



21  
207  
Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL  
SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94

VASECTOMIA  
Y  
ALTERACIONES  
EN LA  
DINAMICA FAMILIAR

T E S I S

Para obtener el Título de:  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :  
DRA. MARICELA JIMENEZ SANCHEZ

Asesores:

Dr. Francisco Benites Reyes  
Dra. María Carmen Pacheco Gamiño



México, D. F.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1991



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## I N D I C E

I.-	Introducción-----	1
II.-	Justificación-----	3
III.-	Antecedentes científicos-----	4
IV.-	Marco teórico-----	16
V.-	Planteamiento del problema-----	34
VI.-	Hipótesis general-----	35
VII.-	Objetivos inmediatos-----	36
VIII.-	Diseño de investigación-----	38
	Tipo de investigación	
	Universo de trabajo	
	Área geográfica	
	Criterios de inclusión y exclusión	
	Determinación de variables	
IX.-	Material y métodos-----	41
X.-	Cuestionario-----	44
XI.-	Resultados-----	48
XII.-	Tablas y gráficas-----	53
XIII.-	Conclusiones y comentario-----	72
XIV.-	Bibliografía-----	74

## INTRODUCCION

Desde hace ya algunos años, los métodos anticonceptivos se vienen usando cada vez con mayor frecuencia en virtud, de que las parejas tienen una conciencia más clara de la mejoría del status familiar y social que resulta de tener una familia pequeña. Ayudan a lo anterior los medios masivos de comunicación que permiten una información más precisa y los refinamientos con los diversos métodos empleados.

La planificación familiar es una medida del control de la natalidad, en donde se orienta ampliamente a las parejas sobre los diferentes métodos de planificación existentes, teniendo como objetivo la identificación de los patrones de uso y no uso de métodos anticonceptivos.

La aceptación de la vasectomía entre los usuarios de éste método anticonceptivo, se ha ido incrementando en los últimos años, ya que es el más efectivo hasta el momento actual en el hombre, además de que su costo es mínimo y la morbilidad es escasa.

Algo que es fundamental y que no ha sido estudiado, es la alteración de su dinámica familiar posterior a la vasectomía, ya que, ésta influye en el éxito o fracaso de este método, desde el punto de vista psicológico.

En base a esto, se realizó el presente estudio para determinar si existe relación entre la vasectomía y su dinámica familiar en es-

tos pacientes, ya que se observó que este procedimiento condiciona en algunos pacientes un deterioro mínimo con base psicológica importante, lo que pudiera tener su origen en su subsistema conyugal.

Por tanto, proporcionar una atención integral a las familias con esposo vasectomizado que presentaron alteración en este subsistema.

## JUSTIFICACION

El empleo de la vasectomía como método definitivo de regulación de la fertilidad, actualmente presenta un creciente interés social en México, dada la difusión adecuada de el empleo de este método con el objeto de aumentar la aceptabilidad del mismo, enfocándose principalmente hacia las clases sociales bajas dado sus patrones culturales se oponen a la realización de dicho procedimiento y en donde la cada vez creciente explosión demográfica es elevada.

Si bien éste método de planificación familiar induce una escasa morbilidad y prácticamente una nula mortalidad, se hace necesario un estudio integro del individuo en relación a su subsistema conyugal, ya que estudios previos del extranjero fundamentalmente y de México aún no determinan integralmente las repercusiones biológicas, psicológicas y sociales, y si los determinan son aislados, no encontrándose aún un organismo que los concentre.

Por todo lo anterior, considero que la utilidad de conocer la relación posible entre la vasectomía y la presencia de alteración en las funciones del subsistema conyugal, nos ayudará a establecer un plan de estudio y manejo que se adecúe a las necesidades propias de cada individuo y así mejorar su relación de pareja.

## ANTECEDENTES CIENTIFICOS

### LA VASECTOMIA COMO CONTROL DE LA NATALIDAD

La vasectomía parcial bilateral o deferentoclasia, es un procedimiento quirúrgico que tiene como propósito la obstrucción de los conductos deferentes e impide la eyaculación de espermatozoides - (4).

La primera observación registrada sobre el efecto de la obstrucción de los conductos deferentes fue con miras a ser considerada como método natal, siendo realizada por Hunter en 1775, en un caso de autopsia en que el conducto deferente estaba obstruido y reemplazado por un cordón fibroso, mientras que el testículo correspondiente era de tamaño y apariencia normal.

Posteriormente Cooper en 1839, encontró que la obstrucción del -- conducto deferente en el perro no alteraba la espermatogénesis. - En 1899 Ochsner, inició la aplicación clínica de la vasectomía su giriendo su uso para la esterilización de alcohólicos, retrasados mentales y delincuentes (5).

Sharp en 1909, publicó sus resultados en 280 vasectomías practicadas en jóvenes masturbadores y habituales o con malformaciones or gánicas, con el propósito de modificar su comportamiento en los - primeros y evitar la procreación en los segundos.

Posteriormente, la vasectomía se convirtió en una fuente nueva de la juventud gracias a los esfuerzos del médico vienés Eugene Steju

Nach, realizándose la primera vasectomía con propósitos de rejuvenecimiento en 1918, practicada por Roberto Lichenstern, poniendo en descredito dicho intento posterior al aislamiento y síntesis de la testosterona.

La primera publicación sobre el empleo de la vasectomía, para la regulación voluntaria de la fertilidad en el varón fue la de Poffenger, en la que se analizan los resultados de 2007 casos operados entre 1956 y 1961, es decir, este procedimiento se practica con el propósito ya mencionado desde hace aproximadamente 30 años (4).

Según Ackman y cols, hasta 1979, se habían practicado más de 80 millones de vasectomías, siendo en EEUU aproximadamente un millón de vasectomías las que se realizan al año, actualmente (6).

En Corea, el 13% de las parejas casadas que usan anticonceptivos, han elegido la esterilización masculina. Otros países que tiene auge este método es India, Paquistán, Bangladesh, Nepal, Corea, Republica Popular China, Inglaterra, Alemania, Francia y México (7).

Es difícil determinar la incidencia de esterilización masculina en Australia; en 1973 se reporta 31,500 y en los años siguientes fue decreciendo hasta 1975 que es de 22,600, aumentando discretamente en 1977 con 23,100 y el último reporte que se tiene es de 1980 en 23,000 (8).

Al menos desde 1980, aunque reportan que la vasectomía es más se-

gura y accesible que otros métodos en la prevención de la concepción, esta ha sido hecha con muy poca frecuencia en Canada, que - en comparación con la esterilización tubaria. En 1985, se reportó en Canada casi 88,000 esterilizaciones tubarias comparada con las 53,000 vasectomías que hubo, siendo una proporción de 62.38 en fa- vor de la operación en mujeres. Estos datos son comparables en -- los Estados Unidos (9).

En México, en los años de 1979 y 1981, el conocimiento de la va-- sectomía por parte de los usuarios es muy bajo, siendo de 3.7 por ciento en las áreas urbanas, de 4.5 por ciento en las metropoli-- tanas, y únicamente el 1.3 por ciento en las áreas rurales, dicho datos tomados de las encuestas de prevalencia en el uso de méto-- dos anticonceptivos realizadas en dichos años.

La distribución porcentual de parejas para la vasectomía, fue de 0.6 por ciento y el porcentaje mas alto fue para las tabletas -- del 33.2. En el IMSS y SSA se realizaron en 1978, 5899 vasecto-- mías y en 1981, 4470, no contando con información sobre el número vasectomías practicadas en el sector privado.

En 1981, en relación a las salpingoelias había una proporción - de cuatro vasectomías por cada cien ligaduras tubarias, sin embar-- go, es importante señalar que la aceptación de la vasectomía en-- tre los usuarios de este método anticonceptivo se incrementó en - 30.3 por ciento en 1981 en relación con 1980, y en 70 por ciento en relación a 1979.

En nuestro país dadas las condiciones socioeconómicas y cultura--

les limitadas, sería aconsejable difundir adecuadamente el empleo de este método, con el objeto de aumentar la aceptabilidad del mismo, enfocándose principalmente hacia las clases sociales bajas dado que sus patrones culturales se oponen a la realización de dichos procedimientos (10).

Evaluar los efectos de la vasectomía es difícil por que las técnicas utilizadas en la entrevista pueden no proveer un reflejo exacto de los problemas reales o percibidos como tales. Inclusive si se les podría acordar un alto grado de confianza que no sucede actualmente, su utilización puede detectar hombres con mayores posibilidades de presentar problemas psicológicos después de la vasectomía sería limitada. La cantidad de tiempo necesario para efectuar dichos test especialmente en programas de gran escala, sería prohibitiva.

Los problemas de ajuste que presentan algunos pacientes de vasectomía por lo general se fundan en diferentes temores conscientes o inconscientes acerca del procedimiento en si mismo o de sus efectos posteriores.

En una investigación llevada a cabo en México, se estudiaron 40 - parejas en las que se utilizó la vasectomía como método de regulación de la fertilidad. Se analizaron los patrones de autoconcepto. La mayor parte de las escalas no mostraron cambios significativos después de la vasectomía, no obstante que, en general, tanto los hombres como las mujeres mostraron desde la evaluación preoperatoria confusión, contradicción y conflicto en la autopercepción, ma

manifestándose de acuerdo con las normas transculturales del mexicano, con rasgos de pasividad, dependencia, inseguridad y dificultad para relacionarse (10).

Alderman encontro en un estudio de 39 médicos como pacientes ante la vasectomía que sus motivaciones fundamentales fueron: la conveniencia, economía y seguridad; además de que mencionan que los --consejeros pueden ejercer una influencia importante en la toma de la decisión y realización de tal cirugía (8).

D. N., Pai, Director del PPF en Bombay ha hecho estudios sobre la vasectomía, y ha analizado las respuestas psicológicas al procedimiento en India; en la segunda conferencia Internacional de esterilización voluntaria, categorizó los temores variados que un hombre puede experimentar antes y después de la vasectomía (11).

- 1.- Temor de daño corporal
- 2.- Temor de daño sexual
- 3.- Temor de daño familiar
- 4.- Temor de daño moral
- 5.- Temor de daño grupal.

Dichos temores, mencionados anteriormente fueron valorados únicamente en Países como Bombay, Australia, Gran Bretaña, Estados Unidos de America y Asia.

El temor de daño corporal, es decir, complicaciones físicas tales como cambios negativos de la salud o debilitamiento físico, aún--

que dichos cambios se atribuyen al ajuste psicológico que presenta el paciente.

El temor de daño sexual, el cual no tiene evidencia científica de que haya afección a la capacidad sexual y en la mayoría de los -- hombres manifiestan que no habían tenido cambio alguno en el placer o la calidad de la cópula sexual o en la armonía material.

La edad se vió que si puede ser un factor significativo en el comportamiento sexual de hombres asiáticos, ya que, los hombres que experimentaron disminución del deseo sexual y la frecuencia del -- coito tenían más de 40 años de edad, en tanto que los hombres que manifestaron aumento del deseo éran más jóvenes.

El temor de daño familiar que ha sido evaluado en pocos estudios sobre las reacciones de la esposa a la vasectomía. Algunas espo--sas experimentan una respuesta emocional adversa a la esterilidad del marido cuando abiertamente le prestan ayuda y apoyo.

Es posible que asocien tanto el coito con la concepción que el acto sexual y que sólo tiene sentido si hay posibilidad de embarazo por lo que dichas mujeres pierden dicho interés y en consecuencia menos placer después de la operación del marido. En Corea, se realizó un estudio valorando dicho temor y se concluyó que no mues--tran cambio alguno en el placer sexual luego de la vasectomía del marido.

El temor de daño grupal, por ejemplo, la extinción o disminución de influencia, pueden hacer que los miembros de un grupo religio--

so, socioeconómico o étnico evite dicho procedimiento.

Es importante conocer la técnica quirúrgica de la vasectomía para hacer conciencia de lo sencillo del procedimiento; se han descrito múltiples técnicas operatorias de dicho procedimiento. La razón de ésto, es evitar con un mayor grado de seguridad la recanalización espontánea, por otra parte facilitar la reanastomosis -- cuando ésta se desea.

En el postoperatorio inmediato, el paciente debe guardar reposo -- por 24hrs, usar suspensorio, se administran analgésicos y se vigila estrechamente a fin de detectar hemorragias o formación de hematomas en la herida quirúrgica.

El paciente puede iniciar o continuar con sus labores tan pronto como cedan las molestias de la cirugía, lo mismo se aplica a la vida sexual, con la advertencia de que debe continuar la pareja con el método anticonceptivo usado hasta antes de la operación, ya -- que, aún hay espermatozoides en el cabo distal y en las vesículas seminales.

El control posterior implica la comprobación de la esterilidad mediante cuenta de espermatozoides, se considera estéril al paciente posterior a dos espermatobioscopias negativas.

Petititi's estudio que no está permitido el establecimiento de relación temprana entre la vasectomía, síntomas y enfermedades que puede cada una preceder o seguir a la cirugía (12).

Las complicaciones orgánicas de la vasectomía pueden ser inmediatas y tardías, las inmediatas son granulomas, hematomas, infecciones, recanalizaciones y epididimitis. Entre las complicaciones tardías se mencionan las de tipo inmunológico presentando anticuerpos circulantes antiespermatozoides dentro de un lapso de 6 a 12 meses pero es poco frecuente.

Massey y cols., en un estudio cohorte no apoyan la sugerencia de consecuencias inmunopatológicas de la vasectomía dentro del periodo de seguimiento. Excepto para epididimitis-orquitis; la incidencia de enfermedades, incluyendo aquellas que ya se tenía una sospecha de alteración inmunológica previa, es similar para hombres vasectomizados y sus parejas controles (no vasectomizados), o aún más alta para las parejas controles (13).

Kronmal y cols., examinaron a 5000 casos en Nueva York, de pacientes vasectomizados encontrando una relación altamente significativa entre la vasectomía y urolitiasis siendo ésta de 2.6 para pacientes de 30 a 35 años de edad, y 1.3 para aquellos con edad de 55 a 65 años, aunque dicha frecuencia es sustancial (14).

El dato en la relación de fracasos es limitado, ya que los autores no desean se publiquen sus fracasos. Dos autores en 1973 y 1979 incluyeron los fracasos entre el seguimiento de complicaciones. DEL total de 2371 procedimientos que tuvieron un seguimiento sólo nueve fracasos hubo, con lo cual una proporción de 3.80 por cada mil casos existe (8).

Sharlip en 1986, menciona que la incidencia de fracasos tempranos (primeros 3 meses posteriores a la cirugía), en relación a esta - cirugía es de aproximadamente 0.5%, atribuyéndose a la recanaliza- ción espontánea o ligación de una más bien que el conducto defe-- rrente. Además menciona este autor que los embarazos resultantes - del fracaso de esta cirugía son raros y que hasta el momento no hay estadísticas de morbilidad para dicho suceso (15).

Desde hace ya algunos años, los métodos anticonceptivos se vienen usando cada vez con mayor frecuencia en virtud, de que las pare-- jas tienen una conciencia más clara de la mejoría del status fami- liar y social que resulta de tener una familia pequeña. Ayudan a lo anterior los medios masivos de comunicación que permiten una - información más precisa y los refinamientos con los diversos méto- dos empleados.

La planificación familiar es una medida del control de la natali- dad, en donde se orienta ampliamente a las parejas sobre los dife- rentes métodos de planificación existentes, teniendo como objeti- vo la identificación de los patrones de uso y no uso de métodos - anticonceptivos.

Los estudios sobre metodología anticonceptiva se iniciaron en el IMSS desde 1967 como un programa de investigación de la fertili- dad, con el uso de productos hormonales anticonceptivos, ofreci- dos a mujeres que habían tenido tres o más abortos inducidos.

Al crearse en 1977, la Jefatura de Servicios de Planificación fa-

miliar se constituyó un departamento de evaluación de métodos anticonceptivos encargados de la realización de los estudios básicos para normar acerca de la metodología anticonceptiva utilizada en el programa.

Durante el periodo de 1977-1982, los estudios se orientaron fundamentalmente a la investigación biomédica en relación con la efectividad de los métodos anticonceptivos y con sus efectos indeseables; llevados a cabo directamente por personal especializado de la propia jefatura.

En el periodo de 1983-1985, se involucra en esta metodología al personal de los equipos de salud de las unidades aplicativas como base, junto con los resultados de los estudios al nivel normativo, para la toma de decisiones sobre la selección y el uso de métodos anticonceptivos de mayor eficacia y seguridad y con menores efectos indeseables.

A partir de 1986, la Jefatura de Planificación familiar se propuso profundizar acerca del compartimiento real de los métodos anticonceptivos en las condiciones propias de la prestación de los servicios de planificación familiar en las unidades aplicativas a nivel nacional (16A).

Los métodos de control de la natalidad pueden ser temporales o definitivos. En el primer grupo se encuentran los hormonales, diafragma, crema o jaleas, las duchas vaginales y el ritmo. Los segundos son la salpingoclasia y la vasectomía. Está última es pre

rida en muchos casos sobre la salpingoclasia, ya que, no requiere hospitalización, su costo es menor y su morbilidad mínima, además de que actualmente presenta un creciente interés social en México.

Aunque la bibliografía recopilada es escasa, debido a que este tema no ha sido estudiado en forma amplia a nivel mundial y parece que sólo existe uno en México sobre vasectomía y alteraciones en la dinámica familiar.

Galicia y cols., estudiaron en el HGZ # 29 del IMSS un grupo de 105 aceptantes de vasectomía, para considerar si las alteraciones psicológicas podrían afectar el núcleo familiar en su dinámica familiar. Dichas alteraciones se investigaron por medio de dos cuestionarios pre y postvasectomía (11).

Los resultados fueron los siguientes: en relación a la edad, el mayor grupo estuvo representado por los de 31-35 años (37.14%); en relación al estado civil 90.47% eran casados. En lo que se refiere a la ocupación, el empleado sin especificar puesto que desempeñaba con un total de 42 ocuparon el máximo porcentaje (40%), seguido del obrero con 35.23% (37 pacientes).

Llama la atención que en este estudio el grupo en el que hubo más vasectomizados (37), su escolaridad corresponde a primaria y que el grupo más pequeño correspondió a los que tienen estudios superiores y ellos los consideraron como los más reacios a practicarse la vasectomía.

La religión sigue siendo predominantemente la católica (92). Con respecto al salario oscilaba entre 6,000 y 10,000 pesos con un ingreso percapita de 1600 pesos en una familia de cinco integrantes. El 48.5% de los pacientes (51) cursaban entre 6 y 10 años de matrimonio.

El principal motivo por el que solicitó la vasectomía fue la paridad satisfecha y en segundo lugar económicos.

Las relaciones familiares previas a la vasectomía fueron catalogadas como buenas en todos los casos, sin embargo, posterior a la misma, en 17 familias (16.19%), se presentó un deterioro de las mismas y cuya causa, fue básicamente un sentido de minusvalía por parte del varón por considerar que había perdida en su masculinidad y por consiguiente en su autoridad, que repercutió directamente y en forma inicial durante las relaciones sexuales y posteriormente en el resto de la familia.

## MARCO TEORICO

En México, SH. F. Cook y W. Borah, usando los registros de el sig tema de impuestos del Imperio Azteca, estimaban que cuando llegó Hernán Cortés (1518), la población total alcanzaba 25 millones - de habitantes fuera del Imperio Mexicano, sólo el Imperio de los Incas había alcanzado niveles de desarrollo que posibilitaban la creación de centros urbanos y de sistemas de comunicación propios de una sociedad agrocomercial. La estimación de población a la lle gada de Pizarro y Almagro varían bastante, alcanzando la más alta de ella a 20 millones de habitantes. La población de ambos Impe-- rios fue descendida en forma importante, estableciéndose que en - 1600, la población nativa de México se había reducido a solamente poco más de un millón. En el corto lapso de 32 años no se regis-- traron valores positivos de crecimiento hasta el año de 1660, fe-- cha en que se inicia un lento crecimiento que demorará 40 siglos en llevar la población de México a igual tamaño que el encontrado por Hernán Cortés, fenómeno ocurrido igualmente en el Imperio Inca (1,2).

Al iniciarse el siglo XX la población total de América Latina al canzaba a unos sesenta millones de habitantes.

La estimación de población para 1920, se registró en ochenta mil-- lones y durante el decenio de 1930, todos los países de América - sufren un importante cambio en su crecimiento demográfico, con una fuerte declinación de la natalidad, que se relaciona con la -- crisis económica mundial y el decenio de 1940, por el inicio de - una declinación de la mortalidad que a diferencia de la anterior,

tiene tendencia a continuar hasta estabilizarse en magnitudes -- cercanas a la cuarta parte de la existencia sólo treinta años atrás. La declinación de la natalidad en cambio dura sólo un corto período y las tasas de natalidad comienzan a ascender a niveles parecidos a los registrados antes del decenio de 1930.

Al restablecerse las cifras de natalidad, que habían descendido durante la crisis de la primera mitad del decenio de 1930, se inició en toda América Latina la explosión demográfica y así la mortalidad desciende y los nativos vivos llegan a una edad reproductiva.

Por lo que la explosión demográfica, ha tenido un ritmo de crecimiento máximo, rápido y continuo, produciendo en cincuenta años un crecimiento de ochenta y siete millones a doscientos ochenta millones, originando cambios en el estilo de vida y una presión de los recursos naturales y en el mercado de trabajo, además exacerbándose estos problemas por la aparición de tecnología e industrialización que a consecuencia trae desempleo y subempleo por la migración de los habitantes de las zonas rurales repercutiendo en los sistemas de vida con una rápida urbanización, falta de vivienda, carencia de agua potable y de medios de recolección de basura y excretas, la erosión de las tierras, la contaminación del aire y los mares, fenómenos que han hecho adverso el ambiente actual.

Es importante frenar el crecimiento demográfico, hasta límites -- que permitan alcanzar un equilibrio entre el medio ambiente, recursos y población, medidas que sean compatibles con el crecimiento económico de cada país.

Según la Federación Internacional de Planificación Familiar define a la planificación familiar (PPF), como un sistema de control de la natalidad para que cada matrimonio pueda decidir libremente el número de hijos que desea tener y cuando tenerlos, tomando en cuenta que es necesario proporcionarles el amor que todo hijo necesita, la alimentación, la atención adecuada y una educación lo más completa posible, teniendo siempre en mente que los padres son los responsables del futuro de sus hijos.

El PPF, surge como ya se mencionó con la explosión demográfica y en 1960, es cuando oficialmente se inicia.

En 1967, jefes de estado de todo el mundo firmaron un documento en favor del derecho de las personas a planificar su familia, -- sin embargo, no todos los países aceptaban el PPF como control de la natalidad, debido a su contradicción pronatalista, a la oposición de la iglesia católica y a sectores de izquierda que en ambiente universitario se pensaban que era un instrumento para -- dominar los países pobres por los países ricos, por lo que de acuerdo a la conducta y acciones de cada país latinoamericano y -- del Caribe, fueron divididos en seis grupos (1,2,3).

En el primer grupo de países, se encuentran Chile y Costa Rica, que con apoyo gubernamental iniciaron tempranamente los programas de PPF, para disminuir los efectos nocivos que el aborto ilegal producía.

En el segundo grupo de países, se encuentran Bolivia, Ecuador y Paraguay que aceptan el PPF, sólo como parte de los servicios ma

ternos-infantil.

En el tercer grupo de países, se encuentran República Dominicana, Colombia y Panamá que con apoyo gubernamental iniciaron tardíamente las actividades de PPF para disminuir los efectos del aborto ilegal.

En el cuarto grupo de países, se encuentran México, Venezuela, El Salvador y Guatemala que reconocían el problema poblacional - iniciando tardíamente el PPF sin apoyo gubernamental, dejando actuar a la Asociación Nacional Privada, pero sin prestar apoyo o impulsar su crecimiento.

En México, las actividades del PPF, estaban centradas en grupos-privados no contando con la colaboración del gobierno, durante - el sexenio de 1974-1980, y es en esta época donde se reconoce el problema poblacional y se inician las acciones para este programa, creándose el Consejo Nacional de Población con la responsabilidad de coordinar todas las acciones. En el año de 1974, participan en el consejo antes mencionado todas las instituciones públicas y privadas para mejorar además la salud de la mujer.

Dentro del consejo de poblaciones se encuentran actividades de - adiestramiento de personal capaz de prestar servicios activos incluyendo a los grupos profesionales con el fin, de difundir la educación sexual y la paternidad responsable en las escuelas primarias y secundarias de cada país.

En el quinto grupo de países, especialmente se encuentra Perú --

que reconoce oficialmente el problema poblacional, pero que no - había iniciado implementación efectiva en el área de servicios.

En el sexto grupo de países, se encuentran, Brasil, Argentina y Uruguay, considerados como países pronatalistas que niegan la im- portancia del problema demográfico y que ven en el factor favora- ble al desarrollo, sin embargo, inicia con acciones de PPF por a- sociaciones privadas.

Otros países, como los estados del Caribe, Barbados, Cuba, Trini- dad y Tobago, en donde dicho programa es grave y todavía más en- tanto sigan limitandose las posibilidades de migración, sin em- bargo, ya cuentan con programas de planificación familiar de am- plia cobertura.

Sin duda, en la zona del Caribe el problema más trágico se pre- senta en Haití, país de extraordinaria pobreza y de tierras ero- sionadas, el crecimiento no alcanza cifras superiores solamente por que la tasa de mortalidad es altísima. El PPF está a cargo - del gobierno, el cual, recibe ayuda de organizaciones privadas, pero la carencia de una infraestructura de servicios y el bajo - nivel cultural condicionan una escasa cobertura y una gran in- constancia en la utilización de contraceptivos entre quienes a- ceptan usarlos.

Por todo lo anterior, estimamos que en caso de no haber un PPF, no habrá una medida del control de la natalidad y por lo tanto - para el futuro año 2000, la población estará estimada en 619,929,

000 habitantes y no se podrá mantener el equilibrio entre los recursos naturales y la población, así como, el mejoramiento y estabilidad de la pareja (1,2,3).

## DINAMICA FAMILIAR

Chagoya, la define como el conjunto de interacciones continuas entre cada uno de los miembros en los cuales va a ver un intercambio de sentimientos, compartimientos y expectativas; con el objeto de mantener una homeostasis familiar, condicionando una organización biopsicosocial, en constante cambio y crecimiento (16).

Los vínculos familiares se hacen a través de una combinación de factores: biológicos, psicológicos, sociales y económicos. Biológicamente, la familia sirve para perpetuar la especie. Es la unidad básica de la sociedad que se encarga de la unión del hombre y la mujer, para engendrar descendientes y asegurar su crianza y educación. La relación entre hombre y mujer, y las costumbres se xuales juegan un papel menos importante que el cuidado de los niños.

Psicológicamente, los miembros de la familia están ligados en interdependencia mutua para la satisfacción de sus necesidades afectivas respectivas. Y están ligados económicamente en interdependencia mutua para la provisión de sus necesidades materiales.

La organización de la familia no es en ningún sentido estático o sagrada, tampoco es la familia el pilar de la sociedad. Es más bién la sociedad la que moldea el funcionamiento de la familia para lograr su mayor utilidad. Así la familia es en todo sentido el producto de la evolución. Es una unidad flexible que se adapta sutilmente a las influencias que actúan sobre ella, tanto des

de dentro como desde fuera. En sus relaciones externas debe adaptarse a las costumbres y normas morales prevaletientes y debe hacer conexiones amplias y viables con fuerzas raciales, religiosas, sociales y económicas. Pero la familia debe también aceptar dentro de ellas las condiciones de las ligaduras biológicas básicas de hombre y mujer, y de madre e hijo.

Hay una continuidad fundamental entre individuo, familia y sociedad. Pero la organización biosocial de la conducta es distinta - en cada uno de estos niveles.

La familia hace dos cosas: asegurar la supervivencia física y - constituye lo esencialmente humano del hombre. La satisfacción - de las necesidades biológicas básicas es esencial para sobrevivir, la matriz para el desarrollo de estas cualidades humanas es la experiencia familiar de estar juntos. Esta unión está representada por la unión de madre e hijo y se refleja posteriormente en los lazos de identidad del individuo y la familia, de la familia y la comunidad más amplia.

Se puede considerar a la familia como una especie de unidad de - intercambio; los valores que se intercambian son amor y bienes - materiales. Estos valores fluyen en todas direcciones dentro de la esfera familiar.

Es esencial para el desarrollo emocional experimentar ciertas de - silusiones, desarrollar tolerancia a la frustración y aceptar - resultados que no colmen completamente lo esperado. Sin esto - Habrá un estímulo insuficiente para nuevas experiencias y nuevas

conquistas.

La forma característica en que los padres muestran su amor entre ellos y hacia los hijos es de la mayor significancia para determinar el clima emocional de la familia.

La relación entre la identidad individual y la identidad familiar se caracterizan por el sutil interjuego de proceso de combinación y diferenciación.

La tarea de la familia es socializar al niño y fomentar el desarrollo de su identidad. Hay dos procesos centrales involucrados - en este desarrollo: primero, el paso de una posición de dependencia y comodidad infantil a la autodirección del adulto y sus satisfacciones concomitantes; segundo, el paso de un lugar de importancia infantil, magnificada, omnipotente a una posición de menor importancia, esto es, de la dependencia a la independencia y desde el centro de la familia a la periferia. Ambos procesos - son funciones psicológicas de la familia como unidad; estos procesos deben ser graduales en beneficio de la salud emocional del niño.

Lo que moldea la identidad de la nueva familia es la interracción, fusión y rediferenciación de las individualidades de las partes de esta pareja matrimonial. Cada conyuge procura desarrollarse progresivamente como individuo y también realizar las metas familiares.

La interracción familiar moldea los alcances del impacto entre -

fantasía y realidad y afecta así el desarrollo de la percepción de la realidad.

Las interrelaciones entre la conducta individual y familiar deben analizarse en estas dimensiones: 1) La dinámica familiar de grupo de la familia; 2) Los procesos dinámicos de la integración emocional del individuo en su rol familiar; 3) la organización interna de la personalidad individual y su desarrollo histórico.

Los fenómenos de los roles familiares constituyen el puente entre los procesos internos de la personalidad y la estructura de la familia como grupo. Los papeles familiares de marido, mujer, padre y madre, padre e hijo y hermano, son intrínsecamente interdependientes y recíprocos. Cada miembro de la familia está obligado a integrarse a múltiples roles y también a roles extrafamiliares (17).

## ROLES

Un rol es un modelo abstraído de la posición legal, cronológico-sexual de un miembro de la familia (madre, esposo, hijo, hermano, etc.); este modelo describe ciertas conductas esperadas, permitidas y prohibitivas de la persona en ese rol. Del concepto de rol familiar se derivan varios tipos de análisis: el estudio de los procesos de aprendizaje de las conductas de rol, de la inevitable multiplicidad de roles atribuidos a cualquier individuo (conyuge y padre, hijo y hermano, etc.) y por supuesto, de la integración de los roles en la estructura familiar.

El concepto de rol tiene algo que es básicamente individual en su origen y orientación y que por consiguiente no se adecúa bien al examen del proceso familiar.

Un rol aísla al individuo como una unidad separada para el estudio, de manera que las relaciones entre dos o más individuos serán necesariamente fenómenos secundarios.

Los roles de los integrantes de la familia son:

**PADRE:** Es la autoridad formal que proporciona satisfacciones materiales (proveedor). Además de ser el órgano de choque entre los conflictos extrafamiliares. Gratifica sexual y afectivamente a la esposa, protege y educa a los hijos.

**MADRE:** Es la autoridad real, que otorga satisfacciones materiales (administra). También es el órgano de choque en los conflictos intrafamiliares y al igual que el padre gratifica sexual y afectivamente al esposo protege y educa a los hijos. El papel de la mujer en la familia es el más importante, la madre es el eje, es el centro de atención, quién construye y conserva la estructura familiar, la que cría a sus hijos, les da estabilidad psicológica y emocional y se dedica a la unificación de la familia.

**HIJO:** Es el receptor, modelación, compensación y gratifica emocionalmente a los padres.

## ESTRUCTURA FAMILIAR

La estructura familiar es el conjunto invisible de las demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales. Las transacciones repetidas establecen pautas acerca de que manera, cuando y con quién relacionarse, y estas pautas apuntalan el sistema (18).

La existencia continúa de la familia como sistema, depende de una gamma suficiente de pautas, la disponibilidad de pautas transaccionales alternativas, y la flexibilidad para movilizarlas -- cuando es necesario hacerlo. La familia debe responder a cambios internos y externos y por lo tanto, debe ser capaz de transformarse de modo tal que le permita encarar nuevas circunstancias -- sin perder su continuidad que proporciona un marco de referencia a sus miembros.

El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a -- través de sus subsistemas. Los individuos son subsistemas en el interior de una familia. Los subsistemas pueden ser formados por generación, sexo, interés o función.

La organización en subsistemas de una familia proporciona un entrenamiento adecuado en el proceso de mantenimiento del diferenciado "yo soy" al mismo tiempo ejerce sus habilidades interpersonales en diferentes niveles.

El sistema familiar está conformado en tres subsistemas: conyu--gal, paternal y fraterno. En este estudio sólo se está investi--gando el subsistema conyugal, por lo que es el único que se des--cribirá (18).

### SUBSISTEMA CONYUGAL

Se constituye cuando dos adultos de sexo diferente se unen con - la intención expresa de constituir una familia. Posee tareas o - funciones específicas, vitales para el funcionamiento de la famili lia. Las principales cualidades requeridas para la implementa---ción de sus tareas son la complementaridad y la acomodación mú---tua. Es decir, la pareja debe desarrollar pautas en las que cada esposo apuntala la acción de otro en muchas áreas. Debe desarrollar pautas de complementaridad que permitan a cada esposo ceder sin sentir que se ha dado por vencido. Tanto el esposo como la esposa deben ceder parte de su individualidad para lograr un senti tido de pertenencia.

El subsistema conyugal puede convertirse en un refugio ante los stress externos y en la matriz para el contacto con otros siste--mas sociales. Puede fomentar el aprendizaje, la creatividad y el crecimiento. En el proceso de acomodación mútua, los conyuges -- pueden actualizar aspectos creativos de sus pautas que permane--cian latentes y apuntalar los mejores rasgos de cada uno. Pero - las parejas también pueden estimularse mutuamente los rasgos ne--gativos. Los conyuges pueden insistir en mejorar o preservar a - su pareja y a través, de ese proceso, descalificarla. En lugar -

de aceptarla como es, imponen nuevos standars que deben lograr-- se. Pueden establecer pautas transaccionales de tipo dependiente protector, en cuyo marco el miembro dependiente se mantiene como tal para proteger la impresión de su conyuge de ser el protec -- tor.

El subsistema conyugal debe llegar a un límite que lo proteja de la interferencia de las demandas y necesidades de otros sistemas ; en particular, cuando la familia tiene hijos. Los adultos de-- ben poseer un territorio psicosocial propio, en refugio que pue-- den proporcionarse mutuamente, un sostén emocional.

#### INVESTIGACION DE LA DINAMICA FAMILIAR

La exploración de la familia no es una tarea ni se logra investi-- gando mecánicamente las respuestas a una lista de preguntas. Todas las familias buscan justificarse ante ellas mismas y mante-- ner una apariencia aceptable en términos convencionales, así como un equilibrio y homeostásis interna (16).

Los elementos teóricos que debemos tener en cuenta como conoci-- mientos indispensables para el estudio de la familia son: 1) Ciclo de vida familiar, 2) Estructura familiar, 3) Tipología familiar, 4) Funciones de la familia, 5) Principios sobre la teoría general de la comunicación y principios sobre la teoría general de sistemas.

La información que obtengamos debe estar encaminada a mostrar-- nos como son las relaciones interpersonales en esta familia, así

como la existencia o el antecedente de algún trastorno psicológico específico en alguno de sus miembros.

#### CICLO DE VIDA DE LA FAMILIA

Las funciones de la familia varían con el ciclo de vida de la familia, existiendo cinco fases en su ciclo de vida (19).

a) Fase de matrimonio.- Cuando dos personas se unen en matrimonio, su preocupación inicial es prepararse para un nuevo tipo de vida. Se combinan los recursos de las dos personas, sus papeles se alteran y se asumen nuevas funciones.

Las principales áreas en esta fase son ajuste sexual, información sobre el control de la natalidad e interacción de la personalidad.

b) Fase de expansión.- La mayor parte de la práctica médica es otorgar a las familias en esta fase. Educación prenatal, atención del parto, cuidado postnatal, control del niño sano, temprano reconocimiento y apropiado manejo de síntomas, inmunizaciones, desarrollo del niño e interacción familiar.

c) Fase de dispersión.- En esta fase los padres tienen que conseguir que el niño este socializado, ayudarlo a tener autonomía y cubrir sus necesidades. La familia debe acomodarse a ser completamente independiente, y a esto se suma los rápidos cambios sociales y culturales; el advenimiento de la adolescencia es tal -

vez el que más pone a prueba la flexibilidad del sistema familiar.

d) Fase de independencia.- Cuando la familia se dispersa, los padres tienen que aprender a ser independientes otra vez. Y para que esta fase sea completa, los hijos deben ser independientes -- mientras mantienen los lazos con los padres. Pudiendo continuar -- las fases de socialización, afecto y status.

e) Fase de retiro y muerte.- La planeación para el fin de la vida familiar es tan difícil como planear el principio y es obvio que se hace con un entusiasmo muy diferente.

El problema puede complicarse con una temprana incapacidad física de algún miembro de la familia, especialmente cuando los recursos económicos están muy limitados.

En relación a la vejez las nuevas generaciones no pueden entender ni percibir el fenómeno y sus problemas. Se tiende a ignorar a -- los viejos, a sentir impaciencia con ellos o a negarlos.

#### FUNCIONES DE LA FAMILIA

Los problemas de ajuste que tienen las familias están relacionadas con su capacidad para llenar las funciones básicas que la sociedad espera de ellas. Se han desarrollado diversas tipologías, pero por lo menos se pueden especificar cinco funciones de la familia.

1.- Socialización.- La familia tiene la responsabilidad primaria de transformar a un niño en X número de años en un ser capaz de completa participación en sociedad.

2.- Cuidado.- Cubrir las necesidades físicas y de salud, de los miembros de la familia. Las respuestas a las demandas de cuidado depende no sólo del proceso que tengan las familias a estos recursos, sino también del nivel de conocimientos de las familias, o sea, que las familias no sólo necesitan conocer que servicios son accesibles sino como usarlos.

3.- Afecto.- Cubrir las necesidades afectivas de sus miembros -- porque la respuesta afectiva de un individuo a otro, provee la recompensa básica de la vida familiar.

Aunque cuidado y afecto pueden ser conceptualmente separadas, en la práctica no es fácil diferenciarlos. Cuidado y afecto son parte del proceso de socialización y son recompensados y castigados.

4.- Reproducción.- Una función básica de la familia es la de proveer nuevos miembros a la sociedad.

5.- Status y nivel socioeconómico.- En los estudios de estratificación social, los científicos sociales están concientes de que las diferencias en niveles económicos de las familias resultan en variaciones de estilo de vida y de oportunidades. Es la responsabilidad de proveer la necesaria socialización y las expe---

riencias educacionales que permiten al individuo asumir una voca  
ción y un rol en grupos que sean concientes con sus expectativas  
(19).

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existe disfunción en el subsistema conyugal después de que el es poso es vasectomizado?

Puede ser observada esta disfunción en los pacientes adscritos a la consulta externa de Urología del HGZ # 29 del IMSS?

### HIPOTESIS

Los pacientes masculinos adscritos a la consulta externa de Urología del HGZ # 29 del IMSS después de ser sometidos a vasectomía, presentan disfunción en su subsistema conyugal.

### OBJETIVOS INMEDIATOS

- A) Determinar si existe relación de asociación estadísticamente significativa entre la vasectomía y la presencia de alteración en las funciones del subsistema conyugal.
- B) Determinar que funciones del subsistema conyugal se encuentran alteradas en estos pacientes.
- C) Determinar la frecuencia de pacientes a los cuales se les realizó vasectomía y se alteró su subsistema conyugal.

#### OBJETIVO MEDIATO

Proporcionar una atención integral a las familias con esposo vasesectomizado y que presenten alteraciones en el subsistema conyugal.

## DISEÑO DE INVESTIGACION

- 1.- TIPO DE INVESTIGACION: Prospectivo, transversal, explicativo descriptivo y comparativo.
- 2.- UNIVERSO DE TRABAJO: Se estudió a los pacientes que acudieron a la consulta externa de Urología del HGZ # 29 del IMSS, durante el periodo comprendido entre el 1<sup>er</sup> de octubre al 30 de noviembre de 1988, para ser sometidos a vasectomía.
- 3.- AREA, ESPACIO TEMPORAL: La realización de este estudio, se llevó a cabo en la consulta externa del servicio de Urología del HGZ # 29 del IMSS, durante el período comprendido entre el 1<sup>er</sup> de octubre al 30 de noviembre de 1988.
- 4.- CRITERIOS DE INCLUSION: A) Pacientes masculinos de 15 a 54 años de edad, que acudieron a la consulta externa del servicio de Urología y que se les realizó vasectomía dentro del período que comprende el estudio.  
  
B) Pacientes con vasectomía que no hayan presentado complicaciones posteriores a la cirugía.

5.- CRITERIOS DE EXCLUSION: A) Pacientes que no aceptaron entrar al estudio.

B) Todos los pacientes que estan en control por psiquiatria.

C) Todos los pacientes que no reunieron los criterios de inclusion.

## DETERMINACION DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: VASECTOMIA.- Intervención quirúrgica para ocluir los conductos deferentes y por lo tanto, impedir la eyaculación de espermatozoides.

VARIABLE DEPENDIENTE: SUBSISTEMA CONYUGAL.-Se constituyen cuando dos adultos de sexo diferente, se unen con la intención expresa de constituir una familia, poseen tareas o funciones específicas vitales para el funcionamiento de la familia.

### 1.- Complementaridad:

- 1.1 Sentido de pertenencia
- 1.2 Refugio ante stress externo
- 1.3 Matriz con el contacto con otros subsistemas
- 1.4 Fomento de aprendizaje
- 1.5 Fomento de creatividad
- 1.6 Fomento de crecimiento.

### 2.- Acomodación mútua:

- 2.1 Interrelación personal.

## MATERIAL Y METODOS

La selección de la muestra se seleccionó en forma aleatoria y -- que reunieran los criterios de inclusión.

Instrumentación de captación de datos: A todos los pacientes se les aplicó un cuestionario estructurado para evaluar su subsistema conyugal antes y después de la vasectomía.

Los resultados se captarán y tabularán en tablas específicas y - posteriormente se realizó su presentación en gráficas y análisis estadístico.

CATEGORIZACION DE VARIABLES (1)

VARIABLES E INDICADORES	Nº DE PREGUNTAS	CATEGORIZACION
<p>SUBSISTEMA CONYUGAL</p> <p>I: Complementaridad</p> <p>I.1. Sentido de pertenencia.</p>	1,2,3,4,5,6,33.	<p>Nunca</p> <p>A veces</p> <p>Casi siempre</p> <p>Siempre</p>
<p>I.2. Refugio ante -- stress externo.</p>	7,8,9,10,32,34,35,47.	<p>Nunca</p> <p>A veces</p> <p>Casi siempre</p> <p>Siempre</p>
<p>I.3. Matriz con el -- contacto con otros subsistemas.</p>	11,12,13,14,28,30.	<p>Nunca</p> <p>A veces</p> <p>Casi siempre</p> <p>Siempre</p>
<p>I.4. Fomento de aprendizaje.</p>	15,16,17,18.	<p>Nunca</p> <p>A veces</p> <p>Casi siempre</p> <p>Siempre</p>
<p>I.5. Fomento de creatividad.</p>	19,20,21,22.	<p>Nunca</p> <p>A veces</p> <p>Casi siempre</p> <p>Siempre</p>

CATEGORIZACION DE VARIABLES (2)

VARIABLES E INDICADORES	Nº DE PREGUNTAS	CATEGORIZACION
I.6. Fomento de crecimiento.	23,24,25,26.	Nunca A veces Casi siempre Siempre
II: Acomodación mútua.	27,29,31,36, 37,38,39,40, 41,42,43,44, 45,46,48,49, 50.	Nunca A veces Casi siempre Siempre

## CUESTIONARIO

Ficha de identificación:

Nombre	Edad
Estado civil	Escolaridad
Ocupación	Religión
Años de matrimonio	Nº de hijos
Domicilio	Salario mensual
Nº de afiliación.	

Se estableció para todas las preguntas las siguientes categorías:  
0= NUNCA, 1= A VECES, 2= CASI SIEMPRE, 3= SIEMPRE.

- 1.- Está usted en contacto continuo con su familia de origen?
- 2.- Está su conyuge en contacto continuo con su familia de origen?
- 3.- Cuando visitan a su familia de origen lo acompaña su conyuge?
- 4.- Cuando visitan a la familia de origen de su conyuge, la acompaña usted?
- 5.- Está conciente que al unirse en matrimonio formó una familia independiente a su familia de origen?
- 6.- Está conciente de ésto su conyuge?
- 7.- Cuando una situación de peligro le provoca miedo o angustia recibe apoyo de su conyuge?
- 8.- Cuando a su conyuge le sucede lo mismo recibe ayuda de us--

ted.

- 9.- Cuando alguna situación dentro de su trabajo o en sus actividades extradomiciliarias le provoca stress, recibe algún apoyo de su conyuge?
- 10.- Cuando lo anterior le sucede a su conyuge, recibe apoyo de usted?
- 11.- Cuando decide visitar a sus amigos suele acompañarlo su conyuge?
- 12.- Cuando decide hacerlo su conyuge, la acompaña usted?
- 13.- Su pareja suele hacer buenas relaciones sociales con familiares o amigos de usted?
- 14.- Usted suele hacer buenas relaciones sociales con familiares o amigos de su conyuge?
- 15.- Durante su matrimonio su conyuge se ha preocupado por enseñarle cosas que ignoraba o que no supiera realizarlas?
- 16.- Usted ha hecho lo mismo con respecto a su conyuge?
- 17.- Durante su matrimonio usted ha fomentado que su conyuge continúe estudiando o bién que inicie estudios de algo que le interesa?
- 18.- Su conyuge le ha fomentado lo anterior?
- 19.- Cuando su pareja decide hacer una mejoría o bién un trabajo que requiere de destreza, recibe su apoyo?
- 20.- Cuando usted decide hacerlo recibe apoyo de su conyuge?
- 21.- Cuando ha habido la posibilidad de realizar una ampliación

a su vivienda ha recibido apoyo de su conyuge?

22.-Su pareja le ha sugerido arreglos a su vivienda?

23.-Cuando llegó el momento de aumentar la familia, hubo acuerdo mutuo para esto?

24.-Los embarazos fueron planeados por usted y su pareja?

25.-Está usted contento con el número de hijos que tienen?

26.-Está su conyuge contenta con el número de hijos que tienen?

27.-La relación con su pareja dentro y fuera del hogar ha sido -- satisfactoria?

28.-Cuando hay que realizar alguna actividad social, la realizan de mutuo acuerdo?

29.-Siente usted que su matrimonio le ha condicionado satisfac-- ciones y alegrías?

30.-Platica con su pareja cuando llega de su trabajo?

31.-Le dedica parte de su tiempo únicamente a su pareja?

32.-Siente indispensable la presencia de su pareja?

33.-Su pareja le permite el regreso a su domicilio libremente -- sin limite de horario?

34.-Ha contribuido su conyuge para que usted supere algún vicio o actividad inconveniente?

35.-Usted ha contribuido para que su pareja lo supere?

36.-Las relaciones sexuales dentro de su matrimonio han sido satisfactorias para ambos?

- 37.- Cuando realizan sus relaciones sexuales lo hacen de mútuo a cuerdo?
- 38.- Si tiene un problema genital se lo comenta a su pareja?
- 39.- Su pareja le comenta si tiene un problema genital?
- 40.- Si no queda satisfecho con sus relaciones sexuales se lo comenta a su conyuge?
- 41.- Si su pareja no queda satisfecha con lo anterior se lo comenta?
- 42.- Le agrada tener relaciones sexuales cuando se encuentra en estado de ebriedad?
- 43.- Le comunica a su conyuge las cosas que no le agradan durante sus relaciones sexuales?
- 44.- Su conyuge le comunica lo anterior?
- 45.- Hay caricias previas a la relación sexual?
- 46.- Estimula adecuadamente a su conyuge durante la relación sexual para lograr satisfacciones mútuas?
- 47.- Aparte de su conyuge sostiene relaciones con otra persona?
- 48.- Tiene algún trastorno en la erección?
- 49.- Le agrada tener relaciones sexuales en la misma habitación siempre?
- 50.- A su pareja le agrada tener relaciones sexuales siempre en la misma habitación?

## RESULTADOS

Se estudiaron 30 aceptantes de vasectomía, adscritos a la consulta externa de Urología del HGZ # 29 del IMSS, que acudieron durante el período del 1<sup>o</sup> de octubre al 30 de noviembre de 1988.

Dichos pacientes se les aplicó un cuestionario estructurado, para evaluar su subsistema conyugal antes y después de la vasectomía.

Los resultados que se obtuvieron con respecto a la edad fue que el mayor número de vasectomizados representan el 46.67 por ciento de los sujetos (30-34 años), siguiendo en frecuencia el 26.67 por ciento (25-29 años). (Tabla 1).

En relación a los años de matrimonio, el 46.67 por ciento de las parejas tenían de 5-9 años de casados y sólo el 6.66 por ciento tenían de 1-4 años.

Lo que se refiere al número de hijos 18 vasectomizados (60%), tenían 2-3 hijos, y el 40 por ciento (12 vasectomizados), de 4-5 hijos. El promedio de hijos fue de 2.8 con un intervalo de 1-5.

La religión, era predominantemente católica en 86.6 por ciento de los sujetos; el 10 por ciento negaron filiación religiosa alguna y sólo un paciente (3.33%), pertenecía a la denominada religión mormona.

En la escolaridad, el grupo en que hubo más vasectomizados (26.67 por ciento), cursaron una carrera profesional; aunque en orden --

descendente le siguió en frecuencia el bachillerato con 7 (23.33 por ciento); el 20 por ciento (6 pacientes); y un porcentaje similar con un grado máximo de estudios, la instrucción primaria (tabla 2).

Con respecto a la ocupación, el obrero y el profesionista (30.0 y 26.67 por ciento de los sujetos respectivamente), fueron los que ocuparon el máximo porcentaje y sólo el 20 por ciento eran vendedores (tabla 3).

En relación al salario mensual el mayor ingreso correspondía al 40 por ciento de los sujetos (12); con \$501,000 a un millón de pesos y el grupo más pequeño conformado por el 13.33 por ciento (4) de \$241,000 a 500,000. (tabla 4).

En todas las parejas se interrogó la frecuencia de sus relaciones sexuales en los últimos seis meses y se obtuvo que sólo el 18.3 por ciento (6), practicaron más de 15 coitos por mes, el 40 por ciento (12), de 10-15 coitos y sólo el 6.66 por ciento (2), uno a tres coitos.

La función de complementariedad, del subsistema conyugal en los 30 pacientes antes de ser vasectomizados mostró que el 72.25 por ciento de los casos (21.67 pacientes), nunca se alteró; en el 12.21% de los casos (3.67 pacientes) a veces se alteró; en el 11.1% de los casos (3.33 pacientes), casi siempre; y sólo un 4.44 % (1.33 pacientes), se encontró alterada siempre.

Con respecto a la función de acomodación mutua del subsistema conyugal, sólo evaluó la subfunción de interrelación personal, mostrando en los mismos pacientes antes de ser vasectomizados, que el 63.37% de los casos (19), nunca se alteró; en el 13.32% de los casos (4), casi siempre; con un porcentaje similar siempre se alteró y un 9.99% de los casos (3) a veces.

En este subsistema se valoraron cinco subfunciones, previas a la vasectomía, de complementaridad encontrándose lo siguiente:

a) Sentido de pertenencia: El 76.69% (23 pacientes) no estuvo alterada; el 13.32% (4 pacientes) a veces; casi siempre en el 6.66% (2) y siempre en un 3.33% (1).

b) En la subfunción de refugio ante stress externo el 66.70% (20) no estuvo alterada; siempre en 13.32% (4), casi siempre en un 9.99% (3), y con sólo 9.99% (3) a veces.

c) Matriz con el contacto con otros subsistemas, en esta subfunción se observó que el 70.03% (2), no se alteró; el 19.98% (6), casi siempre se alteró; el 6.66% (2), a veces y sólo 3.33% (1) siempre estaba alterado.

d) Fomento de aprendizaje en esta subfunción el 70.03% (21), nunca se alteró; el 16.65% (5), casi siempre; el 6.66% (2), a veces y siempre se altera en 6.66% (2 pacientes).

e) Fomento de creatividad. Se encontró que el 76.69% (23), nunca se alteró; el 16.65% (5), a veces; el 6.66% (2), casi siempre y ninguno mostró que siempre se alterara.

f) Fomento de crecimiento. Esta subfunción mostró que el 73.36% (23), no estaba alterada; el 19.98% (6), a veces; el 6.66% (2), casi siempre y ninguno mostró que siempre se alterada.

En cuanto a la función de acomodación mutua del mismo subsistema conyugal, donde se estudio la interrelación personal de la pareja, antes de ser vasectomizados encontrandose que un 63.37% (19), no esta alterada; siempre en el 13.32% (4); casi siempre con un porcentaje similar y sólo un 9.99% (3) a veces estuvo alterada -- Tabla 5.

La función de complementaridad del subsistema conyugal en los mismos 30 pacientes ya vasectomizados, mostró que el 63.37% de los casos no se alteró nunca; el 18.31% de los casos (5.5), a veces se alteró; el 13.32% (4), casi siempre; y sólo el 4.99% de los casos siempre se alteró (tabla 6).

La función de acomodación mutua que sólo evaluó la subfunción de interrelación personal mostró en los pacientes vasectomizados, -- que el 50.05% (15), no se alteró nunca; el 19.99% de los casos -- (6); casi siempre, el 16.65% de los casos (5), soltero siempre y -- que el 13.3% de los casos (4), a veces se alteró (tabla 6).

Las seis subfunciones de la función de complementaridad, también se evaluaron posterior a la vasectomía encontrandose lo siguiente:

a) Sentido de pertenencia: El 73.36% (22 pacientes) continuaba sin alterarse; el 16.65% (5 pacientes), a veces; casi siempre el 6.66% (2 pacientes); y siempre en sólo un 3.33% (1 paciente).

b) En la subfunción de refugio ante stress externo el 60.04% (18) no se alteró; y a veces, casi siempre y siempre se encontraron - con el mismo porcentaje de 13.32 (4 pacientes).

c) Matriz con el contacto con otros subsistemas: en esta subfunción se observó que el 59.95% (16 pacientes), no se alteró; el - 23.31% de los casos (7) casi siempre se alteró; el 19.98% a veces y sólo el 3.33% (un pacientes) siempre continuaba alterado.

d) Fomento de aprendizaje: En esta subfunción el 60.04% (18), con tinuaba sin alterarse, el 19.98% (6), casi siempre; y a veces y - siempre 9.99% (3 pacientes).

e) Fomento de creatividad: Se encontró que el 70.03% (21), no se alteró; el 19.98% (6), a veces; el 9.99% (3 pacientes) casi siem pre y ninguno mostró que siempre se alterará.

f) Fomento de crecimiento: Esta subfunción se observó que el 63.- 37% (19), no se alteraba; el 29.97% (9), a veces se alteraba; el 6.66% (2), casi siempre y ninguno mostro que siempre se alterara.

Estos resultados se captaron y tabularon en tablas específicas y posteriormente se realizó su presentación en gráficas y análisis estadístico.

TABLA 1.

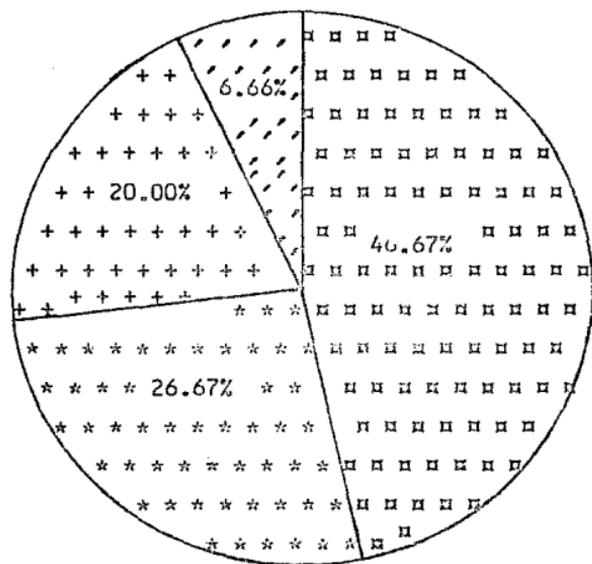
Vasectomizados, por grupo de edad, adscritos a la consulta ext., de Urología del HGZ #29 del IMSS. (1<sup>ra</sup> de oct - 30 de nov 1988).

GRUPO DE EDAD	Nº DE PACIENTES	%
25-29	8	26.67
30-34	14	46.67
35-39	6	20.00
40-44	2	6.66
T O T A L	30	100.00

Fuente: Encuesta directa.

GRAFICA 1.

Distribución de vasectomizados, por grupos de edad.



Fuente: Tabla 1.

▣▣▣▣ 35-39 años

▣++▣ 30-34 años

▣\* \* \*▣ 25-29 años

▣▣▣▣ 40-44 años.

TABLA 2.

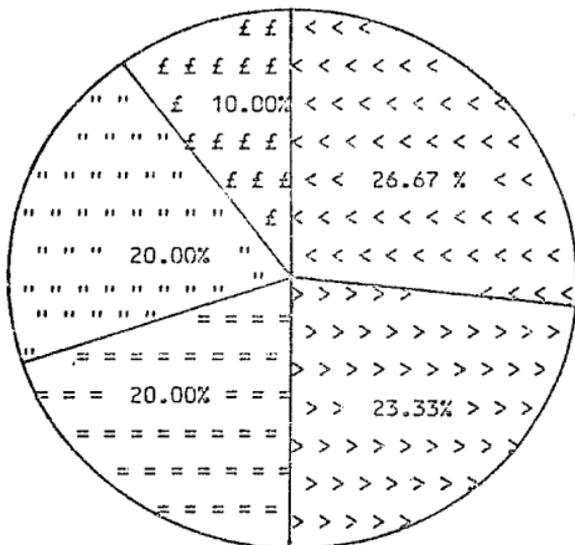
Vasectomizados de acuerdo a su escolaridad, adscritos a la consulta ext. de Urología del HGZ # 29 del IMSS. (1ª de oct - 30 de nov 1988).

ESCOLARIDAD	Nº DE PACIENTES	%
Primaria	6	20.00
Comercio	3	10.00
Secundaria	6	20.00
Bachillerato	7	23.33
Profesional	8	26.67
T O T A L	30	100.00

Fuente: Encuesta directa.

GRAFICA 2.

Distribución de vasectomizados, de acuerdo a escolaridad.



- <<<< Profesional
 == Secundaria
- >>>> Bachillerato.
 " " " " Primaria
- f f f f Comercio

Fuente: Tabla 2.

TABLA 3.

Vasectomizados de acuerdo a su ocupación, adscritos a la consulta ext de Urología del HGZ # 29 del IMSS.

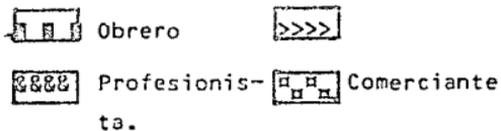
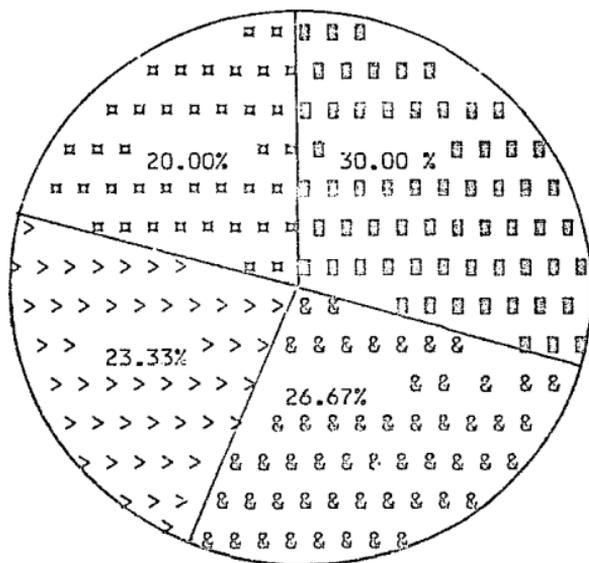
(1ª de oct - 30 de nov 1988)

OCUPACION	Nº DE PACIENTES	%
Obrero	9	30.00
Comerciante	6	20.00
Empleado	7	23.33
Profesionista	8	26.67
T O T A L	30	100.00

Fuente: Encuesta directa.

GRAFICA 3.

Distribución de vasectomizados, de acuerdo a su ocupación.



Fuente: Tabla 3.

TABLA 4.

Vasectomizados de acuerdo, al salario mensual, adscritos a la consulta ext de Urologia del -- HGZ # 29 del IMSS.

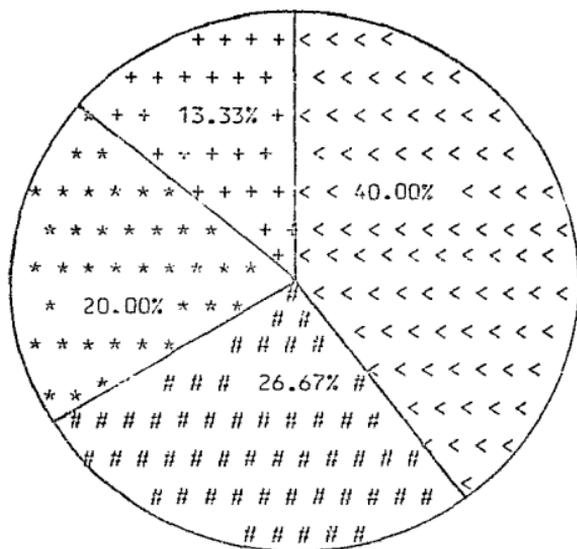
(1<sup>ra</sup> de oct - 30 de nov 1983).

SALARIO	Nº DE PACIENTES	%
\$0.00	8	26.67
<sup>a</sup> 240,000		
\$2,1,000	4	13.33
<sup>a</sup> 500,000		
\$501,000	12	40.00
<sup>a</sup> 1,000,000		
\$1,100,000	6	20.00
<sup>a</sup> 2,000,000		
T O T A L	30	100.00

Fuente: Encuesta directa.

GRAFICA 4.

Distribución de acuerdo a ingreso mensual.



#### \$0.00 - 240,000

<<<<< \$501,000 - 1,000,000

++++ \$241,000-500,000

\* \* \* \* \* \$1,100,000-2,000,000

Fuente: Tabla 4.

TABLA 5.

Función de complementariedad y acomodación mútua del subsistema conyugal en 30 pacientes antes de ser vasectomizados, adscritos a la consulta externa de Urología del HGZ # 29 del IMSS.

(1ª de oct - 30 de nov 1988)

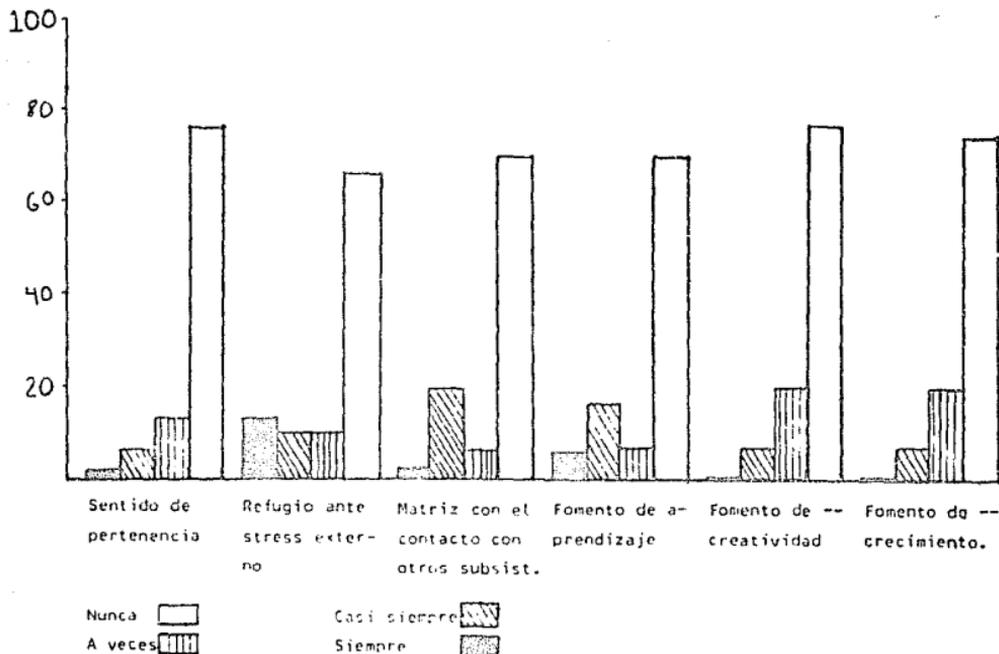
Indicadores \ Categoría	Nunca		A veces		Casi siempre		Siempre	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1.- Complementariedad								
Sentido de pertenencia.	23	76.69	4	13.32	2	6.66	1	3.33
Refugio ante stress ext.	20	66.70	3	9.99	3	9.99	4	13.32
Matriz con el contacto con otros subsistemas	21	70.03	2	6.66	6	19.98	1	3.33
Fomento de aprendizaje	21	70.03	2	6.66	5	16.65	2	6.66
Fomento de creatividad	23	76.69	5	16.65	2	6.66	0	0.00
Fomento de crecimiento	22	73.36	6	19.98	2	6.66	0	0.00
2.- Acomodación mútua.								
Interrelación personal.	19	63.37	3	9.99	4	13.32	4	13.32

Fuente: Encuesta directa.

GRAFICA 5.

Distribución de la función de complementaridad en 30 pacientes antes de ser vasectomizados, adscritos a la consulta ext de Urología del HGZ # 29 del IMSS.

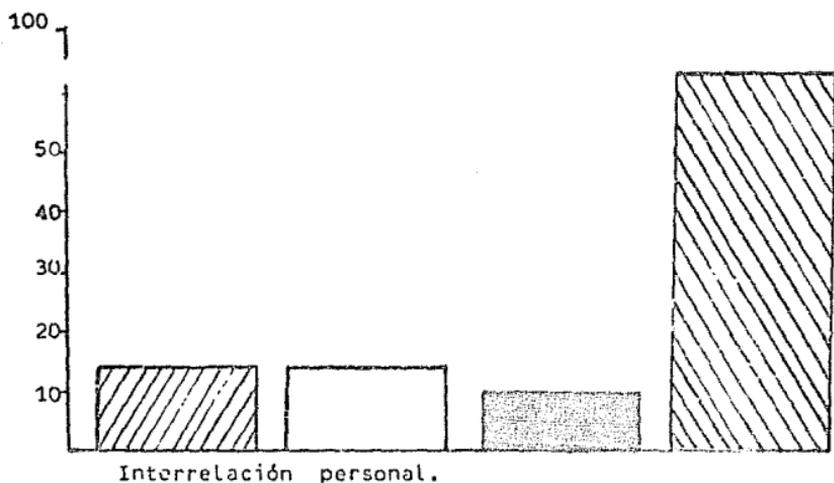
(1<sup>a</sup> de oct - 30 de nov 1988)



Fuente: Tabla 5.

GRAFICA 6.

Distribución de la función de acomodación mútua en 30 pacientes antes de ser vasectomizados, ads critos a la C ext de Urología del HGZ # 29 del IMSS. (1<sup>ra</sup> de oct - 30 de nov 1988).



Fuente: Tabla 5



TABLA 6.

Alteración de la función de complementariedad y acomodación mutua del - subsistema conyugal en 30 pacientes vasectomizados, adscritos a la consulta externa de Urología del HGZ # 29 del IMSS.

(1<sup>ra</sup> de oct - 30 de nov 1988)

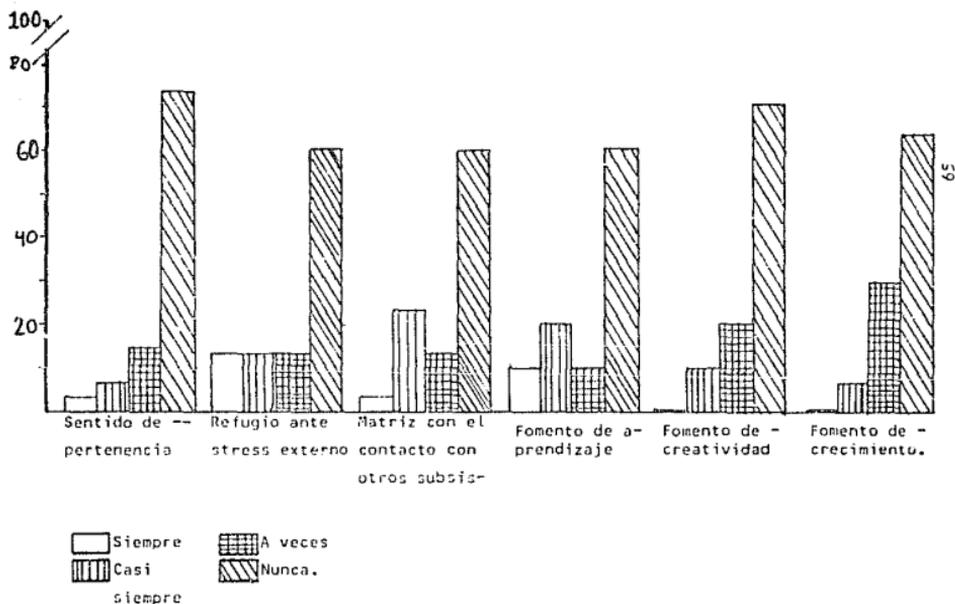
Categoría Indicadores	Nunca		A veces		Casi siempre		Siempre	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1.- Complementaridad								
Sentido de pertenencia	22	73.36	5	16.65	2	6.66	1	3.33
Refugio ante stress ext.	18	60.04	4	13.32	4	13.32	4	13.32
Matriz con el contacto con otros subsistemas	16	59.95	6	19.98	7	23.31	1	3.33
Fomento de aprendizaje	18	60.04	3	9.99	6	19.98	3	9.99
Fomento de creatividad	21	70.03	6	19.98	3	9.99	0	0.00
Fomento de crecimiento	19	63.37	9	29.97	2	6.66	0	0.00
2.- Acomodación mutua.								
Interrelación personal.	15	50.05	4	13.32	6	19.98	5	16.65

Fuente: Encuesta directa.

GRAFICA 7.

Distribución de la función de complementariedad en 30 pacientes vasectomizados, adscritos a la consulta externa de Urología -- del HGZ # 29 del IMSS.

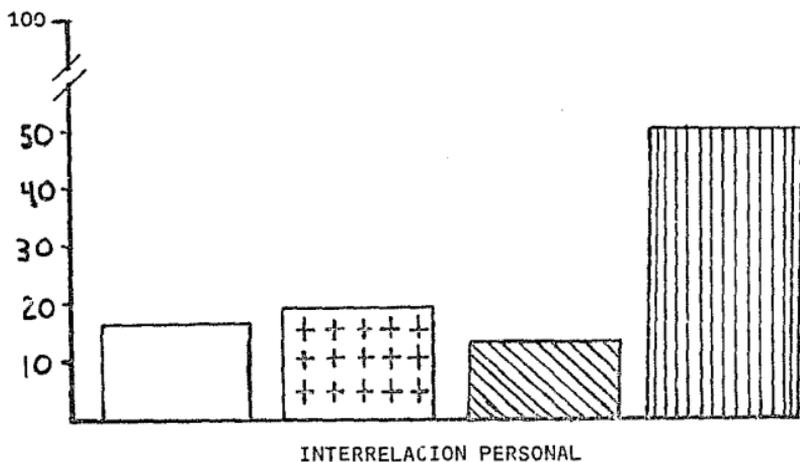
(1<sup>a</sup> de oct - 30 de nov 1988)



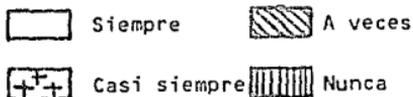
Fuente: Tabla 6.

GRAFICA 8.

Distribución de la función de acomodación mútua en 30 pacientes vasectomizados, adscritos a la C ext de Urología del HGZ # 29 del IMSS. (1<sup>a</sup> de oct - 30 de nov 1988).



Fuente: Tabla 6.



## TRATAMIENTO ESTADISTICO

1.- HIPOTESIS ESTADISTICA: Los pacientes masculinos adscritos a la consulta externa de Urología del HGZ # 29 del IMSS después de ser sometidos a vasectomía, presentan disfunción en su sub sistema conyugal.

2.- HIPOTESIS NULA (Ho): Los pacientes adscritos a la consulta ex terna de Urología del HGZ # 29 del IMSS, después de ser vasesc tomizados no presentan disfunción en su subsistema conyugal.

Pacientes vasectomizados = funcionalidad en su subsistema conyugal.

3.- HIPOTESIS ALTERNA (Ha): Los pacientes adscritos a la consulta externa de Urología del HGZ # 29 del IMSS después de ser vasesc tomizados presentan mayor disfunción en su subsistema conyugal.

Paciente vasectomizados > disfunción de su subsistema conyugal.

4.- PRUEBA ESTADISTICA: 
$$\chi^2 = \frac{N(\langle AD - BC \rangle - \frac{N}{2})^2}{(A+B)(C+D)(A+C)(B+D)}$$

5.- NIVEL DE SIGNIFICANCIA: = 0.05.

6.- Grados de libertad:  $gl = (r-1)(k-1)$   
 $gl = 1$ .

7.- Coeficiente de confianza:  $\chi^2 = 2.71$ .

8.- CRITERIOS DE RECHAZO O ACEPTACION:

$$\chi^2_c = 2.71.$$

Si  $\chi^2_{exp} < \chi^2_c$  se rechazó hipótesis alterna ( $H_a$ ) y se aceptó hipótesis nula ( $H_0$ ).

Procedimiento:

1.-Sentido de pertenencia:

Tipo de grupo	Nunca	siempre	Tótal
Vasectomizados	27	3	30
No vasectomizados	27	3	30
TOTAL	54	6	60

$$\chi^2_{exp} = \frac{60 \left( \left( \frac{81}{54} - \frac{31}{60} \right) - \frac{60}{2} \right)^2}{(30)(30)(54)(6)} = 1.85$$

2.- Refugio ante stress externo:

Tipo de grupo	NUNCA	SIEMPRE	TOTAL
Vasectomizados	22	8	30
No vasectomizados	23	7	30
T O T A L	45	15	60

$$\chi^2_{exp} = \frac{60 \left( \left( \frac{154}{45} - \frac{184}{60} \right) - \frac{60}{2} \right)^2}{(30)(30)(45)(15)} = 0.00009.$$

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

3.- Matriz con el contacto con otros subsistemas:

Tipo de grupo	Nunca	Siempre	Total
Vasectomizados	22	8	30
No vasectomizados	23	7	30
T O T A L	45	15	60

$$\chi^2_{exp} = \frac{60(<154-184> - \frac{60}{2})^2}{(30)(30)(45)(15)} = 0.00009.$$

4.- Fomento de aprendizajes:

Tipo de grupo	Nunca	Siempre	Total
Vasectomizados	21	9	30
No vasectomizados	23	7	30
T O T A L	44	16	60

$$\chi^2_{exp} = \frac{60(<147-207> - \frac{60}{2})^2}{(30)(30)(44)(16)} = 0.085.$$

5.- Fomento de creatividad:

Tipo de grupo	Nunca	Siempre	Total
Vasectomizados	27	3	30
No vasectomizados	28	2	30
Total	55	5	60

$$\chi^2_{exp} = \frac{60(<54-84> - \frac{60}{2})^2}{(30)(30)(55)(5)} = 0.0002.$$

6.- Fomento de crecimiento:

Tipo de grupo	Nunca	Siempre	Total
Vasectomizados	28	2	30
No vasectomizados	28	2	30
T o t a l	56	4	60

$$\chi^2_{exp} = \frac{60(<56-56> - \frac{60}{2})^2}{(30)(30)(56)(4)} = 0.0002.$$

7.- Interrelación personal:

Tipo de grupo	Nunca	Siempre	Total
Vasectomizados	19	11	30
No vasectomizados	22	8	30
T o t a l	41	19	60

$$\chi^2_{exp} = \frac{60 \left( \frac{19 \cdot 22}{60} - \frac{60}{2} \right)^2}{(30)(30)(41)(19)} = 0.30.$$

## C O N C L U S I O N E S

En base a los resultados obtenidos, en el presente estudio de 30 vasectomizados, adscritos a la consulta externa de Urología del HGZ # 29 del IMSS, que acudieron durante el periodo del 1º de octubre al 30 de noviembre de 1988, concluimos:

La edad de los sujetos y el número promedio de hijos, está de acuerdo con la naturaleza definitiva del método y el deseo de los conyuges de dar por terminada la etapa reproductiva de sus vidas. La creencia religiosa, no fue obstaculo para la selección de la vasectomía, en tanto que si influyeron en la decisión consideraciones de orden socioeconómico.

El nivel escolar, como se vio en estudios previos correspondía a la instrucción primaria, en este estudio predomino en una mínima parte la licenciatura superior y media superior.

Las ocupaciones predominantemente fueron, las de obrero y profesionista, lo que está de acuerdo con el nivel de escolaridad y el nivel sociocultural.

Con respecto a la dinámica familiar, más del 70% de los aceptantes de vasectomía, la función de complementaridad y acomodación mutua se mantenían estables y sólo un 4.14% mostraron que siempre estaba alterada, por lo que su relación con su pareja en estos sujetos previa a la vasectomía fueron catalogadas como buenas.

Los pacientes ya vasectomizados mostraron que todas las subfunciones de complementaridad y acomodación mutua, se vieron alteradas en no más de un 10 por ciento, predominando la de acomodación mutua que evalúa la interrelación personal.

El análisis estadístico nos indica, que en este estudio los pacientes después de ser vasectomizados no presentan disfunción en el subsistema conyugal, ya que la  $\chi^2$  crítica era de 2.71 y la  $\chi^2$  experimental resultó ser de 2.23 por lo que dado que es menor el valor, se rechaza hipótesis alterna y se acepta hipótesis nula. Hay que considerar, que dado que el estudio se realizó en un corto plazo, no se puede valorar su dinámica familiar a través del subsistema conyugal. Por lo que, es necesario llevar a cabo estudios multicéntricos que involucren un número mayor de sujetos, por períodos prolongados, con muestra frecuentes y la inclusión de un grupo control de sujetos no vasectomizados, adecuadamente aparcados, para poder conocer con precisión la importancia clínica de los hallazgos mencionados. Además de que sería conveniente que la esposa fuera parte activa dentro del estudio de su pareja.

## B I B L I O G R A F I A

- 1.- Viel B. La crisis poblacional en América Latina. *Population Reports. Programas de planificación familiar. Serie J., Núm 18, febrero 1978: j1-j31.*
- 2.- Rinehart MA, Kols A, et al. Madres y niños más sanos mediante la planificación familiar. *Population Reports. Programas de planificación familiar. Serie J, Núm 27 mayo 1985:j1-j47.*
- 3.- Kleiman RL, et al. Federación Internacional de la planificación familiar. *Manual de Planificación Familiar para Médicos Ed. Austin Impresores 1976:1-72.*
- 4.- Giner VJ.: Vasectomía parcial bilateral. *Gac Méd Méx 1983;-- 119:255-61.*
- 5.- Hackett, RE y Waterhouse, K.: Vasectomy reviewed. *Am J Obst Gynecol. 1973;116:438.*
- 6.- Ackman, C.F.; Mac Isaac, S.G.; Schual, R.: Vasectomy benefits and risk. *Int J Gynecol Obstet. 1976;16:493.*
- 7.- Moreno A.J. y cols: La vasectomía como método de control natal. *Med Int Méx. 1988;4:22-23.*
- 8.- Frances M.; Kovacs G.T.: A comprehensive review of the sequelae of male sterilization. *Contraception. 1983;28:455-73.*

- 9.- Alderman P.M.: Vasectomies. Motivations and Attitudes of -- physicians-as-patients. Can Fam Physician. 1984;34:1749-52.
- 10.- González de Malo, S.; Giner, J.; Alejandro O.A. Patrones - anticonceptivos según la escala de Tennessee en hombres va-- sectomizados y sus parejas. Ginec Obst Méx.1979:45-67.
- 11.- Galicia, C.G.; González, M.J.; Melayes, S.C.: La vasecto-- mía y la dinámica familiar. Tesis recepcional. 1982.
- 12.- Peititi D.B, Klein R, Kipp H, et al. A survey of personal - habits symptoms of illness and histories of disease in men with vasectomies. Am J Public Health.1982;72:476-80.
- 13.- Massey F.J, et al. Vasectomy and Health Resukt from a large cohort study. JAMA.1984;252:1023-29.
- 14.- Kronmal A.R., et al. Vasectomy and urolithiasis. Lancet -- 1988;2/9:22-3.
- 15.- Sharlip M.D.: Late spontaneous Reversal of vasectomy. JAMA. 1986;255:820.
- 16.- Santacruz V.J.: La familia como unidad de análisis. Rev Méd IMSS (Méx). 1983;21:348-56.
- 16A.-Martínez M.J.: Programa de Planificación Familiar (resulta-- dos 1985).1986:1-35.

- 17.- Ackerman N.W.: Diagnóstico y Tratamiento de las relaciones familiares. Méx. Edit Horme 1977:35-46.
- 18.- Minuchin, S.: Familias y Terapia Familiar. Edit Gedisa 1986 86-98.
- 19.- Conn, M.: Medicina Familiar. Edit Limusa. 1980:2-10.
- 20.- Irigoyen A. Fundamentos de Medicina Familiar. Dinámica Familiar. Méx: Ediciones de Medicina Familiar en México,1980: - 21-26.
- 21.- Satir V. Relaciones humanas en el Núcleo Familiar. Méx. Editorial Pax México,1987:111-21.