

11226  
8



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 94

## MODIFICACION DE LA SATISFACCION SEXUAL DE ACUERDO A LA PERCEPCION DEL PACIENTE VASECTOMIZADO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN:  
MEDICINA FAMILIAR  
PRESENTA:

DRA. LIDIA HERNANDEZ ABRAJAN



IMSS

ASESOR DE TESIS: DRA. MARIA DEL CARMEN LUNA DOMINGUEZ

MEXICO, D. F.

2002

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

**AGRADECIMIENTOS:**

**A mis hijos:  
Miguel y Eduardo  
Que son el motivo de mi vida.**

**A mis padres  
En especial a mi Madre  
Gracias por su apoyo incondicional  
Sin el cual no habría logrado ser quien soy.**

**A mis hermanos  
Gracias por estar a mi lado  
En los momentos difíciles.**

**A toda mi familia  
Gracias por su apoyo**

**GRACIAS A DIOS.**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**AUTORIZACIONES:**



**Dra. Patricia Leonor Pérez Sánchez**  
Coordinadora Delegación de Investigación en Salud.



**Dra. María Guadalupe Garfias Garnica**  
Coordinadora Delegacional de Educación Médica

SUPERVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.



**Dra. Ana María Cortes Aguilera**  
Directora de la UMF 94



**Dra. Patricia Ocampo Barrio**  
Jefe Educ. e Inv. UMF 94

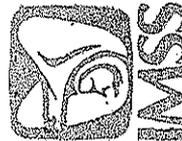


**Dra. Lidia Bautista Samperio**  
Profa. Titular del curso de especialización



**Dra. María Carmen Luna Domínguez**  
Asesor de tesis.

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 94



SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL  
JEFATURA DE ENSEÑANZA  
E INVESTIGACION

## INDICE:

1. Antecedentes científicos.....	1
2. Planteamiento del problema.....	11
3. Pregunta de investigación.....	11
4. Objetivo general.....	12
5. Variables de estudio.....	12
6. Diseño de investigación.....	13
7. Universo de trabajo.....	13
8. Criterios de inclusión y eliminación.....	13
9. Tamaño de la muestra.....	13
10. Método de recolección de datos.....	14
11. Características del instrumento.....	14
12. Material y Métodos.....	14
13. Método de recolección de muestra.....	14
14. Análisis estadístico.....	15
15. Consideraciones éticas.....	15
16. Resultados.....	16
17. Cuadros y figuras.....	18
18. Análisis de resultados.....	33
19. Conclusiones.....	34
20. Sugerencias.....	35
Bibliografía.....	36
Anexo.....	38

## ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La vasectomía, un procedimiento simple y destinado a bloquear el paso del esperma a través del conducto deferente, no fue aceptado hasta el siglo XIX y no siendo utilizado como método para el control voluntario de la fecundidad hasta el siglo XX. Es totalmente diferente de la castración, siendo ésta una forma de esterilización que elimina la producción de las hormonas masculinas por medio de la extirpación de los testículos.

Tradicionalmente, la castración fue hecha en personas seleccionadas para servir como eunucos en las cortes, o en ciertas órdenes religiosas, o como castigo. No hay lugar para la castración en los modernos programas del control voluntario de la fecundidad. Algunos médicos se oponen aún al término "Esterilización" al referirse a la vasectomía ya que los testículos y las células germinales se dejan intactos. Oclusión del conducto deferente o control quirúrgico de la natalidad, han sido los nuevos términos sugeridos.

Una referencia temprana a la oclusión del conducto deferente fue hecha por el cirujano inglés y Anatomista John Hunter en 1775. Mientras efectuaba una disección. Hunter notó la obstrucción de un conducto deferente en el cadáver en el cual estaba trabajando. En 1830 un estudiante de Hunter, Sir Astley Cooper, inició trabajos experimentales sobre vasectomía. Usando perros, les ligaba la arteria y la vena del cordón espermático de un lado sin tocar el conducto deferente; en el lado opuesto les ligaba el conducto deferente. En el lado en que se había obstruido la arteria y la vena, el testículo se gangrenó. En el lado donde únicamente el conducto deferente había sido obstruido, el tejido permaneció sano y el esperma sobrevivió en la porción contorneada del conducto deferente, gradualmente se ensanchaba para alojar el esperma.(1)

En 1833 Félix Guyon, un cirujano Francés, concluyó que el bloqueo del conducto deferente causada atrofia de la glándula prostática(2). Este hallazgo animó a los cirujanos del tracto genito urinario, en los años 1890 para hacer vasectomías simultáneamente con operaciones de la próstata con el objeto de reducir el tamaño de la glándula y para evitar la epididimitis post operatoria(3).

Una de las primeras operaciones de esta índole fue atribuida al Dr. H.G. Lennander de Upsala, Suecia, quien en 1987, publicó un informe sobre su técnica.

Hoy en día, algunos cirujanos hacen la vasectomía simultánea con operación de la próstata. Aunque con el procedimiento corriente no se disminuye el tamaño de la próstata. Aunque con el procedimiento corriente no se disminuye el tamaño de la próstata significativamente, la incidencia de epididimitis post operatoria sí se reduce.

El Dr. Harry Sharp de Indiana (U.S.A.) reportó el haber ejecutado la vasectomía en 1880 en un enfermo mental cuyo principal motivo de consulta era el de masturbarse en exceso. El paciente consintió en la operación, convencido de que ésta aliviaría su obsesión. Los resultados, sin duda psicológicos, fueron favorables. En los 10 años siguientes, Sharp ejecutó 456 vasectomías voluntarias, tanto en pacientes sanos como en pacientes hospitalizados con el propósito de esterilización(4).

A principios del siglo XX, las vasectomías eran hechas algunas veces por razones de eugenesia en criminales, enfermos mentales, retrasados mentales o aquellos con enfermedades hereditarias (5,6). Paradójicamente, aun cuando sus efectos anticonceptivos estaban siendo documentados, la operación fue hecha por Eugene Steinach, un Austríaco desterrado, con el propósito del rejuvenecimiento del cuerpo humano. De sus experimentos en ratas, Steinach concluyó que después de la ligadura del conducto deferente, los tejidos productores del esperma se degeneraban, a la par que ocurría una hipertrofia del tejido productor de hormonas, lo cual, a su vez, causaba una renovación en la producción de las células germinales. Originalmente se pensó que este proceso combatía los efectos de la vejez(7). Más tarde, la hipótesis de Steinach fue refutada, pero los médicos y los científicos continuaron defendiendo la operación con propósitos anticonceptivos.

A medida que los programas nacionales de planificación familiar, fueron iniciados en el Sur de Asia en los años de 1950 y de 1960, la vasectomía llenó la necesidad obvia de una técnica simple y poco costosa, que podía ofrecerse en una soia etapa.

En el Pakistán Oriental y en la India, las mujeres médicos eran muy pocas y la mujer que vivían en áreas rurales no aceptaba la consulta masculina para un examen pélvico, y mucho menos para procedimientos de esterilización. La vasectomía en cambio, podía ser ofrecida por médicos masculinos a voluntarios masculinos. Este factor, sumado a un sistema de remuneración o estímulo los programas de vasectomía en gran escala.

Entre tanto en los E.U. y Europa, la vasectomía recibió su mayor responsabilidad masculina en la reproducción. En los E.U., el número de vasectomías saltó de un cuarto de millón en 1969, a tres cuartos de millón en 1970 y en 1971 y está ahora nivelándose cerca del medio millón.

Aunque el número de vasectomías que se hacen en el mundo, fluctúa de año en año con relación a la publicidad, a los presupuestos nacionales o a las pautas de los programas, el simple procedimiento de la vasectomía ha tomado su lugar como un método en la planeación familiar voluntaria importante.

Recientes investigaciones en cuestión de planificación familiar en los países en desarrollo, así como la formulación de políticas y programas en este campo, por lo general utilizaban solo los datos suministrados por la mujer. Sin embargo, cada vez se presta mayor atención para incluir al hombre en este proceso. Las razones que respaldan este nuevo interés en el hombre no son difíciles de identificar primero, la información ahora disponible de las encuestas realizadas durante la última década sugiere que el hombre y la mujer no necesariamente tienen actitudes y metas similares con respecto a la fecundidad. Segundo, se ha extendido el ámbito de los trabajos de investigación sobre la fecundidad y la planificación familiar para incluir asuntos más amplios relacionados con la reproducción, como son las enfermedades de transmisión sexual, sobre los cuáles se necesitan datos tanto del hombre como la mujer.

Si bien la mujer es la que procrea y la mayoría de los métodos anticonceptivos modernos están dirigidos a ella, la reproducción también surte un impacto sobre la vida del hombre. Este impacto puede ser financiero, si este acepta la responsabilidad de mantener a sus hijos.

El hombre puede desempeñar un papel importante en la toma de decisiones relacionadas con el uso de anticonceptivos y cuantos hijos tener y en que momento.

La vasectomía puede practicarse casi en cualquier institución médica. Existe un número de requisitos mínimos para prestar servicios de alta calidad:

- Sala de espera dotada de sanitario para los clientes, la cual también puede utilizarse como sala de recuperación.
- Área privada para consejería.
- Sala de examen para la evaluación pre y postoperatoria.
- Espacio limpio para la cirugía, equipado con una mesa limpia y cómoda para el cliente y una fuente de luz apropiada.

Al igual que la convencional, la vasectomía sin bisturí es un procedimiento que, en la mayoría de los países, se practica en un consultorio o en una clínica.

La temperatura de sala es vital porque influye en los músculos cremastéricos y dartos. El ambiente tiene que ser cálido, a pesar de que posiblemente el médico se sienta más cómodo en una temperatura más fresca.

Al relajar el escroto, la temperatura cálida facilita lo siguiente:

- Manipular el conducto mediante la técnica de tres dedos.
- Asegurar el conducto a la altura del rafe medio del escroto relajado.
- Aislar el conducto del cordón espermático.
- Disminuir el tiempo quirúrgico.
- Reducir las complicaciones.

Es indispensable que el área donde se realiza la cirugía tenga una temperatura de al menos 20-25 grados centígrados. En caso de que sea necesario aumentarla para relajar el escroto, se puede utilizar una lámpara o compresas calientes (22).

Por otra parte encontramos que no existen fundamentos fisiológicos para una respuesta psicológica adversa a la vasectomía. El procedimiento produce sólo un efecto local –oclusión del conducto – que no debe interferir con la función psicosexual normal. Aunque hay escasez de información fidedigna acerca del tema,, la literatura disponible sugiere que un hombre normal, bien adaptado sexualmente no va a experimentar cambios psicológicos significativos luego de vasectomía electiva si puede entender qué puede esperar durante el procedimiento y después de él, y se le proporciona una oportunidad de expresar sus temores y de que se responda a sus preguntas antes de la operación. En la mayoría de los casos, los obvios beneficios de la operación, -liberación de la carga emocional y/o financiera de hijos adicionales y de la incomodidad de otros métodos de control de la natalidad- supera: las ansiedades normales acerca de la esterilización quirúrgica. Cuando después de la operación se presentan problemas psicológicos ,los mismos pueden usualmente ser explicados por actitudes y condiciones preoperatorias.

Sin embargo si existen contraindicaciones psicológicas para la realización de la vasectomía como por ejemplo la vasectomía puede no ser aconsejable para el hombre con neurosis grave y desajustes sexuales. Es se dispone de asesoramiento profesional, los candidatos para vasectomía respecto de los cuales se sospecha la existencia de problemas psicológicos deben ser entrevistados evaluados individualmente. Especialmente los hombres jóvenes., Solteros, deben ser examinados cuidadosamente en el aspecto psicológico antes de practicar la operación.

Otras circunstancias o situaciones específicas en las cuales la vasectomía puede estar por razones psicológicas contraindicadas son:

- Hipocondría en relación con otras funciones corporales(8,9).
- Impotencia homosexualidad, dudas acerca de la masculinidad (10,11,12).
- Desacuerdo con la esposa o coerción por parte de la misma (12,13,14,15).
- Creencia, por parte de la pareja de que la vasectomía es una medida temporaria que puede ser fácilmente revertida (16,17,18).

Evaluar los efectos psicológicos de la vasectomía es difícil porque las técnicas utilizadas en las entrevistas puede o no proveer un reflejo exacto de los problemas reales o percibidos como tales. Por ejemplo, en Gran Bretaña Wolfers comprobó que, de un grupo de hombres a los cuales se les ofreció una oportunidad para consultar a un psicoanalista visitante en relación con problemas maritales o sexuales luego de la vasectomía, fue mayor la cantidad de hombres

que trataron de conseguir una cita que la de hombres que en un cuestionario estuvieron dispuestos a admitir que tenían ese tipo de problemas (19).

Los tests que miden el ajuste psicológico indican que los problemas postoperatorios usualmente se remontan a problemas preoperatorios. Después de aplicar un test de personalidad de Maudsley a 82 pacientes, Wig y colaboradores hallaron que aquellos que antes de la operación registraban puntajes altos en la escala neurótica sufrían mas efectos adversos después de la operación (20). Utilizando el test Multifásico de personalidad, Minnesota Ziegler y colaboradores observaron que los hombres que experimentaban problemas después del procedimiento habían demostrado hipocondría o preocupación acerca de su masculinidad antes de la vasectomía. Lee administró el mismo test a hombres coreanos y llegó a similares conclusiones (21).

Inclusive si se les pudiese acordar un alto grado de confianza –cosa que no sucede actualmente-. Su utilización para detectar hombres con mayores probabilidades de presentar problemas psicológicos después de la vasectomía sería limitada. La cantidad de tiempo necesaria para efectuar dichos tests, especialmente en programas en gran escala, sería prohibitiva.

Los problemas de ajuste que enfrentan algunos pacientes de vasectomía por lo regular se fundan en diferentes temores conscientes o inconscientes acerca del procedimiento en sí mismo o de sus efectos posteriores. D.N.. Pai, Director de planificación familiar en Bombay, que es decidido partidario de la vasectomía, ha analizado las respuestas psicológicas al procedimiento en India, donde se han practicado millones de vasectomías. En su importante intervención en la segunda conferencia internacional en esterilización voluntaria categorizó los temores variados que un hombre puede experimentar antes o después de la vasectomía.

- temor de daño corporal
- temor de daño sexual
- temor de daño familiar
- temor de daño moral
- temor de daño grupal

El temor del daño corporal, es decir complicaciones físicas tales como cambios negativos en la salud, o debilitamiento físico, son reales, especialmente para los hombres que pueden no entender claramente la naturaleza limitada del procedimiento. Tales temores usualmente aparecen en las primeras etapas de un programa de vasectomía, cuando muy pocos hombres han pasado por la experiencia para poder tranquilizar a los demás.

Aún cuando a escala mundial la mayoría de hombres no han sufrido cambios en su salud general, un porcentaje sorprendentemente grande de hombres asiáticos han informado acerca de la pérdida de vigor físico después de

la vasectomía. Un informe en 1970 sobre vasectomía en Bombaay, proveniente de la Asociación de planificación familiar de India, concluía que en los hombres indios el hecho de haberse sometido a la operación o al conocimiento específico de que esa operación significa cesación de la fertilidad está asociado con el sentimiento de debilidad o pérdida de vigor.

"Debilidad corporal" fue manifestada por 23 por ciento de los pacientes considerados en el mencionado estudio; 40 por ciento de los pacientes mencionó deterioro de la salud (13).

En un estudio Malayo, 17% de los hombres entrevistados entre uno y 4 años después de la vasectomía afirmaron que se sentían más débiles después de la vasectomía (19). Burnigth y colaboradores observaron que en Tailandia el factor negativo más significativo asociado con la salud era fatiga. De 185 hombres, cerca de 10 por ciento afirmaron que se fatigaban más fácilmente y no podían trabajar también como antes de la operación. La edad puede ser significativamente en relación con la fatiga por que los hombres demás de 40 años tienen más probabilidades que otros de presentar esa queja (15).

Otros síntomas registrados en muchos estudios asiáticos incluían insomnio, nerviosismo, dolor de cabeza, dolor corporal, depresión, pérdida de peso y mala salud (16). Dado que no hay evidencia fisiológica que sugiera que la *oclusión del conducto del conducto deferente produce alguno de esos síntomas*, parecería que son parte del ajuste psicológico al procedimiento.

Es posible que algún tipo de asesoramiento o información adicional pueda reducir la incidencia de esos efectos.

En un estudio estadounidense efectuado por Ferber y colaboradores tres de los 11 hombres que manifestaron que su salud había cambiado, en sentido positivo o negativo, después de la vasectomía atribuyeron dicho cambio a la operación. Por otra parte, 13 de 22 hombres que manifestaron que la salud de sus esposas había mejorado después de la operación atribuyeron esa mejoría a la esterilización del marido (17).

Por otro lado dentro del aspecto sexual no hay evidencia científica que la vasectomía afecte la capacidad sexual, y en la mayoría de los estudios la mayor parte de los hombres manifestaron que no había habido cambio alguno en el placer o en la calidad de la cópula sexual o en la armonía marital.

En países desarrollados como España, Gran Bretaña y E.U. entre el 44 y 73.1% de los hombres que habían elegido vasectomía un incremento del placer sexual que atribuían al hecho nuevo de estar libres de la ansiedad de que sus compañeras quedaran embarazadas. Ferber y colaboradores encontraron que

después de la vasectomía el 68% de los hombres altamente motivados se sentían menos inhibidos sexualmente y el 75% estaban más satisfechos con el coito. Incluso en países latinoamericanos, donde el machismo o la necesidad de afirmar la masculinidad es considerado importante, la operación ha sido popular.

No obstante en Asia más hombres (20%) atribuyen al procedimiento afectos sexuales adversos. Esta incidencia alta puede simplemente reflejar el mayor número de hombres a los cuales se les ha practicado vasectomía en Asia y donde la elección de otros métodos anticonceptivos es limitada.

La edad puede ser un factor significativo en el comportamiento sexual de los hombres asiáticos después de la operación. Varios estudios indios concluyeron que la mayoría de los hombres que experimentaron disminución del deseo sexual y de la frecuencia de coitos tenían más de 40 años de edad, en tanto que los que manifestaron aumento de deseo eran más jóvenes.

La motivación es un factor clave en la determinación de la respuesta postoperatoria. Si un hombre decide hacerse una vasectomía sin coerción de nadie, es más probable que este satisfecho con el procedimiento. En este aspecto, Deys plantea la hipótesis de que cuando un hombre domina y toma las decisiones más importantes en la vida matrimonial, hay más probabilidades de que elija una forma masculina de control de la natalidad como la vasectomía. Debido a que tales situaciones el hombre es quien elige, el resultado tiene más posibilidades de ser bien aceptado por la pareja (18,19).

Los factores físicos o psicológicos pueden afectar el comportamiento sexual después de la vasectomía. Complicaciones tales como granuloma o hematoma pueden causar ansiedad, dolor durante el coito y/o reducción de la voluntad de participar en la actividad sexual. Una historia previa de hipocondría o temor a la impotencia puede transformarse después de la operación en el cumplimiento de una profecía (33,34).

Rodgers y Zieeegler, utilizados durante un periodo de 4 años compararon el comportamiento sexual y las actitudes psicológicas de 37 parejas en las cuales el marido se había sometido a vasectomía y de 22 parejas en las cuales al marido no se la había practicado la vasectomía pero la esposa estaba usando anticonceptivos orales (35). Después de 2 años en el grupo de vasectomía hubo más parejas que demostraron una disminución en la satisfacción sexual marital que en el grupo de anticonceptivos orales. Los investigadores atribuyeron esto al hecho de que los maridos esperaban especial reconocimiento o gratitud por parte de sus esposas por haber asumido la responsabilidad de la anticoncepción. La mayoría de los hombres que intervinieron en el estudio admitieron experimentar un aumento en la preocupación acerca de su masculinidad después de la operación.

La frecuencia de las relaciones sexuales creció en el grupo de vasectomía, y algunos exigieron en exceso su capacidad sexual en un esfuerzo por confirmar

su masculinidad, reacción que también ha sido observada en otros estudios (19,21). El resultado inicial fue un incremento de la incidencia de eyaculación prematura e impotencia temporaria.

Cuatro años más tarde, sin embargo, el grupo de vasectomía no tenían más problemas que los que tenían las parejas que utilizaban anticonceptivos orales. Esto sugiere que, después de un tiempo la mayoría de los hombres pueden resolver los problemas psicológicos asociados con la vasectomía. Roddgers y Ziegler concluyeron que si se corrigieran de antemano las ideas falsas, la vasectomía tendría solo mínimo efecto en el comportamiento sexual.

Otro gran temor que perciben los pacientes antes de la realización de la vasectomía con respecto a su familia es por ejemplo: el temor de perder hijos, particularmente en áreas de mortalidad alta disuade a algunos hombres de proceder a la vasectomía. Wollferris y colaboradores comprobaron que los padres malayos que habían perdido hijos mostraban un alto nivel de ansiedad después de la operación y, en consecuencia, requerían asistencia especial (19). En un estudio efectuado por consorcio de población Simón dos parejas que habían perdido un hijo manifestaron que más tarde lamentaron la operación.

El panel de expertos de Investigación de Programas de Planificación Familiar recomendó que los programas de esterilización incluyan servicios inmediatamente disponibles para efectuar reanastomosis de los conductos (18). La oportunidad de revertir la operación puede alentar a algunos hombres a elegir vasectomía. Actualmente, sin embargo, poco menos de 30% de las estas son exitosas (19).

Pocos estudios han evaluado las reacciones de las esposas a las vasectomías. Algunas esposas experimentan una respuesta emocional adversa a la esterilidad del marido aun cuando abiertamente le prestan apoyo. Es posible que asocien tanto el coito con la concepción que el acto sexual solo tiene sentido si hay posibilidad de embarazo. Dichas mujeres pierden interés en el sexo y experimentan menos placer después de la operación del marido.

No obstante, la mayoría de las mujeres no muestran cambio alguno en el placer sexual luego de la vasectomía del marido. Lee pidió a 1080 hombres coreanos que evaluaran la satisfacción sexual de sus esposas, el grado de disminución de inhibición, la capacidad de llegar al orgasmo e iniciación del juego sexual. Para 32% había un incremento en la totalidad de las áreas mencionadas; para el 6% había una disminución y para el 62% no había cambio.

Freund y Davis condujeron un estudio reciente en el cual maridos y esposas (31 parejas) fueron interrogados por separado acerca de la función sexual después de la vasectomía del hombre. La mayoría de las respuestas revelaron o un incremento o ningún cambio. La mayor parte de las mujeres

expresaron menos ansiedad durante el coito debido a que ya no estaban preocupadas acerca del embarazo (19).

Debido a las diferentes culturas encontramos que existen varias creencias religiosas lo cual crea conflicto por convicciones religiosas u otras convicciones profundamente arraigadas afecta las reacciones de un hombre frente a la vasectomía.

En un estudio Indio, antes de la operación se interrogó a los hombres acerca de los factores que inflúan acerca de la vasectomía. La mayoría colocó la religión por encima de los otros factores. En un estudio en Pakistán, 12 de 17 que no estaban satisfechas con la vasectomía de sus maridos dijeron que la misma atentaba contra su religión (13).

A veces los miembros de la familia temen que la vasectomía fomente la promiscuidad, aun cuando varios estudios indican que no hay incremento de conducta promiscua después de la operación (15).

El temor de daño grupal, por ejemplo extinción o disminución de influencia, puede hacer que los miembros de un grupo religioso, socioeconómico o étnico eviten la vasectomía. Poffenberger y Poffeenberger observaron que en India, miembros de la casta Baria evitan la vasectomía porque temían que la misma redujera el número de sus integrantes y por ende su poder político.

En un estudio de 498 parejas negras efectuado en E.U., 84% de los hombres rechazaban la esterilización. Más de la mitad de los interrogados creía que la esterilización era un método de genocidio; el 53.3% afirmó que la supervivencia de la gente negra dependía del incremento del número de nacimientos (21).

Es mejor prevenir los problemas que atenderlos una vez que se presentan. A continuación se resumen las recomendaciones del grupo de trabajo sobre aspectos psicológicos de la esterilización de la segunda conferencia internacional sobre esterilización, llevada a cabo en Ginebra de 1973, para reducir al mínimo los resultados psicológicos adversos:

- a) Las palabras que se utilizan (para describir la esterilización) deben ser elegidas cuidadosamente para evitar asociaciones desafortunadas.
- b) Los obstáculos culturales no deben desalentar la iniciación de los programas.
- c) Los médicos y el personal deben intentar reconocer sus propios prejuicios como de índole puramente personal, y no deben ser ni excesivamente cautelosos ni excesivamente entusiastas.

- d) La esterilización voluntaria no debe ser ofrecida como condición para obtener otro beneficio.
- e) Se debe ofrecer adecuado asesoramiento para asegurar buenos resultados. Dicho asesoramiento debe ser sobre todo educativo y puede estar a cargo de cualquier persona entrenada y dotada de apropiadas características personales y buena voluntad. También debe verificarse el asentimiento general del paciente libre de presión y sin expectativas irreales. Debe haber personal disponible para ayudar en cualquier problema después de la operación.
- f) No hay contraindicaciones psiquiátricas para la esterilización voluntaria en sí misma, pero puede haber instancias, en casos específicos, en las cuales puede ser aconsejable posponer la operación.
- g) No es esencial el seguimiento rutinario e los aspectos psicológicos.

La vasectomía ha dejado de ser experimental su difundida aceptación la ha convertido en un procedimiento estándar para el control de la fertilidad. No obstante, como sucede con cualquier procedimiento médico o quirúrgico la experiencia y la investigación continua puede identificar las técnicas y los enfoques que tienen más probabilidades de ser efectivos y menos posibilidades de producir complicaciones, así sean mínimas.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad se presenta un incremento importante en el número de vasectomías que se están realizando en adultos jóvenes en las instituciones de salud. En la UMF no. 94 para el año 2000 se realizaron 350 vasectomías en pacientes con edad promedio de 30 años.

Por lo que resulta una necesidad prioritaria identificar posibles alteraciones en la satisfacción sexual del hombre vasectomizado; considerando que nuestra sociedad esta cargada de mitos y tabúes machistas que desacreditan este procedimiento y que a su vez crean desconfianza e incertidumbre en el hombre lo que podría ocasionar la presentación de alteraciones emocionales o sexuales de origen más bien psíquico y no orgánico.

El propósito de realizar este estudio es para investigar si la vasectomía produce insatisfacción sexual en el hombre, de acuerdo a lo que los pacientes refieran.

Considero importante este trabajo ya que uno de los problemas que más limitan la aceptación de la vasectomía es el temor que tienen los hombres por tener alteraciones en su sexualidad, entre estas la que más suelen argumentar es la insatisfacción sexual posterior a la vasectomía por lo que sí se logra demostrar que no existe relación entre la vasectomía y la insatisfacción sexual podrá ayudar a que un mayor numero de hombres con paternidad responsable y satisfecha, acepten este método definitivo de planificación familiar, lo cual sería favorable tanto para la estabilidad económica y emocional del núcleo familiar, ya que tendrán menos hijos a los que les podrán dar una mejor calidad de vida cubriendo mejor sus necesidades económicas, de atención y afecto; así como para la economía y logro de metas de esta institución IMSS, ya que al realizar una vasectomía el costo en material y personal es considerablemente menor que el realizar una salpingoclasia o proveer de algún método de planificación. Por lo tanto la economía del país también será beneficiada ya que este método de planificación familiar definitivo es seguro y económico además con mínimo riesgo de complicaciones para el paciente, dando una excelente perspectiva para el control de la natalidad.

## PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿ La vasectomía es un factor condicionante en la modificación de la satisfacción sexual de acuerdo a la percepción de los pacientes operados en la UMF 94 en el periodo de Enero de 1998 a Diciembre del 2000?

## **OBJETIVO GENERAL.**

Determinar si existen diferencias en la satisfacción sexual posterior a la vasectomía.

## **HIPÓTESIS.**

La realización de la vasectomía no produce modificaciones en la satisfacción sexual percibida por el paciente.

## **VARIABLES DEL ESTUDIO.**

**VARIABLE DEPENDIENTE:** La satisfacción sexual

**VARIABLE INDEPENDIENTE:** La vasectomía

## **DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES**

**VASECTOMÍA:** Es un procedimiento quirúrgico que sirve para la esterilización masculina utilizado como método anticonceptivo definitivo.

**SATISFACCION SEXUAL:** La capacidad sexual o una relación sexual satisfactoria depende de que el orgasmo no se acompañe de cada coito.

## **DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES**

**VASECTOMÍA:** Actos quirúrgicos de vasectomía sin bisturí realizadas en la UMF 94 de Enero de 1998 a Diciembre del 2000.

**SATISFACCION SEXUAL:** Auto reporte acerca de las modificaciones percibidas en la satisfacción de sus relaciones sexuales posterior a la vasectomía, así como disminución de la actividad sexual tanto en frecuencia como duración de erección, mediante la aplicación una encuesta estructurada.

Tipo de variables cualitativas

Tipo de escala nominal

## **DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

### **TIPO DE ESTUDIO:**

- OBSERVACIONAL
- RETROSPECTIVO
- TRANSVERSAL

### **UNIVERSO DE TRABAJO.**

Todos los hombres en edad fértil que acuden a atención a la UMF 94.

### **CRÍTERIOS DE INCLUSION**

- Sexo: masculino
- Edad: de 20 a 50 años
- Pacientes derechohabientes vasectomizados en la UMF 94, de Enero de 1998 a Diciembre del 2000 que cuenten con expediente.
- Que acepten participar

### **CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN**

- Edad: menor de 20 años o mayor de 50 años
- Que no acepten participar
- Que no cuenten con expediente

### **CRITERIOS DE ELIMINACION**

- que no llenen completo el cuestionario.

### **TAMAÑO DE LA MUESTRA.**

Considerando que en esta unidad UMF 94 se realizaron 350 vasectomias en un lapso de tiempo de Enero de 1998 a Diciembre del 2000. De los cuales solo 150 pacientes son derechohabientes. La muestra abarco toda nuestra población por lo reducido de esta y considerando que fue difícil localizarlos a todos y que aceptaran participar en esta investigación.

## **MÉTODO DE RECOLECCION DE DATOS**

Como instrumento para la recolección de datos que se utilizó es una escala tipo liker con opción de respuesta agrupada en tres categorías: Si, a veces, No. a través de la cual se indago sobre alteraciones en su satisfacción sexual posterior a la vasectomía. (anexo 1)

## **CARACTERÍSTICAS DEL INSTRUMENTO**

La encuesta se calificó conforme 3 categorías tomando en cuenta las respuestas en categoría 1 suma 1 punto, las categorías 2 suma 2 puntos a cada pregunta y las categorías 3 suma 3 puntos a cada pregunta; Se tomo en cuenta para fines de análisis solo las preguntas de la 8 a la 16.

Rango de calificación:

De 8 a 13 puntos = cambios negativos en la satisfacción sexual.

De 14 a 19 puntos = sin modificaciones en la satisfacción sexual.

De 20 a 24 puntos = cambios positivos en la satisfacción sexual.

## **MATERIAL Y METODOS**

### **RECURSOS MATERIALES:**

- formatos de encuestas
- lapiceros
- Computadora

### **RECURSOS HUMANOS:**

- Pacientes sometidos a vasectomía en la UMF 94

### **RECURSOS ECONÓMICOS:**

- Proporcionados por el investigador.

## **MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE LA MUESTRA**

Posterior a la revisión y aprobación por parte del comité de salud. Se realizará la recolección de la muestra solicitando el apoyo de médico de planificación para obtener datos de los pacientes vasectomizados en el lapso de tiempo de Enero de 1998 a Diciembre del 2000 para revisar expedientes y localizar sus domicilios y teléfonos, solicitando la cooperación de trabajo social para localizarlos y citarlos un día determinado en esta unidad para aplicarles la encuesta si ellos aceptan. En caso de que no acudan se insistirá en su participación aunque se tenga que realizar visita domiciliaria para la aplicación de la encuesta.

La recolección de datos se realizará en una hoja de cálculo, realizándose el análisis de los resultados para obtener porcentajes que se representaran en cuadros y figuras. Los resultados serán publicados en una revista de salud.

## **MÉTODO DE RECOLECCION DE DATOS**

Como instrumento para la recolección de datos que se utilizó es una escala tipo liker con opción de respuesta agrupada en tres categorías: Si, a veces, No. a través de la cual se indago sobre alteraciones en su satisfacción sexual posterior a la vasectomía. (anexo 1)

## **CARACTERÍSTICAS DEL INSTRUMENTO**

La encuesta se calificó conforme 3 categorías tomando en cuenta las respuestas en categoría 1 suma 1 punto, las categorías 2 suma 2 puntos a cada pregunta y las categorías 3 suma 3 puntos a cada pregunta; Se tomo en cuenta para fines de análisis solo las preguntas de la 8 a la 16.

Rango de calificación:

De 8 a 13 puntos = cambios negativos en la satisfacción sexual.

De 14 a 19 puntos = sin modificaciones en la satisfacción sexual.

De 20 a 24 puntos = cambios positivos en la satisfacción sexual.

## **MATERIAL Y METODOS**

### **RECURSOS MATERIALES:**

- formatos de encuestas
- lapiceros
- Computadora

### **RECURSOS HUMANOS:**

- Pacientes sometidos a vasectomía en la UMF 94

### **RECURSOS ECONÓMICOS:**

- Proporcionados por el investigador.

## **MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE LA MUESTRA**

Posterior a la revisión y aprobación por parte del comité de salud. Se realizará la recolección de la muestra solicitando el apoyo de médico de planificación para obtener datos de los pacientes vasectomizados en el lapso de tiempo de Enero de 1998 a Diciembre del 2000 para revisar expedientes y localizar sus domicilios y teléfonos, solicitando la cooperación de trabajo social para localizarlos y citarlos un día determinado en esta unidad para aplicarles la encuesta si ellos aceptan. En caso de que no acudan se insistirá en su participación aunque se tenga que realizar visita domiciliaria para la aplicación de la encuesta.

La recolección de datos se realizará en una hoja de cálculo, realizándose el análisis de los resultados para obtener porcentajes que se representaran en cuadros y figuras. Los resultados serán publicados en una revista de salud.

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Los datos obtenidos en la ficha de identificación se analizarán con estadística descriptiva, dado que la variable en estudio es cualitativa y no se compara con otros grupos. Los datos se representarán en porcentajes.

## **HIPOTESIS ESTADÍSTICAS**

Hi: La realización de la vasectomía produce modificación en la satisfacción sexual.

Ho: La realización de la vasectomía no produce modificación en la satisfacción sexual.

Se rechaza hipótesis nula si la frecuencia observada es mayor.

## **CONSIDERACIONES ETICAS.**

Esta investigación hace consideración a los lineamientos internacionales de ética e investigación, así mismo considera la Ley General de Salud , normas y procedimientos institucionales.

## RESULTADOS.

El estudio se realizó en 115 pacientes, su promedio de edad fue de 29.5 años, con un rango de 20 a 43 años de edad. (cuadro y figura no. 1)

El nivel de escolaridad más frecuente fue de preparatoria 39.1%, licenciatura un 25.2%, porcentaje similar en primaria y secundaria con un 17.4%, respectivamente. (cuadro y figura no. 2)

Con respecto a la edad inicio de vida sexual activa encontramos un rango de entre 14 y 24 años con una media de 18 años. (cuadro y figura no.3)

Los años de matrimonio con una media de 6.8, con un rango de 2 a 19 años de matrimonio. (cuadro y figura no. 4)

El número de hijos en promedio fue de 3 hijos por paciente dentro de un rango de 1 a 8 hijos. (cuadro y figura no. 5)

Con respecto a la frecuencia de relaciones sexuales por semana antes y después de la vasectomía encontramos que la frecuencia de relaciones sexuales de 1 a 2 veces por semana antes de la vasectomía fue de 35 pacientes (30.4%) y después 36 pacientes (31.3%) Con frecuencia de 3 a 4 veces por semana 57 paciente (49.6%) antes de la vasectomía y 55 pacientes (47.8%) después de la vasectomía; y 23 pacientes (20%) tenía relaciones sexuales con una frecuencia de 5 a 7 veces por semana antes de la vasectomía y 24 pacientes (20.9%) después de la vasectomía. (cuadro y figura no. 6 y 7)

La satisfacción sexual antes de la vasectomía encontramos que lo siguiente 13 pacientes que representan el 11.3% perciben menor satisfacción sexual contra 45 pacientes (39.18%) que percibe mayor satisfacción sexual y 57 pacientes (49.6%) refieren que es igual la satisfacción sexual. La satisfacción sexual posterior a la vasectomía encontramos los siguientes resultados 14 pacientes (11.2%) refieren menor satisfacción sexual, 38 pacientes (33%) igual satisfacción sexual y 63 pacientes (54.8%) mayor satisfacción sexual posterior a la vasectomía. (cuadro y figura no.8 y 9).

Por otra parte con respecto al porcentaje de orgasmos antes de la vasectomía encontramos que 19 pacientes (16.5%) tenían menos del 50% de orgasmos, 70 paciente (60.9%) que presentaban orgasmo en el 50% de las relaciones sexuales y 26 pacientes (22.6%) tenían orgasmo en más del 50% de sus relaciones sexuales. Esto comparado con lo que refieren después de la vasectomía encontramos que 19 pacientes (16.5%) tienen orgasmos en menos del 50% de sus relaciones sexuales, 72 pacientes (62.6%) tienen orgasmos en el 50% de sus relaciones sexuales y 24 pacientes (20.9) tienen orgasmos en más del 50%. (cuadro y figura no.10 y 11).

Respecto al tiempo que mantiene el paciente erecto su pené refieren 15 pacientes (13%) que es menor el tiempo de erección en comparación con antes de la vasectomía, 75 pacientes (62.2%) refieren que el tiempo de erección es el mismo y 25 pacientes (21.7%) refieren que el tiempo de erección es mayor que antes de la vasectomía. (cuadro y figura 12)

De acuerdo a su percepción de cómo disfrutaban sus relaciones sexuales después de la vasectomía encontramos que 13 pacientes (11.3%) refieren que perciben menor satisfacción sexual, 36 pacientes (31.3%) perciben la misma satisfacción sexual que antes de la vasectomía, y 66 pacientes (57.4%) perciben mayor satisfacción sexual. (cuadro y figura no.13)

De acuerdo a la calificación que dan a su vida sexual encontramos que 11 pacientes (9.6%) le dan una calificación de mala, 36 pacientes (31.3%) califican su vida sexual igual que antes que se realizaran la vasectomía, y 68 pacientes (59.1%) califican su vida sexual como mejor que antes de la vasectomía. (cuadro y figura no.14)

Por último de acuerdo a la calificación de las encuestas según los parámetros mencionados encontramos que en 14 pacientes que representan el 12.2% perciben o presentan cambios negativos en su satisfacción sexual; en 45 pacientes que representan la con un 39.1% no existen modificaciones en su satisfacción sexual y por último que 56 pacientes representando el 48.7% perciben cambios positivos en su satisfacción sexual después de la vasectomía. (cuadro y figura no.15)

## CUADROS Y FIGURAS

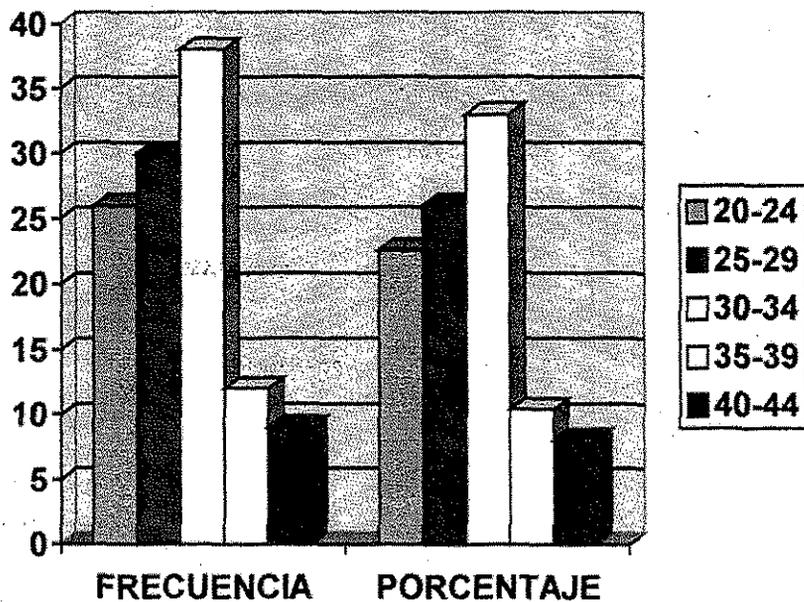
Cuadro No 1 Edad de los pacientes incluidos en el estudio

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20-24	26	22.6
25-29	30	26
30-34	38	33
35-39	12	10.4
40-44	9	8
TOTAL	115	100

Fuente. Encuesta

realizada

Figura No 1. Edad de los pacientes incluidos en el estudio



Fuente: encuestas realizadas

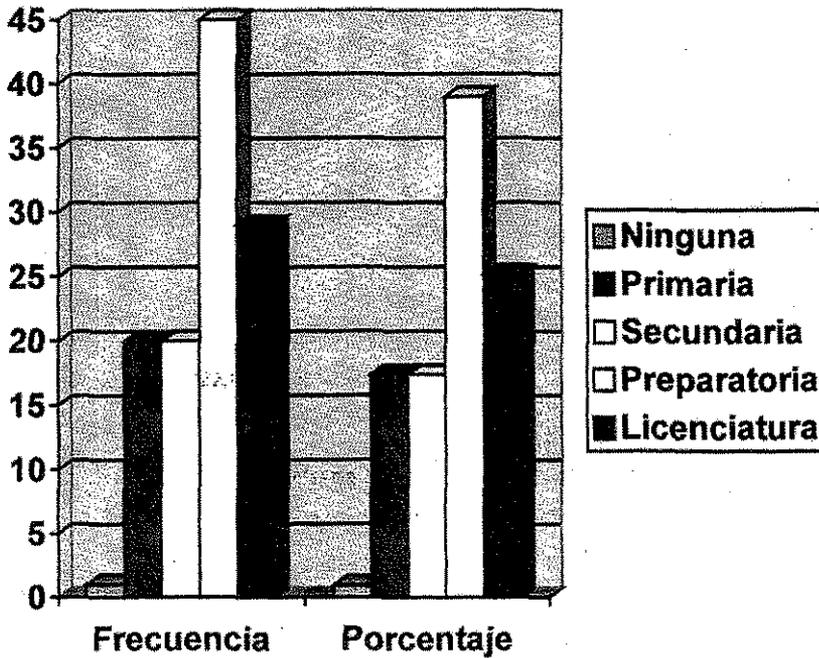
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Cuadro No 2. Escolaridad de los pacientes estudiados

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	1	.9
Primaria	20	17.4
Secundaria	20	17.4
Preparatoria	45	39
Licenciatura	29	25.2
Total	115	100

Fuente: Encuestas realizadas

Figura No 2 Escolaridad de pacientes estudiados



Fuente: Encuestas realizadas

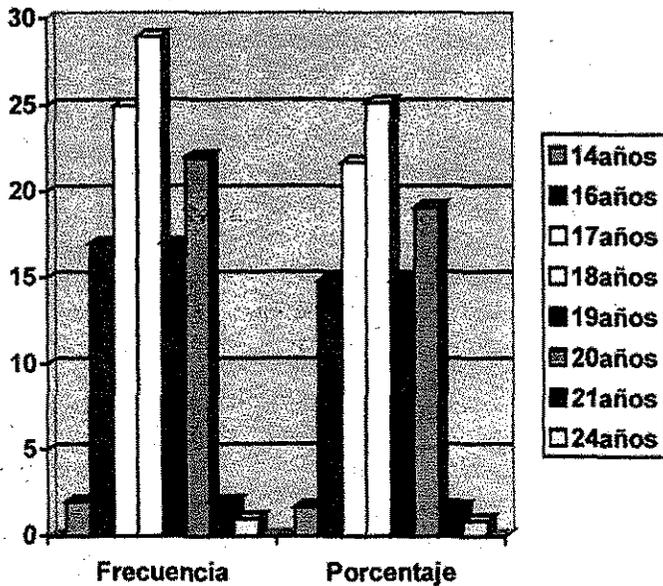
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Cuadro No 3 Edad de inicio de vida sexual activa de los pacientes estudiados

IVSA	Frecuencia	Porcentaje
14años	2	1.7
16años	17	14.8
17años	25	21.7
18años	29	25.2
19años	17	14.8
20años	22	19.1
21años	2	1.7
24años	1	.9
Total	115	100

Fuente: Encuestas realizadas

Figura No 3 Edad de inicio de vida sexual activa de los pacientes estudiados



Fuente: Encuestas realizadas

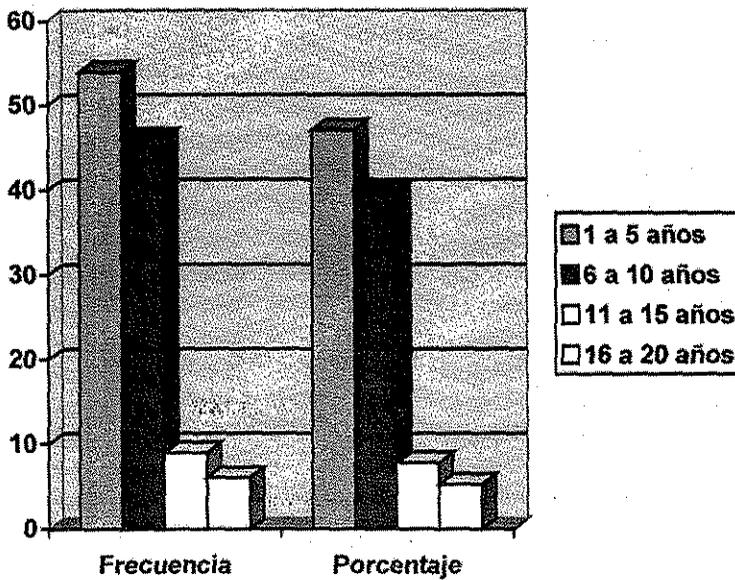
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Cuadro No 4 Años de matrimonio de los pacientes estudiados

Años de matrimonio	Frecuencia	Porcentaje
1 a 5 años	54	47
6 a 10 años	46	40
11 a 15 años	9	7.8
16 a 20 años	6	5.2
Total	115	100

Fuente: encuestas realizadas

Figura No 4 Años de matrimonio de pacientes estudiados



Fuente: encuesta realizada

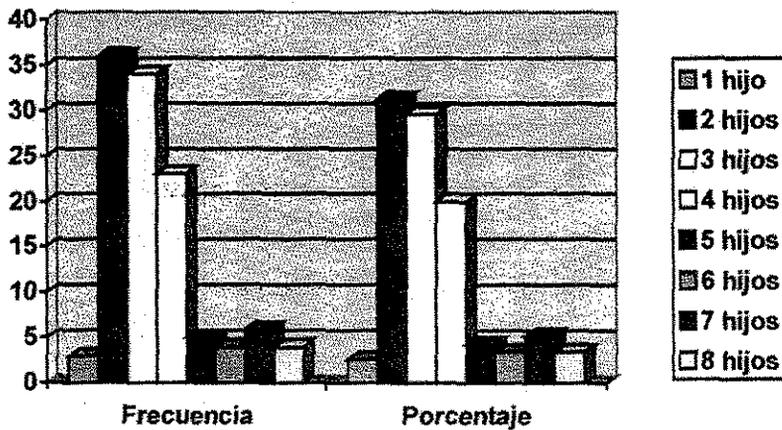
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Cuadro No 5 Número de hijos de los paciente estudiados

Hijos.	Frecuencia	Porcentaje
1 hijo	3	2.6
2 hijos	36	31.3
3 hijos	34	29.6
4 hijos	23	20
5 hijos	5	4.3
6 hijos	4	3.5
7 hijos	6	5.2
8 hijos	4	3.5
Total	115	100

Fuente: Encuestas realizadas

Figura No 5 Número de hijos de los pacientes estudiados



Fuente: Encuestas realizadas.

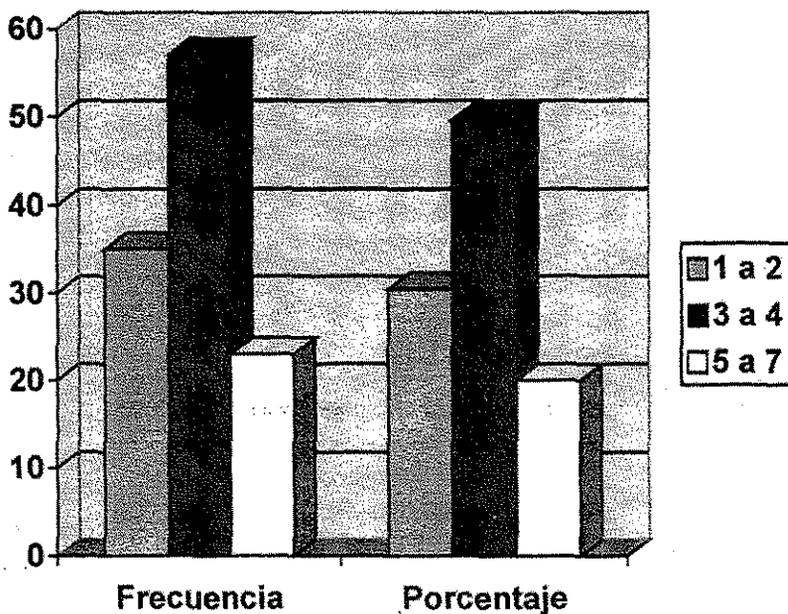
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Cuadro No 6 Frecuencia de relaciones sexuales por semana antes de la vasectomía.

Semana	Frecuencia	Porcentaje
1 a 2	35	30.4
3 a 4	57	49.6
5 a 7	23	20
Total	115	100

Fuente: Encuestas realizadas

Figura No.6 Frecuencia de relaciones sexuales por semana antes de la vasectomía.



Fuente: encuestas realizadas

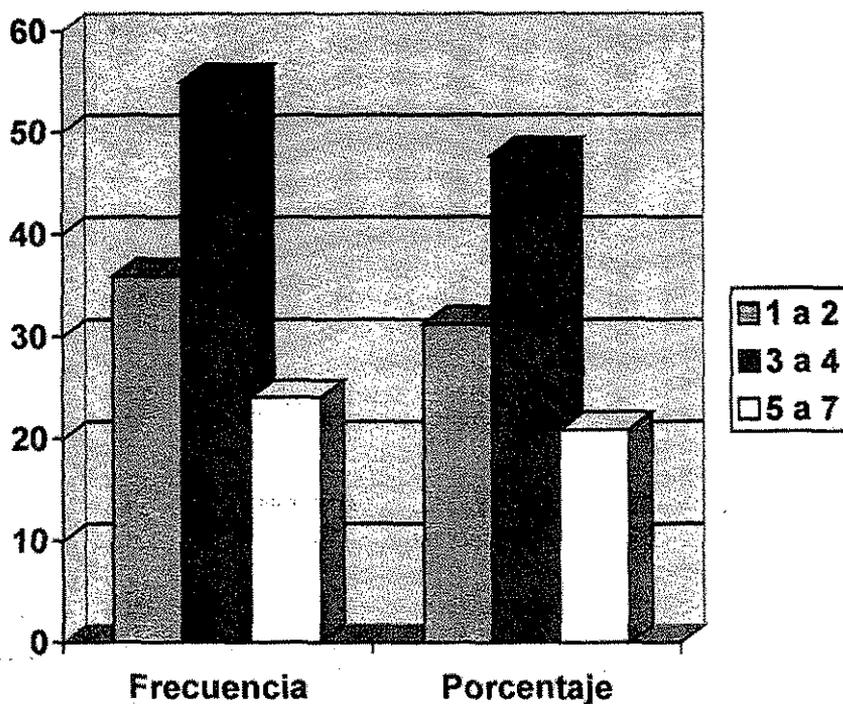
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Cuadro No. 7 Frecuencia de relaciones sexuales por semana después de la vasectomía.

Semana	Frecuencia	Porcentaje
1 a 2	36	31.3
3 a 4	55	47.8
5 a 7	24	20.9
Total	115	100

Fuente: Encuestas realizadas

Figura No. 7 Frecuencia de relaciones sexuales por semana después de la vasectomía.



Fuente. Encuestas realizadas

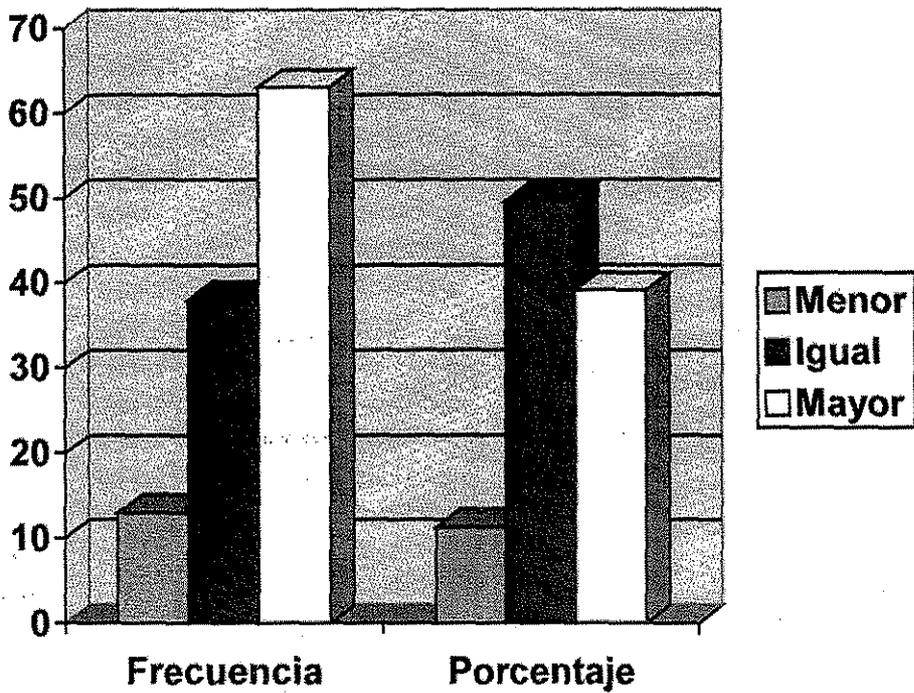
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Cuadro No. 8 Percepción de su satisfacción sexual antes de la vasectomía.

Satisfacción	Frecuencia	Porcentaje
Menor	13	11.3
Igual	38	49.6
Mayor	63	39.1
Total	115	100

Fuente: Encuestas realizadas

Figura No. 8 Percepción de su satisfacción sexual antes de la vasectomía.



Fuente: Encuestas realizadas

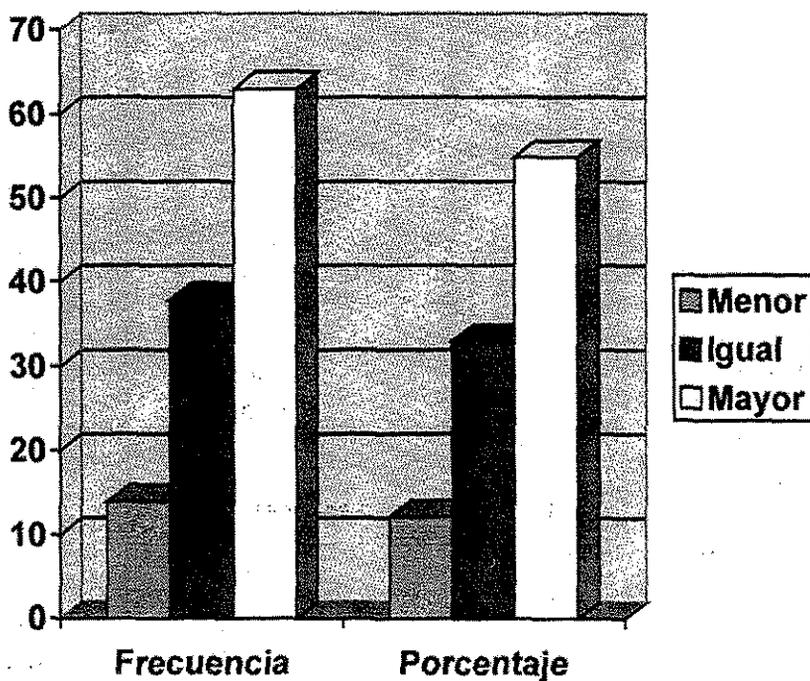
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Cuadro No. 9 Satisfacción sexual posterior a la vasectomía.

Satisfacción	Frecuencia	Porcentaje
Menor	14	12.2
Igual	38	33
Mayor	63	54.8
Total	115	100

Fuente: Encuestas realizadas

Figura No. 9 Satisfacción sexual posterior a la vasectomía.



Fuente: Encuestas realizadas

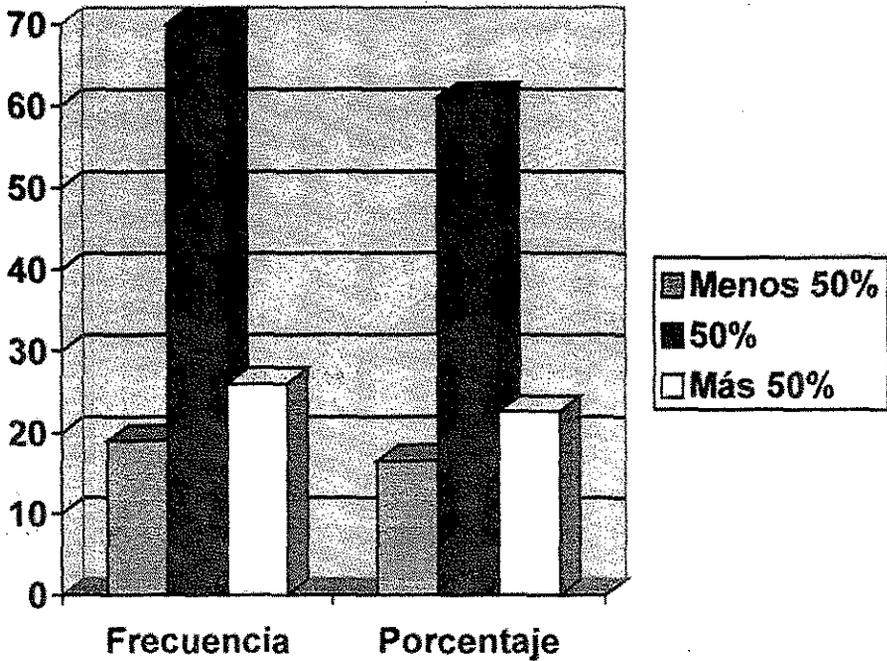
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Cuadro No10 Porcentaje de orgasmos antes de la vasectomía.

Orgasmos	Frecuencia	Porcentaje
Menos 50%	19	16.5
50%	70	60.9
Más 50%	26	22.6
Total	115	100

Fuente: Encuestas realizadas

Figura No.10 Porcentaje de orgasmos antes de la vasectomía.



Fuente: Encuestas realizadas

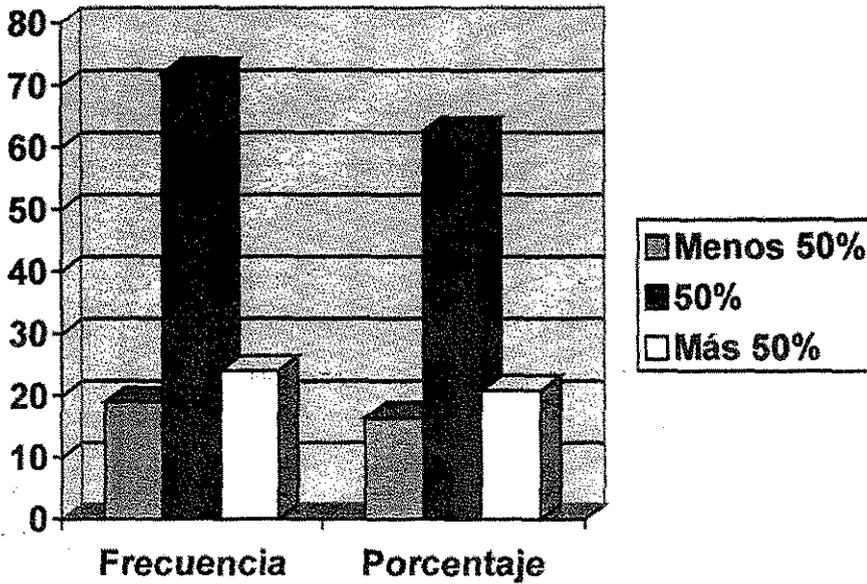
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Cuadro No. 11 Porcentaje de orgasmos después de la vasectomía.

Orgasmos	Frecuencia	Porcentaje
Menos 50%	19	16.5
50%	72	62.6
Más 50%	24	20.9
Total	115	100

Fuente: Encuestas realizadas

Figura No. 11 Porcentaje de orgasmos después de la vasectomía.



Fuente: Encuestas realizadas

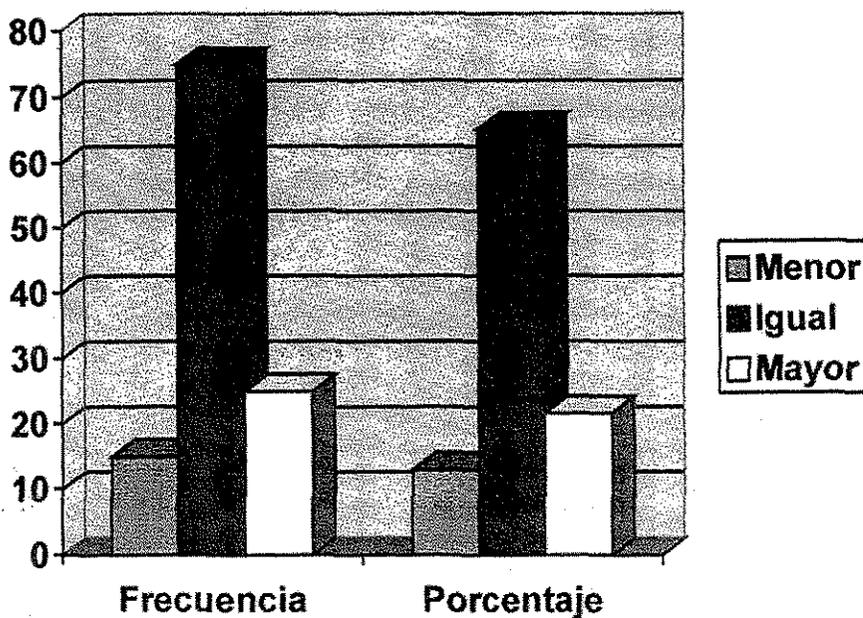
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Cuadro No. 12 Tiempo de erección después de la vasectomía.

Tiempo	Frecuencia	Porcentaje
Menor	15	13
Igual	75	65.2
Mayor	25	21.7
Total	115	100

Fuente: Encuestas realizadas

Figura No. 12 Tiempo de erección después de la vasectomía.



Fuente: Encuestas realizadas

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

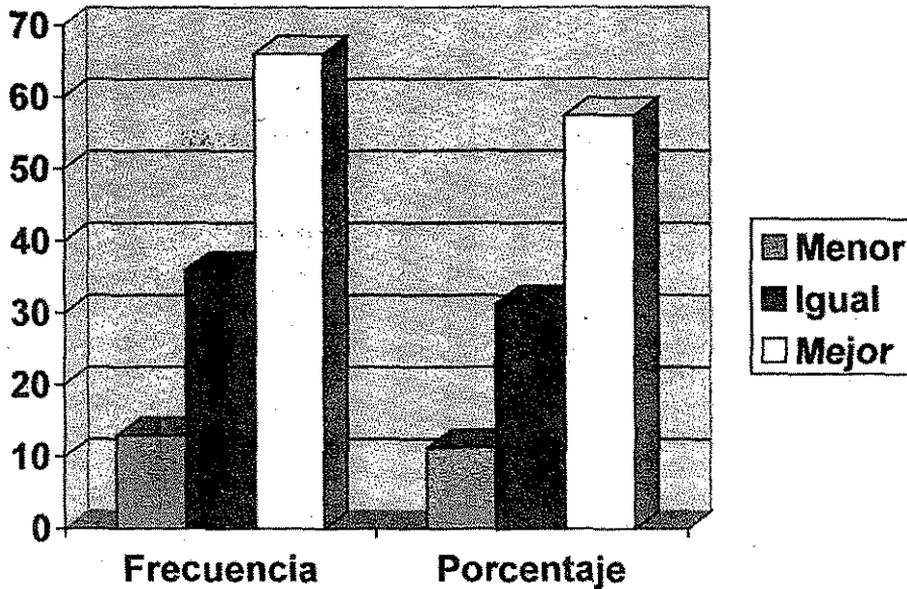
ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

Cuadro No. 13 Como disfrutó sus relaciones sexuales después de la vasectomía.

	Frecuencia	Porcentaje
Menor	13	11.3
Igual	36	31.3
Mejor	66	57.4
Total	115	100

Fuente: Encuestas realizadas

Figura No. 13 Como disfrutó sus relaciones sexuales después de la vasectomía.



Fuente: Encuestas realizadas

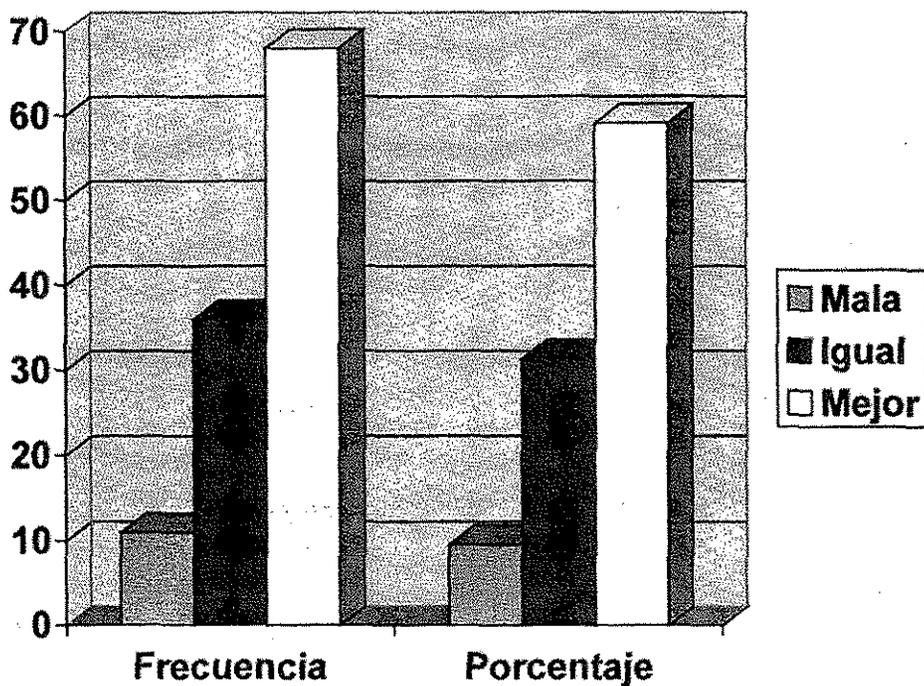
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Cuadro No. 14 Vida sexual después de la vasectomía.

Vida sexual	Frecuencia	Porcentaje
Mala	11	9.6
Igual	36	31.3
Mejor	68	59.1
Total	115	100

Fuente: Encuestas realizadas

Figura No. 14 Vida sexual después de la vasectomía.



Fuente: Encuestas realizadas

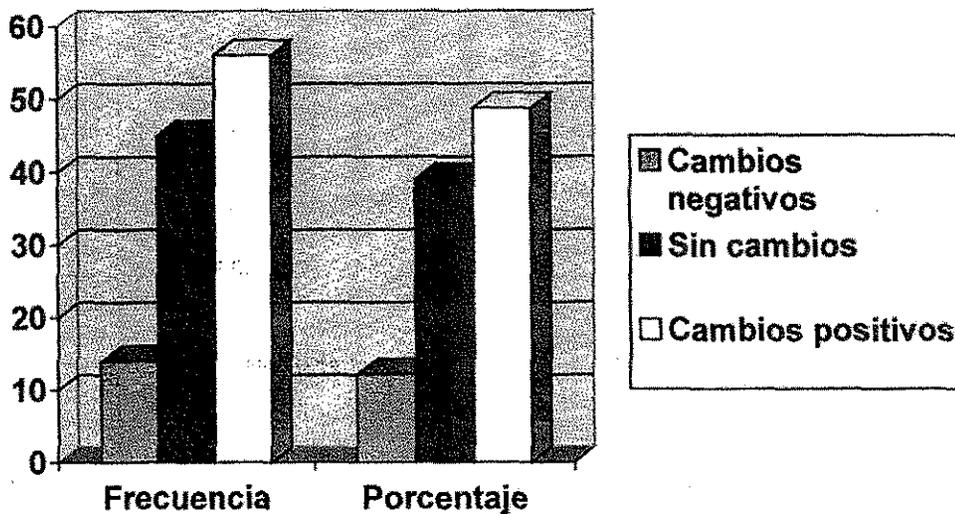
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Cuadro No.15 Como califican su vida sexual los pacientes después de la vasectomía.

	Frecuencia	Porcentaje
Cambios negativos	14	12.2
Sin cambios	45	39.1
Cambios positivos	56	48.7
Total	115	100

Fuente: Encuestas realizadas

Figura No. 15 Como califican su vida sexual los pacientes después de la vasectomía.



Fuente: encuestas realizadas

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## ANÁLISIS DE RESULTADOS.

En esta investigación encontramos que los pacientes son adultos jóvenes la mayoría de la tercera y cuarta década de la vida con una edad media de 30 años, ya que talvez por las mismas características machistas los hombres con mayor edad tienen esta cultura mayormente arraigada. La mayoría de estos pacientes tienen escolaridad de nivel medio superior y superior lo cual nos habla que son personas preparadas con un nivel socioeconómico medio, con un nivel cultural medio o alto basándonos en su nivel académico. También encontramos una edad promedio de inicio de vida sexual activa de 18 años, y un promedio de 5 años de matrimonio, por lo que se presume que tienen una vida sexual activa corta y en general tienen matrimonios en etapas iniciales de expansión e hijos pequeños; de los cuales encontramos que la media es de 3 hijos por paciente llamando la atención que a pesar de estas características tienen su paridad satisfecha.

Con respecto a su sexualidad realmente no se encontró diferencias significativas entre su comportamiento y satisfacción sexual antes y después de la vasectomía ya que en general tienen el mismo tiempo de erección, la misma cantidad de orgasmos y frecuencia en la actividad sexual.

Y por ultimo encontramos en nuestros resultados que el 12.2% presentan cambios negativos en su satisfacción sexual posterior a la vasectomía encontrándose un porcentaje menor que el reportado en la literatura de un 20% con efectos sexuales adversos, por otro lado encontramos en nuestro estudio que el 48.7% presentan cambios positivos en la satisfacción sexual lo cual también correspondería con lo reportado en la literatura que habla de un 44 a un 73%, y por ultimo podemos decir que un porcentaje de 45% no se encuentra modificaciones en la satisfacción sexual posterior a la vasectomía.

## **CONCLUSIONES:**

Podemos concluir que si bien la realización de la vasectomía produce cambios en la satisfacción sexual del paciente estos son positivos en su mayoría (48.7), aunque el porcentaje es muy similar con el de sin modificaciones en la satisfacción sexual de 45% por lo que se podría afirmar que se comprobó la hipótesis de que la realización de la vasectomía no produce cambios en la satisfacción sexual, ya que con porcentajes tan similares no podemos descartarla. Sin embargo me parece importante el resultado ya que al publicarlo quizás algunos varones que no se han realizado la vasectomía por temor de tener efectos adversos en su sexualidad desechen estos temores y se decida a realizarse la vasectomía.

## **SUGERENCIAS**

- Continuar y fortalecer el proceso de consentimiento informado en las parejas que desean método anticonceptivo permanente.
- Establecer información sobre sexualidad y métodos anticonceptivos en la población derechohabiente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cooper BB. Colletion of he lectures of a. c. Cooper. 2a ed. London: Ed. Observations onb the structure and diaseas of tesis, 1982: 330.
2. Jhaver PS. The history of experimental and clinical work on vasectomy. Journald of the International College of Surgeons. 1980; 33 (4): 482-5.
3. Gómez RL. Procedimientos quirúrgicos de esterilización. Gaceta Medica de México. 1972; 103(1): 29-41.
4. Sharp HC. Vasectomy as a means of preventing procreation in defectives. Journal of the American Medical Association 1989; 53:1897-1902.
5. Hackett RE, Waterhouse K. Vasectomy reviewed. American Journal of obstetrics and Ginecology. 1973; 116(3):438-55.
6. Ochsner AJ. Surgical treatment of habitual criminals. Journal of the Americam Medical Assosiation 1989; 32:867.
7. \*Steinach E. Sex and life:forty years of biological and medical experiments. New York Viking. In Press. 1960; 252.
8. Hulka JF, DAVIS JE. Sterilization of men. In Hafez, E.S.E. AND Evans, T.N. eds Human reproduction 1973; 427-38.
9. Wylie EM. Voluntary sterilization in men. In Wylie,E.M. A guide to voluntary sterilization –the new birth control, New York, Grosset and Dunlap, 1972 p. 7-29.
10. Hackett RE, Waterhouse K. Vasectomy. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1973; 116(3): 438-455.
11. Lear H. Vasectomy a note of concern. Journal of the American Medical Association. 1872; 9 (219): 1206-7.
12. Morgan RE. Vasectomy Pennsylvania. Medine. 1972; 75 (11): 38-40.
13. Edeey H, Bernetein I. Psychologic and pychatricspects the sterilization. In Scirma: 1974; 7 (120): 277-82.
14. Esho JO, Cass AS, Reland GW. Morbidity associated whit vasectomy. Journal of Urology. 1973; 110(4):413-15.
15. Kleinman RL. Vasectomy. London: International Planed Parenthood Federation, 1972: 79.

16. Brodsky SA. Evaluation of a new instrument for sterilization by elective vasectomy. *Journal Urology*. 1973; 110(4): 8p.
17. Bryon D. Sourcebook of vasectomy. Crhistian university Press. 1972: 72-1,126.
18. Savage PM. Vasectomy and psychosexual damage Heath Servicies. *Journal of Urology*. 1972; 89(9): 803-4.
19. Wolfers H, Subía N, Mazurka A. Psychological aspects of vasectomy in Malvsia. *Social Biology*. 1973; 20(3). 315-22.
20. Win NN, Singh S, Sahasi G, Issac P. Psychiatric symptoms following vasectomy Indian. *Journal of Psychiatric*. 1973; 12:169-73.
21. Ziegler FJ. Vasectomy and adverse psychological reactions .*Annals of internal Medicine* . 1989; 73: 853.
22. Hopkins J. Lo esencial de la tecnología anticonceptiva vasectomía. USA: Editorial programa de información, 1999: 10.2-3.

# INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

## UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 94

### Anexo 1

1. Nombre: (no indispensable)
2. Edad:
3. Sexo:
4. Escolaridad
5. Edad de inicio de vida sexual activa:
6. Años de matrimonio actual:
7. Número de hijos:
  
8. Frecuencia de relaciones sexuales por semana antes de la vasectomía:  
1) 1 - 2    2) 3 - 4    3) 5 - 7
  
9. Frecuencia de relaciones sexuales por semana posterior a vasectomía:  
1) 1 - 2    2) 3 - 4    3) 5 - 7
  
10. Su satisfacción sexual antes a la vasectomía usted la considera:  
1) menor    2) igual    3) Mayor
  
11. Su satisfacción sexual posterior a la vasectomía usted la considera:  
1) menor    2) igual    3) mayor
  
12. El tiempo que usted mantiene erecto su pene es.....  
que antes de la vasectomía.  
1) menor    2) igual    3) mayor
  
13. Mencione en que porcentaje aproximado de ocasiones llegaba al orgasmo (punto máximo de la relación sexual) antes de la vasectomía.  
1) menos del 50%    2) más del 50%    3) en todas 100%
  
14. Mencione en que porcentaje aproximado de ocasiones llega al orgasmo después de la vasectomía.  
1) menos del 50%    2) más del 50%    3) en todas 100%
  
15. Como considera usted que disfruta sus relaciones sexuales después de la vasectomía.  
1) menos    2) igual    3) más

16 . Como calificaría su vida sexual posterior a la vasectomía

- 1) mala      2) igual      3) mejor

17. Tenia usted temor de presentar trastornos en su sexualidad al realizarse la vasectomía.

- 1) mucho      2) poco      3) ninguno

18. Sus temores o dudas fueron aclaradas antes de la vasectomía.

- 1) ninguna      2) algunas      3) todas

19. Piensa usted que estos temores repercuten en sus relaciones sexuales.

- 1) si      2) poco      3) no

POR SU ATENCIÓN GRACIAS.