

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 75

MORELIA, MICHOACAN



FUNCIONAMIENTO FAMILIAR POSVASECTOMIA.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN
MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

EVELINDA SAAVEDRA ROSALES.

MORELIA, MICHOACÁN

2005

m. 346118



U.M.F. 75



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.

**FUNCIONAMIENTO FAMILIAR POSVASECTOMIA
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

EVELINDA SAAVEDRA ROSALES

AUTORIZACIONES:



DR. OCTAVIO CARRANZA BUCIO

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 75



DR. OCTAVIO CARRANZA BUCIO

ASESOR DE TESIS
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
DOCTORADO EN INVESTIGACION MEDICA



DR. EDUARDO PASTRANA HUANACO

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: EVELINDA SAAVEDRA
ROSALES

FECHA: 27-06-05

FIRMA: PA. Eduardo Pastrana Huanaco

**FUNCIONAMIENTO FAMILIAR POSVASECTOMIA
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

EVELINDA SAAVEDRA ROSALES

AUTORIZACIONES



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

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

A large, cursive signature in black ink, likely belonging to Dr. Arnulfo Irigoyen Coria, is positioned above his name and title.

DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

A cursive signature in black ink, likely belonging to Dr. Isaías Hernández Torres, is positioned above his name and title.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

AGRADECIMIENTOS:

Al Dr. Octavio Carranza Bucio.

Profesor Titular Del Curso De Especialización

En Medicina Familiar Para Médicos Generales En

Unidad De Medicina Familiar No 75.

Sin El Cual No Hubiera Llegado A La Terminación De Este Trabajo De Investigación.

A Mi Compañera De Grupo Ángeles Renteria Ortiz. La Cual En Todo Momento Me Brindo Su Apoyo Incondicional.

Al Personal De La. U M F H No 64 De Puruàndiro, Michoacán, Donde Se Realizo El Presente Estudio De Investigación.

A Los Médicos Especialistas Que A Través De Sus Conocimientos Logre Mi Superación Profesional Al Rotar En Cada Servicio A Lo Largo De Estos Tres Años En El H G R No. 1 De Morelia Michoacán.

A Mis Compañeros De Curso Con Los Cuales Compartí Estos Años, Con El Mismo Deseo De Superación Y Gran Esfuerzo.

Al Instituto Mexicano Del Seguro Social, Formadora De Grandes Especialistas Y Seres Humanos.

“Dejad Hablar A Los Hombres, Si Dejadlos Hablar Por Que Muchas Veces Esa Bondad, Que Practicáis Será Traducida Por Debilidad, Otras Por Ignorancia Y Quien Sabe Si Hasta Por Temor”.

EVELINDA SAAVEDRA ROSALES.

DEDICATORIA:

A Mi Esposo:

Sergio Por Su Apoyo Y Comprensión A Lo Largo De Este Mutuo Esfuerzo.

A Mis Padres:

Andrés Saavedra Terán Y Margarita Rosales Moreno (†). La Cual No Llego A Ver Culminada Mi Especialidad A Mitad Del Camino Emprendió Su Viaje Sin Retorno.

Dejando En Cada Uno De Sus Hijos Sus Enseñanza Que Como Profesora Nos Lego, El Servir A La Humanidad.

A Mis Hijos: Glenn Alejandro Y Linda Celeste Por Comprender Que La Superación Profesional Es Primordial.

A Mi Suegra:

Elvira Puente Álvarez, Quien En todo Momento Me Transmitió LA Necesidad que tiene el Ser Humano A un Siendo Analfabeta de transmitir sus experiencias vivenciales utilizando las Paradojas Y Metáforas lo cual se maneja de una manera simple y de profundo significado.

EVELINDA SAAVEDRA ROSALES.

Índice general

Resumen.

Summary.

3.- Antecedentes.....	5
4.- Planteamiento del problema.....	19
5.- Justificación.....	20
6.- Objetivos.....	21
7.- Hipótesis.....	22
8.- Metodología.....	23
9.- Resultados	25
10.- Discusión.....	31
11.- Conclusiones.....	32
12.- Referencias bibliográficas.....	33
13.- Anexos.	

RESUMEN.

La vasectomía sin bisturí (VSB), es un procedimiento quirúrgico de mínimo riesgo validado como uno de los métodos más efectivos como método Anticonceptivo permanente para el varón, en cuya decisión se ve involucrada la pareja. El propósito de este estudio fue: determinar el perfil sociodemográfico de los pacientes sujetos a VSB en los últimos cinco años, determinar la patología concomitante que pudiera tener relación con los pacientes con VSB, y los que no han sido intervenidos, determinar el nivel de funcionalidad- disfuncionalidad. Seleccionando una muestra de 10 familias con vasectomía y 10 sin vasectomía, por un contraste de promedios utilizando la prueba de t de Student para modelos independientes con un valor de $P < 0.05$, se planteó la hipótesis nula que aseguraba no existir modificaciones en el funcionamiento familiar entre ambos grupos. El instrumento utilizado mostró consistencia, validez y sensibilidad con una escala ALPHA DE CRONBACH global de 0.8279 y un estimador de Spermán-Brown de 0.8163.

El hecho de que en este estudio se rechace la hipótesis de trabajo, que suponía la existencia de alteraciones en la funcionalidad familiar y se acepta la hipótesis nula, solo fortalece la conclusión y la recomendación de incrementar la consejería en salud reproductiva.

SUMMARY.

The vasectomy without bistoury (VSB) is a surgical procedure of minimum risk validated like one of the most effective methods like permanent Contraceptive method for the man, in whose decision it is involved the pair. The intention of this study was: to determine the sociodemografic profile of the subject patients to VSB in last the five years, to determine the concomitant pathology that it could have relation with the patients with VSB, and those that have not been taken part, to determine the functionality level disfuncionalidad.

Selecting a sample of 10 families with vasectomy and 10 without vasectomy, by a resistance of averages using the test of t of Student for independent models with a value of $P < 0.05$, considered the null hypothesis that it assured not to exist modifications in the familiar operation between both groups. The used instrument showed consistency, validity and sensitivity with a global scale ALPHA OF CRONBACH of a 0.8279 and estimator of Sperman- Brown of 0.8163.

The fact that in this study the work hypothesis, that is rejected it supposed the existence of alterations in the familiar functionality and the null hypothesis is accepted, single fortifies the conclusion and the recommendation to increase consejellity in reproductive health.

3.- ANTECEDENTES

La vasectomía es el procedimiento de esterilización más utilizado en los varones,⁽¹⁾ actualmente existen diferentes técnicas quirúrgicas para realizarla.² La modalidad sin bisturí tiene diversas ventajas sobre los procedimientos tradicionales que utilizan incisiones; ³ dentro de ella destaca que no requiere sutura, es más rápida en su ejecución y presenta menor frecuencia de complicaciones, tales como hematomas, hemorragias, infecciones y dolor.⁴

La vasectomía "sin bisturí" (VSB), fue desarrollada y utilizada por primera vez en China durante los años 70 desde donde se ha difundido rápidamente en todo el mundo.⁵ Es un método anticonceptivo permanente para el hombre, que consiste en el corte de los conductos deferentes con el fin de evitar el paso de los espermatozoides. Con un instrumento parecido a un fórceps (pinza de campo o de Allis) para punzar el escroto en ves de hacer una incisión con un bisturí, la VSB ayuda a reducir los temores y hace que la operación sea más rápida, fácil, segura y menos dolorosa que el método tradicional de la incisión.^{6,7}

El estudio observó otros beneficios. Los hombres que se habían sometido a la VSB reanudaron las relaciones sexuales antes que los del otro grupo. Así mismo, la duración de la operación de la mayoría de los hombres que se sometieron a la VSB fue de seis minutos o menos, comparada con la duración de la incisión estándar, que fue de siete minutos o más.

En México, desde 1989 la vasectomía sin bisturí ha sido utilizada como un método rutinario.⁸ Las campañas recientes han tratado de ampliar y mejorar los

Servicios, así como los procedimientos, ofertándola especialmente a la población que conforma parejas estables con alto riesgo reproductivo

Un análisis de seis proyectos de expansión de la vasectomía realizados en Brasil, Colombia y México concluyó que la promoción de la vasectomía tiene más éxito si se cuenta con la participación de las esposas. Por ejemplo, la vasectomía se puede presentar a las mujeres como una alternativa para la esterilización masculina, especialmente cuando sean más receptivas a esa información, como en el periodo del posparto.

Desde el punto de vista clínico no hay ninguna restricción médica por edad o número total de hijos vivos para que un hombre pueda esterilizarse, pero ambos factores deben considerarse durante el proceso de orientación a fin de minimizar la posibilidad de arrepentimiento, si un hombre ha sido orientado, sobre el consejo de consejería y ha elegido la vasectomía, no se debe requerir ningún periodo de espera, sin embargo debe tomar su tiempo de pensar sobre su decisión, según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Otros factores que han sido asociados con el arrepentimiento de someterse a una vasectomía, son: volverse a casar o un cambio de pareja, muerte de un hijo, después del procedimiento y rara vez problemas psicológicos con la infertilidad u otros problemas físicos. No obstante no se ha comprobado que la vasectomía causa físicamente efectos adversos a la salud ⁹ que motiven arrepentimiento de los pacientes. Aparte del temor y las incomodidades temporales, los problemas de salud son relativamente infrecuentes. Aunque todavía existen inquietudes en cuanto así la vasectomía puede aumentar el riesgo de cáncer de la próstata o del

testículo, los resultados de investigaciones recientes indican que no existe una relación entre el cáncer y la vasectomía.¹⁰

A pesar de todas estas ventajas, la vasectomía se usa de forma generalizada sólo en unos cuantos países, entre los cuales figuran China, India, Tailandia, Corea, Reino Unido, Canadá y Estados Unidos. Aproximadamente 45 millones de parejas en el mundo dependen de la vasectomía como método anticonceptivo (30%) en comparación con 150 millones de mujeres esterilizadas.¹¹

Las campañas para mejorar el acceso a la vasectomía pone de relieve varias lecciones importantes: que se requiere capacitar a un número suficiente de proveedores para que se ofrezca fácilmente los servicios; que las campañas de promoción continuas fomentan el uso de la vasectomía; y que las clínicas para los hombres u otras características que los hacen sentir cómodos ayudan a promover el uso.¹²

Uno de obstáculos principales en la aceptación de la VSB es la información errónea y mitos relacionados con la sexualidad. Un estudio realizado en Colombia observó que tanto los hombres como las mujeres todavía creen, erróneamente, que la vasectomía afecta el funcionamiento sexual del hombre.¹ No obstante, hay muchas evidencias respecto a que la vasectomía no afecta la producción de las hormonas masculinas que controlan el vigor sexual, la erección o las características masculinas como el vello facial o el tono muscular. Lo único que hace el método es impedir que haya espermatozoides en él.

En la actualidad se resuelven muchos problemas con la universalización de protocolos y el consentimiento informado de los solicitantes, atendiendo los siguientes aspectos:¹³

- Si asesora previamente al varón.
- Si realiza una correcta valoración preoperatorio.
- Si se prevén las complicaciones.

Estas consideraciones, aunadas a la técnica quirúrgica óptima y a la pulcritud en la manipulación instrumental de los tejidos afectados es satisfactoria para los pacientes.¹⁴

La sexualidad humana, tanto en su aspecto conceptual como en su conductivo, tiene un enorme porcentaje de influencia cultural, a tal grado que en algunas sociedades está prácticamente determinada por pautas culturales, dando lugar a concepciones moralistas, que limitan la práctica sexual a la necesidad de procreación y preservación de la especie, encumbrando la castidad y la virginidad.¹⁵ Junto a ella, otras perspectivas: la erótica cuyo fin principal es la obtención de placer; la patologista, que adjudica mucho peso al análisis y enseñanza de las enfermedades de transmisión sexual; la dialógica concientizadora, basada en las propuestas del pedagogo brasileño Paulo Freire sobre educación horizontal; la ética que considera que el "otro" debe ser querido y amado por la utilidad y el placer que representa, sino que se le dará más importancia al valor que tiene en sí como persona.¹⁶

Aunque la sexualidad humana sea considerada como instinto, conducta preformada o diferencia de sexos; lo cierto es que, "el hombre es el único animal cuya conducta no es programada genéticamente y goza por lo tanto, de la libertad de poder inventar casi todos los detalles de su vida sexual",¹⁷ en buena medida esto dependerá del tipo de educación y aprendizaje que se tenga en la vida dentro de su proceso de formación, así encontramos que dentro de la sexualidad.

La sexualidad se ha estudiado desde la perspectiva de la respuesta sexual humana (RSH), por lo cual se entiende la respuesta 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 y en la que intervienen, no tan solo los genitales sino los sentimientos y experiencias previas de la persona. Se especifica que el estímulo debe ser efectivo pues no todos los estímulos provocan respuesta en todas las personas ni en todas las circunstancias. Es más, hasta se podría hablar de que algunos estímulos son más efectivos de acuerdo a cada sexo, a la edad.¹⁸

En la RSH podemos encontrar factores biológicos y psicológicos en los que inciden los de índole social. Por ejemplo: la edad, el estado de salud, así como el tipo de personalidad y de relación que se tiene con la pareja, además del ambiente en donde se lleva a cabo, pueden influir notablemente en el desempeño sexual de los pacientes.

La RSH siempre ha sido motivo de interés y de estudio, pero hasta 1966 que William Masters y Virginia Johnson le da un carácter científico a estas investigaciones. Ellos estudiaron 2,500 ciclos de respuesta en 600 individuos entre 18 a 89 años y 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 la respuesta a un estímulo sexual efectivo ya sea durante la masturbación y el coito tanto homosexual como heterosexual

El esquema propuesto por Masters y Johnson ha sufrido algunas modificaciones al correr del tiempo, la principal fue hecha por la Dra. Helen Singer Kaplan y sus colaboradores quienes utilizaron el modelo original, lo

Las bases neurofisiológicas y neuroanatómicas del deseo sexual no se han delineado tan exactamente como en otros impulsos como el hambre, la sed, la necesidad de dormir pero se sabe que (I) depende de la actividad de una estructura anatómica del cerebro, (II) contiene centros que la inhiben y otros que la excitan, (III) es activada por dos neuro transmisiones, uno inhibitorio y otro excitatorio (IV) tiene amplias conexiones con otras partes del cerebro que permiten que el impulso sexual se vea influenciado e integrado en la experiencia total de vida del individuo.

El centro sexual del cerebro consiste en una red de centros nerviosos y circuitos. Los centros activadores e inhibidores han sido identificados y se localizan en el sistema límbico (hipotálamo y área preòptica). Es un sistema arcaico que gobierna y organiza la conducta y garantiza no tan solo la supervivencia sino la reproducción de las especies.

En la fase de deseo se modifica el estado de ánimo de la persona quien empieza a interesarse a buscar satisfacción sexual, el período puede ser de breve a larga duración.

Fase de excitación: esta fase es activada por el sistema parasimpático y también se denomina vaso congestiva o miotónica. En ambos sexos los signos de excitación sexual son producidos por el reflejo de vaso congestión de los vasos sanguíneos genitales.

Fase de orgasmo: También llamada míoclónica porque si en la fase anterior el fenómeno más importante es hemodinámico en ésta el más trascendente es

muscular por las contracciones involuntarias que ocurren en ambos sexos. Es activada principalmente por el sistema simpático.

La fase de orgasmo es un reflejo genital que está gobernado por centros nerviosos. Los impulsos sensitivos que llevan al orgasmo ingresan a la médula espinal a través del nervio pudendo* a nivel sacro y la salida eferente es desde T11 a L2. Los centros del reflejo espinal para el orgasmo están cercanos a los que gobiernan el control anal y de la vejiga. El orgasmo no involucra reflejos vasculares pero consiste en contracciones involuntarias de ciertos músculos genitales en ambos sexos. Durante esta fase las frecuencias cardíaca y respiratoria alcanzan su máximo. La sudoración es profusa y el rubor sexual se incrementa.

Con respecto al orgasmo es importante considerar que la época actual se le ha dado demasiada importancia a éste y pareciera que las personas se mueven en razón de un "orgasmo metro" 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.¹³

Otro aspecto importante a revisar es el concepto y clasificación de las disfunciones sexuales. Desde épocas remotas el hombre ha mostrado su preocupación por mejorar su funcionamiento sexual. La proliferación de remedios, dietas afrodisíacas, curas tanto mágicas como científicas para su problema son muestras del interés por mantener esta función humana sin alteración.

Recordemos que al hacerse el hombre sedentario se generó la necesidad de restringir su actividad sexual con una sola pareja, ya que así, tenía la certeza de

quiénes eran sus descendientes así con ello, el heredar o transmitir los bienes que hasta su muerte hubiese podido acumular.

Esta circunstancia fue implicando el tener que observar o mantener un buen funcionamiento tanto para la procreación como para la satisfacción, aunque esto último en sí, no les preocupaba principalmente a los varones. De hecho, ha sido uno de los orígenes de la anulación del derecho de la mujer a tener y sentir placer sexual, entre otros tantos.

Por ello, el presentar o sufrir alteraciones en su funcionamiento sexual se consideraba una verdadera "tragedia"; así lo atestiguan los escritos antiguos de médicos griegos, islámicos, talmúdicos, hindúes, prehispanicos, etcétera.

Como es de suponerse, su conocimiento sobre las diversas causas de disfunción sexual (D. E) escaso y la mayoría de las veces erróneo. Durante siglos y hasta hace muy poco en realidad se consideraba que el principal origen era de tipo psicológico.²¹ En general, se considera disfunción a una falla persistente en alguna o en todas las fases de la respuesta sexual humana (deseo, excitación, orgasmo) y que cause malestar a la persona o a su pareja.

Las disfunciones sexuales pueden clasificarse como primaria o secundarias; o bien, en selectivas o generalizadas. Las primarias son los casos en que la persona jamás, ha sido capaz de llevar a cabo adecuadamente sus relaciones sexuales; y las secundarias, cuando la persona fue capaz de responder apropiadamente aunque sea en alguna ocasión.

Las disfunciones selectivas se refieren a los casos en los que una persona falla en ciertas circunstancias particulares, pero en otras funciona adecuadamente siendo influenciado por cuestiones personales y/o ambientales.

Con base en un criterio médico, podemos clasificar a las disfunciones sexuales en genéricas y funcionales.

Disfunciones genéricas: son las que se presentan en cada uno de los sexos, aunque existen algunas que pueden presentarse en ambos como el deseo sexual inhibido, la disritmia, la aversión y la dispareunia. Dentro de las femeninas tenemos las siguientes: disfunción lubricativa, vaginismo y anorgasmia. Las masculinas son: la disfunción eréctil, la eyaculación precoz y la incompetencia eyaculatoria.

De acuerdo con la propuesta de Kaplan se pueden identificar disfunciones que se presentan en cada una de las fases de la respuesta sexual humana:

Fase de Deseo:

a) Deseo sexual inhibido:

Esta disfunción se presenta tanto en el hombre como en la mujer, y se manifiesta por la disminución o ausencia temporal del interés o el deseo por la actividad sexual (masturbación, coito).

Sin embargo, una vez que el sujeto se involucra en dicha actividad, la respuesta sexual se desarrolla adecuadamente.

Su origen puede deberse tanto a causas orgánicas, psicológicas como socioculturales, es decir que tanto las enfermedades la edad, como alguna droga puede estar interviniendo en la respuesta sexual.

b) Disritmia:

Su etiología la podemos encontrar en problemas de la relación de pareja, falta de comunicación o de confianza; en diferencias individuales o en factores externos

como puede ser la incompatibilidad de horarios, el cansancio, o la falta de un medio apropiado

c) Aversión sexual:

La aversión sexual es la actitud de rechazo que una persona siente hacia el contacto físico con otra persona.

Su etiología puede ser tanto psicológica como sociocultural donde podemos encontrar diversas causas: sobre valoración de ciertos tabúes, actitudes familiares negativas y condenatorias del sexo, un sistema de valores muy rígido, entre otras.

Fase de Excitación

a) Disfunción lubricativa:

Esta disfunción consiste en la falta de lubricación vaginal.

Puede darse por un alto grado de angustia que inhiba la respuesta refleja lubricativa, así como una deficiente actividad de la glándula tiroides o por la falta de hormonas femeninas.

b) Disfunción eréctil:

Esta disfunción se presenta en el hombre y consiste en la incapacidad para obtener o mantener la erección peniana para lograr una relación sexual.

Entre las causas orgánicas podemos mencionar la fatiga, la diabetes, la ingestión de fármacos, entre otras. Dentro del las de origen psicológico mencionamos la ansiedad ante la ejecución sexual, la incapacidad para entregarse a las sensaciones sexuales placenteras, los problemas interpersonales y con la pareja, la coacción y la presión por parte del compañero, la falta de información correcta, entre otras.

Fase de orgasmo:

a) Anorgasmia:

La anorgasmia femenina es la inhibición del componente orgásmico de la respuesta sexual humana, es decir, la falta de orgasmo o la ausencia del clímax en la relación sexual.

Anteriormente se utilizaba el termino "frigidez" para nombrar la dificultad que las mujeres tenían para disfrutar sus relaciones sexuales, por lo que hoy día no es conveniente usarlo, el que una mujer no sea capaz de alcanzar el orgasmo temporal o permanente, no implica que tenga una inhibición de los componentes vasocongestivos y, menos aún, que carezca del deseo sexual, que no pueda disfrutar de las caricias previas de los juegos amorosos, lubricar abundantemente y recrearse con la penetración del pene.

b) Eyaculación precoz:

Es la incapacidad para controlar voluntariamente el reflejo eyaculador, una vez que el hombre alcanza cierto grado de excitación y no puede retardar su orgasmo, puede tener un origen orgánico como es el caso de las enfermedades locales de la uretra o por una inflamación de la próstata, aunque estos casos son extremadamente raros.

Esta disfunción es muy común en nuestro medio social, ya que tanto los niños como los adolescentes al masturbarse, carecen del tiempo y del lugar apropiado para acariciar y explorar su cuerpo; dado que son acosados por los adultos y familiares, al correr el tiempo desarrolla toda una destreza para obtener rápidamente su orgasmo.

En nuestro medio es difícil que los hombres reconozcan que presentan este tipo de disfunciones, en todo caso aceptan tener alteraciones tan obvias como la inhabilidad para lograr la erección; por lo que generalmente les achacan a sus parejas femeninas toda “la culpa” de que ellas no gocen plenamente su relación.

c) Incompetencia eyaculatoria:

Esta disfunción también se conoce como eyaculación retardada y puede ser definida como la inhibición del reflejo eyaculatorio.

La gravedad de esta alteración varía considerablemente, pudiendo ir desde una inhibición involuntaria de la eyaculación ocasional hasta el caso de una persona que jamás haya podido eyacular en su vida. La incompetencia eyaculatoria puede provocarla alguna droga, una enfermedad que destruya alguna parte del aparato neurológico relacionada con la eyaculación estos casos son mas bien raros, ya que su origen es generalmente psicológico.

Existe una enfermedad llamada priapismo que no debe confundirse con esta disfunción; está enfermedad se caracteriza por una erección intensa y dolorosa que no va aparejada con el deseo sexual y que si impide y limita cualquier relación sexual.

c) Incompetencia eyaculatoria parcial:

Esta disfunción es una variación de la anterior; aquí la respuesta eyaculatoria es parcialmente inhibida se presenta la eyaculación pero con la ausencia de las contracciones de 0.8 por segundo (de la uretra peneana y de los músculos estriados bulbares y perineales).

Cuando estas personas eyaculan sienten la emisión de su líquido seminal de un modo incompleto, no perciben las auténticas sensaciones del orgasmo.

Masters cita a la diabetes las enfermedades prostáticas y la cicatrización de la uretra por gonorrea como posibles causas orgánicas de este padecimiento.

e) Eyacuación retrógrada:

Existe un tipo de eyacuación denominada retrógrada en la que el líquido seminal es eyaculado al interior de la vejiga urinaria; lo que sucede es que el esfínter que normalmente evita que se mezclen la orina y el líquido seminal al eyacular falla, se cierra antes, por lo que el líquido seminal es eyaculado hacia atrás.

Otras condiciones que afectan al ciclo de la respuesta sexual humana:

a) El vaginismo: Es la contracción involuntaria del tercio externo de la vagina y de los músculos que rodean la entrada de la misma; y se da cuando la mujer anticipa la penetración vaginal o durante la misma.

b) La dispareunia: consiste en sentir dolor durante el coito se da tanto en hombres como en mujeres.

En el hombre la estrechez del prepucio impide total o parcialmente la exteriorización del pene, la enfermedad de Peyronie (endurecimiento de los cuerpos cavernosos), una inflamación o constricción de la uretra o una hipertrofia prostática.

En las mujeres su primer coito puede causarles temor, angustia o ansiedad lo que hace que endurezcan los músculos vaginales al momento del coito lo que puede provocarles dolor; la falta de lubricación como consecuencia de la falta de excitación puede provocar dolor por la fricción del pene contra las paredes vaginales.

Después de la menopausia sobreviene un adelgazamiento de las paredes de la vagina que puede provocar dolor durante el coito; lo que es fácilmente remediable con cremas vaginales fabricadas a base de hormonas.

El útero desplazado puede provocar dolor durante el coito; también puede provocarle pequeñas lesiones de la vagina; como cualquier infección en la misma, útero, vejiga urinaria o zonas circunvecinas.

Una disfunción sexual representa en nuestra cultura una autopercepción de minusvalía y una inseguridad de la propia identidad, por lo que estas personas requieren de una atención especializada, nunca improvisada o empírica.²²

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Las disfunciones sexuales secundarias a la vasectomía han sido poco estudiadas en nuestro medio, no obstante ser frecuente que los pacientes se quejen de sintomatología atribuible directa o indirectamente al evento. La literatura médica ligada a la promoción y fomento de la planificación familiar no hace referencia a las complicaciones más que en forma velada. No obstante, en la práctica clínica con frecuencia las parejas solicitan revisión del procedimiento y aluden a disfunciones sexuales como asociadas a vasectomía; tomando en cuenta lo anterior, nos preguntamos, **¿Cuáles son los efectos de la vasectomía sobre el funcionamiento familiar al nivel de la pareja?**

5. JUSTIFICACIÓN

La funcionalidad familiar y la vasectomía son dos factores de interés para el *médico familiar*, abordarlos para relacionar sus efectos justifica este trabajo. La vasectomía como método quirúrgico y definitivo para evitar nuevos embarazos, es elegido por parejas unidas y estables.

Es importante abordar a las parejas usuarias del método y explorar la funcionalidad en la vida de la pareja que involucran áreas como: comunicación, sexualidad, comprensión, interés, finanzas, cariño, valores, aceptación, apoyo, integración familia.

Al decidir someterse a la vasectomía, las parejas serán informadas y se firmara un consentimiento informado, con una variedad de opciones de planificación familiar.

Las disfunciones sexuales secundarias a la vasectomía han sido poco estudiadas en nuestro medio y tampoco se sabe si logran tener algún efecto en la dinámica de la pareja; no obstante, es frecuente que los pacientes se quejen de sintomatología atribuible directa o inderactamente al evento.

La justificación académica de este estudio está en relación con el requisito que exige la Universidad Nacional Autónoma de México para obtener el diploma de especialización en medicina familiar.

6. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar los efectos de la vasectomía sobre el funcionamiento familiar al nivel de la relación de la pareja integradas por varones vesectomizados y comparar los resultados con un grupo que no ha sido sometido a esa intervención.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Determinar el perfil sociodemográfico de los pacientes sujetos a VSB en los últimos cinco años,
2. Determinar la patología concomitante que pudiera tener relación con los pacientes con VSB, y los que no han sido intervenidos.
3. Determinar el nivel de funcionalidad-disfuncionalidad familiar en el subsistema de la pareja y validar un instrumento para este propósito.

7. HIPÓTESIS

Hipótesis planteada en el presente estudio.

Ho La vasectomía no modifica el funcionamiento familiar.

La vasectomía no condiciona cambios en el funcionamiento familiar al nivel de la relación de la pareja.

Hipótesis Alternativa.

Ha La vasectomía modifica el funcionamiento familiar.

La vasectomía condiciona cambios en el funcionamiento familiar al nivel de la relación de la pareja.

VARIABLES

Variable independiente

Varón con Vasectomía: se define como la persona que integrado a un núcleo familiar fue sujeto de cirugía con fines de controlar la reproducción.

Variable dependiente

Alteraciones en el funcionamiento familiar al nivel de la pareja: son las manifestaciones clínicas que presenta un paciente o su pareja sexual, las cuales son conocidas a través de la entrevista clínica o familiar. En este caso se medirán con una escala de evaluación de la relación de pareja.

8. METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO:

Observacional, descriptivo, transversal y comparativo

Universo: Población usuaria adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 64

Puruándiro

Población: familias adscritas al Consultorio 3 T V

Criterios de inclusión:

10 familias, donde el varón sea posvasectomizado con cinco años posevento

10 familias, donde el varón no haya sido vasectomizado

Criterios de no inclusión:

Familias donde la pareja esté divorciada, separada o viuda.

Muestra:

La muestra fue tomada mediante muestreo probabilística de tipo aleatorio simple. Para calcularla se elaboró un contraste de promedios aplicando la fórmula de t de Student para modelos independientes, una vez que encontramos p con valor a $p < 0.05$ se procedió a calcular la magnitud del efecto de esa diferencia, aplicando

la fórmula de la prueba de efecto siguiente: $d = t \sqrt{\frac{n_1 + n_2}{n_1 n_2}}$ donde

d= diferencia en términos de desviación estándar

n_1 = toma de muestra del grupo no vasectomizado

n_2 = toma de muestra del grupo con vasectomía

el desarrollo de la ecuación anterior indica $t = 0.913$ con $d = 0.4$, cuando d puede considerarse en tres niveles:

d=0.2 baja

d= 0.5 media

d= 0.8 alta.

PROCEDIMIENTOS.

Una vez identificados los pacientes, se elaborará resumen clínico y se realiza el Estudio de Salud Familiar, utilizando la metodología que propone el Colegio Mexicano de Medicina Familiar; la evaluación se complementa con la Escala de Evaluación de la Relación de Pareja. (Anexo No 1). Esta escala fue modificada y adaptada a partir de la versión reportada por la autora (Cervantes NM; Terapia de pareja. Tesis de Maestría UNAM 2000). Esta escala consta de 40 reactivos con respuestas de opción múltiple tipo Likert. Cada pregunta está duplicada; en un caso se refiere a la persona encuestada, en otro, se pide evaluar a su pareja. Las respuestas se dan en términos cualitativos, como poco, a veces, frecuentemente, muy frecuentemente; no obstante cada respuesta tiene asignado un valor para calificarla como buena, regular y mala. (Anexo No 3) Para la evaluación de resultados se cuenta con una hoja de agrupamiento de los puntajes por área, por reactivo y por cada miembro de la pareja, de tal forma que el puntaje total del cuestionario nos indica el grado de relación que se mantiene.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

La base de datos se concentró en hoja de cálculo de Excel. Se utilizó la estadística descriptiva. Para la validación del instrumento se utilizó alpha de Cronbach y el estimador Spearman-Brown. Los datos fueron analizados utilizando el programa estadístico SPSS versión 10.0.

9. RESULTADOS

Se estudiaron 20 familias que fueron divididas en dos grupos 10 donde el varón había sido intervenido con VSB y 10 familias donde el varón no lo había sido. Las características sociodemográficas de los pacientes y sus familias se presentan en el cuadro No.1. El nivel educativo es bajo, todas están unidas por matrimonio civil y religioso. Son familias de composición nuclear extensa, rango de 1 a 5 integrantes. La escolaridad corresponde a 35% primaria, secundaria 20, bachillerato 25 y profesional 20. La edad en años cumplidos es de 35 ± 6.1 , con un rango de 24 a 47. En relación al tiempo de unión es de 11.4 ± 4.6 años. Respecto a la patología de los pacientes identificados es revelador que solo el 20% de ellos sanos, en tanto que el resto presenta enfermedades ligadas a situaciones de estrés.

Cuadro 1. Características sociodemográficas del paciente identificado y sus familias

No. familia	Edad	Ocupación	Escolaridad	Tiempo de unión de la pareja	Integrantes	Síntomas
1	36	Comerciante	Primaria c	13	6	Alcoholismo
2	47	Oficinista	Preparatoria	15	6	Enf acido peptica
3	40	Comerciante	Secundaria	7	6	Asma
4	30	Enfermero	Técnico	4	4	Depresión
5	44	Ingeniero	Profesional	16	5	Migraña
6	44	Maestro	Profesional	16	6	Alcoholismo
7	33	Mecánico	Secundaria	11	3	Hernia Hiatal
8	34	Maestro	Preparatoria	10	4	Sano
9	43	Chofer	Primaria	10	4	Lumbalgia
10	42	Mecánico	Preparatoria	4	3	Alcoholismo
11	35	Contador	Profesional	11	4	Sinusitis
12	24	Albañil	Primaria	3	3	Sano
13	38	Empleado	Primaria	16	6	Alcoholismo
14	26	Comerciante	Primaria	9	4	Sano
15	30	Panadero	Primaria	15	7	HAS
16	32	Empleado	Preparatoria	13	5	Sano
17	32	Mecánico	Secundaria	14	6	Alcoholismo
18	30	Albañil	Secundaria	10	4	Alcoholismo
19	43	Maestro	Profesional	21	5	Colon irritable
20	36	Chofer	Primaria	18	3	asma

Nota: Familias 1-10 sin Vasectomía, 11-20 con Vasectomía

Del análisis interpretativo de los Familiogramas se puede deducir que en general por su estructura familiar son familias con hogar nuclear intacto. En la constelación fraterna por orden de nacimiento del paciente identificado destaca que éste ocupe el último lugar, por que suele ser el más joven de los hermanos, llama la atención que predomine el genero masculino entre los hermanos, con un espacio intergenésico que varia de 2 a 10 años.

Son familias pequeñas, de 1 a 5 miembros, con promedio de años de matrimonio que varia entre 10 a 15 años. El ciclo vital que cursan se ubica en etapa procreativa y base de consolidación y apertura con predominio de hijos en edad escolar en un 60% y adolescentes en un 40%.

Como repetición de pautas a través de las generaciones el paciente identificado es el más joven de la familia, solo en un 25% existe carga genética para hipertensión arterial sistémica, antecedentes de tabaquismo y alcoholismo y en menor grado, para la diabetes mellitus.

Se aprecia en un 55% aproximadamente buena relación madre-hijo, sin observarse en el trazo, alianzas, coaliciones o pautas de relación conflictivas en ninguno de los subsistemas; tanto de las familias con antecedente de vasectomía como en el grupo control, especialmente lo relacionado con sucesos de la vida y funcionamiento familiar.

No existen evidencias en el familiograma de fechas coincidentes o conexiones sistemáticas que señalen periodos críticos en la historia familiar que hayan dejado un legado emocional, tampoco existen pautas de contraste y equilibrio en la estructura, roles, funcionamiento y recursos familiares que pudieran estar tensionando al sistema.

La interpretación de los familiogramas por grupos de pacientes vasectomizados y no vasectomizados no ofrece diferencias significativas, propias de un grupo en particular que destacar (Anexo No.1 - 20)

Los resultados del funcionamiento familiar en el subsistema de la pareja valorado con el cuestionario se concentran en los cuadros 2-4. En general el funcionamiento es de regular a bueno, se ubican como regulares los factores: apoyo, integración, aceptación y finanzas. Algo similar ocurre cuando se desglosan los datos separando las parejas con y sin vasectomía. Un análisis comparativo de la frecuencia en el porcentaje de funcionalidad en ambos grupos de parejas no reveló diferencias significativas, a pesar de que en ambos grupos hay características estructurales y funcionales de función-disfunción muy similar, en base a la prueba de T, los resultados del trabajo nos permite considerar que los pacientes vasectomizados no tienen diferencias significativas en su relación de pareja, gráficas 1-3.

El instrumento utilizado para valorar la dinámica de pareja mostró un alpha de Cronbach global de 0.82, y una consistencia interna valuada por método de mitades y el estimador Spearman-Brown de 0.81. Estos resultados indican que el instrumento es confiable, consistente y sensible para medir la funcionalidad en la relación de pareja.

Tabla 2. Puntaje global de funcionamiento de pareja en familias con y sin vasectomía

	comunicación	sexualidad	Comprensión	Interés	finanzas	cariño	valores	aceptación	apoyo	Integración	Total
Promedio	36	38.4	34	36	22	34.5	39.5	32.4	31	29.85	333.5
Rango	26-48	33-45	24-44	12-48	11-30	25-48	26-48	15-42	22-36	18-37	216-413
DE	7.5	3.07	6.3	9.1	6	6.6	6.41	5.42	4.17	5.24	46.16

Valores de referencia por factor:

Buena relación: 33 a 48 puntos
 Relación regular: 17 a 32 puntos
 Mala relación: 00 a 16 puntos

Valores de referencia global:

Buena relación: 352 a 470 puntos
 Relación regular: 233 a 351 puntos
 Mala relación: 114 a 232 puntos

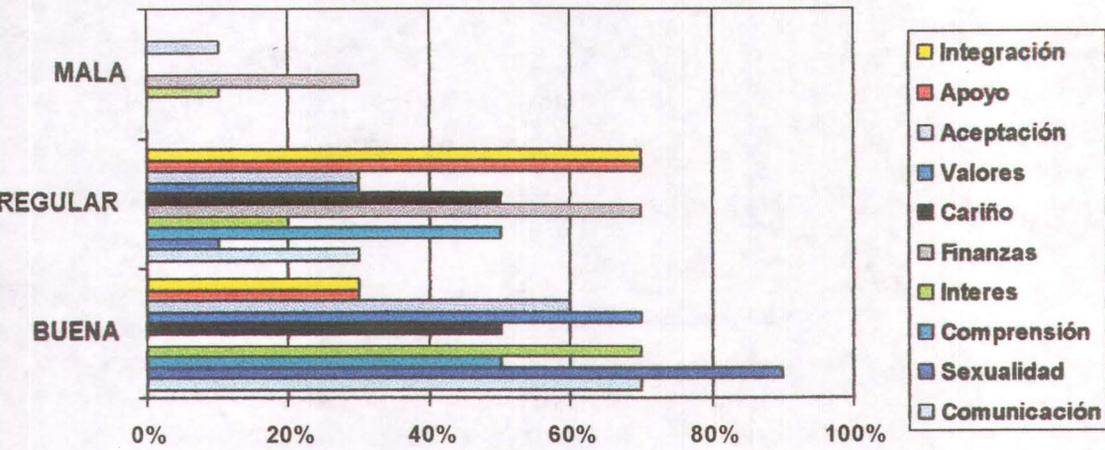
Cuadro 4 Puntaje global de funcionamiento de pareja en familias sin vasectomía

Familia	comunicación	sexualidad	comprensión	Interés	finanzas	cariño	valores	aceptación	apoyo	integración	Total
Promedio	34	37.6	33	34	20	32.7	36.2	32.4	28.7	28.8	317.4
Rango	26-47	33-42	24-44	12-42	11-30	25-42	26-47	15-42	22-34	18-37	216-365
DE	6.8	2.91	6.3	9.4	6	6.31	6.41	7	4.24	6.408	48.08

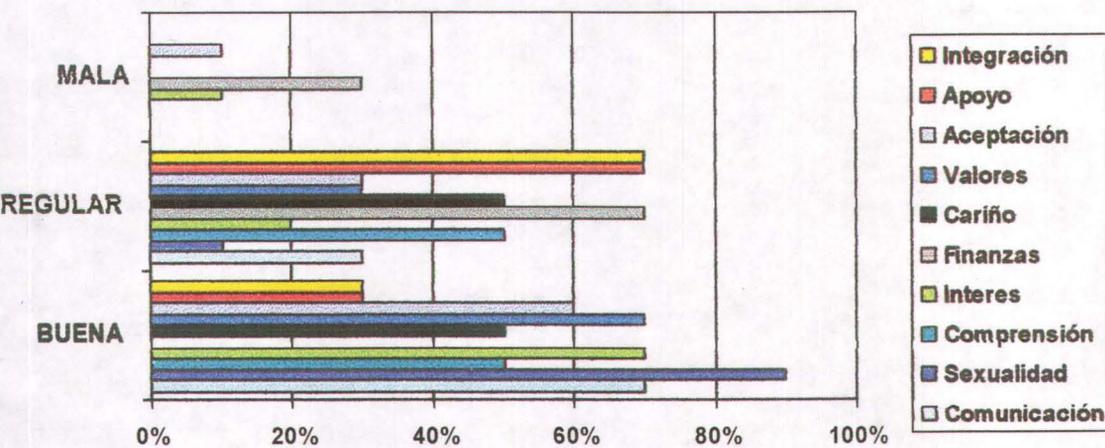
Cuadro 4 Puntaje global de funcionamiento de pareja en familias con vasectomía

Familia	comunicación	sexualidad	comprensión	Interés	finanzas	cariño	valores	aceptación	apoyo	integración	Total
Promedio	38	39.2	35	39	23	36.2	42.7	32.4	33.3	30.9	349.5
Rango	26-48	38-45	27-44	24-48	15-30	29-48	36-48	27-36	28-36	24-36	301-413
DE	8	2.55	6.4	8.3	5	6.33	4.03	3.28	2.83	3.492	36.55

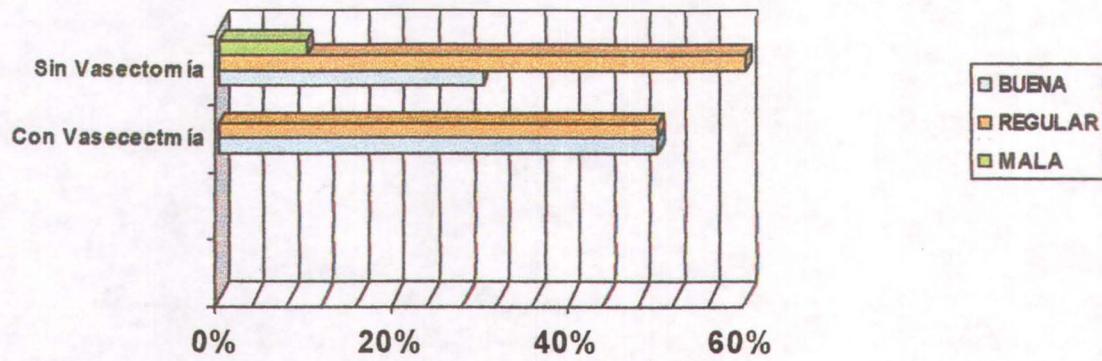
GRAFICA 1. EVALUACION EN LA RELACION DE PAREJA EN FAMILIAS CON VASECTOMIA



GRAFICA 2. EVALUACION EN LA RELACION DE PAREJA EN FAMILIAS CON VASECTOMIA



GRAFICA 3. COMPARCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD DE LA PAREJA CON SIN VASECTOMÍA



10. Discusión.

El método de vasectomía sin bisturí es hasta ahora el mejor método de planificación familiar, el más inocuo y en apariencia el que menos afecto tiene en la relación de pareja. De acuerdo a nuestros resultados se observa que no varía la funcionalidad de la pareja cuando el varón es intervenido quirúrgicamente para evitar nuevos embarazos en una familia estable y unida. La aceptabilidad e inocuidad del procedimiento parece estar relacionado con parejas con pocos hijos, educación media completa y buena información de planificación familiar; todo lo cual favorece la calidad y capacidad de decisión.

En este estudio se aceptó como falsa la hipótesis que suponía la existencia de disfunciones familiares en el área de la sexualidad. Aún cuando la metodología aquí aplicada no mostró diferencias significativas en ambos grupos con y sin vasectomía, es probable que mejorando el procedimiento de selección de los casos y estableciendo mejor control de los casos, se puedan establecer las diferencias.

Los resultados alcanzados aquí permiten comprender la relevancia del seguimiento de programas institucionales y la repercusión que estos tienen en la vida social y emocional de los derechohabientes.

11. CONCLUSION.

- ❖ Los resultados de este trabajo permiten concluir que los pacientes con vasectomía y lo que no la tienen, no muestran diferencias significativas en su relación de pareja.
- ❖ El programa de planificación familiar con el procedimiento de vasectomía sin bisturí es efectivo, inocuo y con muy poca repercusión en las disfunciones familiares y de la pareja.
- ❖ El seguimiento por cinco años, los varones vasectomizados y sus parejas presentaron bueno y regular funcionamiento en nueve factores de la vida familiar
- ❖ Es necesario continuar el estudio, haciendo evaluaciones periódicas para detectar las repercusiones de la vasectomía y actuar con oportunidad en el sistema familiar
- ❖ Es necesario promover la vasectomía con la participación de las esposas en el periodo posparto cuando son más susceptibles a esta información, logrando la aceptación de sus parejas sexuales.
- ❖ Es necesario Promover la realización de espacios exclusivos que garanticen la confidencialidad del evento quirúrgico.

12. BIBLIOGRAFIA.

1. Clenney TL, Higgins JC. Vasectomy techniques. *Am Fam Physician* 1999; 60(1):137-146.
2. Marmar JL, Kessler S, Hartanto VH, A minimally invasive vasectomy With the no suture. In-line method for vas occlusion. *Int Fertil Womens Med* 2001; 4685:257-264.
3. Alderman PM, Morrison GE. Standar incisión orno-scalpel vasectomy? *J. Fam Pract* 1999; 48(9):719-721.
4. Fernández-Ortega M A, Dickinson-Bennack ME, Ponce-Rosas R, Flores-Huitrón P, González-Quintanilla E Irigoyen-Coria A E. Experiencia del programa "Vasectomía sin bisturí". *Rev Fac Med UNAM* 1999; 42(5):189-193.
5. LISKIN, L. PILE, J.M, and QUILLIN, W.F. Vasectomy_ Safe and simple *Population Reports, Series D, No 4. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, November-December 1983.* 40 p.
6. Cardona-Pérez JA, Otero-Flores JB, Fuentes-Velásquez J, Cortés-Bonilla M, Moreno I, Juárez-Tovar C. Técnicas quirúrgicas simplificadas para esterilización reproductiva. Satisfacción de usuarios y médicos. *Rev. Med IMSS* 1999; 37(6):454-463.
7. Li SQ, Goldstein M, Zhu J, Huber D. The noscalpel vasectomy. *J Urol* 1991:145 (2):341-344.

8. Masters, W., Johnson, V., Et.al. "Respuesta Sexual Humana" Editorial Inter. Médica, Buenos aires, 1976.
9. Healy B. Does vasectomy cause prostate cancer? *JAMA* 1993; 269(20):2620.
10. LISKIN, L., PILE, J.M., and QUILLIN, W.F. Vasectomy—Safe and simple. Population Reports, Series D, No. 4. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, November-December 1983. 40 p.
11. Schwingl PJ, Guess HA. Vasectomy and cancer: an update. *Gynaecology Forum* 1996; 1(1):24-28.
12. United Nations. Department of economic and Social Resources. World Contraceptive Use, 1994, poster. New York: United Nations, 1995.
13. Landry E, Ward V. Perspectives from couples on the vasectomy decision: a six-country study. *Reprod Health Matters* 1997; espe Landry E, Ward V. Perspectives from couples on the vasectomy decision: a six-country study. *Reprod Health Matters* 1997; especial issue: 58-67.
14. Álvarez.: Anticoncepción masculina. En: *Andrología. Teoría y Práctica* (Álvarez). Cáp. 18. ED. Díaz de Santos. Madrid, 1989. Pág. 236.
15. Ruiz AF.: Leva. M.: Anticoncepción masculina. En: *Tratado de urología* (Jiménez Rioja9. Vol. 1 Cáp. 56. ED Proas. Barcelona, 1993 Pág. 913.
16. Flores CA. Educación sexual. Cuadernos de sexología. Montevideo, Uruguay: Forum Gráfica, 1985:10-20.
17. Cafarra C. Sexualidad a la luz de la antropología y de la Biblia. España: Rialp, 1992.8-11.
18. Golwualt W, Holtz G. Sexualidad. La experiencia humana. 4ª ed. México: El Manual Moderno, 1983:3-6.

19. Kaplan H.S. Et.al. Disorders of Sexual Desire. New York. Simon and Schuster, 1979.
20. Masters. W. Johnson, V., Et.al. "Respuesta Sexual Humana" Editorial Inter. Médica. Buenos Aires, 1976.
21. Barrios Martínez. D. Et. al. Enamoramiento, amor y pareja. Fascículo del Modulo III de la Especialidad en Orientación e Información Sexológicas. SOMESHI. México, 1998.
22. RUBIO, Eusebio, DÍAZ, Martínez José Antología de la sexualidad humana. "Las disfunciones sexuales" tomo III. CONAPO. Editorial Porrúa, México, 1994.
23. KAPLAN, Helen. La nueva terapia sexual. Tomo I y II. Editorial Alianza, España, 1994.
24. BALK JACOBO. Et.al. "Variantes sexuales". Ponencia presentada en el 1er. Taller Básico de Sexología, organizado por el comité del V Congreso Mundial de Sexología, México, 1979
-

13.- ANEXOS.

Anexo 1 EVALUACIÓN DE LA RELACIÓN DE PAREJA

Anexo 2 FAMILIGRAMAS

.EVALUACIÓN DE LA RELACIÓN DE PAREJA

Fecha

No.

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre

1. Edad

2. Mi relación actual tiene: años meses

3. Sexo M () F ()

4. Estado Civil: () Casado () Divorciado () Unión Libre

5. Mi relación actual es: () 1ª pareja () 2ª pareja () 3ª pareja () 4ª pareja

6. Escolaridad: () primaria () secundaria () preparatoria () profesional () postgrado

7. Número de hijos () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () sin hijos

8. Mi situación económica me permite: () sólo satisfacer mis necesidades básicas

() Vivir cómodamente darme lujos

9. No he asistido a psicoterapia () () Antes fui a psicoterapia

Solicito psicoterapia () () Estoy en Psicoterapia

LEA CUIDADOSAMENTE CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES Y SUBRAYA LA QUE MEJOR CALIFIQUE TU SITUACIÓN EN LOS ULTIMOS TRES MESES. LAS FRASES ESTAN POR PARES, LA PRIMERA CORRESPONDE A TU PERSONA Y LA SEGUNDA A LO QUE OPINA TU PAREJA. SE PIDE SINCERIDAD EN TUS RESPUESTAS PARA QUE LOS RESULTADOS SEAN CONFIABLES.

1.- Considero que mi capacidad para comunicarme con mi pareja es:

Deficiente Aceptable Regular Buena

Considero que la capacidad de mi pareja para comunicarse conmigo es

Deficiente Aceptable Regular Buena

2.- Siento que él / ella me atrae físicamente

Mucho Medianamente Poco Muy poco

Le atraigo físicamente

Mucho Medianamente Poco Muy poco

3.- Comprendo los deseos y necesidades de mi pareja
Casi nunca A veces Frecuentemente Muy Frecuentemente
Comprendo mis deseos y necesidades:
Casi nunca A veces Frecuentemente Muy Frecuentemente

4.- En mi opinión comparto sus intereses
Muy poco A veces Frecuentemente Muy frecuentemente
En mi opinión él / ella comparte mis intereses
Muy poco A veces Frecuentemente Muy frecuentemente

5.- El deseo sexual hacia ella/ él se ha disminuido
Muy poco A veces Frecuentemente Muy frecuentemente
Mantenemos el mismo por nuestra vida sexual
Muy poco A veces Frecuentemente Muy frecuentemente

6. Mis expresiones de afecto hacia mi pareja son
Muy frecuentes Frecuentes Algunas veces casi nunca
Mis expresiones de afecto hacia el/ella son
Muy frecuentes Frecuentes Algunas veces casi nunca

7.- Me valoro en relación a ella / él
Muy poco Poco Regular Mucho
Siento que ella / él me valora
Muy poco Poco Regular Mucho

8.- Encuentro tiempo para estar con mi pareja:
Casi nunca A veces Frecuentemente Muy Frecuentemente
El / ella encuentra tiempo para estar conmigo
Casi nunca A veces Frecuentemente Muy Frecuentemente

9.- Mi disposición a cambiar en respuesta a los deseos de mi pareja es:
Buena Regular Poca Muy Poca
Creo que su disposición a cambiar en respuesta a mis deseos es.
Buena Regular Poca Muy Poca

10.- Me gusta como me relaciono con los hijos: (aunque no los haya):
Mucho Regular Poco Muy poco
A él / ella le gusta como me relaciono con los hijos (aunque no los haya):
Mucho Regular Poco Muy poco

11.- Mi capacidad para escucharlo (a) es:
Deficiente Aceptable Mediana Buena
Su capacidad para escucharme es:
Deficiente Aceptable Mediana Buena

12.- La/ lo deseo sexualmente:

Muy Frecuentemente Frecuentemente A veces Nunca

El / ella me desea sexualmente:

Muy Frecuentemente Frecuentemente A veces Nunca

13. El grado de libertad que estoy dispuesto (a) a otorgarle es:

Muy poco Suficiente Regular Mucha

Siento que el grado de libertad que está dispuesto(a) a otorgarme es:

Muy poco Suficiente Regular Mucha

14.- Paso buenos momentos con mi pareja

Casi nunca A veces Frecuentemente Muy Frecuentemente

Siento que ella / él pasa buenos momentos conmigo

Casi nunca A veces Frecuentemente Muy Frecuentemente

15.- La frecuencia de relaciones sexuales es:

Casi nunca A veces Frecuentemente Muy Frecuentemente

El / ella considera que la frecuencia de relaciones sexuales es:

Casi nunca A veces Frecuentemente Muy Frecuentemente

16. Tengo detalles románticos hacia mi pareja:

Nunca Casi nunca Frecuentemente Muy Frecuentemente

Tiene detalles románticos hacia mí

Nunca Casi nunca Frecuentemente Muy Frecuentemente

17.- Respeto a mi pareja:

Muy poco Suficiente Casi Siempre Siempre

Ciento que él / ella me respeta:

Nunca Casi nunca Frecuentemente Muy Frecuentemente

18.- Me acepto tal cual soy

Muy poco Suficiente Regular Mucho

Siento que él / ella me acepta tal cual soy

Nunca Casi nunca Frecuentemente Muy Frecuentemente

19.- Mi imagen de varón ha venido a menos

Muy poco Suficiente Regular Mucho

El / ella siente que me he devaluado sexualmente

Muy poco Suficiente Regular Mucho

20.- He notado disfunción eréctil:

Nunca A veces Frecuentemente Muy Frecuentemente

El / ella se ha dado cuenta de mi impotencia sexual

Nunca A veces Frecuentemente Muy Frecuentemente

21.- Conozco la forma en que voy a reaccionar en relación a él / ella:

Mucho Regular Casi nada Nada

Siento que él / ella conoce la forma en que voy a reaccionar

Mucho Regular Casi nada Nada

22.- He sido infiel:

Nunca Alguna vez Ocasionalmente Constantemente

Creo que he sido infiel

Mucho Regular Casi nada Nada

23.- Me preocupo por su bienestar:

Muy Frecuentemente Frecuentemente A veces Nunca

Se preocupa por mi bienestar

Muy Frecuentemente Frecuentemente A veces Nunca

24.- Congenio con sus amistades

Mucho Regular Poco Nada

Ella / él congenia con mis amistades

Mucho Regular Poco Nada

25.- Me pongo de acuerdo con él/ ella para gastar el dinero

Nunca Casi nunca Frecuentemente Muy frecuentemente

El / ella se pone de acuerdo conmigo para gastar el dinero

Nunca Casi nunca Frecuentemente Muy frecuentemente

26.- Mis expresiones de afecto hacia mi pareja son:

Muy frecuentes Frecuentes Algunas veces Casi nunca

Sus expresiones de afecto hacia mi son:

Muy frecuentes Frecuentes Algunas veces Casi nunca

27.- me siento orgulloso(a) por mis logros:

Muy poco Poco Regular Mucho

El / ella se siente orgullo(a) por mis logros

Muy poco Poco Regular Mucho

28. Siento antipatía hacia pareja

Casi nunca A veces Frecuentemente Muy Frecuentemente

Creo que siente antipatía hacia mi persona

Casi nunca A veces Frecuentemente Muy Frecuentemente

29.- Mi disposición para apoyarla (o) es:

Bastante Mediana Suficiente Nada

Su disposición para apoyarme es

Bastante Mediana Suficiente Nada

30. Siento que mi familia nos causa problemas

Bastante Medianamente Casi nada Nada
El/ ella siente que mi familia nos causa problemas
Bastante Medianamente Casi nada Nada

31. Tomo la iniciativa para hablar de asuntos difíciles
Muy frecuentemente Frecuentemente A veces Casi nunca
Toma la iniciativa para hablar de asuntos difíciles
Muy frecuentemente Frecuentemente A veces Casi nunca

32.-Estoy satisfecho sexualmente con mi pareja
Mucho Regular Poco Casi nada
El / ella esta está sexualmente satisfecha (o) conmigo
Mucho Regular Poco Casi nada

33.- Mi inteligencia es acorde con la de mi pareja
Mucho Regular Poco Muy poco
Su inteligencia es acorde con la mía
Mucho Regular Poco Muy poco

34.- Me considero interesante
Mucho Regular Poco Muy poco
Creo que él / ella me considera interesante
Mucho Regular Poco Muy poco

35.- He tenido eyaculación precoz
Casi nunca A veces Frecuentemente Muy Frecuentemente
Ella me apoya en la situación angustiosa de la eyaculación precoz
Casi nunca A veces Frecuentemente Muy Frecuentemente

36.- Siento cariño por él / ella
Nada Poco Regular Mucho
El/ella siente cariño
Nada Poco Regular Mucho

37.- La falta de orgasmos en mi relación sexual es:
Casi nunca A veces Frecuentemente Muy Frecuentemente
Ella / él me apoya para lograr mis orgasmos
Casi nunca A veces Frecuentemente Muy Frecuentemente

38.- Tolero sus defectos
Muy frecuentemente Frecuentemente A veces Casi nunca
El/ ella tolera mis defectos
Muy frecuentemente Frecuentemente A veces Casi nunca

39.- Cuando existe situación difícil responde el/ella
Muy bien Bien Regular Mal

El/ella cuando existe situación difícil responde
 Muy bien Bien Regular Mal

40.- La manera que trato a mis hijos es:(aunque no los haya)

Deficiente Regular Buena Muy buena

La manera en que él / ella trata a los hijos es:

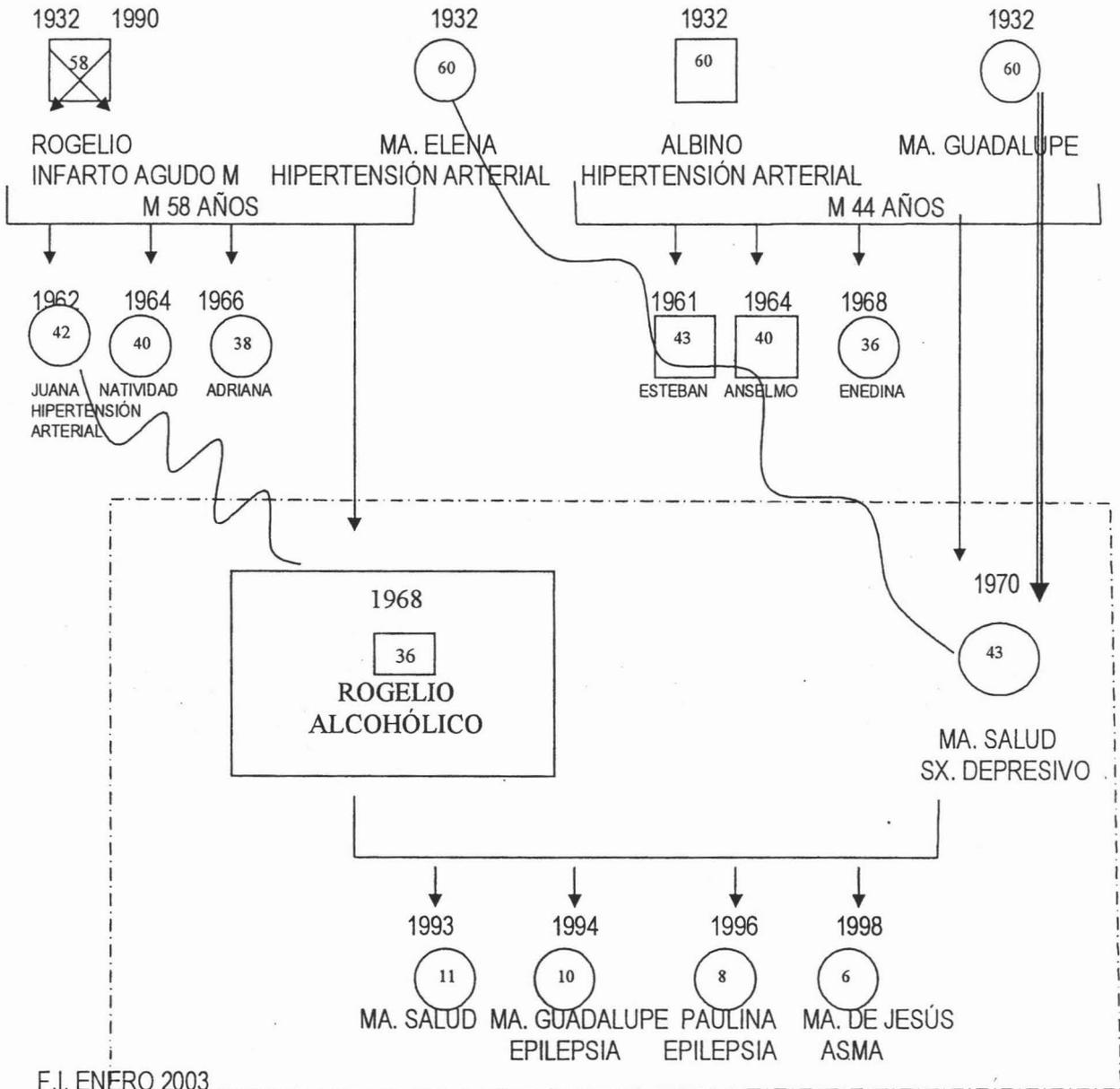
Deficiente Regular Buena Muy buena

EVALUACION DE LA RELACION DE PAREJA
 E R P

NOMBRE EL :			CASO No	0			FECHA
NOMBRE ELLA:							CAL. DE PAREJA X AREA.
CAL .IND .XAREA	AREAS	EL>ELLA	EL<ELLA	ELLA>EL	ELLA<EL	TOTAL	33-48= BUENA
09-12= BUENA	COMUNICACIÓN						17-32= REGULAR
05-08= REGULAR	SEXO						00-16= MALA
00-04= MALA	COMPRESIÓN						
	INTERESES						
	FINANZAS						
	CARIÑO						
	VALORES						CALIFICACION GLOBAL
CAL.INDIVIDUAL	ACEPTACION						352-470= BUENA
81-116= BUENA	APOYO						233-351= REGULAR
46-80= REGULAR	FAMILIA						114-232= MALA
1-45= MALA	TOTAL						TOTAL

FAMILIOGRAMA No. 1

FAMILIA S. M.

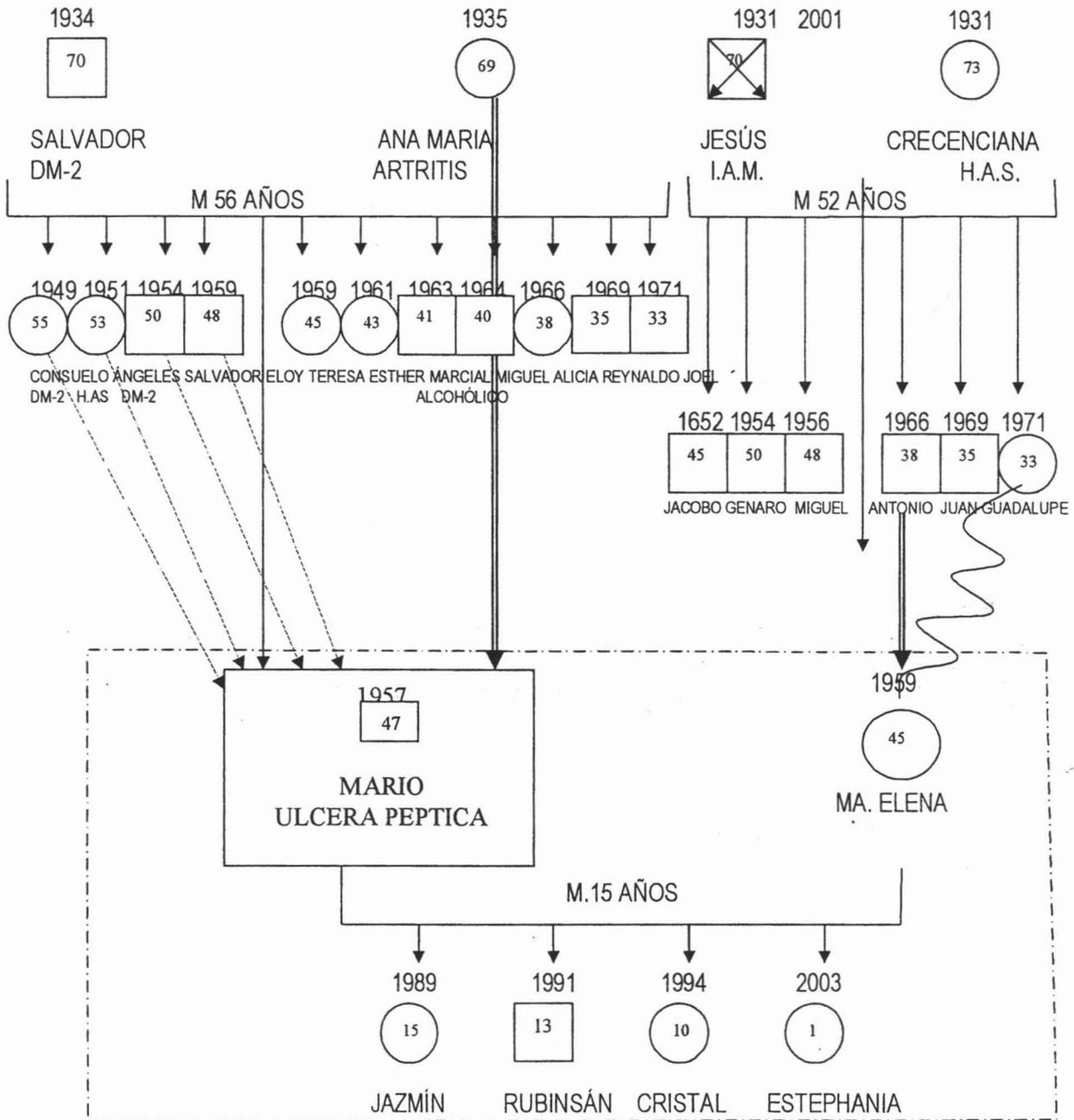


F.I. ENERO 2003.
F.P. JULIO 2004.

FAMILIA S. M.

Paciente identificado: Rogelio, comerciante, alcohólico, refiere conflictos entre su madre y su esposa, le han impedido separarse del hogar materno ya que al ser el único varón al morir su padre, se sintió responsable de su mamá, quien no acepta su matrimonio, rechaza a sus nietos por el hecho de ser mujeres

FAMILIOGRAMA No. 2 FAMILIA R. M.



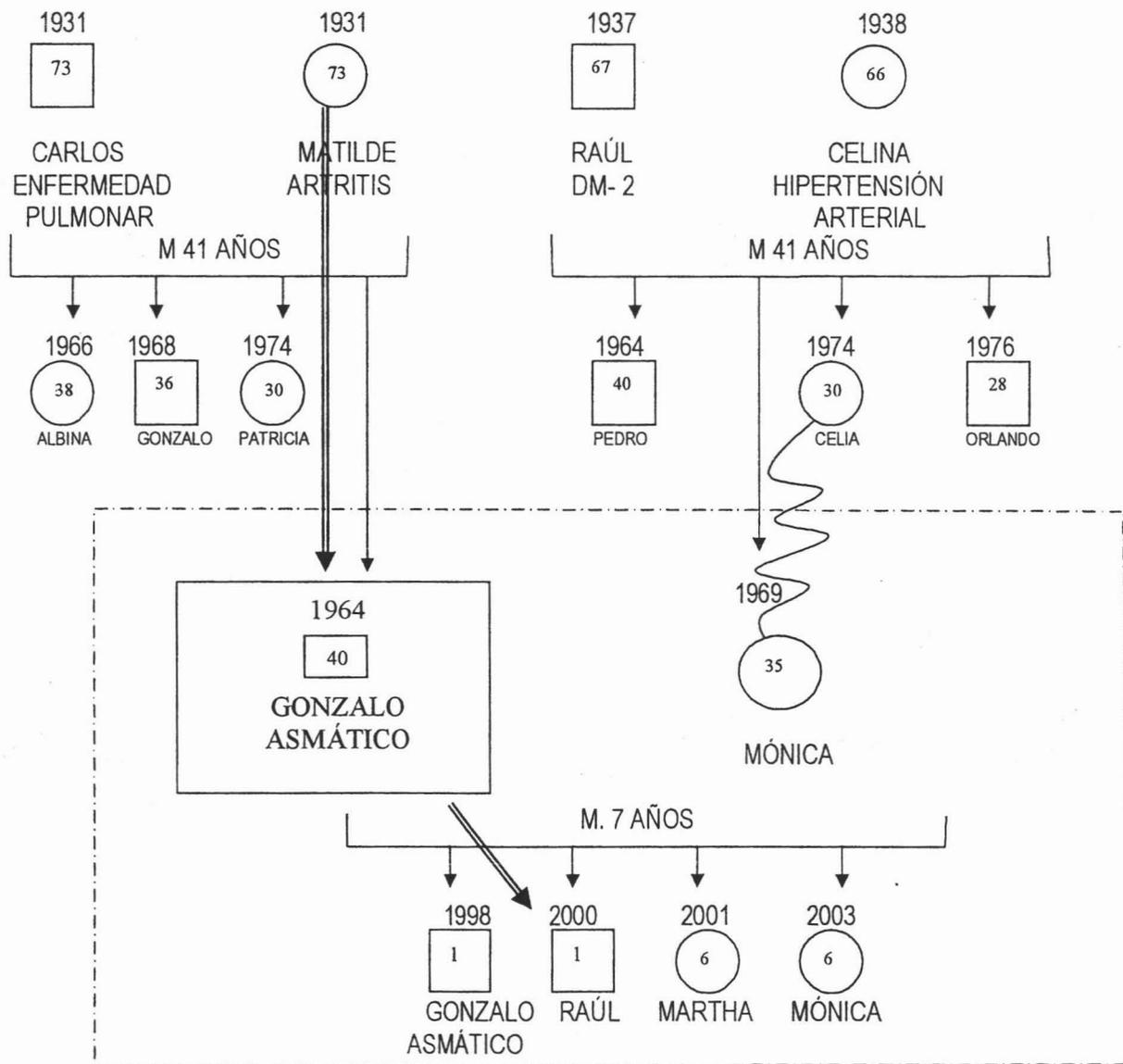
F. I. NOVIEMBRE 2003

F. P. MAYO 2004.

FAMILIA R. M.

Paciente identificado: Mario, oficinista (Rol parental) es deportista, a participado en competencias en atletismo, en inicio como deporte y en edad adulta además por el dinero que se ofrecía al ganador, cuenta con 13 hermanos, vivió una infancia con muchas carencia, por lo que todos trabajaron a corta edad, conoció a su esposa en una competencia de caminata, tienen 4 hijos, cursa con trastornos de ansiedad crónica llevándolo a presentar una ulcera péptica refiere porque “en todo lo que realiza quiere ser el mejor.”

FAMILIOGRAMA No. 3 FAMILIA R. V.

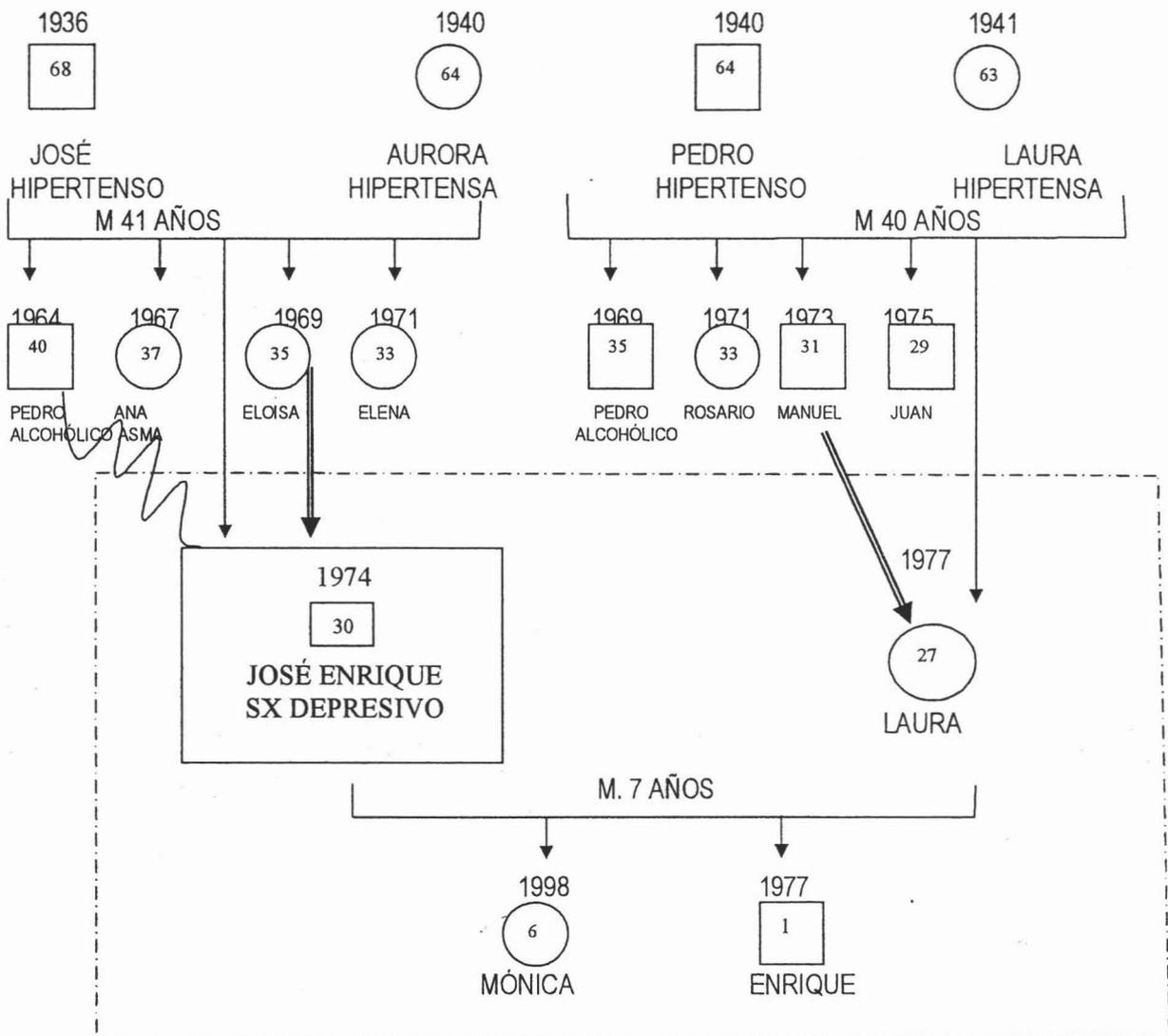


F. I. NOVIEMBRE 2003
F. P. MAYO 2004.

FAMILIA R. V.

Paciente identificado: Gonzalo, es alcohólico (Rol parental) promete dejar su alcoholismo, ya que gasta su dinero en el vicio por lo que Mónica su esposa, trabaja en casas particulares en lavar y planchar. Gonzalo acude a grupos de A. A. logra por temporadas dejar de beber, siendo un buen padre y esposo continua su lucha contra el alcoholismo.

FAMILIOGRAMA No. 4 FAMILIA A. G.

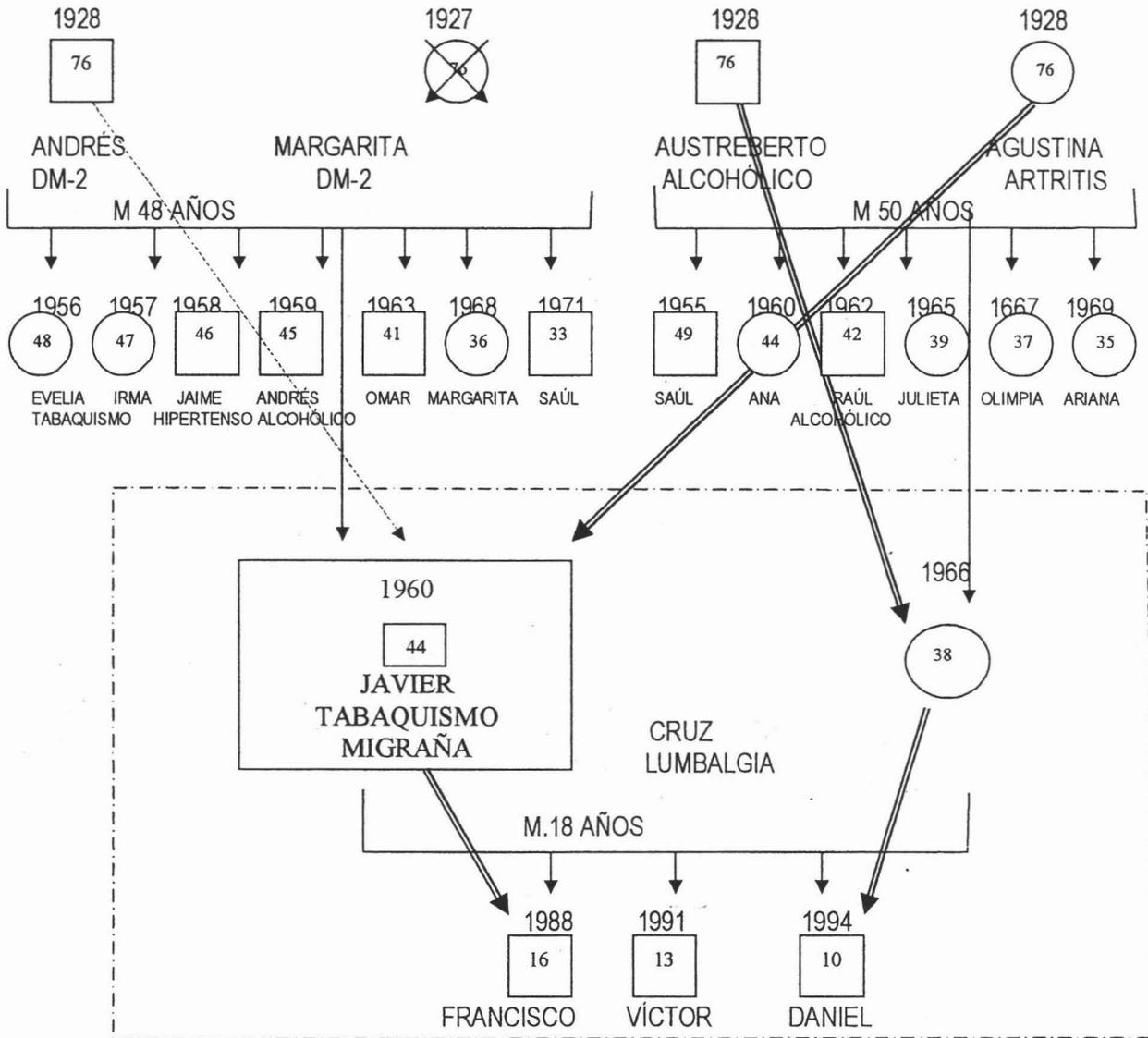


F. I. JULIO 2003
F. P. ENERO 2004.

FAMILIA A. G.

Paciente identificado: José Enrique (rol parental), se desempeña como enfermero, carrera que termino trabajando y estudiando, sus padres viven en E.U.A. como obreros y no recibió dinero para sus estudios vendió pulseras y las enviaba a Emma. con su hermano trabajaba como empleado en carnicerías, en ventas casa por casa y otros empleos, se casa con Laura al terminar su carrera ya trabajando en salubridad y con la llegada de los hijos se deprimió porque sus ingresos eran pocos, acudió a terapia con un psicólogo, dice por que sentía una gran responsabilidad ya que no aceptaba que su esposa trabajara, posteriormente logra trabajar en el I.M.S.S. y así con dos empleos, ahora comenta "estoy menos estresado y superando mi depresión".

FAMILIOGRAMA No. 5 FAMILIA R. G.

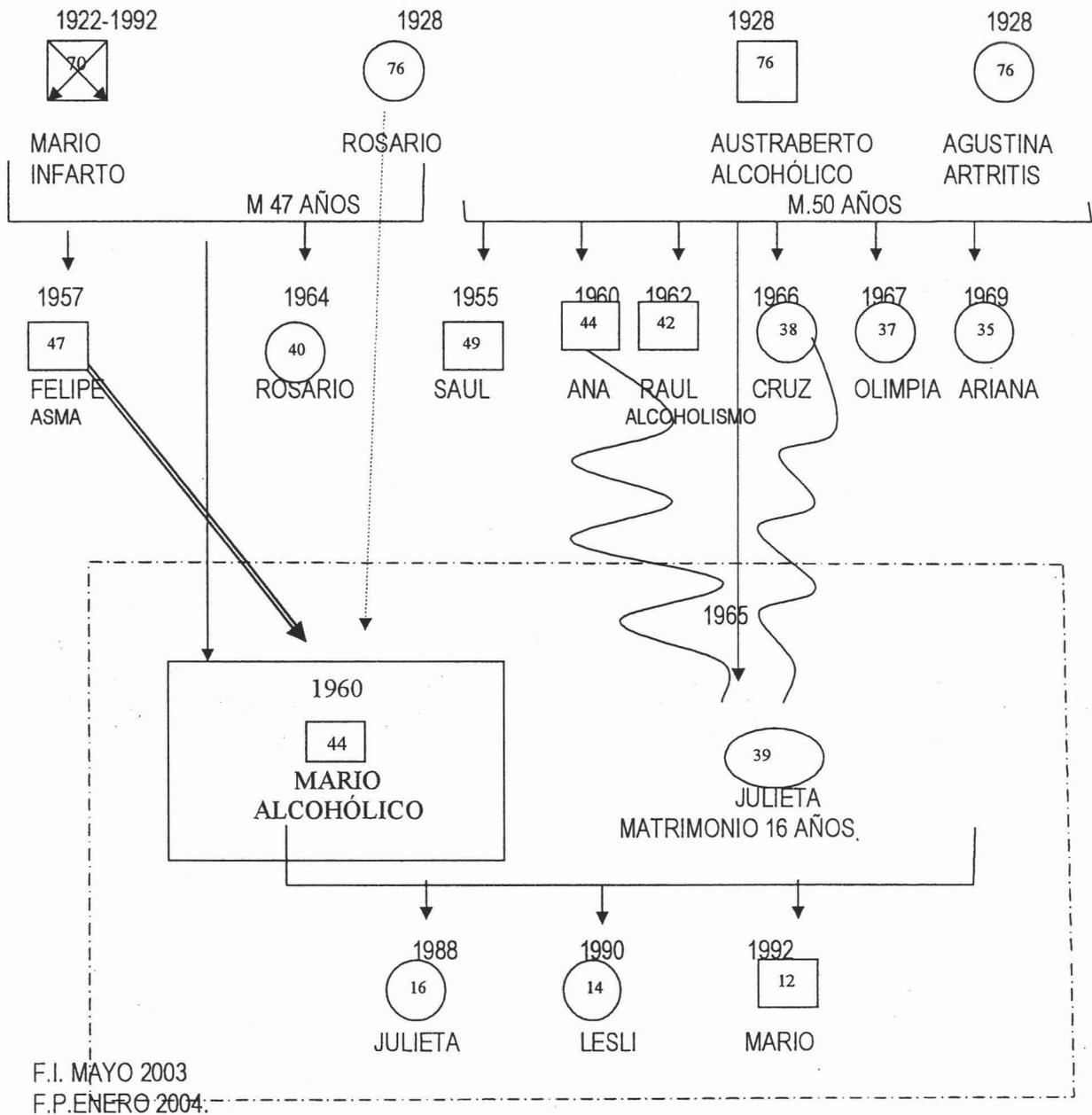


F.I. MAYO 2003
F.P. ENERO 2004.

FAMILIA M. C.

Paciente identificado: Javier, Ingeniero empleado de C.F.E. la relación con su esposa Cruz, posterior a casarse fue conflictiva debido a que una de sus exnovias hablaba con su esposa, diciéndole que tenía una hija de Javier, comentan ambos que la comunicación y su amor logro superar esa etapa.

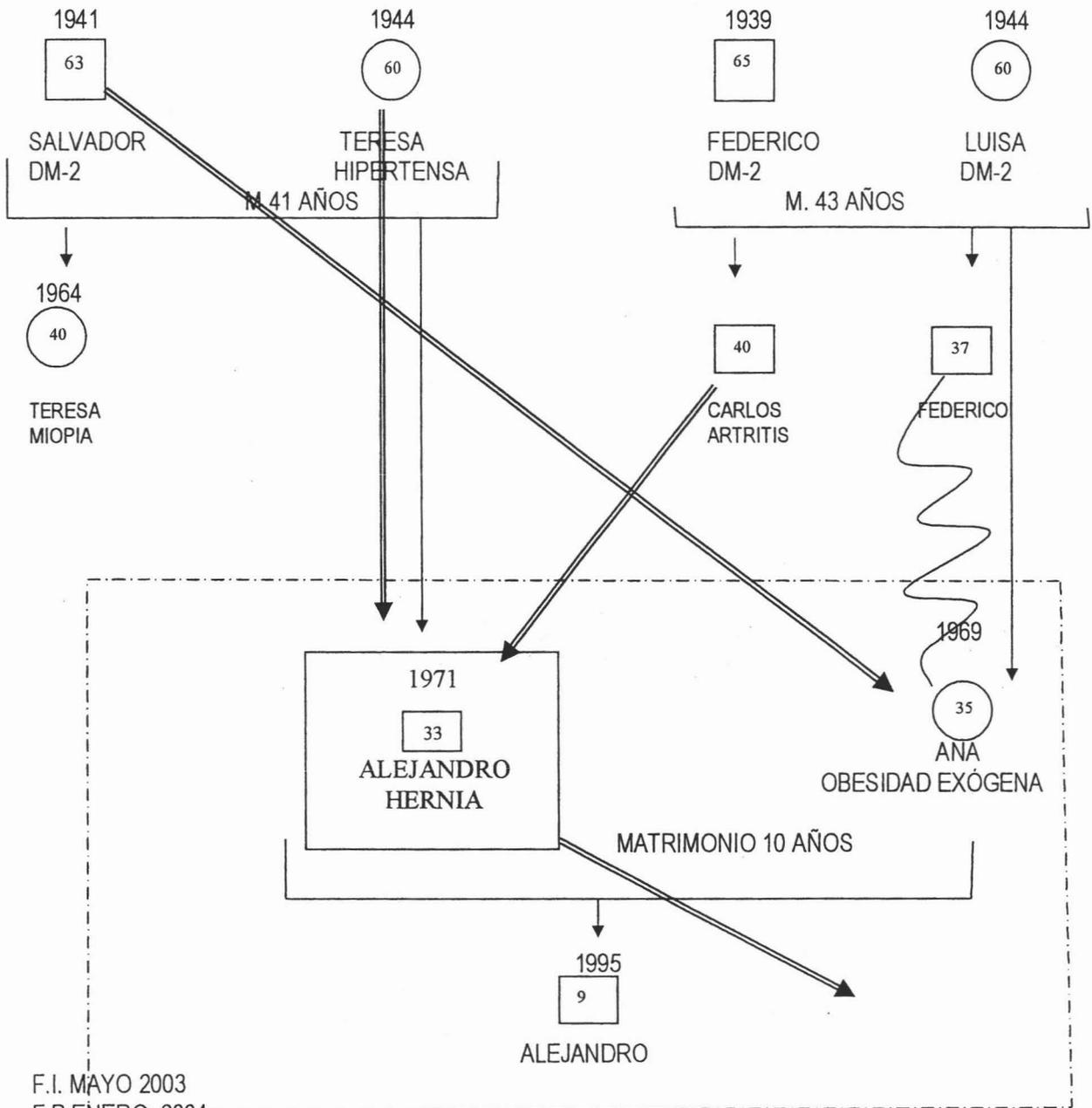
FAMILIOGRAMA No.6 FAMILIA G. G.



FAMILIA G.G.

Paciente Identificado: Mario empleado (rol parental) antecedente de despido frecuente de su trabajo y violencia intrafamiliar a causa de su alcoholismo.

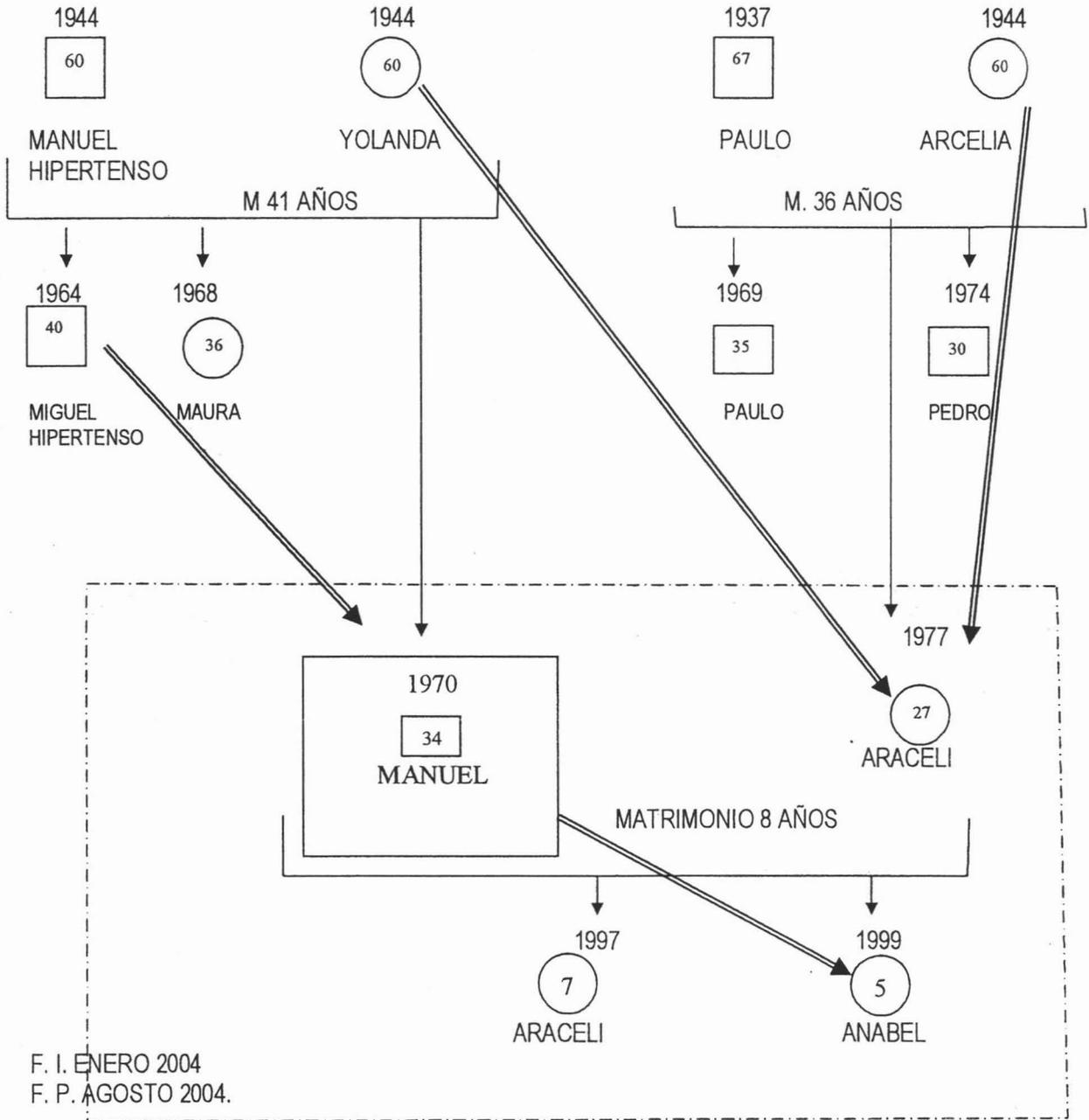
FAMILIOGRAMA No. 7 FAMILIA G. T.



FAMILIA G.T..

Paciente identificado: Alejandro, mecánico de carácter autoritario e intolerante, impide que su esposa trabaje, por temor de evidenciar su baja autoestima.

FAMILIOGRAMA No. 8
FAMILIA L. G.

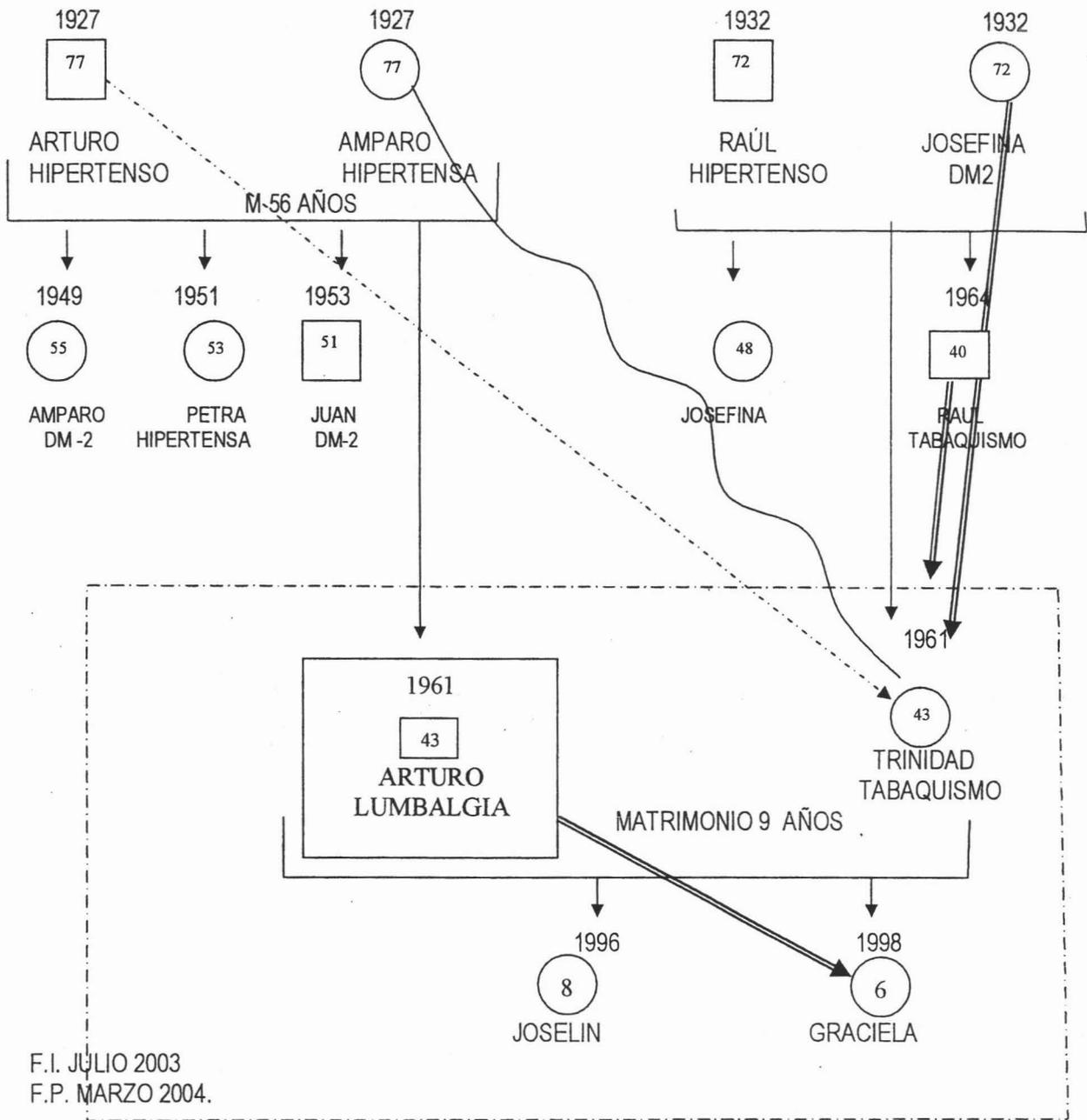


F. I. ENERO 2004
F. P. AGOSTO 2004.

FAMILIA CL. G.

Paciente identificado: Manuel maestro, se casa con Araceli, 7 años más joven que el con aceptación familiar incondicional de su pareja, quien al igual que su madre es enfermera.

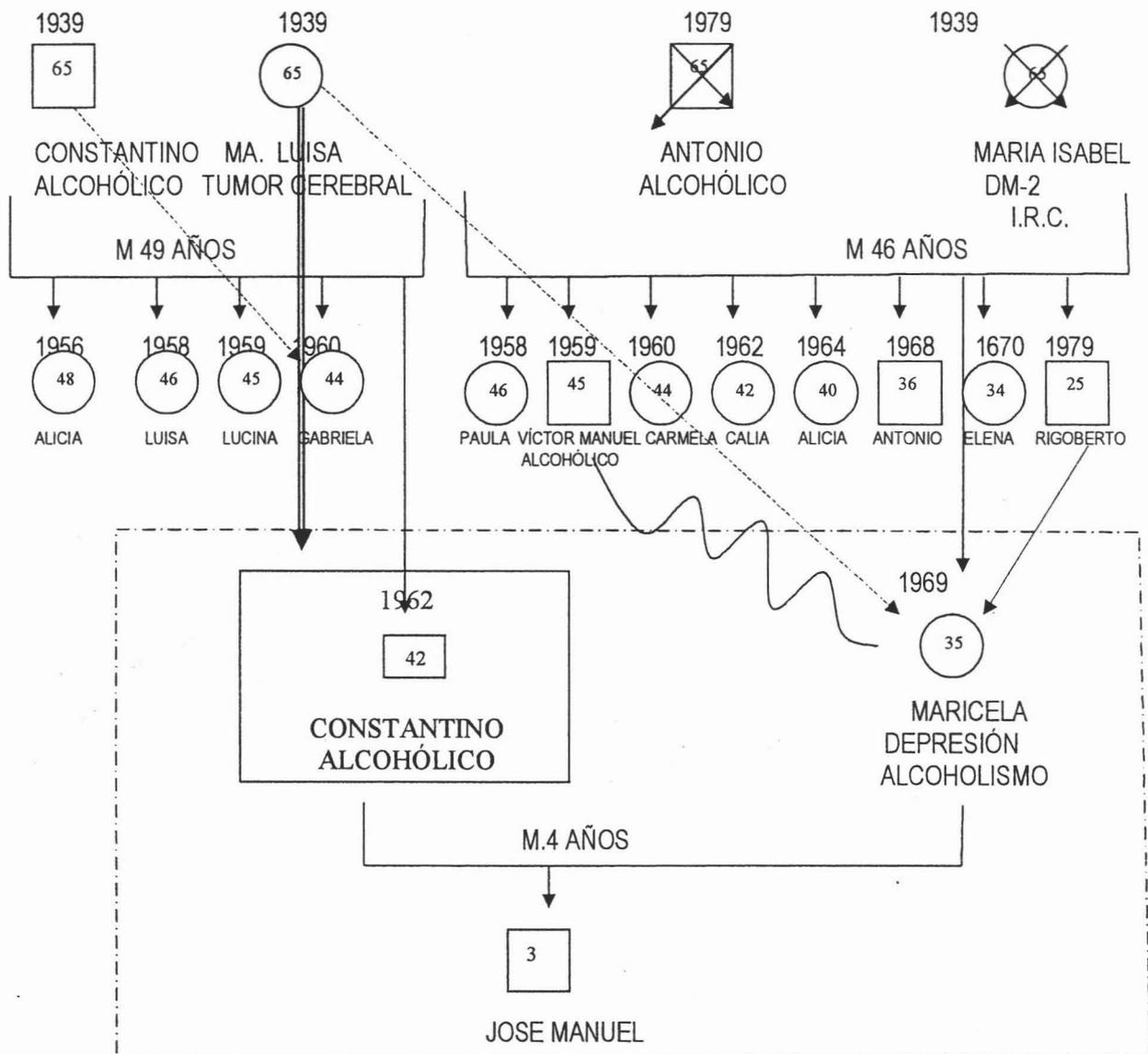
FAMILIOGRAMA No. 9 FAMILIA CH. H.



FAMILIA CH. H

Paciente identificado: Arturo, chofer cursa con lumbalgia, mecano postural crónica y limitación funcional secundaria con problemas de relación de la familia de Arturo y Trinidad, al no estar de acuerdo en que ella trabaje fuera del hogar.

FAMILIOGRAMA No. 10 FAMILIA M. C.



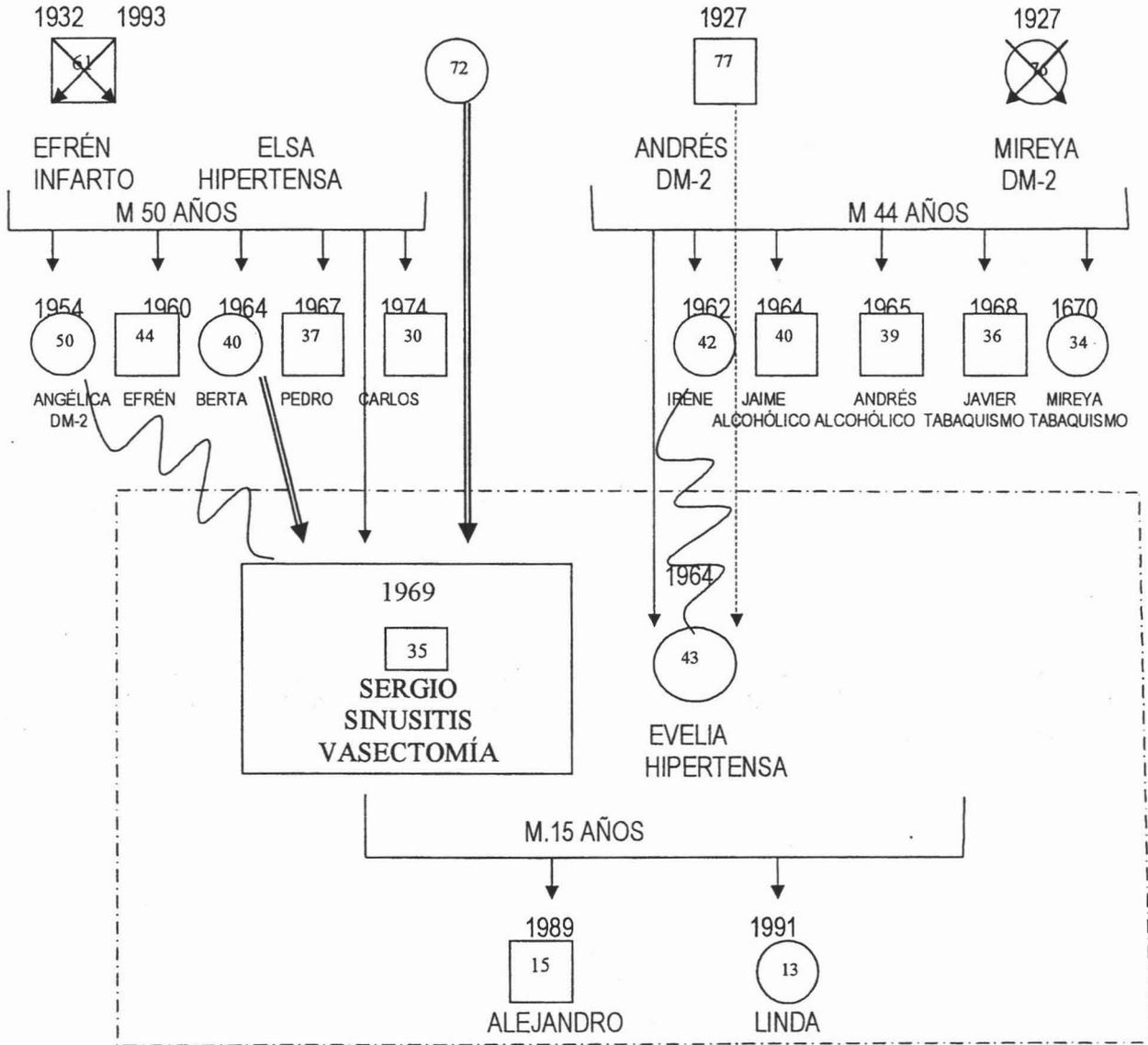
F.I. FEBRERO 2003

F.P. OCTUBRE 2004.

FAMILIA M. C.

Paciente identificado: Constantino, alcohólico, trabaja como mecánico debido al alcoholismo agrede Verbalmente a su esposa a quien chantajea llevándose a su único hijo con el, para que maricela sufra, pero ella no se preocupa ya que sabe que cuida bien a su hijo, acude al grupo de alcohólicos anónimos pero todavía no logra dejar su vicio.

FAMILIOGRAMA No. 11 FAMILIA A. R.

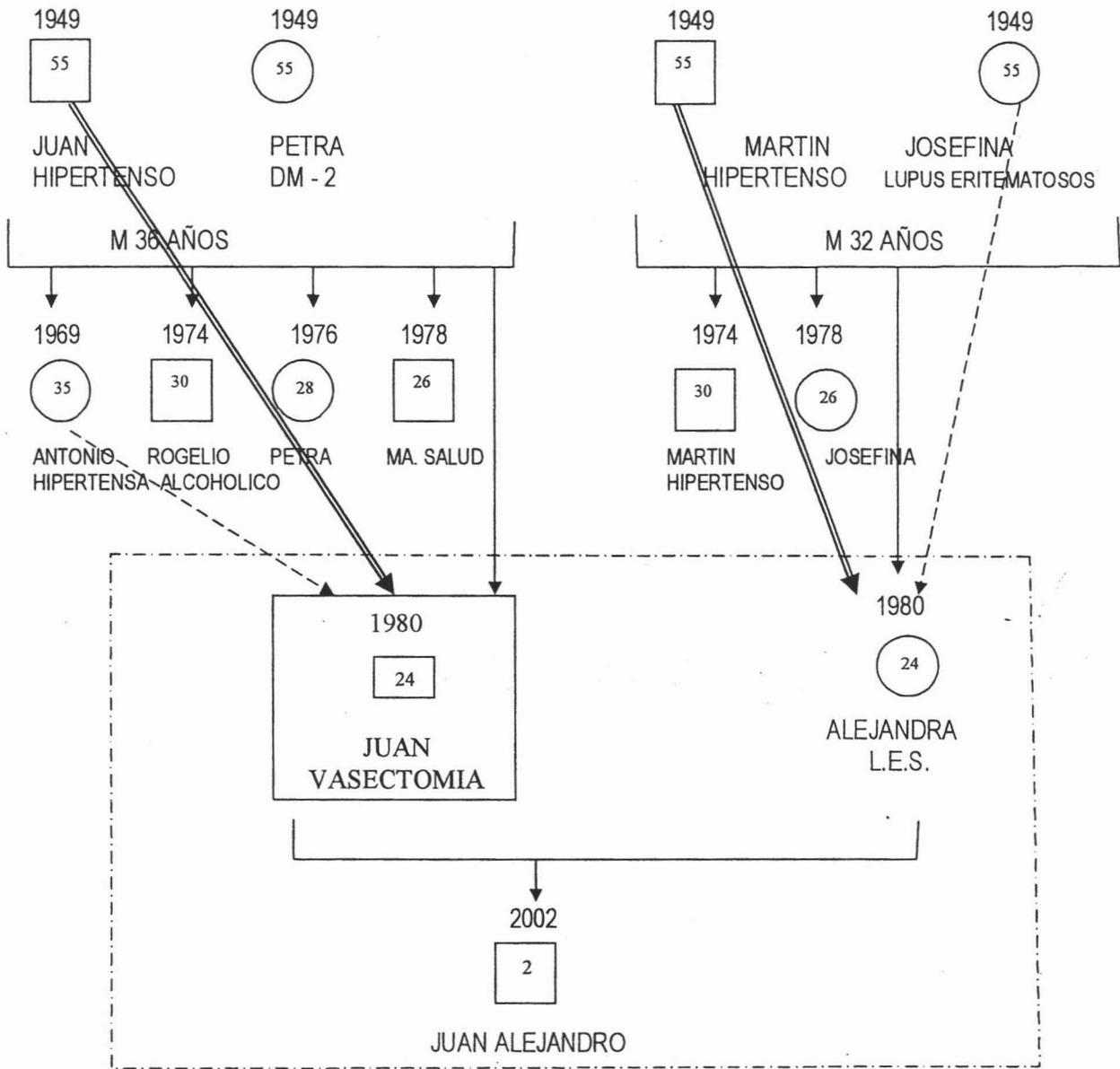


F.I. FEBRERO 2003
 F.P. OCTUBRE 2004.

FAMILIA M.C.

Paciente identificado: Sergio, contador, recuerda su infancia al lado de su padre en el campo; gustaba de caminar descalzo, lo que motivaba regaños frecuentes. Está orgulloso de sus padres al sentirse valorado por ellos.

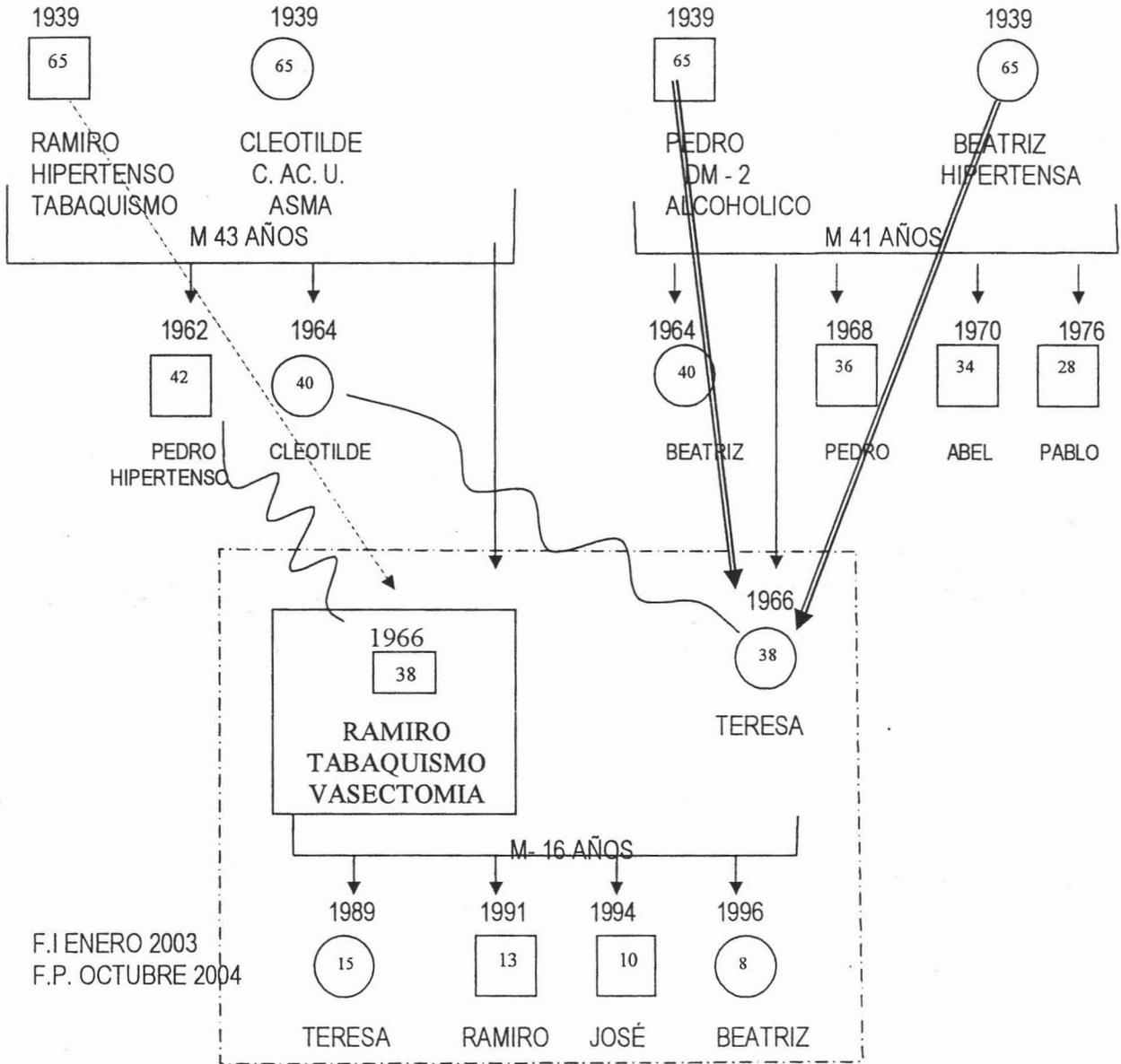
FAMILIOGRAMA No. 12 FAMILIA U. B.



FAMILIA U.B.

Paciente identificado: Juan, el menor de 5 hermanos, trabajó desde muy pequeño como peón con su padre, fue una familia con muchas carencias, sus hermanos se cazaron muy jóvenes, por lo que él todo lo que ganaba con su padre a su madre que siempre estaba enferma.

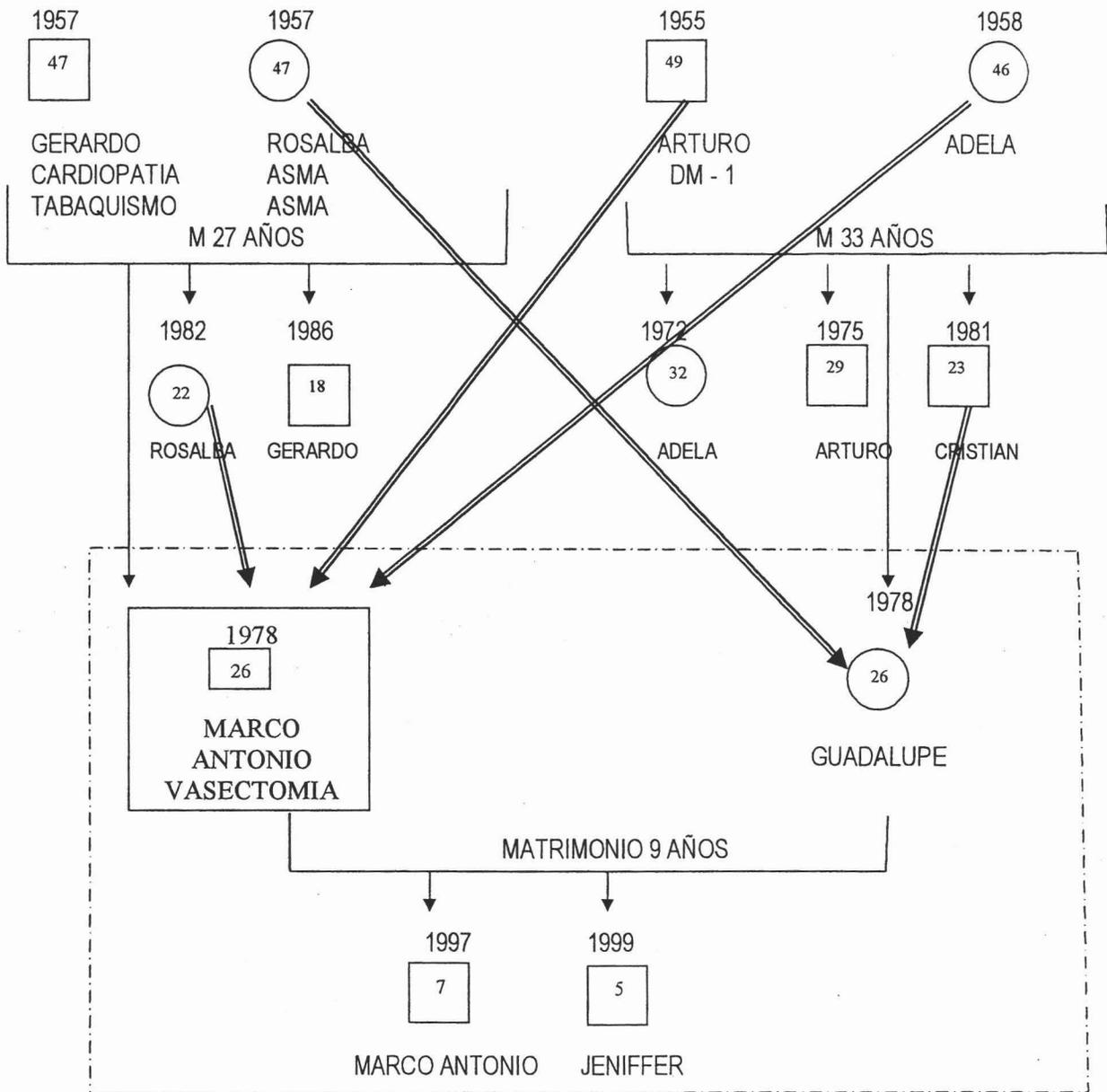
FAMILIOGRAMA No. 13 FAMILIA L. M.



FAMILIA L. M.

Paciente identificado: Ramiro, empleado en una veterinaria (rol parental), cursó una infancia feliz a pesar de una educación rígida, ya que le exigía levantarse de madrugada para ayudar en la panadería y después acudir a la escuela, vender pan en las rancherías. En una ocasión, se mojó el pan y su padre lo golpeó que le marco el cuerpo y le dio tanto coraje que al otro día regalo todo el pan por lo que su padre se puso a llorar y eso le afectó tanto que prometió jamás trabajar como panadero, al casarse decidió que no tendría más que dos hijos, como su esposa no aceptó el método de planificación familiar, él se realizó la vasectomía.

FAMILIOGRAMA No. 14 FAMILIA A. H.



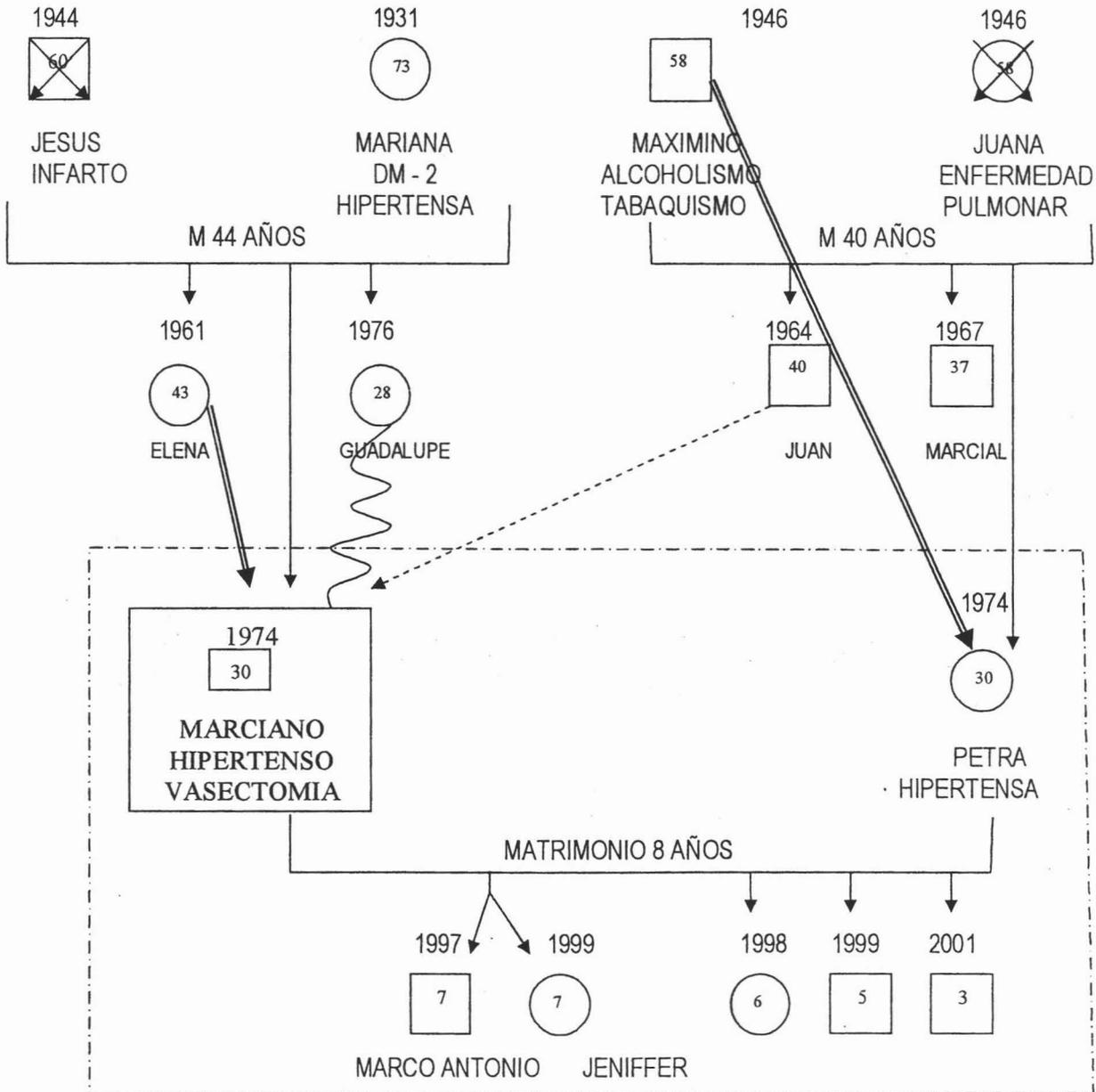
F. I. ENERO 2003

F. P. NOVIEMBRE 2004

FAMILIA A. H.

Paciente identificado: Marco Antonio, (rol parental), empleado en una ferretería, inicio con alcoholismo a los 13 años, lo que ocasiono fuertes pleitos con su padre, sintió que su madre chantajeaba a su padre y sus hermanos con sus crisis asmáticas por lo que el se refugiaba en el alcohol, al casarse prometió no embriagarse, con el nacimiento de sus hijos continuo su alcoholismo, llegando ala violencia verbal y física con su familia, dejo el alcoholismo a la muerte de su padre, se sintió "culpable".

FAMILIOGRAMA No. 15 FAMILIA H. A.



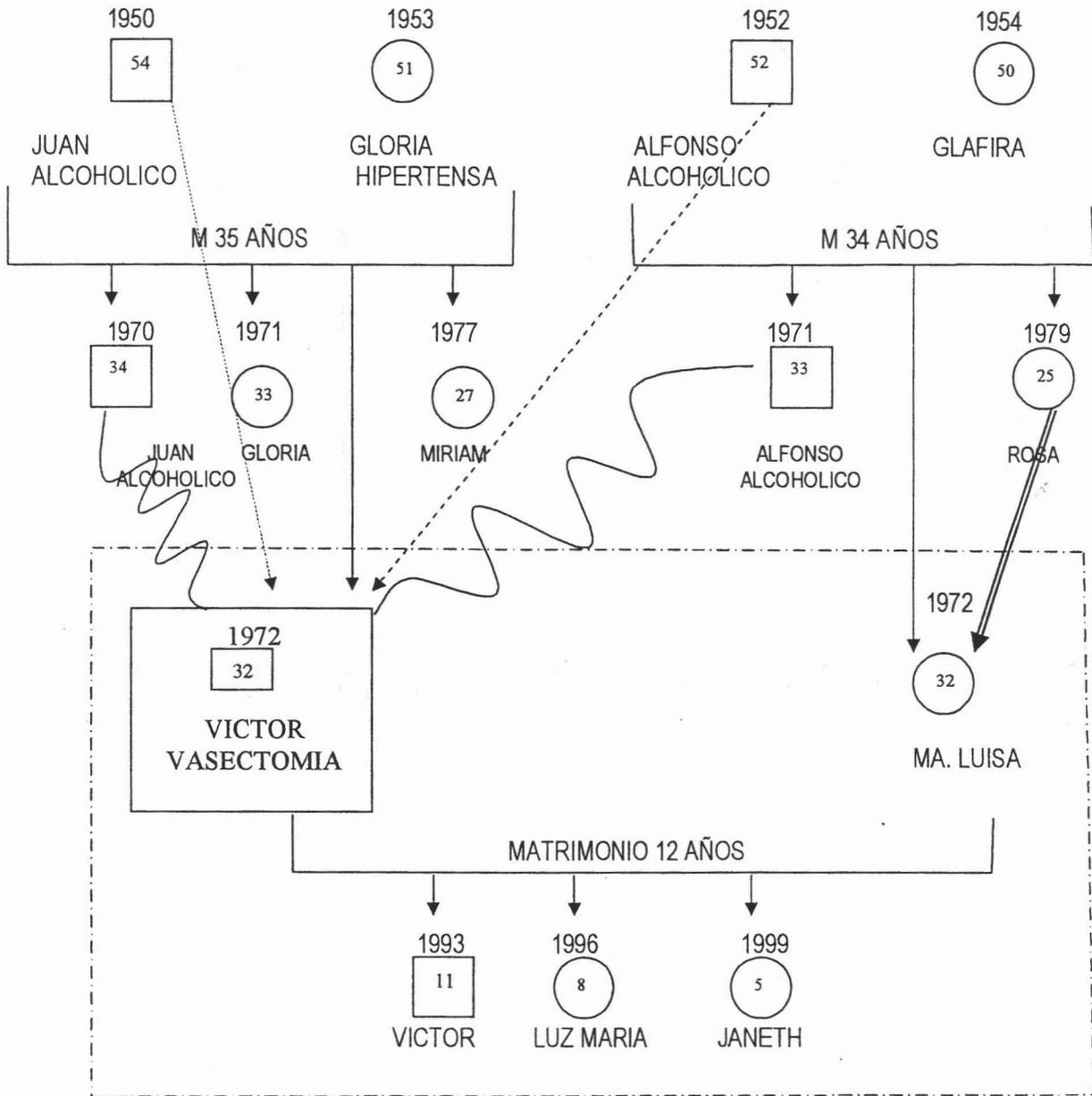
F. I. FEBRERO 2003

F. P. NOVIEMBRE 2003

FAMILIA H. A.

Paciente identificado: Marciano, maestro de primaria, al morir su padre por ser el hijo varón, tomó el lugar de su padre, comenta, fue muy rápido el encontrarme ante una responsabilidad, no creía sacar adelante, las enfermedades de mi madre, el duelo duro en ser superado, me case y con la llegada de mis gemelos y la negativa de mi esposa a llevar un método de planificación familiar decidió realizarse, la vasectomía, lo cual unió más a la pareja y a la familia.

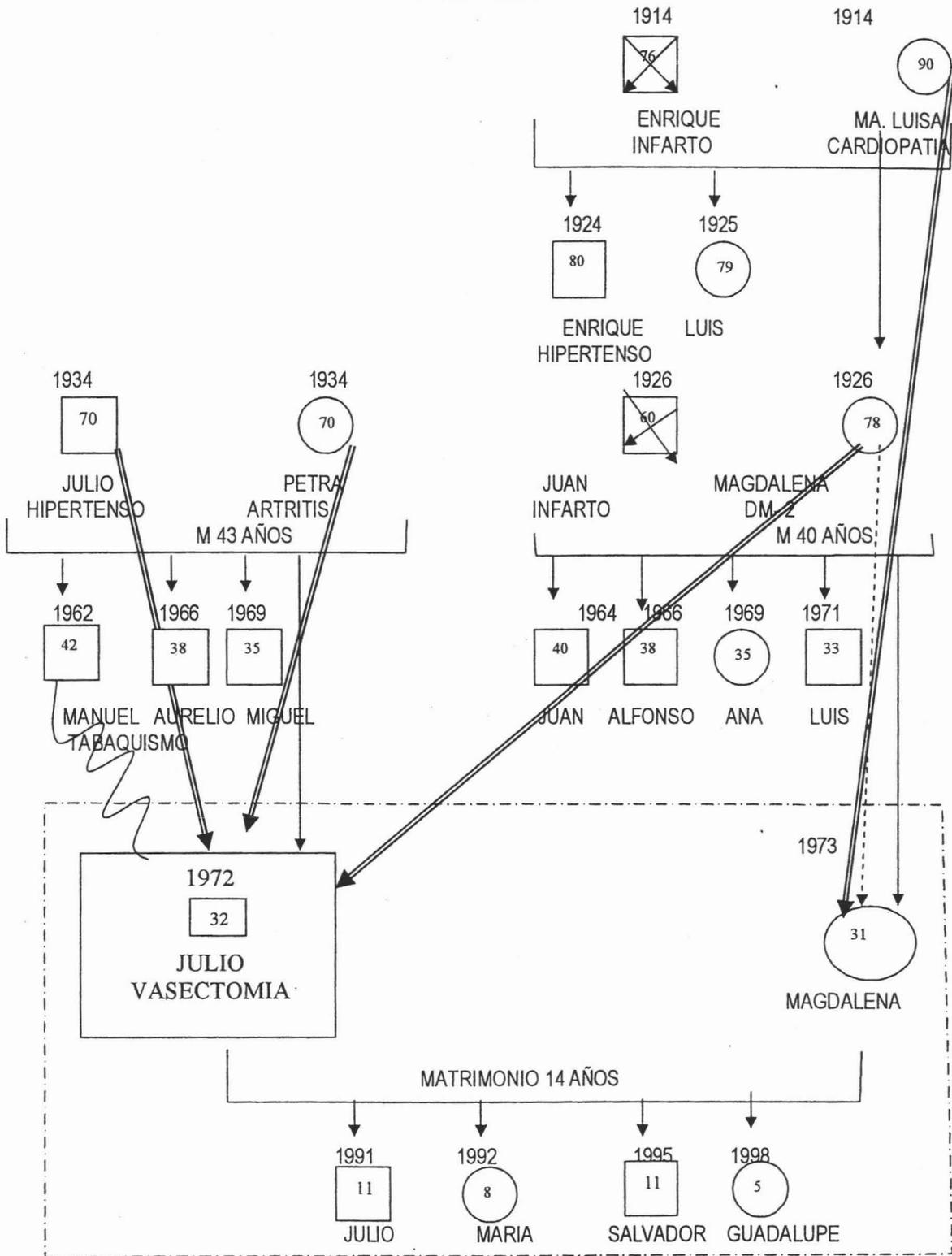
FAMILIOGRAMA No. 16 FAMILIA G.P.



FAMILIA G. P.

Paciente identificado: Víctor empleado Farmacia Veterinaria, con su familia de origen esta distante por el alcoholismo de su padre, su infancia fue de violencia familiar, por las constantes discusiones de sus padres, ya que el alcoholismo del padre lo llevaba a ser agresivo física y verbal, recuerda que el defendió a su madre y su padre lo golpeaba no importando su corta edad, esto produjo un resentimiento hacia sus padres ya que su madre siempre perdonaba las ofensas del padre, cuando se caso, encontró la misma problemática con sus suegros, y uno de sus cuñados, así como con uno de sus hermanos por lo que discuten cuando se logran juntar en fiestas familiares. Con su esposa llevan buena relación y el decide realizarse la vasectomía sin importarle los comentarios ofensivos de su hermano y cuñados.

FAMILIOGRAMA No. 17
FAMILIA M.A.



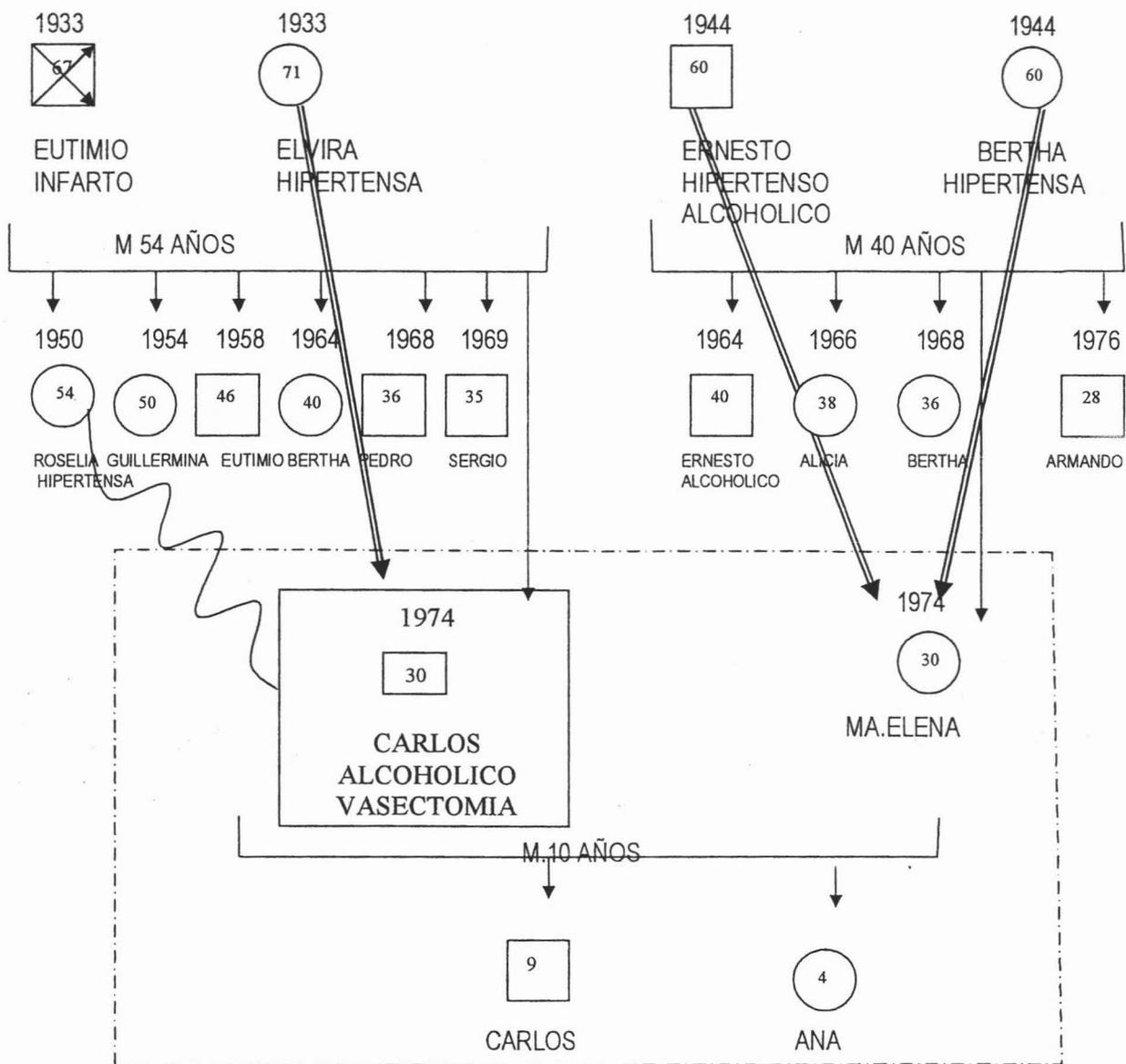
F.I. FEBRERO 2003

F.P. DICIEMBRE 2004

FAMILIA M. A.

Paciente Identificado: Julio, chofer, buena relación laboral lo que ha generado envidias de sus hermanos, lo consideran "el mas solvente" lo que generó separaciones familiares que lo deprime.

FAMILIOGRAMA No. 18 FAMILIA A.M.



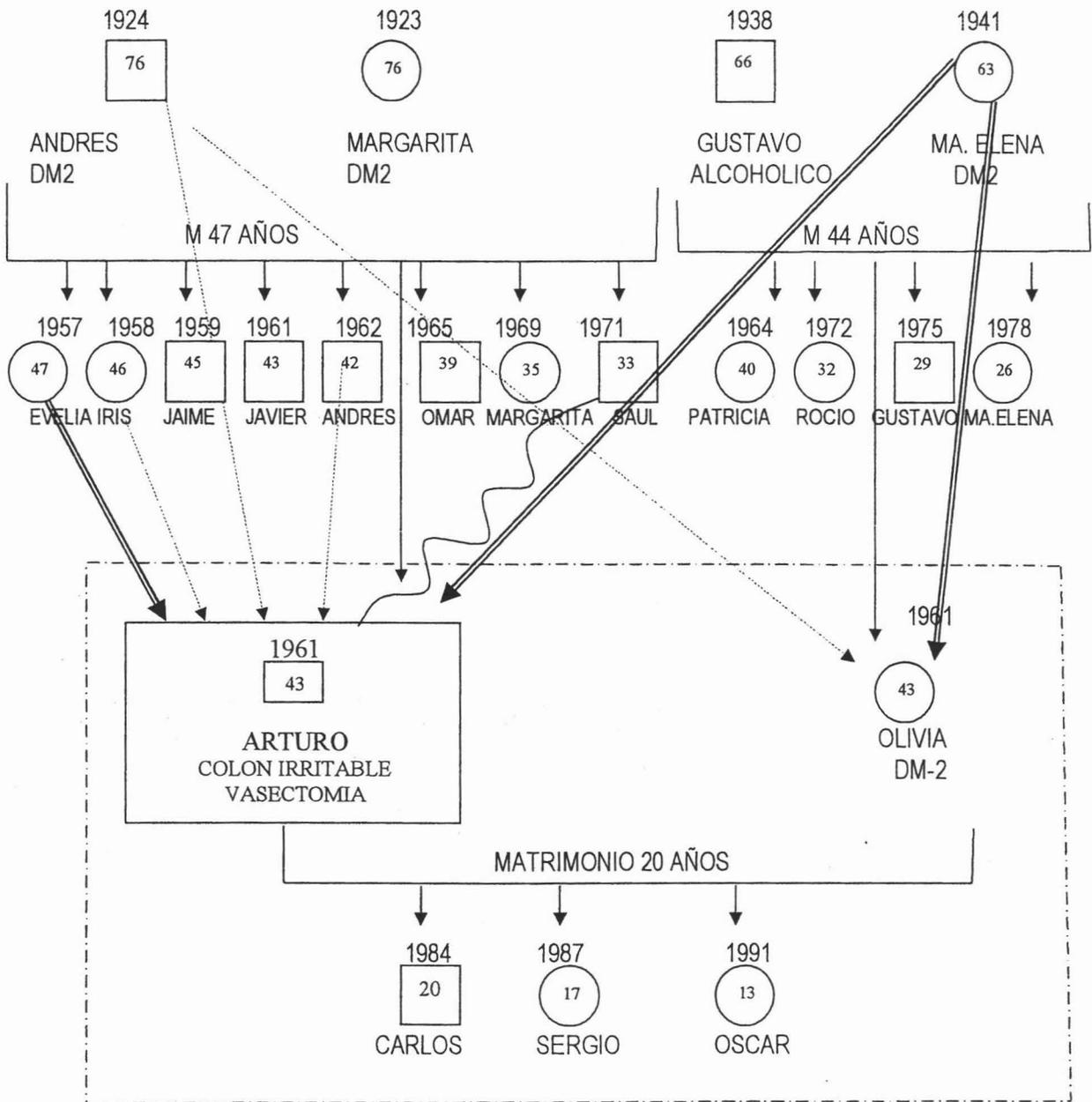
F.I. FEBRERO 2003

F.P. DICIEMBRE 2004.

FAMILIA A.M.

Paciente identificado: Carlos, su infancia la paso feliz, por ser el menor su padre, lo protegía mucho, A la muerte de su padre el decide casarse, siendo una pareja muy unida, deciden realizar la vasectomía.

FAMILIOGRAMA No. 19 FAMILIA S.CH

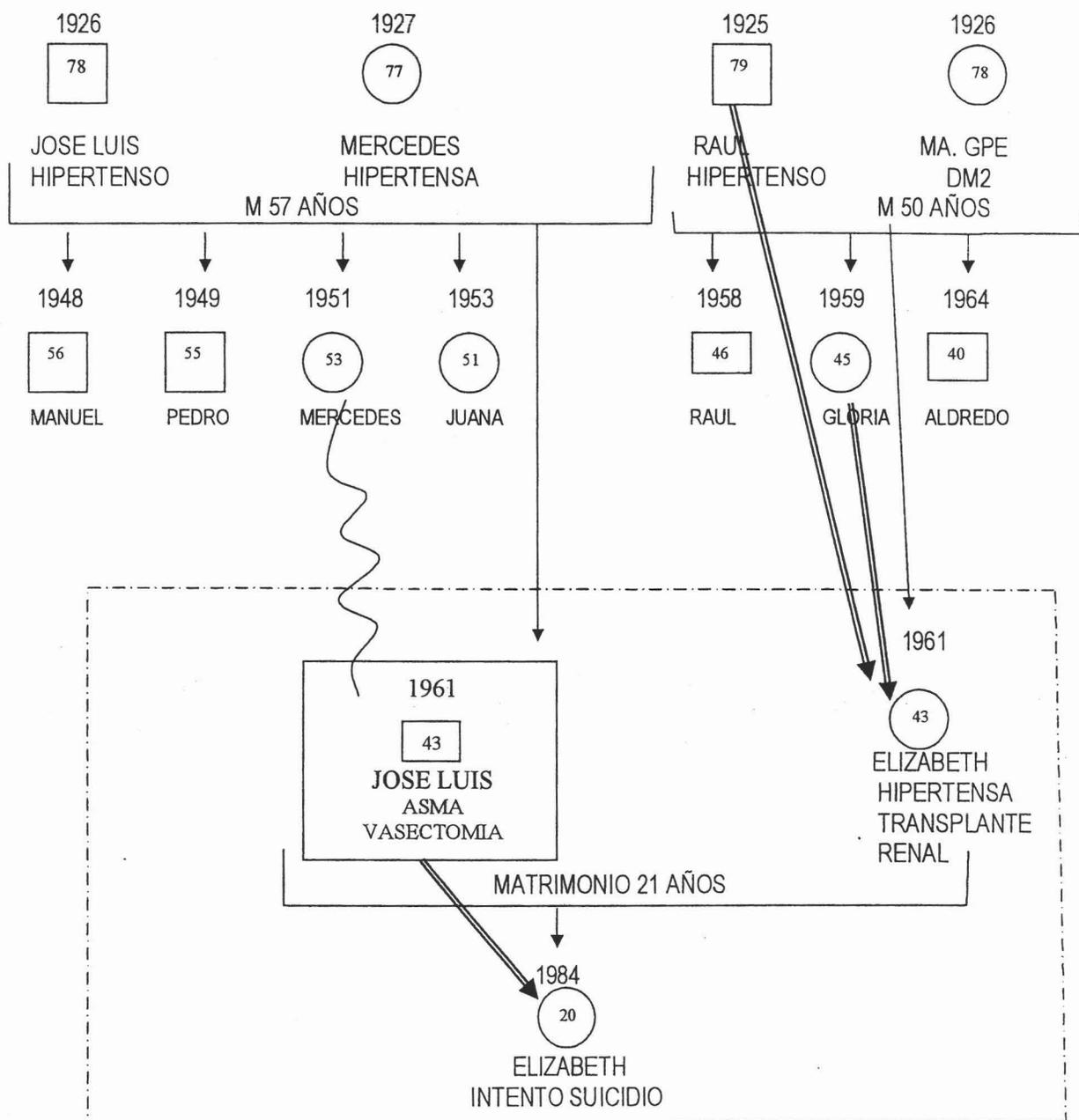


F.I. MAYO 2003
F.P. DICIEMBRE 2004.

FAMILIA S. CH

Paciente identificado: Arturo profesor y director de una escuela primaria; asume (Rol Parental) ante las infidelidades de su padre y violencia intrafamiliar, a la muerte de su madre, dice superar el duelo, pero la relación con su padre fue ya distante. Al tener una esposa con enfermedades crónico-degenerativas decide realizarse la vasectomía.

FAMILIOGRAMA No. 20 FAMILIA G.T.



F.I. ABRIL 2002
F.P. NOVIEMBRE 2002.

FAMILIA G.T.

Paciente identificado: José Luis, chofer taxi, se realizó la vasectomía comenta; cuando a su esposa le trasplantaron un riñón después de su primer embarazo, siempre le fue infiel pero ella nunca se dio cuenta, el con la tranquilidad de no comprometerse, haberse practicado la vasectomía, refiere "en una ocasión una mujer me dijo que estaba embarazada y le demostré que no podía ser mío porque yo estaba vasectomizado"