

11226

15  
24



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**División de Estudios de Postgrado  
Instituto Mexicano del Seguro Social  
Unidad de Medicina Familiar No. 94**

**" LA RESPUESTA SEXUAL DEL HOMBRE  
POSTVASECTOMIZADO "**

**TESIS DE POSTGRADO**

**Que para obtener el Título de  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
p r e s e n t a**

**DR. CELSO MARCELO JUAREZ PAREDES**



**I.M.S.S. México, D. F.**

1996

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



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 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.

**AUTORIZACIONES**



**Dra. Elvira Bolaños Díaz.**  
Profesor titular de la especialidad en Medicina Familiar de la UMF  
No. 94.



**Dra. Patricia Ocampo Barrio.**  
Encargada de la Jefatura de Enseñanza de la UMF No. 94.



**ASESOR**



**Dra. Elvira Bolaños Díaz.**  
Especialista en Medicina Familiar.



A la memoria de mi Padre,  
a quién le guardo profundo respeto y admiración.

A mi Madre,  
por su gran apoyo en todo momento.

A mis Hermanos  
que me quieren y apoyan.

A ti **SARA,**

por ser una esposa ejemplar, comprensiva  
y paciente, por tu apoyo incondicional.

**TE AMO.**

A mis **HIJOS,**

**ALEJANDRA,**

**GERARDO,**

**Y**

**DANIEL**

Que son mi mayor motivación  
para seguirme superando.

**LOS AMO.**

## INDICE

	PAGS.
INTRODUCCION	1
OBJETIVOS	2
MARCO TEORICO	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
HIPOTESIS GENERAL	14
TIPO DE ESTUDIO	15
CRITERIOS	16
UNIVERSO DE TRABAJO	17
TAMAÑO DE LA MUESTRA	18
ANALISIS ESTADISTICO	19
PROGRAMA DE ACTIVIDADES	20
RESULTADOS	24
ANALISIS ( CONCLUSIONES)	25
ANEXOS	26
BIBLIOGRAFIA	

**TITULO DEL PROYECTO**

**LA RESPUESTA SEXUAL**

**DEL**

**HOMBRE POSTVASECTOMIZADO**

## INTRODUCCION

El presente estudio tiene por objeto el de investigar las alteraciones que se pudieran presentar durante la respuesta sexual en pacientes vasectomizados, durante mi rotación por el servicio de medicina familiar de la UMF No. 94, observé que es frecuente que los pacientes que deseaban ser vasectomizados reflejaban temor e inseguridad de los efectos secundarios de la vasectomía, a pesar de la información que previamente se les dió al respecto. La mayoría consideraba la posibilidad de que disminuyera en algún sentido no definido su capacidad sexual posterior a este procedimiento quirúrgico.

La vasectomía es un método de planificación definitivo que en los últimos años a tenido gran auge.

El Dr. Pai director del área de planificación familiar en Bombay es decido partidario de la vasectomía y a tenido la oportunidad de analizar las respuestas psicológicas posteriores a este procedimiento quirúrgico, en la India lugar donde se han practicado millones de vasectomías, en su brillante conferencia durante el segundo encuentro internacional de esterilización voluntaria categorizo los temores que el hombre puede experimentar antes y después de la vasectomía, resaltando entre ellos el temor de presentar alteraciones de tipo sexual.

Otro estudio realizado en Gran Bretaña, demostró que en una gran proporción los hombre vasectomizados aceptaban la ayuda de un psicoanalista, aunque en un cuestionario previo negaran alteraciones en su respuesta sexual y/o problemas maritales postvasectomía. Por lo antes expuesto decidí realizar este estudio, ya que considero de gran interés científico, el saber si realmente existen alteraciones en la respuesta sexual de los hombres vasectomizados.

- 2 -

**OBJETIVO DEL ESTUDIO**

**IDENTIFICAR CAMBIOS EN  
LA RESPUESTA SEXUAL  
DEL HOMBRE VASECTOMIZADO**

### MARCO TEORICO

LA VASECTOMIA. Un procedimiento simple y destinado a bloquear el paso del espermatozoides a través del conducto deferente, no fue aceptada hasta el siglo XIX y no era utilizada como método de control de la fecundidad sino hasta el siglo XX. Es totalmente diferente a la castración 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 por ciertas ordenes 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 la 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 hecha por el cirujano inglés y anatomista John Hunter en 1775, mientras se efectuaba una disección notó la obstrucción de un conducto deferente en el cadáver en el que trabajaba.

En 1830 un estudiante de Hunter Sir Astley Cooper inició trabajos experimentales sobre vasectomía usando perros les ligaba la arteria y vena del cordón espermático de un lado sin tocar el conducto deferente, en el lado que se había obstruido la arteria y la vena, el testículo se gangrenó y en el lado donde solo se obstruyó el conducto deferente el tejido permaneció sano y el espermatozoides sobrevivió en la porción distal del tracto hasta la ligadura. El epididimo o porción contorneada del conducto deferente gradualmente se ensachaba para alojar al espermatozoides. En 1883, Félix Guyon cirujano francés, concluyó que el bloqueo del conducto deferente causaba atrofia de la glándula prostática, este hallazgo animó a los cirujanos del tracto genitourinario, para hacer vasectomías simultáneamente con prostatectomía, con el objeto de reducir la

frecuencia de epididimitis., una de las primeras operaciones de este tipo fue atribuida al Dr. H.G. Lander de Upsala, Suecia; --- quién en 1897, publicó un informe sobre su técnica.

Hoy en día algunos cirujanos hacen vasectomía con prostatectomía disminuyendo significativamente la incidencia de epididimitis. El Dr. Harry Sharp de Indiana, reportó el haber ejecutado la vasectomía en 1980, en un paciente enfermo mental cuyo principal motivo de consulta era el de masturbarse en exceso, el paciente consintió en la operación convencido de que esta aliviaría su obsesión, los resultados 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.

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. Paradójicamente, aún cuando sus efectos anticonceptivos estaban siendo documentados, la operación fue hecha por un austriaco desterrado de nombre Eugene Steinach, con el propósito de rejuvenecimiento del cuerpo humano, de sus experimentos en ratas ---- Steinach concluyó, que después de la ligadura de los conductos deferentes los tejidos productores del esperma se degeneraban, a la par que había una hipertrofia del tejido productor de hormonas, - lo cual a su vez, causaba una renovación de la producción de las células germinales. Se pensó que este proceso combatía los efectos de la vejez. Más tarde, esta hipótesis fue refutada, pero -- los médicos y los científicos continuaron defendiendo la operación con fines anticonceptivos. Al presentarse el problema de la explosión demográfica en 1951, los trabajos realizados por Pinkus y Chan, en la World Star Fundation, abrieron la posibilidad de -- una nueva era en el control de la fertilidad humana.

De 1965 a 1975 hubo una disminución en el número neto de nacimientos del 20% o más, en áreas tradicionalmente con una gran fertilidad, como Costa Rica, República Dominicana, Tailandia, -- Tunez, Panamá y Vietnam del Norte. En otros países, como Egipto, Libia, Filipinas y Turquía el descenso varió del 15% al 20%.

Esta velocidad en la reducción de nacimientos, es con mucho, más rápida que la que se ha observado en los países industrializados, paralelo a este descenso tan importante, han sucedido cambios en ciertos factores sociales, tales como el aumento en la -- edad al momento del matrimonio, que en algunos países como Corea, ha tomado una proporción verdaderamente dramática.

La vasectomía es un procedimiento que no es nuevo, aunque está ganando mayor aceptación entre el público como método electivo de esterilización, se calcula que casi 40 000 vasectomías electivas fueron efectuadas por urologos estadounidenses con el fin de -- esterilización voluntaria de 1967, y cabe suponer que el número -- es mayor en la actualidad. Como intervención externa con anestesia local, se practica una incisión de un centímetro sobre cada conducto deferente, o cabe emplear, una incisión única en la línea media. Los conductos deferentes se aíslan, ligan, ( a veces se electrocoagulan y se extirpa un pequeño segmento entre los sitios ligados. Conviene aislar los cabos seccionados de los conductos deferente en diferentes planos aponeuróticos, para impedir la recanalización espontánea. Debe recordarse que los espermatozoides distales con relación al sitio de la ligadura almacenados en vesículas seminales y la próstata conservan la viabilidad varias semanas. Los espermatozoides desaparecen del líquido de eyaculación, con ritmo de 50 a 70% de los restantes con cada eyaculación, y la mayoría de los varones sexualmente activos abrían expulsado todos los espermatozoides viables de estos reservorios -- después del procedimiento, deberá efectuarse un estudio microscópico de una muestra recién recibida obtenida del líquido de eyaculación. Solo abra que decir que el paciente esta quirúrgicamente

esterilizado, cuando se ha observado que no hay espermatozoides - en el líquido eyaculado. (1,2,3,4).

#### CONCEPTO DE SALUD SEXUAL SEGUN LA OMS.

La salud sexual es la integración de los aspectos somáticos emocionales e intelectuales del ser sexual, la manera que enri--- quezcan y apliquen empleando la personalidad, la comunicación y - el amor. Los elementos que incluyen el concepto de salud sexual son:

- Estar libre del temor, la vergüenza, la culpa y otros factores psicológicos que inhiben la respuesta sexual y limitan la relación socio-sexual.
- Capacidad de disfrutar la conducta sexual y reproductiva de acuerdo a una ética social y personal.
- Estar libre de perturbaciones, enfermedades y diferencias orgánicas que interfieren con las funciones sexuales y reproductivas.

#### CONCEPTO DE NORMAL EN SEXUALIDAD.

No existe normalidad en sexualidad, solo existe una palabra normal en este caso que puede usarse de diferentes maneras según aquello a que se quiere aplicar y su concepto sería la explica--- ción de como se le esta usando.

Estableciendo una analogía, podríamos decir que cada individuo po see un continente y un contenido, a manera de una pecara, la cual finca sus límites transparentes en la libertad, la responsabili--- dad y el respeto, los cuales contienen las normas, valores y patro nes de conducta aprendidos por el individuo a través de su vida.

#### RESPUESTA SEXUAL HUMANA.

Es importante conocer como se desarrolla la respuesta sexual humana, pues su conocimiento propicia el entendimiento de las propias reacciones y de las de otros, una mayor comprensión y comunicación entre la pareja, facilitando un mayor disfrute sexual.

La respuesta sexual humana, es integral del organismo a un estímulo sexual efectivo que engloba modificaciones fisiológicas genitales y extragenitales. Es una reacción en la que se involucra todo el organismo e intervienen no tan solo los genitales sino los sentimientos, pensamientos y experiencias previas de la persona.

La respuesta sexual humana ha sido objeto de estudio y motivo de interés, pero hasta 1966 en que William Masters y Virginia Johnson le dan un carácter científico a estas investigaciones.

Ellos estudiaron 2,500 ciclos de respuesta en 600 individuos entre 18 y 89 años, basados en sus observaciones esquematizaron todos los ajustes fisiológicos del organismo de acuerdo a las diferentes fases por las que atraviesa el ser humano durante el ciclo de respuesta a un estímulo sexual efectivo, ya sea masturbación o coito, tanto homosexual como heterosexual.

La Dra. Helen Kaplan y colaboradores, consistió básicamente en añadir una fase previa utilizando el modelo original de Masters y Johnson, complementandola y enriqueciendola. Incluyó la fase de meseta dentro de la fase de excitación y la de resolución en la de orgasmo.

Esquema Trifásico de la respuesta sexual humana según la Dra. Kaplan:

**FASE DE DESEO:** Las bases neurofisiológicas y neuroanatómicas del deseo sexual, no se han delimitado tan exactamente como en otros impulsos, pero se sabe que depende de la actividad de una estructura anatómica del cerebro. Contiene centros que inhiben y otros de excitación, activados por dos neurotransmisores, inhibitorio y excitatorio, tiene amplias conexiones con otras partes del cerebro, que permiten por medio de impulsos sexuales, influir e integrar la experiencia total de la vida del individuo.

El deseo sexual (libido) en ambos sexos es vivido como sensaciones inespecíficas, que mueven al individuo a buscar o volverse receptivo a la experiencia sexual. Después de encontrar satisfacciones gratificantes, fuerzas inhibitorias hacen que la persona no se interese en asuntos sexuales por períodos que pueden variar. La fase de deseo se modifica según el estado de ánimo del individuo, quién empieza a interesarse a buscar satisfacción sexual, período que puede ser breve o de larga duración.

**FASE DE EXCITACION:** Esta fase es activada por el sistema parasimpático, se determina o denomina congestiva o miotónica. En ambos sexos los signos de excitación sexual son producidos por el reflejo de vasocongestión de los vasos sanguíneos genitales.

Dos centros en la médula, uno en S<sup>1</sup>, S<sup>2</sup>, S<sup>4</sup>, otro en T<sup>11</sup>, T<sup>12</sup>, L<sup>1</sup>, L<sup>2</sup>, se activan y causan la vasocongestión de los genitales los cuales se hinchan, distienden y cambian su forma para adaptarse y prepararse para el coito.

Estas modificaciones son diferentes en los dos sexos pero complementarias: El pene adquiere mayor tamaño y dureza para penetrar a la vagina, la cual se hincha y humedece para recibirlo.

En todo el organismo se presentan modificaciones y ajustes fisiológicos extragenitales. El corazón aumenta la frecuencia de latidos por minuto, por lo que se acelera la circulación sanguínea, aumenta la frecuencia respiratoria, se eleva la tensión arterial. se presenta una vasocongestión superficial o rubor sexual, en algunas áreas del cuerpo, se observa la erección del pezón y la ingurgitación de la areola.

Se presentamiotonía ( tensión muscular) y se observan los espasmos corpopedal y del esfínter anal. El orgasmo empieza a bloquear la atención a otro tipo de estímulos no sexuales, concentrándose en las propias sensaciones que sí lo son. La excitación se presenta más rápidamente en el hombre que en la mujer, por lo que ellas requieren de mayor tiempo de estimulación erótica.

En el hombre se presenta la erección debido a que el tejido errec-

til del pene se llena por sangre y un sistema hemodinámico se man tiene erecto. El glande cambia su coloración, los testículos au-- mentan su tamaño, rotan sobre su eje y se acercan al cuerpo ya -- que el escroto se contrae y el músculo cremáster. Las glándulas - bulbouretrales secretan unas gotas de líquido con el propósito de limpiar la uretra.

En la mujer se presenta la lubricación que es un fenómeno que se debe al aumento en la velocidad del flujo sanguíneo y a la vaso-- congestión . La lubricación es un trasudado de las paredes de la vagina y no una secreción de las glándulas de Bartholin. Los --- cambios que ocurren en sus genitales externos son el cambio de co loración de claro a oscuro, la erección del clitoris ( órgano su mamente sensible), el engrosamiento y aplanamiento de los labios mayores y menores. Al final de esta fase la coloración de los ge-- nitales es más intenso, el clitoris se retrae, abre el orificio - externo del cervix y se vasodilata el tercio externo de la vagina para formar la plataforma orgásmica.

FASE DE ORGASMO: También llamada mioclónica, porque si en la fase anterior el fenómeno más importante es hemodinámico, en esta el - más trascendente es muscular, por las contracciones involuntarias que ocurren en ambos sexos. Es activada principalmente por el sig-- tema simpático. Esta fase es un reflejo genital que esta goberna-- do por centros nerviosos. Los impulsos sensitivos que llevan el - orgasmo a ingresar a la médula espinal a través del nervio puden-- do a nivel sacro y la salida eferente es desde T<sup>11</sup> a L<sup>2</sup>. Los cen-- tros del reflejo espinal para el orgasmo, están cercanos a los -- que gobiernan el control anal y la vejiga. El orgasmo no involu-- cra reflejos vasculares pero consiste en contracciones involunta-- rias de varios músculos genitales en ambos sexos.

Durante esta fase las frecuencias cardíacas y respiratoria alcan-- zan su máximo. La sudoración es profusa y el rubor sexual se in-- crementa. La concentración mental hacia las sensaciones sexuales bloquean otro tipo de estímulos internos.

En el hombre el reflejo de la eyaculación consta de dos fases coordinadas: emisión y eyaculación. La primera es una respuesta visceral controlada por el sistema nervioso autónomo y la segunda es un mecanismo externo que consiste en la salida del semen. La emisión consiste en la contracción refleja de los músculos lisos.

El epidídimo, conducto deferente, vesículas seminales y próstata se contraen. Esta contracción deposita el líquido seminal en la parte posterior de la uretra, el esfínter interno vesical se cierra. Esta emisión aún no es tan placentera, sino que se percibe como una señal fisiológica de lo que se ha denominado sensación inminente eyaculatoria puesto que después de ella es difícil controlar la eyaculación. En el hombre aho la emisión es seguida de contracciones rítmicas con una frecuencia de décimas de segundo de los músculos estriados, que se localizan en la base del pene. Su efecto es expulsar el semen en una serie de emisiones. Estas contracciones son acompañadas por sensaciones placenteras típicas. En la mujer el orgasmo es análogo a la segunda fase del orgasmo masculino, desde luego no hay fase de emisión, pero la adecuada estimulación lleva a contracciones rítmicas uterinas y vaginales de 8 por segundo en promedio. Estas también son acompañadas por sensaciones placenteras.

La sensación orgásmica en una misma persona puede variar de intensidad según las circunstancias, presentarse sin estimulación genital durante sueños o fantasías.

Al finalizar el orgasmo se inicia la resolución de los cambios fisiológicos que empezaron en la fase de deseo y se mantuvieron en la fase de excitación; esta resolución es parte misma de la fase de orgasmo. Durante la resolución la mujer, si es estimulada adecuadamente, puede volver a presentar otro orgasmo, es decir que en teoría la mujer tiene una capacidad multiorgásmica.

El hombre, por el contrario, al finalizar la resolución del orgasmo inicia un período refractario, de duración variable, el cual no solo no responde a los estímulos sexuales sino que puede ser

doloroso en caso de continuarlos.

Debido a lo anterior es aconsejable en un coito heterosexual que el hombre retarde su eyaculación hasta que la mujer haya quedado satisfecha o que trate de llevarlo paralelo al de ella en caso de que su pareja no sea multiorgásmica.

También se aconseja esperar a que transcurra el período refractario en el varón para empezar después de pasado el tiempo que le parezca conveniente para reiniciar su respuesta.

La edad es un factor importante considerar que en la época actual se le ha dado demasiada importancia a éste, pareciera que las personas se mueven en razón de un orgasmómetro, que mide la cantidad y no la calidad de la relación sexual y que valora más el clímax sexual que todos los componentes de la respuesta sexual, ya que, se llegue o no al orgasmo, puede ser sumamente satisfactoria en contenidos de comunicación y afecto.

**LA SEXUALIDAD COMO PARTE DE LA SALUD INTEGRAL:** El ser humano, si bien es visible por tener un cuerpo que es lo que permite la vida, movimiento, pensamiento, forma en que lo haga, rebasa la materia. Dos conceptos básicos: Sexo y Sexualidad, nos dan la armonía de los niveles en los que el ser humano vive.

**SEXUALIDAD:** Es el conjunto de características biológicas, psicológicas y socioculturales que nos permiten comprender al mundo y vivirlo a través de nuestros seres como hombre y mujer.

A la base biológica de la sexualidad se le denomina, sexo biológico, que es el conjunto de características anatómicas y fisiológicas que nos diferencian a los seres vivos en femenino y masculino para propiciar la reproducción.

**SEXO:** Existen varios conceptos de sexo, dependiendo de el momento en que se analice el término y de las condiciones en que se encuentre a quién se le denominará El Sexo.

SEXO CROMOSOMICO

SEXO GONADAL -----

SEXO GENITAL

SEXO BIOLOGICO

SEXO DE ASIGNACION

SEXO SOCIAL  
( CRIANZA )

SEXO PSICOLOGICO  
(IDENTIDAD DE GENERO)

IDENTIDAD SEXUAL

En resumen, la identidad sexual es un proceso complejo que no se da por el uso de color (niño-azul, niña-rosa) o por algún tipo de juguete (niño-pelota; niña-juegos de té); para su consecución se determinará la relación del niño (hombre o mujer) con sus padres y como cada uno de ellos viva su propia sexualidad .(5,6,7,8 ).

**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿ Existen cambios en la respuesta sexual humana de los varones va  
sectomizados de Enero a Diciembre de 1990 en la consulta externa  
del servicio de Planificación Familiar de la UMF No. 94 del INSS ?

### **HIPOTESIS GENERAL**

Los pacientes vasectomizados presentan alteraciones en la --  
respuesta sexual posterior al procedimiento quirúrgico, ante el -  
concepto de que quedan incapacitados para tener relaciones sexua-  
les satisfactorias, imputables a este método de Planificación Fa-  
miliar.

**TIPO DE ESTUDIO**

- **RETROSPECTIVO PARCIAL**
- **TRANSVERSAL**
- **DESCRIPTIVO**
- **OBSERVACIONAL**

**CRITERIOS DE INCLUSION:**

- Pacientes vasectomizados en el servicio de Planificación Familiar de la UMF No. 94 de Enero a Diciembre de 1990.
- Pacientes vasectomizados con vida sexual activa.
- Pacientes que acepten entrar al estudio.
- Pacientes derechohabientes a la UMF No. 94 del IMSS.
- Pacientes que no tengan patología agregada.
- Pacientes que no estén recibiendo tratamiento médico.

**CRITERIOS DE NO INCLUSION**

- Pacientes varones no vasectomizados.
- Pacientes vasectomizados sin vida sexual activa.
- Pacientes que no acepten participar en el estudio.
- Pacientes no derechohabientes de la UMF No. 94 del IMSS.
- Pacientes que tengan patología agregada.
- Pacientes que se encuentren en tratamiento con medicamentos que pueden alterar la respuesta sexual.

**UNIVERSO DE TRABAJO**

**Población de pacientes varones vasectomizados de la UMF No. 94. en edad reproductiva.**

### TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se incluyeron 84 pacientes vasectomizados, los cuales habían solicitado al servicio de Planificación Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 94. este procedimiento quirúrgico; al que fueron sometidos.

En todos los casos, solicitaron voluntariamente la vasectomía, como método de planificación familiar, los 84 pacientes fueron intervenidos en el transcurso de Enero a Diciembre de 1990.

Posteriormente, se formó un grupo de pacientes, a los cuales se les aplicó un cuestionario para determinar si existían alteraciones en su respuesta SEXUAL.

En los casos en los que el paciente había sufrido recanalización no se tomaron en cuenta para el estudio, así como los casos en los que no se localizaron y/o cambiaron de domicilio.

## ANALISIS ESTADISTICO

### HIPOTESIS GENERAL:

Los pacientes vasectomizados presentan problemas en la respuesta sexual posterior al procedimiento quirúrgico.

### HIPOTESIS ESTADISTICA:

$H_1$  - Los hombres vasectomizados presentan alteraciones en la respuesta sexual posterior al procedimiento quirúrgico.

$H_0$  - Los hombres vasectomizados no presentan alteraciones en la respuesta sexual posterior al procedimiento quirúrgico.

Por lo tanto, es un estudio unilateral con área de rechazo de  $H_0$  a la derecha.

## DESCRIPCION DEL PROGRAMA DE TRABAJO

El presente trabajo tiene los objetivos ya señalados y se -- llevará a cabo con la población de una prueba piloto, la cual de-- terminará cuales son las deficiencias de la misma y nos orientará para que se puedan realizar las correcciones pertinentes, para aplicar posteriormente el cuestionario a la población ya descrita.

El programa constará de 5 etapas:

- ETAPA I.- Planteamiento del problema. Determinación de objetivos. Estructuración del marco teórico. Formulación de hipótesis. Definición de Universo. Selección de la muestra. Diseño de instrumentos. Diseños estadísticos de Enero a Marzo de 1991
- ETAPA II.- Recolección de la información de Abril a Junio de 1991.
- ETAPA III.- Procesamiento de la información, Julio y Agosto de 1991.
- ETAPA IV.- Análisis de la información, Septiembre y Octubre de 1991.
- ETAPA V.- Elaboración de la tesis y presentación del trabajo, Noviembre y Diciembre de 1991.

Este estudio estará sometido a correcciones durante su elaboración conjuntamente con el asesor de la misma.

**CRONOGRAMA**

	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
<b>PLANEACION DE LA INVESTIGACION</b>												
<b>ETAPA I</b>												
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	X	X										
<b>DETERMINACION DE OBJETIVOS</b>	X	X										
<b>ESTRUCTURACION DEL MARCO TEORICO</b>	X	X										
<b>FORMULACION DE HIPOTESIS</b>	X	X										
<b>DEFINICION DE UNIVERSO</b>	X	X										
<b>SELECCION DE LA MUESTRA</b>			X									
<b>DISEÑOS DE INSTRUMENTOS</b>			X									
<b>DISEÑO ESTADISTICO</b>			X									
<b>ETAPA II</b>												
<b>RECOLECCION DE LA INFORMACION</b>				X	X	X						
<b>ETAPA III</b>												
<b>PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION</b>							X	X				
<b>ETAPA IV</b>												
<b>ANALISIS DE LA INFORMACION</b>									X	X		
<b>ETAPA V</b>												
<b>ELABORACION DE LA TESIS</b>											X	
<b>PRESENTACION DEL TRABAJO</b>												X

**CUESTIONARIO**

- 1.- EDAD \_\_\_\_\_ SEXO: Masculino ( ) Femenino ( ) Otros ( )
- 2.- ESTADO CIVIL: Soltero ( ) Casado ( ) Unión libre ( ) Otros ( )
- 3.- ESCOLARIDAD: Analfabeta ( ) Primaria ( ) Secundaria ( )  
Bachillerato ( ) Profesional ( ) Técnico ( )
- 4.- OCUPACION: \_\_\_\_\_
- 5.- RELIGION: Católica ( ) Evangelista ( ) Protestante ( )  
Mormón ( ) Otras ( )
- 6.- AÑOS DE UNION CON SU PAREJA: Menos de 5 años ( ) Entre 5 y 10  
años ( ) Más de 10 años ( )
- 7.- NUMERO DE HIJOS: Uno ( ) Dos ( ) Tres ( ) Más de tres ( )
- 8.- MOTIVACION PARA SOMETERSE A LA VASECTOMIA: Situación Económi-  
ca ( ) Paridad satisfecha ( ) Enfermedad de alguno de los con-  
yuges ( )
- 9.- NUMERO DE RELACIONES SEXUALES AL MES, PREVIO A LA VASECTOMIA  
\_\_\_\_\_
- 10.- LA FRECUENCIA DE LAS RELACIONES SEXUALES POSTERIOR A LA VA--  
SECTOMIA: Disminuyó ( ) Fue igual ( ) Aumento ( )
- 11.- EL DESEO SEXUAL PREVIO A LA VASECTOMIA ERA:  
Disminuído ( ) Normal ( ) Aumentado ( )
- 12.- EL DESEO SEXUAL POSTVASECTOMIA ES:  
Disminuído ( ) Igual ( ) Aumento ( )
- 13.- LA SATISFACCION SEXUAL PREVIA A LA VASECTOMIA ERA:  
Disminuída ( ) Normal ( ) Aumentada ( )
- 14.- LA SATISFACCION SEXUAL POSTVASECTOMIA ES:  
Disminuída ( ) Igual ( ) Aumentada ( )
- 15.- TENIA ALTERACIONES EN SU RESPUESTA SEXUAL PREVIO A LA VASEC-  
TOMIA: Sí ( ) No ( )
- 16.- TIENE ALTERACIONES EN SU RESPUESTA SEXUAL POSVASECTOMIA:  
Sí ( ) No ( )
- 17.- LA ALTERACION QUE PRESENTA EN SU RESPUESTA SEXUAL ES EN QUE

- 23 -

**MOMENTO:** Durante la excitación ( ) Durante la erección ( )  
Durante la eyaculación ( ) En otro momento ( )

**ESTE DOCUMENTO ES DE INDOLE CONFIDENCIAL .**

## RESULTADOS

De los 84 pacientes que se vasectomizaron de Enero a Diciembre de 1990, 21 eran no derechohabientes, 11 no se localizarón -- y/o cambiaron de domicilio, 6 tuvieron recanalización tubaria; -- por lo que en base a los criterios de inclusión y no inclusión -- quedaron 46 pacientes para el estudio.

Se aplicó un cuestionario en el cual encontramos que la frecuencia por grupos de edad fué de 20 a 25 años, 3 pacientes, de 26 a 30 años, 16 pacientes, de 31 a 35 años, 17 pacientes, de 36 a 40 años, 2 pacientes, de 41 a 45 años, 5 pacientes, de 46 a 50 años, 2 pacientes, de 51 a 55 años, 1 paciente, (Cuadro 1).

La frecuencia por grado de escolaridad fue; Primaria 2 pacientes, Secundaria 18 pacientes, Bachillerato 14 pacientes, Profesional 12 pacientes, ( Cuadro 2).

La frecuencia por años de unión fué; menos de 5 años, 14 pacientes, más de 5 años y hasta 10, 21 pacientes, más de 10 años, 11 pacientes, ( Cuadro 3).

La frecuencia por número de hijos fué; 2 hijos 18 pacientes, 3 hijos, 19 pacientes, más de 3 hijos, 9 pacientes ( Cuadro 4).

El tratamiento estadístico de este estudio, se realizó utilizando el coeficiente Q de Kendall, con los cuadros de correlación para sacar la asociación entre la vasectomía y las alteraciones en la respuesta sexual, la cual fue inversamente proporcional.

Para saber si esta relación es significativa, se utiliza la prueba Ji cuadrada, la cual no se pudo realizar ya que la totalidad de los pacientes contestaron en el cuestionario aplicado, no tener alteraciones en su respuesta sexual.

### CONCLUSIONES

Los puntos analizados en este estudio, fueron importantes - ya que cualquiera de estos puede alterar la respuesta sexual; --- la edad, la escolaridad, número de hijos y años de unión, así -- como el aspecto social y económico, con los cuales van asociados generan alteraciones emocionales las cuales alteran la respuesta sexual.

La vasectomía genera relajación en la pareja ante el hecho de estar protegidos con un método de planificación definitivo, -- por último ninguno de los pacientes aceptó en el cuestionario a-- plicado tener alteraciones en la respuesta sexual.

**CUADRO 1**

Frecuencia por grupos de edad en pacientes vasectomizados en la UMF No. 94 de Enero a Diciembre de 1990.

EDADES	Número de Pacientes	%
20 - 25 años	3	6.52
26 - 30 años	16	34.76
31 - 35 años	17	36.55
36 - 40 años	2	4.34
41 - 45 años	5	10.66
46 - 50 años	2	4.34
51 - 55 años	1	2.17
TOTAL	46	100%

FUENTE: Cuestionario

**CUADRO 2**

Frecuencia por grado de escolaridad en pacientes vasectomizados en la UMF No. 94 de Enero a Diciembre de 1990.

ESCOLARIDAD	NUMERO DE PACIENTES	%
PRIMARIA	2	4.34
SECUNDARIA	18	39.15
BACHILLERATO	14	30.45
PROFESIONAL	12	26.06
TOTAL	46	100%

FUENTE: Cuestionario

**CUADRO 3**

Frecuencia por años de unión en pacientes vasectomizados en la UMF No. 94 de Enero a Diciembre de 1990.

AÑOS DE UNION	NUMERO DE PACIENTES	%
- 5 años	14	30.43
5 - 10 años	21	45.65
+ 10 años	11	23.91
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>100%</b>

**FUENTE: Cuestionario**

ESTA TESTA NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 29 -

**CUADRO 4**

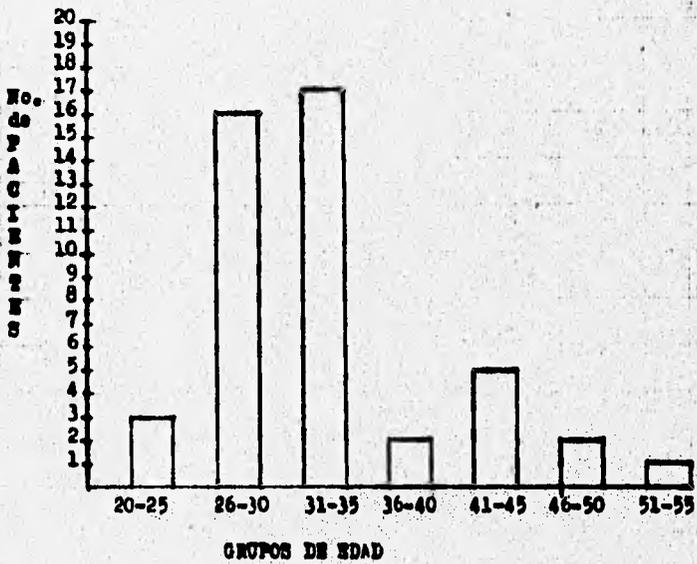
Frecuencia de pacientes vasectomizados por número de hijos  
en la UMF No. 94 de Enero a Diciembre de 1990.

Número de hijos	Número de pacientes	%
1	0	0
2	18	39.13
3	19	41.30
+ 3	9	19.56
TOTAL	46	100%

FUENTE: Cuestionario

**GRAFICA 1**

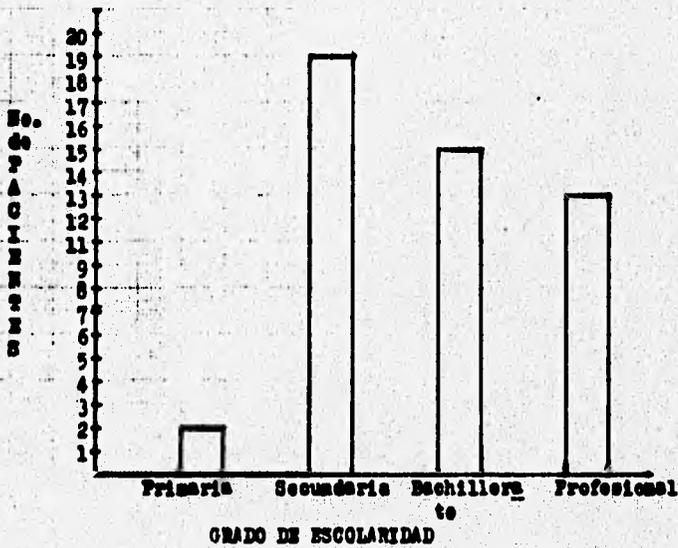
**Frecuencia per grupos de edad de pacientes Vasectomizados de enero a diciembre de 1990. En la UMF # 94**



**Fuente: Cuestionarios**

GRAFICA 2

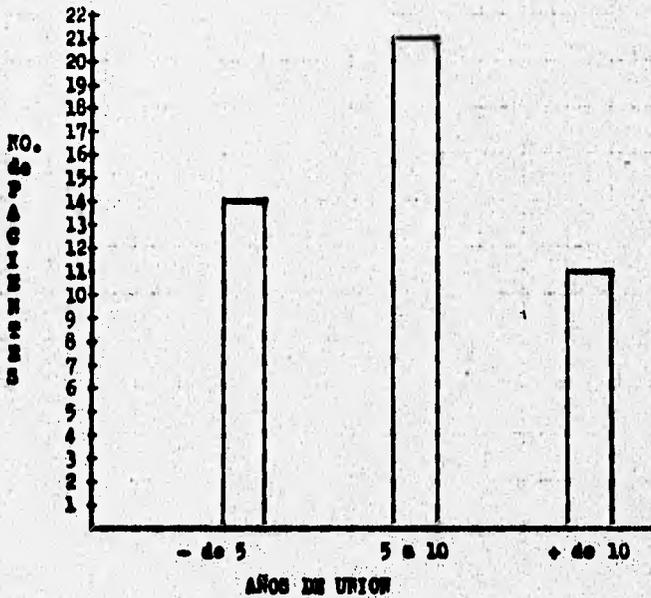
Frecuencia por grado de escolaridad de pacientes Vasectomizados de enero a diciembre de 1990 en la UMF # 94



Fuente: Cuestionarios

**GRAFICA 3**

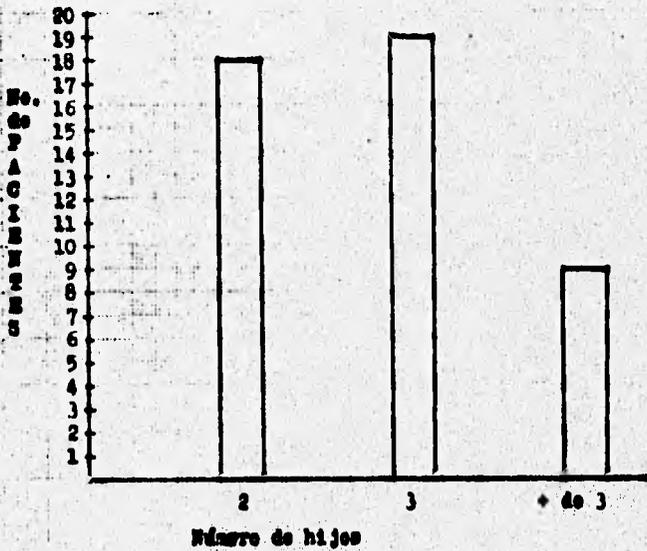
**Frecuencia por años de unión en pacientes Vasectomizados en la UMF # 94 de enero a diciembre de 1990**



**Fuente: Cuestionarios**

GRAFICA 4

Frecuencia de pacientes Vasectomizados por número de hijos en la UTM # 94. de enero a diciembre de 1990



Fuente: Cuestionarios

## Reflexiones

" Quién prefiera la explicación imaginada a la verdad austera, quién huya del análisis y quiera refugiarse en la síntesis, quién guste más del ropaje con que se visten las ideas que el rigor científico que las motra, no tiene aptitudes para médico "

" No hay peor forma de mutilación espiritual en un médico que la falta de cultura. Quién carece de ella podrá ser un gran técnico en su oficio, un sabio en su ciencia; pero en lo demás no pasará de ser un bárbaro, ajeno a lo que de la comprensión humana "

Gudbjerg J. F.  
"Cardiología" 2da

Un punto de vista.

" El poder realizar una residencia es un privilegio, que implica sacrificio y no por eso aspiramos a que se nos llame "especialistas". Aspiramos a merecer el nombre de médicos "

Dr. Celso Maldonado Rojas.

Febrero 1992.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Informes médicos Serie D No.1 Dic.1973 ESTERILIZACION.
- 2.- Population reports Serie D No. 2 Dic. 1977 ESTERILIZACION
- 3.- Population reports Serie D No. 4 Dic. 1984 ESTERILIZACION MAS CULINA.
- 4.- Investigación biomédica; GMN. IMSS. PERSPECTIVAS EN BIOLOGIA DE LA REPRODUCCION, Vol. 116 No. 7 Julio, 1980.
- 5.- Masters W. y Johnson V; RESPUESTA SEXUAL HUMANA. Edit. Inter-Médica, Buenos Aires, 1981.
- 6.- Morales Gm. CONCEPTO DE NORMAL EN SEXUALIDAD. IMSS. Subdirección general médica. S/F;1-5.
- 7.- Monroy Va. (Concepto y clasificación). RESPUESTA SEXUAL HUMANA. IMSS. Subdirección general médica. Jefatura de servicios de planificación familiar.
- 8.- Monroy Va. LA EDUCACION DE LA SEXUALIDAD COMO PARTE DE LA SALUD INTEGRAL. IMSS. Subdirección general médica. Jefatura de servicios de planificación familiar. S/F;1-19.
- 9.- San Martín Angel: SALUD Y ENFERMEDAD. Prensa médica mexicana cuarta edición, México, 1981.
- 10.- Davis Christopher, Sabiston. TRATADO DE PATOLOGIA QUIRURGICA. México, 1980. Edit. Interamericans 11a. edición. Tomo II.
- 11.- Zorilla, SA. INTRODUCCION A LA METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION. Editorial Océano, 1985.
- 12.- Rojas, S.R. GUIA PARA REALIZAR INVESTIGACIONES SOCIALES. Editorial Plaza y Valdéz. 7a. Edición. México, 1991.