

11226
42
20j



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIVISION DE ESTUDIOS DE POST-GRADO
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 08**

**ANORGASMIA EN MUJERES CON ESTERILIZACION
QUIRURGICA VOLUNTARIA.**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TESIS RECEPCIONAL

**PARA OBTENER EL RECONOCIMIENTO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A
PAULA GONZALEZ MARTINEZ**



TULPETLAC, EDO. DE MEX.

1986



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

CONTENIDO

	PAGINA(S)
Resumen-----	I
Introducción-----	2
Justificación-----	3-5
Antecedentes Bibliográficos-----	6-13
Objetivos-----	14-15
Variables-----	16
Hipotesis-----	17
Tipe de Estudio-----	18
Universe de Estudio-----	18
Métodos, Técnicas y procedimientos-----	19-21
Resultados y análisis de los Resultados-----	22-37
Conclusiones-----	38-40
Bibliografía-----	41-43
Questionario-----	44-49

RESUMEN

En el presente trabajo, encaminado a investigar si la esterilización quirúrgica voluntaria era causa de anorgasmia secundaria en un grupo de 100 mujeres pertenecientes a las unidades de Medicina Familiar No 93 y 67, así como al Hospital General de Zona Tlaxpetlac, comparativamente con una muestra de 100 mujeres de las mismas unidades sin esterilización. Se encontró que ninguna de las mujeres con esterilización quirúrgica voluntaria presentaba anorgasmia secundaria, encontrándose sin embargo en un 6% de estas alteración en la dinámica familiar y al parecer la esterilización fue el factor causal de este.

Así mismo, se aportan algunos datos socioeconómicos y culturales de estas mujeres y su compañero, tratando de encontrar alguna correlación de estos y sus consecuencias en base al método de Planificación Familiar utilizado, dando énfasis a la Salpingoclasia.

INTRODUCCION

Este trabajo de investigación, tuvo por finalidad investigar si se presenta anergamia secundaria a la esterilización quirúrgica voluntaria en mujeres, así como conocer en que porcentaje se presenta y hacer correlación de ésta disfunción sexual con posibles factores biopsicosociales, culturales y sexuales que puedan estar interfiriendo en la presentación de la misma. Lo anterior a través de un cuestionario asesorado para hacerle accesible a cada tipo de paciente que se trate, en el cual se contemplan 5 áreas, así como el Test de matices progresivos de Raven.

Sabemos, nos enfrentamos a una situación un tanto difícil debido a que el instrumento de trabajo que se utiliza adolece de medición exacta en base a parámetros y debemos basarnos en los datos que se logren obtener de la entrevista.

Siendo pues la Salpingeclasia el método de esterilización quirúrgica un método de planificación familiar utilizado en forma masiva, sin previo estudio integral de la mujer o la pareja que le solicita, violándose uno de los principios de la Federación Internacional de Planificación de la Familia, es importante investigar si éste estudio integral es o no necesario.

JUSTIFICACION

En la actualidad, existen contados estudios acerca de las consecuencias biopsicosociales, sexuales y culturales en mujeres con esterilización quirúrgica voluntario en nuestro medio y las existentes no especifican éste tipo de alteraciones, sobre todo en la esfera sexual de la mujer e la pareja, mencionandose solamente que en la mujer existe el temor a ser desplazada como mujer valga la redundancia en su medio, debido a estereotipos socioculturales y sexuales erróneos, destacando entre estos el aspecto de la reproducción como único fin de su actividad sexual y no con el fin de lograr placer y comunicación con su pareja sexual.

En base a lo anterior, se decidió esta investigación sobre la anergasmia secundaria a la esterilización, por medio de la Salpingeclasia, la cual cuenta con gran aceptación popular debido a su actual acceso y como solución o freno a una serie de problemas, sobre todo económicos, y no psicosexuales, esferas que generalmente son olvidadas. Encentrandose tras su popularidad el manejo por una política demográfica, que en su afán de solución de la explosión demográfica olvidan uno de los aspectos básicos que es estudiar integralmente a la mujer o /y pareja que-

lo solicitan, tal como lo estipula la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), tratando de prevenir o limitar las consecuencias indeseables en los mismos, ya que según numerosos estudios, la sexualidad y con esto el placer sexual, es el eje que mueve al mundo, así, Oswald Schwara afirma lo siguiente: "La sexualidad afecta a todos los aspectos de nuestra personalidad. Solicita la colaboración de nuestros sentidos y nuestra afectividad. Pero sobre todo como medio singular y privilegiado de comunicación, pone al descubierto nuestro inconsciente; nuestros deseos; nuestras reticencias; nuestros temores y nuestra agresividad manifestándose en el abrazo sexual. En este sentido, cabe decir que la sexualidad es incapaz de mentir" .

Aer lo tanto, en caso de encontrar disfunciones sexuales posterior a la salpingoclasia, es de suponer que afectará a la mujer como ser sexuado, a su pareja sexual, a su familia, grupo y sociedad en que se desenvuelve finalmente.

De lo anterior la importancia del presente trabajo en la ayuda de la formación profesional en la concientización para seguir los principios de la IPPF. Considerando que es factible, en base que requiere para su elaboración de un cuestionario dividido en 5 áreas, que se les aplicará a 2 grupos de mujeres, un control y un experimental, que nos permita identificar las causas posibles de anorgasmia desde el aspecto biopsicosocial y sexual. Así como la test de matices progresivos de Raven para determinar IQ y su posible correlación con lo anterior.

Es vulnerable, ya que la anorgasmia secundaria a esterili-

zación, que en caso de demostrarse , puede ser prevenida siguiendo los principios de la IPPF, evitándose con lo anterior conductas no deseables en el sujeto al que se le practica la esterilización ,que además de repercutir en su individualidad, repercutirá a su grupo al cual pertenece.

ANTECEDENTES

BIBLIOGRAFICOS

Los métodos anticonceptivos, han venido evolucionando a la par de los adelantos técnicos y científicos, partiendo desde elementos naturales a los físicos y químicos hasta los quirúrgicos e definitivos. Estos últimos promovidos sobre todo a partir de 1971 debido a una convocatoria lanzada por el cuerpo de Gobierno de La Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), en la cual exhortaba al nombramiento de un cuerpo de expertos en esterilización con carácter urgente, a fin de estudiar entre otros aspectos de ésta los psicológicos del sujeto o pareja que soliciten esterilización.

Los procedimientos quirúrgicos de esterilización, en un principio se encontraban encaminados a realizarse principalmente por indicaciones médicas específicas, tales como la eugenesia y las debidas a la morbilidad materna-infantil. Posteriormente se amplía a parejas con paridad satisfecha y para mujeres mayores de 35 años de edad. En el transcurso de la última década, el método de la salpingoclasia se ha puesto a disposición popular, sin importar los aspectos biopsicosociales y sexuales de la mujer o pareja que lo solicita de acuerdo a los principios establecidos por la IPPF, que mencionan, se deben tomar en consideración pa-

ra evitar alteraciones futuras. Correspondiendo al personal médico y paramédico de acuerdo a lineamientos éticos y médico-legales la orientación a las personas que le soliciten acerca de la naturaleza y consecuencias de dicho acto quirúrgico.¹

En la actualidad existen una serie de test para determinar el perfil psicológico y que han sido aplicados en las parejas - que presentan esterilidad. Entre estos, se encuentran: Test Beta de Coeficiente Intelectual; Test Edwards; Test Gestáltico Isometriz de Loretta Bender; Test Proyectivo de la Figura Humana de Karen Machover y otros. Siendo los anteriores difíciles de conseguir, aplicar y calificar en nuestro medio, en el cual en especial, se cuenta con las pruebas o test de Raven, así como cuestionarios en los cuales se enfocan preguntas clave, aunque sin dejar de caer en el riesgo de obtener datos no muy precisos e verídicos como en la mayoría de los estudios psicosociales.

Existe una investigación², en la que se estudia el perfil psicológico de la pareja estéril, en la cual, a pesar de estudiar una muestra no significativa, menciona que existe en estas parejas una pérdida de la afectividad y el control del funcionamiento y alteración respecto a los valores de la sexualidad debido a inmadurez psicosexual que viene emparejado a estereotipos sexuales equívocos, sobre todo en la mujer debido a su rol asignado como ente pasivo y al hombre conflictos en su virilidad. En dicho estudio, los pertenecientes a la clase socioeconómica y cultural más baja presentaban más de las dichas alteraciones.

En 1979 en el Hospital de Gineco Obstetricia No. 1 del Ins

titute Mexicano del Seguro Social, se analizaron los factores - del por que la pareja no acepta la Salpingoclasia p^{er} parto como método de esterilización definitiva, destacandose entre otros - datos encontrados, que existe tanto en el hombre como en la mujer el deseo de tener más hijos, sin tener relación con paridad o número de hijos que se tenían en ese momento, así como el deseo de tener un hijo más de determinado sexo. ⁴esalte además la desconfianza del hombre hacia la mujer por temor al adulterio.- Concluyendose que la negación se debía a factores reproductivos e temor a la infidelidad. ³

Un estudio reciente realizado por un grupo de psicólogos- y médicos, miembros de la Jefatura de Servicios de Planificac - ción del Instituto Mexicano del Seguro Social ⁴ enfoca las moti- vaciones y efectos psicosociales de la esterilización femenina- voluntaria. Concluyendose que el primer motivo de la esteriliza - ción fue el de paridad satisfecha, mal estado de salud, situac - ción económic^a y problemas con métodos temporales, los últimos- tres en orden descendiente, refiriendose solo una de las paciente que el motivo era mejorar las relaciones sexuales. Pese a lo an- terior, se apoya la idea de los psiquiatras de que un porcenta- je importante de mujeres experimentan una ambivalencia acerca - de la necesidad del embarazo, el parto y la crianza, por que el deseo de tener hijos está siempre presente, por lo tanto, la es - terilización nunca podrá estar exenta de alteraciones psicológi- cas, sobre todo en las mujeres que tienen un aprendizaje erroneo acerca de la feminidad como sinónimo de reproducción y por consi- guiente, una vez esterilizada, su autoimagen se vería devaluada

con los reflejos consecutivos de su conducta en el medio ambiente en el que se desenvuelve. Le anterior, debido al arraigo a estereotipos equívocos y perjudiciales para su ser mujer, expresando lo anterior generalmente como temor a cambios en la función sexual, temor a la pérdida de la posición estratégica en el hogar y alteraciones en el cambio de poder en la familia, sebre todo al rechazo por parte del cónyuge, padres y/o hijos.

Lo anterior, es apoyado por los estudios de Master y Johnson ⁵, los cuales contemplan lo siguiente:

La transmisión de los roles culturales, fueron establecidos en una época en que no se tenía conocimiento de las limitaciones sexuales ni variaciones naturales de la capacidad natural sexual del hombre y la mujer. Habiendo sufrido los roles transgresiones de lo más erróneo y marcado después de la Revolución Industrial debido al doble código para hombre y mujer tanto sexual como social, convirtiéndose el aspecto reproductivo como único para la mujer, quien no debía experimentar placer durante las relaciones sexuales y ser depositarias del semen masculino. Imponiéndose lo anterior firmemente sobre la idea del sexo como expresión de ternura humana o fuente de placer recíproco, por lo que centenares de hombres y mujeres, se han visto reducidos a pautas de comportamiento gravemente neurótico e incluso manifestamente psicótico sobre todo en la mujer debido a la dada potencia falsa del hombre sobre la mujer, la cual aún persiste, debida principalmente a la transmisión cultural, controlando como esto la función sexual natural de la mujer además de la existencia del matrimonio monogámico, considerandola finalmente anorgas

mica. A fines de 1958, en medio de la más obscura ignorancia intelectual y emocional referente a la esfera sexual del ser humano, Kinsey da a luz los aspectos sexuales y funcionales sobre todo de la mujer, modificando en forma notoria los roles sexuales aunque sin extinguir los vicios existentes en las conductas sexuales en la pareja, reflejándose aún hoy el hecho de que si la mujer no obtiene placer en las relaciones sexuales es ella - la responsable y no el hombre, el cual antes de esta década era el único responsable de las relaciones sexuales, a pesar de que se ha establecido que un acto sexual es la fusión de dos seres en uno, tanto en tiempo como en espacio. En base a la responsabilidad del orgasmo, debido a la anorgasmia, fenómeno más frecuente en la mujer y su responsabilidad e no sobre esta disfunción, cae en peligro de devaluar su autoimagen, como lo expresa Simone de BEAUVOIR:

"La mujer que se sabe y se hace objeto, cree verdaderamente verse en el espejo, por que pasiva y entregada, este reflejo es, como la mujer misma, una simple cosa".

Lo anterior, trae como consecuencia la desarmonía sexual y matrimonial, ya que además de no obtener satisfacción sexual en el acto, se vería en peligro de perder dos gratificaciones sociales: ser esposa y ser madre, por lo que debe pagar el precio-exigido, la supresión de su naturaleza sexual.

Existen otros estudios que apoyan el proceso de la esterilización femenina, como el realizado en el Hospital de Gineco-Obstetricia No 2 del IMSS⁶. En este estudio, concluyen que es un método cada vez más popular debido a su disponibilidad con -

mínimas secuelas psicosociales y por lo tanto sexuales, sin especificarse ni mencionar porcentajes, lo que es básico para determinar si estas alteraciones son o no importantes, para el su jete como individuo y para su medio ambiente sobre el cual repercutirán sus conductas alteradas debido a su desequilibrio se cundario o desencadenado por la esterilización.

Contraponiendo lo anterior, existen otras investigaciones en las que se mencionan las posibilidades de alteraciones biopsicosociales en la mujer con esterilización quirúrgica voluntaria: 7; 8; 9; 10 .

El orgasmo, es una de las fases de la respuesta sexual humana, ampliamente estudiada por Helen Kaplan y Mastery Johnson. Consistiendo en una serie de contracciones rítmicas de la plata forma orgásmica principalmente, siendo precedida por el deseo y la excitación y le continúa la fase de resolución, mencionándose por los investigadores mencionados, que existe además del componente muscular dos componentes más, uno psicológico, que se refiere a la sensación de que se acompaña el componente muscular y varía de sujeto a sujeto y el otro que es el componente social, o sea las manifestaciones o conductas durante esa fase. Si aceptamos lo anterior, tenemos que la anorgasmia es la ausencia de orgasmo en la respuesta sexual humana, después de haberse presentado la fase de deseo y excitación. Siempre y cuando, según Kaplan en lo referente a disfunciones sexuales se presente en un 50% o más de las actividades sexuales.

La anorgasmia femenina es la disfunción sexual más frecuente en estas, encontrándose de acuerdo a la estadística hallada-

por Kaplan en un 60-70% con la posibilidad etiológica más frecuente de tipo psicológico y de estas el temor irracional de ser abandonada y establecer su independencia sexual debido a - tradicionalismos socioculturales. Lo anterior, le viene a apoyar Kinsey quien menciona que la disposición reactiva sexual y la - capacidad de respuestas de la mujer adulta, dependen esencialmente de su desarrollo psicosexual y no del status endocrino, - además de su dependencia a factores condicionados de su medioambiente en relación a los aspectos socioculturales. Siendo por consiguiente la conducta sexual de la mujer más pasiva y como - máximo provocativa-expectativa, por lo que la satisfacción de - su demanda erótica y sexual depende más de su compañero, pese a ser la mujer a diferencia del hombre multiorgásmica y demostrada por Master y Johnson que los orgasmos iterativos son frecuentemente más satisfactorios que el primero y fáciles de conseguir por autoestimulo.

Apoyando lo anterior, se destacan como posibles factores - causales de anorgasmia a los roles estereotipados de la mujer y del hombre; regulación reproductora e de la sexualidad de la - cual es responsable la mujer; expectativa equívoca de realización como mujer en cuanto a la capacidad de reproducirse. II, 12

W. Steckel en "La Mujer Frígida" menciona : "Entre las mujeres frías siempre se encuentran gran número de "esclavas" de la familia ligadas al pasado e incapaces de gozar del presente".

Kinsey menciona entre otras cosas, que la causa más frecuente de anorgasmias es el temor al embarazo, mencionándose por otro

lado, se menciona que dentro de los efectos indeseables sobre la sexualidad por el uso de técnicas anticonceptivas en ausencia de información inadecuada e sensibilización de la mujer para usar determinado método se encuentran las disfunciones sexuales por el temor que el método interfiera en el desempeño sexual. 13

OBJETIVOS

1.- Demostrar que el proceso de esterilización quirúrgica—voluntaria en mujeres es causa de anorgasmia femenina secundaria

2.-Establecer posibles relaciones entre ésta anorgasmia secundaria y aspectos biopsicosociales, culturales y sexuales como factores secundarios desencadenantes.

3.-Demostrar que en la mujer mexicana siempre está latente el deseo de tener más hijos independientemente de la paridad.

4.-Establecer posibles causas de identificación de feminidad con la capacidad reproductiva y la anorgasmia secundaria por esterilización quirúrgica.

5.-Establecer porcentajes de toma de decisión de la esterilización , en cuanto a la mujer e bien por la pareja.

6.-Establecer relación entre coeficiente intelectual y anorgasmia secundaria por esterilización.

7.-Establecer porcentajes de anorgasmia secundaria por la esterilización quirúrgica como posible causa de desequilibrio en la dinámica familiar.

8.-Analizar consecuencias psicosexuales referentes a la anorgasmia secundaria por esterilización quirúrgica voluntaria en base a la información recibida del procedimiento y por el tipo de personas que se la brindaron.

VARIABLES

- a.-Evitar una situación tensa a la mujer encuestada.
- b.-Lograr una comunicación adecuada entre el entrevistante y la mujer entrevistada.
- c.-Realizar la entrevista en forma comoda y sólo a la paciente en cuestión, evitando con este modificación o alteración de sus respuestas .
- d.-Exponer las preguntas en forma concisa y adecuadas de acuerdo a las características de la entrevistada.
- e.-No inferir respuestas, si no anotar lo que responde la paciente en cada una de las preguntas formuladas.
- f.-Tener el tiempo necesario para aplicar el cuestionario , evitando con este premura y probable alteración de datos de acuerdo al tipo de mujer en cuestión.

HIPOTESIS

HIPOTESIS DE TRABAJO:

Si las mujeres a las cuales, se les ha practicado esterilización quirúrgica voluntaria, presentan posterior a ésta anergasmia secundaria en 50% o más de sus actividades sexuales, - entonces la esterilización quirúrgica voluntaria es causa de -- anergasmia secundaria.

HIPOTESIS NULA:

Si las mujeres a las cuales se les practica esterilización quirúrgica voluntaria no presentan anergasmia secundaria a ésta en el 50% de sus actividades sexuales, entonces, la esterilización quirúrgica voluntaria no es causa de anergasmia secundaria.

DISEÑO

EXPERIMENTAL

TIPO DE ESTUDIO: Comparativo.

UNIVERSO DE ESTUDIO:

1. Grupo experimental : 100 mujeres las cuales se hayan realizado la salpingeclasia voluntariamente y que pertenezcan a las Unidades de Medicina Familiar No 93 y al Hospital General de Zona Tlaxpetlac, que esten de acuerdo con cooperar para efectuar el estudio.

2. Grupo Control: 100 mujeres que esten planificando la Familia con cualquier otro método de control y que pertenezcan a la Unidad de Medicina Familiar No 93 y/o al Hospital General de Zona Tlaxpetlac.

MÉTODOS, TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Las muestras del grupo control y el grupo experimental se realizará al azar, captandolas en la consulta de Medicina Familiar, así como a través de los expedientes e tarjetas de control del programa de planificación Familiar de las unidades del IMMS mencionadas, así como las que se encuentren dentro del área física de éstas y que acepten la aplicación del cuestionario, siempre y cuando cubran los criterios de inclusión que a continuación se mencionan:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- 1.- El grupo experimental, que se halla realizado la Salpingoclasia en forma voluntaria.
- 2.- Haberse realizado la salpingoclasia con un mínimo de 6 meses a la fecha de la aplicación del cuestionario.
- 3.- Que no presente patología agregada posterior a la Salpingoclasia que puedan alterar la fase de orgasmo de la respuesta Sexual humana.
- 4.- Que no ingiera medicamentos en forma sostenida que intervenga en la fase de orgasmo de la respuesta sexual humana.

5.-Con vida sexual activa antes, después y actualmente en relación a la Salpingeclasia.

6.-Edad de 20-45 años.

7.-Escolaridad: de analfabetas a profesionistas.

8.-Ocupación: Hogar a profesionistas.

9.-No de hijos: de 0-15

10.-Estado civil: Soltera; unión libre; casada; viuda; divorciada y abandonada.

11.- Nivel socioeconómico y cultural: cualquiera.

12.-Religión :Cualesquiera.

13.Pareja sexual estable.

NOTA: los mismos para el grupo control, excepte los dos primeros, referentes a la salpingeclasia, que se encuentran utilizando cualquier método anticonceptivo diferente.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

1.-Que se niegue a contestar en forma completa el cuestionario.

2.-Detectar alguna patología o ingesta de medicamentos que altere la fase de orgasmo en la respuesta sexual humana.

El cuestionario se aplicará dentro del área física de las unidades mencionadas, teniendo a la mano el cuestionario formulado para dicho fin, el cual se anexa al final, siendo aplicado únicamente por el investigador responsable y el colaborador para evitar otras variables más en el sentido de las preguntas y capacitación de las respuestas, contando con tiempo suficiente para su aplicación, incluso si es necesaria una segunda entrevista por-

falta de tiempo de parte de la entrevistada, procurando un sitio tranquilo y sin testigos para la aplicación del cuestionario que pueda interferir en las respuestas. Así mismo, se les aplicará el Test de Matices progresivas de Raven.

Los resultados, se compararan en forma simultanea para determinar si existen diferencias significativas e no en cuanto a los objetivos planteados per medio de gráficas, medidas de tendencia central, realizandose análisis de resultados y finalizan de con la(s) conclusiones en base a los objetivos.

RESULTADOS

Los resultados, se irán mencionando de acuerdo a las áreas y objetivos planteados del trabajo.

1.- En relación a la edad de los 2 grupos estudiados, no existió diferencia significativa, con una mediana de 33,15 en el grupo experimental y 31,60 años en el grupo control. (Tabla I-5 y gráficas 1 y 2).

2.- En cuanto a escolaridad y ocupación de las mujeres de ambos grupos, tampoco se encuentre diferencias significativas, siendo en cuanto a escolaridad nivel primaria y secundaria las más frecuentes, así como en cuanto a ocupación, la del hogar sobresale visiblemente, siguiéndole la de empleada, lo anterior se puede apreciar y comparar en las tablas del 5 al 10 y en las gráficas de la 3 a la 5.

3.- En lo que se refiere a la escolaridad y ocupación del compañero de las mujeres de los dos grupos, tampoco se encuentran diferencias significativas, predominando escolaridad a nivel primaria y secundaria, con ocupación principal de obrero, siguiendo

EDADES: GRUPO EXPERIMENTAL

Edad	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43
Frec.	0	2	1	0	6	7	17	8	13	8	3	6	5	3	4	4	8	2	2	1

TABLA No. 1 Edades y frecuencia

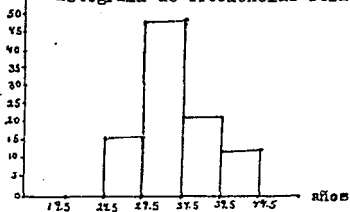
Intervalo de clase (edad)	L.R.I	L.R.S	Frec.
20 - 24	19.5	24.5	0
25 - 29	24.5	29.5	16
30 - 34	29.5	34.5	49
35 - 39	34.5	39.5	22
40 - 44	39.5	44.5	13
Total			100

TABLA No. 2

Edades acumuladas
por intervalo de -
clase.

GRAFICA No. 1

Histograma de frecuencias relativas per edad.



Meda: 30 años

Media: 34 y 35 años

Mediana: 33.15 años

EDADES: GRUPO CONTROL

Edad	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	44
frec.	1	1	1	0	2	7	6	11	16	1	21	6	0	10	4	5	1	4	2	1

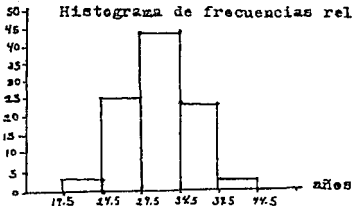
TABLA No 3 Edades y frecuencia.

Intervalo de edad	L.R.I	L.R.S	Frec.
20-24	19.5	24.5	03
25-29	24.5	29.5	26
30-34	29.5	34.5	44
35-39	34.5	39.5	24
40-44	39.5	44.5	03
total			100

TABLA No. 4
Edades acumuladas por intervalo de clase.

GRAFICA No. 2

Histograma de frecuencias relativas per edad



Meda: 32 años

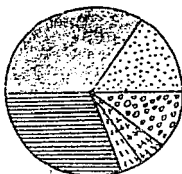
Mediana: 30 y 31 años

Media: 31,60 años

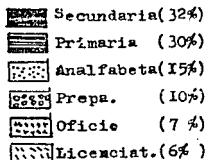
ESCOLARIDAD Y OCUPACION : GRUPO EXPERIMENTAL

Escolaridad	Frec.
Analfabeta	15
Primaria	30
Secundaria	32
Oficio	07
Preparatoria	10
Licenciatura	06
total	100

TABLA No. 5

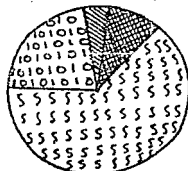


GRAFICA No 3

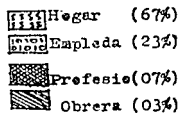


Ocupación	Frec.
Hogar	67
Obrera	03
Empleada	23
Profesionista	07
total	100

TABLA No 6



GRAFICA No 4



Secundaria	20	62.53 %
Preparatoria	3	30.00 %

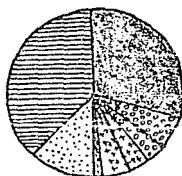
TABLA No. 7

Relación entre escolaridad de secundaria o más y ocupación hogar, con su porcentaje respectivo de su grupo.

ESCOLARIDAD Y OCUPACION: GRUPO CONTROL

escolaridad	Frec
analfabeta	13
Primaria	42
Secundaria	30
Oficio	01
Preparateria	07
Licenciatura	07
total	100

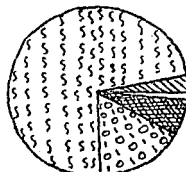
TABLA No 8



GRAFICA No. 5

Ocupación	Frec.
Hogar	70
Obrera	03
Empleada	20
Profesionista	07
total	100

TABLA No. 9



GRAFICA No. 6

Secunadria	19	63.33%
Preparateria	0	0%

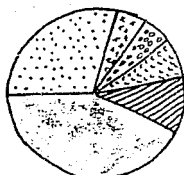
TABLA No. 10

Relación entre escolaridad de secundaria a más y ocupación hogar, con su respectivo tante por ciento de su grupo.

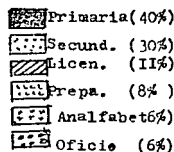
ESCOLARIDAD Y OCUPACION DE LOS COMPAÑEROS DEL GRUPO EXPERIMENTAL

Escolaridad	frec.
analfabeta	6
primaria	40
secundaria	30
preparatoria	8
Licenciatura	II
Oficio	6
total	100

TABLA No. II

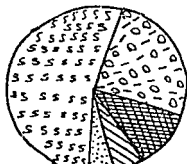


GRAFICA No. 7

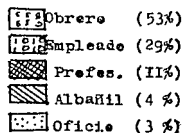


Ocupación	frec.
obrero	53
Albañil	4
Empleado	29
Profesionista	II
Oficio	3
total	100

TABLA No 12



GRAFICA No. 8



secundaria	obrero	18	60%
Preparatoria	empleado	8	100%

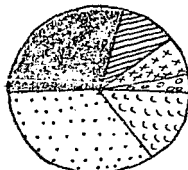
TABLA No 13

Relación entre escolaridad de secundaria a más con ocupación obrero y empleado.

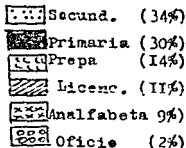
ESCOLARIDAD Y OCUPACION DE LOS COMPAÑEROS DEL GRUPO CONTROL

Escolaridad	Frec.
Analfabeta	9
Primaria	30
secundaria	34
Preparatoria	14
Licenciatura	11
oficio	02
total	100

TABLA No 14

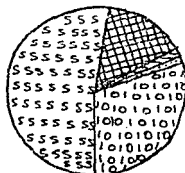


GRAFICA No 9

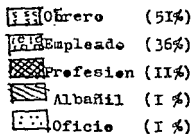


Ocupación	Frec.
Obrero	51
Albañil	1
Empleado	36
Profesionista	11
Oficio	1
total	100

TABLA No 15



GRAFICA No 10



Secundaria	obrero	15	22.66%
Preparatoria	obrero	0	0%

TABLA No 16

Relación entre escolaridad de secundaria
a más con ocupación obrero.

RESULTADOS DE COEFICIENTE INTELLECTUAL DE ACUERDO CON EL TEST DE
MATICES PROGRESIVAS DE RAVEN

GRUPO EXPERIMENTAL

RESULTADO	Analfabeta	Primaria	Secund.	Prepa.	Licenc.	Oficio
Invalidadada	I3	IO	9	0	0	4
Deficiente	2	6	2	0	0	0
Inf. término medio	0	8	2	0	0	I
Término medio	0	3	8	I	2	I
Sup. término medio	0	3	II	8	3	I
Superioridad intelectual	0	0	0	I	I	0
total	I5	30	32	IO	6	7

TABLA No 17

GRUPO CONTROL	Analfabeta	Primaria	Secund.	Prepa.	Licenc.	Oficio
RESULTADO						
Invalidadada	II	I7	IO	3	3	0
Deficiente	I	I	0	0	0	0
Inf. término medio	0	I3	3	0	0	0
Término medio	I	6	I3	2	0	0
Sup. término medio	0	4	4	2	3	I
Superioridad intelectual	0	I	0	0	I	0
total	I3	42	30	7	7	I

TABLA No. 18

ESTA TEST EN DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA 29

La de empleada como se puede ver de la tabla II a la I6 y de la gráfica 7 a la IO.

4.-En relación al hábito de etilismo; tabaquismo; tipos de películas,; series de T.V.; teatro y diversiones otras fueren homogeneas en los dos grupos. En base a estos 4 puntos, podemos decir que tenemos 2 grupos de estudio homogeneos en lo que se refiere a datos socioeconómicos y culturales .

5.-No se encontraron datos sintemáticos de sindrome premenstrual en ninguna mujer de los 2 grupos.

6.-El 20% de las mujeres del grupo experimental habian presentado complicaciones del embarazo, per preclampsia; amenazas de aborte; Rh negativos con isoinmunización fetal; partes prematuras y operación cesarea per otras causas, en relación a un 5% presentades en el grupo control.

7.-En el grupo control, 50 mujeres se encontraban usando DIU; 30 anevulaterios orales y 20 tópicos y ritmo, sin manifestar problemas per su uso.

8.- Del grupo experimental, 20 de las IOO se encontraron usando algun otro método anticonceptivo antes de la sal_pingedla sia y de estas, solo 5 manifestaren incomodidad en su uso .

9.-El número de hijos que vivían actualmente de las mujeres del grupo experimental era de 2 a 10, con una moda de 4, -- siendo las más jóvenes de este grupo las que contaban con un -- promedio de 2-4 hijos vivos.

10.- En el grupo control, el No. de hijos vivos promedio -- fue de 2-5, con una moda de 3, siendo también las más jóvenes -- las que contaban con un promedio de 2-3 hijos.

11.-El deseo latente de un nuevo hijo fué en el grupo ex-- perimental del 20% y en el grupo control del 40%.

12.-El No. ideal de hijos para el grupo experimental fue -- de 3-5 promedio, con una moda de 4 .Este mismo fué para el gru-- po control.

13.-El 80% del grupo experimental, opina que la diferencia esencial entre un hombre y una mujer es solo física, el 5% -- agrega a lo anterior diferencias sociales en cuanto a roles y -- en cuanto a ideológicas y el 15% no supo contestar la pregunta, cabe mencionar que en el 80% de las primeras, se agrega en un -- 6% que los hombres eran mujeriegos, tomadores y alejados del he-- gar. Sin encontrar diferencias significativas en el control.

14.- En cuanto a la identificación de feminidad con repre-- ción, el 7% de las mujeres con Salpingeclasia, opinaron que se es mujer solo si pueden tener hijos, aunque solo 2% de ellas men--

cionar que se sentían incompletas como mujeres al ya no poder -
precrear y el resto manifestaron sentirse bien, tal vez estas 2
mujeres que representan el 2% con problemas de devaluación de -
su autoimagen, se debe en gran parte, a que sus compañeros las-
menospreciaban, lanzándole adjetivos referentes a no ser muje-
res por el hecho de haberse realizado la Salpingoclasia, agre-
gándose que ellos no estuvieron de acuerdo con tal procedimiento
de esterilización.

15.-En relación al grupo control, en un 10% se encontró que
opinaban que la mujer no es mujer si no puede tener hijos, debi-
do a que es una función esencial de ella el precrear.

16.-En el 100% de las mujeres con esterilización quirúrgi-
ca tanto la mujer como su compañera, tenían conocimiento de que
ya no podría haber embarazo. Del grupo control, los compañeros de
estas mujeres sabían en un 90% el método anticonceptivo que esta
ba utilizando su compañera.

17.-Del grupo experimental, el 40% se encontraba enterada -
adecuadamente del proceso al que se había sometido y el otro 60%
tenía idea vaga de dicho procedimiento.

18.-Se encontró que en el 90% de las mujeres con Salpinge--
clasia, habían sido informadas de dicho método por médico; el 5%
por un familiar; 3% por conocidas y un 2% por enfermera. En relaci-
ón al método usado en el grupo control, el 60% había recibido in-

firmes per médico; 20% per trabajadora social; 10% vecino y 10% per un familiar.

19.-En ningún momento, mencione alguna de las mujeres haber sido presionadas para realizarse la salpingeclasia. Así mismo en el grupo control, el 100% no eran presionadas para llevar a cabo el método anticonceptivo, antes bien en 2 de ellas (2%) su compañero no se encontraba de acuerdo con ello.

20.-Dentro de los motivos para haberse realizado la Salpingeclasia, se encontró lo siguiente: paridad satisfecha 50%; problemas económicos 20%; Paridad satisfecha y problemas económicos 12%; motivos de salud 8% y en 10% para desarrollo personal.

21.-Del grupo experimental, el 100% consultó con el compañero el procedimiento, sin embargo, en un 15% la mujer tomó la decisión sin el apoyo del compañero, al parecer según mencionaron estas por paternidad insatisfecha y en un 85% llegaron a un mutuo acuerdo. De este 15% solo el 6% mencionaron problemas con su compañero por su decisión de realizarse la salpingeclasia.

22.-De estos 6 casos (6%) con problemas por la toma de decisión de la Salpingeclasia por la mujer, en 3 fue factor principal para llevar a la pareja a un divorcio, uno inmediatamente después de la salpingeclasia; entre un año después de ésta y entre 3 años después, en los tres al parecer por paternidad insatisfecha, pesó a contar con 4, 4 y 5 hijos respectivamente. En las otras 3 -

parejas, se altere la dinámica familiar, con ausentismo y etilismo del compañero, así como desatención en cuanto a cuidado y afecto a sus hijos y compañera, llegando con esta al mal trato de palabra y ocasionalmente a agresión física, debido, según mencionaron las mujeres a la Salpingeclasia como factor etiológico de lo anterior. Cabe mencionar que en este 3% la decisión había sido tomada enteramente por la mujer debido a los problemas económicos y de salud con que se enfrentaba la familia.

23.-El 50% de las mujeres con Salpingeclasia, mencionaron no saber lo que es un orgasmo, a diferencia de un 60% encontrado en el grupo sin salpingeclasia.

24.-El 80% del grupo control acepta que tanto el hombre como la mujer tienen derecho a gozar de las relaciones sexuales; el resto(20%) decía que es el hombre el que tiene sólo derecho. En el grupo experimental, el 90 % acepta que ambos tienen derecho a gozar de la relación sexual; 10% solo el hombre tiene ese derecho.

25.-Sin embargo, pese a lo anterior, 20% de las mujeres con Salpingeclasia, realizaban el acto sexual para satisfacer a la pareja y de este 20%, el 5% para que no la traicionará con otra por lo que era su obligación satisfacer al compañero y su seguro para mantenerle en el hogar. Con esto no hubo diferencia significativa con el grupo control.

26.--En cuanto a disfunciones sexuales, se encontro lo siguiente.

Grupo experimental: Deseo Sexual Inhibido antes de la salpingoclasia 20%, después de la Salpingoclasia disminuye a 10%, refiriendose como causa principal el temor al embarazo antes de la Salpingoclasia y el 10% restante, ignoraban el motivo.

Aversión Sexual: antes de la salpingoclasia 3%, posterior a la Salpingoclasia 5%, el 2% aumentado, en 2 de las mujeres -- que habian decidide por si su esterilización y recriminadas por su compañero.

Anorgasmia primaria: antes de la Salpingoclasia; en 20%;-- posterior a la salpingoclasia 19%, el 1% que disminuyó, menciona que antes de la salpingoclasia, no gozaba de las relaciones-- por temor al embarazo.

Anorgasmia secundaria: Antes de la Salpingoclasia 0%; posterior a la Salpingoclasia 0%.

Grupo control: Deseo Sexual Inhibido, anterior a uso de método -- anticonceptivo 50% que disminuye a un 30% posterior a uso de un método, la causa, temor al embarazo.

Aversión Sexual: Antes del método 5%, posterior al método-- 5%, sin haberse mencionado posible causa.

Anorgasmia primaria: antes y después del método anticonceptivo 25%, sin detectar posible etiología.

Anorgasmia Secundaria al método anticonceptivo: 0%

27.--Dentro del grupo experimental, se encuentre una frecuencia semanal de relaciones sexuales de 2-5 y en el control de 2-3

con una moda de 3 por semana en el grupo experimental y de 2 en el grupo control. En el 30% de los casos, en el grupo con salpingoclasia, el hombre era el que iniciaba relaciones sexuales y en el 20% ambos (él y/o ella)refiriendo la mayeria del 80% que era per costumbre y solo 10% que así debía ser per ser el hombre. En el grupo control, el 90% era iniciado por el hembra y 10% ambos. Aquí se nota una diferencia del 10% de mayor participación del grupo experimental en las actividades sexuales, aunque en el 10% pertenecientes al 80% sean enteramente pasivas.

28.-En el grupo experimental, el 81% de las 100 mujeres aceptaren presentar orgasmo durante sus relaciones sexuales y en todas durante la cúpula, masturbandose solo un 5% durante el acto sexual. A diferencia del grupo control, en el que solo el 75% de las mujeres presentaban orgasmo.

29.-De las 80 mujeres que si presentaren orgasmo, el 70% lo graba per cada relación sexual de 0-1 orgasmo ;el20% más de 1 y menos de 3 y el 10% restante más de 3, siendo pertenecientes a este grupo las 5 que utilizaban la masturbación.En relación al grupo control, el 50% de las 75 mujeres que si presentaban orgasmo presentaban de 0-1 orgasmo per relación sexual ;40%1-3 y 10% más de 3, sin referir masturbación en este grupo.

El orgasmo, en las mujeres mencionadas, se presente de un 30-50% promedio en relacione a las actividades sexuales en ambos grupos. 5% de las mujeres del grupo experimental refirieren ser los orgasmos posterier a la salpingoclasia más intensos y más frec

cuentes.

31.-Solo el 20% de las mujeres del grupo experimental sabían lo que era anorgasmia, sin ser estas anorgasmicas, el 19% que si lo eran, ignoraban este término y después de explicarseles, al realizarles la pregunta de que si se consideraban anorgasmicas lo negaron. En el grupo control el 30% sabía lo que era anorgasmia y las mujeres que lo eran 25% ignoraban serlo y no lo aceptaron aun después de explicarseles.

32.-En relación al Coeficiente Intelectual, valorado a través del Test de Matices progresivas de Raven, como se puede apreciar en la tabla No. 18 no existen más diferencias significativas, que en el grupo experimental la media cae en la calificación superior al término medio y del grupo control en término medio, sin tomar en cuenta las pruebas invalidadas por diversos motivos.

CONCLUSION

Efectivamente, la Salpingoclasia como método de esterilización quirúrgica voluntaria se encuentra al alcance de quien la solicite, pese a que, como en nuestro estudio, el 40% de las mujeres a quienes se les realizó desearan que consistiera en este procedimiento, lo que aunado a que no se les efectúa un estudio integral como ser individual y menos por pareja como lo proclama La Federación Internacional de Planificación de la Familia, trayendo como consecuencias alteraciones, las cuales en nuestro estudio, se encontraron en un 6% de los 100 casos estudiados (pág. 33), afectando a 2 de esas mujeres en su valoración de su autoimagen como mujer y causando conflictos en sus compañeros, manifestándose con alteraciones en la afectividad como lo apoyan los estudios del Dr. Salinas² (pág.7) y del Psic. Eduardo García⁴ (pág.8), debido a roles sexuales estereotipados y equívocos que predominan en nuestro medio.

Así mismo apoyan nuestro estudio la investigación del Dr. Camacho³ (pág. 8), encontrando que en un 20% de las mujeres con Salpingoclasia, existe el deseo latente de nuevo embarazo en relación a un 40% del grupo control, pero dependiente de la paridad, ya que se presenta en las mujeres que tienen entre —

2 a 4 hijos. Además apoyados en este mismo estudio, encontramos, que en un 7% del grupo experimental y en 10% del control mencionan e apoyan la idea fuertemente de que feminidad es sinónimo de reproducción, causando en 2 mujeres del grupo de 7 conflictos en su valoración como mujeres, debido a estereotipos equívocos y perjudiciales para su ser de mujer.

En Cuanto a los estudios de Master y Johnson, así como de Kaplan y Kinsey, encontramos (pág.9) y referencia No. 5 que en relación a los roles sexuales asignados en forma errónea, en el 80% del grupo experimental, los hombres iniciaban el juego sexual, con poca participación por parte de la mujer, quienes 70 de estas manifestaban que era por costumbre y 10 de las mismas que así debía de ser ya que él era el hombre y a ellas les apenaba iniciar el acto sexual y 10 de este mismo grupo se sometían al acto sexual para complacer al compañero, en relación al grupo control, el 90% de los hombres iniciaban el juego sexual y escasa participación de las mujeres por mismos motivos del grupo experimental. Este debido a la transmisión como se puede apreciar por las respuestas de la mujer a transmisión cultural, lo que viene a apoyar las palabras de Simone de Beauvoir (pág.10).

Concluyendo: La Salpingoclasia como método quirúrgico definitivo de esterilización, no es causa de anorgasmia secundaria, antes bien, mejoro en 10 mujeres el Deseo Sexual Inhibido debido al temor al embarazo, sin embargo, si fue según refieren 6 mujeres del grupo de 100 (6%), haber sido causa principal de alteraciones en su dinámica familiar, como se refiere en la pág. 33 y 34, siendo estas alteraciones considerables y a diferencia del -

planteamiento inicial, de que la mujer debido a su anorgasmia secundaria en caso de presentarla sería el agente causal de las alteraciones en la dinámica familiar, fue el compañero, -- quien de acuerdo a las respuestas de las 6 mujeres propiciaron esta alteración, al parecer por paternidad insatisfecha, agrandarse en un caso de duda de la fidelidad de la compañera por -- ya no poder embarazarse y con esta libertad en sus relaciones sexuales .

Consideramos importante este 6% de alteraciones encontradas, -- para apoyar que se debe realizar un estudio integral a la pareja que solicite la esterilización quirúrgica.

BIBLIOGRAFIA

1.-London, England, Federación Internacional de la Planificación de la Familia. Manual de Planificación Familiar para Médicos. 1a. ed. London, 1974, 4-10 pp.

2.-Dr. Salinas, E.T., et al. "Características Psicológicas de la Pareja Estéril". Ginecol Obst Mex. vol.50, No.309 (oct.,-1982) pp 289-291.

3.-Dr. Camacho, G. Victor, et al. "Rechazo al Método de la Esterilización Definitiva en el Período Inmediato". Ginecol - Obst Mex. vol. 46, No. 275 (sep.,1979), pp 199-205.

4.-Psic. Garcia, G. Eduardo, et al. "Esterilización Femenina Voluntaria; motivación y efectos biopsicosociales". Ginecol - Obst Mex. vol. 50, No. 307 (nov. 1982) ,pp 285-295.

5.-Master y Johnson. "El Vínculo del Placer", 3a. ed., México, Grijalve, 1983, 7-125 pp.

6.-Dr. Alvarado, A.J., et al. "Toma de Decisión para la Esterilización de la Mujer". Ginecel Obst Méx. vol. 5I, No 3I3 -- (mayo 1983) ,ppI3I-I36.

7.-Dr. Ortiz, M.J., et al. "Consideraciones Biopsicosociales de las Mujeres que solicitan Esterilización". Ginecel Obst Méx. vol. 4I No 243 (enero 1977), pp I5-22.

8.-Dr. Galle, T.D., et al. "Esterilización Definitiva en la Mujer" . Ginecel Obst Méx. vol. 33 No. 196 (Feb., 1973), ppI85-190.

9.-Dr. Langley, I.I. , et al. "Sterilization of women" .Gynecol Obstetry Am.Je. (june I, 1968), pp 345-357.

10.-Dr. Huerta, A.J. "Salud Materna y Planificación Familiar Ginecel Obst Méx. vol. 35, No. 210 (abril 1974), pp 353-373.

11.-México, Jefatura de Servicios de Planificación Familiar del I.M.S.S. Manual de Respuesta Sexual Humana. Ia. ed. Méx., Impresiones del I.M.S.S., 1981.

12.-México, Jefatura de Servicios de Planificación Familiar del I.M.S.S. Manual de Disfunciones Sexuales. Ia. ed. Méx. Impresiones del I.M.S.S. 1981.

**13.-México, Jefatura de Servicios de Planificación Familiar
del I.M.S.S. Manual de Anticoncepción y Sexualidad. 1a ed. Méx.-
Impresiones del I.M.S.S. , 1981.**

QUESTIONARIO

AREA No. I

- 1.-Edad.
- 2.-Escolaridad
- 3.-Ocupación, sueldo y horario.
- 4.-Escolaridad del compañero.
- 5.-Ocupación, horario y sueldo del compañero.
- 6.-Estado civil.
- 7.-Religión.
- 8.- Programas de T.V. y horas día promedio.
- 9.-Cine, frecuencia y tipo de películas.
- 10.-Teatro, tipo de funciones u obras y frecuencias.
- 11.-Parque u otras diversiones, frecuencia.
- 12.-Tabaquismo y estilismo en el hombre y en la mujer, especificar.
- 13.-Tiempo de vivir con la pareja sexual.
- 14.-Datos de vivienda y hábitos higienicodietéticos.
- 15.-Diagnóstico de alguna patologías y/o ingestión de drogas o medicamentos en la pareja.

AREA II. ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS:

Menarca; ritmo; I.V.S.A.; G; P; A; C; FUP; FUA; FUR y método de control anticonceptivo.

- 2.-Especificar si existió patología durante embarazos, partos y causa de cesárea si la hubo, así como en los abortos.
- 3.-Alteraciones en el ciclo menstrual, antes y/e después - de la Salpingoclasia, sobre todo datos de síndrome premenstrual.
- 4.-Método de control anticonceptivo, si lo hubo antes de la salpingoclasia, especificando tiempo de duración y problemas
- 5.-En caso de utilizar otro método anticonceptivo en grupo control, especificar tipo y si presenta o ha presentado problemas en su uso.

AREA III. DESEOS LATENTES DE NUEVO EMBARAZO:

- 1.-Cuántos hijos le viven actualmente.
- 2.-Cuántos del sexo femenino y cuántos del masculino.
- 3.-Desea actualmente un hijo más y de algún sexo específico
- 4.-Cuál es el No. ideal de hijos de acuerdo a su ideas que debe tener un matrimonio y por que ésta cifra?
- 5.-Siente temor a perder alguno de sus hijos, por que?
- 6.-Cuál es la diferencia esencial entre un hombre y una mujer?
- 7.-Piensa usted que la mujer es sólo mujer si puede tener hijos, y por qué?

- 8.- Qué piensa ud. de la mujer que pudiendo tener hijos - ya no quiere tenerlos?.
- 9.- Sabe ud. que ya no podrá embarazarse?
- 10.- ¿Lo sabe su esposa?
- 11.- Estuvé el de acuerdo , y por qué?
- 12.- Como se siente ud. como mujer al saber que ya no puede embarazarse?
- 13.- Por que?

AREA IV. MOTIVOS PARA SOLICITAR LA ESTERILIZACION;

- 1.- ¿Qué órganos componen el aparato reproductor femenino?
- 2.- ¿Qué es e en que consiste la Salpingoclasia?
- 3.- ¿Quien le informo acerca de lo anterior?
- 4.- ¿Se vió presionada por alguien para tomar la decisión de la esterilización, especificar?
- 5.- ¿Motive por el cual decidió la esterilización quirúrgica como método anticonceptivo?
- 6.- ¿Consulto a su compañero para la toma de decisión para - realizarse la salpingoclasia?
- 7.- ¿Llegaron a un acuerdo conjunto?
- 8.- ¿Fue suya la decisión totalmente?
- 9.- ¿De acuerdo a la pregunta anterior, Ha tenido algún problema con su conyugue debido a lo anterior en caso de - ser afirmativa?

AREA V. ASPECTOS SEXUALES:

- 1.-Sabe usted lo que es un orgasmo ?
- 2.-Describalo.
- 3.-Considera que tanto el hombre como la mujer tienen derecho a gozar de las relaciones sexuales y por qué?
- 4.-Que busca ud. al tener relaciones sexuales: placer, reproducción o ambos?
- 5.- Antes de la Salpingoclasia, existia en ud. deseo sexual inhibido, aversión sexual o disritmia, especificar?
- 6.-per que?
- 7.-Siente actualmente algunas de las disfunciones sexuales mencionadas?
- 8.-Por qué?
- 9.-Antes de la Salpingoclasia, cuantas veces por semana tenia relaciones sexuales?
- 10.- Quién las iniciaba?
- 11.- A que cree que se deba lo anterior?
- 12.-Ha experimentado orgasmo en sus relaciones sexuales, antes/ o después de la Salpingoclasia? , especificar.
- 13.-Actualmente, siente menos, igual o más deseos de tener relaciones sexuales?
- 14.-Por qué?
- 15.-Su pareja sexual, se ha quejado de querer más o menos relaciones sexuales que usted o usted pasa o ha pasado - por esto ? especificar.
- 16.-Existe dolor durante las relaciones sexuales (coito) en alguno de los dos?

- 17.- Durante las relaciones sexuales, siente ud. que sus órganos genitales se mojan o humedecen?
- 18.- En caso de existir dispareunia, investigar posible etiología.
- 19.-Siente ud. durante la fase de orgasmo contracciones musculares en plataforma orgásmica, periné, etc?.
- 20.- ¿Se considera ud. orgasmo? especificar.
21. Manifestaciones o conductas verbales e no verbales durante esta fase para con la pareja?
- 22.-En caso de presentar orgasmo, cuantas veces per relación sexual lo presenta?
- 23.-¿Son las características del orgasmo actualmente igual que antes de la Salpingeoclasia, especificar?
- 24.-¿Queda ud. satisfecha con la relación sexual?, especificar en caso de no existir orgasmo.
- 25.-¿De 10 relaciones sexuales, en cuantas logra el orgasmo?
- 26.-¿Ha sentido rechazo por su compañero sexual al iniciar relaciones sexuales, o lo ha rechazado ud? especificar.
- 26.-¿A que cree se debe lo anterior?
- 27.-¿Existían en la familia problemas antes de la Salpingeoclasia? especificando tipo, frecuencia y con que miembro(s) de la familia.
- 28.-¿Se han modificado después de la Salpingeoclasia?
- 29.-¿Sabe ud. lo que es anorgasmia y frigidez?
- 30.-¿Se considera ud. anorgásmica o frígida?
- 31.- ¿Alguien de su medio ambiente le critica el hecho de haberse realizado la salpingeoclasia? especificar.

- 32.- Después de la relación sexual, se queda ud. con pesantez de pelvis o sensación de congestión pélvica o de mamas?
- 33.- Considera ud. que su esposo es impotente: eyaculador precoz; disfunción eréctil, etc?
- 34.- Se masturba ud. durante sus relaciones sexuales?
- 35.- Logra ud. el orgasmo con otros métodos aparte de la cá pula?
- 36.- Considera las técnicas amatorias de su compañero sexual adecuadas?
- 37.- Las súyas?.

NOTA: Para el grupo control, todas las preguntas se les realizan en base a su método de control anticonceptivo por la Salpingoclasia.