004; Frohlich y Meston, 2002; McCabe y Cummins, 1998; Taleporos y McCabe, 2002; Ventegodt, 1998).	La satisfacción sexual se medirá con la nueva escala de satisfacción sexual que consta de 20 ítems 1 nada satisfecho. 2 poco satisfecho 3 satisfecho 4 muy satisfecho 5 extremadamente satisfecho	Cualitativa	Nominal	<29 nula 29-59 bajo 60-69 medio 70-79 alto 80-98 muy alto
Independiente: vasectomía	Vasectomía es un método quirúrgico anticonceptivo permanente que se realiza al hombre, consiste	Consiste en realizar una herida quirúrgica, ligar, cortar o cauterizar los conductos deferentes para	Cualitativa	Nominal dicotómica	Si tiene vasectomía No tiene vasectomía

VARIABLE Socio demográfica	<p>en impedir el paso de los espermatozoides a través de los conductos deferentes. Puede ser realizada "sin bisturí" (técnica de Li) o "con bisturí" (técnica tradicional) ya sea por medio de una punción o una incisión.</p> <p>Definición Conceptual</p> <p>Período de vida en años desde el nacimiento al momento del Estudio.</p>	<p>impedir el paso de los espermatozoides</p> <p>Definición Operacional</p> <p>Número de años Cumplidos al momento del estudio.</p>	<p>Tipo de variable</p> <p>Cuantitativa</p>	<p>Escala de Medición</p> <p>Discreta</p>	<p>Unidad de Medición</p> <p>Años</p>
Escolaridad	Nivel alcanzado al momento del estudio	Grado académico alcanzado por el paciente al momento del estudio	Cualitativa	Ordinal	1.- analfabeta 2.- primaria 3.- secundaria 4.- bachillerato 5.- técnico 6.- licenciatura 7.- posgrado.
Estado Civil	Es la situación de las personas determinadas por su relación conyugal emitidos por la sociedad y o/ registro civil	Respuesta otorgada de la paciente en relación a su estado conyugal (social y / o civil al momento del estudio	Cualitativa	Nominal	1.- casada 2.- unión libre 3.- soltera. 4.- viuda 5.- divorciada
Ocupación	Actividad económica que desempeña en la sociedad	Actividad desempeñada en la sociedad por el paciente	Cualitativo	Nominal	1.-Ama de casa 2.-Empleada 3.- Profesionista

		Al momento del estudio.			4.- Estudiante
--	--	-------------------------	--	--	-------------------

7.16 TÉCNICA O PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

7.16.1 INSTRUMENTOS

Se aplicó la nueva escala de satisfacción sexual NSSS, cuenta con una fiabilidad de consistencia interna (alfa de Cronbach) para evaluarla consistencia de los 20 ítems del cuestionario, valor de muy buena fiabilidad ($\alpha=0.93$).

Escala de respuesta de 5 puntos: 1 nada satisfecho, 2 poco satisfecho, 3 satisfecho, 4 muy satisfecho, 5 extremadamente satisfecho. Entre 29 a 59 nivel bajo, de 60 a 69 nivel medio, 70 a 79 nivel alto, 80 a 98 nivel muy alto

7.17 MÉTODO PARA EL CONTROL Y CALIDAD DE LOS DATOS

Se utilizó el método de homogenización que consiste en obtener un banco de datos preliminar computarizados que contendrán de forma separada, toda la información original de los cuestionarios. Posteriormente esta información se estableció en una sola, a partir de la cual se realizaron las depuraciones y recategorizaciones. Para estos fines se utilizaron también las células de entrevistas, las instrucciones para la recolección de datos y los listados de las variables y sus categorías. Una vez que se homogenizaron los datos se obtuvo el banco de datos definitivo con la información requerida para satisfacer los objetivos de este trabajo.

7.18 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Previa autorización por el comité local de investigación y el comité de ética se realizó el proyecto de investigación en pacientes adscritos a la Unidad Medicina Familiar N° 93 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Ecatepec, Estado de México, en el periodo 2019. En pacientes de 20 a 40 años con una muestra de 381 sujetos, de los diferentes consultorios asignados al azar tanto del turno matutino como del

vespertino que estén esperando consulta. El día de la aplicación de los instrumentos se inició con la identificación y presentación del investigador, se informó quien es el responsable de la investigación. Posteriormente se solicitó a los participantes de manera amable y respetuosa participar en el estudio de investigación mediante un consentimiento informado, se detalló el objetivo y los beneficios que se obtendrán, así también se aclaró que el presente estudio presenta un riesgo mínimo ya que podría genera incomodidad en algunas preguntas. De igual forma se les especificó que sus datos personales fueron codificados y protegidos de tal manera que solo pueden ser identificados por los Investigadores de este estudio. En caso de presentaciones o publicaciones que se deriven de este estudio, no se identifica al participante y siempre se mantendrá la confidencialidad de la información. Prosiguiendo a la firma de aceptación de la participación en este estudio si el paciente así lo desea, se proporcionó el material que consta de una ficha de identificación con la cual se obtuvieron las variables sociodemográficas: escolaridad, edad, estado civil, la ocupación.

7.19 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

Una vez obtenida la información de las encuestas aplicadas a los pacientes, se clasificó y tabuló con elaboración de cuadros y gráficas a través del programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

Estadística descriptiva: se llevó a cabo mediante el cálculo de frecuencias simples y porcentajes para variables cuantitativas y cualitativas; para variables cuantitativas se realizó el cálculo de medidas de tendencia central y dispersión

Se midió la asociación de las variables de tipo cualitativo, se realizó una estandarización de los datos usando la prueba de hipótesis estadística es Chi cuadrada para la comparación de variables cualitativas nominales.

8. ASPECTOS ÉTICOS

Antecedentes del marco ético e importancia de la ética de la investigación

La ética de la investigación, como una de las ramas de la Bioética, surge en respuesta a la necesidad de proteger a las personas que participan en el desarrollo de la ciencia como sujetos en investigación. Fueron numerosos los casos de mala praxis científica que se presentaron a largo del siglo XX, ejemplo de esto son: 1. Estudio Tuskegee (1932-1972): Patrocinado por el departamento de Salud de los EE.UU. Investigó los efectos de la sífilis no tratada en 400 hombres afroamericanos. Los investigadores no proporcionaron el tratamiento de la sífilis. Los sujetos no fueron informados de que formaban parte de un estudio experimental; 2. Experimento Willowbrook (1956-1980): Se realizaron experimentos de hepatitis en niños mentalmente discapacitados en la escuela Willowbrook. Infectaron intencionalmente a los participantes y observaron su progresión natural.

Los experimentos fueron aprobados por el Departamento de Salud de Nueva York; 3. Experimento Milgram (1961-1962). Stanley Milgram realiza sus experimentos de obediencia, que demostraron que muchas personas están dispuestas a hacer cosas que consideran éticamente incorrectas cuando siguen las órdenes de una autoridad y 4. El artículo Beecher (1962): Henry Beecher publica un artículo en N. Eng. J. Med. En donde denuncia 22 estudios no éticos en biomedicina, incluyendo el estudio de Tuskegee y Willowbrook (Resnik, niehs. Nih.gov). Con estos casos podemos entender que no todo lo científicamente posible es éticamente correcto.

Si bien es innegable que la investigación con seres humanos contribuye al desarrollo tecnológico y bienestar social, los hechos antes mencionados son ejemplos de que las reflexiones éticas son importantes para favorecer la protección de los sujetos y que no sean considerados meramente como un medio para tal fin. Por lo anterior, son consideradas investigaciones, no éticas, y en consecuencia inaceptables (Koepsell & Ruiz de Chávez 2015, 13-29).

Es incuestionable el beneficio de la investigación con seres humanos en el progreso de la medicina, sin embargo, al ser una actividad que conlleva riesgos, en muchos casos imprevisibles, resulta necesario brindar a los investigadores un marco de actuación para asegurar la protección a los sujetos de estudio y garantizar condiciones éticamente aceptables en la producción de conocimientos, y desarrollo

de la investigación (Emanuel, Grady & Crouch 2008). Al respecto, la bioética, sin ser un código de preceptos inamovibles, integra la actividad analítica y se fundamenta en principios filosóficos y criterios científicos para encauzar el desarrollo científico hacia el bien común.

Toda investigación que involucre seres humanos debe llevarse a cabo de acuerdo con normas éticas universalmente reconocidas (Emanuel, Grady & Crouch 2008) con el fin de reducir al mínimo la posibilidad de causar daño y reflejadas en las guías y lineamientos nacionales e internacionales.

Consecuentemente, en toda investigación en la que ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar (Reglamento de Investigación, artículo 13).

Documentos internacionales relevantes para la investigación con seres humanos: Existen en el marco ético internacional declaraciones, pautas, guías o recomendaciones en materia de ética en investigación que constituyen criterios para guiar las investigaciones que involucran seres humanos conforme a los principios éticos aceptados internacionalmente. Estos documentos enfatizan que toda investigación que involucra seres humanos debe ser evaluada por un Comité de Ética en Investigación (CEI).

Al respecto se enlista los siguientes:

- Código de Núremberg, 20 de agosto de 1947.
- Declaración Universal de Derechos Humanos, ONU, 1948.
- Declaración de Helsinki, AMM, 1964. Última enmienda octubre 2013.
- Informe Belmont, Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos en Investigación Biomédica y de Conducta. NIH USA, 18 de abril de 1979.
- Declaración sobre las Responsabilidades de las Generaciones Actuales para con las Generaciones Futuras. UNESCO, 1997.
- Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de la Dignidad del Ser Humano con respecto a las Aplicaciones de la Biología y la Medicina "Convención de Oviedo", Consejo de Europa, 1997.

- Guías operacionales para Comités de Ética que evalúan investigación biomédica. OMS. 2000.
- Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Relacionada con la Salud con Seres Humanos, CIOMS 2002. Última enmienda 2016.
- Declaración Internacional sobre los datos Genéticos Humanos, UNESCO, 2003.
- Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, UNESCO, 2005.
- Handbook for Good Clinical Research Practice, WHO, 2005.
- Guía No. 1 Creación de Comités de Bioética, UNESCO, 2005.
- Guía No. 2 Funcionamiento de los comités de Bioética: procedimientos y política. UNESCO. 2006.
- Pautas Éticas Internacionales para Estudios Epidemiológicos, CIOMS, 2009.
- Pautas y orientación operativa para la revisión ética de la investigación en salud con seres humanos. OMS, 2011. Traducida al español por OPS, 2012.
- Guía para los miembros de los Comités de ética de investigación. Comité Director de la Bioética del Consejo de Europa, enero 2012.

Además de estos documentos de carácter internacional, también es importante mencionar el pacto internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), adaptado por la Asamblea General de la Naciones Unidas mediante Resolución 2200 A (XXI), el 16 de diciembre de 1966, el cual establece la prohibición, de someter a alguna persona sin su consentimiento a experimentos médicos o científicos. Llama poderosamente la atención que esta disposición se encuentre dentro del mismo artículo 7 que prohíbe la tortura, las penas o los tratos crueles, inhumanos o degradantes, cuando en el imaginario colectivo, décadas después de la segunda guerra mundial, se ha logrado desvincular a la tortura de la investigación científica.

Esto debe recordarnos como humanidad, que la investigación científica degradante no puede volverse nunca a justificar en aras de un mal entendido "progreso científico" (Saruwatari 2015).

Por lo anterior, la revisión ética de los proyectos de investigación por parte de un CEI se ha constituido en el ámbito nacional y en el internacional, como una norma obligatoria, cuya finalidad consiste en garantizar mayor grado de protección posible a los sujetos que participan en la investigación.

Normatividad en México

La investigación para la salud es un factor determinante para mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud del individuo y de la sociedad en general; para desarrollar tecnología mexicana en los servicios de salud y para incrementar su productividad" (Reglamento de investigación), conforme a las bases establecidas en la Ley general de salud, así como en su Reglamento en Materia de Investigación para la Salud. El desarrollo de la investigación para la salud debe atender aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a la investigación.

Toda investigación para la salud que involucre la participación de seres humanos debe contar con la evaluación y, en su caso, aprobación de un Comité de Ética en Investigación; el requerimiento es de cumplimiento obligatorio tanto en el ámbito nacional como internacional.

El artículo 41 Bis fracción II de la Ley General de Salud, establece la obligación de contar con comités de ética de investigación , en los establecimientos para la atención médica del sector público, social o privado del sistema nacional de salud, los cuales se sujetaran a los criterios que establezca la Comisión Nacional de Bioética . En este sentido, la Comisión Nacional promueve la integración y funcionamiento de los CEI, con las facultades que les otorguen las disposiciones jurídicas aplicables, así como el apoyo a la capacitación de los integrantes de estos comités.

Ésta investigación se apegó al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y con la declaración de Helsinki y sus enmiendas, así como los códigos y normas Internacionales vigentes para las buenas prácticas

en la investigación clínica. Se actuó en interés de los participantes en la investigación y de las comunidades involucradas, tomando en consideración la regulación nacional e internacional en materia de ética en la investigación.

En esta investigación se cumplieron cabalmente los principios Bioéticos citados en el Reporte Belmont:

Respeto a la autonomía: Se les explicó la finalidad y los objetivos de la investigación, así como los posibles riesgos y beneficios que obtendría por su participación en el estudio, y alcance de la investigación, dejando que sea el paciente quien eligiera de forma libre después de leer y dejar clara la participación que tendría en el mismo. Este principio se materializó a través de las firmas de autorización que se realizaron en el consentimiento informado.

Beneficencia y no maleficencia: Se minimizaron los posibles daños o riesgos hacia el individuo. Para esto se procuró siempre el beneficio a través del apoyo al paciente, no se dieron los resultados con el nombre de cada individuo para evitar daños.

Justicia: Se incluyeron a todos los pacientes de 20 a 40 años sometidos a vasectomía sin distinción de credo, religión, nivel socioeconómico o procedencia.

La Asociación Médica Mundial ha promulgado la declaración de Helsinki en su 64^a Asamblea General, Fortaleza, Brasil, Octubre 2013 como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos. Con base a estos principios se resguardó la intimidad de las personas que participaron en la investigación y la confidencialidad de su información personal. Las personas que participaron en este estudio otorgaron su consentimiento de forma voluntaria. Cada participante recibió información adecuada acerca de los objetivos, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del estudio de investigación. Así como del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento que lo considerara, sin que esto alterara el curso de la investigación ni la atención recibida por parte de la unidad de adscripción. Después de asegurar que el individuo había comprendido la información, se le entregó el consentimiento informado escrito, se pidió de forma amable y respetuosa leyera cuidadosamente cada apartado resolviendo cualquier duda que surgiera al

respecto, posteriormente el consentimiento voluntario de la persona. La negativa del paciente a participar en la investigación o su decisión de retirarse no afectaría de manera adversa la relación médico-paciente. Los resultados de los dos cuestionarios fueron estrictamente para el logro del objetivo y reservado exclusivamente para conclusión del presente estudio.

De acuerdo al Código de Nuremberg publicado el 20 de agosto de 1947. Antes de aceptar una decisión afirmativa del sujeto de investigación se le explicó la naturaleza, duración, propósito, el método y las formas mediante las cuales se llevó a cabo, todos los inconvenientes y riesgos que pueden presentarse, y los efectos sobre su salud o persona que puedan derivarse de su participación en la investigación.

Con base al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación para la salud, Título segundo, de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos se actuó en apego a los siguientes artículos:

Artículo 17. Se trató de una investigación con riesgo mínimo. Porque se aplicó 1 escala que valora el aspecto de satisfacción e insatisfacción sexual.

Artículo 18. En caso de que se hubiera presentado, algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realizó la investigación se suspendería la investigación. Asimismo, se hubiera suspendido de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifestara.

Artículo 19. Se proporcionará atención médica al sujeto que sufra alguna afección que se encuentre relacionada con la investigación.

Artículo 20. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autorizó su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se sometió, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

NOM-012-SSA3-2012: Que Establece los Criterios para la Ejecución de Proyectos de Investigación para la Salud en Seres Humanos.

Se garantizó que no se exponía al sujeto de investigación a riesgos innecesarios y que los beneficios esperados son mayores que los riesgos predecibles. En caso

de que el riesgo fuera mayor que el beneficio el investigador principal hubiera retirado al sujeto de investigación para que dejara de participar en ella. O en cualquier momento que lo solicitara el sujeto de investigación, sus familiares, tutor o representante legal, con el derecho de retirarse, su consentimiento para dejar de participar en la investigación de que se trate.

Riesgos para el paciente

Se aclaró que el presente estudio presento riesgo mínimo, especialmente algunas preguntas del cuestionario sobre satisfacción sexual, la intensidad de su excitación sexual, el placer que proporciona su pareja), les podrían causar incomodidad o herir susceptibilidades, ya que están relacionadas con su vida privada, su salud física, emocional y satisfacción sexual, así como con su familia y con sus iguales. Se les explicó a los participantes de forma más detallada que aspectos mediría el instrumento, en caso necesario el paciente podía elegir no seguir contestando el cuestionario.

Beneficios para el paciente

Al aceptar participar en este estudio se les proporcionó un tríptico informativo diseñado por el médico residente responsable de la investigación con el objetivo de resolver las dudas que se generaran y ampliar el panorama sobre vasectomía y satisfacción sexual para incrementar su calidad de vida. Se envió a los pacientes con su médico familiar para dar seguimiento a los resultados.

Alcance

El presente estudio fue una oportunidad para el investigador de identificar a aquellos pacientes con insatisfacción sexual para emitir recomendaciones con impacto en la práctica clínica con base en los resultados que se obtuvieron de los test aplicados.

Contribuciones

Esta investigación aporta nuevos conocimientos acerca de la vasectomía y la satisfacción sexual, quitando la idea de que se modifica la satisfacción sexual en los hombres que se realizaron la vasectomía. De esta manera se trató de aumentar el

uso de la vasectomía como método definitivo, disminuyendo costos y riesgos por el uso de otros métodos anticonceptivos.

9. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Recursos humanos:

Investigador responsable: Dr. Aguilar Espejel Raúl Especialista en Medicina Familiar, Adscrito a la UMF 93, se encargó de la supervisión del proyecto.
Colaborador: Carmona Benítez Hugo Residente del tercer año de medicina Familiar de la UMF 93, realizó la aplicación del instrumento.

Recursos físicos:

Se llevó a cabo la aplicación de los instrumentos en los consultorios asignados a cada paciente con el apoyo del equipo inmobiliario y Material de apoyo didáctico: lápices, plumas, hojas blancas y una computadora.

Recursos financieros:

Los aportó el residente de medicina familiar para la adquisición del material de apoyo para el desempeño correcto de la aplicación del instrumento de medición.

10. RESULTADOS

Para el análisis univariado, utilizamos estadística descriptiva, como frecuencia mediana y porcentaje obteniendo lo siguiente:

Distribución por vasectomía

Teniendo una muestra de 380 sujetos de investigación la mitad 190 (50%) tenían vasectomía. Tabla 1

Tabla 1: Distribución por vasectomía

Vasectomía	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Si	190	50.0	45%-55%
No	190	50.0	45%-55%
Total	380	100.0	

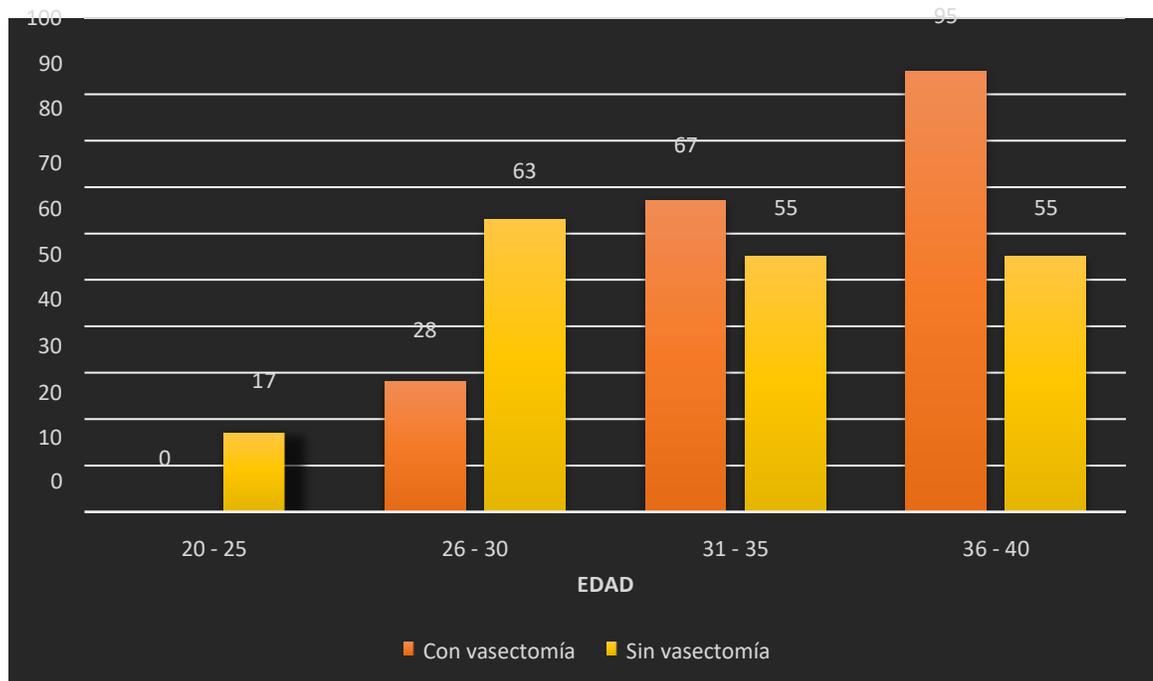
Fuente: hoja de datos sociodemográficos UMF 93, abril a junio 2019

Edad

La edad más prevalente en los pacientes con vasectomía fue 36 a 40 años con 95 (50%) del grupo; para los pacientes sin vasectomía fue 26 a 30 años con 63 (33.2%).

Grafica 2.

Grafica 2: Comparativo por edad

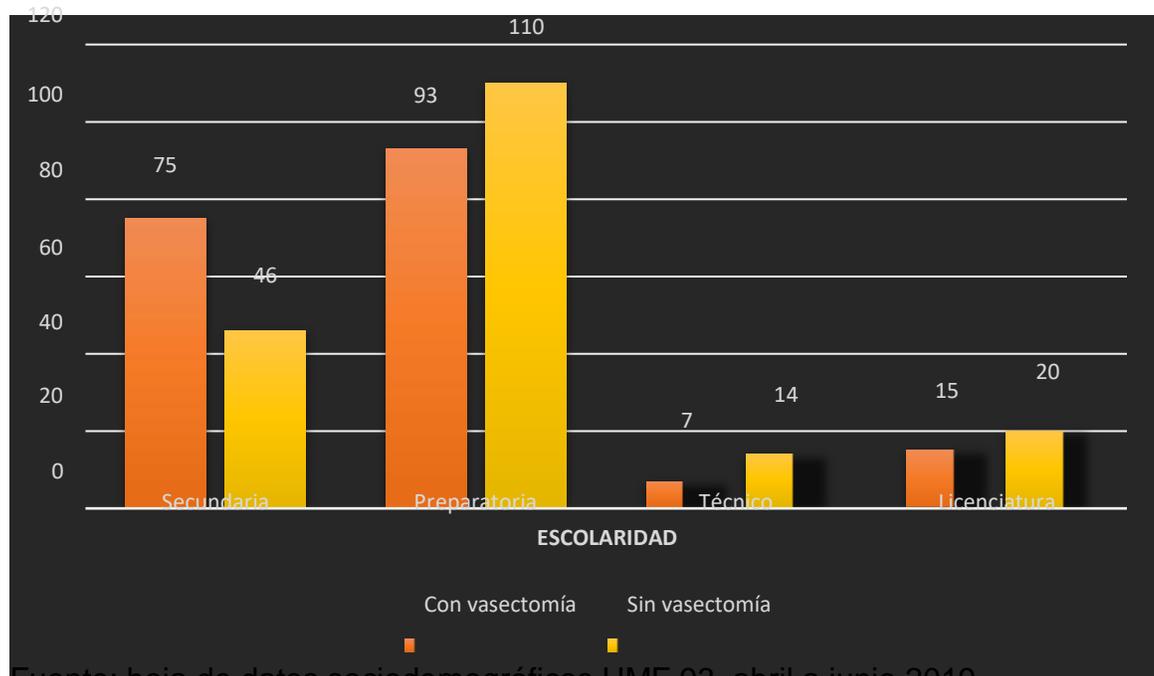


Fuente: hoja de datos sociodemográficos UMF 93, abril a julio 2019.

Escolaridad

La escolaridad más prevalente en los pacientes con vasectomía fue preparatoria con 93 (48.9%) del grupo; para los pacientes sin vasectomía fue preparatoria con 110 (57.9%). Grafica 3

Grafica 3: Comparativo por escolaridad



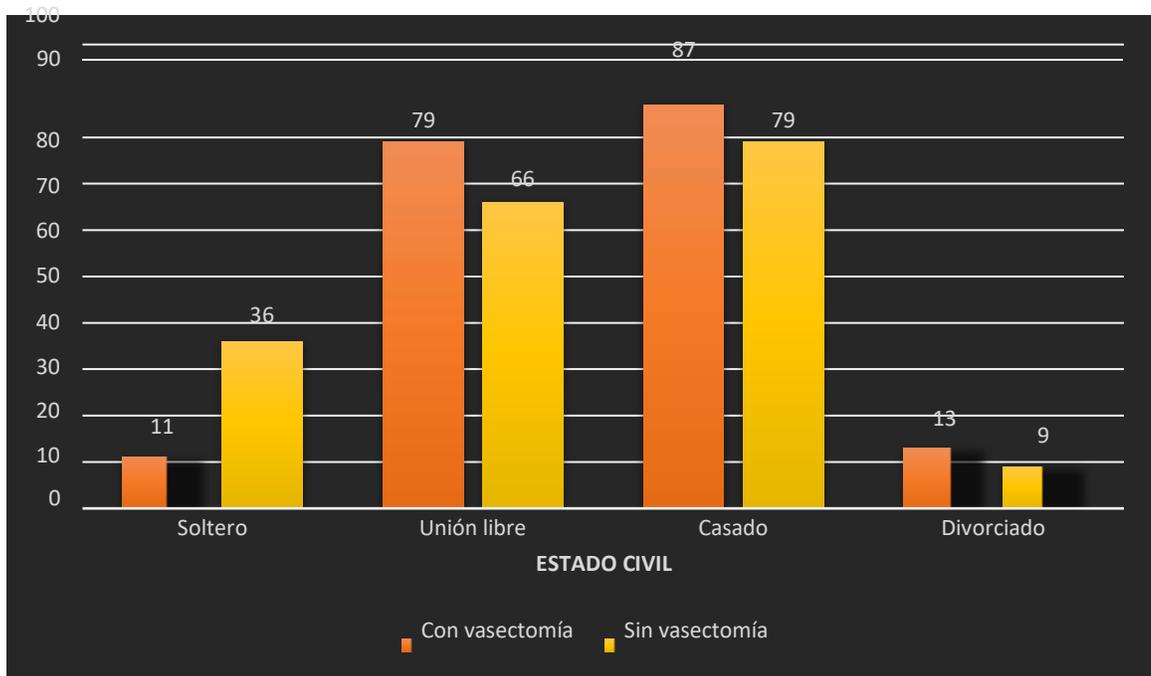
Fuente: hoja de datos sociodemográficos UMF 93, abril a junio 2019

Estado civil

El estado civil más prevalente en los pacientes con vasectomía fue casado con 87 (45.8%) del grupo; para los pacientes sin vasectomía fue casado con el 79 (41.6%).

Grafica 4.

Grafica 4: Comparativo por estado civil



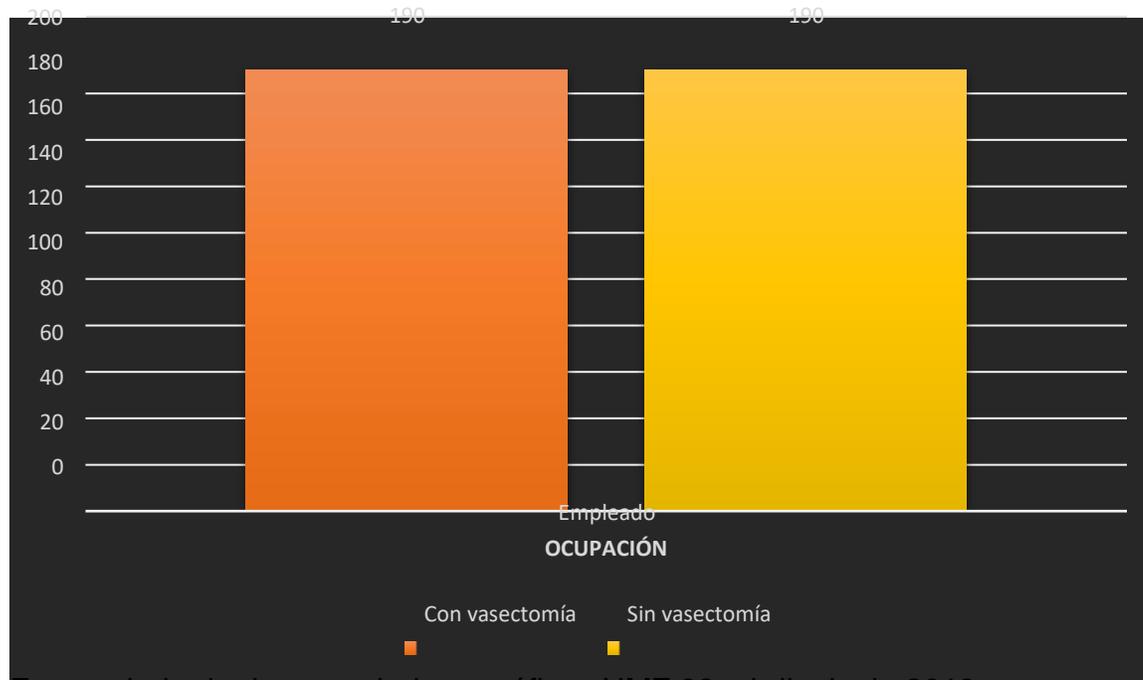
Fuente: hoja de datos sociodemográficos UMF 93, abril a junio 2019

Ocupación

La ocupación se conformó en el 100% de ambos grupos por empleado.

Grafica 5.

Grafica 5: Comparativo por ocupación

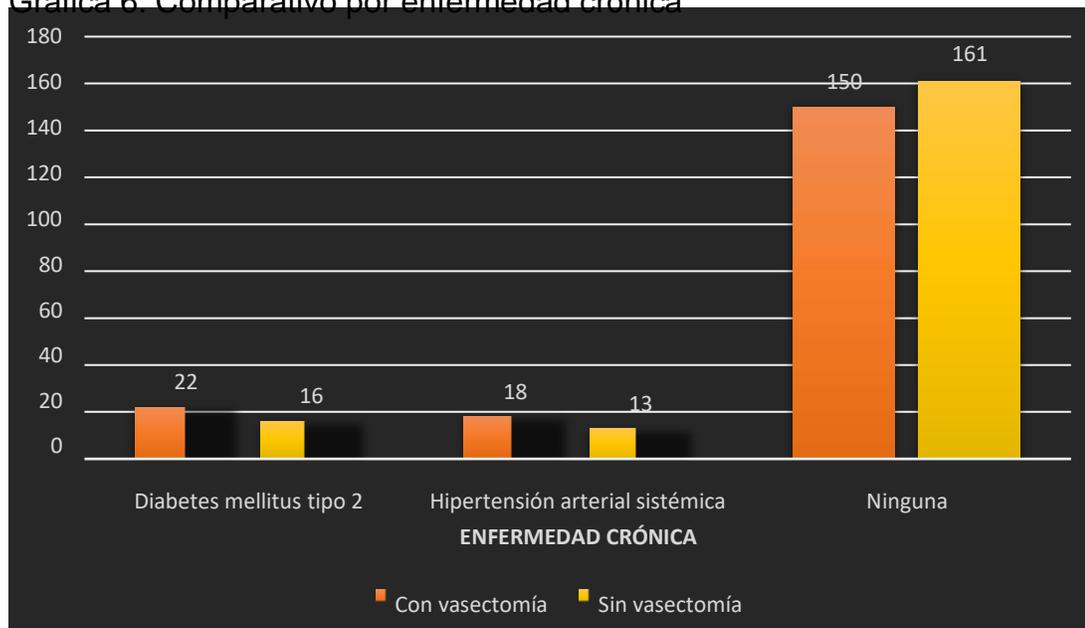


Fuente: hoja de datos sociodemográficos UMF 93, abril a junio 2019

Enfermedad crónica

La enfermedad crónica estuvo ausente en el 78.9% del grupo de vasectomía y en el 84.7% del grupo sin vasectomía. En los casos en que se presentó alguna enfermedad crónica, la más frecuente en ambos grupos fue diabetes mellitus tipo 2 en ambos grupos; 11.6% en pacientes con vasectomía y 8.4% en pacientes sin vasectomía. Grafica 6.

Grafica 6: Comparativo por enfermedad crónica



Fuente: hoja de datos sociodemográficos UMF 93, abril a junio 2019

Puntaje de escala de satisfacción sexual

El puntaje de escala de satisfacción sexual más prevalente en los pacientes con vasectomía fue 71 a 90 con el (64.7%) del grupo; para los pacientes sin vasectomía fue 51 a 70 con el 65.3%. Tabla 7.

Tabla 7:
Puntaje de escala de

satisfacción sexual (Agrupada)	Vasectomía					
	Si			No		
	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
<= 10	0	0.0%		1	0.5%	0.1%-2.4%
11 – 30	0	0.0%		0	0.0%	
31 – 50	0	0.0%		10	5.3%	2.7%-9.1%
51 – 70	67	35.3%	28.7%- 42.2%	124	65.3%	58.3%- 71.8%
71 – 90	123	64.7%	57.8%- 71.3%	53	27.9%	21.9%- 34.6%
91+	0	0.0%		2	1.1%	0.2%-3.3%
Total	190	100.0%		190	100.0%	

Fuente: Hoja de datos NSSS, UMF 93, abril a junio 2019

Satisfacción sexual

El grado de satisfacción sexual predominante en el grupo de pacientes con vasectomía fue alto con 95 sujetos (50%), en el grupo de pacientes sin vasectomía fue medio con 77 sujetos (40.5%). Tabla 8.

Tabla 8: Comparativo por grado de satisfacción sexual

Satisfacción sexual	Vasectomía					
	Si			No		
	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Bajo	11	5.8%	3.1%-9.8%	50	26.3%	20.4%-32.9%
Medio	56	29.5%	23.3%-36.2%	77	40.5%	33.7%-47.6%
Alto	95	50.0%	42.9%-57.1%	32	16.8%	12.0%-22.6%
Muy alto	28	14.7%	10.2%-20.3%	31	16.3%	11.6%-22.1%
Total	190	100.0%		190	100.0%	

Fuente: Hoja de datos NSSS, UMF 93, abril a junio 2019

Análisis bivariado.

Para el análisis inferencial se dicotomizaron las variables, una vez dicotomizadas se utilizó la prueba estadística chi-cuadrada para establecer la asociación, se realizó una tabla cruzada encontrando que la mayoría de los pacientes vasectomizados tienen satisfacción sexual alta a comparación de los no vasectomizados. Tabla 9.

Tabla 9: Tabla cruzada Satisfacción sexual alta*Vasectomía

		Vasectomía		Total
		Si	No	
Satisfacción sexual alta	Si	123	63	186
	No	67	127	194
Total		190	190	380

La satisfacción sexual alta se asocia con la vasectomía (n=123).

Pruebas de chi-cuadrada

Al aplicar la prueba estadística de chi-cuadrada, se comprueba que existe relación estadísticamente significativa entre satisfacción sexual y vasectomía. Intervalo de confianza de 95%, valor de chi-cuadrada de 37.9. p menor de 0.05. Tabla 10.

Tabla 10: Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral) o valor de P	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	37.912 ^a	1	.000		
Corrección de continuidad ^b	36.658	1	.000		
Razón de verosimilitud	38.570	1	.000		
Prueba exacta de Fisher				.000	.000
Asociación lineal por lineal	37.812	1	.000		
N de casos válidos	380				

a. 0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 93.00.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

11. DISCUSIÓN

La vasectomía se asocia con una alta satisfacción sexual, siendo estadísticamente significativa esta asociación. Lo que ha sido descrito de manera contradictoria por diversos autores; existiendo quienes describen un resultado similar al actual y otros, por el contrario, muestran una menor satisfacción sexual.

En ese orden, Guo et al. refiere que, si bien los hombres pueden temer la pérdida de potencia sexual después de la vasectomía, la mayoría de los estudios no respaldan un impacto negativo. Un estudio brasileño estudió prospectivamente a 64 hombres que se sometieron a una vasectomía utilizando la encuesta del Índice Internacional de Función Eréctil, encontrando una leve mejoría en el puntaje del Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF) después de la vasectomía (65.64 vs. 64.06, $P < 0.001$). Además, un gran estudio basado en la población de 3,390 hombres australianos demostró que la vasectomía no estaba asociada con ningún problema sexual específico, y que una proporción similar de hombres vasectomizados y no vasectomizados estaban extremadamente satisfechos sexualmente (33.7% vs. 33.0%, respectivamente).

El aumento de la frecuencia sexual en hombres vasectomizados es un hallazgo intrigante. Un estudio anterior que examinó la respuesta psicológica masculina a la vasectomía sugirió dos respuestas principales: una disminución de la ansiedad del embarazo no planificado y un deseo de compensar la "demasculinización" percibida del procedimiento de vasectomía. Ambos se han postulado para conducir a una mayor actividad sexual. De hecho, Bertero y sus colegas encontraron un aumento en los dominios de deseo sexual y satisfacción sexual para los hombres después de la vasectomía. ⁽²⁹⁾

Los resultados de Arratia et al. revelan un 38% de mejora en la puntuación total del instrumento UFE vs 67% reportado por Bertero et al. El dominio del orgasmo tuvo cambios positivos que fueron estadísticamente significativos en la puntuación del UFE en comparación con Bertero et al que reportaron estos cambios en los dominios del deseo sexual y la satisfacción sexual. ⁽³⁰⁾

En el estudio de Al-Ali et al., no se pudo encontrar ningún cambio significativo en ninguno de los dominios de la puntuación IIEF-15 después de la vasectomía. Esto estaba de acuerdo con estudios previos que informaron que no hubo cambios significativos en la función sexual en los hombres después de la vasectomía. Contrariamente a nuestros resultados, Bertero et al. informaron cambios significativos en las puntuaciones generales de IIEF en hombres después de la vasectomía. También informaron mejoras significativas en los dominios de deseo sexual y satisfacción sexual en las puntuaciones del IIEF. ⁽³¹⁾

Smith et al. reportó que en comparación con los hombres no vasectomizados, los que se sometieron a una vasectomía no tenían más probabilidades de informar una satisfacción sexual extremadamente alta y solo un poco más probable de reportar un placer sexual extremadamente alto. Sin embargo, ninguna de estas diferencias fue significativa. A pesar de esto, los hombres vasectomizados fueron significativamente más propensos que los hombres no vasectomizados a reportar estar extremadamente satisfechos con su relación en general. Cuando el modelo se ajustó para tener en cuenta las diferencias sociodemográficas entre los hombres vasectomizados y no vasectomizados, la probabilidad de que los hombres vasectomizados estuvieran extremadamente satisfechos con su relación aumentó aún más. La probabilidad de que los hombres vasectomizados reporten una satisfacción sexual extremadamente alta y un placer sexual extremadamente alto también aumentó después de los ajustes sociodemográficos. ⁽³²⁾

12. CONCLUSIONES

La vasectomía es un método de planificación familiar efectivo pero limitado en su uso por falta de conocimiento y tabús que rodean acerca de estos métodos en la población general. Con este estudio demostramos que existe una asociación estadísticamente significativa entre los pacientes que tienen vasectomía y una alta satisfacción sexual. Motivo por el cual es importante establecer estrategias de promoción y capacitación, sobre este método de planificación permanente, el cual lejos de generar un impacto negativo genera una mejor satisfacción sexual, que nos puede seguir como punto de anclaje para que el paciente se convenza de que es la mejor elección.

13. RECOMENDACIONES

Con los resultados obtenidos se proponen las siguientes recomendaciones, las cuales se sustentan en estudios previos:

1. En el primer nivel de atención se puede ofertar la vasectomía en pacientes, que estén buscando un método permanente y que se encuentren con paridad satisfecha.
2. Programar capacitaciones para el medico familiar donde se hará énfasis del impacto que tiene la vasectomía en la satisfacción sexual, con la finalidad de hacer promoción en los pacientes que deciden adquirir un método planificar.
3. Programar campañas de métodos anticonceptivos para generar difusión respeto a la vasectomía, que sirva para quitar los tabúes que existe sobre este tema y así aumente este método.
4. A la población adolescente hablar sobre este tema en consulta para que tomen en cuenta la planificación familiar de su familia y en su momento opten por el método cuando tengan una paridad satisfecha.

14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.- Anwar S, Shahzad M. Vasectomy in Pakistan: Changing culture of sharing responsibility towards better family health. IOSR Journal of Nursing and Health Science 2014; 3(6):70-76

2.- Jiménez J, Flores P, et al. Reflexiones sobre la vasectomía sin bisturí. Aten Fam. 2014; 21(2):33-34

3.- Ramírez J, Navarro J. La vasectomía: una cirugía donde no se debe menospreciar el riesgo. Rev Colomb Anestesiol 2016; 44(2):137–139

4.- Flores P, Jiménez J, et al. Perfil del varón que elige vasectomía sin bisturí en un centro de salud de la ciudad de México: 15 años de experiencia. Aten Fam. 2014; 21(1):12-15

5.- Ramos L, Castañeda O, et al. Factores biopsicosociales que influyen en la elección de la vasectomía. Aten Fam 2015; 22(3):82-86

6.- Hernández R, Marván M. La vasectomía desde una perspectiva psicosocial. Perinatol Reprod Hum. 2015; 29(1):30-35

7.- Kisa S, Savaş E, et al. Opinions and Attitudes About Vasectomy of Married Couples Living in Turkey. American Journal of Men's Health 2017; 11(3):531–541

8.- Mella C, Oyanedel J, et al. Salud sexual en Chile: una aproximación descriptiva al comportamiento y la satisfacción sexual de los chilenos. REV CHIL OBSTET GINECOL 2015; 80(4):289-296

9.- Pascoal P, Narciso I, et al. What is Sexual Satisfaction? Thematic Analysis of Lay People's Definitions. J Sex Res. 2014; 51(1):22-30

10.- Marván M, Ehrenzweig Y, et al. Mexican Men's View of Vasectomy. American Journal of Men's Health 2017; 11(3):610–617

11.- Hubert C, White K, et al. Perceived Interest in Vasectomy among Latina Women and their Partners in a Community with Limited Access to Female Sterilization. J Health Care Poor Underserved. 2016; 27(2):762–777

12.- Hernández R, Marván M. Desarrollo de un instrumento para medir creencias y actitudes hacia la vasectomía. Perinatol Reprod Hum. 2015; 29(4):162-167

- 13.- Shattuck D, Wesson J, et al. Who chooses vasectomy in Rwanda? Survey data from couples who chose vasectomy, 2010-2012. *Contraception* 2014; 89(6):564-571
- 14.- Fallis E, Rehman U, et al. Perceptions of Partner Sexual Satisfaction in Heterosexual Committed Relationships. *Arch Sex Behav* 2014; 43:541–550
- 15.- Khoury C, Findlay B. What Makes for Good Sex? The Associations Among Attachment Style, Inhibited Communication and Sexual Satisfaction. *Journal of Relationships Research* 2014; 5(e7):1–11
- 16.- Dosch A, Rochat L, et al. Psychological Factors Involved in Sexual Desire, Sexual Activity, and Sexual Satisfaction: A Multi-factorial Perspective. *Arch Sex Behav.* 2016; 45(8):2029-2045
- 17.- Benavides M, Moreno A, et al. Relación entre el nivel de satisfacción sexual y autoconcepto en parejas de la pastoral familiar de Pupiales. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia* 2015; 7(2):81-96
- 18.- Palomino J, Cayte L, et al. Construcción y propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción Sexual para adultos de Lima Metropolitana, 2015. *Apuntes científicos Estudiantiles de Psicología* 2017; 1(1)
- 19.- McNulty J, Wenner C, et al. Longitudinal Associations Among Relationship Satisfaction, Sexual Satisfaction, and Frequency of Sex in Early Marriage. *Arch Sex Behav.* 2016; 45(1):85-97
- 20.- Sánchez M, SantosP, et al. A systematic review of sexual satisfaction. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2014; 14:67–75
- 21.- Pérez G, Estrada S, et al. Bienestar psicológico y satisfacción sexual en personas de 40 a 70 años de edad. *Revista Iberoamericana de las Ciencias Sociales y Humanísticas* 2017; 6(11)
- 22.- Ahumada S, Lüttges C, et al. Satisfacción sexual: revisión de los factores individuales y de pareja relacionados. *Rev Hosp Clín Univ Chile* 2014; 25:278-284
- 23.- Mark K, Herbenick D, et al. A Psychometric Comparison of Three Scales and a Single-Item Measure to Assess Sexual Satisfaction. *The Journal of Sex Research*, 2014; 51(2):159-169

24.- Sánchez M, Santos P, et al. Validation of the Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction Questionnaire in a Spanish Sample. JOURNAL OF SEX RESEARCH 2015; 52(9):1028–1041

25.- Engl T, Hallmen S, et al. Impact of vasectomy on the sexual satisfaction of couples: experience from a specialized clinic. Cent European J Urol. 2017; 70: 275-279

26.- Guo D, Lamberts R, et al. Relationship between Vasectomy and Sexual Frequency. J Sex Med 2015; 12:1905–1910

27.- Matlabi H, Hamidzadeh Y. SATISFACTION, REGRET AND COMPLICATION RATES AMONG IRANIAN VASECTOMISED MEN. Indian Journal of Fundamental and Applied Life Sciences 2015; 5(S3):1795-1800

28.- Mohamad A, Shamloul R, et al. The Effect of Vasectomy on the Sexual Life of Couples. J Sex Med 2014; 11:2239–2242

29.- Guo D, Lamberts R, et al. Relationship between Vasectomy and Sexual Frequency. The Journal of Sexual Medicine 2015; 12(9):1905–1910

30.- Arratia J, Cortés J, et al. Evaluación de la satisfacción sexual masculina posterior a la vasectomía. Actas Urol Esp. 2010; 34(10) :870–873

31.- Al-Ali B, Shamloul R, et al. The Effect of Vasectomy on the Sexual Life of Couples. The Journal of Sexual Medicine 2014; 11(9):2239–2242

32.- Smith A, Lyons A, et al. Are Sexual Problems More Common in Men who have had a Vasectomy? A Population-Based Study of Australian Men. The Journal of Sexual Medicine 2010; 7(2):736–742

15. ANEXOS

ANEXO I: NUEVA ESCALA DE SATISFACCIÓN SEXUAL (NSSS).

Piense en su vida sexual durante los últimos seis meses. Por favor, valore su satisfacción sobre los siguientes aspectos

Nada satisfecho/a, Poco satisfecho/a, Satisfecho/a, Muy satisfecho/a, Extremadamente satisfecho/a.

Mujer/hombre	Nada satisfecho	Poco satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	Extremadamente satisfecho
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					

Puntuación:

<29 nula

29-59 bajo

60-69 medio

70-79 alto

80-98 muy alto

ANEXO II: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“Asociación de la satisfacción sexual en pacientes con vasectomía y sin vasectomía de 20 a 40 años adscritos en la UMF 93”

Fecha: _____ Edad: _____ años Folio: _____

Vasectomía: SI / NO

1. Último grado aprobado:

Ninguna

Primaria

Secundaria

Carrera técnica

Preparatoria

Licenciatura

Posgrado

2. Estado civil:

Soltero

Unión libre

Casado

Separado

Divorciado

Viudo

3. Ocupación:

4. Enfermedades crónicas, tiempo de evolución y tratamiento:



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE
INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	" ASOCIACIÓN DE LA SATISFACCIÓN SEXUAL EN PACIENTES CON VASECTOMÍA Y SIN VASECTOMÍA DE 20 A 40 AÑOS ADSCRITOS EN LA UMF 93"						
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica						
Lugar y fecha:	UMF 93 IMSS 2019						
Número de registro:							
Justificación y objetivo del estudio:	Es necesario se realice un estudio donde se asocie la satisfacción sexual y la vasectomía, debido a los antecedentes que existen en relación a la poca elección de este método en México por creencias relacionadas entorno al índole sexual, en las que se encuentre la disminución de la satisfacción sexual, hasta el momento la información es escasa sobre este tema, los resultados servirán a los usuarios del servicio médico para incrementar el uso de este método anticonceptivo, bajando los embarazos no deseados por paridad satisfecha, así como disminuir el uso de otros métodos que son más costosos, invasivos o con efectos secundarios. Describir la satisfacción sexual en pacientes de 20 a 40 años de edad con vasectomía y sin vasectomía, adscritos en la UMF 93, en el periodo 2018						
Procedimientos:	Se realizara un cuestionario de 20 preguntas las cuales se realizaran de manera personal posterior a la autorización y firma de consentimiento informado, estas preguntas son referentes a satisfacción e insatisfacción sexual, entre las que se encuentran la frecuencia de relaciones sexuales y la satisfacción en la relación sexual, estas preguntas pueden causar incomodidad. Este estudio se encuentra en un riesgo mínimo.						
Posibles riesgos y molestias:	Incomodidad al responder el cuestionario debido que son referentes a la satisfacción sexual						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Al aceptar participar en este estudio se proporcionara un tríptico informativo diseñado con el objetivo de resolver las dudas que se generen y ampliar el panorama sobre vasectomía y satisfacción sexual para incrementar su calidad de vida. Se enviara a los pacientes con su médico familiar para dar seguimiento a los resultados.						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se dará resultados que den los instrumentos de medición de manera individual posterior a la muestra por medio de una llamada						
Participación o retiro:	El sujeto puede salir del estudio en el momento que el decida retirarse sin tener alguna consecuencia en la relación médico paciente						
Privacidad y confidencialidad:	No se darán a conocer los resultados individuales a ninguna persona						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>No autoriza que se tome la muestra.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):							
Beneficios al término del estudio:	Orientación relevante sobre el cuidado de su enfermedad						
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador Responsable:	Raúl Aguilar Espejel dr.raulespejel@hotmail.com CELULAR: 5531484777						
Colaboradores:	Hugo Carmona Benítez hcarmona1431@gmail.com CELULAR: 2224593868						
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx							

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013

ANEXO III: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO IV

“Asociación de la satisfacción sexual en pacientes con vasectomía y sin vasectomía de 20 a 40 años adscritos en la UMF 93”

N°	PACIENTE	VASECTOMIA SI/NO	NSSS	EDAD	ESCOLARIDAD	ESTADO CIVIL	OCUPACION	ENFERMEDADES CRÓNICAS
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								

27								
28								
29								

Hoja de recolección de datos:

ANEXO V: TRÍPTICO DE VASECTOMIA

La satisfacción sexual:

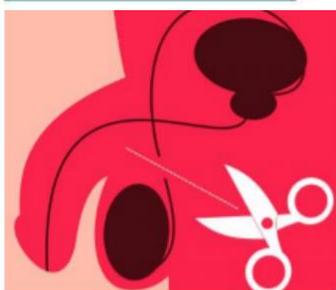
A partir del año 2006, la Organización Mundial de la Salud ha definido el concepto de "salud sexual" en términos de dos principales componentes: por un lado, como un nivel de bienestar general a nivel emocional, mental, físico y social respecto a la forma de vivir y experimentar la propia sexualidad. Por otro lado, en relación a mantener prácticas sexuales seguras, que permitan a los individuos vivir su sexualidad en ausencia de potenciales problemas físicos, enfermedades o disfunciones de índole sexual.

La satisfacción sexual se considera un componente importante de la salud sexual, un derecho sexual y un resultado del bienestar sexual. Los problemas sexuales no solo pueden reflejar dificultades con la administración del poder, la comunicación y los conflictos dentro de la pareja, sino que también están fuertemente relacionados con la insatisfacción de las relaciones.



Vasectomía

¿Por qué decidir utilizar la vasectomía?



Es un método anticonceptivo masculino permanente para los hombres que no quieren más hijos

La vasectomía es una operación simple, segura y efectiva que hace estéril a un hombre (ya no puede engendrar un hijo). Considerada como irreversible, la vasectomía es una decisión muy importante.

¿Cómo se realiza la vasectomía?

A través de una punción o una pequeña incisión en el escroto previa anestesia, se ligan y cortan los conductos o se cauterizan los conductos deferentes (conductos que llevan los espermatozoides de los testículos a la próstata)

Vasectomía y satisfacción sexual:

Si bien la vasectomía es un proceso simple con una alta tasa de éxito (> 99%) y complicaciones mínimas, todavía es poco utilizada en todo el mundo, especialmente en países en desarrollo

Se cree que el uso de la vasectomía se desalienta por los temores de

Ventajas:

Menos complicaciones, más económica, efectiva y segura que el otro método de planificación familiar permanente.

Desventajas:

La esterilidad no es inmediata (tarda aproximadamente 3 meses), usar otros métodos anticonceptivos hasta que sea demostrada la azoospermia.

No protege par infección de transmisión sexual

Irreversible

Contraindicaciones:

Infección genital, toma de decisión ser informado

INSTITUTO MEXICANO DE SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 93



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité de Ética en Investigación 14018.
H GRAL REGIONAL 196 Fidel Velázquez Sánchez

Registro COPEPRIS 17 CI 15 033 046

Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 15 CEI 001 2017022

FECHA Viernes, 29 de marzo de 2019

M.E. RAUL AGUILAR ESPEJEL

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Asociación de la satisfacción sexual en pacientes con vasectomía y sin vasectomía de 20 a 40 años adscritos en la UMF 93** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**.

Número de Registro Institucional Sin número de registro
--

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

ATENTAMENTE

Dra. ANA LAURA CHERRERO MORALES
Presidenta del Comité de Ética en Investigación No. 14018

Imprimis

IMSS
SEGURIDAD EN SU SALUD



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 1401.
H GRAL REGIONAL 196 Fidel Velázquez Sánchez

Registro COFEPRIS 17 CI 15 033 046

Registro CONBIOCÉTICA CONBIOÉTICA 15 CEI 001 2017022

FECHA Martes, 02 de abril de 2019

M.E. RAUL AGUILAR ESPEJEL

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Asociación de la satisfacción sexual en pacientes con vasectomía y sin vasectomía de 20 a 40 años adscritos en la UMF 93** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A.P.R.O.B.A.D.O.**

Número de Registro Institucional

R-2019-1401-020

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

ATENTAMENTE

Dr. GENARO ÁNGEL CUAZOCHPA DELGADILLO
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1401

[Imprimir](#)

IMSS
SEGURIDAD Y SALUD SOCIAL