



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA / UMF No.8  
"DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

**FUNCION SEXUAL EN PAREJAS QUE ELIGEN LA  
VASECTOMIA COMO METODO ANTICONCEPTIVO EN  
EL AREA DE PLANIFICACION FAMILIAR DEL  
HGZ/UMF No. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"  
DEL IMSS DURANTE EL 2008.**

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DRA. SARA AGUILAR GÓMEZ**



MEXICO, D.F

2008



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.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.8  
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”  
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

---

Dr. Miguel Octavio Silva Bermúdez  
Director del Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familia No.8  
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”  
del IMSS.

---

Dra. Martha Beatriz Altamirano García  
Médico Familiar  
Jefe de enseñanza e investigación de HGZ/UMF No.8  
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”  
del IMSS

---

Dra. Danae Morones Zúñiga.  
Médico Familiar  
Titular de la Especialidad de Medicina Familiar de HGZ /UMF No. 8  
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”  
del IMSS

---

Dr. Gilberto Amaro Jaramillo  
Especialista en Psiquiatría  
Adscrito a UMF No. 140  
"Alfonso Sánchez Madariaga"  
Asesor Clínico.

---

Dr. Hugo Sánchez Martínez.  
Especialista en Ginecología y Obstetricia  
Adscrito al HGZ/UMF No. 8  
"Dr. Gilberto Flores Izquierdo".  
Asesor Clínico

---

Dr. Fernando Cruz Castillo  
Médico especialista en Medicina Familiar  
Adscrito al HGZ/UMF No. 8  
"Dr. Gilberto Flores Izquierdo".  
Asesor Metodológico

## **AGRADECIMIENTOS**

**A Dios:  
Por haberme dado la oportunidad de  
alcanzar una más de mis metas.**

**A mis padres Profa. Nelly y Prof. Enrique:  
Por su amor, comprensión y apoyo  
incondicional que me brindaron por  
alcanzar un sueño.**

**A mi hermano Arq. Eric:  
Aun en la distancia entre nosotros,  
siempre estamos juntos.**

**A mi esposo Héctor:  
Sin él, la vida hubiera sido más compleja,  
Gracias mi amor!**

**A mi amiga Monica Jaimes.  
Por guiarme y apoyarme  
en momentos difíciles.**

**A mis asesores de Tesis y Revisores.  
por el tiempo, esfuerzo y consejos  
que me brindaron para concluir mi tesis,  
Muchas Gracias!**

# ÍNDICE GENERAL

## **AGRADECIMIENTOS**

## **RESUMEN**

## **SUMMARY**

### **1. Marco Teórico**

1.1 Antecedentes Científicos	1
1.2 Planteamiento del problema	66
1.3 Justificación	67
1.4 Hipótesis	69
1.5 Objetivos	70

### **2. Material y Métodos**

2.1 Tipo de Estudio	71
2.2 Población Lugar y Tiempo	71
2.3 Muestra	71
2.4 Criterios de selección: inclusión, exclusión y eliminación	72
2.5 Tipo de Variables	72
2.6 Variables (definición conceptual y operativa)	73
2.7 Instrumento de recolección de datos	73
2.8 Método de recolección de datos	74
2.9 Cronograma	74
2.10 Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio	74

### **3. Resultados** 75

### **4. Análisis** 107

### **5. Conclusiones** 110

### **6. Discusión** 112

### **7. Recomendaciones** 114

### **8. Bibliografía** 115

### **9. Anexos** 119

## RESUMEN

A pesar de que la vasectomía ha tomado auge en los últimos 25 años como procedimiento definitivo para regular la fertilidad del hombre, en América latina su uso es aún limitado y en México se ha avanzado muy lentamente. El principal obstáculo para la aceptación de la vasectomía es la falta de información y el temor a las complicaciones que en realidad son mínimas y más de origen psicológico que orgánico, así como, la expectativa de que su desempeño sexual será insatisfactorio posterior al evento quirúrgico.

La plena contribución del hombre en la salud sexual y reproductiva se ha visto obstaculizada por factores socio-culturales que están relacionados con las percepciones y expectativas tradicionales que la sociedad tiene del género masculino. El arraigado concepto de masculinidad estereotipado en fortaleza, física, insensibilidad emocional, competencia extrema, pragmatismo y poco arraigo familiar, debe transformarse por el bien de los hombres mismos y de sus familias.

La educación de la sexualidad es todo un proceso para adquirir información, formar actitudes y valores positivos, con respecto al sexo. El médico familiar como factor de cambio y proceso en nuestra sociedad está involucrado en el sistema de educación, por lo que al contar con los conocimientos en materia de sexualidad, complicaciones post-vasectomía y el estudio de la respuesta sexual humana, le permitirá otorgar información verídica y convincente a las familias mexicanas.

Es por ello que para el presente estudio retomo desde el concepto de sexualidad, su historia, el estudio de la respuesta sexual humana, el concepto de función sexual, disfunción sexual, la sexualidad en pareja en el contexto mexicano, el estudio de la vasectomía desde sus orígenes, técnica, indicaciones, contraindicaciones, complicaciones y revisiones bibliográficas recientes alrededor del estudio de la vasectomía y la función sexual.

Considero que el presente trabajo es de fácil comprensión tanto para la población derechohabiente IMSS y público en general interesado en el tema, como para los residentes de Medicina Familiar, Médicos Familiares y Sexólogos. En él podrán revisar el estudio de la respuesta sexual humana, y la vasectomía desde, sus complicaciones más frecuentes posterior al evento, la influencia emocional, psicológica y social que rodea esta cirugía con la finalidad de proporcionar una orientación o consejería fundamentada en el conocimiento científico.

**OBJETIVO:** Evaluar la función sexual de las parejas que eligen la vasectomía como método anticonceptivo en el área de Planificación Familiar del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del IMSS durante el 2008.

**MATERIAL Y METODOS:** La obtención de datos se realizó a través de la aplicación de 2 cuestionarios para la evaluación de la función sexual (el cuestionario de calidad de vida del departamento de Urología de la Universidad de California en los Ángeles y el PISQ-12) aplicado a 220 sujetos, de los cuales, 110

son mujeres y 110 varones, en edades comprendidas entre 20 y 51 años con vida sexual activa, beneficiarios y no beneficiarios del IMSS en donde el varón se practicó la vasectomía en el área de Planificación Familiar de la institución. Se realizó un diseño de estudio de tipo observacional, prospectivo, descriptivo y transversal. En un período programado para un año.

Se excluyó a parejas que no desearon contestar el cuestionario, hombres que no contaban con pareja, parejas menores de 20 años o mayores de 51 años, parejas sin vida sexual activa, varones que no se realizaron la vasectomía en el área de Planificación Familiar del HGZ/UMF No. 8 y varones cuya realización de la vasectomía rebasaba el año de habérsela practicado.

Se elaboró en Programa SPSS versión 15 en una base de datos donde se incluyó la información de cada uno de los hombres y las mujeres encuestadas, y a partir de esta base de datos se efectuó un análisis de porcentajes mayores, curva de distribución media, moda y mediana de la muestra, estableciéndose coincidencias y divergencias con los antecedentes científicos.

**RESULTADOS:** Las características sociodemográficas de la población estudiada fueron: edad promedio de 35 años; con un nivel educativo correspondiente al nivel superior y nivel medio superior; empleados y amas de casa en su mayoría; preferentemente católicos y casados. De las 110 parejas encuestadas el 100% obtuvo en su evaluación función sexual normal.

**CONCLUSIONES:** Con la aplicación de ambos instrumentos pudimos percatarnos que no se reportó alteración alguna en el funcionamiento sexual de los varones vasectomizados incluidos en el estudio, así mismo no se presentó disfunción sexual en sus parejas. La vasectomía no afectó la calidad de la erección, ni de eyaculación ni del orgasmo.

Palabras claves: vasectomía, función sexual.



## SUMMARY

Despite the fact that vasectomy has been booming over the past 25 years as a definitive procedure to regulate the fertility of men in Latin America their use is still limited and in Mexico there has been progress very slowly. The main obstacle to the acceptance of vasectomy is the lack of information and fear of complications which in reality are minimal and most of psychological origin organic, as well as the expectation that their sexual performance is unsatisfactory post-surgical event.

The full contribution of men in sexual and reproductive health has been hampered by socio-cultural factors that are associated with traditional perceptions and expectations that society has the masculine gender. The concept of masculinity stereotyped rooted in strength, physical, emotional numbness, extreme competition, pragmatism and little family roots, must be transformed for the sake of the men themselves and their families.

The sexuality education is a process to acquire information, form positive values and attitudes with regard to sex. The family doctor as a factor in the change process and in our society is involved in the education system, so to have knowledge regarding sexuality, complications post-vasectomy and the study of human sexual response, allows you to give information truthfully and convincingly to Mexican families.

This study establishes the concept of sexuality, history, study of human sexual response, the concept of sexual function, sexual dysfunction, sexuality as a couple in the Mexican context, study vasectomy since its inception, technical indications, contraindications, complications and Recent literature reviews on vasectomy and sexual function.

I believe that this work is easy to understand both for the population rightful IMSS and the general public interested in the topic, as for residents of Family Medicine, Family and Medical Sexology. It may review the study of human sexual response, and since the vasectomy, his most frequent complications after the event, the influence emotional, psychological and social surrounding this surgery with the aim of providing guidance or counseling based on scientific knowledge.

**Objective:** To evaluate the role of sex couples who choose vasectomy as a method of contraception in the area of Family Planning HGZ / UMF. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo " of IMSS during 2008.

**Material and methods:** The data collection was done through the implementation of 2 questionnaires for the assessment of sexual function (related quality of life of the department of urology at the University of California at Los Angeles and of pisc-12. It was applied to 220 subjects (110 women and 110 men), aged between 20 and 51 years with active sex life, right or not right to medical service of the IMSS, vasectomy was performed in the department of Family Planning. Study design: observational prospective descriptive and cross. In a scheduled period for one year.

It excluded couples who did not wish to answer the questionnaire, men who were not partners, couples under 20 years old or older than 51 years, couples without active sex life, men who were not carried out vasectomy in the area of Family Planning HGZ /UMF No. 8 and men whose conduct of vasectomy beyond the year there is practiced.

Program was developed in SPSS version 15 in a database where information included each of the men and women surveyed, and from this database was conducted an analysis of major proportions, distribution curve media, fashion and median sample, settling differences and similarities with the scientific background.

**Results:** The sociodemographic characteristics of the population studied were: average age 35 years; educational level: higher and higher average level; employees and housewives mostly; Catholics and married. Of the 110 couples surveyed was 100% in its assessment normal sexual function.

**Conclusions:** With the implementation of both instruments we realize that not reported any change in sexual function of males vasectomized included in the study, also was not given sexual dysfunction in their partners. The vasectomy did not affect the quality of erection, or ejaculation or orgasm.

**Keywords:** vasectomy, sexual function.

# 1. MARCO TERORICO

## 1.1 ANTECEDENTES CIENTIFICOS

### CONCEPTOS BASICOS DE SEXUALIDAD

Al abordar a la sexualidad, debemos anticipadamente unificar términos, para asegurarnos de que se esta entendiendo apropiada y descriptivamente el concepto.<sup>(1)</sup>

Así tenemos a los siguientes términos:

**Sexo:** Es la serie de características física, determinadas genéticamente que colocan a los individuos en un punto de continuo que tiene por extremos a individuos reproductivamente complementarios.<sup>(1)</sup>

**Sexo de asignación:** Es el sexo que se le confiere al infante por medio de las actitudes y conductas de quienes lo rodean condicionándolo socialmente a observar a su vez, actitudes y conductas de uno o de otro sexo, (ejem: El color de la ropa, el tipo de la misma, el nombre, el señalamiento de papeles intrafamiliarmente de acuerdo a su sexo biológico, etc).<sup>(1)</sup>

**Identidad de Género:** Es la vivencia psíquica y emocional, obtenida mediante el proceso de identificación, de pertenecer al sexo masculino o femenino.<sup>(19)</sup>

**Papel (rol) sexual:** Es el comportamiento que los individuos adoptan por los requerimientos sociales en función de su sexo; por ejemplo, la forma de vestir, corte de pelo y expresiones entre otras.<sup>(1)</sup>

Cuando se reúnen en uno solo, los conceptos vertidos anteriormente, el punto donde se reúnen el sexo (biológico), el sexo de asignación y el papel o rol sexual (social) y la identidad de género (psicológico) surge el concepto básico de sexualidad.<sup>(1)</sup>

**Sexualidad:** Es la reunión en un solo punto del sexo biológico, el sexo de asignación, rol sexual y la identidad de género.<sup>(1)</sup>

Para Rubio Aureoles la Sexualidad es ante todo una construcción mental de aquellos aspectos de la existencia humana que adquieren significado sexual y, por tanto, nunca es un concepto acabado y definitivo. Para dicho autor, el estudio de la sexualidad la apoya en los principios de Von Bertalanffy: la sexualidad puede, necesita y debe ser estudiada con métodos de muy diversas áreas del conocimiento que nos aproximen a su entendimiento de una manera integral. La idea central de estos principios esta apoyada en la Teoría General de Sistemas indicando que todos los sistemas están formados por elementos en interacción, y que éstos elementos son a su vez sistemas. Arthur Koestler (1980) propuso que se les denominara holones para subrayar el hecho de que son partes constituyentes de un sistema (de ahí el uso de sufijo on como electrón o protón) pero que tienen en sí mismos, un alto grado de complejidad e integración (holos en griego quiere decir Todo).<sup>(2)</sup>

Los holones sexuales (partes, elementos o subsistemas de la sexualidad) deberán ser conceptos que conserven su aplicabilidad vertical, es decir, que puedan aplicarse a las diversas metodologías de estudios: antropológica, sociológica, psicológica y biológica. El desarrollo de estas ideas llevó a proponer a Rubio Aureoles Eusebio, que la sexualidad humana es el resultado de la integración de cuatro potencialidades humanas que dan origen a los cuatro holones (o

subsistemas) sexuales, a saber: la reproductividad, el género, el erotismo y la vinculación afectiva interpersonal. Estos conceptos tienen aplicabilidad vertical, esto es, cada uno de ellos tienen manifestaciones en todos los niveles de estudio del ser humano y por ello son ofrecidos como conceptos biológicos, sociales o psicológicos.<sup>(2)</sup>

La investigación de este trabajo estará enfocada al Holón del Erotismo. Por erotismo entendemos: los procesos humanos en torno al apetito por excitación sexual, la excitación misma y el orgasmo, sus resultantes en la calidad placentera de esas vivencias humanas, así como las construcciones mentales alrededor de estas experiencias. Tiene su base fisiológica bioquímica neuronal en los procesos de la vivencia erótica y en la fisiología de la respuesta sexual. En el ámbito psicológico individual, se pueden identificar la identidad erótica, la simbolización erótica y las experiencias autoeróticas mientras que en el ámbito psicológico social se incluiría el significado grupal de la experiencia erótica, de las actitudes ante la virginidad y la permisividad premarital, etc. Desde la sociología se incluyen guiones de conducta erótica, reacciones ante conductas aceptadas y prohibidas. Desde la antropología es muy importante la adopción y modificación de códigos morales, la doble moral, etc. Desde el aspecto legal está todo el grupo de normativas que permite algunos tipos de conducta erótica de expresión pública y otro no.<sup>(2)</sup>

## EVOLUCION HISTORICA DE LA SEXUALIDAD

La sexualidad varía de una cultura a otra y en el contexto socio-histórico en que se desarrolle. Cada cultura define para sí misma lo que es normativo en términos de la conducta sexual. Sin embargo, las actitudes y normas culturales no siempre corresponden a las conductas sexuales efectivas. El impulso constante para que exista coherencia entre las actitudes y la conducta, especialmente en la mayor parte de las culturas occidentales, es lo que crea los cambios que algunos llaman la revolución sexual<sup>(3)</sup>.

La palabra revolución trae a la mente una imagen de cambio explosivo y rápido. En el campo de la sexualidad humana, se puede decir con mayor exactitud que los cambios son evolutivos, esto es, que se trata de un cambio lento, uniforme y progresivo, que se refina y crece cada vez más. Desde el principio de la historia los seres humanos han compartido las mismas inquietudes y se han interrogado sobre los muchos misterios en relación a la sexualidad con los que luchamos hoy en día. Por ejemplo, si vemos la biblia, encontramos comentarios e inquietudes sobre el embarazo, enfermedades venéreas, adulterio, relaciones premaritales y maritales, y homosexualidad<sup>(4)</sup>.

La sexualidad ha ido evolucionando junto con la mentalidad del ser humano. En la Prehistoria era una simple satisfacción del impulso reproductivo. Es probable que la preocupación por la sexualidad no contara demasiado en las primeras comunidades cavernarias debido a la vida totalmente insegura de los primeros hombres. La persecución de la caza y la búsqueda de frutos obligaban a un constante cambio de refugios.<sup>(5)</sup>

La sexualidad pasa a ocupar un lugar importante en la civilización con el descubrimiento de la agricultura, pues permitió a las tribus establecerse por períodos prolongados en territorios fijos, con lo que hombres y mujeres pudieron por fin conocer el placer de reproducirse. En esos momentos, la humanidad identifica a la mujer (da vida) con la tierra (da frutos). Así nace un culto a la sexualidad femenina que sólo relegaría, las religiones judaica, cristiana e islámica.<sup>(5)</sup>

En las culturas helénicas y latina el acto sexual llegó a ser una manifestación religiosa. Las orgías dedicadas a Dionisio o Baco, divinidad masculina de la sexualidad, fueron al principio verdades rituales del amor. En ello se ofrecía a los dioses un presente para propiciar sus favores, en forma de fertilidad femenina y terrestre. Con el correr del tiempo esta creencia perdió su base religiosa y se transformó en exceso hedonista, esto es, el sexo se hizo secular y ya no un asunto de sacerdotes. Los dioses mismos establecían relaciones sexuales muy claras unos con los otros. Es especialmente famoso el caso de las orgías romanas, que llegaron a dimensiones monstruosas durante ciertos períodos de su historia imperial.<sup>(5)</sup>

En este período se consolidó también la exaltación del potencial sexual masculino, a través de las imágenes divinas como Zeus y, especialmente Apolo. La mitología grecolatina está llena de las aventuras eróticas de estos personajes, el primero padre de los dioses y el segundo, su hijo predilecto. La gente veneraba a Apolo como un dios pleno de belleza física y espiritual (era, en cierto modo, el protector de las artes), así como de fortaleza y valor. De su imagen surgió el concepto de belleza apolínea, que marca hasta la actualidad, el prototipo del hombre viril y sensual. Su relación de conquistas divinas y humanas sólo se compara a de su padre Zeus. Pero Apolo se acerca más a la simpatía de los mortales porque sus aventuras

amorosas no siempre terminaban bien. Cuando, por ejemplo, engañaba al feo, Vulcano con su esposa, la bellísima Afrodita, ambos fueron descubiertos y expuestos al ridículo por el marido.<sup>(5)</sup>

Una costumbre de aquellos tiempos, fue la prostitución sagrada. Con la que las mujeres atraían favores de las diosas protectoras de su pueblo. La mujer debía ofrecer su virginidad y fertilidad a la diosa Venus o a algún de sus equivalentes, a través de la unión con un sacerdote o un extranjero; el forastero, en este caso, debía pagar a su vez con una ofrenda en especie o en metálico para costear los cuidados del templo de la diosa. Esa costumbre ritual degeneró en la simple venta del cuerpo femenino. Era natural que estos excesos ocurran en pueblos dominados por las concepciones helénicas y latinas, cuando las guerras o el desgaste de la sociedad alteraban las costumbres y causaban una profunda ansiedad por disfrutar placeres. Entre los múltiples descubrimientos e invenciones de estas culturas no podía faltar la educación sexual.<sup>(5)</sup>

Griegos y latinos conocían la importancia de desarrollar una sexualidad plena; buscaban, por lo tanto, cumplir el ideal de la vida sexual. Educaban a sus niños en el conocimiento de las funciones sexuales. Procuraban exaltar el erotismo. Las consideraciones grecolatinas sobre la sexualidad permitían, asimismo, conductas que otras culturas condenarían y perseguirían como por ejemplo, la noción de hombría que se manejaba en la época grecolatina no excluía las conductas homosexuales que no constituían gran menoscabo para la virilidad. Las historias cuentan ejemplos de homosexualismo desde los dioses mitológicos, como Zeus, hasta los grandes guerreros, como Alejandro Magno. En la sociedad helénica estas conductas recibían poca censura. Nadie pensaba tampoco que la virilidad de estos personajes disminuyera por prácticas, siempre y cuando no afectaran su desempeño en las continuas guerras. La cultura romana no cambió esta visión pues muchos romanos la adoptaron gozosamente para excitar sus rutinarios placeres. Así mismo, la bisexualidad y el aborto se practicaban y aceptaban ampliamente. Pero la introducción de la moral estoica, en plena época del Imperio, condujo a varios pensadores y gobernantes a condenar las conductas homosexuales. Las imágenes de desenfreno y perversión sexual con que se identifica a griegos y romanos sin embargo, resultan exageradas).<sup>(5)</sup>

Con la llegada del judaísmo se dan interacciones interesantes ante la sexualidad<sup>(5)</sup> El Antiguo Testamento, reflejo de la tradición hebrea, hace incapié en el sexo dentro del matrimonio; considera el matrimonio una obligación y una alegría que celebra la relación espiritual, además de física, entre la mujer y el varón.<sup>(6)</sup> La religión judía fue de las primeras en reprimir la sexualidad, particularmente las de las mujeres que eran consideradas simple objetos sexuales. En el Antiguo Testamento, la función de la mujer era procrear, perpetuar y servir a los hijos. El cristianismo cambió esta visión pero al pasar a ser religión oficial del imperio romano se convirtió en una fuerza política y represiva. El cristianismo designó la sexualidad como algo impuro. El islamismo reprimió aún más ferozmente a las mujeres, y continúa esa injusta práctica hasta nuestros días. Lo prueban los velos y pesados rodajes que les obligan a llevar en los países donde es la religión oficial<sup>(5)</sup>.

A medida que las civilizaciones y culturas comenzaron a encontrarse y fusionarse, se filtraron en la tradición grecorromana ideas orientales sobre la naturaleza espiritual de las personas. La vida después de la muerte se hizo una idea que debía provocar interés y para la cual era necesario prepararse. Esta inquietud condujo a las personas a mostrar ansiedad sobre su vida en la Tierra y cómo su conducta

afectaba la vida que preveían después de la muerte. Un creciente número de personas comenzó a practicar el ascetismo y las penalidades físicas como forma de asegurar la vida después de la muerte. En medio de la dicotomía que ocurría entre hedonismo y ascetismo, el cristianismo encontró suelo fértil y se sembraron las semillas de lo que se conoce como la tradicional ética sexual cristiana.<sup>(4)</sup>

Jesús, por ser hebreo, no tenía un punto de vista confuso sobre el matrimonio y la conducta sexual como sus discípulos. Más bien, fue Pablo quien enseñó por primera vez que la soltería y castidad eran formas de vida ideales. Pablo admitía que, como la mayoría de las personas no eran capaces de dedicarse por completo a Dios, el matrimonio era importante para canalizar la pasión y lujuria humanas en una relación legítima. Los discípulos de Jesús fueron todos varones, por lo que la Iglesia, al seguir la tradición bíblica, asignó a las mujeres un papel muy subordinado. Creían que las mujeres, representadas por Eva, eran responsables del pecado original, que pagaba con los dolores del parto. Debido a que mucho de lo que se transformó en ley civil en sus orígenes se basaba en mandamientos de la Iglesia, hoy en día en muchas de nuestras leyes civiles las mujeres llevan la carga del “pecado original”.<sup>(4)</sup>

Cuando la Iglesia, por último, asumió la jurisdicción del matrimonio (hasta entonces el matrimonio había sido sobre todo una cuestión civil) se establecieron docenas de reglas acerca de la conducta sexual. Según deduce del tono de estas leyes, puede decirse que la Iglesia consideraba el sexo como un asunto grave y pecaminoso. Cuando San Agustín se convirtió al cristianismo en el siglo IV, trató de expiar su anterior vida sexual agitada. Al sentirse culpable de sus excesos sexuales, predicó con fervor la castidad y escribió lo siguiente: “He decidido que no hay nada que debería evitar tanto como el matrimonio. No sé de cosa alguna que haga descender la mente viril de las alturas a tal grado, que las caricias de una mujer y aquella unión de cuerpo sin la cual no se puede tener esposa (Siloquios I.S.17)”.<sup>(4)</sup>

En el mejor de los casos puede decirse que era ambivalente y que luchaba contra lo que antes, es obvio, había experimentado como placentero.<sup>(4)</sup>

La actitud religiosa de soltería y ascetismo como la forma de vida más deseable se difundió y dominó gran parte del arte y literatura de los primeros siglos. Este supuesto ideal superior de hecho correspondía muy poco a la realidad de la vida cotidiana. En muchos casos, la vida de los sacerdotes y monjas se alejaba mucho de la castidad y el celibato. Muchos Papas no ocultaron sus amoríos. En Alemania, la actividad sexual de los sacerdotes era bien conocida que la palabra *pfaffenkinder* (hijo de clérigo) se hizo sinónima de bastardo (Sussman, 1976). Además, sólo es necesario mirar algo de literatura del siglo XIII para apreciar que la gente común tenía ideas similares. Los criterios de Chaucer, por ejemplo, están llenos de buen humor obsceno y realista acerca de las uniones sexuales. Nadie acusó a la *Wife of Bath* de ser una revolución política en cuestiones sexuales. Simplemente llevaba una forma de vida muy contemporánea: cinco esposos y muchos jóvenes por añadidura.<sup>(4)</sup>

En el siglo VI, al comenzar la Reforma, se criticaban las ideas y creencias (e hipocresía percibida) de la Iglesia. Las personas comenzaron a viajar largas distancias fuera del hogar, y nuevas filosofías y culturas les influyeron. Del siglo XVI al XVII ocurrió el establecimiento y promulgación de las creencias protestantes. En vez de elevar el celibato a un estado envidiable y santo, los protestantes siguieron la

tradición hebrea y restablecieron el matrimonio como un estado de alegría. Se hizo desaparecer mucho del estigma que se había impuesto al sexo, y se le aceptó dentro del matrimonio.<sup>(21)</sup> Por otro lado, alrededor de 1530, la Reforma protestante encabezada por Martín Lutero se gana a Inglaterra, al admitir el primer divorcio solicitado por Enrique VIII para separarse de Catalina y casarse con Ana Bolena<sup>(7)</sup>.

El Renacimiento como corriente de gran desarrollo literario y artístico revolucionó el pensamiento humano. El reconocimiento del hombre y de la sociedad empezó a ocupar un espacio privilegiado en el espíritu de los autores y pensadores. La importancia y la exaltación del sexo femenino a través de la literatura y de las artes surgió. De ahí fue como se dieron importantes cambios en el binomio literatura-sexualidad: la literatura sirvió de vehículo de propagación de la sexualidad a grandes escalas, la sexualidad también empezó a tomar protagonismo en la literatura, la mujer surgió como ícono sexual pero aun de mucho menos importancia que el hombre.<sup>(6)</sup>

Como hemos comentado, al ocurrir el Renacimiento, en los siglos XVI y XVII, se dio rienda suelta al interés en el cuerpo humano, la sexualidad y las cuestiones sexuales. Si miramos la pintura de ese período podemos apreciar una aceptación creciente de la belleza del cuerpo. La literatura de esa época se conservó a la par con la nueva conciencia y franqueza. Fue la época de Leonardo Da Vinci (aparición de la anatomía con él), William Shakespeare, Johannes Gutenberg (invención de la imprenta) y Cristóbal Colón. Los hombres, y algunas cuantas mujeres, exploraron su mundo inmediato y experimentaron en forma científica con plantas y animales. Se hicieron descubrimientos importantes en física y astronomía. Pero, lo que es más importante, las personas se interesaron en el estudio de la humanidad.<sup>(4)</sup>

Cuando el Nuevo Mundo fue colonizado por aquellos que buscaban libertad religiosa, las costumbres sexuales siguieron otro proceso. Al procurar regresar a las enseñanzas del Antiguo Testamento hubo una adherencia estricta al sexo dentro del matrimonio y la celebración del vínculo matrimonial. Este nuevo fervor también sirvió para fortalecer los vínculos familiares tan necesarios para la supervivencia. Si el sexo (por supuesto dentro del matrimonio) no era meramente una concesión a la naturaleza malvada del hombre sino más bien un mandamiento divino y una celebración de la unión, debería practicarse con entusiasmo. La vida era dura y permitía pocos adornos para los puritanos, pero también se reconocían las realidades de la naturaleza humana. El espíritu puritano fomentó la ambición e independencia, tanto para mujeres como para hombres. En los primeros años del siglo XVIII, los hombres se preocupaban de la libre empresa y la expansión del país, esto es, el "espíritu pionero". Sus esposas, por tener que conquistar las mismas fronteras, se afirmaban y se hacían independientes. Fueron las bisabuelas de las sufragistas.<sup>(4)</sup>

En la época Victoriana (siglos XVIII y XIX), la ciencia y los conocimientos intelectuales se hicieron el objeto principal de los estudiosos. Las culturas se encontraron y fusionaron, y los estudiosos fueron capaces de intercambiar ideas con mayor facilidad. Se creaban respuestas concretas sobre la vida y la naturaleza física de los hombres.<sup>(4)</sup>

Las costumbres y actitudes sexuales de la Era Victoriana, que en sentido cronológico consideramos equivalente al reino de Reina Victoria (1834-1901) adoptaron un tono muy diferente de la ética puritana estadounidense. La sociedad victoriana ostentaba varias contradicciones morales. Por ejemplo, exigía continencia



sexual a las mujeres “decentes”, y al mismo tiempo toleraba la prostitución como un vertedero inevitable de las necesidades “sucias” de los hombres. Lo peor fue que el concepto victoriano sobre sexualidad marcó los años posteriores con una serie de creencias equivocadas. Para el victoriano, el sexo era un desperdicio de energía. Si se sublimaba el impulso sexual, esta fuerza podía usarse para el trabajo y los grandes logros. Por un remilgo excesivo, los victorianos deshumanizaron todo lo que les rodeaba, y las patas de los pianos se cubrían pues sugerían la pierna humana, cuya existencia no debía reconocerse. Las visitas a los museos de arte se conducían por separado para varones y mujeres, para que las pinturas y esculturas de desnudo no se vieran en grupos mixtos. Las personas luchaban más que nunca para suprimir sus inclinaciones naturales, sus sentimientos humanos esenciales, para ajustarse a la actitud manifiesta de la época. <sup>(4)</sup>

Durante los siglos XVIII y XIX o época Victoriana, conductas sexuales como por ejemplo la masturbación, eran consideradas inapropiadas y se les culpaba de desórdenes como epilepsia. En 1882 aparece el trabajo de Richard Kraft-Ebing “Psychopatia Sexualis”, donde describe diferentes tipos de comportamiento sexual etiquetándolos como patológicos y surgiendo así el término desviación sexual. En este tiempo, cualquier acto sexual que no tuviera como fin la reproducción se consideraba como “sexualidad anormal”. Sus escritos ligaban la sexualidad no reproductiva con el concepto de enfermedad sexual mismo que persiste hasta nuestros días. Kraft-Ebing propugnó por la comprensión y el tratamiento médico de las desviaciones sexuales. Con regularidad se considera a este autor como el fundador de la Sexología Moderna. Asimismo, en esta época las actitudes ante la sexualidad diferían de acuerdo a la clase social. La representatividad de esa época estaba dada por la clase media, la que se sintió obligada a fingir que se comportaba de acuerdo a la moral rígida imperante de entonces. El pensamiento religioso daba gran importancia a la familia, pero no permitían olvidar que el sexo era una desafortunada necesidad y no algo de lo que pudiera disfrutarse. Para las mujeres el sexo era algo que debía soportarse, lo que llevó a la aparición de mitos que mezclaban la culpa y el miedo. Lo curioso de esto es que fueron los propios médicos los responsables de estos mitos. Así por ejemplo se decía que “el exceso de relaciones sexuales reducía la vida del hombre o lo volvía idiota”. También se propagaba que si las mujeres referían disfrutar de las relaciones sexuales estaban sentenciadas a morir jóvenes. La difusión de estos mitos, se ha especulado, se dio por considerarse los médicos como depositarios de la moral burguesa por lo que deseaban acabar con todo tipo de práctica sexual. En la clase alta, por el contrario, se disfrutaba del amor libre y las grandes ciudades de Europa contaban con ejércitos de prostitutas, sin olvidar que ya desde entonces existía la prostitución infantil. Además, fue en la época victoriana que se aprobaron las primeras leyes que prohibían la pornografía. Se puede decir que fue esta época del puritanismo y la de mayor represión sexual. <sup>(3)</sup>

Sin embargo, no tardó mucho en que la ética victoriana se hiciera incapaz de conservarse a la par de una sociedad cada vez más móvil, sociedad que se hacía más compleja y urbana <sup>(7)</sup>.

Al llegar el siglo XX, con la Primera y Segunda Guerra Mundial se exigió más de nuestra fuerza laboral, ocurriendo un cambio impresionante en los papeles sexuales tradicionales. A medida que los hombres se fueron a la guerra, las mujeres fueron necesarias para subsistir en las líneas de montaje y como jefes de familia. “Rosie la Soldadora”, mujer que ocupó un sitio en la línea de montaje de aviones, se hizo una heroína nacional y prototipo para cambiar los papeles sexuales. Los encajes y los

largos vestidos molestos ya no eran prácticos. Cuando los hombres regresaron de la guerra, habían aprendido que la vida era demasiado valiosa como para desperdiciar el tiempo al suprimir uno de sus mayores placeres, esto es, el sexo. F. Scott Fitzgerald escribió: “Ninguna de las madres victorianas (y la mayor parte de las madres eran victorianas) se imaginaban con qué desenfado sus hijas se dejaban besar” (This Side of Paradise). Al mismo tiempo, las contribuciones de Freud no sólo hicieron de la sexualidad un tema de estudio y comentario, sino que la establecieron como un proceso vital en la formación del ser humano. De esta forma, Sigmund Freud (1856-1939), médico vienés, demostró la trascendencia que la sexualidad tiene para los individuos. Desarrolló su teoría de la personalidad, la cual tiene como pivote el desarrollo sexual. Introdujo el término de “libido” como la energía de la que emanan todas las actividades de los hombres. Con este concepto escandalizó a la sociedad burguesa de Viena al afirmar que la mayoría de las fobias y miedos tenían relación con las frustraciones sexuales. Puede decirse que con Freud se inició el modernismo sexual, el que surgió en respuesta a las rígidas normas victorianas. Freud realizó investigaciones en niños y adultos, estableciendo que desde la más tierna infancia los niños son seres sexuales. Otra de sus contribuciones es la descripción del denominado complejo de Edipo, en el que afirmaba que la mayor parte de las veces los pequeños desde la edad de dos años centran en uno de los padres su objeto amoroso. Freud es el padre del psicoanálisis. Por la misma época de Freud, pero en Inglaterra, el médico Havellock Ellis publica su obra *Psychology of Sex*.<sup>(4)</sup>

De acuerdo con Caruso, “Ellis es al estudio teórico de la Sexualidad lo que Einstein a la Física moderna”. En su obra él menciona que el deseo sexual es igual para hombres y mujeres y refuta el concepto de que la masturbación ocasionaba insania. Otro personaje inglés, D. Lawrence (1885-1930), muy conocido por la novela “El amante de lady Chatterley”, por cuya autoría fue llevado a juicio, es otro protagonista. Este personaje creía que la negación de la sexualidad era la causa de los problemas. Su novela es copia de su vida. Él vivía con una mujer que abandonó a su esposo y familia para seguirlo. Las mujeres igualmente hacen su aparición por esta época. Así recordamos a Marie Stopes (1880-1958), quien decía que el sexo debía de ser disfrutado libremente y sin temores. Su interés hacia el tema se dio por los problemas sexuales de su esposo que culminaron en la anulación del matrimonio. A partir de entonces, ella establece un compromiso con las parejas ayudándolas a desprenderse de las inhibiciones y represiones rígidas de la época victoriana, publicando un manual al respecto. Margaret Sanger se adelanta a su época iniciando el movimiento de control de la natalidad en los Estados Unidos y entre 1922 y 1927 publica diversos artículos sobre la sexualidad de la mujer. La antropóloga Margaret Mead (1901-1978), quien al vivir en las comunidades objetos de su estudio plasmó en sus libros aquellas experiencias, incluyendo el comportamiento sexual. Además observó que es costumbre tratar a la mujer como un ser inferior. Germaine Greer (1939) feminista activa publicó su obra “El eunuco femenino”, que se ha convertido en baluarte del movimiento feminista. En esta obra hace observaciones al matrimonio convencional y a las actitudes que existían para con las mujeres atacando los estereotipos rígidos en que se habían encasillado las mujeres, el hombre activo y la mujer pasiva.<sup>(4)</sup>

Con Alfred Kinsey zoólogo, se inició el estudio sistemático de la sexualidad, que ha permitido ir develando los mitos y tabúes que rodeaban a la sexualidad. Al no encontrar datos confiables sobre el comportamiento sexual que lo apoyaran para su curso, Kinsey y colaboradores se dieron a la tarea de elaborar un programa para investigar las experiencias sexuales. Elaboró un cuestionario que le permitiera

recabar información y el cual aplicó primero a sus alumnos. Detectó que la técnica de entrevista le sería más útil para sus propósitos de investigación y con su equipo entrevistaron a más de 18,000 personas para posteriormente plasmar sus resultados en su obra "Sexual Behavior the Human Male". A partir de estos datos descubre que lo "normal" de la conducta sexual es mucho más amplia de lo que se podía pensar. Los resultados de su trabajo conmocionaron su época. Poco más tarde publicó su informe sobre "Sexual Behavior the Human Female". Entre los hallazgos de estos informes podemos mencionar los siguientes.<sup>(4)</sup>

1.- Más de la mitad de los hombres han tenido relaciones extramaritales a los 40 años y poco más de la cuarta parte de las mujeres.

2.- Las prácticas homosexuales con orgasmo desde la adolescencia hasta la vejez estuvieron presentes en el 37% de los hombres y en el 28% de las mujeres.

3.- Cerca del 20% de los hombres casados entre los 30 y 35 años tenían relaciones extramatrimoniales con trabajadoras sexuales y esta cifra aumentaba conforma aumentaba la edad.

4.- Más del 60% de las mujeres habían referido realizar prácticas masturbatorias.

Mención especial merece el equipo formado por William Masters y Virginia Johnson, quienes partieron del hecho de que para conocer la sexualidad debería primero conocerse la anatomía y fisiología. Así, iniciaron sus estudios controlados de laboratorio acerca de la respuesta sexual en individuos con y sin problemas sexuales. En 1966 publicaron sus resultados en su libro "Respuesta Sexual Humana", de donde surge la ya famosa curva de respuesta sexual, anotando que tanto hombres como mujeres tienen la misma capacidad de respuesta sexual y que el deseo sexual no desaparece con la menstruación, embarazo o menopausia. En contraposición a Freud anotaron que existe un solo tipo de orgasmo. Este primer libro fue el primero de una serie que publicaron. Además no dejaron de señalar los efectos benéficos de la masturbación.<sup>(4)</sup>

En las décadas de los 60 y 70, Shere Hite publicó dos excelentes obras sobre la sexualidad femenina y masculina. Entrevistó a hombres y mujeres acerca de sus experiencias sexuales –pero desde una óptica más de sentimientos-, de la masturbación, juegos sexuales y otros aspectos de la sexualidad, que culminaron con los informes Hite sobre Sexualidad Masculina y Femenina. En referencia a la sexualidad femenina, ella comentó que el problema era que ésta se veía en función de la respuesta a la sexualidad masculina y coito y no como algo natural y propio.<sup>(4)</sup>

Los años 60, con sus movimientos juveniles de transformación política, económica y ética, trajo un cambio decisivo. La sexualidad se consideró desde entonces como una cualidad única del ser humano; cambió así la actitud de las sociedades hacia el conocimiento de la sexualidad y sus manifestaciones.<sup>(6)</sup>

En nuestros días, la manifestación de la sexualidad ocupa un lugar importante dentro de la vida cotidiana.<sup>(6)</sup>

Nunca ha habido, y probablemente nunca habrá, un código único de normas sexuales en que coincidan todos los segmentos de nuestra cultura. Lo que puede afirmarse con certeza sobre el futuro es que no podemos prever u ordenar lo que sucederá. Sin duda la mayor franqueza sobre las cuestiones sexuales, la nueva

tecnología sexual y los cambios en los papeles sexuales afectarán las actitudes y conductas sexuales en el futuro. Todo lo que sabemos con certeza es que seguirá la evolución sexual: “El punto de vista crítico que debe adoptarse es que el futuro no será mejor o peor, sino sólo diferente” (Gagnon y Simon, 1973) <sup>(4)</sup>.

Otra aportación importante al estudio de la respuesta sexual humana la constituyó la publicación, en el año de 1974, de “La Nueva Terapia Sexual”, obra en dos volúmenes de Helen Singer Kaplan. Kaplan fue jefe de los servicios de medicina psicosomática y marital del Hospital Metropolitano, en la facultad de Medicina de Nueva York que atiende una de las áreas más pobres de la ciudad, durante los años de 1964 a 1969. Esto le permitió darse cuenta del gran número de pacientes con problemas sexuales que solicitaban ayuda en las clínicas de medicina psicosomática del hospital. Así fue modelando su enfoque terapéutico, ya que estos pacientes no tenían acceso ni al psicoanálisis ni a la psicoterapia y dado que los recursos del hospital eran escasos, Helen Kaplan eligió una terapia adecuada basada en un régimen externo y tratamientos breves. <sup>(8)</sup>

La experiencia ahí adquirida dio origen a la obra que mencionamos, en la que se encuentran sus aportaciones al tratamiento de las disfunciones sexuales y la formulación de un esquema bifásico de la respuesta sexual humana: una fase a la que llama fase vasocongestiva y otra a la que llama fase mioclónica. <sup>(8)</sup>

5 años después en 1979, fue publicado “Trastornos del Deseo Sexual” de la misma autora, Helen Kaplan. En esta obra Kaplan integró la fase de deseo al ciclo de la respuesta sexual, presentando así un esquema trifásico que consta de la fase de deseo, la fase de vasocongestión y la fase de micoclona. <sup>(8)</sup>

En México Juan Luis Álvarez-Gayou Jurgenson fundó en el año de 1979 el Instituto Mexicano de Sexología del cual es director general y profesor titular. En 1986 fue publicado su libro Sexoterapia Integral que constituye una importante contribución al estudio de la respuesta sexual humana y sus disfunciones. Álvarez-Gayou propone un esquema de 6 fases para la respuesta sexual que consta de: Estímulo sexual efectivo-excitación-meseta-orgasmo-resolución-periodo refractario. <sup>(1)</sup>

## MODELOS DE ESTUDIO DE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA

### Modelo de respuesta sexual de Wilhelm Reich

“Para Reich la sexualidad y la angustia eran las direcciones opuestas de la excitación en el organismo biológico: expansión placentera y contracción angustiosa. La fórmula del orgasmo sería la fórmula del funcionamiento vital en general: tensión mecánica-carga bioeléctrica-descarga bioeléctrica-relajación mecánica. El estasis sexual resultante de la falta de gratificación lo cual da origen a toda clase de perturbaciones del equilibrio psíquico y vegetativo, mientras la potencia orgásmica la cual garantiza el equilibrio energético.”<sup>(9)</sup>

En la respuesta sexual lo grafica como preliminares del placer, penetración, fase del control voluntario del aumento de la excitación, en la cual no es perjudicial todavía la prolongación voluntaria, fase de las contracciones involuntarias y aumento automático de la excitación, ascenso repentino hacia el acmé, orgasmo, la fase de las contracciones corporales involuntarias, caída vertical de la excitación y relajación que dura entre 5 a 20 minutos.<sup>(9)</sup>

### Modelo de la respuesta sexual de Masters y Johnson

El diagrama corresponde a una sola respuesta del sexo masculino, aunque se admite que pueden reconocerse muchas variantes en la reacción sexual masculina debido a que estas variaciones se refieren a la duración más a la intensidad de la respuesta, los diagramas serían repetitivos más que informativos. Hay que destacar que estos modelos son la simplificación de los observados con más frecuencia y solo representantes de la infinita variedad de respuestas sexuales femeninas. Aquí deben considerarse tanto la intensidad como la duración de la respuesta.<sup>(9)</sup>

La respuesta sexual tanto del hombre como de la mujer en el esquema de Masters y Johnson consta pues de 4 fases: excitación-meseta-orgasmo-resolución.<sup>(9)</sup>

### Modelo de la respuesta sexual de Juan Luis Álvarez-Gayou

El modelo de Juan Luis Álvarez-Gayou incluye dos fases más además de las cuatro de Masters y Johnson. Una al iniciar, que es el estímulo sexual efectivo y otra al final llamada período refractario: E.S.E.-excitación-meseta-orgasmo-resolución-periodo refractario.<sup>(9)</sup>

A cualquier situación que provoque una respuesta sexual se le denomina estímulo sexual efectivo. Los estímulos sexuales efectivos inician en el organismo femenino y masculino una serie de respuestas y cambios a nivel de órganos sexuales y sistémicos que acompañados de percepciones subjetivas permiten un análisis racional y fisiológico de las disfunciones, diagnóstico y estrategias terapéuticas de su caso.<sup>(9)</sup>

En cuanto a la última fase se puede decir que en ambos sexos después de la fase de resolución se requiere un tiempo para que un estímulo sexual de por resultado la excitación. Esta fase es variable y es a la que se denomina periodo refractario. Con esta clasificación de la respuesta sexual, Álvarez-Gayou pretende proporcionar una guía esquemática con un enfoque clínico para la evaluación de los casos y la comprensión integral de la clasificación de las disfunciones.<sup>(9)</sup>

## Modelos Cognitivos-Fisiológicos

Algunos expertos en sexualidad humana no están de acuerdo con el modelo de cuatro etapas de Master y Jonson. Una crítica importante es que el modelo de Masters y Jonson ignora los aspectos cognitivos y subjetivos de la respuesta sexual (Zilbergeld y Ellison, 1980). Es decir, Master y Jonson se enfocaron casi de manera exclusiva en los aspectos fisiológicos de la respuesta, ignorando lo que la persona piensa y siente en un sentido emocional. El deseo y la pasión no forman parte del modelo. Esta omisión no presentaría problema alguno de no ser por el hecho de que puede haber importantes discrepancias entre la respuesta fisiológica y los sentimientos subjetivos. Por ejemplo, las personas pueden experimentar un alto nivel de deseo sexual y aun así no tener una erección o lubricación vaginal.<sup>(10)</sup>

Una segunda e importante crítica se refiere a la manera en que se seleccionaron los participantes de la investigación y cómo este proceso pudo haber creado una profecía autocumplida en cuanto a los resultados (Tiefer, 1991). Para formar parte de la investigación, era necesario que los participantes tuvieran antecedentes orgásmicos, tanto por medio de la masturbación como del coito. En esencia, cualquier persona cuyo patrón de respuesta sexual no incluyera orgasmos –y por tanto no se adecuara al modelo de Masters y Jonson- era excluida de la investigación. Del modo en que está planteado, no es posible generalizar el modelo a la población total. Masters y Jonson mismos comentaron que cada uno de sus participantes se caracterizaba por niveles elevados y consistentes de deseo sexual. No obstante, es seguro que el deseo sexual está ausente en algunos miembros de la población general, o está presente en algunas ocasiones pero no en otras. No es de sorprender que el deseo sexual se haya omitido del modelo de Masters y Jonson si se seleccionó a los participantes de antemano a fin de que fuesen uniformes en cuanto a sus elevados niveles de deseo. En pocas palabras, la investigación afirma ser objetiva y universal cuando no es ninguna de ambas cosas (Tiefer, 1991).<sup>(10)</sup>

Una vez que se reconocieron las dificultades con la investigación y el modelo de la respuesta sexual de Masters y Johnson, se propusieron diversos modelos alternativos. Examinaremos dos de ellos en las secciones que siguen. Ambos añaden un componente cognitivo al modelo fisiológico de Masters y Jonson.<sup>(28)</sup>

### Modelo Trifásico de Helen Kaplan

Con base en su trabajo en terapia sexual, Helen Singer Kaplan (1974;1979) propuso un modelo trifásico de la respuesta sexual. Más que pensar en la respuesta sexual como una serie de etapas sucesivas, la conceptuó como formada de tres fases o componentes relativamente independientes: deseo sexual, vasocongestión de los genitales y las contracciones musculares reflejas de la fase del orgasmo. Dos de los componentes (vasocongestión y contracciones musculares) son fisiológicos, mientras que el otro (deseo sexual) es psicológico.<sup>(10)</sup>

Hay una serie de justificaciones para el abordaje de Kaplan. Primero, los dos componentes fisiológicos se encuentran controlados por partes diferentes del sistema nervioso. La vasocongestión –que produce la erección en el varón y la lubricación en la mujer- se encuentra bajo el control de la división parasimpático del sistema nervioso autónomo. En contraste, la eyaculación y el orgasmo están controlados por la división simpática.<sup>(10)</sup>

Segundo, los dos componentes implican estructuras anatómicas distintas: los vasos sanguíneos en el caso de las contracciones del orgasmo.<sup>(10)</sup>

Tercero, la vasocongestión y el orgasmo difieren en cuanto a su susceptibilidad de alteración a causa de lesión, fármacos o edad. Por ejemplo, el período refractario que sigue al orgasmo en el varón dura más tiempo a medida que envejece. Así, hay un descenso en la frecuencia del orgasmo con la edad. En contraste, la capacidad de erección de muchos varones sufre de poco deterioro, en términos relativos, a causa de la edad, aunque la erección puede tardar más tiempo en aparecer. Un hombre mayor puede tener relaciones sexuales anorgásmicas varias veces por semana, y presentar una erección firme, aunque es posible que sólo tenga un orgasmo a la semana.<sup>(10)</sup>

Cuarto, la mayoría de los hombres puede controlar el reflejo de la eyaculación en forma voluntaria, pero, en general, no puede controlar el reflejo de erección.<sup>(10)</sup>

Por último, el deterioro de la respuesta de vasocongestión o de la respuesta del orgasmo puede producir diferentes alteraciones (trastornos sexuales). Los problemas de erección en el varón están ocasionados por un deterioro en la respuesta de vasocongestión, mientras que la eyaculación precoz y la eyaculación retardada son trastornos de la respuesta del orgasmo. De manera similar, muchas mujeres muestran una fuerte respuesta de excitación y vasocongestión, pero pueden tener problemas con el componente orgásmico de su respuesta sexual.<sup>(10)</sup>

El modelo trifásico de Helen Kaplan es útil tanto para comprender la naturaleza de la respuesta sexual, como para entender tratar los trastornos de la misma. Sus escritos acerca de la fase del deseo son de particular utilidad para el comprensión de los trastornos del deseo sexual.<sup>(10)</sup>

Walen y Roth: un modelo cognitivo.

Como se señaló con anterioridad, un crítica importante al modelo de Masters y Jonson es que ignora los aspectos cognitivos y subjetivos de la respuesta sexual. Susan R. Walen y David Roth (1987) han explicado este enfoque a la comprensión de la respuesta sexual.<sup>(10)</sup>

De acuerdo con el enfoque cognitivo la manera en que nos sentimos depende enormemente de lo que estamos pensando: de cómo percibimos lo que está sucediendo y de cómo lo evaluamos. Así, el primer paso dentro del modelo cognitivo es la percepción: la percepción de un estímulo como sexual. Lo que percibimos como un estímulo sexy (sea éste un estímulo visual, táctil o de olor) depende en gran medida de la cultura en la que hemos crecido y de nuestro aprendizaje previo. Según este modelo, la percepción es el paso inicial.<sup>(10)</sup>

El segundo paso en el modelo cognitivo es la evaluación. Si tenemos sentimientos positivos acerca del estímulo sexual, esto conducirá al siguiente paso, la excitación, pero si la evaluación que hacemos del estímulo es negativa, el ciclo de excitación se detiene. Por ejemplo, si usted es una mujer casada y su marido, con quien normalmente tiene una excelente vida sexual, la comienza a besar cuando su aliento todavía huele al último cigarrillo que acaba de fumar, es probable que su evaluación del estímulo sexual sea negativa y que no se sentirá excitada.<sup>(10)</sup>

Sin embargo, supongamos que la evaluación del estímulo sexual es positiva. La excitación fisiológica –como se describe en el modelo de Masters y Jonson- es el siguiente paso. Pero, de nuevo, el enfoque cognitivo dice que lo que cuenta no es tanto lo que sucede a nivel físico, sino la forma en que lo percibimos. Así, la percepción de la excitación, el paso 4, es de importancia crítica. Por ejemplo, algunas investigaciones han mostrado que las mujeres, probablemente debido a que la lubricación vaginal puede ser una respuesta algo sutil, ocasionalmente no se percatan de su propia excitación física (Herman, 1975). O existe la posibilidad de que un varón le preste tanta atención si su técnica está satisfaciendo a su pareja que, por tanto, no experimente la cantidad de placer sexual que podría. Las personas se pueden crear problemas sexuales para sí mismas si establecen criterios demasiado estrictos para decidir que están excitadas. ¿Qué tanta lubricación debe haber o qué tan firme debe ser una erección para que sea suficiente? Usted puede aumentar su respuesta sexual si percibe que incluso un poco de lubricación o las primeras señales de erección, o alguna otra señal (tal como un aumento en la frecuencia cardíaca) son indicaciones de estimulación erótica.<sup>(10)</sup>

De nuevo, el enfoque cognitivo argumenta que no sólo es la percepción de la excitación, sino una evaluación positiva de la misma, lo que es importante si ha de continuar el ciclo de la respuesta sexual; así, la evaluación es el siguiente paso. Como antes, si la evaluación es negativa, el ciclo se detendrá. Un ejemplo sería un adulto que comienza a excitarse al ver a un niño. Se da cuenta de que su respuesta es totalmente inapropiada, evalúa la excitación de manera negativa y siente ansiedad más que estimulación. Sin embargo, si la evaluación de la excitación es positiva –le agrada la sensación de la estimulación en esa situación- se hace una retroalimentación al paso 3, de modo que la estimulación física aumenta aún más.<sup>(10)</sup>

Todo esto lo lleva al siguiente paso, la conducta sexual. Una vez más, los psicólogos cognitivos creen que dos pasos adicionales –la percepción de la conducta y una evaluación positiva de la misma- son esenciales para que continúe el ciclo de excitación. Si la evaluación es positiva, ocurren dos tipos de retroalimentación: es probable que la conducta sexual prosiga y que la excitación aumente.<sup>(10)</sup>

En suma, el modelo cognitivo del ciclo de la respuesta sexual enfatiza la importancia de la percepción y evaluación que realizamos acerca de los sucesos sexuales. Es un testimonio a favor del poder del pensamiento positivo, aunque en un contexto que probablemente no pretendía Norman Vincent Peale. Como dice otro dicho, la zona erógena más enorme es el cerebro.<sup>(10)</sup>



## NEUROFISIOLOGÍA DE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA

La serotonina inhibe las conductas sexuales, en tanto que las monoaminas las facilitan, de éste modo se ha propuesto que una monoamina, está implicada en la fase de enamoramiento en los seres humanos.<sup>(11)</sup>

Un acto sexual satisfactorio depende pues de una compleja secuencia de procesos hormonales y fisiológicos que son muy vulnerables a los efectos de una excitación emocional crónica o aguda.<sup>(11)</sup>

Tanto las hormonas sexuales como no sexuales y los neurotransmisores encefálicos están implicados en la regulación de éstos fenómenos. En la elección de pareja intervienen factores externos pero también factores químicos como las feromonas y el estado hormonal de los integrantes de la pareja.<sup>(11)</sup>

Los neuropépticos también están implicados en la regulación de los fenómenos de interacción entre sujetos. Las feromonas se dice que tienen efectos fisiológicos en los seres humanos y es muy probable que jueguen un papel importante en las relaciones de pareja.<sup>(11)</sup>

Los impulsos sensoriales que provocan el orgasmo femenino se transmiten a la médula espinal a través del nervio pudendo a la altura de la porción sacra de la médula, en tanto que el flujo nervioso eferente o centrífugo se da desde la 11ava vértebra dorsal a la segunda lumbar.<sup>(11)</sup>

En el orgasmo no interviene ningún reflejo vascular sino que actúan una serie de contracciones reflejas de ciertos músculos genitales (isquio-bulbocavernoso) localizados en torno al introito o entrada vaginal.<sup>(6)</sup> En la mujer al igual que la excitación, el orgasmo es un reflejo genital gobernado por los centros cerebrospinales. Los problemas emocionales son capaces de bloquear la respuesta sexual y las contingencias negativas pueden causar la inhibición del orgasmo.<sup>(9)</sup>

El sistema nervioso es el sistema de percepción, pensamiento y control de nuestro organismo. Para realizar estas funciones recoge información de todo el cuerpo a partir de innumerables terminaciones nerviosas sensitivas especiales en la piel en los tejidos profundos, desde los ojos, los oídos, el aparato del equilibrio y otros sensores y transmite esta información a través de nervios hacia la médula espinal y el encéfalo. Estos pueden reaccionar inmediatamente ante esta información y enviar señales hacia los músculos u órganos internos del cuerpo para provocar alguna respuesta denominada respuesta motora, o bajo otras condiciones podría no producirse en lo absoluto una reacción inmediata y en lugar de eso, la información es almacenada en uno de los bancos de memoria cerebrales. Allí esta información se ocupara con otros recuerdos ya almacenados, se combina con otra información y a partir de las diversas combinaciones se obtienen ideas nuevas.<sup>(9)</sup>

Con esto podemos concluir que el sistema nervioso está al servicio de tres funciones principales: 1) función sensitiva; 2) función integradora que incluye la memoria y procesos del pensamiento y 3) función motora.<sup>(9)</sup>

La neurona es la unidad básica del sistema nervioso. Estas células altamente especializadas poseen un gran número de terminales que se adaptan a la función de

suministrar conexiones anatómicas complejas, que explican las complicadas relaciones funcionales. Las neuronas engendran reciben y transmiten impulsos a otras neuronas a través de conexiones o sinapsis mediante microemisiones de sustancias neurotransmisoras.<sup>(9)</sup>

Las células nerviosas establecen relaciones entre sí por contigüidad. La zona en que dos neuronas entran en contacto se llama sinapsis, quedando separadas por un espacio. La neurona generalmente recibe los impulsos por su polo aferente que comprende el soma y las dendritas y lo descarga por su polo eferente constituido por el axón.<sup>(9)</sup>

El encéfalo es la principal área integradora del sistema nervioso, el lugar donde son almacenados los recuerdos, son concebidas las ideas, se generan las emociones y se realizan otras funciones relacionadas con nuestra psique y el complejo control de nuestro organismo.<sup>(9)</sup>

La médula espinal está al servicio de dos funciones. Primero sirve como conductor para vías nerviosas hacia el cerebral y desde éste. Segundo sirve como área integradora para la coordinación de actividades nerviosas subconscientes, tales como la reacción refleja de una parte del cuerpo ante un estímulo.<sup>(9)</sup>

El sistema nervioso periférico es una cadena de nervios que se ramifican en forma tan extensa a que difícilmente existe un solo milímetro cúbico de tejido en cualquier parte del cuerpo carente de fibras nerviosas.<sup>(9)</sup>

El sistema límbico, comprende las estructuras del límite del cerebro y el diencefalo que rodean principalmente al hipotálamo. El sistema límbico funciona especialmente para controlar nuestras actividades emocionales y nuestro comportamiento.<sup>(9)</sup>

Se denomina sistema nervioso autónomo a la porción del sistema nervioso que controla las funciones viscerales. Este sistema es activado principalmente por centros localizados en la médula espinal, tronco encefálico e hipotálamo. Así mismo, porciones de la corteza cerebral y especialmente del sistema límbico pueden transmitir impulsos hacia los centros inferiores y ejercer influencia de esta forma sobre el control autonómico. A menudo el sistema nervioso autónomo opera también por medio de reflejos viscerales.<sup>(9)</sup>

Las señales autonómicas son transmitidas hacia el cuerpo a través de dos subdivisiones principales denominadas sistemas simpático y parasimpático cuyas características y funciones se comentan a continuación.<sup>(9)</sup>

Los nervios simpáticos se originan en la médula espinal entre los segmentos T1 y L2 y se dirigen desde aquí primero hacia la cadena simpática y a partir de ahí hacia los tejidos y órganos que son estimulados por los nervios simpáticos.<sup>(9)</sup>

Las fibras del sistema nervios parasimpático abandonan el sistema a nervioso central mediante varios de los nervios craneales, los nervios espinales sacros segundo y tercero y ocasionalmente, los nervios sacro.<sup>(9)</sup>

Primero y cuarto. Las fibras parasimpáticas sacras se agrupan en la forma de los nervios erectores, también llamados nervios pelvianos, que abandonan el plexo sacro de cada lado de la médula y distribuyen sus fibras periféricas por el colon

descendente, recto, vejiga y porciones inferior de los uréteres así mismo, este grupo sacro parasimpático proporciona fibras y a los órganos sexuales pélvicos externos para provocar diversas reacciones sexuales.<sup>(9)</sup>

Las terminaciones nerviosas simpáticas y parasimpáticas segregan una de las dos sustancias trasmisoras sinápticas, acetilcolina y norepinefrina. La estimulación simpática provoca efectos excitatorios en algunos órganos pero efectos inhibitorios en otros en forma similar, la estimulación parasimpática causa excitación en ciertos órganos pero inhibición en otros.<sup>(9)</sup>

También son importantes los reflejos sexuales, que son iniciados tanto por estímulos psíquicos provenientes del cerebro como por estímulos que proceden de los órganos sexuales. Los estímulos que llegan desde estas fuentes convergen en la médula sacra y en el hombre dan como resultado, primero la erección, principalmente una función parasimpática y luego la eyaculación, una función simpática.<sup>(9)</sup>

La Fase de Estímulo Sexual Efectivo es aquel que es capaz de iniciar una respuesta sexual en el ser humano. Los estímulos pueden provenir del propio organismo o del exterior. A los que se originan en el propio organismo se les llama interoceptivos y si estos provienen del exterior se les denomina Exteroceptivos.<sup>(9)</sup>

A su vez los estímulos ya sean interoceptivos o Exteroceptivos pueden provenir de reflejos del organismo en cuyo caso se les denomina reflexogénicos o tener su origen en los centros cerebrales y en tal caso se le llama psicogénicos.<sup>(9)</sup>

En los estímulos reflexogénicos participan las vías aferentes y eferentes que llegan al centro erector inferior en la médula espinal a la altura de S2, S3 y S4. La vía aferente está constituida por los nervios pudendos, y las eferentes por las ramas para simpáticas que emergen de estos sectores y se denominan nervios erigentes o erectores.<sup>(9)</sup>

Lo anteriormente dicho se apoya en la observación clínica de hombres con distribución bilateral de los nervios pudendos y pérdida de la capacidad de erección reflejo. Por otro lado, más del 90% de los hombres con lesiones medulares por arriba de los segmentos sacros conservan la capacidad de tener erecciones reflejas.<sup>(9)</sup>

A cualquier situación que provoca una respuesta sexual en un ser humano se le denomina estímulo sexual efectivo. Puede ser de diversos tipos de acuerdo a su procedencia y vías de captación del organismo.<sup>(9)</sup>

Los estímulos pueden considerarse:<sup>(9)</sup>

1. Reflexogénicos. Participan las vías aferentes y eferentes que llega al centro erector inferior en la médula espinal a la altura de S-2, S-3 y S-4. La vía aferente está constituida por los nervios pudendos y las eferentes por las ramas parasimpáticas que emergen de estos sectores y se denominan nervios erectores.
  - a). Interoceptivos. Son los que provienen de algún fenómeno local que provoca el reflejo, ejemplo la erección matutina que casi todos los hombres presentan al despertar y que se origina por el estímulo que provoca la vejiga urinaria llena sobre los nervios pudendos.
  - b). Exteroceptivos. Son los que provienen del exterior como la estimulación genital táctil. Puede ser la manera con la que se provoca la erección en los niños cuando se les cambia de pañales o cuando las madres campesinas, los masturban para que se tranquilicen y duerman.
2. Psicogénicos. Proviene de centros cerebrales y provocan la respuesta por medio de las vías eferentes mencionadas.
  - a). Interoceptivos. Son los que se originan en los centros superiores como los recuerdos, sueños o fantasías.
  - b). Exteroceptivos. Proviene del exterior y se perciben por los órganos de los sentidos, estímulos visuales, auditivos, olfativos, gustativos y táctiles, no provocan respuestas reflejas específicas.

Fases de Excitación y Meseta: el fenómeno fisiológico característico de la excitación masculina es la erección. Esta es causada por impulsos parasimpáticos que se dirigen desde la porción sacra de la médula espinal a través de los nervios erectores hacia el pene. Estos impulsos parasimpáticos dilatan las arterias del pene, permitiendo de esta forma la acumulación de sangre arterial bajo alta presión en el tejido eréctil de pene. Este tejido eréctil no es más que sinusoides venoso grandes, cavernosos, que normalmente están relativamente vacíos pero que se dilatan en forma notable cuando fluye en ellos sangre arterial bajo presión ya que el drenaje venoso está parcialmente ocluido. Asimismo, los cuerpos eréctiles, especialmente los dos cuerpos cavernosos, están rodeados por coberturas fibrosas fuertes, en consecuencia la alta presión en el interior de los sinusoides causa el balonamiento del tejido eréctil hasta tal punto que el pene adquiere dureza y se elonga. Durante la estimulación sexual, los impulsos parasimpáticos, además de promover la erección, provocan la secreción de moco por las glándulas uretrales y las glándulas bulbouretrales. Este moco fluye a través de la uretra durante el coito colaborando en su lubricación.<sup>(9)</sup>

El fenómeno fisiológico que caracteriza la excitación femenina es sobre todo la lubricación vaginal, aunque existe tejido eréctil prácticamente idéntico al tejido eréctil del pene rodeando el introito y extendiéndose hacia el clítoris. Este tejido eréctil es controlado por los nervios parasimpáticos que pasan por los nervios erectores desde el plexo sacro hacia los órganos sexuales pélvicos externos. En las primeras fases de la estimulación sexual, las señales parasimpáticas dilatan las arterias de los tejidos eréctiles y esto permite la acumulación rápida de sangre en el tejido eréctil de

modo que el introito se estrecha alrededor del pene, esto ayuda en forma importante al varón en la obtención de estimulación sexual suficiente para que se produzca la eyaculación.<sup>(9)</sup>

También se dirigen señales parasimpáticas hacia las glándulas bilaterales de Bartholin, ubicada debajo de los labios menores para provocar la secreción de moco inmediatamente por dentro del introito. Este moco es el responsable de parte de la lubricación durante el coito ya que una buena proporción es dada así mismo, por el moco secretado por el epitelio vaginal.<sup>(9)</sup>

Fase de Orgasmo: el orgasmo masculino se realiza de la siguiente manera; cuando el estímulo sexual se torna extremadamente intenso, los centros reflejos de la médula espinal comienzan a emitir impulsos simpáticos que abandonan la médula en T2, L1 y L2 y se dirigen hacia los órganos sexuales pélvicos a través del plexo hipogástrico para iniciar la emisión predecesora de la eyaculación.<sup>(9)</sup>

Se cree que la emisión comienza por contracción del conducto deferente y la ampolla, que provoca la expulsión de esperma hacia la uretra interna. Luego, contracciones del revestimiento muscular de la glándula prostática seguidas finalmente por contracción de las vesículas seminales expelen líquido prostático y líquido seminal, impulsando al esperma hacia delante. Todos estos líquidos se mezclan en la uretra interna con el moco ya secretado por las glándulas bulbouretrales para formar el semen. El proceso hasta ese punto constituye la emisión.<sup>(9)</sup>

El llenado de la uretra interna desencadena a continuación señales que son transmitidas a través de los nervios pudendos hacia las regiones sacras de la médula. Por su parte señales provenientes de la médula sacra excitan adicionalmente la contracción rítmica de los órganos sexuales pélvicos internos y también provocan la contracción de los músculos isquiocavernoso y bulbocavernoso que comprimen las bases del tejido eréctil peneano. Estos efectos conjuntos provocan aumentos de presión rítmicos, en forma de onda en los conductos sexuales pélvicos y la uretra, que eyaculan el semen desde la uretra hacia el exterior. Este proceso se denomina eyaculación. Al mismo tiempo contracciones rítmicas de los músculos pélvicos e inclusive de algunos de los músculos del tronco causan movimientos de empuje de la pelvis y el pene, que también ayudan a impulsar el semen hacia los recesos más profundos de la vagina y quizás inclusive a través del cérvix hacia el interior del útero.<sup>(9)</sup>

La totalidad del periodo de emisión expulsión y la sensación subjetiva de placer se denomina orgasmo masculino. Cuando la estimulación sexual local alcanza la intensidad máxima, y especialmente cuando las sensaciones locales son apoyadas por señales condicionantes psíquicas apropiadas provenientes del cerebro, se inician reflejos que provocan el orgasmo femenino. El orgasmo femenino es análogo al masculino y quizá ayuda a promover la fertilización del huevo.<sup>(9)</sup>

Durante el orgasmo los músculos perineales de la mujer se contraen rítmicamente lo que es el producto de reflejos medulares similares a los que provocan la eyaculación en el varón. Es posible asimismo, que estos reflejos aumenten la motilidad uterina y de las trompas de Falopio durante el orgasmo, ayudando de esta manera a transportar el esperma hacia el óvulo pero la información con respecto a ese punto

es insuficiente. El orgasmo parece causar también dilatación del canal cervical durante hasta medio hora, permitiendo así el fácil transporte del esperma.<sup>(9)</sup>

En muchos animales inferiores la copulación hace que la hipófisis posterior secrete oxitocina. La oxitocina por su parte provoca aumento de las contracciones rítmicas del útero, lo que podría ocasionar el rápido transporte del esperma. Las sensaciones sexuales intensas que se desarrollan durante el orgasmo se dirigen también hacia el cerebro y causan intensa tensión muscular en todo el cuerpo.<sup>(9)</sup>

## RESPUESTA SEXUAL HUMANA

Es importante saber cómo se desarrolla la respuesta sexual humana (RSH), pues su conocimiento propicia el entendimiento de las propias reacciones y las de otros y una mayor comprensión y comunicación entre la pareja, lo que facilita un mayor disfrute sexual.<sup>(9)</sup>

La RSH es 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 sólo los genitales, sino los sentimientos, pensamientos y experiencias personales previas de la persona.<sup>(9)</sup>

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 con sexo y edad.<sup>(9)</sup>

En la RSH se pueden 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 participantes.”<sup>(9)</sup>

La RSH siempre ha sido motivo de interés y de estudio, pero fue hasta 1966 cuando los estudiosos William y Virginia Johnson, le dieron un carácter científico. Ellos estudiaron 2500 ciclos de respuestas en 600 individuos entre los 18 y los 89 años de edad, y basados en sus observaciones esquematizaron todos los ajustes fisiológicos del organismo de acuerdo con la 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 o el coito, tanto homosexual como heterosexual.”<sup>(12)</sup>

El esquema propuesto por Master y Johnson ha sufrido algunas modificaciones al correr del tiempo; la principal fue hecha por Helen Singer Kaplan y sus colaboradores, quienes utilizaron el modelo original, lo complementaron y enriquecieron en forma importante. El esquema original de Masters y Johnson comprende cuatro fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución. La modificación de la doctora Kaplan y sus colaboradores consistió básicamente en añadir una fase previa, la fase de deseo a las etapas propuestas por Masters y Jhonson, incluir la fase de meseta dentro de la fase de excitación y la resolución dentro de la fase de orgasmo. Del mismo modo el doctor Juan Luis Alavarez Gayou Jurgenson contempla equiparablemente a la fase de deseo de la doctora Kaplan con el estímulo sexual efectivo (ESE) y agrega una fase posterior a la fase de resolución, la fase refractaria. De este modo hablamos de las siguientes fases en la respuesta sexual humana: deseo, excitación, meseta, orgasmo, resolución y fase refractaria; es importante tener en mente que las fases no son más que una conceptualización esquemática de fenómenos fisiológicos y que muchas veces el paso de una fase a otra no se observa con claridad, sino que existe cierto traslapo; además, puede haber variaciones de un individuo a otro.<sup>(9)</sup>

Los dos procesos fisiológicos básicos que ocurren durante estas etapas son la vasocongestión y la miotonía. La vasocongestión, supone un aumento del volumen de sangre que riega los genitales y otras partes del cuerpo: esto origina el aumento

de tamaño y los cambios de coloración en estos tejidos. La siguiente reacción es de miotonía, y consiste en el aumento de la tensión muscular en todo el cuerpo a consecuencia de la estimulación sexual. Tanto la vasocongestión como la miotonía van en aumento a medida que avanza la respuesta, alcanzando su máxima intensidad durante el orgasmo. Inmediatamente tras él, los vasos sanguíneos se vacían, los músculos se relajan y se restablece el estado previo a la estimulación sexual.<sup>(13)</sup>

El mecanismo que con frecuencia se produce como estímulo sexual efectivo (ESE) se debe, en casi todos los casos, a la acción sinérgica tanto de estímulos psicogénicos como reflexogénicos extero e interoceptivos.<sup>(9)</sup>

Así los estímulos sexuales efectivos (ESE) son los provocadores de la erección. Los centros y nervios se denominan erigentes o erectores.<sup>(9)</sup>

### Fase de Deseo

1) Depende de la actividad de una estructura anatómica del cerebro; 2) Contiene centro que la inhiben y otros que la excitan, 3) es activada por dos neurotransmisores, uno inhibitorio y otro excitatorio y 4) tiene amplias conexiones con otras partes del cerebro que permiten que el impulso sexual se vea influido e integrado en las experiencias total de la vida del individuo.<sup>(9)</sup>

El deseo sexual (líbido) es un apetito o impulso que se produce debido a la activación neuronal del cerebro y produce efectos a nivel de centros especializados, como son el sistema límbico y el área preóptica, mientras que las fases de excitación y orgasmo involucra a los órganos genitales.<sup>(9)</sup>

### Fase de Excitación

Cuando se establece el ESE la respuesta predominante en mujeres y hombres es la vasodilatación perineal mediada por el parasimpático que junto con la vasocongestión, constituyen el fenómeno fisiológico fundamental de la fase de excitación.<sup>(9)</sup>

La vasocongestión origina los dos fenómenos característicos de la excitación fisiológica, en el hombre la erección del pene por la plétora sanguínea en los dos cuerpos cavernosos y en la mujer la lubricación vaginal, aunque el mecanismo real de su producción aún o se conoce por completo.<sup>(9)</sup>

Otros cambios genitales que ocurren en la mujer durante la fase de excitación son: aumento del volumen y separación de los labios mayores por congestión, aumento de volumen de los labios menores, el útero se verticaliza y provoca un desplazamiento anterior del cuello que a su vez origina expansión bulbosa del fondo vaginal. El clítoris se agranda, más en diámetro que en longitud, por lo que no constituye una erección del mismo, como se piensa con frecuencia y tampoco equivale a la erección masculina.<sup>(9)</sup>

A nivel generalizado la mujer tiene, durante la excitación erección de los pezones, aumento del volumen mamario y en la fase final puede notarse la red venosa superficial de las mamas.<sup>(9)</sup>

Durante la excitación, es posible que aparezcan un “rubor sexual” en la piel tanto del varón como de la mujer, aunque es más común en esta última.<sup>(9)</sup>



En el hombre, a la vez que ocurre la erección, se produce tensión de la piel del escroto y aplanamiento del mismo al engrosar el tegumento interno. Los testículos se elevan al acortarse los cordones espermáticos por la contracción involuntaria de los músculos cremastéricos. También hay erección de los pezones.<sup>(9)</sup>

Otros cambios que suceden tanto en el varón como en la mujer incluyen un aumento en el pulso y en la presión arterial.<sup>(9)</sup>

Desde el punto de vista subjetivo, la fase de excitación se percibe como aumento de tensión placentera que eleva la excitación y se acompaña del deseo de aumentar las caricias o estímulos.<sup>(9)</sup>

#### Fase de Meseta.

Si el estímulo sexual continúa siendo efectivo se llega al punto máximo de la excitación, y pasa entonces a la fase de meseta. Durante la fase de meseta, la vasocongestión alcanza su clima. Esta es una fase de transición hasta que se llega al umbral donde se desencadena el orgasmo.<sup>(9)</sup>

En la mujer el cambio principal de esta fase es el aumento de vasocongestión en el tercio externo de la vagina que disminuye la luz vaginal. Este fenómeno se considera premonitorio del orgasmo femenino y se conoce como plataforma orgásmica. Otro cambio es la retracción que sufre el clítoris en la meseta tardía. A pesar de la retracción, el clítoris no pierde sensibilidad y puede seguir siendo estimulado. Así mismo, las mujeres presentan tumefacción areolar.<sup>(9)</sup>

En el hombre los cambios son mínimos, consistentes en pequeño incremento del diámetro de la corona del glande, elevación de testículos y, en algunos, salida por el meato de una gota de líquido que proviene de las glándulas bulbouretrales. En esta emisión puede haber espermatozoides vivos.<sup>(9)</sup>

Tanto en el hombre como en la mujer esta fase se caracteriza por: miotonía generalizada, taquicardia, hipertensión arterial, también puede haber hiperventilación. Gran parte de estos cambios se presentan en la meseta tardía.<sup>(9)</sup>

En resumen, los procesos de la fase de meseta son una continuación de los procesos básicos –vasocongestión y miotonía- de la fase de excitación. Ambos procesos continúan intensificándose hasta que existe una tensión suficiente para el orgasmo. La tensión aumenta y puede presentarse el urgente deseo de penetrar y ser penetrado.<sup>(9)</sup>

#### Fase de Orgasmo

Al igual que en las fases de excitación y meseta, en el orgasmo, los fenómenos fisiológicos son la vasocongestión, contracciones mioclónicas rítmicas que se producen en la musculatura vaginal, perineal, órganos y músculos circundantes. Ocurre de 3 a 15 contracciones, siendo las primeras a intervalos de 8 segundos que disminuyen de intensidad y frecuencia.<sup>(9)</sup>

El orgasmo masculino ocurre en dos etapas. En la etapa preliminar, los conductos, vesículas seminales y próstata se contraen, formando el eyaculado hacia un bulbo que se encuentra en la base de la uretra. Masters y Johnson denominaron inevitabilidad eyaculatoria (“venirse”) a la sensación que acompaña a estas etapas; es decir, existe la sensación de que la eyaculación está a punto de suceder y que no

hay posibilidad de detenerla. En la segunda etapa, el bulbo uretral y el pene mismo se contraen de forma rítmica, exprimiendo al semen a través de la uretra y haciéndolo salir por la abertura en la punta del pene.<sup>(9)</sup>

El proceso de orgasmo en las mujeres es similar al de los varones. Es una serie de contracciones musculares rítmicas de la plataforma orgásmica. En general, las contracciones suceden a intervalos de 8 segundos; puede haber tres o cuatro en un orgasmo leve, y tantas como una docena en un orgasmo muy intenso y prolongado. El útero también se contrae en forma rítmica.<sup>(9)</sup>

Tanto en varones como en mujeres, hay aumentos marcados en pulso, presión arterial y tasas de respiración durante el orgasmo.<sup>(9)</sup>

El orgasmo no es una reacción puramente genital, ya que en otras fases de la respuesta sexual hay una importante participación de otros órganos y sistemas. Se producen contracciones involuntarias de diversos grupos musculares periféricos y de la musculatura facial que, paradójicamente, provocan muecas y gestos faciales que pudieran identificarse como dolor cuando se trata de uno de los momentos de mayor placer del ser humano.<sup>(9)</sup>

La percepción subjetiva del orgasmo puede estar influida por cualquier factor: pareja, ambiente, clima, hora, fantasía y mil más. A un nivel simple es una sensación explosiva e incontrolable de liberación de tensión a través de un máximo de la misma, después de la cual queda una lascitud y tranquilidad total.<sup>(9)</sup>

#### Fase de Resolución

Cuando los eventos orgásmicos han sucedido una o varias veces sobreviene la fase de resolución que consiste en la involución de los fenómenos que originaron las fases anteriores. Es el retorno a las condiciones basales.<sup>(9)</sup>

El primer cambio en la mujer es una reducción en la inflamación de las mamas, la plataforma orgásmica desaparece debido a que las contracciones orgásmicas drenan la vasocongestión, el útero vuelve a la posición de anteroversión, la vagina y el clítoris disminuyen de tamaño y los labios menores y mayores vuelven a su situación original.<sup>(9)</sup>

En el hombre el suceso más evidente de la fase de resolución es la detumescencia, la pérdida de la erección del pene. Esto sucede en dos etapas, ocurriendo la primera de manera veloz pero dejando al pene todavía agrandado (la primera pérdida de la erección es el resultado del vaciamiento de los cuerpos cavernosos) y la segunda de forma más lenta, como resultado del vaciamiento más gradual del cuerpo esponjoso y del glándulo; llegando a la flacidez total hasta que los testículos descienden al escroto.<sup>(9)</sup>

En ambos sexos los cambios generalizados retornan a las condiciones basales y puede aparecer una fina capa de sudación en todo el cuerpo.<sup>(9)</sup>

#### Fase Refractaria

Durante la fase de resolución, los varones entran a un período refractario, donde son refractarios a la estimulación adicional; es decir, son incapaces de excitarse de nuevo, de tener una erección y de llegar al orgasmo. La duración de este período refractario varía considerablemente de hombre a hombre; en algunos puede durar

solo unos cuantos minutos, mientras que en otros puede proseguir durante 24 horas. El período refractario tiende a prolongarse a medida que el hombre envejece.<sup>(9)</sup>

Las mujeres no entran en un período refractario, lo que posibilita el fenómeno de los orgasmos múltiples en la mujer.<sup>(9)</sup>

Tanto en varones como en mujeres, hay una secreción de oxitocina durante la excitación sexual y se presenta una descarga de prolactina al momento del orgasmo.<sup>(9)</sup>

## DISFUNCION SEXUAL

La función sexual constituye la expresión de la integridad orgánica y funcional del sistema neuroendócrino y del aparato reproductor que permite al organismo llevar a cabo la actividad sexual con una respuesta adecuada. Esta respuesta está influida por múltiples factores psicológicos, socioculturales y biológicos, algunos de los cuales pueden favorecerla y otros inhibirla.<sup>(9)</sup>

Los mecanismos fisiológicos básicos de la actividad sexual normal pueden verse deteriorados por diversos factores, tanto de origen orgánico como psicógeno. De acuerdo a esto, una disfunción sexual sería aquella en la que hubiese deterioro ya sea de origen orgánico o psicógeno de los mecanismos fisiológicos básico de la actividad sexual normal.<sup>(9)</sup>

El termino disfunción sexual implica una alteración en el funcionamiento, en este caso una alteración persistente de la respuesta sexual de alguna persona. Las disfunciones sexuales sería el prototipo de aquellas alteraciones que a causa de los tabúes y restricciones para la expresión de la sexualidad producen un sufrimiento silencioso en los individuos.

Para Álvarez-Gayou “las disfunciones sexuales son alteraciones persistentes de una o varias fases de la respuesta sexual que provocan problemas y molestias al individuo y/o a la pareja”.<sup>(9)</sup>

Es evidente que la etiología de las disfunciones tendrá que considerarse multifactorial, partiendo de que la sexualidad es el conjunto de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del sexo y que la salud sexual es la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores que potencien la personalidad, la comunicación y el amor (OMS, 1975).<sup>(9)</sup>

De este modo los factores etiológicos que deben ser considerados por el profesional de la salud son los de nivel orgánico (causa biológica: quirúrgico entre otros), psicológico y social.<sup>(9)</sup>

Con la finalidad de explicar claramente el enfoque del presente trabajo de investigación primero ubicaré las disfunciones que se pueden llegar a presentar de acuerdo a la fase de la respuesta sexual humana en que se desarrolle. Para finalmente avocarnos a las que pudieran relacionarse con el viento quirúrgico de la vasectomía, motivo de estudio del investigador, es decir, ampliar sobre las disfunciones psicosexuales y las derivadas de un acto quirúrgico.

Para las disfunciones existentes diversas clasificaciones en atención a distintos factores pero siempre será mejor una clasificación que guarde una estrecha correlación fisiológica dado que de esta manera, implica el correlato fisiopatológico que sustentará la terapéutica. Se propone un orden en las disfunciones, que, siendo alteraciones de la respuesta sexual se basa en las distintas fases de la misma.<sup>(14)</sup>

1. Disfunciones de la fase de estímulo sexual efectivo (apatía sexual, y disritmia sexual).<sup>(14)</sup>

La apatía sexual es aquella disfunción en la cual el umbral de respuesta se eleva. Existe una falta de interés por parte de la pareja en la relación sexual. Un factor importante para mantener el deseo sexual es la satisfacción obtenida del coito mismo. En su forma más leve la apatía sexual es simplemente la indiferencia. Mas a menudo la apatía sexual es parte de una indolencia general tal vez resultante de causas externas concretas o de una depresión general que refleja conflictos internos.<sup>(14)</sup>

La apatía sexual puede resultar en muchas ocasiones selectiva, es decir que solo existía con la pareja permanente y no es así con otras parejas.<sup>(14)</sup>

Incomunicación, tedio e indiferencia son tres causas comunes de la apatía sexual. Disritmia sexual. Esta disfunción existe básicamente a partir de una diferencia de los componentes de la pareja respecto a la frecuencia con que se desea o se obtiene la satisfacción de las relaciones sexuales. Esta disfunción no necesariamente aparece después de un lapso prolongado puede establecerse desde la constitución de la pareja.<sup>(14)</sup>

2. Disfunciones de la fase de excitación o vasocongestión (falta de lubricación vaginal e incompetencia eréctil).<sup>(14)</sup>

La disfunción en decremento de esta fase en la mujer sería la falta de lubricación ya que es la manifestación fisiológica sobresaliente de ella, en la fase vasocongestiva. Es importante señalar que pueden existir disfunciones de una fase que no necesariamente afecten a otra. Una mujer que no lubrica puede conservar la funcionalidad en la fase mioclónica y por tanto si tener orgasmo.<sup>(14)</sup>

De hecho no existe en esta fase una disfunción como tal en la mujer, en incremento, (exceso de lubricación) aunque esto puede ser factible.<sup>(14)</sup>

Incompetencia eréctil. Además de la simple incapacidad para tener una erección, el término incluye erecciones parciales o débiles, incapacidad para sostener una erección el tiempo suficiente para penetrar.<sup>(14)</sup>

La eyaculación precoz, así como la incapacidad eyaculatoria se estudias en las disfunciones que se presentan en la fase de meseta.<sup>(14)</sup>

Incompetencia eréctil primaria. Es la incapacidad de tener una erección adecuada, que se presenta en un individuo desde siempre y que le ha impedido la realización del coito. Las causas que con mayor frecuencia han generado este trastorno son: influencia materna desagradable, ortodoxia, religiosa intensa, implicación homosexual, experiencia que ha dejado cicatrices emocionales no gratas como una prostituta.<sup>(14)</sup>

Master y Johnson observaron dos características en todos los enfermos de incompetencia primaria tratados por ellos y que son: el temor y una sensibilidad extraordinaria a influencia psicológicas.<sup>(14)</sup>

Incompetencia eréctil secundaria: aparece en algún momento específico de la vida, después de haber tenido una competencia sexual satisfactoria.<sup>(14)</sup>

Según estudios por Kinsey, la incompetencia eréctil secundaria aparece en uno de cada cien hombres de menos de 3 años de edad. Los mismos estudios señalan que a los 70 años una cuarta parte de los hombres sufren de ella.<sup>(14)</sup>

Master y Johnson han reunido las siguientes causas de “impotencia” secundaria: antecedentes de eyaculación prematura, excesivo consumo de alcohol, dominio paterno o materno, ortodoxia religiosa inhibitoria, conflictos homosexuales y asesoramiento sexual inadecuado.<sup>(14)</sup>

La incompetencia resultante de causas psicológicas también pueden ser general o específica a ciertas situaciones o interacciones. Otros autores consideran dentro de esta misma fase las siguientes disfunciones: la erección incompleta interrumpida y ausente.<sup>(14)</sup>

Erección incompleta: es aquella en la que no existen rigidez completa del pene, según el grado en ocasiones será posible la introducción de pene a la vagina o no será posible dicha introducción. En otras ocasiones la erección es completa pero una vez que se inicia el coito el pene pierde rigidez u puede quedar flácido (erección interrumpida). El trastorno impide continuar el coito.<sup>(14)</sup>

En un grado mayor, el trastorno impide la erección desde un principio a pesar de las excitaciones recibidas (erección ausente).<sup>(14)</sup>

Se estudian juntas porque con escasa excepciones, obedecen a la misma etiología, tienen características clínicas semejantes y, en la mayor parte de las veces son distintos grados de un mismo trastorno.<sup>(14)</sup>

### 3. Disfunciones en la fase de meseta.

Consideramos que se sitúa aquí la eyaculación precoz y la incompetencia eyaculatoria.<sup>(14)</sup>

Eyaculación precoz: puede o no estar asociada con fracasos para la erección. No se puede decir cuantos minutos después de iniciado el coito debe presentarse la eyaculación para considerar que sea “normal”.<sup>(14)</sup>

Master y Johnson designan la eyaculación como prematura si el hombre no puede retardar lo suficiente después de la penetración para satisfacer a su pareja sexual cuando menos en la mitad de los coitos que tengan.<sup>(14)</sup>

Kinsey, afirma que un hombre que no puede controlar su eyaculación un minuto completo después de la penetración sufre eyaculación precoz.<sup>(14)</sup>

Otros autores consideran que el número de empujones pélvicos que un hombre puede hacer después de la penetración antes de la eyaculación constituye un determinante (Kaplan 1974).<sup>(14)</sup>

Sin embargo por muchas razones ninguna de estas definiciones es completamente satisfactoria. La etiología de esta disfunción se ha atribuido a padecimientos de los órganos genitales. Algunos autores piensan que se den tomar en cuenta la gran acumulación de tensión sexual que desarrolla el hombre cuando la mujer es

hipoexitante, y se ve obligado a practicar excitaciones precopulatorias exageradas.<sup>(14)</sup>

La ansiedad constituye un factor mayor en el bloqueo de la percepción de la sensación que señala la eyaculación inminente.<sup>(14)</sup>

En cuanto a su sintomatología en los casos menos alarmantes permite un coito, que, aunque de duración disminuida puede ser satisfactorio. En un grado más avanzado, el organismo y la eyaculación se observan después de unos cuantos movimientos copulatorios lo que produce poca satisfacción en el hombre y deja sin orgasmo a la mujer. En casos más patológicos aún la eyaculación se presenta con la excitación precopulatoria.<sup>(14)</sup>

El organismo que acompaña a la eyaculación precoz es de intensidad y duración menores. El trastorno le produce un complejo al enfermo que puede llevar a la incompetencia eréctil.<sup>(14)</sup>

Incompetencia eyaculatoria: es en la que la eyaculación no se presenta y el coito termina en un orgasmo normal, pero sin expulsión del semen. Según Kinsey se encuentra uno de cada 700 individuos del sexo masculino. La etiología de esta disfunción aunada a la falta de orgasmo es siempre psíquica u orgánica.<sup>(14)</sup>

Entre las causas psíquicas tenemos: ansiedad, ambiente inadecuado, falta de colaboración de la pareja, ideas negativas y temor al embarazo. Dentro de las orgánicas: obstrucción de los conductos eyaculadores, ausencia e hipoplasia de las vesículas seminales. Dentro de la sintomatología de este trastorno encontramos principalmente ansiedad muy marcada.<sup>(14)</sup>

4. Disfunciones de la fase de orgasmos o mioclónica (anorgasmia masculina y femenina).

Esta disfunción es más frecuente en la mujer que en el hombre. Es la imposibilidad para lograr el orgasmo y al igual que la incompetencia eréctil puede clasificarse en primaria o secundaria. La mujer en la categoría primaria nunca ha logrado tener cuando menos un orgasmo en su experiencia sexual por el coito, la masturbación o alguna otra forma de estimulación pero ya no puede conseguirlo, (secundaria). Etiología, cuando no hay deficiencias gonadales o dispareunia son el origen psíquico. Cuando se observan ocasionalmente en una persona que por lo general tiene buenos orgasmos, obedecen a las mismas causas que pueden producir la incompetencia eréctil. En cuanto a su sintomatología, tenemos que la ausencia de orgasmo produce una sensación de frustración por descarga incompleta de la tensión erótica en quienes ya han experimentado orgasmos con anterioridad. La falta de descarga de la tensión erótica produce dolor en fosas ilíacas o en testículos, sensación de peso perineal e insatisfacción psíquica.<sup>(14)</sup>

5. Disfunción de la fase de resolución.

Esta fase de la respuesta sexual es aquella del retorno a las condiciones basales, por lo que de hecho no podemos hablar de disfunciones en ella, si, como en todo fenómeno fisiológico podemos mencionar una variabilidad individual o circunstancial, ejemplo de ella son hombres o mujeres que a pesar de haber tenido uno o varios orgasmos u fase de resolución es lenta o prolongada.<sup>(14)</sup>

## 6. Disfunción de la fase refractaria.

Aunque puede ser motivo de consulta sin ser disfunciones propiamente, debemos mencionar la situación de prolongación del periodo refractario que sobreviene como efecto de la edad. Es importante poder hacer un diagnóstico diferencial entre esta modificación biológica de la respuesta sexual y una disfunción de la primera fase (estimulo sexual efectivo).<sup>(14)</sup>

## 7. Disfunciones que pueden presentarse en una o en varias de las fases de la respuesta sexual humana.

Vaginismo: es un síndrome en que la musculatura pélvica perineal y del tercio externo de la vagina se contrae espásmicamente durante el coito. Esta contracción es un reflejo involuntario al anticipar la mujer la penetración vaginal, durante la misma o después. Se considera que su origen es psíquico. Los intentos de introducción del pene pueden causar dolor en la mujer independientemente del grado de excitación y deseo de realizar el acto.<sup>(14)</sup>

La última de las disfunciones puede existir en ambos sexos y al igual que el vaginismo aparece en una o varias fases; se trata de la dispareunia.<sup>(14)</sup>

La dispareunia: es la relación coital dolorosa. Existen diversos tipos de dispareunia femenina: la pre coital, la que se presenta a la penetración profunda o postcoital.<sup>(14)</sup>

La dispareunia masculina es un síntoma que debe de considerarse siempre en un alto porcentaje tiene origen local, la causa mas frecuente es la fimosis, pero no deben descartarse la uretritis, la estenosis uretral y la hipertrofia prostática.<sup>(14)</sup>

Como causas de dispareunia femenina tenemos: himen integro y resistente, cicatrices, ausencia o estrechez de vagina, vaginitis o desgarros.<sup>(14)</sup>



## DISFUNCIONES PSICOSEXUALES

Antes o después de la vasectomía pueden presentarse disfunciones psicosexuales en la Respuesta Sexual Humana (RSH), pudiendo ser éstas:<sup>(15)</sup>

- ❖ Trastornos del deseo sexual.
- ❖ Trastorno de la excitación.
- ❖ Trastorno del orgasmo.
- ❖ Trastornos sexuales por dolor.
- ❖ Disfunción sexual no especificada.

En los trastornos del deseo sexual hay pobreza o ausencia de fantasías sexuales y de deseos de la actividad sexual en forma persistente o recurrente.<sup>(15)</sup>

En los trastornos de la excitación sexual puede observarse fracaso completo o parcial, persistente o recurrente en obtener o mantener la erección adecuada por el tiempo suficiente hasta la terminación de la actividad sexual, falta persistente o recurrente de la sensación subjetiva de excitación y placer.<sup>(15)</sup>

Trastornos del orgasmo, hay ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo tras una fase de excitación adecuada.<sup>(15)</sup>

Trastornos sexuales por dolor, se presenta dolor genital, la dispareunia es persistente o recurrente antes, durante o después de una relación sexual no provocada básicamente por falta de lubricación o vaginismo.<sup>(15)</sup>

Disfunción sexual no especificada, se aprecia ausencia de sensaciones eróticas e incluso anestesia completa con componentes anatómicos y fisiológicos íntegros, dolor genital durante la masturbación.<sup>(15)</sup>

Las disfunciones sexuales incluidas que se presentan después de la vasectomía son más atribuibles a causas psicógenas que a causas orgánicas o funcionales.<sup>(16)</sup>

También deben considerarse en la actividad sexual factores como los culturales, las actitudes y valores sexuales, las creencias religiosas, algún trauma al principio de la adolescencia o antes, conflictos intrapsíquicos como la ansiedad: la ansiedad de la ejecución y la presión para la ejecución; actitud espectadora: miedos, remordimientos, desprecio por uno mismo, depresión o negación; factores personales o de relación: ira, falta de confianza, lucha por el poder, falta de comunicación con la pareja o desarrollo de "mentalidad del manual del sexo".<sup>(16)</sup>

Hay otros factores como los educacionales y cognoscitivos: experiencias tempranas de aprendizaje, ignorancia sexual, creencias en los mitos sexuales, limitantes impuestas por alguna religión, u otras tales como esperanzas del papel sexual, mitos sobre la edad y el aspecto, mitos sobre la actividad sexual adecuada o los factores yatrógenos.<sup>(16)</sup>

La angustia puede describirse como intranquilidad penosa de la mente, como un estado de tensión excesiva que se acompaña de un terror inexpresable o como una sensación de expectación aprensiva, pudiendo surgir en cualquier momento y ante cualquier situación que constituya una amenaza para la personalidad, al surgir material reprimido, como la represión del deseo sexual, de anhelos de dependencia para evitar la soledad o sentimientos inconcientes hostiles y agresivos.<sup>(17)</sup>

La angustia con su aprensión obsesiva puede surgir ante frustraciones o dilemas en alguno de los principales problemas de la vida en aspectos como la decisión vocacional o la adaptación sexual o matrimonial.<sup>(17)</sup>

Las disfunciones psicosexuales son trastornos o alteraciones de alguna de las fases de la RSH, sea cual fuere la clasificación, según el criterio de cada autor.<sup>(18)</sup>

Cada fase puede inhibirse y dar lugar a disfunciones psicosexuales, que al presentarse de manera persistente no existe deseo de tener actividad sexual, se habla de inhibición del deseo, aunque también puede existir aversión al sexo, en donde además de falta de deseo el sujeto experimenta repugnancia. La relación entre RSH y angustia es variable; la angustia puede inhibir la RSH, o viceversa.<sup>(18)</sup>

Puede ocurrir que la erección no se presente, sea incompleta o poco duradera y esté asociada a sentimientos de culpa, dudas, temores o miedo a un embarazo no planeado, siendo aquí útiles los métodos de contracepción incluyendo la vasectomía como elemento valioso y además permanente.<sup>(18)</sup>

Una de las alteraciones psicósomáticas más frecuentes de origen depresivo son los trastornos genitourinarios que pueden aparecer como síntomas vagos, que se hacen particularmente intensos en la esfera sexual, manifestándose por pérdida del impulso sexual, de la funcionalidad general o disfunciones sexuales consideradas como específicas. Estos trastornos pueden o no estar presentes al reiniciar la actividad sexual del hombre después de haber sido sometido quirúrgicamente a la vasectomía.<sup>(18)</sup>

Existen diversos motivos biosociales que determinan la conducta humana, y existen también fuerzas relativas de los motivos biosociales, por lo cual surge una pregunta: ¿es el motivo sexual más fuerte que el motivo de evitar el dolor?<sup>(18)</sup>

Pregunta que bien puede ser aplicada a la opción de elegir entre el reinicio de la actividad sexual post-vasectomía y el dolor potencial o latente que puede aparecer como consecuencia de la intervención quirúrgica.<sup>(18)</sup>

Los trastornos sexuales se clasifican de acuerdo a la fase de la RSH que afecte; y más aún, se consideran algunos subtipos para señalar el inicio, el contexto y los factores etiopatológicos asociados, y tales subtipos no deben aplicarse al diagnóstico del trastorno sexual debido a enfermedad médica o quirúrgica o inducido por sustancia.<sup>(18)</sup>

Para señalar el inicio se emplean los siguientes subtipos: de toda la vida y adquirido.<sup>(18)</sup>

Para indicar el contexto se usan los términos: general y situacional.<sup>(18)</sup>

Para identificar el factor etiológico se especifica como:<sup>(18)</sup>

- Debido a factores psicológicos.
- Debido a factores combinados.

De lo anterior se desprende que un trastorno sexual derivado de la vasectomía puede ser subtipificado como adquirido, situacional y debido a factores psicológicos.<sup>(18)</sup>

## CIRUGIA Y SEXUALIDAD

Diversos procedimientos quirúrgicos pueden modificar la respuesta sexual, con relativa frecuencia constituyéndose así la cirugía en factor etiológico iatrogénico de algunas disfunciones sexuales.<sup>(9)</sup>

Se ha informado apatía sexual como secuela posoperatoria en paciente de ambos sexos sometidos a ostomías. En la mujer suele ocurrir apatía sexual después de mastectomía e hysterectomía. Quizá esto se deba a factores psicológicos como respuesta a la mutilación, daño a la imagen corporal y autoestima.<sup>(9)</sup>

En el hombre se ha informado con frecuencia la pérdida del deseo sexual como secuela de prostatectomía.<sup>(9)</sup>

Entre las intervenciones quirúrgicas que provocan incompetencia eréctil están prostatectomía por vía perineal, simpatectomía lumbar, cistectomía, ileostomía y colostomía.<sup>(9)</sup>

La eyaculación precoz se ha informado se ha informado en la circuncisión de algunos adultos.<sup>(9)</sup>

La incompetencia eyaculatoria parcial o total y quizá la preorgasmia, pueden ser secuelas de cirugía como: simpatectomía lumbar, cirugía de fusión espinal y cirugía correctiva de aneurisma de la aorta abdominal.<sup>(9)</sup>

No existen datos específicos de anorgasmia masculina o femenina como secuelas quirúrgicas. Sin embargo en la práctica se han observado mujeres previamente orgásmicas que la presentan después de hysterectomía o salpingoclasia.<sup>(9)</sup>

La eyaculación retrógrada puede ser secuela de prostatectomía, simpatectomía lumbar, colectomía, disección retroperitoneal de nódulos linfáticos, cirugía de cuello de la vejiga y corrección quirúrgica del aneurisma de la aorta abdominal. En general se puede decir que cualquier intervención que dañe mecanismos neurológicos de la eyaculación y erección podrá provocar disfunción.<sup>(9)</sup>

La dispareunia es secuela frecuente en el postparto por la sutura de la episiotomía. Esto se repite en la cirugía por vía vaginal; y como se comentó toda situación que provoque dispareunia puede desencadenar vaginismo por acción refleja de contracción muscular ante el estímulo doloroso.<sup>(9)</sup>

## PAREJA

### Definición de Pareja

“Es la unión de dos personas que mutuamente se han elegido para compartir sus valores, sentimientos, forma de vida, aspiraciones, éxitos y fracasos”. Al unirse en una relación amorosa, comparten su sexualidad y la ilusión de formar una familia.<sup>(19)</sup>

### Proceso De Conformación De Pareja

La formación de pareja es uno de los aspectos más complejos y difíciles del ciclo de vida familiar por la enorme trascendencia que tiene esta decisión. En la mayoría de los casos las personas no están preparadas para hacer esta decisión. Esta situación es vista como la transición al gozo y placer, pero sin tomar en cuenta ninguna de sus dificultades, ni la calidad del compromiso que se echan a costas. Otras personas la consideran como una meta, más que un proceso, y una meta a través a través de la cual se llega a la felicidad eterna: “y serán felices para siempre”.<sup>(20)</sup>

Básicamente la persona empieza a planear su vida y proceso de madurez desde la primera infancia. Allport (1961), habla de este proceso como “ampliación del yo” en el cual se van enriqueciendo las diferentes áreas, i.e., se desarrollan los distintos aspectos del ser humano: el físico, el afectivo, el intelectual, el social y el axiológico (el de los valores morales y espirituales).<sup>(20)</sup>

Los hijos se educan de tal manera que puedan ser capaces en un futuro de responder a una serie de expectativas que tienen sus padres sobre ellos. Debe de ir a la escuela desde la más tierna edad, en donde se le presentan varios valores de la cultura (educativos, científicos, cívicos, en algunos casos religiosos), que le llegan a cuestionar no pocos valores que aprendió en seno familiar. En muchos casos este proceso se alarga hasta la edad de 20 o más años.<sup>(20)</sup>

La sociedad es consciente que un joven debe prepararse adecuadamente para su aventura profesional y económica. Sin embargo, para la otra aventura: la elección de pareja y la formación de su propia familia, toma sus decisiones casi sin pensarlo y sin meditar las consecuencias de dicha decisión.<sup>(20)</sup>

El ser humano, especialmente en esta época de grandes tecnologías, se prepara para casi todas las cosas que va a emprender, pero, desafortunadamente, descuida la aventura más importante de su vida: elegir una pareja y formar con ella una familia.<sup>(20)</sup>

Para Fernando Blanco la conformación de pareja cuenta con las siguientes características:<sup>(21)</sup>

1. Conformación: el proceso de conformación posee tres fases:
  - a) Observación y Percepción con búsqueda del prototipo: Suma de características mínimas e indispensables que debe presentar la persona con la cual se quiere formar pareja.
  - b) Gustar recíproco: Deseo de estar juntos (citas, actividad social y actividad recreativa).

El gustar recíproco implica varios factores:

- Características socioeconómicas: en caso de diferencias pueden surgir conflictos, los cuales deber ser analizados y llegar a acuerdos.
- Formación ideológica: Familia, Política, Religión.
- Nivel intelectual e instrucción: similar o diferente.
- Acuerdo en las metas individuales y de pareja.
- Características personales: aspectos físicos, personalidad, aspecto sexual. Experiencias pasadas y presentes.

c) El enamoramiento puede presentarse como:

- Enamoramiento por emoción (no conforma parejas). Se caracteriza por:

- Gran intensidad.
- Corta duración (de semanas a 3 meses).
- Gran necesidad de estar juntos
- Mucha comunicación.
- Muchas promesas.
- Posibilidad de sexualidad sin tomar precauciones con riesgo a embarazo, ETS, o conflictos con terceros.
- Durante la emoción se analizan poco.
- Posibilidad de que uno de los miembros quede enganchado.
- Posibilidad de desarrollar el síndrome de “No querer a nadie” después de finalizada la relación.

- Enamoramiento por pasión (parejas inestables). Se caracteriza por:

- La gran necesidad de estar juntos (dependencia).
- Mucha comunicación (ilusiones, planes, proyectos, métodos para planificar).
- Todo es perfecto.
- Episodio de intenso sufrimiento frecuentes e irregulares en el tiempo.
- Acentuación de rasgos obsesivos.
- Incremento de la capacidad creativa.
- Sexualidad intensa.
- Se dicen y cuentan todo porque va a ser entendido y comprendido. Posteriormente se lo “sacan en cara”
- Propensión a ser explotado.
- Posibilidad de desarrollar: psicosis, alcoholismo, adicciones, celotipia.
- Necesidad de compartir con terceros.
- El conflicto es esencial para su mantenimiento.

- Enamoramiento por Sentimiento (parejas estables). Se caracteriza por:

- Moderada necesidad de estar juntos
- Compartir
- Comunicación operativa
- Mejor planificada
- Entendimiento funcional
- Menos posibilidad de sufrir.

2. Mantenimiento: El proceso de mantenimiento tiene cinco fases:
- a) Admiración: Valoración positiva por parte de un miembro de la pareja, de las características del otro. Debe cultivarse en el compañero el sentido de admiración por determinada condición que posee y se estima.
  - b) Sentido de pertenencia: Identificación hacia el proyecto colectivo: Pareja
  - c) Clima de cordialidad:
    - Relaciones gratas y humanas.
    - Respeto por los derechos del otro.
    - Respeto por normas que rige el comportamiento de la pareja.
    - Comunicación operativa.
    - Nivel afectivo operativo.
  - d) Prudencia:
    - Habilidad para prever y cuidar problemas y peligros de la relación de pareja.
    - Reserva de ciertos comentarios.
    - Elegir momento adecuado para referirse a ciertos puntos.
    - Exceso de franqueza.
  - e) Sentido doble voto: en la toma de dediciones de mutuo acuerdo.
3. Disolución: Los conflictos son secuencias circulares y recíprocas de conductas y consecuencias agradables y/o desagradables. Pueden ser productivos o destructivos. Cuando son destructivos llevan a la disolución del vínculo.

Luis Leñero señala tres factores que influyen en el proceso de elección de la pareja:<sup>(7)</sup>

- a) residencia en una determinada comunidad.
- b) pertenencia a una determinada clase social.
- c) Involucramiento en un determinado círculo social.

## ROLES SEXUALES EN LA VIDA DE LA PAREJA

En las últimas décadas de nuestro siglo hemos venido sufriendo una enorme crisis de valores que se reflejan de muchas maneras. Una de ellas: los roles sexuales.<sup>(20)</sup>

Se han venido dando una serie de transformaciones al concepto de masculinidad y feminidad, y han tenido como consecuencias un fuerte cuestionamiento de lo que le es permitido “socialmente” al hombre y a la mujer.<sup>(20)</sup>

El rol sexual se le enseña al individuo desde que nace y los padres, la familia y la sociedad en general se encargan de transmitirle las conductas apropiadas a su género. En nuestra cultura, cuando un bebé nace, el médico dice: -es un varón ó es una niña-, los padres y las personas asumen que de manera “natural e inherente” el varón tiene, características masculinas y la niña características femeninas. A medida que el niño crece y se hace consciente de su sexo biológico y diferencias con el otro sexo, buscará identificarse con él y conocer las normas establecidas en su grupo. Podemos afirmar así, que el rol y la identificación psicológica de los géneros son producto de un proceso de aprendizaje social e interiorizado en la subjetividad por cada persona.<sup>(20)</sup>

No obstante, estos roles sexuales varían de una cultura otra. En los países latinoamericanos, se suele dar, tradicionalmente diferencias marcadas. Durante siglos se dijo que el ser “femenina” significaba ser cálida, afectuosa, tierna, temperamental, ilógica, quejosa, sumisa.....En cambio ser “masculino” significaba ser fuerte, estable, lógico, competitivo, agresivo, independiente, autosuficiente, severo, arrogante. Obviamente, estos conceptos trajeron muchas consecuencias inapropiadas. Existía una división muy estereotipada.<sup>(20)</sup>

Feminidad: dependencia psico-emocional.

La mujer ha tenido que sub-vivir en forma parcial y desintegrada en una realidad que le ha sido determinada socialmente y asumida por ella en la subjetividad. En una sociedad patriarcal a la mujer se le ha pedido que sea “el corazón del hogar” en donde los roles asignados para ella son: la maternidad, el cuidado, la alimentación, la higiene y la salud de los hijos, como si ello fuera una extensión “natural” de la maternidad, de esta manera es conformada y percibida la “mujer-naturaleza”. Otro de los elementos que también están imbricados son el guión o mandato social que está destinado para las mujeres en cuanto a sus cualidades y características que debían de ser principalmente: la dependencia económica, emocional y psicológica, con actitudes como la abnegación, obediencia, ternura, dulzura, belleza, compasión, perspicacia, el ser agradables, etc. La construcción del significado de mujer esta perneado de la idea de “ser para otros”, en donde ha sido excluida hasta de la apropiación de su propios cuerpo por la dinámica de la forma en que están organizados los roles de genero sobre todo en sociedades como la nuestra.<sup>(22,23,)</sup>

Todo comienza en la institución familiar. La forma en que se organizan las relaciones parentales es desigual, de esta manera el proceso de apropiación del rol genérico es diferenciado en el desarrollo del proceso de identidad de los niños y las niñas. Se ha observado que en este proceso las niñas están más acercadas con el papel que les es asignado, pues al estar en contacto con la madre y otras mujeres, además de participar de las distintas maneras de identificación, el ejercicio maternal y el desarrollo de las capacidades relacionales (rol de la esposa/madre) pueden de



manera continua comenzar a identificarse, mientras los varones lo aprenden de una manera mas abstracta, ya que el rol que aprenderán a desempeñar no se encuentra en su entorno primario que es la familia. Esta es la razón básica por lo que se presentan significativos contrastes en estos procesos para los dos géneros.<sup>(24)</sup>

Cabe señalar que en el ciclo vital de la adultez que es precisamente lo que nos ocupa, en el caso de las mujeres, a esta etapa se le da más importancia en la existencia femenina por aquellas áreas de su vida que son principalmente relacionales:<sup>(24)</sup>

- a) El amor dentro del contexto que crea: la constitución de una pareja, y el matrimonio.
- b) La maternidad.

Estos son elementos que conformarán en la infancia las áreas de significaciones para la construcción de la identidad y de las principales problemáticas de las mujeres (Alarcón, Covarrubias, Herrera, 1991). Algunos autores han interpretado que esta forma de organización en el que las mujeres cimientan y vivencian su propia subjetividad puede verse como una de las fuentes de opresión.<sup>(24)</sup>

“...en el caso de la alteridad hombre-mujer”, la condición de posibilidad de la mujer para convertirse en Uno, no es eliminar al Otro, ni pretender constituirse al modo del hombre para llegar a ser Uno (negando el ser específico mujer), sino en plantearnos individual y colectivamente que valores del ser mujer pueden constituirse como otro Uno desde el cual el Uno masculino también se asuma desde el posibilidad abierta por la propia mujer (Alarcón, Covarrubias, Herrera, 1991), ó expresado en términos más sintéticos, el problema de la mujer no es solo de ella, también concierne3 a todo el género humano.”<sup>(24)</sup>

La mujer en la actualidad se ha ido integrando a la vida productiva del sistema económico por lo que se han producido cambios sustanciales, aunado a esto se han dado otros mecanismos en las relaciones de esta hacia los hombres y las instituciones, trabajando en pro de una nueva forma de organización social que mejore las condiciones y la calidad de vida. Uno de estos cambios son el papel de proveedor que era exclusivo de los varones, ahora la mujer comparte las finanzas con su pareja y así los hombres cada vez mas se involucran en las labores domésticas y en el crianza de los hijos, que antes eran “propias” de las actividades femeninas.<sup>(24)</sup>

Maculinidad: Dominio y control psico-emocional.

La perspectiva de género ha logrado hacer visibles los porqué de las formas en que los hombres y mujeres nos relacionamos. Aprendimos que durante el proceso de construcción de la identidad masculina los niños, a diferencia de las niñas, son puestos a disposición de estereotipos muy rígidos que determinan como debe ser un hombre. Estereotipos que fortalecen la estrategia de esconder el afecto. El gen cultural, como lo mencionan algunos autores, predispone a los hombres, logrando anular o reprimir el ejercicio del sentir, quedándonos sólo con la necesidad apremiante del hacer. De esta forma evitamos toda aproximación genuina con nuestra parte sensible, y más aún, negamos la necesidad de compartirla o darla a conocer a otras personas.<sup>(25)</sup>

La otra cara de la moneda, en este sentido no ha sido mejor para los hombres, la parte de esta historia de la humanidad escindida, tiene sus matices contradictorios y nocivos. Así el rol para los hombres en una sociedad patriarcal, es el de que se les asigna el “deber” de poseer de manera “natural” el poder, el dominio; como los únicos capaces y responsables de dirigir a los demás, sobre todo a las mujeres, encargados también de las decisión sobre la vida propia y la de los demás. Se le exige ser un “super hombre” con una serie de prerrogativas que lo hacen sentirse que lleva al mundo sobre sus hombros. Tiene que ser “la cabeza del hogar”. Las cualidades y actitudes que deben estar presentes en el comportamiento masculino son: la intolerancia (el poder de unos y la exclusión de otros), la sabiduría, la creatividad, el establecimiento de logros y metas, ser independientes y valerse por sí mismo, la agresión, la violencia, la racionalidad, la represión de los sentimientos porque esto es propio de la mujer, no deben sentir miedo, ni debilidad. Deben aprender un oficio o profesión para poder manejar y mandar en su casa. Por tanto, desde la más tierna edad se le prepara para esto. Como género, los hombres están comprometidos por la cultura a ser los proveedores primordialmente.<sup>(25)</sup>

En un artículo que escribió la sexóloga y periodista Belinda Hernández (2005) le hace una entrevista al sexólogo y sociólogo Erick Pescador Albiach, en donde señala que: “los hombres están en crisis y no lo saben....en nuestra parte de la historia también existen muchas imposiciones y prohibiciones, una de las importantes es el no poder expresar nuestra emociones” por ejemplo, una de las formas en que se enseña a los hombres a tocar el cuerpo de otros hombres es sólo a través de los golpes y la violencia. El intento por eliminar las emociones es a lo que los conduce a una mayor dependencia psicológica, ya que al aprender la línea de la amplia variedad de las necesidades humanas, los varones vivencian la incapacidad de cuidar y por lo tanto de cuidarse así mismos. Al no poder expresar y descargar las emociones, estas se transforman en ira y hostilidad.<sup>(26)</sup>

Otro de los elementos que se hacen presentes en las características de la masculinidad es lo que encontró Álvarez-Gayou (1997), señala que la expectativa de vida para los hombres es menor, en comparación con las mujeres, por varias razones: la agresividad y la competitividad hace que los hombres se coloquen en situaciones de peligro; la carencia de expresión emocional causa problemas psicosomáticos; los hombres se someten a mayores riesgos; los trabajos masculinos los exponen a peligros físicos y al estrés psicológico; el rol masculino desarrolla características de la personalidad asociadas con una más alta mortalidad; el papel de proveedor familiar los expone al estrés psicológico; el rol masculino estimula algunos comportamientos que ponen en peligro su salud, en especial el consumo de alcohol y tabaco.<sup>(23)</sup>

“No hay una sola forma de ser hombre, a esta diversidad se le llama masculinidades. En el presente se hace imprescindible la re-significación de lo masculino como una maniobra para reducir la violencia y la discriminación contra las mujeres, además de promover componentes que favorezcan la expresión de las emociones y de un equilibrio en el rol masculino para generar una mejor calidad de vida. “..... el nuevo arquetipo de masculinidad al que se pretende llegar es el que se da perfectamente cuenta de sus motivos, de las razones por la que actúa y por que está solo, pero las modifica, las cambia, no las toma como pretextos. El que ve las diferencias y decide dar un paso más. Es el que no se siente amenazado cuando decide expresarse y hablar de sus sentimientos, de sus necesidades y anhelos. El nuevo hombre solamente lo hace, se compromete y nunca se siente solo.”<sup>(25)</sup>

## ROLES SEXUALES GENÉRICOS

Definir nuestros roles sexuales implica definir nuestro sistema social; esto es, la forma en que nuestra familia percibe lo femenino y lo masculino. Finalmente con qué actitud nos sentimos y mostramos como hombres o como mujeres. Se considera que el rol es una parte muy importante en el desarrollo de nuestra identidad.<sup>(20)</sup>

Feldman (1982) define a los roles sexuales como “expectativas (normas) culturalmente definidas que describen un patrón de actitudes y conductas apropiadas (proscritas o deseables) e inapropiadas (prohibidas o indeseables) para los hombres y las mujeres.”<sup>(20)</sup>

La mayoría de nosotros somos, en gran parte, producto de nuestra condición cultural. El desarrollo depende no del género, pero sí de las experiencias previas, actitudes aprendidas, expectativas culturales, sanciones, oportunidades para practicar y situaciones demandantes.<sup>(20)</sup>

Aprender de las diferencias sexuales no termina en la infancia, sino que es un proceso de toda la vida (Lott, 1987). El aspecto principal es el pensar críticamente acerca de nuestro estereotipo de rol sexual, así como aprender la dificultad que supone el cuestionar estas actitudes de rol sexual.<sup>(20)</sup>

Sexualidad Femenina: actitud pasiva, la supresión del placer o la actuación del superplacer.

Así se ha encontrado que la sexualidad femenina ha estado encaminada principalmente hacia la reproducción. En lugar de placer, la intimidad de las mujeres se encuentra plagada de vergüenzas, engaños y temores.<sup>(27)</sup>

Otra de las características de esta sexualidad es que es vivida “para otros” y sobre todo encausada hacia la abstinencia. Esta sexualidad esta ligada a la representación de lo pasivo, de la dependencia emocional (la mujer vive su sexualidad en una renuncia al placer, ligado de manera incongruente “al amor), dependencia en el sentido de carecer de conocimiento, así la falta de capacidad de apropiación tanto de su cuerpo como de su persona. La mujer es pedagógicamente introducida al mundo de lo erótico-sexual, por el varón, considerado “el poseedor del conocimiento”. Así lo femenino es interiorizado en la percepción subjetiva como el ser “usadas por otro”, convirtiéndose así en una “mujer objeto”, imposibilitada de iniciativa, decisión, conocimiento, sin una construcción del significado de apropiación interior en la subjetividad de lo que es su sexualidad.<sup>(28)</sup>

Ha ocurrido un fenómeno social caracterizado por el hecho de que a la mujer se le exigía por la cultura la anulación del goce en sus prácticas sexuales, sin embargo en la actualidad, debido a los cambios ejercidos por las mujeres, la anticoncepción y la globalización, ahora se les exige “la actuación del superplacer”. Unido a este concepto surgieron investigaciones de la capacidad multiorgásmica lo que ha llevado a una significación sobrevalorada de la experiencia del orgasmo, poniéndose de moda “la mujer multiorgásmica” (la actuación del superplacer). Por lo que es importante preguntarnos ¿el tener muchos orgasmos es significado de mucho placer?, estamos acaso viviendo la era moderna industrializada con una sociedad consumista en que predomina la filosofía de “entre mas mejor” ¿para qué? Hay que

tomar conciencia y delimitar el papel de la sexualidad también en su significado y trascendencia en nuestras vidas. No solo hay que luchar por salir de los viejos parámetros culturales, hay que decidir responsablemente y no caer en extremos como el que hemos mencionado acerca de esto que hemos llamado nuestra sexualidad.<sup>(29)</sup>

Sexualidad Masculina: actitud activa, el amante técnicamente eficiente, la tecnología de lo imposible.

La sexualidad masculina esta encausada generalmente hacia la competitividad con respecto a otros hombres creándose de esta manera mitos, que social y culturalmente se aprenden e incorporan por medio de la subjetividad en los papeles de genero de aquello que es considerado masculino, por ejemplo: el tamaño del pene, distancia a la cual pueden arrojar el semen, cantidad y densidad del semen, número de veces a la semana que tienen relaciones sexuales, la duración, la capacidad de repetición en una misma sesión, número y la diferencia de parejas, número de hijos, la rapidez para ligar y a la primera ligar todo, bajarle la mujer a otro, etc.<sup>(30)</sup>

Algunas de las características de esta subcultura de lo masculino en relación con lo sexual es el hecho de que esta encuadrada hacia la cantidad “si es mas mejor”. No solo esta ubicada sino encerrada en la pelvis, dirigida exclusivamente hacia –el coito-, y el rol activo en el acto sexual.<sup>(30)</sup>

Otra de estas particularidades, esta enmarcada en la actitud y forma de percibir una sobrevaloración simbólica de lo que representa el pene: “masculinidad igual a poder”. Una sexualidad que se “debe” vivir sin involucrar las emociones y los sentimientos buscando su propio placer con carácter impersonal y egoísta.<sup>(30)</sup>

En donde el hombre “debe”, de apropiarse de “el poder” a través de la adquisición de los saberes, de el conocimiento de lo sexual, el que “debe” responsabilizarse de realizar un acto pedagógico al acceso de la mujer en le mundo de lo erótico, en las prácticas sexuales, además de ser el que “deba” iniciar y estar siempre dispuesto a lo referente al sexo. El varón vive una carga psicológica y emocional, llena de obligaciones e imposiciones del desideratum social, relativo a su papel genérico.<sup>(30)</sup>

Actualmente se han entremezclado los papeles tradicionales y modernos de lo que se espera de “deba” ser la sexualidad masculina. Hay aspectos como la globalización y la cultura en Latinoamérica, que a los varones se le exige convertirse en “el amante técnicamente eficiente”.<sup>(30)</sup>

La bibliografía sobre las diversas formas de tener relaciones sexuales nos muestran un gran número de manuales que los varones toman y leen con la promesa de aprender a ser buenos amantes, se busca alimentar el cerebro, ampliar el conocimiento sobre el tema para evitar ser señalados como poco eficientes o de vivir con alguna disfunción sexual. La ignorancia y el exceso de información parcializada van dándoles vida a los –monstruos marinos- que emergen del interior del varón y le sabotean su vida sexual y de pareja. ¿Qué se le pide al amante técnicamente eficiente?... que tenga experiencia (quién sabe de donde, pero que tenga) que sea tierno, que sepa acariciar y besar en el momento justo y la zona exacta (aunque ignore cual es el momento justo y la zona exacta) y que, auque la penetración no es lo mas importante, que si tenga erección, que sienta placer y que de placer, que

tenga un orgasmo y que antes produzca como mínimo un orgasmo a su pareja (pues mientras mas mejor) que no solo tenga un orgasmo sino que también no eyacule pues pierde energía (aunque no sepa para que va a utilizar esa energía, pero como lo vio en la TV mejor se lo propone) y después de llevar a cabo estas instrucciones al pie de la letra, ¡¡¡¡que se deje fluir y que no piense en nada!!!! Pero; y ¿Cómo?. Ante la tecnología de lo imposible el varón entre en una ansiedad que su cuerpo secretará adrenalina y noradrenalina que trastocaran su respuesta excitatoria e inevitablemente, por su exigencia, su respuesta al deseo. Con esta forma de vivenciar y construir lo sexual-erótico algunos varones llegan a desensibilizarse tanto que se convierten en el amante que actúa mecánica y técnicamente, que proporcionará placer, sin sentir.<sup>(31)</sup>

## LA SEXUALIDAD EN LA PAREJA

La sexualidad se manifiesta en todos los aspectos de la vida, en el desarrollo de la persona, en la acción de la relación sexual. Es una condición biológica que se ve confrontada con toda la condición social, la forma en que la sociedad ve al sexo.<sup>(24)</sup>

Los humanos son las únicas criaturas que copulan cara a cara, mirando a su compañero, descubriendo sus partes delicadas y vulnerables. El acariciar y sentir el cuerpo del compañero, mirarlo a los ojos, participar en el mutuo gozo constituye una expresión y un lenguaje exquisitamente humano.<sup>(24)</sup>

La vida sexual de la pareja depende de aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales.<sup>(24)</sup>

El matrimonio en nuestra sociedad regula las características del comportamiento en el ámbito sexual de la pareja (y no solo representa una respuesta sexual entre ellos, sino es un medio para el conocimiento mutuo, la valoración y la evaluación en la relación afectiva).<sup>(24)</sup>

Para que exista un buen funcionamiento en la vida sexual de toda pareja es indispensable que tanto ella como él cuenten con una preparación completa y limpia de prejuicios, mitos y tabúes pues de lo contrario estarán expuestos al fracaso debido a la falta de conocimientos de sus funciones sexuales.<sup>(24)</sup>

Desgraciadamente, la preparación sexual con la que llega la pareja al matrimonio es elemental, pobre y prejuiciado y en la mayoría de los casos no se preocupan por obtenerla puesto que tienen la creencia de que llegará por sí sola mediante la experiencia que irán adquiriendo a través de las relaciones que pondrán en práctica llegando al matrimonio. La gratificación sexual que obtengan dependerá de la habilidad de cada miembro de la pareja para pedir y describir lo que es personalmente más satisfactorio.<sup>(32)</sup>

Actualmente, la mayoría de los jóvenes se quejan de la falta de pasión y sentimiento en su relación. También existe mucha importancia en las técnicas sexuales y arte de hacer el amor. Se piensa que hay una relación inversa entre la cantidad de libros sobre técnicas sexuales que lee una persona y la dosis de pasión sexual o de placer que experimenta la persona en cuestión. Pero el hecho de asignar una importancia excesiva a las técnicas sexuales determina una actitud mecánica frente al acto de hacer el amor, cierta alineación, sentimientos de soledad y despersonalización.<sup>(32)</sup>

Mientras que, el buen sexo significa algo más que el número de orgasmos y la calidad de los mismos, la frecuencia del coito, las posiciones ensayadas o las técnicas empleadas. El mejor sexo no constituye simplemente una respuesta física, sino una afirmación madura de amor. La necesidad psicológica del contacto físico, tocarse, abrazarse, palparse y la respuesta tierna ante estos actos, es mayor y más intensa que la necesidad sexual.<sup>(32)</sup>

Lo sexual es una dimensión global de la persona humana. Se puede decir que la sexualidad, en su sentido amplio, representa en cuanto a la persona integral, el desarrollo de las tres dimensiones del ser humano a que se refiere Frank en su obra: la somática, la psicológica y la espiritual o noética.<sup>(32)</sup>

a) En la primera, biofisiológica, la sexualidad es genitalidad. Entran los cinco sentidos, las sensaciones corporales y biológicas....

b) En la segunda, la psicológica (y social), la sexualidad es ternura, relaciones afectivas consigo mismo y con los demás, voluntad, intuición, autocontrol, comunicación, etc. Asimismo, entran las relaciones con los otros y con el medio humano.

c) En la tercera, la espiritual, la sexualidad es un sentido de identidad y conciencia. Es el área de los valores (axiológica). En ésta predomina la fe, las creencias, el significado de la vida, la creatividad y la transferencia, el significado de la vida, la creatividad y la trascendencia (la capacidad de amar, comprensión, alegría, paz, bondad, paciencia, fidelidad, justicia, fortaleza, confianza, compasión....)

El conjunto de estas tres dimensiones, tiene la posibilidad de convertirse en un factor de integridad personal a través de la afectividad. Ser persona significa vivir una relación y una "común unión" con los demás seres humanos. Esto logra su sentido más pleno, si la persona se responsabiliza con su libertad de amar.<sup>(32)</sup>

La sexualidad en pareja es un medio por el que se puede lograr que haya estabilidad emocional. La sexualidad además de ser una parte biológica también es intimidad. La intimidad está caracterizada por la habilidad de tener una relación cercana emotivamente y por un profundo amor y cuidado por la otra persona. La intimidad es el poder compartir no sólo el cuerpo, sino también las esperanzas, los temores, las aspiraciones y las ansiedades. El establecimiento de relaciones íntimas permite a la pareja madurar, entenderse y evolucionar. La intimidad entre un hombre y una mujer puede dar lugar al amor, que puede iniciarse con un enamoramiento y madurar hasta el verdadero amor. Si el acercamiento es verdadero habrá una verdadera comunicación sexual.<sup>(33)</sup>

La OMS propone tres elementos básicos para tener salud sexual:<sup>(5)</sup>

1. La posibilidad de disfrutar de una actividad sexual reproductiva, equilibrando una ética personal y social.
2. El ejercicio de la sexualidad sin temores, vergüenzas, culpas, mitos o falacias. En esencia, sin factores psicológicos y sociales que interfieran negativamente.
3. El desempeño de una actividad sexual libre de trastornos orgánicos, enfermedades o alteraciones que la entorpezcan.

La sexualidad es un valor, por la importancia que tiene en nuestra vida, en el crecimiento de la persona y en el desarrollo de sus potencialidades. Además en la formación de la familia, que se considera como la primera célula de la sociedad. Algunos de estos aspectos son.<sup>(20)</sup>

1º La sexualidad abarca a toda la persona: la sexualidad es más que los impulsos genitales, la genitalidad o los actos genitales. Se puede decir que todos los fenómenos genitales son sexuales, pero muchos fenómenos sexuales no tienen relación directa con lo genital. La genitalidad es sólo una parte de la sexualidad.

2º La sexualidad se sitúa en el centro de la persona: no puede considerarse como una fuerza cerrada en sí misma, sino que está vinculada a la persona y llega allí donde llega ésta. En la sexualidad experimenta el hombre sus límites, pero también su apertura a los demás. La sexualidad es una fuerza para edificar y construir a la persona.<sup>(20)</sup>

Master y Johnson (1978) dicen que la capacidad de un hombre y una mujer para comprometerse sexualmente entre sí, depende de su predisposición para dar y recibir placer en todas sus formas. La relación sexual le permite expresar sus sentimientos en cualquiera de las formas que les parezcan deseables en ese momento. Es una forma de revelarse como personas y como pareja.<sup>(20)</sup>

Cuando una persona funciona bien dentro de esta área, es que ha logrado resolver estos tres problemas básicos.<sup>(20)</sup>

1) El problema del YO: que significa entrar en un proceso de madurez e integración personal. Esto supone una “personalización” del hombre, lo que quiere decir que el comportamiento sexual está integrado dentro del conjunto armónico de la persona.<sup>(20)</sup>

2) El problema del TU: que tiende a realizar la apertura al mundo del otro. La sexualidad es la que posibilita la realización interpersonal de un hombre y una mujer, que culmina en la construcción de un proyecto de vida. La relación heterosexual debe ser un lenguaje de amor que debe pasar a las capas superiores de la persona. Por tanto, se habla de una “relación personalizada y personalizante”, en la que no se trata de un mero amor de placer, sin vínculos entre la pareja; ni tampoco es un amor posesivo, con tendencia agresivas y sdomasochistas; sino es un amor oblativo, cuyo objetivo es la búsqueda de una unión íntima y común-únión recíproca en la que se da y se recibe.<sup>(20)</sup>

3) El problema del NOSOTROS: en donde aparece la sexualidad como la forma de apertura al mundo de los demás, i.e., es el horizonte social en donde se construye el nosotros, al encontrar en el compañero un complemento biológico, psicológico, sociológico y axiológico. La persona y la pareja no pueden vivir aisladas. No es justo pedirle a su compañero o compañera que le solucione todas sus necesidades. Es importante tomar en cuenta la fuerza creativa del amor y la sexualidad en la construcción de ese nuevo estilo de vida que empiezan.<sup>(20)</sup>

Lo dicho en los párrafos anteriores, supone trabajar para lograr un clima de permisividad y comprensión en las experiencias sexuales, para que no se queden únicamente a un nivel biofisiológico, como sucedería en los animales, sino que, a través de la expresión de sus necesidades, se pueda lograr una armonía. Esta deberá ser de tal manera, que en la relación íntima se comporta un amor de ternura y caricias en los momentos de verdades intimidad.<sup>(20)</sup>



## PLANIFICACION FAMILIAR

La salud reproductiva está directamente relacionada con la calidad de vida, la sexualidad y la familia. Representa el ejercicio de la sexualidad responsable y sin riesgos; el bienestar de la madre, del niño en gestación, de los infantes y de los adolescentes y se extiende más allá del período reproductivo de las personas. Tiene que ver con las relaciones interpersonales, con percepción y valores; su cuidado evita enfermedades, abuso, embarazos no deseados y la muerte prematura.<sup>(34)</sup>

La salud sexual es un componente de la salud reproductiva en su contexto más amplio. La promoción de la salud sexual, requiere de un proceso de educación y dotación de servicios, de acceso universal y de calidad. La educación de la sexualidad es todo un proceso para adquirir información, formar actitudes y valores positivos, con respecto al sexo. La meta primaria es la promoción de la salud sexual, lo que implica obtener recursos para tomar decisiones sobre la vida presente y futura.<sup>(35)</sup>

El programa de planificación familiar es uno de los componentes principales de salud reproductiva, entendiéndose como el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos y a obtener la información especializada y los servicios idóneos.<sup>(36)</sup>

El ejercicio de este derecho es independiente del género, la edad y el estado social o legal de las personas.<sup>(36)</sup>

En México la planificación familiar ha adquirido una demanda importante ya que cuenta con un porcentaje alto de población joven; con la siguiente distribución de grupos de edades: de 0-14 años: 32.3%, de 15-64 años:63.1% , y de 65 años y más: 46% (enero del 2003).<sup>(36)</sup>

La práctica de la planificación familiar se ha extendido de manera notable en las últimas tres décadas, el uso de métodos anticonceptivos a nivel nacional en 1976 era del 30% en mujeres en edad fértil, en 1988 de un 68.7% y para el año 2000 de 70.2%.<sup>(36)</sup>

Nuestro país alcanzó una población de 50 millones de habitantes en 1970, la esperanza de vida al nacer era de los mexicanos y mexicanas de casi 62 años, en tanto que el promedio de las familias era de 7 hijos, la evolución de los parámetros dio lugar a un gran crecimiento de la tasa natural (es decir diferencia entre tasa de natalidad y la tasa de mortalidad) aproximadamente de 3.3 por ciento anual, lo que significaba que nuestra población tenía la capacidad de duplicarse en dos décadas, gracias al implemento en planificación familiar en primer nivel de atención el crecimiento natural disminuyó considerablemente hasta alcanzar en la actualidad 1.74 por ciento anual. Como resultado de un descenso de la fecundidad (de 7 a 2.1 hijos promedio pro mujer) y un incremento de la esperanza de vida (de 62 a 75.35 años).<sup>(36)</sup>

Se calcula que para el 2020 seremos más de 122 millones de mexicanos, para entonces nacerán 1.7 millones, morirán 571 mil y emigrarán poco menos de 290 mil, los mexicanos del 2020 tendrán una esperanza de vida de 80 años y la tasa de mortalidad infantil descenderá a 12.5 por mil habitantes.<sup>(37)</sup>

La razón por la cual la población mexicana continua ascendiendo es que la tasa de natalidad es mayor que la de mortalidad con un desequilibrio en el índice de población. Otra razón es que ha habido grandes avances en la medicina, lo cual provoca que se salven vidas, que la esperanza de vida aumente y la tasa de mortalidad infantil disminuya. Por otro lado aun hay población que a pesar de los esfuerzos de las instituciones de salud, aun ignoran el empleo de los métodos anticonceptivos, lo que impide el control de la natalidad en este grupo, así mismo la inconsciencia de los jóvenes en el aspecto de los hijos que desean tener. Por último en América Latina, México va a la cabeza de los países subdesarrollados, por lo que nuestro país llega a albergar a personas extranjeras (crecimiento social de la población).<sup>(37)</sup>

El uso de métodos anticonceptivos en México se ha modificado significativamente en los últimos años, en 1990 los hormonales orales ocupaban el primer lugar, en segundo lugar los quirúrgicos, seguidos por el condón y los inyectables. En 1994, los métodos quirúrgicos situaron en primer lugar, en segundo los hormonales orales, en tercero el DIU, en cuarto el condón y en último lugar los inyectables. Para 1997 los métodos quirúrgicos ocupaban el primer lugar, el segundo el DIU y los hormonales orales el tercero, y en cuarto y quinto lugar los inyectables y el preservativo.<sup>(37)</sup>

En México tenemos disponibles una gran gama de métodos de planificación familiar, tanto temporales como definitivos que, se encuentran disponibles en todas las instituciones de salud incluyendo al Instituto Mexicano del Seguro Social que pone a disposición de toda la población derechohabiente y no derechohabiente este servicio en forma gratuita.<sup>(37)</sup>

Las Instituciones del sector salud introdujeron la técnica de la vasectomía sin bisturí en las unidades de primer nivel de atención, por ser un procedimiento sencillo, efectivo, de bajo costo y accesible. La introducción y difusión de esta nueva técnica en la Secretaría de Salud, que en 1992 realizaba una vasectomía por cada 54 oclusiones tubarias bilaterales, logró un aumento de tal modo que para 1997 presentó una relación de 1 por cada 14.<sup>(38)</sup>

Actualmente el IMSS cuenta con las siguientes cifras de aceptantes de vasectomía en el área urbana y rural: 1992 (13 416), 1993 (16829), 1994 (19 900) 1995 (23 053), 1996 (21 219), 1997 (20 910), 1998 (20 686), 1999 (21 438), 2000 (21 232), 2001 (21 526). Como podemos observar este método de planificación definitivo se ha incrementado con el paso del tiempo, siendo aceptado cada día más por la población masculina, aunque a pesar de ello comparado con la oclusión tubaria bilateral continua permaneciendo aun por debajo de ésta.”<sup>(38)</sup>.

Información de la Vasectomía Sin Bisturí (VSB) en la Secretaría de Salud de México:

\*No. de servicios= 171

\*Médicos certificados= 112 (de 2000 a 2007).

\*VSB= 86,469 (de 1994 a Junio de 2007).<sup>(38)</sup>

Son 6 las entidades federativas en las que más se efectuaron vasectomía sin bisturí para 1999: Coahuila, Jalisco, Estado de México, Nuevo León, Sonora, Tamaulipas y Veracruz.<sup>(38)</sup>

El módulo de Salud Reproductiva del H.G.Z./UMF No. 8, Zona San Angel; tiene como objetivo brindar atención de calidad a la población derechohabiente y no derechohabiente, orientada a preservar el total y absoluto respeto a la población

sobre su decisión libre, voluntaria y bien orientada en la adopción de un método anticonceptivo acorde a su salud y sus expectativas a través de la promoción, información y consejería que brindan los profesionales de la salud.<sup>(38)</sup>

En el área de Planificación Familiar del HGZ/UMF No. 8 la técnica quirúrgica empleada para la vasectomía es la del Dr. Li con electrofulguración. Anualmente se realizan un promedio de 150 a 160 vasectomías.<sup>(38)</sup>

## DOS ASPECTOS CULTURALES: MACHISMO Y RELIGIÓN CON RESPECTO A LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

La sexualidad se manifiesta en todos los aspectos de la vida, en el desarrollo de la persona, en la acción de la relación sexual. Es una condición biológica que se ve confrontada con toda la condición social, la forma en que la sociedad ve al sexo.<sup>(39)</sup>

La educación sexual se da en el seno de la familia de manera implícita y forma parte del proceso de socialización. La retroalimentación de esta educación sexual continua y recíproca establece los roles sexuales. El establecer una educación sexual primaria en la familia es adjudicarle al individuo valores, juicios y preceptos con respecto al sexo.<sup>(39)</sup>

“Uno de los factores importantes que obstaculiza la aceptación del uso de métodos anticonceptivos es el machismo.”<sup>(40)</sup>

Las diferencias en actitudes, valores y rasgos de personalidad se deben primordialmente a la diferencia que la cultura ha dado al hombre y a la mujer.<sup>(40)</sup>

Puesto que la familia conyugal es la institución básica en México, encontramos en ella más claramente la diferenciación entre hombre y mujer. La estructura de la familia mexicana se fundamenta en dos principios básicos<sup>(40)</sup>

- a) La Supremacía indiscutible del padre y
- b) El necesario y absoluto auto sacrificio de la madre.

Estas proposiciones fundamentales de la familia mexicana parecen derivar de orientaciones valorativas “existenciales” implicadas en la cultura mexicana, o mejor dicho, de premisas generalizadas implícitas o presupuestos socioculturales generalizados que sostienen, desde algo muy profundo, la “superioridad” indudable, biológica y natural del hombre sobre la mujer.<sup>(40)</sup>

Antes de que nazca un niño, ya existen anticipaciones específicas: ¡Debe ser niño! Actitud narcisista del padre que desea un hombre como él, que se llame como él, etc. La virilidad de un padre que da nacimiento a una niña queda en entredicho, y una niña solamente es aceptada después de varios varones, a fin de que sirva a sus hermanos.<sup>(40)</sup>

Durante toda la niñez, el signo de virilidad en el hombre es el valor hasta la temeridad, la agresividad, la brusquedad y el “no rajarse”; y la niña debe crecer hasta ser igual a su destino: femineidad superlativa, el hogar y la maternidad.<sup>(38)</sup>

Durante la adolescencia, el signo de virilidad en el macho es hablar o actuar en la esfera sexual.<sup>(40)</sup>

Desde la adolescencia en adelante y a través de la existencia entera del varón, la virilidad será medida por la potencia sexual y sólo secundariamente en términos de fuerza física, valor a audacia.<sup>(40)</sup>

Para la mujer no es femenino obtener conocimientos superiores, se limitan únicamente a las labores hogareñas, los hermanos en cambio, son fieles custodios de la castidad de la mujer; así durante la adolescencia y la juventud, las mujeres

mexicanas atraviesan el período más feliz de sus existencias y tarde o temprano se convertirán en la mujer ideal de un hombre dado, disfrutando la ternura de que el mexicano es capaz, y sí lo es, ya que a través de sus relaciones infantiles con la madre, ha aprendido muy bien un intenso y extenso repertorio de expresiones afectivas.<sup>(40)</sup>

Poco después de concluir la luna de miel, el esposo pasa de esclavo a rey y el idealismo del varón se canaliza rápidamente hacia la madre, y para empeorar la situación, a la esposa no se retoma como objeto sexual por temor a que ella se interese demasiado por el sexo, y sólo se ve recompensada cuando sus hijos la consideren el ser más querido que existe, o sea, en la maternidad. La mujer es bien vista como madre y no como sexo.<sup>(40)</sup>

El esposo debe trabajar y proveer, nada sabe y nada quiere saber acerca de lo que sucede en casa y prosigue una vida con los amigos que en nada difiere a la que practicó antes de casarse. Hacia sus hijos muestra afecto, pero antes que nada, autoridad.<sup>(40)</sup>

Los hombres desean más hijos por la pobre participación que tienen en la evolución y desarrollo del niño, además de que estando su mujer encinta se sienten seguros de que ésta no podrá serles infiel.<sup>(40)</sup>

Al ser la mujer económicamente dependiente del marido, lo es también a nivel conductual. El marido es el que manda, dispone, castiga, premia, reprocha, etc. Mientras que la mujer acata, obedece y calla.<sup>(40)</sup>

Las normas sociales que consideran al hombre "superior" a la mujer son más flexibles y permisivas, esto lo lleva a ser pendenciero, irresponsable, mujeriego y la inseguridad lo lleva a demostrar constantemente su hombría y difícilmente acepta que la mujer lo supere o iguale en talento, sabiduría o autoridad.<sup>(40)</sup>

Además de machismo, la religión es otro de los factores que limitan la aceptación y uso de métodos anticonceptivos. La religión es un medio de control masivo que ha permitido fortalecer actitudes poco favorables hacia la planificación familiar.<sup>(40)</sup>

Es de conocimiento popular "que hay que tener los hijos que Dios nos mande" y de no interferir por ningún motivo en la concepción sino al contrario, fomentarla.<sup>(40)</sup>

El fanatismo religioso propicia la ignorancia y limita la superación individual. El control que la religión ejerce a través de la conciencia (remordimientos) induce miedo e intranquilidad y restringe la decisión personal.<sup>(40)</sup>

En la medida en que la mujer abandone actitudes dependientes, religiosas y analfabetas y se incorpore paulatinamente a la vida económica, política, educativa y sociocultural del país (como ya está sucediendo) y al mismo tiempo el hombre acepte (no sólo por conveniencia) la igualdad humana con respecto a la mujer y abandone actitudes machistas y religiosas e incremente el interés por la superación personal en los mismos aspectos mencionados, la planificación familiar producirá los efectos deseados.<sup>(41)</sup>

Por otro lado, como la familia es un elemento primario importantísimo de formación e integración en el perfil de la personalidad del individuo; que parte del proceso de

socialización y que incluye la educación sexual del tipo informal, que trascenderá para la relación dinámica del individuo y la sociedad y que, de acuerdo a un adecuado o inadecuado proceso de integración emotiva y social le irá fortaleciendo o disminuyendo un conjunto de capacidades que le harán trascender o no como un ser humano en el sentido más amplio de la palabra.<sup>(41)</sup>

## VASECTOMIA

### Definición

La vasectomía es un procedimiento que tiene como propósito la sección y obstrucción por medios quirúrgicos de los conductos deferentes, con el fin de impedir el paso de los espermatozoides de los testículos hacia los vasos deferentes donde se mantienen depositados antes de salir al exterior.<sup>(42)</sup>

Las funciones de la próstata, glándula de Cowper y la vesícula seminal no se modifican, así como tampoco la función hormonal de los testículos. El único cambio que ocurre, pero solo en forma temporal, es una supresión de la producción de espermatozoides que, aunque se siguen formando no avanzan hacia los deferentes y son absorbidos por el organismo.<sup>(42)</sup>

La vasectomía es uno de los métodos permanentes más sencillo, económico y seguro para el control de la natalidad y, actualmente, muy aceptado en el ámbito mundial.<sup>(42)</sup>

### Prevalencia

Se estima que 42 millones de parejas recurren a la vasectomía, en comparación con casi 140 millones que recurren a la esterilización femenina (Population Reports, 1992). Su uso se ha popularizado tanto que, por ejemplo, en Nueva Zelanda el 20% de los hombres casados con mujeres en edad fértil están vasectomizados. De los países en vías de desarrollo, Corea del Sur ocupa el primer lugar con un 10% (Population Reports, 1992). También se utiliza con mucha frecuencia en países desarrollados como E.E.U.U., Australia, Inglaterra, Canadá y Holanda y en países en vías de desarrollo como China y la India. En Latinoamérica, la aceptación ha sido menor por ser culturas eminentemente machista donde la responsabilidad del control de la natalidad recae casi por entero en la mujer.<sup>(42)</sup>

### Aspectos Históricos

1775.- John Hunter, cirujano inglés, realizó una oclusión del conducto deferente.

1830.- Sir Astley Cooper inicio trabajos experimentales sobre vasectomía con perros, experimentó con la obstrucción de venas, arterias y conducto deferente.

1883.- Felix Guyton realizó simultáneamente algunas cirugías de próstata con vasectomías, debido a que se reduce la incidencia de epididimitis postoperatoria.

1880.- Harry Sharp ejecutó una vasectomía en un enfermo mental y en los diez años posteriores realizó 456 vasectomías en usuarios sanos, con el propósito de esterilización.

1897.- H.G. Lennander realizó una vasectomía simultánea a una cirugía de próstata.

1950-1960. En el Sur de Asia la vasectomía cobra gran auge. En E.U.A. y Europa la vasectomía recibió la mayor atención cuando coincidió una campaña para estimular la responsabilidad masculina en la planificación familiar.

1970.- Se establece el primer programa de vasectomía en Colombia. En E.U.A. el número de vasectomías se incrementó de 250,000 en 1969 a 750,000.

1974.- El Dr. Li Shunqiang del Instituto Congqing de investigación Científica en Planificación Familiar de la República de China, desarrolló la técnica quirúrgica que obviaba el uso del bisturí.

1987.- La ONU calculó que cerca de 60 millones de hombres han elegido la vasectomía como método para planificación familiar.

1989.- El Instituto Mexicano del Seguro Social introduce a México la técnica de Vasectomía sin Bisturí en las unidades de Medicina Familiar.

1993.- La Dirección General de Planificación Familiar (actualmente Dirección de Salud Reproductiva) de la Secretaría de Salud, inicia el programa de Vasectomía sin Bisturí con cobertura nacional.

1999.- La Dirección General de Salud Reproductiva (actualmente Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva) adopta la modificación a la técnica original del Dr. Li, e inicia con la interposición de fascia entre los cabos del conducto deferente, para aumentar la efectividad del procedimiento (porcentaje de falla menor al 16%).

2000.- La Dirección General de Salud Reproductiva, en el programa de acción de Salud Reproductiva, incorpora la participación del hombre en la salud sexual y reproducción.

2003.- Surge el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva y se retoma el programa de Salud Sexual y Reproductiva del hombre con acciones específicas para mejorar su salud sexual y reproductiva."<sup>(43)</sup>

### Aspectos Clínicos

Antes de la vasectomía se debe realizar una historia clínica que incluya: antecedentes de traumatismo o lesiones testiculares, operaciones anteriores, alergias (en especial anestésicos locales o analgésicos), enfermedades cardíacas, infecciones urinarias, diabetes, anemia y enfermedades de transmisión sexual. También se debe evaluar la salud general de pacientes, incluyendo pulso y tensión arterial y realizar exámenes de laboratorio; sin embargo, no es indispensable la rutina preoperatoria completa antes de la intervención.<sup>(44)</sup>

### Criterios De Selección

Los criterios de selección, basados primordialmente en la edad del sujeto, el número de hijos vivos y su sexo, así como la duración del matrimonio, tradicionalmente utilizados en la mayoría de los países, respetando el derecho de la pareja a decidir el número y el espaciamiento de sus hijos, resultan insuficientes para el médico y conducen con cierta frecuencia al uso de métodos temporales que se asocian con una mayor tasa de embarazos.<sup>(37)</sup>

Por lo anterior y de acuerdo con Mumford, es necesario utilizar otros indicadores tales como madurez biológica y psicológica de ambos miembros de la pareja, firme decisión basada en información completa y veraz sobre la naturaleza, beneficios y riesgos del procedimiento y valoración realista de la circunstancia vitales presentes y futuras.<sup>(37)</sup>



#### Indicaciones:

“Hombres en edad fértil con vida sexual activa, que deseen un método permanente de anticoncepción en las siguientes condiciones:

- Paridad satisfecha.
- Razones médicas.
- Retardo mental.
- Prevención de la transmisión de enfermedades hereditarias de carácter dominante.”<sup>(37)</sup>

#### Contraindicaciones:

La vasectomía está contraindicada en aquellos sujetos:

- Cuya decisión sea dudosa.
- Inmaduros, biológica o psicológicamente.
- Con temor a los posibles efectos de la operación sobre su estado de salud o posible pérdida de la virilidad.
- Cuya decisión sea tomada en base a información insuficiente o errónea.
- Con disfunción sexual y que confía en que la vasectomía va a resolver su problema.
- Psicópatas.
- Criptoquídea bilateral.”<sup>(37)</sup>

#### Precauciones:

- “Hernia inguinoescrotal.
- Hidrocele.
- Varicocele.
- Infección en el área operatoria.”<sup>(37)</sup>

#### Orientación-Consejería

La orientación-consejería (O-C) es de gran utilidad en la presentación del servicio de VSB, porque a través de ella el personal de salud ofrece al solicitante la posibilidad de tomar una decisión fundamentada en el conocimiento de otras opciones anticonceptivas, del método en sí mismo, su técnica, los efectos colaterales, así como las posibles complicaciones. Además permite abordar temas estrechamente relacionados con su vida sexual y reproductiva. Como consecuencia de este proceso de comunicación interpersonal, el solicitante informado acepta la realización del procedimiento y firma tanto la Hoja de Consentimiento informado como la Hoja de Autorización Quirúrgica de Anticoncepción. Todo este proceso se debe llevar a cabo con cada uno de los solicitantes del método y es requisito indispensable antes de proceder a la cirugía.<sup>(37)</sup>

## Anatomía Del Aparato Reproductor Masculino

Con el propósito de poder comprender mejor la técnica quirúrgica utilizada para realizar la vasectomía, se describirá a continuación la anatomía del aparato reproductor masculino, constituido por los testículos, epidídimos, conductos deferentes, vesículas seminales, próstata, glándulas accesorias y pene.<sup>(45)</sup>

El testículo es un órgano para situado en el saco escrotal, tiene forma ovoide aplanada en el sentido transversal, mide en el adulto aproximadamente de 5 cm de longitud, 2.5 cm de ancho y 3 cm de altura y pesa aproximadamente 20 grs.<sup>(45)</sup>

Está estructurado por los túbulos seminíferos, que son conductos de 30 a 60 cm de longitud dispuestos en forma de asa y en cuyo interior se forman los espermatozoides.<sup>(45)</sup>

Los túbulos seminíferos convergen en un tubo de mayor calibre llamado epidídimo el que a su vez se continúa con el conducto deferente que desemboca en la uretra prostática.<sup>(45)</sup>

La próstata es un órgano en forma de cono aplanado de delante a atrás, cuya base dirigida hacia arriba está en contacto con la vejiga y cuyo vértice se pone en contacto con la aponeurosis media del perineo. Está formada por el estroma y los elementos glandulares.<sup>(45)</sup>

Las vesículas seminales son dos estructuras piriformes, de 5 a 6 cm de largo y 1.6 cm de ancho.<sup>(46)</sup>

Están situadas atrás y arriba de la próstata, entre la vejiga y el recto y están constituidas por un epitelio glandular de tipo secretor.<sup>(46)</sup>

Las glándulas bulbouretrales son dos órganos esféricos de 5 a 6 mm de diámetro, situadas en el diafragma urogenital, su orificio excretor se encuentra en la pared inferior del fondo de saco del bulbo, en la unión de este último con la uretra peneana.<sup>(46)</sup>

El pene es el órgano de la copulación; está situado por encima y delante del escroto, por debajo y por delante de la sínfisis pubiana.<sup>(46)</sup>

En su conformación exterior se distinguen el cuerpo y la extremidad anterior o glande. Está cubierto, más o menos según los sujetos, por un repliegue mitad mucoso, que se denomina prepucio.<sup>(46)</sup>

Por dentro de la fascia penis que los recubre se encuentran los órganos eréctiles en número de tres: los dos cuerpos cavernosos derecho e izquierdo y el cuerpo esponjoso el cual envuelve a la uretra anterior en toda su extensión.<sup>(46)</sup>

## Técnica Quirúrgica

### Convencional

Es un procedimiento sencillo que se practica bajo anestesia local y que no requiere de hospitalización. Algunos hombres requieren sedación y, en muy pocos casos, anestesia general. La anestesia se logra inyectando entre 2 y 5cc de lidocaína al 2% en la piel del escroto y en las paredes de los vasos deferentes que previamente han sido localizados mediante tacto digital. El hombre con una piel muy gruesa, esta maniobra es difícil y se puede confundir el deferente con el músculo cremaster, con linfáticos engrosados o con vasos sanguíneos trombosados.<sup>(43)</sup>

Una vez logrado el efecto anestésico, se procede a cortar la piel, mediante dos incisiones sobre la zona de los deferentes o mediante una incisión en la línea media del escroto. Se exterioriza el deferente con un pinza colocada a través del asa creada o con pinzas especiales diseñadas par este tipo de operación luego se procede a la vasectomía mediante diferentes técnicas: ligadura con material absorbible o no absorbible, electrocoagulación y colocación de clips o grapas especiales.<sup>(43)</sup>

A escala experimental se ha usado la inyección de sustancias químicas que destruyen el deferente o de tapones plásticos, con la idea de que, si en un futuro el hombre desea restaurar su fertilidad, se le extrae el tapón. La mayoría de las técnicas usadas, recomiendan la remoción de una porción del deferente para ser mas improbables una recanalización espontánea. Una vez seccionado el deferente, se procede al cierre de la piel y se cubre con unas gasas que se sostienen con un suspensorio.<sup>(43)</sup>

### Técnica Sin Bisturí

Esta técnica fue desarrollada por Li y colaboradores (1991), en China, dónde más de 9 millones de hombres se la han realizado. Por ser más rápidas, menos invasiva y requerir tanto solo de dos instrumentos simples, está siendo empleado en ámbito mundial como la técnica de elección para la vasectomía (González et al, 1991). Se basa en los mismos principios de la técnica convencional, pero utiliza una pinza de anillo en la punta que sirve para sujetar firmemente el vaso deferente sin penetrar la piel y una pinza con una punta cortante muy fina que se utiliza para abrir un pequeño agujero en la piel y extraer el deferente. Se utilizan las pinzas del Dr. Li para realizar una pequeña punción en la unión del tercio superior y medio del rafé escrotal a través de la cual se localiza y expone el conducto deferente. Una vez expuesto el conducto deferente, se diseca, se liga y secciona un centímetro del mismo, se procede de manera similar con el deferente contralateral, en ocasiones también se electrofulgura, y no se sutura el orificio en la piel.<sup>(43)</sup>

La fulguración del deferente o coagulación con aguja de electrodo, tiene como objeto el destruir el recubrimiento epitelial sin destruir la musculatura que la rodea, la técnica de Schmit quien fulgura la porción proximal del deferente con una aguja electrodo introduciéndola aproximadamente 4mm en lumen, la porción del deferente es fulgurada sobre la superficie cortada únicamente y la envoltura del deferente es cerrada sobre éste con una sola sutura. Esta forma una barrera entre la fascia y el extremo del deferente y ofrece así protección contra la recanalización. El tejido así tratado queda liso y regular en comparación con el tejido irregular que resulta la ligadura.<sup>(43)</sup>

## Instrucciones Preoperatorias

- Baño corporal normal y desayuno ligero. No es necesario el ayuno por el tipo de anestesia que se utiliza y el corto tiempo quirúrgico.<sup>(42)</sup>
- La tricotomía (rasurado) del área quirúrgica (zona anterior del escroto) se debe realizar de preferencia en el domicilio y durante el baño.<sup>(42)</sup>
- Asistir acompañado por si presenta cualquier molestia posterior al procedimiento y tenga quien ayude al usuario en su traslado.<sup>(42)</sup>
- Debe llevar consigo ropa interior ajustada o suspensorio para que después de la cirugía el escroto permanezca inmóvil.<sup>(42)</sup>

## Instrucciones Postoperatorias

- Reposo absoluto por 4 hrs. No conducir vehículo.<sup>(42)</sup>
- Sobre la trusa o suspensorio, colocar una bolsa de hielo por 30 min, retirarla otros 30 minutos, alternando así hasta completar las 4 hrs de reposo.<sup>(42)</sup>
- Prescripción de un antiinflamatorio y un analgésico.<sup>(42)</sup>
- Evitar esfuerzos físicos.<sup>(42)</sup>
- El usuario deberá bañarse a las 24 hrs del procedimiento sin mojar el área de la cirugía.<sup>(42)</sup>
- A las 48 hrs del procedimiento deberá repetir el baño retirando la gasa y lavando con mucho cuidado el área operada.<sup>(42)</sup>
- Si las actividades laborales no requieren de esfuerzos físicos se pueden reiniciar a las 48 hrs de la cirugía.<sup>(42)</sup>
- El uso de ropa interior ajustada o suspensorio debe continuar por 7 días más después de la cirugía para evitar el movimiento de los testículos en la bolsa escrotal.<sup>(42)</sup>
- Al séptimo día debe asistir a revisión médica, en el mismo lugar donde le intervinieron.<sup>(42)</sup>
- Se recomienda el inicio de la actividad sexual al séptimo día de la cirugía para comenzar con el vaciamiento de los espermatozoides que se encuentran todavía alojados en las vesículas seminales.<sup>(42)</sup>
- Se indica el uso de algún método anticonceptivo temporal (durante los 3 primeros meses o las primeras 25 eyaculaciones) por parte del varón o de su pareja; por el riesgo de embarazo que existe en etapa de vaciamiento de espermatozoides.<sup>(42)</sup>

## Seguimiento Del Usuario

El seguimiento estrecho del usuario vasectomizado es fundamental. Sólo así se garantiza la efectividad del método.<sup>(37)</sup>

- La primera revisión se hace a los siete días post-cirugía y las subsecuentes anualmente por dos años o antes, si el usuario lo considera necesario.<sup>(37)</sup>
- Debe realizarse un espermatoconteo a las 25 eyaculaciones o transcurridos tres meses de la cirugía. Si el estudio es negativo se otorga el alta definitiva, en caso contrario se repite al mes o después de diez eyaculaciones. Si persiste positivo se deberá plantear la reintervención. Durante este lapso se debe recomendar a la pareja el uso de un método de apoyo.<sup>(37)</sup>

Después de 6 semanas a 15 eyaculaciones la mayoría de los hombres quedan azoospermicos.<sup>(37)</sup>

## Efectividad

La vasectomía es uno de los métodos anticonceptivos más efectivos, con una incidencia de embarazos que varían de 1 a 2/1000 procedimientos, lo cual la hace más efectivo que la esterilización quirúrgica femenina. Entre las causas de fracaso están los errores de técnica quirúrgica en la que el deferente se confunde con una arteria. Esta complicación se evita palpando la estructura y verificando que no tiene latido.<sup>(37)</sup>

La recanalización espontánea es otra causa de fracaso y suele ocurrir en los primeros meses luego de la operación, aunque se han descrito casos tardíos. La recanalización generalmente ocurre cuando hay formación de granulomas espermáticos. Otra causa común de embarazo, es cuando el individuo tiene relaciones no protegidas antes de que el Espermatoograma demuestre la ausencia de espermatozoides. En casos raros de malformaciones congénitas pueden existir mas de 2 deferentes que no fueron ligados.<sup>(37)</sup>

## Complicaciones

La vasectomía es una técnica segura con una incidencia de complicaciones menor al 5% y cuando se cumple las normas básicas de antisepsia y técnica quirúrgica la mortalidad es de 1/300 000 procedimientos. Entre las complicaciones más frecuentes se encuentran:<sup>(42)</sup>

- Dolor. Aunque es un procedimiento sencillo, el hecho de que el hombre se sienta aprensivo, sobre el sitio donde se va hacer la incisión, le hace sentir mas dolor del que pudiera esperarse, sobre todo cuando se realiza la tracción de los deferentes. El dolor postoperatorio se puede prevenir con la inyección de 1 cc de bupivacaína en la luz deferente.<sup>(42)</sup>

En el postoperatorio tardío también puede haber dolor que puede persistir por meses durante la erección y, sobre todo, durante la eyaculación. Estos dolores debido a las contracciones del cabo proximal del deferente que esta distendido por la acumulación de espermatozoides de que no pueden pasar. Algunos casos son tan rebeldes al tratamiento con analgésicos, que la única alternativa es la recanalización, con la que se han obtenido diferentes resultados (Myer et al, 1997). Sin embargo, en la mayoría de los casos la vasectomía no produce molestias.<sup>(42)</sup>

- Edema. Ocurre como consecuencia del trauma quirúrgico con una frecuencia que varía entre el 0.8% y el 67% de los casos. En algunos hombres se asocia con decoloración de la piel en la zona del escroto, aunque puede extenderse al pene, región inguinal, cara interna de los muslos y, en casos muy raros, hasta la parte baja del abdomen. Es una complicación sin consecuencias que sede espontáneamente a las pocas semanas de la operación.<sup>(42)</sup>
- Hematoma. Es una complicación que ocurre en el 2% de los casos, sobre todo, cuando no se hace una buena ligadura de los vasos sanguíneos durante la operación o cuando no se guarda reposo en el postoperatorio inmediato. Usualmente es pequeño y no requiere tratamiento.<sup>(42)</sup>
- Infección. Es una complicación rara que ocurre en menos del 2% de los casos y se puede manifestar en forma de orquitis, epididimitis y celulitis.<sup>(42)</sup>

- Granulomas. Cuando por alguna razón existe paso de espermatozoides de los deferentes hacia los tejidos vecinos, el organismo reacciona con la formación de granulomas. Es una complicación rara, que ocurre en menos de 0.5% de los casos y evoluciona sin problemas.<sup>(42)</sup>
- Litiasis Urinaria. Se ha señalado que el EQ puede incrementar el riesgo de litiasis de las vías urinarias en los hombres menores de 46 años en 1,9, mientras que para los 46 años o más el riesgo fue de 0.9 y el riesgo persiste por 14 años luego de la vasectomía.<sup>(42)</sup>
- Cáncer de próstata y testículo. En algunos estudios se ha encontrado un incremento en la incidencia de cáncer de próstata en individuos vasectomizados (Giodanucci et al, 1993), cuya etiología podría estar relacionada a la elevada producción de dehidrotosterona que se ha observado en estos pacientes. Esta elevación está en relación directa al tiempo que ha transcurrido desde la operación (Mo et al, 1995). Sin embargo estudios multicéntricos, multirraciales y de meta-análisis llegaron a la conclusión de que la vasectomía no aumenta el riesgo de cáncer de próstata ni de testículo y que el despistare se debe hacer de la misma forma que se hace en la población general. (Jonh et al, 1995; Lynge et al, 1994; Halay, 1993).<sup>(42)</sup>
- Efectos Psicológicos. Dada la importancia que tienen los genitales en la sexualidad del hombre, se han señalado complicaciones psicosexuales, sobre todo en individuos predispuestos (Popultion Reports, 1983). Los estudios han señalado que si un hombre crece con un buen ajuste sexual y sin trastornos psicológicos, no tiene porque presentar problemas, en razón de que el procedimiento en si no afecta la función sexual.<sup>(42)</sup>

### Ventajas

Es un método efectivo y simple, que requiere de poco entrenamiento quirúrgico y se puede hacer con anestesia local y se puede hacer en menos de quince minutos debido a que no necesita de un ambiente quirúrgico especial ni de equipo médico costoso, resulta un procedimiento económico y accesible a grandes masas de población. Es un operación segura, con pocas complicaciones y con una mortalidad casi nula.<sup>(42)</sup>

Para aquellos individuos con miedo a que en un futuro pueda necesitar de la necesidad de la fecundación, existen bancos de semen donde los espermazoides se pueden almacenar en tanques especiales de nitrógeno líquido donde conservan su capacidad de fertilización hasta por mas de 10 años.<sup>(42)</sup>

### Desventajas

Por ser un procedimiento quirúrgico, no está libre de complicaciones y no deja de producir cierto temor. Su principal desventaja, es que muchos hombres fundamentan su masculinidad en la integridad de sus genitales y en la facultad de embarazar a la mujer, por lo que el procedimiento puede ser tomado, desde el punto de vista psicológico como una castración.<sup>(42)</sup>

No es un método 100% efectivo aunque en la práctica tampoco los otros métodos anticonceptivos lo son. Tiene una excelente relación costo-beneficio, porque si bien requiere de un costo inicial elevado dura por el resto de la vida fértil. Se debe considerar como un método irreversible, porque las técnicas de recanalización de los

deferentes solo son efectivas en la mitad de los casos, al igual de lo que sucede con la esterilización femenina.<sup>(42)</sup>

## Efectos De La Vasectomía

No existen estudios bien documentados acerca de los posibles efectos indeseables de la vasectomía; pero de cualquier manera, las investigaciones realizadas, han estado encaminadas a encontrar su naturaleza y magnitud en los siguientes puntos:<sup>(44)</sup>

- 1) Efectos a nivel testicular.<sup>(44)</sup>
- 2) Cambios bioquímicos y su reversibilidad.<sup>(44)</sup>
- 3) Presencia de anticuerpos contra esperma y su posible relación con la enfermedad autoinmune.<sup>(44)</sup>
- 4) Cambios psicosexuales.<sup>(44)</sup>

### 1) Efectos a nivel testicular:

Es interesante ver cómo a través del tiempo, los investigadores se han preocupado por encontrar en qué forma la vasectomía afecta el sistema reproductor masculino y aunque la mayoría de las investigaciones han sido en animales los resultados obtenidos han despertado interés por saber si sucede lo mismo en humanos.<sup>(44)</sup>

En las investigaciones realizadas en hombres se ha podido comprobar que la espermatogénesis permanece inalterada. Pero en algunas especies sí se han encontrado cambios en la presión hidrostática ductal, sobre todo en la porción distal del epidídimo; aunque Kovacs no pudo comprobar cambios en el volumen testicular humano después de la vasectomía.<sup>(44)</sup>

Jarow al estudiar los cambios microscópicos en el testículo humano sí observó fibrosis, dilatación de los tubos seminíferos y reducción tanto del número de células germinales como de Sertoli.<sup>(44)</sup>

Se puede decir que la calidad del esperma puede variar; pero en términos generales, el paciente no notará cambios en lo eyaculado a no ser que sea muy observador, ya que como sabemos, un semen normal está constituido en el 90% de su volumen por secreciones de la próstata y vesícula seminales y éstas no se modifican con la vasectomía.<sup>(44)</sup>

### 2) Cambios bioquímicos y su reversibilidad:

Existen estudios enfocados a determinar los posibles cambios bioquímicos, como el de Pfenninger en 761 pacientes que tenían desde una semana hasta 6 años de haber sido operados, no encontrándose cambios en los niveles séricos de FSH, LH, testosterona ni estradiol.<sup>(44)</sup>

En otros estudios como el de Francés en 260 casos, se hicieron determinaciones séricas de glucosa, urea, creatinina, ácido úrico, enzimas hepáticas y perfil de lípidos. En donde tampoco se encontraron cambios biológicamente importantes en comparación con el grupo control.<sup>(44)</sup>

Pettiti y Massey ninguno de los dos pudo sustentar la hipótesis de que se favorezca la aterosclerosis ni que aumente la incidencia de infarto al miocardio, posterior a la vasectomía.<sup>(44)</sup>

Por lo anterior expuesto, no se puede afirmar que posterior a la vasectomía se produzcan cambios bioquímicos irreversibles, por lo menos, los primeros 10 años posteriores a la misma, ya que es el mayor tiempo que se ha estudiado.<sup>(44)</sup>

3) Presencia de anticuerpos contra espermatozoides y su posible relación con la enfermedad autoinmune:

Otro aspecto que no está bien documentado es el concerniente a la formación de anticuerpos a los diferentes componentes del espermatozoide.<sup>(44)</sup>

La rapidez con que se pueden presentar es muy variable; pues Pfenninger reporta que pueden aparecer entre 10-12 días, mientras que Lipshultz los encontró desde 7-11 días después de la vasectomía.<sup>(44)</sup>

Tratando de demostrar su presencia Hattikudur estudió 109 pacientes utilizando para ello pruebas de aglutinación (TAT), inmovilización de espermatozoides (SIT), inhibición de migración de leucitos (LIMIT), encontrando la TAT en el 76.2% de los pacientes que tuvieron un post-operatorio complicado (granuloma); mientras que no hubo aumento significativo en LIMIT en comparación con el grupo control.<sup>(44)</sup>

Ni Smith, Hattikudur ni Pfenninger pudieron comprobar la posible respuesta cruzada de anticuerpos en la génesis de enfermedad autoinmune posterior a la cirugía.<sup>(47)</sup>

Por lo tanto no se puede sustentar ninguna de las dos teorías.<sup>(44)</sup>

4) Cambios psicosexuales:

La resonancia psicológica de cualquier método anticonceptivo dependerá de la actitud hacia el control de la natalidad, así como de la aceptación del método.<sup>(44)</sup>

La aceptación del método se verá afectada por factores extrínsecos dentro de los que tenemos a todos aquellos que están ligados al medio, y que influyen sobre la persona o pareja implicada como por ejemplo: prohibiciones acerca de la sexualidad, condicionamiento educativo o religioso-represivo, falta de difusión, propaganda mal encausada y finalmente, el rechazo por parte del médico hacia la prescripción de determinado método anticonceptivo.<sup>(44)</sup>

Los factores intrínsecos que afectan la aceptación de la anticoncepción están determinados por la organización mental del sujeto, de sus conflictos más o menos conscientes o inconscientes, acerca de la sexualidad humana, cuyo valor psicológico está determinado socialmente; esta integración de la conducta y del deseo sexual se opera a lo largo de las etapas del desarrollo de la personalidad, es decir, a lo largo de la vida.<sup>(44)</sup>

Un punto importante acerca de la sexualidad humana es la auto percepción que cada individuo sobre la definición auténtica de su propio sexo (masculinidad/feminidad) en lo que Williams encontró que el grado de masculinidad para estar muy relacionado con la respuesta hacia la vasectomía.<sup>(44)</sup>

Ante la posibilidad de que la esterilización masculina, sea potencialmente desmasculinizante. Díaz estudió 200 vasectomizados sobre los hábitos sexuales y encontró: que el 64% no presentó cambios en la frecuencia de las relaciones sexuales, en el 21% aumentó y en el 15% disminuyó. También se estudió el deseo sexual, el cual se mantuvo inalterado en el 69%, en el 12% aumentó y en el 19%



disminuyó. Además se investigó la erección que fue pobre en el 13% (atribuido esto a una personalidad inadecuada e inestable) y únicamente en el 1% hubo eyaculación prematura y anorgasmia (no se reportó la explicación de este cambio).<sup>(44)</sup>

No se puede concluir que la vasectomía afecte los hábitos sexuales a no ser que prevalezca un problema de personalidad anterior a la cirugía.<sup>(44)</sup>

Del 92-99% de los pacientes estudiados por Lipshultz están satisfechos con el procedimiento.<sup>(44)</sup>

#### Otras Investigaciones Científicas

Rodgers y Ziegler, utilizando datos recopilados durante un período de 4 años, compararon el comportamiento sexual y de las actitudes psicológicas de 37 parejas en las cuales el marido se había sometido a vasectomía y de 22 parejas en las cuales el marido no había practicado la vasectomía pero la esposa estaba usando anticonceptivos orales. Después de dos años en el grupo de vasectomía hubo más parejas que mostraron una disminución de la satisfacción marital que el grupo de anticonceptivos orales. Los investigadores atribuyeron esto al hecho de que los maridos esperaban especial reconocimiento o gratitud por parte de sus esposas por haber asumido la responsabilidad de la anticoncepción. La mayoría de los hombres intervinientes en el estudio admitieron experimentar un aumento en la preocupación acerca de su masculinidad después de la operación. La frecuencia de las relaciones sexuales creció en el grupo de vasectomía y algunos se exigieron en exceso su capacidad sexual en un esfuerzo por confirmar su masculinidad, reacción que también ha sido observada en otros estudios: el resultado inicial fue incremento de la incidencia de la eyaculación prematura e impotencia sexual temporaria. Cuatro años más tarde, sin embargo, el grupo de vasectomía no tenía más problemas que los que tenían las parejas que utilizaban anticonceptivos. Esto sugiere que, después de un tiempo, la mayoría de los hombres pueden resolver los problemas psicológicos asociados con la vasectomía. Rodger y Ziegler concluyeron que, si se corrigieran las ideas falsas, la vasectomía tendría sólo mínimo efecto en el comportamiento sexual.<sup>(47)</sup>

En un estudio de 1500 sujetos a los que se les practicó la vasectomía, realizada por Giner Velázquez en 1983 fue reportado con los siguientes resultados: una eficacia de método de esterilidad en 99.8% de la vasectomía. Las complicaciones observadas fueron las siguientes: epididimitis congestiva en 23 casos (1.7%), disminución de la libido en 20 casos (1.5%), disminución de la potencia sexual en 3 casos (0.2%), formación de hematomas en 2 casos (0.15%) granuloma espermático en 10 casos (0.7%), prostatovesiculitis en un caso (0.07%), e infección con absceso intraescrotal en un caso (0.07%).<sup>(48)</sup>

En el artículo de Brechina y Bigrigg, definen vasectomía como un procedimiento que ocluye los conductos deferentes, con el objetivo de bloquear el paso de los espermatozoides.<sup>(49)</sup>

El promedio a nivel mundial, de sujetos casados y vasectomizados es del 5%, en la población general. Los países con promedios mas altos registrados son: Nepal 41%, Nueva Zelanda 31%, Estados Unidos e Inglaterra 17%, y 13 – 15% Australia, Corea y Holanda. En esta serie recomiendan el conteo de espermatozoides a las 4 semanas posterior a la vasectomía, y se le llama azoospermia cuando se detecta dos muestras con cero espermatozoides. Otros autores sugieren que la primera muestra

debe de realizar a las 8 semanas posteriores a la vasectomía, esto puede variar según el ritmo de vida sexual que se tenga. La International Planned Parenthood Federation, sugiere como mínimo 20 eyaculaciones obtener la primera espermatozoos.<sup>(49)</sup>

El porcentaje de fallas es menor al 1%, esto varia según la experiencia del cirujano. Se ha reportado en la literatura mundial la recanalización posterior a 10 años de la vasectomía.<sup>(49)</sup>

Reportan una incidencia de complicaciones en el 1-6%. Las más frecuentes son el Hematoma e infección superficial, otras menos frecuentes son el granuloma espermático, epididimitis, orquitis y epididimitis congestiva. Cabe mencionar que recientemente ha cobrado interés el dolor testicular crónico, como efecto secundario tardío, en los pacientes vasectomizados.<sup>(49)</sup>

Las enfermedades asociadas de manera aisladas son el cáncer de próstata y testicular, sin que haya una predisposición por vasectomía bien establecida.<sup>(49)</sup>

Hacen mención en este artículo sobre problemas psicológicos sexuales en sujetos vasectomizados, la incidencia es menor al 1%, y la causa más frecuente es disminución de la libido.<sup>(49)</sup>

La vasectomía es un método común y efectivo, para la anticoncepción, desde 1950. Choe y cols, realizaron un estudio retrospectivo donde participaron 182 sujetos, se les aplicó un cuestionario para detectar complicaciones por vasectomía. Los autores clasificaron las complicaciones en tempranas (menor a 4 semanas) y tardías (mayor de 4 semanas posteriores a la vasectomía). Los resultados muestran que la complicación temprana más frecuente fue el sangrado y hematoma presente en 23 sujetos lo que representa un 12.6%, seguido de infección superficial (3.3%) y dehiscencia de herida (1.1%), dentro de las complicaciones tardías, el dolor escrotal fue reportado en 34 sujetos (18.7%), lo cual representa la complicación más frecuente de la vasectomía, otras complicaciones tardías son Epididimitis (6.6%), Espermatocele (1.6%) e hidrocele (1.1%). El dolor escrotal, fue responsable de molestias en la realización de actividades físicas en un 70.6%, seguido de disminución en la actividad física (17.6%) y dolor en el acto sexual (2.9%). Ellos publican que a pesar de las complicaciones el 71% quedó satisfecho de la vasectomía, 19.3% parcialmente satisfecho y el 9.3% insatisfecho.<sup>(50)</sup>

Lin y colaboradores realizaron un estudio retrospectivo sobre los efectos psicológicos posterior a la vasectomía. Ingresaron al estudio 2000 sujetos. El 75.4% tenían su residencia urbana y 24.6% rural, nivel escolar 63% con primaria terminada, seguida de secundaria terminada (21.6%), 7.2% primaria incompleta, 5.4% universidad, el resto preparatoria y carrera técnica, los agricultores, comerciantes y obreros representaron el 90% de la población, el 97.8% tenían el estado civil casado y 0.8% divorciado. El 95.4% se respondió como satisfecho en la realización de la vasectomía y únicamente 4.6% no estuvo satisfecho. El cuestionario empleado para detectar depresión fue Center for epidemiologic Studies Depression Scales, ansiedad Self rating Anxiety Scale y para la personalidad fue Eysenck Personality Questionnaire. Encontraron en el estudio, que la depresión se encuentra en un 10.6% de los sujetos vasectomizados, siendo el insomnio el indicador más frecuente (22.8%), seguido de poca motivación de las actividades y no planes a futuro

(12.75%), tristeza (10.49%), hiporexia y ausencia de la felicidad (10.20% cada uno) y por ultimo poca capacidad para la concentración (9.41%).<sup>(51)</sup>

La ansiedad se encontró en el 11.8% de los vasectomizados, los Indicadores de ansiedad fueron la causa mas frecuentes dolor (cabeza, cuello y espalda) en el 15.57%, seguido de la sensación de manos calientes y sudorosas (15.09%), debilidad (14.62%) nerviosismo (13.68%), mareo y pesadillas (7.16% y 6.53% respectivamente)<sup>(51)</sup>

Estos investigadores concluyen, efecto psicológico después de la vasectomía, se asocio con un nivel escolar mas bajo, así mismo las complicaciones psicológicas, como es la depresión y ansiedad es mucho mas frecuente que la reportada en la literatura medica.<sup>(51)</sup>

En Estados Unidos se realizan cada año 1 millón de vasectomías. Se reporta que en Inglaterra los sujetos casados el 10% esta vasectomizados y Nueva Zelanda 23%.<sup>(52)</sup>

Hay reportar en la literatura a cerca de las secuelas posteriores, entre ellas el deseo de ser padres, (en divorcio o viudez), disminución de masculinidad y la libido y presencia de dolor post quirúrgico.<sup>(52)</sup>

La ansiedad se reporta en el 22% de los sujetos vasectomizados, de los cuales tenían indecisión de la cirugía, problemas matrimoniales, miedo a perder la masculinidad.”<sup>(52)</sup>

## 1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad el control de la natalidad, es considerado como un derecho humano fundamental, y la información, educación y servicios relacionados, son fomentados en nuestro país como uno de los programas prioritarios del sector salud.

La responsabilidad de la anticoncepción de una pareja, sigue recayendo hoy en día, en nuestra sociedad en la mujer, pero esta situación va cambiando cada día a nivel mundial y nacional, el hombre se siente más participe en la responsabilidad de la anticoncepción de la pareja, la mujer le exige mayor participación en la misma y la medicina está aportando una serie de conocimientos y técnicas que permiten hacer realidad práctica la anticoncepción masculina.

La vasectomía es un método de anticoncepción quirúrgica masculina que cada día está siendo mas difundida y aceptada a nivel mundial, pero en nuestro país existe aún cierta resistencia a este método, contribuyendo a ello por un lado la falta de información, el factor sociocultural (predominio de la mentalidad masculina) y sobre todo la serie de mitos surgidos acerca de los posibles cambios en la esfera psicosexual posterior a la misma.

Por lo que es de mi interés el planteamiento de la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la función sexual de las parejas que eligen la vasectomía como método anticonceptivo en el área de Planificación Familiar del HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” del IMSS durante el 2008?

### 1.3 JUSTIFICACIÓN

El diseño del plan de estudios de la especialidad de Medicina Familiar contempla la elaboración de una investigación para la culminación de la misma, es por ello que he abordado un tema de sumo interés personal como lo es la de la función sexual en las parejas que eligen la vasectomía como método anticonceptivo, resaltando el goce pleno del ejercicio de la sexualidad en plano erótico tras la realización de la misma y que como médico de primer nivel de atención al contar con los conocimientos científicos otorgaré la debida consejería. Como consecuencia inmediata se obtendría mayor aceptación de la vasectomía en la población masculina y por ende un incremento en la realización de la misma en dicha población.

Es además de importancia para mí como médico de familia estudiar al binomio hombre-mujer puesto que ese será en mi ejercicio profesional mi unidad de estudio.

En la pareja la gratificación sexual es de fundamental importancia para llevar a cabo otras funciones, aunque pocas veces se explicita la trascendencia que para cada uno de los cónyuges tiene.

La sexualidad es, ante todo “una construcción mental de aquellos aspectos de la existencia humana que adquiere significado sexual y, por tanto, nunca es un concepto acabado y definitivo”.

El estudio de la sexualidad humana puede hacerse desde las perspectivas biológica, psicológica, social, antropológica y legal.

La sexualidad humana no tiene como única finalidad la reproducción, es por ello, que el disfrute pleno del erotismo, cumple con funciones estigmatizadas, no reconocidas o no aceptadas en el pasado como resultado de la existencia y transmisión cultural generacional de prejuicios, mitos y tabúes. Situación que en la actualidad está en fase de transición hacia la tolerancia y el respeto a la personal determinación individual y/o de pareja de poner en práctica su sexualidad de la manera más libre y respetuosa hacia sí mismo y hacia su respectivo compañero o compañera.

Debido al incremento mundial de la población y a que los recursos naturales son insuficientes, los países del mundo se han abocado a la tarea de buscar mejores métodos de planificación familiar, así en la mujer se han encontrado una serie de métodos que van desde el método de Odino (ritmo), anticonceptivos hormonales, mecánicos y quirúrgicos, siendo el más efectivo hasta el momento la vasectomía practicada en el hombre.

La vasectomía sería el método ideal para la esterilización a nivel mundial, pero los patrones culturales de cada pueblo, no han permitido la extensión de dicho método sobre todo en los países en vías de desarrollo y dentro de ellos el nuestro.

La vasectomía es un procedimiento quirúrgico de esterilización que tiene como propósito la obstrucción de los conductos deferentes en el varón, con una frecuencia baja de complicaciones. Se emplea como método definitivo de planificación familiar desde hace aproximadamente 25 años.

Un punto determinante en el éxito o fracaso del método de la vasectomía es la preocupación del paciente en la influencia negativa sobre su función sexual posterior al procedimiento. Es entonces en éste punto donde el médico familiar como médico responsable dentro del personal de salud del primer nivel de atención debe explicar ampliamente que no existe deterioro en la función sexual de los pacientes vasectomizados y que por el contrario, ante la seguridad plena de poder evitar el embarazo en forma segura y absoluta proporciona la ocasión para disfrutar de relaciones sexuales satisfactorias pues se retira un factor tensional psicológico que se presenta ante la posibilidad de una concepción no deseada o no planeada.

Así pues, a lo largo de este trabajo revisaremos el concepto de sexualidad, su historia, el estudio de la respuesta sexual humana, el concepto de función sexual, disfunción sexual, la sexualidad en pareja en el contexto mexicano, el estudio de la vasectomía desde sus orígenes, técnica, indicaciones, contraindicaciones, complicaciones secundarias a la misma, resaltando los referentes al aspecto psicológico y social, siendo éstos los que influyen en gran parte en la no aceptación de la vasectomía.

El pretender investigar la función sexual de las parejas postvasectomía es con la finalidad de que el médico de familia sea capaz de contar con los conocimientos de un sustento científico que le permitan tener una visión integradora en la atención del paciente, la familia y la sociedad y poder otorgar así una consejería mas convincente. Por otro lado, incrementar la participación del varón en la planificación familiar en busca de la salud reproductiva de la pareja a través de la práctica de la vasectomía, y con ello, comprometerlos con la planificación de la misma y obtener su intervención en la disminución de las tasas de fecundidad y natalidad, como en un decremento más armónico de la población. Así mismo, con la equidad de género en el tema de salud reproductiva se afianzaran aún más los lazos de unión en la pareja en donde la vivencia de la sexualidad contribuya a su crecimiento.

## **1.4 HIPÓTESIS.**

### **Ho:.**

La función sexual permanece sin modificaciones en las parejas que eligen la vasectomía como método anticonceptivo en el área de Planificación Familiar del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del IMSS durante 2008.

### **Ha:**

Existen modificaciones de la función sexual en las parejas que eligen la vasectomía como método anticonceptivo en el área de Planificación Familiar del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del IMSS durante el 2008.

### **Ht:**

Demostrar que la función sexual permanece sin modificaciones en las parejas que eligen la vasectomía como método anticonceptivo en el área de Planificación Familiar del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del IMSS durante el 2008.

### **He:**

La función sexual permanece sin modificaciones en el 95% de las parejas que eligen la vasectomía como método anticonceptivo en el área de Planificación Familiar del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del IMSS durante 2008.

## **1.5 OBJETIVOS**

### **1.5.1 Objetivo General:**

Evaluar la función sexual de las parejas que eligen la vasectomía como método anticonceptivo en el área de Planificación Familiar del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del IMSS durante el 2008.

### **1.5.2 Objetivos Específicos:**

- 1.5.2.1 Determinar la función sexual en las parejas que eligen la vasectomía como método anticonceptivo objeto de estudio.
- 1.5.2.2 Establecer las modificaciones de la función sexual en las parejas que eligen la vasectomía como método anticonceptivo
- 1.5.2.3 Analizar la calidad de la función sexual en las parejas que eligen la vasectomía como método anticonceptivo.



## 2. MATERIAL Y MÉTODOS

### 2.1 Tipo de Estudio

**Por el control de la maniobra experimental por el investigador:**

Observacional.

**Por la captación de la información:**

Prospectivo.

**Por la medición del fenómeno en el tiempo:**

Transversal.

**Por la presencia de grupo de control**

Descriptivo.

**Por la dirección del análisis**

Encuesta

### 2.2 Población, Lugar y Tiempo

Se desarrolló en el área de Planificación Familiar del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del IMSS en un período comprendido del 1 de Enero al 30 de Diciembre del 2008 a parejas derechohabientes y no derechohabientes con edades comprendidas entre 20 y 51 años, que cumplieron con los criterios de inclusión.

### 2.3 Muestra

Dado que se desconoce la dimensión de la población en estudio se decide un muestreo no probabilística; intencional; al azar en una cantidad arbitraria que se presume representativa; sin embargo, en caso de poderse identificar las dimensiones de la población se aplicará la siguiente fórmula para calcular la muestra.

#### CÁLCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL

$$No = \frac{z^2 q}{e^2 p} / 1 + 1/n (z^2 q / e^2 p - 1)$$

**Donde:**

z= nivel de confianza (95%)

e= error muestral (0.2%)

p= probabilidad de éxito (0.75%)

q= probabilidad de fracaso (0.25%)

n= universo

p = 0.05

z = 1.96

q = 1-p = 0.95

d = (coeficiente de confiabilidad) (error estándar)= 0.05

$$n = \frac{(z^2) (z)^2 (d) (q)}{(p)^2(z^2-1) + (z)^2 (p) (q)} = 110$$

## 2.4 Criterios de selección

### 2.4.1 Criterios de inclusión:

- Parejas de edad entre 20-51 años.
- Parejas estables por lo menos un año de relación.
- Parejas con vida sexual activa.
- Parejas que acudieron al área de Planificación Familiar del HGZ/UMF No. 8. y el varón se realizó la vasectomía en la misma.
- El tiempo post vasectomía considerado para el presente estudio fué de 2 meses hasta no mas allá de un año.
- Parejas heterosexuales.
- Ser derechohabiente o no del IMSS.
- Sin enfermedades de tipo crónico o degenerativo.

### 2.4.2 Criterios de exclusión:

- Parejas que no desearon contestar el cuestionario.
- Hombres que no contaron con pareja.
- Parejas menores de 20 años o mayores de 51 años.
- Parejas sin vida sexual activa.
- Varones que no se realizaron la vasectomía en el área de Planificación Familiar en el HGZ/UMF No. 8
- Varones cuya realización de la vasectomía rebasó el año de habérsela practicado.

### 2.4.3 Criterios de eliminación:

- Parejas que habiendo aceptado participar decidieron no hacerlo.
- Parejas que habiendo cumplido los criterios de inclusión, dejaron de hacerlo.
- Parejas que no concluyeron con el estudio.

## 2.5 Tipo de Variables

### **Especificación de Variables:**

#### **Independiente**

Vasectomía

## **Dependiente.**

Función Sexual

## **Variables Universales**

Edad

Estado civil

Ocupación

Escolaridad

Religión

## 2.6 Variables (definición conceptual y operativa)

### **Vasectomía**

Definición Conceptual

Es un procedimiento que tiene como propósito la sección y obstrucción por medios quirúrgicos de los conductos deferentes, con el fin de impedir el paso de los espermatozoides de los testículos hacia los vasos deferentes donde se mantienen depositados antes de salir al exterior.

Definición Operativa

Método definitivo de planificación familiar consistente en oclusión del deferente.

### **Función Sexual**

Definición Conceptual

Constituye la expresión de la integridad orgánica y funcional del sistema neuroendocrino y del aparato reproductor que permite al organismo llevar a cabo la actividad sexual con una respuesta adecuada.

Definición Operativa.

Integración armónica del sexo (netamente biológico) de una pareja que eligió vasectomía.

## 2.7 Instrumento de Recolección de Datos.

Ver Anexo 4.

## 2.8 Método de Recolección de Datos:

Se solicitó la autorización del Comité de Investigación en Salud del HGZ No 8, del IMSS para la realización de este tipo de encuesta.

Los datos se presentan en hoja individual que contiene gráficas y cuadro de valores de referencia, para cada reactivo se usará una hoja independiente para las variables universales.

Se elaboró en Programa SPSS 15 una base de datos donde se incluyen los datos de todas y cada una de las mujeres encuestadas y a partir de esa base de datos se efectuó un análisis de porcentajes mayores, curva de distribución media, moda y mediana de la muestra, para establecer coincidencias y divergencias con los antecedentes científicos.

El presente protocolo no contraviene las consideraciones aplicables para estudio en sujetos humanos consignadas en el Protocolo de Helsinki ni las relativas de la Ley General de Salud de la República Mexicana.

## 2.9 Cronograma

Ver Anexo 5

## 2.10 Recursos

Humanos:

Un médico residente de tercer año de medicina familiar, 2 asesores de tesis.

Materiales:

Artículos, copias de encuestas, cartas de consentimiento informado, plumas, gomas, papel, hojas, lápices, computadora, calculadora, plumas, cuadernos,

Físicos:

Area de Planificación Familiar del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 del IMSS "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

Financiamiento:

Autofinanciamiento.

### 3. RESULTADOS

Para llevar a cabo esta investigación, se realizó un estudio de tipo observacional, prospectivo, descriptivo y transversal. El universo de estudio estuvo integrado por 110 varones post vasectomizados y sus respectivas parejas 110 mujeres, en edades comprendidas entre los 20 a 51 años de edad, todos derechohabientes y no derechohabientes participantes de la consulta externa del área de Planificación Familiar turno matutino del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del IMSS durante el 2008.

A los sujetos en estudio se les aplicaron dos instrumentos validados, breves y sencillos (Cuestionario de calidad de vida del departamento de Urología de la Universidad de California en los Ángeles y el cuestionario para evaluación de la función sexual de la mujer PISQ-12), para medir determinados aspectos relativos a la función sexual tanto del varón como de la mujer.

Los dominios de función sexual que se evaluaron incluyen las fases de la respuesta sexual humana desde el interés o deseo sexual, excitación, orgasmo y satisfacción global; sin incluir la parte afectiva de la sexualidad puesto que esta área no podría saberse si se afectó en los varones tras la realización de la vasectomía.

El cuestionario del varón constó de 9 ítems, cada uno de los cuales se valoró mediante una escala del 1 al 5. El punto de corte para cada pregunta se situó en 27, donde  $\leq 27$  se consideró disfuncional y  $> 27$  como normal.

El cuestionario aplicado a la mujer constó de 12 ítems, cada uno de los cuales se valoró mediante una escala del 0 al 5. El punto de corte para cada pregunta se situó en 27, donde  $\leq 27$  se consideró como disfuncional y  $> 27$  como normal.

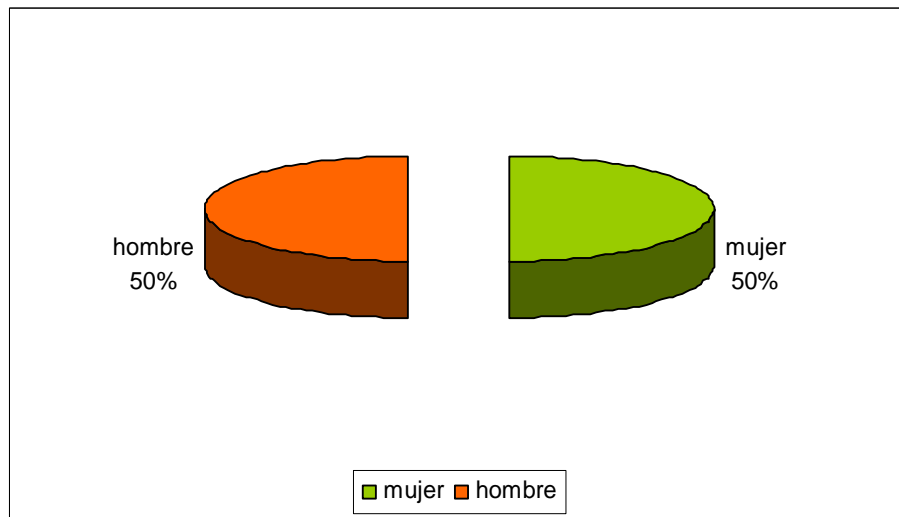
La fuente de información fue la entrevista directa.

Se realizó un análisis exploratorio de datos, encontrándose la siguiente información:

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8**  
**FUNCION SEXUAL EN PAREJAS QUE ELIGEN LA VASECTOMIA COMO METODO**  
**ANTICONCEPTIVO EN EL AREA DE PLANIFICACION FAMILIAR.**

**GENERO**

<i>Variable</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje Válido</i>
Femenino	110	50.0	50.0
Masculino	110	50.0	50.0
<b>Total</b>	<b>220</b>	<b>110.0</b>	<b>110.0</b>

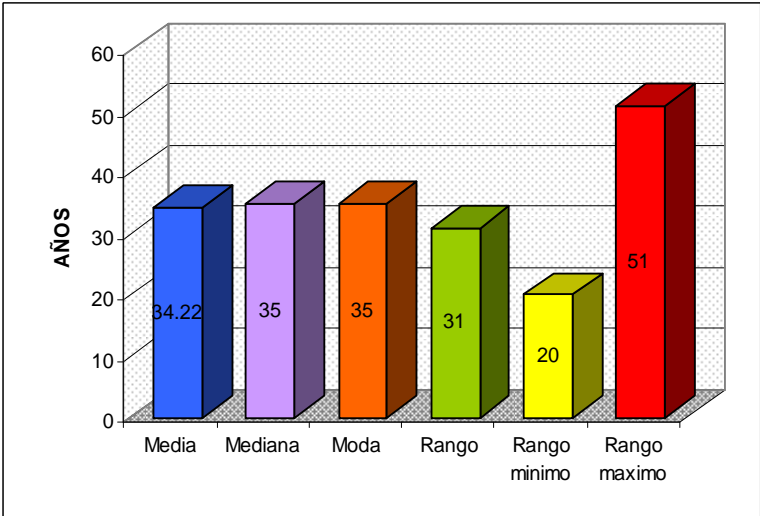


De un total de 220 encuestados 50% lo conformaron mujeres y el otro 50% hombres.

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8**  
**FUNCION SEXUAL EN PAREJAS QUE ELIGEN LA VASECTOMIA COMO METODO**  
**ANTICONCEPTIVO EN EL AREA DE PLANIFICACION FAMILIAR.**

**EDAD**

<i>Media</i>	<b>34.22</b>
Mediana	35.00
Moda	35
Rango	31
Rango Mínimo	20
<b>Rango Máximo</b>	<b>51</b>



De acuerdo a la edad se reportó un rango mínimo de 1 sujeto de 20 años con un rango máximo de 1 sujeto de 51 años, siendo del total de sujetos de 220; con una media de 34.22 años, una mediana de 35 años y una moda de 35 años.

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8**  
**FUNCION SEXUAL EN PAREJAS QUE ELIGEN LA VASECTOMIA COMO METODO**  
**ANTICONCEPTIVO EN EL AREA DE PLANIFICACION FAMILIAR.**

**FRECUENCIA POR EDAD**

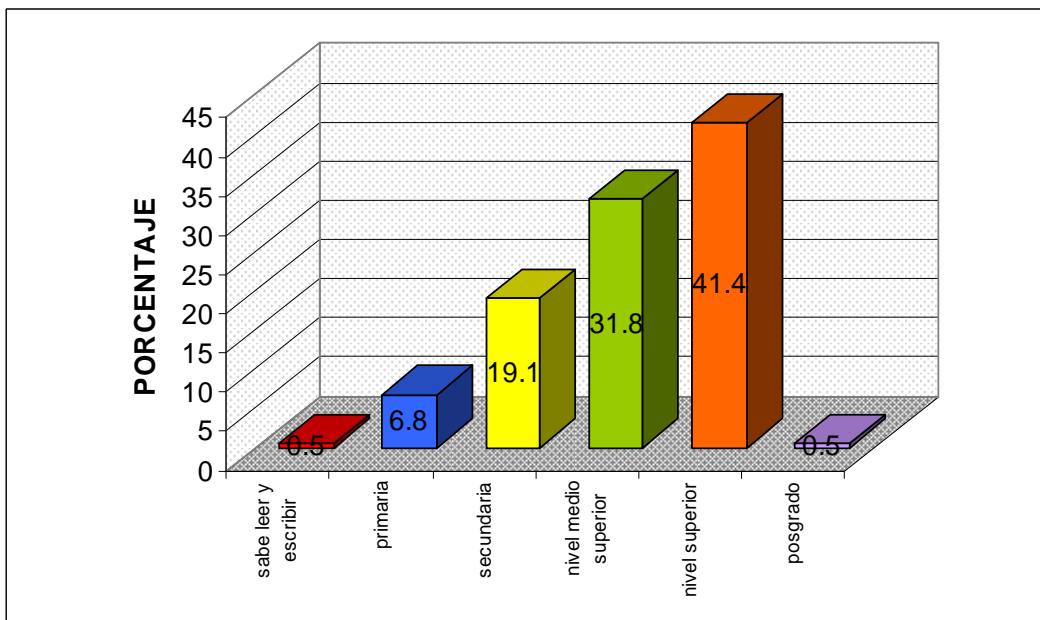
<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje Válido</b>
20	1	.5	.5
21	1	.5	.5
22	2	.9	.9
23	3	1.4	1.4
24	3	1.4	1.4
25	6	2.7	2.7
26	10	4.5	4.5
27	8	3.6	3.6
28	6	2.7	2.7
29	11	5.0	5.0
30	7	3.2	3.2
31	8	3.6	3.6
32	11	5.0	5.0
33	14	6.4	6.4
34	18	8.2	8.2
35	25	11.4	11.4
36	17	7.7	7.7
37	6	2.7	2.7
38	13	5.9	5.9
39	12	5.5	5.5
40	8	3.6	3.6
41	6	2.7	2.7
42	5	2.3	2.3
43	6	2.7	2.7
44	3	1.4	1.4
45	4	1.8	1.8
46	1	.5	.5
47	2	.9	.9
48	1	.5	.5
49	1	.5	.5
51	1	.5	.5
<b>Total</b>	<b>220</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>



**HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8**  
**FUNCION SEXUAL EN PAREJAS QUE ELIGEN LA VASECTOMIA COMO METODO**  
**ANTICONCEPTIVO EN EL AREA DE PLANIFICACION FAMILIAR.**

**ESCOLARIDAD**

<i>Variable</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje Válido</i>
Sabe leer y escribir	1	.5	.5
Primaria	15	6.8	6.8
Secundaria	42	19.1	19.1
Nivel medio superior	70	31.8	31.8
Nivel superior	91	41.4	41.4
Posgrado	1	.5	.5
<b>Total</b>	220	100.0	100.0

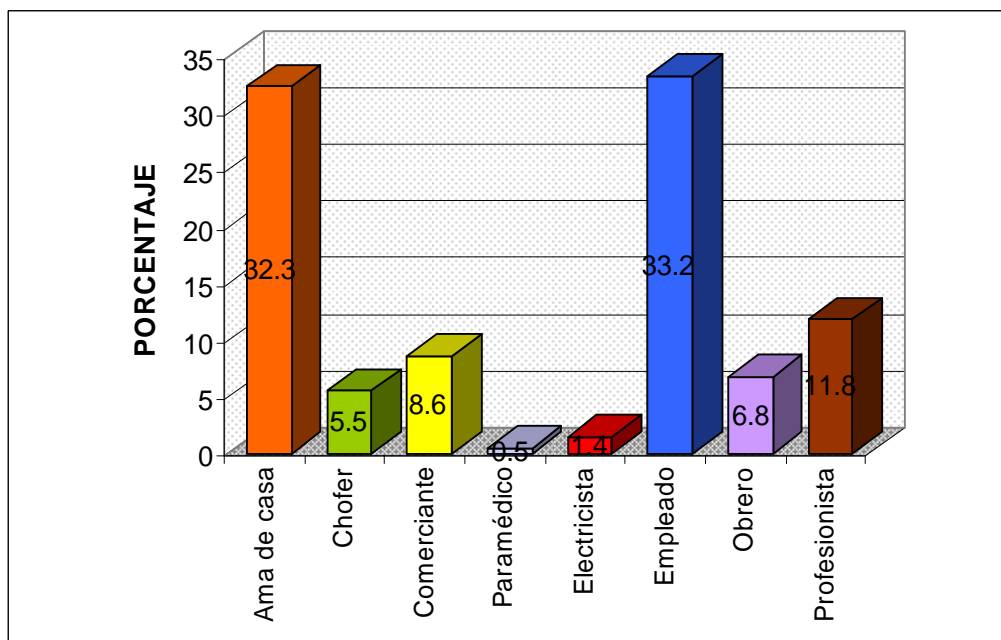


Al valorar la escolaridad de los pacientes se encontró: 42.4% con nivel superior, 31.8% con nivel medio superior, 19.1% con secundaria, 6.8% con primaria, .5% sabe leer y escribir y otro .5% con posgrado.

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8**  
**FUNCION SEXUAL EN PAREJAS QUE ELIGEN LA VASECTOMIA COMO METODO**  
**ANTICONCEPTIVO EN EL AREA DE PLANIFICACION FAMILIAR.**

**OCUPACION**

<i>Variable</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje Válido</i>
Ama de casa	71	32.3	32.3
Chofer	12	5.5	5.5
Comerciante	19	8.6	8.6
Paramédico	1	.5	.5
Electricista	3	1.4	1.4
Empleado	73	33.2	33.2
Obrero	15	6.8	6.8
Profesionista	26	11.8	11.8
<b>Total</b>	220	100.0	100.0

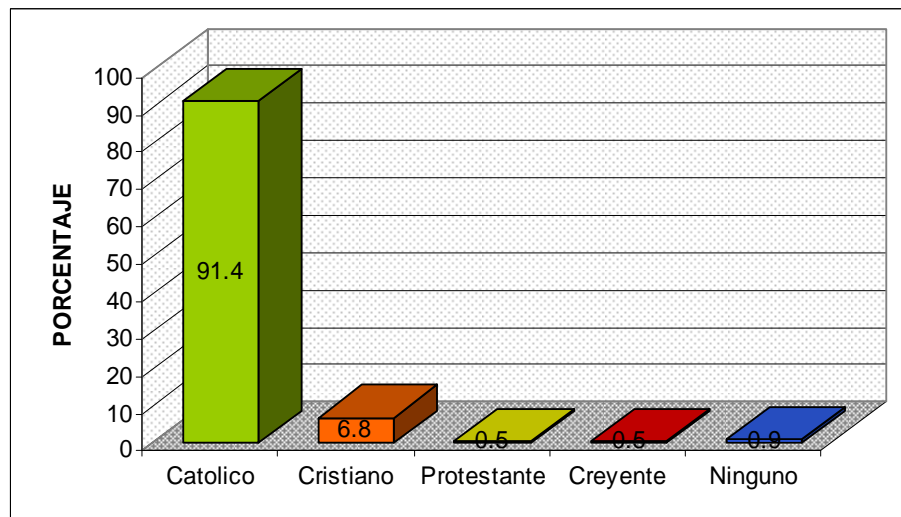


En relación a la ocupación actual de los sujetos de la muestra: 33.2% resultaron ser empleados, 32.3% amas de casa como la mayor frecuencia tanto en hombres como mujeres.

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8**  
**FUNCION SEXUAL EN PAREJAS QUE ELIGEN LA VASECTOMIA COMO METODO**  
**ANTICONCEPTIVO EN EL AREA DE PLANIFICACION FAMILIAR.**

**RELIGION**

<i>Variable</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje Válido</i>
Católico	201	91.4	91.4
Cristiano	15	6.8	6.8
Protestante	1	.5	.5
Creyente	1	.5	.5
Ninguno	2	.9	.9
<b>Total</b>	220	100.0	100.0

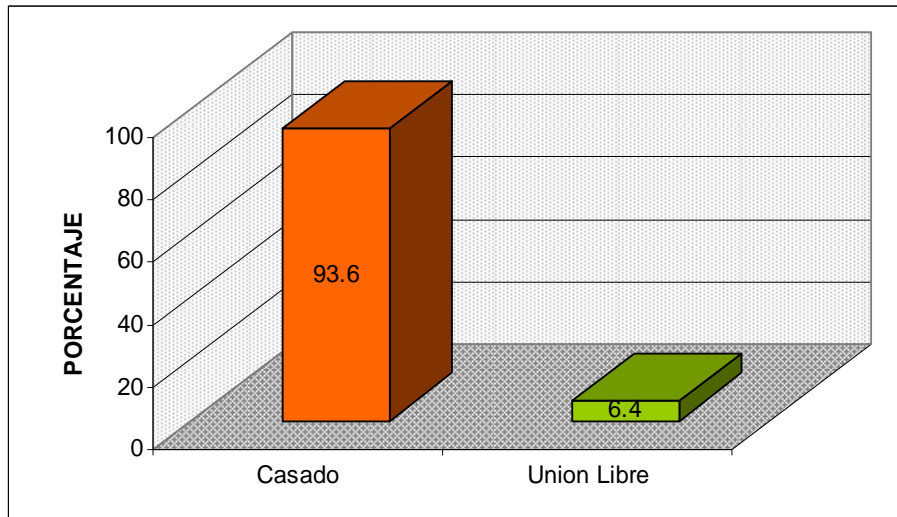


En lo que respecta a la religión: 91.4% correspondieron a la religión católica, 6.8% a la cristiana, .9% no pertenecientes a ninguna religión, .5% resultó creyente y otro .5% protestante.

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8**  
**FUNCION SEXUAL EN PAREJAS QUE ELIGEN LA VASECTOMIA COMO METODO**  
**ANTICONCEPTIVO EN EL AREA DE PLANIFICACION FAMILIAR.**

**ESTADO CIVIL**

<i>Variable</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<b>Porcentaje Válido</b>
Casado	206	93.6	93.6
Unión libre	14	6.4	6.4
<b>Total</b>	220	100.0	100.0



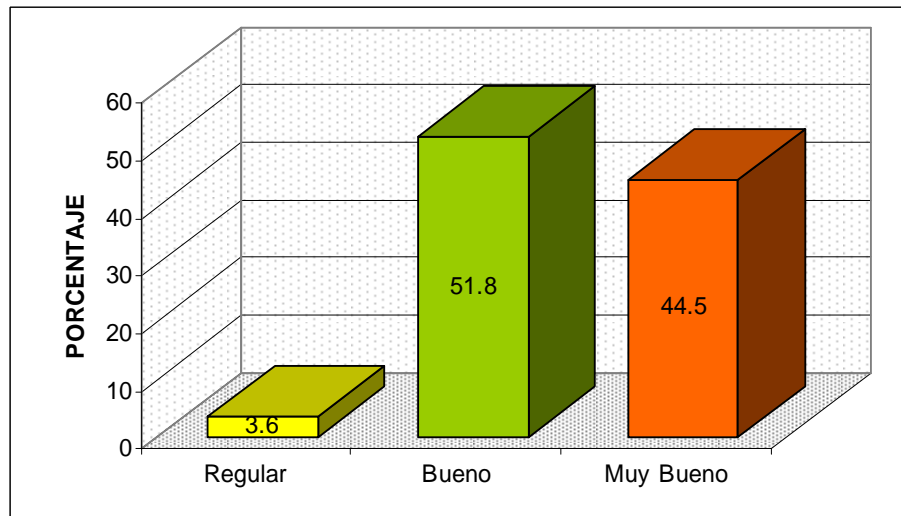
De acuerdo al estado civil: 93.6% resultaron casados y 6.4% en unión libre.

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8**  
**FUNCION SEXUAL EN PAREJAS QUE ELIGEN LA VASECTOMIA COMO METODO**  
**ANTICONCEPTIVO EN EL AREA DE PLANIFICACION FAMILIAR.**

**VARONES**

**DESPUÉS DE LA VASECTOMÍA, CÓMO CALIFICARÍA SU NIVEL DE DESEO SEXUAL.**

<i>Variable</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<b>Porcentaje Válido</b>
Regular	4	1.8	3.6
Bueno	57	25.9	51.8
Muy bueno	49	22.3	44.5
<b>Total</b>	110	50	100

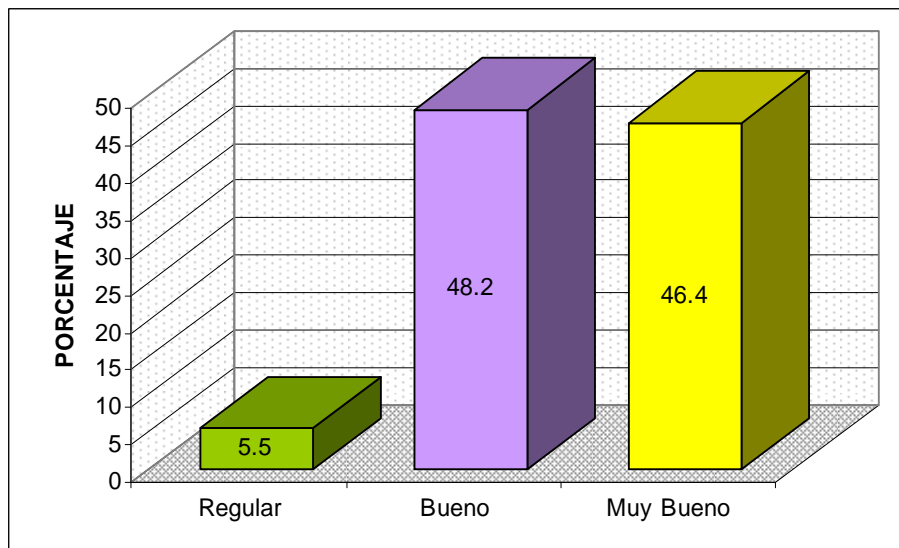


De acuerdo al nivel de deseo sexual post vasectomía: 96.3% respondieron ser de bueno a muy bueno y solo 3.6% respondieron que regular.

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8**  
**FUNCION SEXUAL EN PAREJAS QUE ELIGEN LA VASECTOMIA COMO METODO**  
**ANTICONCEPTIVO EN EL AREA DE PLANIFICACION FAMILIAR.**

**DESPUÉS DE LA VASECTOMÍA CÓMO CALIFICARÍA SU HABILIDAD DE**  
**TENER UNA ERECCIÓN**

<i>Variable</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje Válido</i>
Regular	6	2.7	5.5
Bueno	53	24.1	48.2
Muy bueno	51	23.2	46.4
<b>Total</b>	110	50.0	100.0

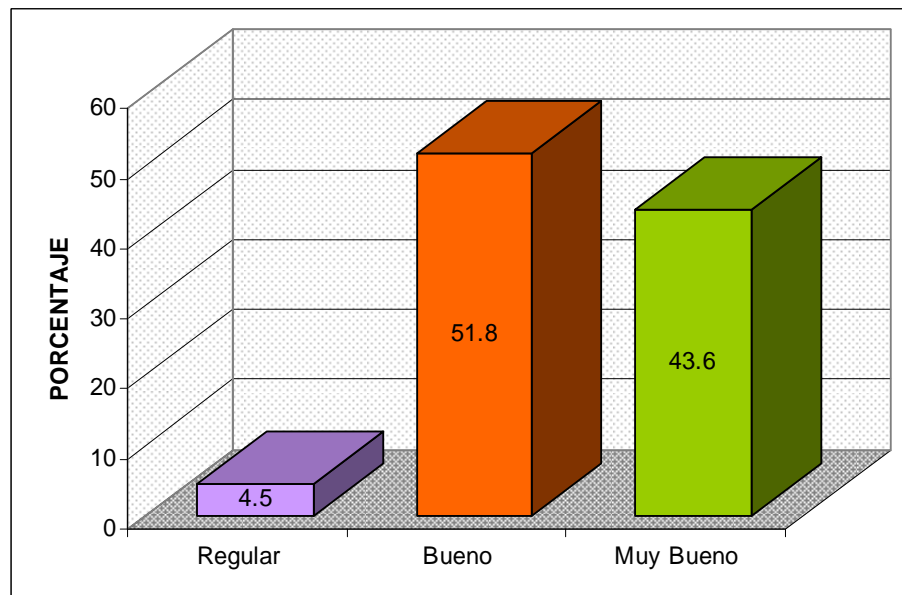


Con respecto a la habilidad de tener una erección 94.6% respondieron de bueno a muy bueno y solo el 5.5% respondieron que regular.

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8**  
**FUNCION SEXUAL EN PAREJAS QUE ELIGEN LA VASECTOMIA COMO METODO**  
**ANTICONCEPTIVO EN EL AREA DE PLANIFICACION FAMILIAR.**

**DESPUÉS DE LA VASECTOMÍA CÓMO CALIFICARÍA SU HABILIDAD DE**  
**LOGRAR UN ORGASMO (LLEGAR AL CLIMAX).**

<i>Variable</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<b>Porcentaje Válido</b>
Regular	5	2.3	4.5
Bueno	57	25.9	51.8
Muy bueno	48	21.8	43.6
<b>Total</b>	110	50.0	100.0

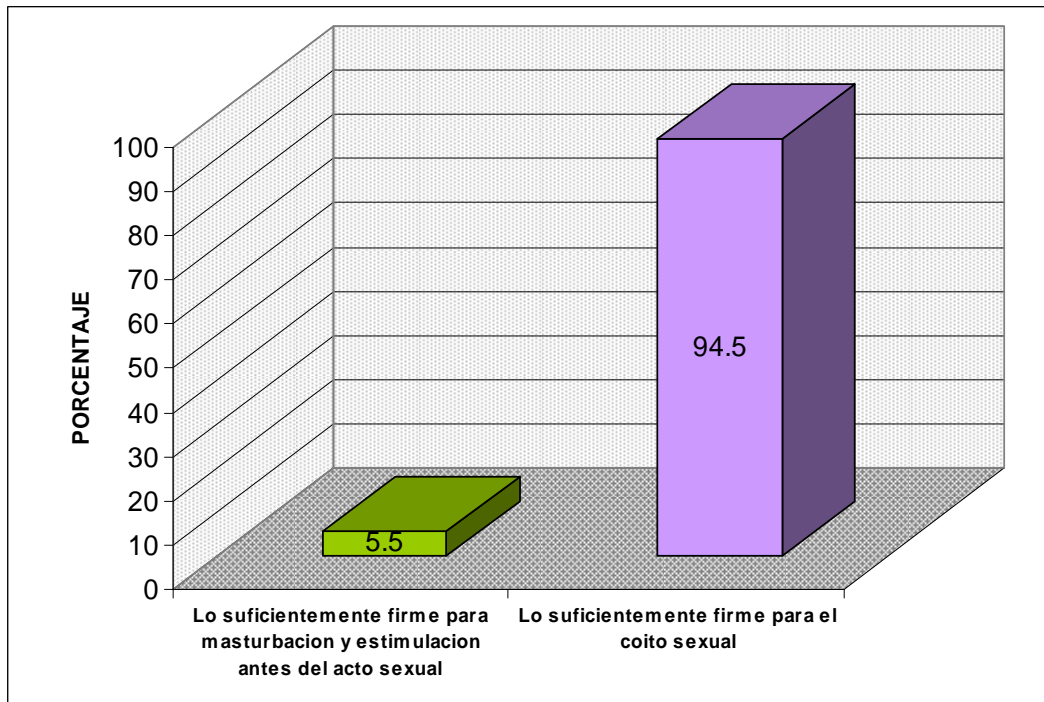


Referente a la habilidad de lograr un orgasmo (llegar al clímax) post vasectomía, los varones respondieron: 95.4% como buena a muy buena y 4.5% como regular.

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8  
 FUNCION SEXUAL EN PAREJAS QUE ELIGEN LA VASECTOMIA COMO METODO  
 ANTICONCEPTIVO EN EL AREA DE PLANIFICACION FAMILIAR.**

**DESPUÉS DE LA VASECTOMÍA CÓMO DESCRIBIRÍA USTED LA CALIDAD DE  
 SUS ERECCIONES.**

<i>Variable</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje Válido</i>
Lo suficientemente firme para masturbación y estimulación antes del acto sexual.	6	2.7	5.5
Lo suficientemente firme para coito sexual.	104	47.3	94.5
<b>Total</b>	110	50.0	100.0



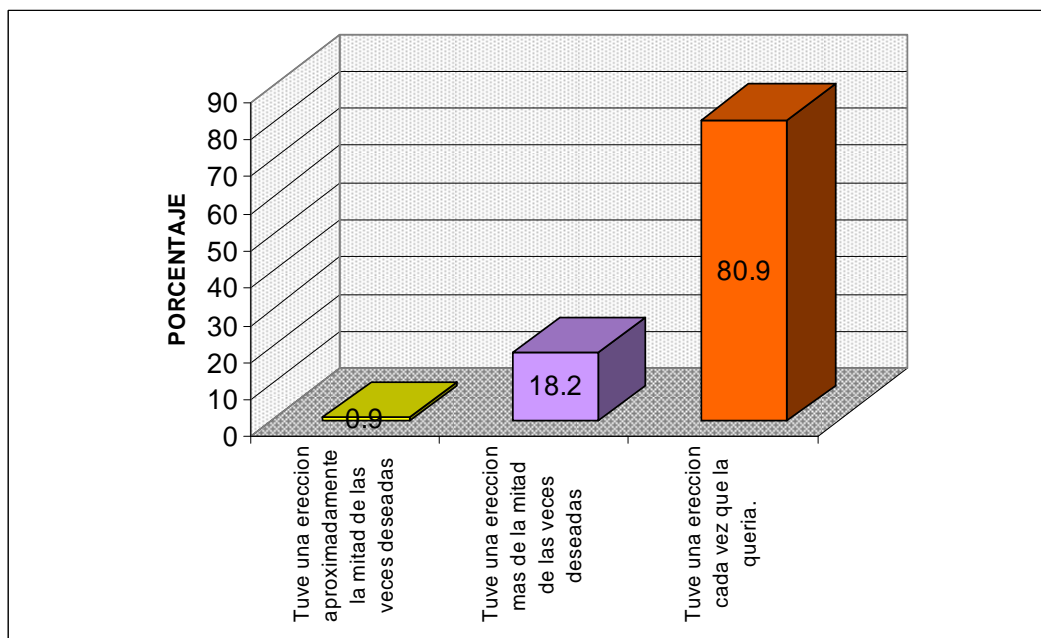
Al indagar la calidad de las erecciones post vasectomía: 94.5% afirmaron ser lo suficientemente firme para el coito sexual y 5.5% lo suficientemente firme para masturbación y estimulación antes del acto sexual.



**HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8**  
**FUNCION SEXUAL EN PAREJAS QUE ELIGEN LA VASECTOMIA COMO METODO**  
**ANTICONCEPTIVO EN EL AREA DE PLANIFICACION FAMILIAR.**

**DESPUÉS DE LA VASECTOMÍA CÓMO DESCRIBIRÍA USTED LA FRECUENCIA DE SUS ERECCIONES.**

<i>Variable</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje Válido</i>
Tuve una erección aproximadamente la mitad de las veces deseadas.	1	.5	.9
Tuve una erección mas de la mitad de la veces deseadas	20	9.1	18.2
Tuve una erección cada vez que la quería	89	40.5	80.9
<b>Total</b>	110	50.0	100.0

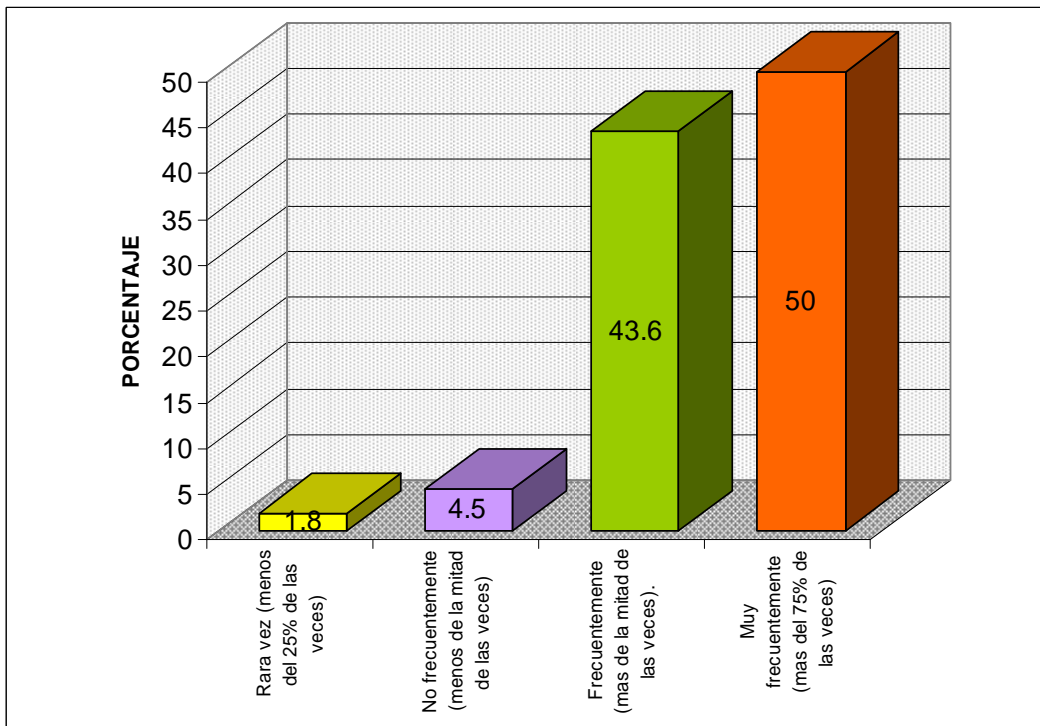


Acerca de la frecuencia de las erecciones post vasectomía: 80.9% respondieron tener una erección cada vez que la querían, 18.2% respondieron que mas de la mitad de las veces deseadas y tan solo el 0.9% respondió tener una erección aproximadamente la mitad de las veces deseada

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8**  
**FUNCION SEXUAL EN PAREJAS QUE ELIGEN LA VASECTOMIA COMO METODO**  
**ANTICONCEPTIVO EN EL AREA DE PLANIFICACION FAMILIAR.**

**DESPUÉS DE LA VASECTOMÍA CON QUÉ FRECUENCIA SE HA LEVANTADO**  
**USTED EN LA MAÑANA O EN LA NOCHE CON UNA ERECCIÓN.**

<i>Variable</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje Válido</i>
Rara la vez (menos del 25% de las veces).	2	.9	1.8
No frecuentemente (menos de la mitad de las veces)	5	2.3	4.5
Frecuentemente (más de la mitad de las veces)	48	21.8	43.6
Muy frecuentemente (más del 75% de las veces)	55	25.0	50.0
<b>Total</b>	110	50.0	100.0

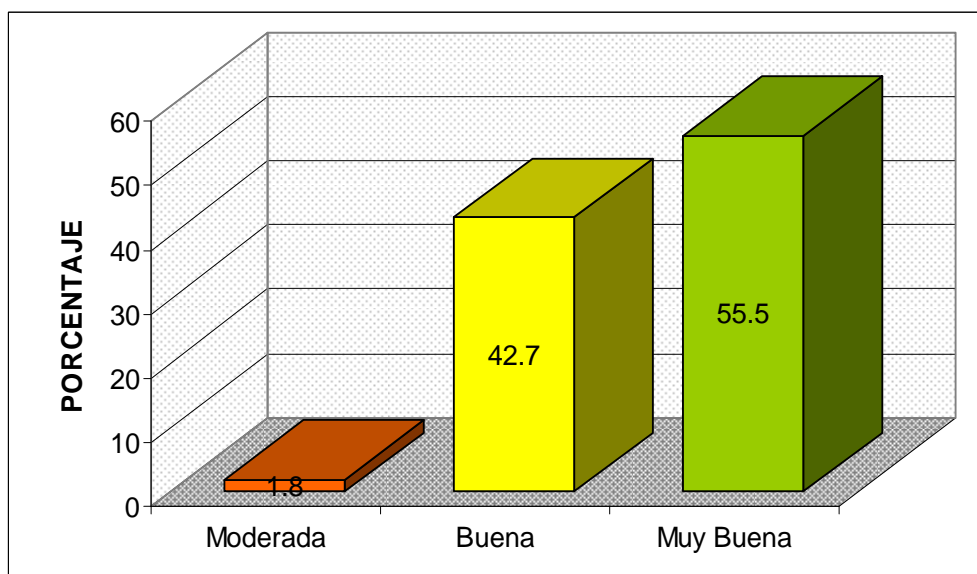


En general, referente a la frecuencia de erecciones por la mañana o por la noche posterior a la vasectomía: 50% respondieron que muy frecuentemente, 43.6% frecuentemente, 4.5% no frecuentemente (menos de la mitad de las veces) y solo el 1.8% respondió que rara la vez (menos del 25% de las veces).

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8**  
**FUNCION SEXUAL EN PAREJAS QUE ELIGEN LA VASECTOMIA COMO METODO**  
**ANTICONCEPTIVO EN EL AREA DE PLANIFICACION FAMILIAR.**

**EN GENERAL, DESPUÉS DE LA VASECTOMÍA CÓMO CALIFICARÍA USTED SU HABILIDAD DE FUNCIONAR SEXUALMENTE.**

<i>Variable</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje Válido</i>
Moderada	2	.9	1.8
Buena	47	21.4	42.7
Muy buena	61	27.7	55.5
<b>Total</b>	110	50.0	100.0

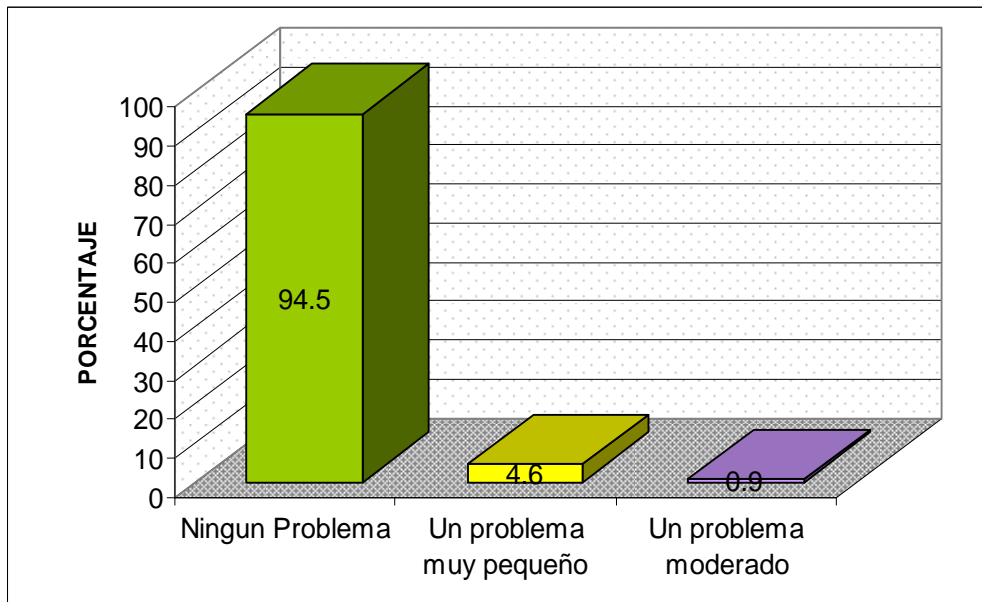


En cuanto a la habilidad de funcionar sexualmente: 98.2% respondieron ser muy buena a buena y 1.8% respondieron como moderada.

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8**  
**FUNCION SEXUAL EN PAREJAS QUE ELIGEN LA VASECTOMIA COMO METODO**  
**ANTICONCEPTIVO EN EL AREA DE PLANIFICACION FAMILIAR.**

**EN GENERAL, DESPUÉS DE LA VASECTOMÍA QUÉ TAN PROBLEMÁTICA HA SIDO LA FUNCIÓN SEXUAL PARA USTED.**

<i>Variable</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje Válido</i>
Ningún problema	104	47.3	94.5
Un problema muy pequeño	5	2.3	4.5
Un problema moderado	1	.5	.9
<b>Total</b>	110	50.0	100.0

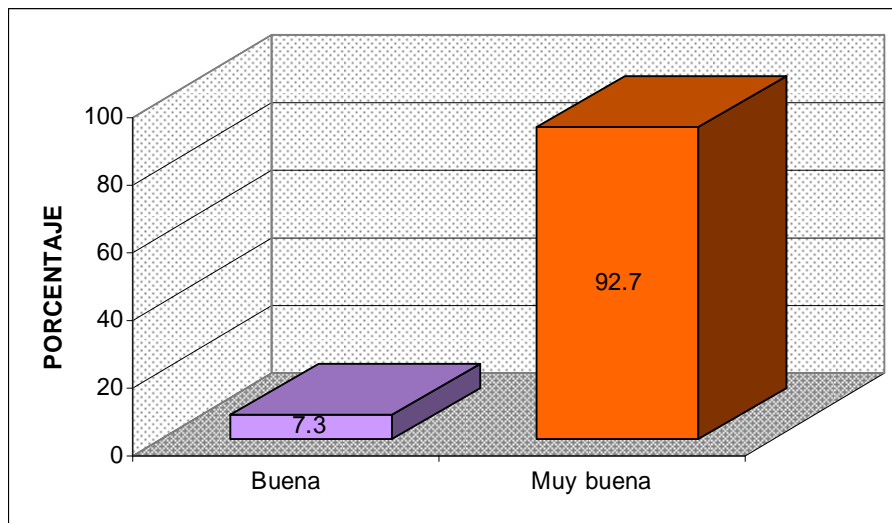


Al investigar que tan problemática ha sido la función sexual de los varones post vasectomía: el 94.5% respondieron que ningún problema, 4.5% respondieron un problema muy pequeño y 0.9% respondió como un problema moderado.

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8**  
**FUNCION SEXUAL EN PAREJAS QUE ELIGEN LA VASECTOMIA COMO METODO**  
**ANTICONCEPTIVO EN EL AREA DE PLANIFICACION FAMILIAR.**

**DESPUÉS DE LA VASECTOMÍA CÓMO CALIFICARÍA SU SATISFACCIÓN**  
**SEXUAL EN GENERAL.**

<i>Variable</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje Válido</i>
Buena	8	3.6	7.3
Muy buena	102	46.4	92.7
<b>Total</b>	110	50.0	100.0



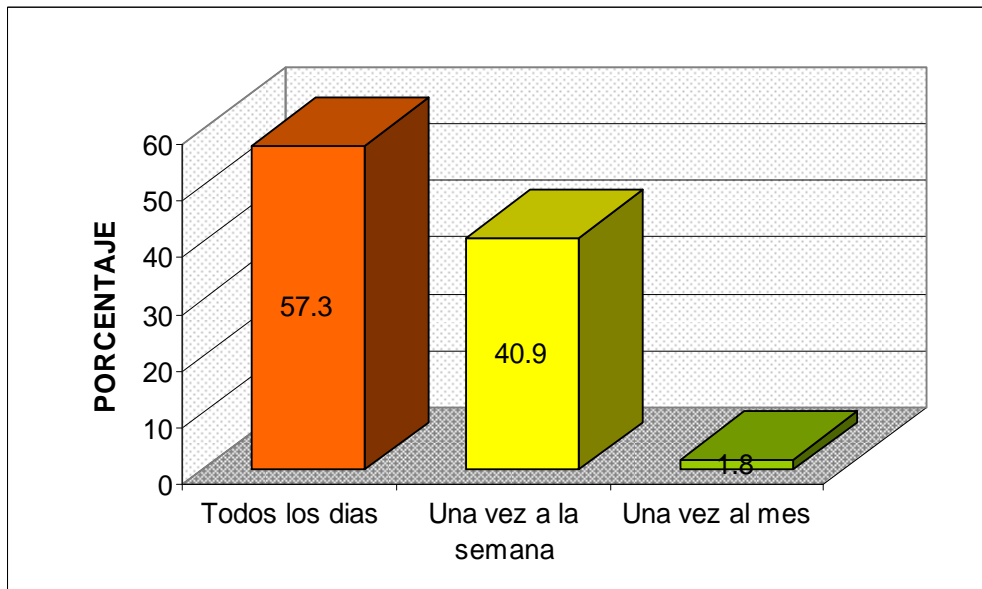
Al calificar la satisfacción sexual en general post vasectomía, 92.7% la calificaron como muy buena y 7.3% la calificaron como buena.

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8  
 FUNCION SEXUAL EN PAREJAS QUE ELIGEN LA VASECTOMIA COMO METODO  
 ANTICONCEPTIVO EN EL AREA DE PLANIFICACION FAMILIAR.**

**MUJER**

**DESPUÉS DE LA VASECTOMÍA SU PAREJA ES CAPAZ DE DESPERTAR  
 DESEOS SEXUALES EN USTED.**

<i>Variable</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje Válido</i>
Todos los días	63	28.6	57.3
Una vez a la semana	45	20.5	40.9
Una vez al mes	2	.9	1.8
<b>Total</b>	110	50.0	100.0

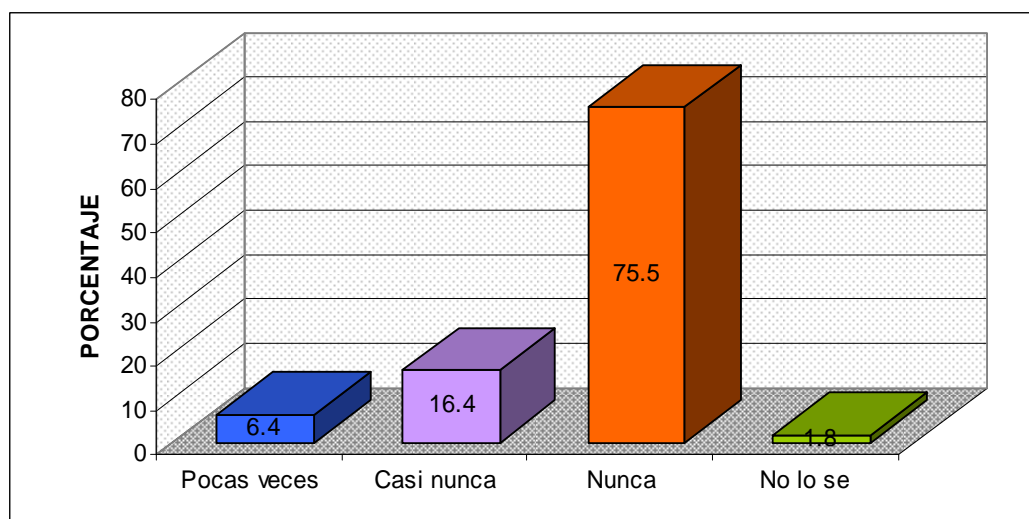


Referente a la capacidad del varón para despertar deseos sexuales en su pareja posterior a la vasectomía: 57.3% respondieron todos los días, 40.9% respondieron una vez a la semana y el 1.8% respondieron que una vez al mes.

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8**  
**FUNCION SEXUAL EN PAREJAS QUE ELIGEN LA VASECTOMIA COMO METODO**  
**ANTICONCEPTIVO EN EL AREA DE PLANIFICACION FAMILIAR.**

**DESPUÉS DE LA VASECTOMÍA, HA NOTADO QUÉ A SU PAREJA LE HA DISMINUIDO EL INTERÉS SEXUAL HACIA USTED.**

<i>Variable</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje Válido</i>
Pocas veces	7	3.2	6.4
Casi nunca	18	8.2	16.4
Nunca	83	37.7	75.5
No lo sé	2	.9	1.8
<b>Total</b>	110	50.0	100.0

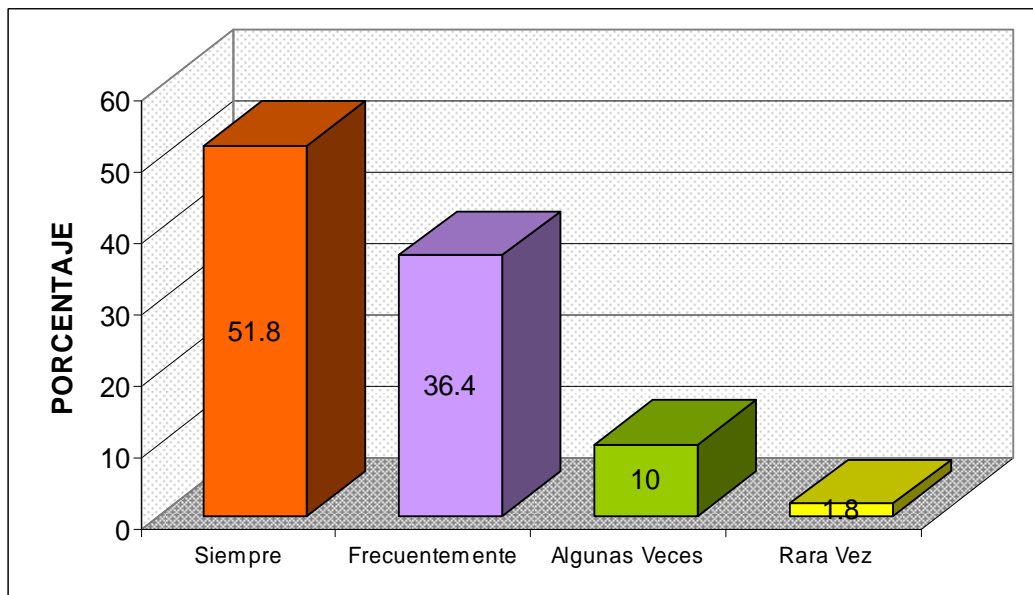


Respecto a la frecuencia de la disminución del interés sexual hacia la pareja posterior a la vasectomía desde el punto de vista de la mujer: 91.9% respondieron que nunca o casi nunca, 6.4% respondieron pocas veces y 1.8% respondieron como no lo sé.

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8**  
**FUNCION SEXUAL EN PAREJAS QUE ELIGEN LA VASECTOMIA COMO METODO**  
**ANTICONCEPTIVO EN EL AREA DE PLANIFICACION FAMILIAR.**

**DESPUÉS DE LA VASECTOMÍA, SIENTE EXCITACIÓN SEXUAL (SE EXCITA)**  
**CUANDO TIENE ACTIVIDAD SEXUAL CON SU COMPAÑERO**

<i>Variable</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje Válido</i>
Siempre	57	25.9	51.8
Frecuentemente	40	18.2	36.4
Algunas veces	11	5.0	10.0
Rara vez	2	.9	1.8
<b>Total</b>	110	50.0	100.0



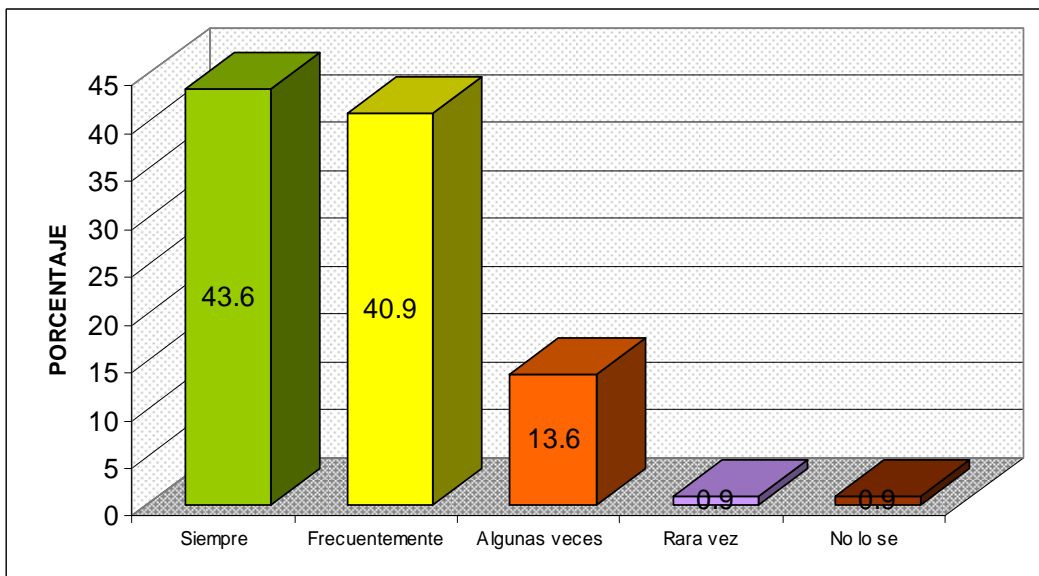
En relación a la frecuencia con que se excitan las mujeres cuando tienen actividad sexual con su compañero: 88.2% afirmaron que siempre o frecuentemente, 10 % afirmaron que algunas veces y 1.8% afirmaron que rara vez.



**HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8**  
**FUNCION SEXUAL EN PAREJAS QUE ELIGEN LA VASECTOMIA COMO METODO**  
**ANTICONCEPTIVO EN EL AREA DE PLANIFICACION FAMILIAR.**

**DESPUÉS DE LA VASECTOMÍA, LLEGA AL CLÍMAX (LLEGA AL ORGASMO)**  
**CUANDO TIENE RELACIONES SEXUALES CON SU COMPAÑERO.**

<i>Variable</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje Válido</i>
Siempre	48	21.8	43.6
Frecuentemente	45	20.5	40.9
Algunas veces	15	6.8	13.6
Rara vez	1	.5	.9
No lo sé	1	.5	.9
<b>Total</b>	110	50.0	100.0

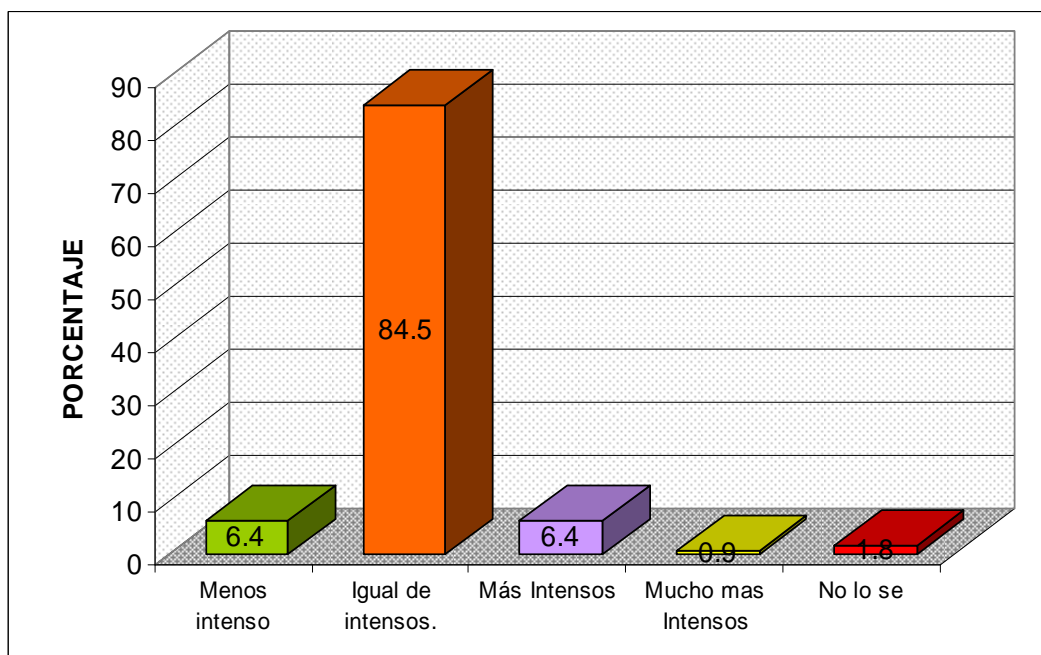


La frecuencia que reportaron la mujeres respecto a las veces con que llegan al orgasmo cuanto tienen relaciones sexuales con su compañero posterior a la vasectomía: 84.5% respondieron que siempre o que frecuentemente, 13.6% respondieron que algunas veces, el 0.9% respondió rara vez y el otro 0.9% respondió no lo sé.

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8**  
**FUNCION SEXUAL EN PAREJAS QUE ELIGEN LA VASECTOMIA COMO METODO**  
**ANTICONCEPTIVO EN EL AREA DE PLANIFICACION FAMILIAR.**

**EN COMPARACIÓN CON LOS ORGASMOS QUE HA TENIDO EN EL PASADO,**  
**CÓMO CALIFICARÍA LOS ORGASMOS QUE HA TENIDO DESPUÉS DE LA**  
**VASECTOMÍA.**

<i>Variable</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje Válido</i>
Menos intensos	7	3.2	6.4
Igual de intensos	93	42.3	84.5
Más intensos	7	3.2	6.4
Mucho más intensos	1	.5	.9
No lo sé	2	.9	1.8
<b>Total</b>	110	50.0	100.0

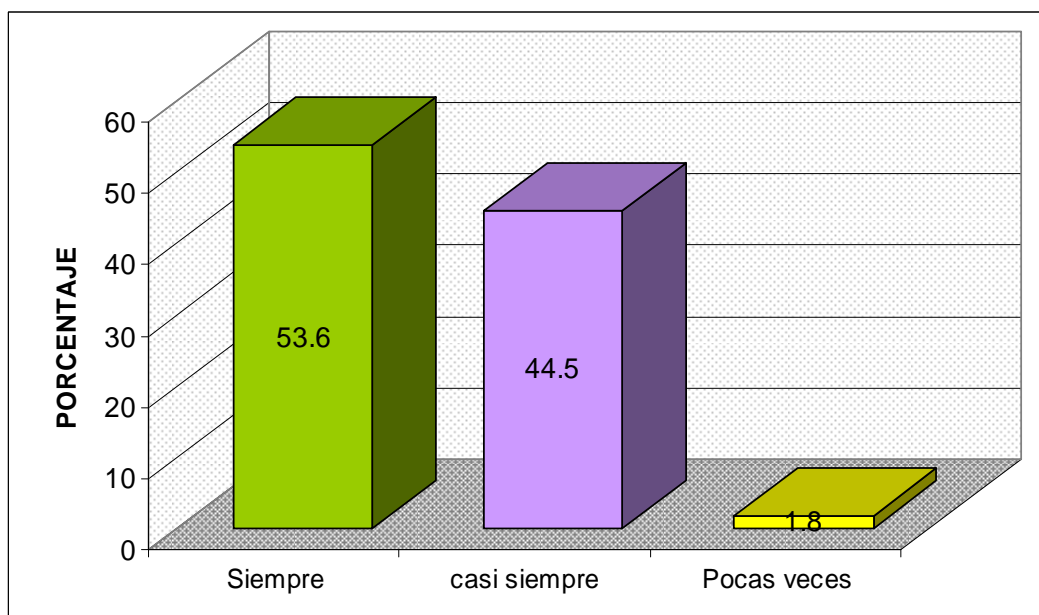


La calificación otorgada por parte de la mujer respecto de los orgasmos que ha presentado posterior a la vasectomía en comparación con los que tuvo en el pasado: 84.5% respondieron que igual de intensos, 6.4% respondieron que menos intensos, 6.4% respondieron que mas intensos, 1.8% respondieron como no lo sé y .9% respondió que mucho más intensos.

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8**  
**FUNCION SEXUAL EN PAREJAS QUE ELIGEN LA VASECTOMIA COMO METODO**  
**ANTICONCEPTIVO EN EL AREA DE PLANIFICACION FAMILIAR.**

**DESPUÉS DE LA VASECTOMÍA, SU PAREJA LA COMPLACE SEXUALMENTE**

<i>Variable</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje Válido</i>
Siempre	59	26.8	53.6
Casi siempre	49	22.3	44.5
Pocas veces	2	0.9	1.8
<b>Total</b>	110	50.0	100.0

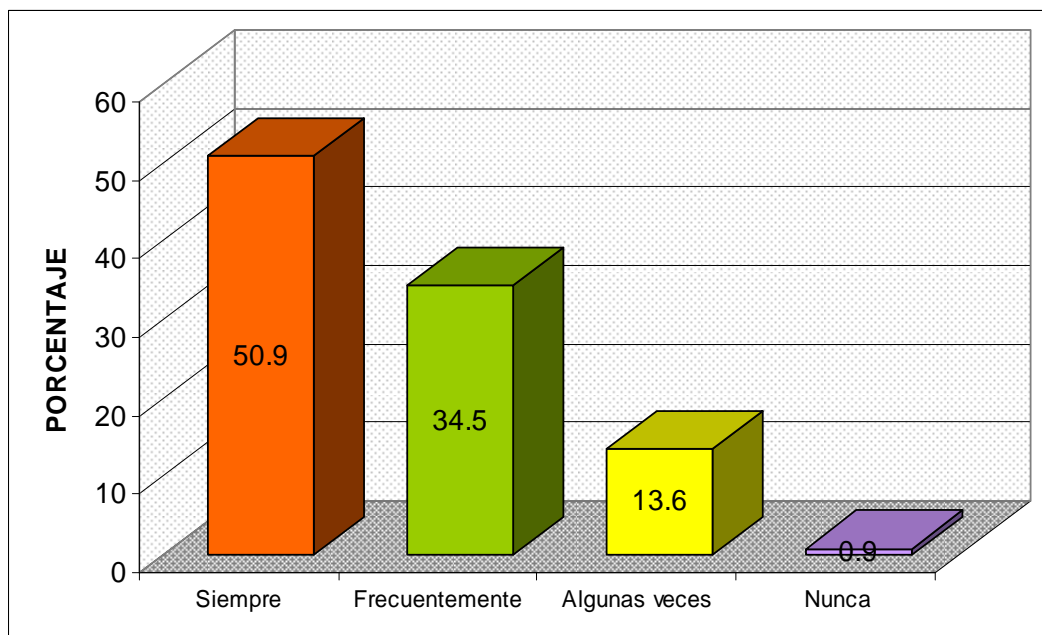


La frecuencia encontrada del placer sexual que brinda el varón a la mujer posterior a la vasectomía, desde la perspectiva de la mujer fue la siguiente: 98.1% respondieron que siempre o que casi siempre el 1.8% respondió que pocas veces.

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8**  
**FUNCION SEXUAL EN PAREJAS QUE ELIGEN LA VASECTOMIA COMO METODO**  
**ANTICONCEPTIVO EN EL AREA DE PLANIFICACION FAMILIAR.**

**ESTÁ SATISFECHA CON LAS DIFERENTES ACTIVIDADES SEXUALES DE SU**  
**ACTUAL VIDA SEXUAL**

<i>Variable</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje Válido</i>
Siempre	56	25.5	50.9
Frecuentemente	38	17.3	34.5
Alguna veces	15	6.8	13.6
Nunca	1	.5	.9
<b>Total</b>	110	50.0	100.0

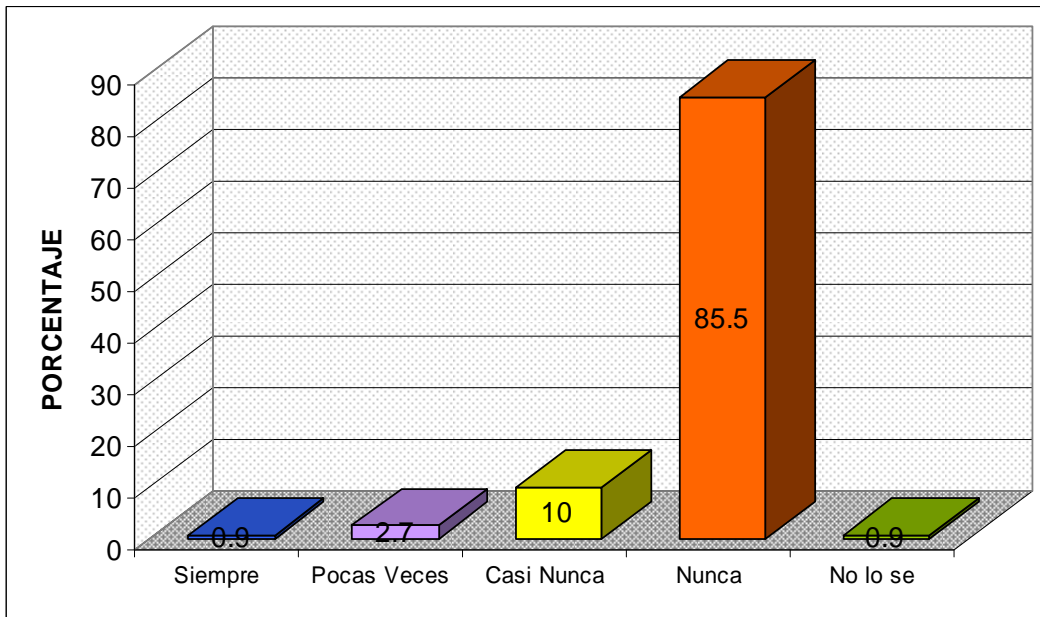


La frecuencia con que la mujer se siente satisfecha de las diferentes actividades sexuales de su actual vida sexual fue la siguiente: 85.4% respondieron que siempre o frecuentemente, 13.6% respondieron que algunas veces y 0.9% respondieron que nunca.

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8**  
**FUNCION SEXUAL EN PAREJAS QUE ELIGEN LA VASECTOMIA COMO METODO**  
**ANTICONCEPTIVO EN EL AREA DE PLANIFICACION FAMILIAR.**

**DESPUÉS DE LA VASECTOMÍA, HA NOTADO QUE A SU PAREJA LE CUESTA**  
**TRABAJO MANTENER O LOGRAR UNA ERECCIÓN**

<i>Variable</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje Válido</i>
Siempre	1	.5	0.9
Pocas veces	3	1.4	2.7
Casi nunca	11	5.0	10.0
Nunca	94	42.7	85.5
No lo sé	1	0.5	0.9
<b>Total</b>	110	50.0	100.0

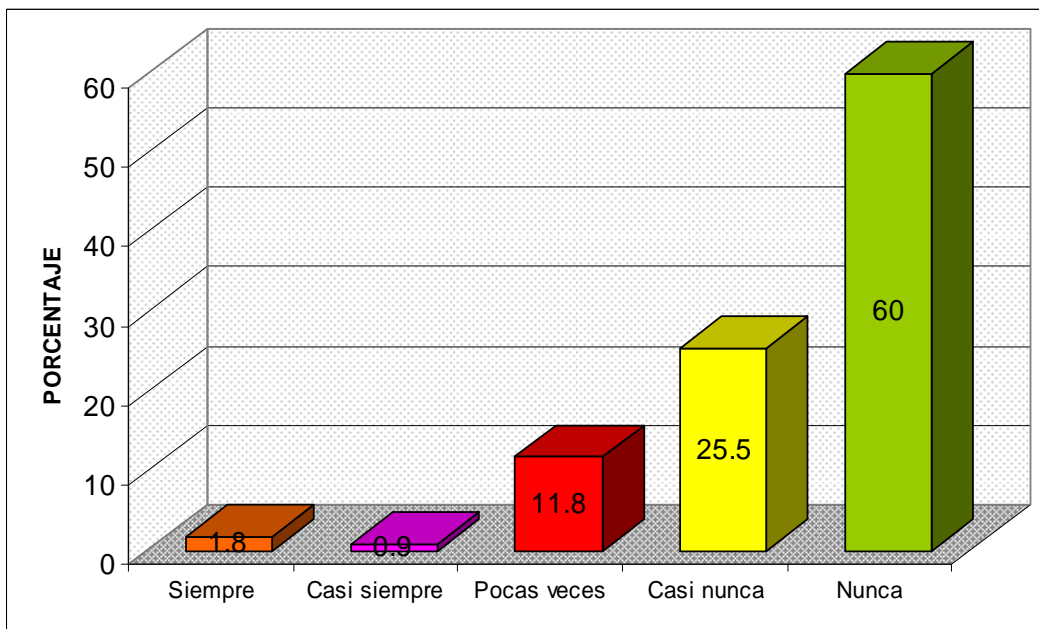


La frecuencia con que la mujer percibe en su pareja la presencia de dificultad en mantener o lograr una erección posterior a la vasectomía: 95.5% respondieron que nunca o casi nunca, 2.7% respondieron que pocas veces, 0.9% respondió que siempre y el otro 0.9% respondió que no lo sabía.

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8**  
**FUNCION SEXUAL EN PAREJAS QUE ELIGEN LA VASECTOMIA COMO METODO**  
**ANTICONCEPTIVO EN EL AREA DE PLANIFICACION FAMILIAR.**

**DESPUÉS DE LA VASECTOMÍA, EL HA EYACULADO DEMASIADO PRONTO**  
**DURANTE LA RELACIÓN SEXUAL.**

<i>Variable</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje Válido</i>
Siempre	2	.9	1.8
Casi siempre	1	.5	.9
Pocas veces	13	5.9	11.8
Casi nunca	28	12.7	25.5
Nunca	66	30.0	60.0
<b>Total</b>	110	50.0	100.0

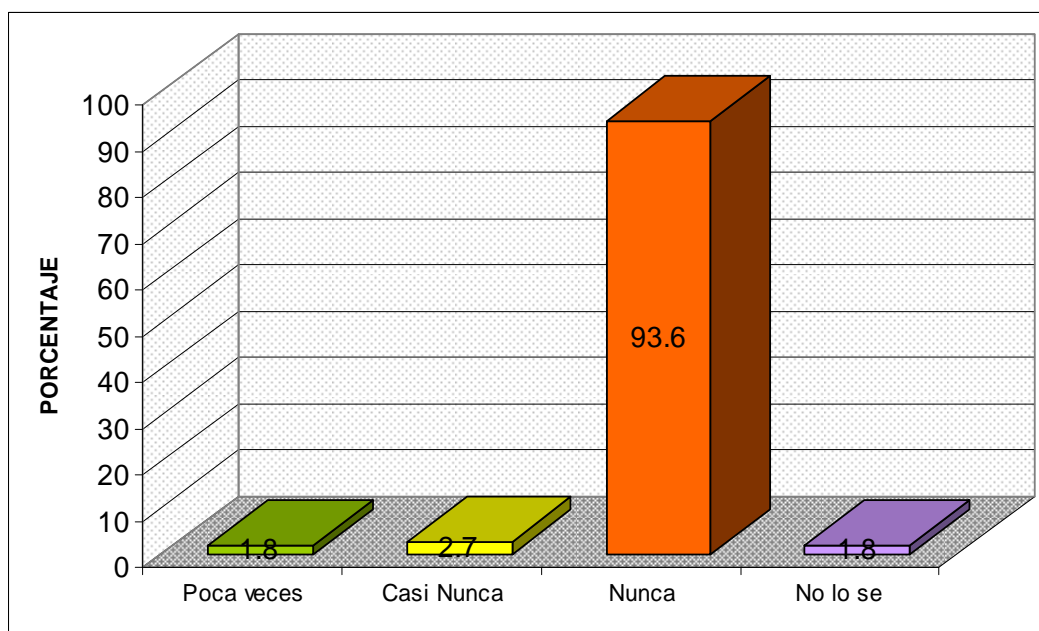


La frecuencia con que la mujer percibe en su pareja eyaculación pronto durante la relación sexual posterior a la vasectomía: 97.3% respondieron entre nunca, casi nunca y pocas veces, 1.8% respondieron que siempre y tan solo el 0.9% respondió que casi siempre.

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8**  
**FUNCION SEXUAL EN PAREJAS QUE ELIGEN LA VASECTOMIA COMO METODO**  
**ANTICONCEPTIVO EN EL AREA DE PLANIFICACION FAMILIAR.**

**DESPUÉS DE LA VASECTOMÍA, HA NOTADO QUE SU PAREJA NO PUEDE**  
**EYACULAR.**

<i>Variable</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje Válido</i>
Pocas veces	2	.9	1.8
Casi nunca	3	1.4	2.7
Nunca	103	46.8	93.6
No lo sé	2	.9	1.8
<b>Total</b>	110	50.0	100.0

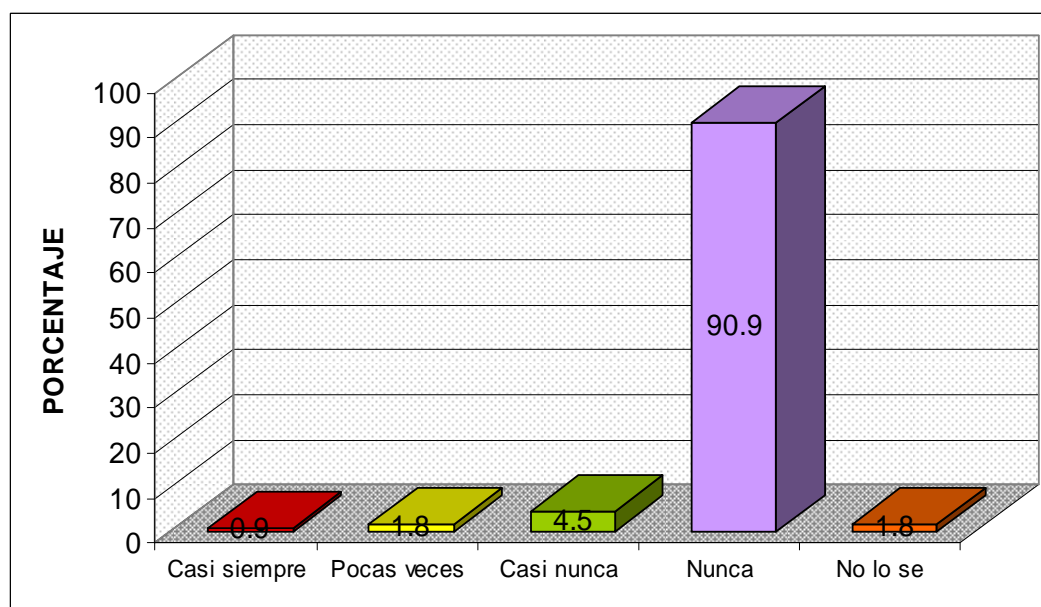


La frecuencia con que la mujer se ha percatado que su pareja no ha podido eyacular posterior a la realización de la vasectomía: 98.1% respondieron que nunca, casi nunca o pocas veces y el otro 1.8% respondieron que no lo sabían.

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8**  
**FUNCION SEXUAL EN PAREJAS QUE ELIGEN LA VASECTOMIA COMO METODO**  
**ANTICONCEPTIVO EN EL AREA DE PLANIFICACION FAMILIAR.**

**DESPUÉS DE LA VASECTOMÍA, HA NOTADO QUE A SU PAREJA LE CUESTA**  
**TRABAJO EYACULAR.**

<i>Variable</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje Válido</i>
Casi siempre	1	0.5	0.9
Pocas veces	2	0.9	1.8
Casi nunca	5	2.3	4.5
Nunca	100	45.5	90.9
No lo sé	2	0.9	1.8
<b>Total</b>	110	50.0	100.0



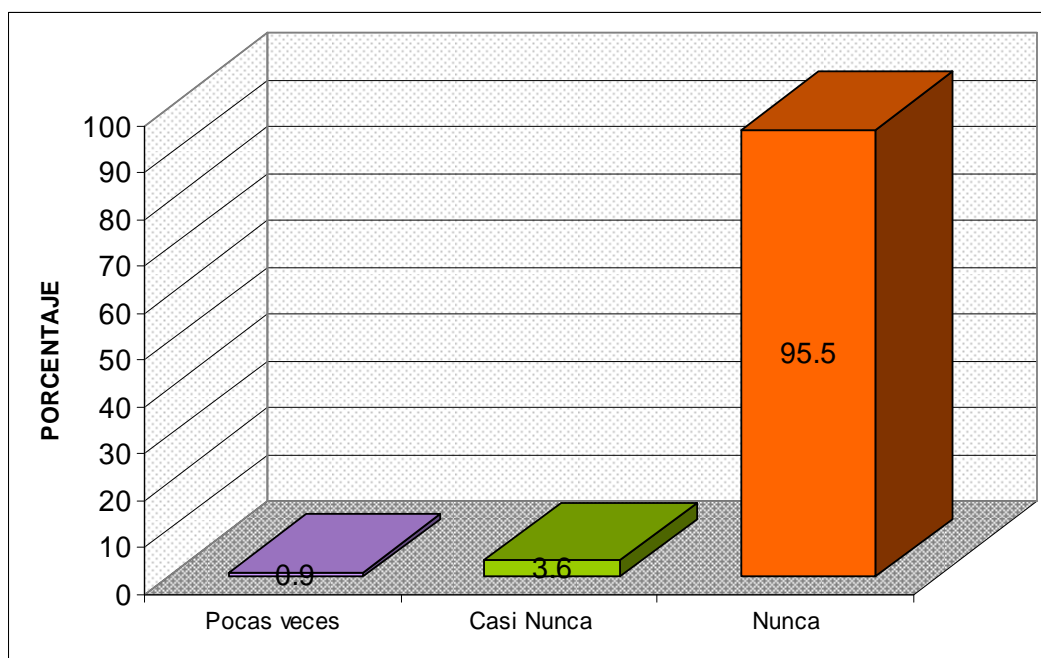
La frecuencia con la mujer ha notado en su pareja la dificultad para eyacular posterior a la vasectomía: 97.2% respondieron que nunca casi nunca o pocas veces y el otro 1.8% respondieron que no lo sabían.



**HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8**  
**FUNCION SEXUAL EN PAREJAS QUE ELIGEN LA VASECTOMIA COMO METODO**  
**ANTICONCEPTIVO EN EL AREA DE PLANIFICACION FAMILIAR.**

**DESPUÉS DE LA VASECTOMÍA, HA NOTADO QUE DURANTE LA RELACIÓN SEXUAL SU PAREJA PIERDE EL INTERÉS POR LO QUE ESTÁ HACIENDO O SUCEDIENDO.**

<i>Variable</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<b>Porcentaje Válido</b>
Pocas veces	1	0.5	0.9
Casi nunca	4	1.8	3.6
Nunca	105	47.7	95.5
<b>Total</b>	110	50.0	100.0



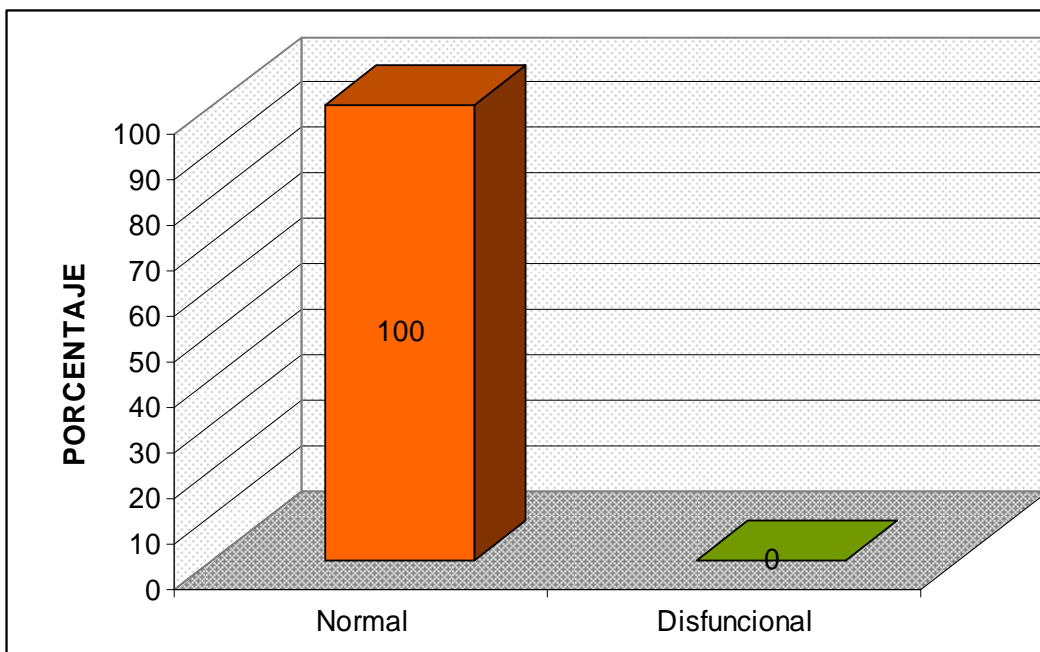
La frecuencia con que la mujer ha observado que durante la relación sexual su pareja pierde el interés por lo que esta haciendo o sucediendo posterior al evento de la vasectomía: 99.1% respondieron que nunca o casi nunca y tan solo el 0.9% respondió que pocas veces.

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8**  
**FUNCION SEXUAL EN PAREJAS QUE ELIGEN LA VASECTOMIA COMO METODO**  
**ANTICONCEPTIVO EN EL AREA DE PLANIFICACION FAMILIAR.**

**RESULTADO FINAL**

**FUNCION SEXUAL EN HOMBRES POSTV VASECTOMIZADOS**

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje Válido</i>
Normal	110	100
Disfuncional	0	0
<b>Total</b>	110	100



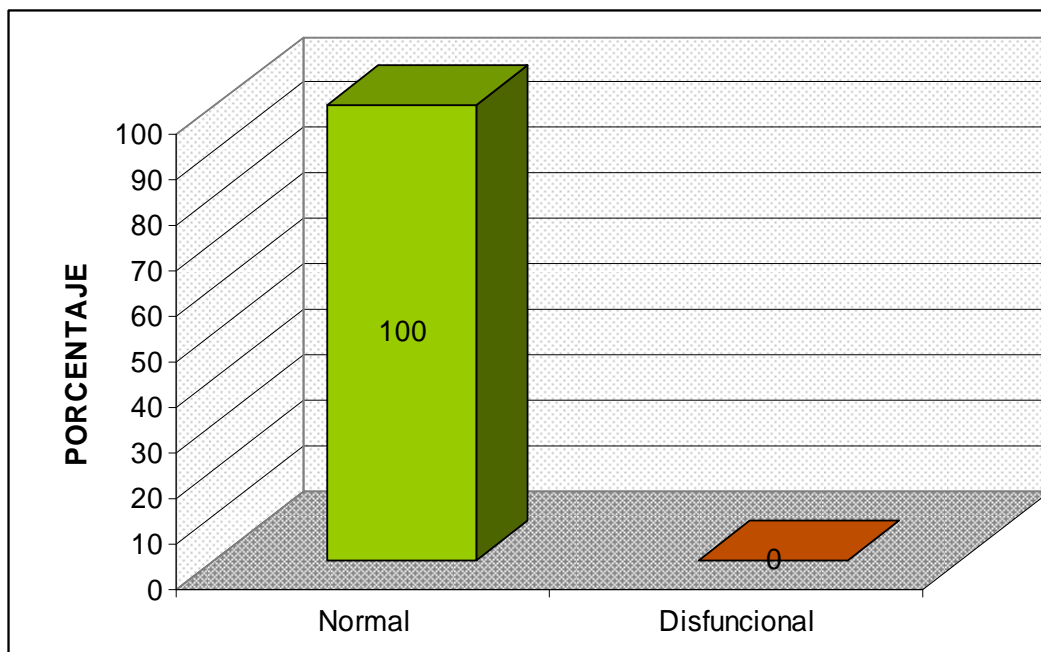
De un total de 110 varones post vasectomizados el 100% no presentó disfunción sexual.

HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8  
FUNCION SEXUAL EN PAREJAS QUE ELIGEN LA VASECTOMIA COMO METODO  
ANTICONCEPTIVO EN EL AREA DE PLANIFICACION FAMILIAR.

RESULTADO FINAL

FUNCION SEXUAL EN MUJERES

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje Válido</i>
Normal	110	100
Disfuncional	0	0
<b>Total</b>	110	100



De un total de 110 mujeres 100% no presentó disfunción en su sexualidad.

## TEST ESTADÍSTICO DE CHI CUADRADA

	<i>Función Sexual</i>
<b>chi 2</b>	<b>58</b>
<b>Z</b>	<b>1543.000</b>
<b>Asymp.sig (2) – tailed</b>	<b>- 2.743</b>
<b>Exac sig (2) 1- tailed</b>	<b>.006</b>
	<b>.008</b>

Al ser el nivel de significancia menor  $p = < 0.05$  se acepta la hipótesis de investigación.

Bajo la prueba estadística de Chi cuadrada encontramos un valor de  $p$  de  $< 0.05$  por lo que es estadísticamente significativo aceptándose la hipótesis nula.

## 4. ANALISIS

### VARIABLES UNIVERSALES

#### Edad

La edad que más frecuentemente encontramos es de “35 años” correspondiente a 25 individuos que representaron el 11.4% del total de la muestra.

#### Escolaridad

La escolaridad que mas predominó en el estudio fue el de “nivel superior” con 41.4%, seguido por el de “nivel medio superior” con 31.8% .

#### Ocupación

La ocupación de mayor predominio correspondió a “empleados” con el 33.2% seguido del de “ama de casa” con tan solo 32.3%.

#### Religión

La religión mayoritaria fue la “católica” con 91.4%.

#### Estado civil

Los sujetos “casados” fueron los que predominaron representado un 93.6%.

### VARIABLES DE TRABAJO

#### VARONES

1a) La mayor frecuencia respecto al nivel de deseo sexual post vasectomía en varones fue “bueno” representando el 51.8%, seguida de la respuesta “muy bueno” con el 46.4%.

1b) La frecuencia predominante de acuerdo a la calificación otorgada por los varones referente a su habilidad de tener una erección post vasectomía fue “bueno” representado por el 48.2%, seguido de la respuesta “muy bueno” representado por el 46.4%.

1c) Referente a la habilidad de lograr un orgasmo post vasectomía la mayoría de los varones respondieron ser “buena” representado por el 51.8%, seguida de la respuesta “muy buena” con 43.6%.

2) La mayor frecuencia respecto a la calidad de las erecciones post vasectomía de los varones correspondió a la respuesta “lo suficientemente firme para coito sexual” con el 94.5%.

3) Respecto a la mayor frecuencia de erecciones post vasectomía en los varones se indicó “tuve una erección cada vez que la quería” representando el 80.9%, seguida de la respuesta “tuve una erección más de la mitad de las veces deseadas con un 18.2%, cabe señalar que tan solo un individuo señaló que “tuvo una erección aproximadamente la mitad de las veces deseadas”, es decir, el .9% de total de la muestra.

4) De acuerdo a la mayor frecuencia con que señalaron lo varones haberse levantado por la mañana o por la noche con una erección posterior a la vasectomía fue “muy frecuentemente (más del 75% de las veces)” representando el 50% seguida de la respuesta “frecuentemente (más de la mitad de las veces)” representando el 43.6% del total de la muestra.

5) En cuanto a la habilidad de funcionar sexualmente, la mayor frecuencia señalada para este cuestionamiento a varones post vasectomizados fue “muy buena” representando el 55.5% seguida de la respuesta “buena” con 42.7%.

6) Al investigar que tan problemática han considerado su función sexual post vasectomía los varones respondieron en su mayoría “ningún problema” representando el 94.5% de la muestra.

7) La mayor calificación otorgada por los varones post vasectomizados a la satisfacción sexual en general fue “muy buena” con el 92.7%

## MUJERES

1) La mayor frecuencia señalada por las mujeres respecto a la capacidad de su pareja para despertar deseos sexuales en ellas posterior a la vasectomía fue: “todos los días” representando el 57.3%, seguida de la respuesta “una vez a la semana” representando el 40.9% del total de la muestra.

2) Respecto a la mayor frecuencia señalada en relación a la disminución del interés sexual hacia ellas por parte de su pareja posterior al evento de la vasectomía, la respuesta fue: “nunca” con el 75.5% y el siguiente rubro fue “casi nunca” con el 16.4% del total de la muestra.

3) La mayor frecuencia señalada por la mujeres a la pregunta sobre la presencia de excitación sexual al tener actividad sexual con su compañero posterior al evento de la vasectomía la respuesta fue: “siempre” con el 51.8%, seguida de “frecuentemente” representando el 36.4% del total de la muestra.

4) En relación a la mayor frecuencia indicada por las mujeres respecto a la presencia de orgasmos presentados por ellas cuando han sostenido relaciones sexuales con su compañero posterior al evento de la vasectomía, la respuesta fue: “siempre” representando el 43.6%, seguida de la respuesta “frecuentemente” con el 40.9% del total de la muestra; cabe señalar que tan solo un .9% respondió “rara vez” y “no lo sé” otro .9%.

5) La mayor calificación otorgada por la mujeres respecto de los orgasmos que han presentado posterior al evento de la vasectomía en comparación con los que tuvieron en el pasado respondieron: “igual de intensos” representando el 84.5% del total de muestra, con un empate para las calificaciones “más intensos” y “menos intensos” representado el 6.4% para ambos, del total de la muestra.

6) La mayor frecuencia señalada en la respuesta de las mujeres sobre el placer sexual que les ha brindado el varón posterior al evento de la vasectomía fue: “siempre” representando el 53.6% seguida de la respuesta “casi siempre” con el 44.5% del total de la muestra.

7) De acuerdo a la mayor frecuencia reportada por las mujeres sobre si se han sentido satisfechas de las diferentes actividades sexuales de su actual vida sexual (posterior al evento de la vasectomía) la respuesta fue: “siempre” representando el 50.9% seguida de “frecuentemente” representando el 34.5% del total de la muestra.

8) La mayor frecuencia en la respuesta obtenida por la mujer en relación a si a su pareja le ha costado trabajo mantener o lograr una erección posterior a la vasectomía la respuesta fue: “nunca” representando el 85.5%, y “casi nunca” representando el 10% del total de la muestra.

9) La mayor frecuencia indicada por la mujer en relación a eyaculación pronta durante la relación sexual por parte de su compañero posterior al evento de la vasectomía la respuesta fue: 60% “nunca”, seguida de un 25.5% que respondieron “casi nunca”

10) La mayor frecuencia reportada por la mujer en relación a ausencia de eyaculación por parte del varón posterior al evento de la vasectomía fue: “nunca” representando el 93.6% del total de la muestra.

11) En relación a la mayor frecuencia señalada por la mujer respecto a la presencia de dificultad para eyacular en el varón posterior al evento de la vasectomía la respuesta fue: “nunca” representando el 90.9% del total de la muestra.

12) El reporte de mayor frecuencia en la respuesta de la mujer sobre la pérdida de interés sexual por parte de su pareja por lo que está haciendo o sucediendo durante la relación sexual, fue: “nunca” representado por el 95.5%.

## 5. CONCLUSIONES

1. Las características de las parejas en estudio aceptantes de la vasectomía en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del IMSS se identificaron en el siguiente perfil:

Edad promedio de 35 años; con un nivel educativo correspondiente al nivel superior y medio superior; empleados y amas de casa en su mayoría; preferentemente católicos y casados.

### 2. Función Sexual

La función sexual se determinó a través de la aplicación de 2 instrumentos breves, sencillos y válidos para medir aspectos relativos de la función sexual tanto en varones como en mujeres explorando los siguientes rubros:

- Deseo sexual
- Excitación sexual
- Orgasmo y
- Satisfacción global.

El cuestionario del varón constó de 9 ítems, cada uno de los cuales se valoró mediante una escala del 1 al 5. El punto de corte para cada pregunta se situó en 27, donde  $\leq 27$  se consideró disfuncional y  $>27$  como normal.

El cuestionario aplicado a la mujer constó de 12 ítems, cada uno de los cuales se valoró mediante una escala del 0 al 5. El punto de corte para cada pregunta se situó en 27, donde  $\leq 27$  se consideró como disfuncional y  $>27$  como normal.

- La evaluación del Deseo Sexual tanto en el varón post vasectomizado como en la mujer se indagó a través de las preguntas 1a del instrumento aplicado al varón y con la pregunta 1, 2 y 12 del cuestionario aplicado a mujeres, en busca de apatía sexual (deseo sexual inhibido) o disritmia sexual, no encontrándose disfunción al momento de la aplicación del instrumento.
- Con las preguntas 1b, 2, 3 y 4 del cuestionario aplicado a varones y las preguntas 2 y 8 del cuestionario para mujeres se evaluó el área de Excitación Sexual a través de la calificación otorgada por el varón referente a su habilidad para tener una erección, la calidad de las mismas y la frecuencia, con la finalidad de determinar disfunción eréctil y en la mujer presencia de trastorno de la excitación reflejado en disminución de la lubricación vaginal, área que permaneció inalterada.
- La fase de Orgasmo se evaluó con las preguntas 1c para el varón y con las preguntas 4, 5, 9, 10 y 11 para la mujer, investigando la presencia de eyaculación precoz u anorgasmia, sin encontrar alguna de ellas.



- La Satisfacción Sexual Global post vasectomía se evaluó a través de las preguntas 5, 6 y 7 en el varón y con las preguntas 6 y 7 en la mujer.

La expectativa del desempeño sexual es la limitante más poderosa para quienes rechazan la vasectomía y para quienes aún no se deciden. Sin embargo, con la aplicación de ambos instrumentos pudimos percatarnos que no se reportan alteraciones en el funcionamiento sexual de los varones vasectomizados incluidos en el estudio, así mismo no se presentó disfunción sexual en sus parejas.

La vasectomía no afecta la calidad de la erección, ni de eyaculación ni del orgasmo. El que un hombre sea fértil o estéril (ya sea por una patología o tras una vasectomía) no guarda relación con los mecanismos que actúan sobre el deseo, la erección, el orgasmo y la satisfacción global. Por el contrario la vasectomía tiene como objetivo mejorar la calidad de vida sexual de la pareja.

## 6. DISCUSIÓN

La sexualidad es un aspecto central en la calidad de vida de los seres humanos y es reflejo del bienestar físico, psicológico y social. En este sentido la planificación familiar no solo persigue el control de la natalidad sino de un desarrollo más armonioso, donde la vivencia de la sexualidad contribuya al crecimiento del individuo, la pareja y la sociedad. La vasectomía sería el método ideal para la esterilización en nuestro medio, pero los patrones culturales, no han permitido lograr mayor cobertura.

Los temores más frecuentes previos y posterior al procedimiento de la vasectomía reportados en la literatura indican disminución de la función sexual particularmente como abatimiento de la libido, disfunción eréctil, debilidad física potencial y manifiesta incredulidad acerca de los testimonios de los hombres operados. Realmente existen pocos estudios realizados en este sentido sobre todo en nuestro medio y que de acuerdo a literatura extranjera no existe alteración en desempeño sexual después de la operación. Fue por ello que motivó mi interés al desarrollo del tema.

Es difícil estudiar un fenómeno tan complejo como la sexualidad humana, mucho más complejo aun el investigar sobre un área específica de la misma como la función sexual post vasectomía, por su ámbito prejuiciado, mitificado y peyorativo, encontrándose serias dificultades, como actitudes de evitación y rechazo al momento de la aplicación de los cuestionarios, reflejo mismo de la falta de conocimientos objetivos o miedo a “descubrir” aspectos de la propia sexualidad y provocar conflicto emocional, culpa o vergüenza.

En este estudio se contempló la participación femenina como análisis comparativo a la respuesta dada por el varón, las cuales apoyaron el buen funcionamiento sexual de sus parejas posterior al acto quirúrgico. De haberse suscitado algún tipo de disfunción posterior a la vasectomía, la mujer confirmaría la alteración evaluando negativamente el estímulo sexual proporcionado por su pareja en el momento mismo de la relación sexual, lo cual no fue así.

En los varones el aceptar un método anticonceptivo definitivo conlleva la necesidad de romper con ideas o paradigmas basados en estereotipos de género, familiares y sociales ligados a cierto tipo de construcción y ejercicio de la masculinidad debido a la inequidad manifiesta de su concepción de género, al creer que es una responsabilidad de mayor peso en la mujer.

Referente a las características sociodemográficas de la población estudiada se pudo apreciar que:

La edad promedio de acuerdo al resultado arrojado de la aplicación de los cuestionarios fue de 35 años, lo cual es alentador en el sentido que los años de protección anticonceptiva a las parejas durante su vida sexual activa les permite un mayor tiempo de tranquilidad y disfrute de esta etapa de su vida.

El nivel de escolaridad predominante para dicha población de nivel superior y medio superior supone el grado de conocimiento, comprensión y toma decisión para el acto quirúrgico. Aunque en un artículo publicado sobre “aceptación y rechazo de la

vasectomía en hombres del medio rural”, señala que el menor grado de escolaridad en el estudio para ellos no significó una limitante en la aceptación de la vasectomía.

La ocupación más sobresaliente correspondiente al de empleados y amas de casa, no variaron en relación a los reportes a nivel internacional que incluyen a México.

Casados en su mayoría y con religión católica, los cuales solamente caracterizan a los aceptantes de vasectomía sin influir directamente en la decisión de la realización.

La frecuencia de las complicaciones post vasectomía mencionada en la literatura es muy baja, y dentro de éstas no se contemplan las de tipo sexual.

La vasectomía no modifica la función endócrina del eje hipotálamo-hipófisis-testículo. Las relaciones sexuales post vasectomía se reanudan entre 6 a 7 días de realizado el procedimiento sin afección aparente en la fase del deseo o de excitación. De acuerdo al reporte de estudios realizados sobre vasectomía y su relación con la sexualidad y con el resultado obtenido de este estudio podemos afirmar que la vasectomía en este sentido en específico como temor en la población masculina de evitar a toda costa dicho evento, es injustificado puesto que no se encontraron cambios en la actividad sexual posterior a la realización de la misma, lo cual coincide con reportes realizados en países como Estados Unidos, Nueva Zelanda, Australia, Gran Bretaña y Canadá.

A pesar que en las últimas tres décadas se ha notado un marcado descenso en los niveles de fecundidad asociado al incremento importante en el uso de métodos anticonceptivos, la poca participación masculina en la planificación familiar es un factor que condiciona rezago en la cobertura y los beneficios respectivos.

De lo anteriormente comentado, la hipótesis nula la postulé afirmando que la función sexual permanece sin modificaciones en las parejas que eligen la vasectomía como método anticonceptivo, por lo tanto y derivado del análisis de los resultados se acepta la Hipótesis nula; se rechaza la alterna y se corrobora la de trabajo.

La motivación es un factor clave en la determinación de la respuesta postoperatoria. Si un hombre decide hacerse la vasectomía sin coerción de nadie, es más probable que esté satisfecho con el procedimiento. En este aspecto, Deys plantea la hipótesis de que cuando un hombre domina y toma las decisiones más importantes en la vida matrimonial, hay más posibilidades de que elija una forma masculina de control de la fertilidad como la vasectomía.

La educación sexual se da de manera implícita en el seno de la familia de manera informal, como parte de la socialización del individuo, cargada de toda una “cultura sexual”.

El médico no es ajeno a su contexto social. Participa y sobrevive de él. Es partícipe de la transmisión de la cultura; pero también, potencialmente, es un elemento de cambio en su sociedad. Es por ello que el Médico Familiar debe contar con los conocimientos de un sustento científico que le permita tener una visión integradora en la atención del paciente, la familia y la sociedad y poder otorgar así un consejo más convincente.

## **7. RECOMENDACIONES**

1. Es necesario e imprescindible el establecimiento de cursos formales de educación sexual, durante el proceso académico del médico general y de médicos de posgrado, ya que contar con un proceso educativo en salud sexual eficaz, orientado a la prevención, permitirá la obtención de mejores resultados en materia de sexualidad y planificación.

2. Necesita mejorarse la información sobre la sexualidad post-vasectomía dentro de la estrategia de información en el servicio de Planificación Familiar. Dicha información deberá ser adaptada a las características específicas de cada paciente, clara y precisa para evitar confusión. Brindar mayor difusión de la información de la Vasectomía, mayor vinculación entre ésta y las necesidades manifestadas por la pareja.

3. Capacitación integral y permanente, al equipo de salud en donde cada elemento del equipo de salud desempeña un papel muy importante en la toma de decisión de la vasectomía.

4. Incluir en el Programa de Educación para la Salud un Programa de Educación para la Salud Sexual con la finalidad de abordar temas vinculados con la sexualidad para desmitificar y romper tabúes derivados de prejuicios a través de un abordaje más científico. Así mismo, darse más promoción de la salud sexual, lo cual requiere de un proceso de educación y dotación de servicios, de acceso universal y de calidad.

5. Promover la capacitación y la actualización permanente del personal de las Instituciones públicas y privadas del Sistema Nacional de Salud y del Sistema Educativo Nacional, en materia de Sexología y sexualidad, para lograr una educación integral de calidad, incluyente, real, objetiva, sólida, científica y actualizada para todos; con lo cual estarían ambos sistemas nacionales, el de Salud y el de Educación, en condiciones de dar cabal cumplimiento en la práctica que rebasa el discurso a las disposiciones Constitucionales, de llevar Salud y Educación de calidad a todos los mexicanos.

6. Intensificar la difusión de la información de los temas y del programa mencionado, a través de todos los canales disponibles y de toda índole para lograr la cobertura informativa a todos los sectores y niveles sociales.

## 8. BIBLIOGRAFIA

1. Álvarez Gayou, J.L. Elementos de sexología. México. Editorial Interamericana. Año: 1979.
2. Rubio Aureoles E. Introducción al estudio de la sexualidad humana. En: Antología de la sexualidad humana. Tomo I. Pérez Fernández CJ (Comp.) Porrúa. 2ª edición. México: 1998 p. 17-46.
3. Vera-Gamboa L. Historia de la sexualidad. Rev Biomed 1998 Abr; 9(2):116-121.
4. H. Gotwald William, Jr; Holtz Golden G. Sexualidad la experiencia humana. México D.F.: Manual Moderno; 1983. p 7-12.
5. Castillo R, Reyes A. Breve historia de la sexualidad. Revista de Sexología Identidades.org. (Seriada en línea) 2002 (Citado 2002 Nov); 16(1):(2 páginas). Disponible en: [http://www.identidades.org/revista/historia\\_sexualidad.htm](http://www.identidades.org/revista/historia_sexualidad.htm).
6. Sexualidad en la Prehistoria. Sexualidad. (Seriada en línea) 2007 (Citado 2007 Oct); 1(2): p. 1-14. Disponible en: <http://www.sexualidad.es/index.php/Sexualidad>.
7. La sexualidad en la historia. Documento inédito. Instituto Mexicano de Sexología; 1995
8. Singer Kaplan H. La nueva terapia sexual. 2ª edición. El libro de bolsillo. Alianza Editorial Madrid. Madrid: 1982 p. 19-60
9. Álvarez-Gayou, J.L.; Sánchez, D.; Delfín Lara, F. Sexoterapia Integral. Ed.: Manual Moderno. País: México. Año: 1989.
10. Shibley Hyde J., DeLamater J. Sexualidad Humana. 9ª edición. Mc Graw Hill. México D.F.: 2006 p. 205-227
11. Guyton, Arthur. Tratado de Fisiología Médica. Mc.Graw-Hill. México.
12. Masters W, Jhonson V, Kolodny R. Perspectivas de la sexualidad. En: La sexualidad humana. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1988.
13. Corpas A., Surís A., Llimona A. Enciclopedia de la sexualidad. 2ª edición. Océano. Barcelona, España: 2001 p. 130-150.
14. Maldonado Torres L. Tesis: "El médico residente de Medicina Familiar ante la Sexualidad Humana. México. 2004.
15. Smith-Keary PF. Genética. Publicaciones Culturales S.A., México D.F: 2004

16. García-Pelayo y GR. Causas de aceptación o rechazo de la vasectomía en población solidario-habiente del medio rural en 7 zonas de servicios médicos del programa IMSS-SOLIDARIDAD. México; IMESSEX, 2000.
17. Instituto Mexicano de Sexología, Sociedad Mexicana de Psicología Facultad de Psicología de la UNAM, Universidad Pedagógica Nacional. Archivos hispanoamericanos de sexología. México; Editorial Cromo Color. Vol II Núm 1, 2000.
18. De la Fuente R. Psicología Médica. Fondo Cultural Económica. México, D.F.; 2001
19. Yela, C. El amor desde la psicología social. Editorial Pirámide, Madrid, España: 2000; p. 20
20. Rage A. La pareja. Editorial Plaza y Valdez. México, D.F.: 2002; p. 70-273.
21. Solórzano Ma. L., Brandt Toro, C; Flores O. Estudio integral del ser humano y su familia. La Bodoniaca. Caracas, Venezuela: 2001; p 113-119
22. Leñero L. Etapa constitutiva de la familia En: La familia. ANUIS. México D.F.: 1976: 87-107.
23. Alvarez Gayou, J. Percepciones y opiniones sobre masculinidad. Archivos Hispanoamericanos de Sexología, México D.F.: 1997 p. 65-91
24. Alarcón, D., Covarrubias, T., Herrera, S. La mujer, la maternidad y la pareja: mitologías y posibilidades de una tematización diferente. En: Hernández, C; Orderiz, P., Paniagua, G., Alarcón, D., Covarrubias, T., Herrera, S., Ortega, R., Pérez, C., Sapien, L., Saucedo, R., Yoseff, B., Cuevas, J., González, U., Palacios, A. (Eds). Educación y género. UNAM. México 1991; p. 23-40
25. González, M. (2005 Junio) Entre contextos y pretextos....háblame de compromiso (5 párrafos). Portal de educación y salud sexual en línea. (En red). Disponible en: [www.sexualidadonline.com](http://www.sexualidadonline.com)
26. Olvaria, J., Parrini, R. Masculinidades, identidad, sexualidad y familia. Primer encuentro de estudios de masculinidades. Universidad Académica de Humanismo Cristiano. Chile 1999; p. 28-32
27. Lamas, M. El género. La construcción cultural de la diferencia sexual. UNAM-PUEG. México D.F.: 2003 p. 41-48.
28. Cazes, D. La perspectiva de género. Guía para diseñar, poner en marcha, dar seguimiento y evaluar proyectos de investigación y acciones públicas y civiles. CONAPO y Consejo Nacional de la Mujer. México, D.F.: 2000 p.70-88
29. Amuchástegui, A. Virginidad e iniciación sexual en México. Experiencias y significados. Edamex. México, D.F.: 2001 p. 96-105

30. Ramírez, H. Los caminos del deseo (10 párrafos). Portal de educación en salud sexual en línea. (En red). Disponible en: [www.sexualidadonline.com](http://www.sexualidadonline.com)
31. Ramírez, H. El amante técnica eficiente (8 párrafos). Portal de educación en salud sexual en línea. (En red). Disponible en :[www.sexualidadonline.com](http://www.sexualidadonline.com)
32. Ehrlich, M. Los esposos, las esposas y sus hijos. Como hacer más satisfactorio el matrimonio. Trillas, México, D.F.:1989 p. 160-164.
33. McCary J, Sexualidad humana de McCary. Manual Moderno. México. D.F.: 1996 p. 26-83
34. Características de la Población en México. 2004. [www.xoc.unam.mx/apuntes/documentos/geo2-2/geo.doc](http://www.xoc.unam.mx/apuntes/documentos/geo2-2/geo.doc).
35. Coordinación en salud reproductiva y materno infantil. Aceptantes de métodos definitivos por región 1992-2001. IMSS. <http://www.imss.gob.mx/ventiunica/memorias> 2001.
36. Dirección de prestaciones médicas coordinación de salud reproductiva y materno infantil. Manual de procedimientos de planificación familiar. Mexico D.F. 1996.
37. Secretaria de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-005-ssA-1993 de los servicios de planificación familiar (modificada). México D.F. 2004.
38. Rosales Aujang; Felguerez F. Impacto sociodemográfico de 15 años de planificación familiar. Ginecol Obstet Mex 2005;73:443-50.
39. Döring Ma. T. El mexicano ante la sexualidad. 3era edición. Fontamara. México D.F., 2000; p. 74-140
40. Ramos, Samuel. El perfil del Hombre y Cultura en México. 9ª edición. Editorial Espasa-Calpe Mexicana, México: 2001 p. 33-69.
41. Pick de Weiss, Susan. Un estudio social-psicológico de la planificación familiar". Editorial Siglo XXI, México: 1979 p. 24-76.
42. IMSS. Vasectomía. En: Temas de planificación familiar. México D.F. 1999 p. 7-29.
43. Calaf Alsina J. Manual básico de anticoncepción. 3ª edición. Masson. Barcelona, España: 2005 p. 219-237
44. Marston-Ainley S; Vansintejan G. Vasectomía sin bisturí. Guía ilustrada para cirujanos. 4ª edición. Trazo. México. 2000 p. 3-54.
45. Danforth Scout. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 8ª edición. Mc Graw Hill. México D.F.: 2000 p.579-591.

46. Gary Cunningham F.; Mac Donald P.; Gant N; et al. Williams Obstetricia. 20a edición. Panamericana. Madrid, España: p. 1243-85
47. Levine S. "Marital sexual dysfunction introductory concepts". Annals of Internal Medicine 1996 84 (2): 448-453.
48. Giner Velázquez. Vasectomía parcial bilateral. Estudio clinic de 1500 parejas". Gaceta Médica de México, 1998 119(6): 255-61
49. Brechina S, Bigrigb A. Male and female sterilisation. Current Obstet Gynaecol 2006: 16; 39–46.
50. Choe JM, Kirkemo K. Questionnaire based outcomes study of noncological post vasectomy complications. J Urol 1996:155; 1284 – 1286.
51. Lin L, Shi-Zhong Wu, Changmin Z, Qifu F, Keqiang L, Goliang S. Psychological Long Term Effects of Sterilization on Anxiety and depression. Contraception 1996: 54; 345 – 357.
52. Sandlow, J, Westefeld JS, Maples MR, Scheel KR. Psychological correlates of vasectomy. Fertility and Sterility 2001: 75 (3): 554- 558.



## **9. ANEXOS**

## ANEXO 1. VARIABLES

### Operacionalización de Variables Independiente y dependiente

Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operativa	Escala de medición	Indicadores
Independiente Vasectomía	Cualitativa Nominal Politómica Discreta	Es un procedimiento que tiene como propósito la sección y obstrucción por medios quirúrgicos de los conductos deferentes, con el fin de impedir el paso de los espermatozoides de los testículos hacia los vasos deferentes donde se mantienen depositados antes de salir al exterior.	Método definitivo de planificación familiar consistente en oclusión del deferente.	Existencia o no de la Vasectomía.	Respuesta en cuestionario
Dependiente Función Sexual	Cualitativa Nominal Politómica Discreta	Constituye la expresión de la integridad orgánica y funcional del sistema neuroendocrino y del aparato reproductor que permite al organismo llevar a cabo la actividad sexual con una respuesta adecuada.	Integración armónica del sexo (netamente biológico) de una pareja que eligió vasectomía.	Cuestionario para evaluación de la función sexual de la mujer (PISQ – 12). Cuestionario para la evaluación de la función sexual del varón (Cuestionario de calidad de vida elaborado por la UCLA UROLOGY de la universidad de California).	Respuesta en cuestionario.

### Operacionalización de Variables Universales

Edad	Cuantitativa Escalar Discontinua	Tiempo que ha vivido una persona.	Años cumplidos en el momento del estudio.	Años cumplidos	20-30 31-39 40-51
Escolaridad	Cualitativo Nominal Ordinal Politómica	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Grado escolar máximo al momento del estudio.	Grado de estudios.	Saber leer y escribir Primaria Secundaria. Preparatoria. Licenciatura Postgrado.
Estado civil	Cualitativa Nominal Politómica	Condición de soltería, matrimonio, viudez, etc., de un individuo	Estado civil de la paciente	Soltera. Casada. U. libre Divorciada.	Casado, Unión libre.
Ocupación	Cualitativa Escalar Discontinua	Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa	Actividad a la cual se dedica la paciente con o sin salario	Tipo de ocupación	Ama de casa Chofer Comerciante Paramedico Electricista Empleado Obrero Profesionista
Religión	Cualitativa Dicotómica Nominal	Conjunto de creencias acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de practicar rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto.	Culto que profesa los individuos y que rigen su conducta individual y social.	Tipo de Religión	Católico Cristiano Protestante Creyente Testigo de Jehová Ninguno

## **ANEXO 2. CONSIDERACIONES ÉTICAS APLICABLES AL ESTUDIO**

El presente protocolo se apega a las declaraciones que en materia de investigación, toma en cuenta la declaración de Helsinki y su modificación de Tokio.

### **Declaración de Helsinki**

Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en seres humanos.

Adoptada por la 18ª. Asamblea Médica Mundial (Tokio 1975) y encomendada por la 35ª. Asamblea Médica Mundial (Venecia 1938) y la 41ª. Asamblea Médica Mundial (Hong Kong 1989).

#### **Principios Básicos.**

La investigación biomédica en seres humanos debe contar con los principios científicos generalmente aceptados y debe basarse en experimentos bien realizados así como conocimiento profundo de la literatura pertinente.

El diseño y la ejecución experimental en seres humanos deberá formularse en un protocolo de investigación que se remitirá para consideraciones, comentarios y asesoramiento de un comité independiente del investigador con la condición de dicho comité se ajuste a las leyes y reglamentos del país en el que se lleve a cabo la investigación.

La investigación se realizará por personas científicamente calificadas bajo la supervisión de un profesional médico clínicamente competente.

La investigación biomédica en seres humanos no puede realizarse legítimamente a menos que la importancia de su objetivo este en proporción con el riesgo que corre el sujeto de experimentación.

La investigación debe proceder una valoración cuidadosa de los riesgos predecibles para el individuo frente a los posibles beneficios para él o para otros, debe respetar el derecho a la integridad e intimidad del individuo.

Los médicos no realizarán investigación cuando los riesgos sean mayores que los beneficios.

Al publicar los resultados inherentes a la investigación se tiene la obligación de respetar su exactitud.

Cualquier investigación deberá otorgar información adecuada a cada persona participante en cuanto a los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que el experimento puede implicar. Las personas deben ser informadas de que tienen la libertad para no participar en el experimento y para anular cualquier momento su consentimiento voluntario por escrito.

El consentimiento informado deberá darlo el padre o tutor legal en caso de incapacidad jurídica, física o mental, o cuando el individuo sea menor de edad.

El protocolo de investigación siempre mencionará las consideraciones éticas según el caso y debe indicar que se ha cumplido con los principios enunciados en esta declaración.

### ANEXO 3. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



#### INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN CLINICA

Lugar y Fecha del 2008. México D.F.

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

FUNCION SEXUAL EN PAREJAS QUE ELIGEN LA VASECTOMIA COMO METODO ANTICONCEPTIVO EN EL AREA DE PLANIFICACION FAMILIAR DEL HGZ/UMF. No 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO" DEL IMSS DURANTE EL 2008.

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número: 3605

---

El objetivo del estudio es:

Evaluar la función sexual de las parejas de 20-51 años que eligen la vasectomía como método anticonceptivo en el área de Planificación Familiar del Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del IMSS durante el 2008.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: contestar un cuestionario de manera confidencial y lo más cercano a la realidad.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

---

Nombre y Firma del paciente

Dr. Gilberto Amaro Jaramillo 10777431

Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable

En caso de duda o aclaraciones comuníquese al teléfono: 56-74-51-83, a partir de las 17:00 hrs.

Testigos \_\_\_\_\_

**ANEXO 4. INSTRUMENTOS DE EVALUACION**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DELEGACION SUR DEL DISTRITO FEDERAL  
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA/MEDICINA FAMILIAR No 8  
 "SAN ANGEL"  
 COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E  
 INVESTIGACION MÉDICA  
 RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR**

Nombre:  
 Edad:  
 Escolaridad:  
 Ocupación actual:  
 Religión:  
 Estado civil:

Estas preguntas son sobre su sexualidad postvasectomía. Por favor responda las siguientes preguntas lo más honesta y claramente posible. Sus respuestas serán completamente confidenciales.

**DEFINICIONES:**

- Actividad sexual: se refiere a caricias, juegos, masturbación y relaciones sexuales.
- Relación sexual: se define como penetración del pene en la vagina.
- Estimulación sexual: incluye juegos sexuales como la pareja, fantasías sexuales.

- Deseo o interés sexual: es la sensación que incluye deseo de tener una relación sexual, sentirse receptiva a la excitación sexual de la pareja y sentimientos o fantasías sobre tener sexo.
- Excitación sexual es una sensación que incluye aspectos físicos como sensación de calor o latidos en los genitales, lubricación o humedad en la vagina, contracciones musculares, palpitaciones, etc.

Marque una sola alternativa por pregunta:

**HOMBRES**

**Este cuestionario está elaborado tomando como base el de calidad de vida elaborado por investigadores de la escuela de medicina del departamento de Urología de la Universidad de California en los Ángeles; las preguntas han sido modificadas para adaptarlas a los fines de esta investigación.**

1. Después de su vasectomía ¿cómo clasifica usted cada una de las siguientes categorías?

Tache el cuadro que más le satisfaga	Muy pobre	Pobre	Regular	Bueno	Muy bueno
a. ¿Su nivel de deseo sexual?					
b. ¿Su habilidad de tener una erección?					
c. ¿Su habilidad de lograr un orgasmo (llegar al clímax)?					

2. ¿Después de la Vasectomía cómo describiría usted la CALIDAD de sus erecciones?

- Ninguna en absoluto..... \_\_\_\_\_
- No lo suficientemente firme para una actividad sexual..... \_\_\_\_\_
- Lo suficientemente firme para masturbación y estimulación antes Del acto sexual ..... \_\_\_\_\_
- Lo suficientemente firme para coito sexual ..... \_\_\_\_\_

3. ¿ Después de la Vasectomía cómo describiría usted la FRECUENCIA de sus erecciones?

- Yo NUNCA tuve una erección cuando la quería ..... \_\_\_\_\_
- Tuve una erección MENOS DE LA MITAD de las veces deseadas..... \_\_\_\_\_
- Tuve una erección APROXIMADAMENTE LA MITAD de las veces deseadas..... \_\_\_\_\_
- Tuve una erección MAS DE LA MITAD de las veces deseadas ..... \_\_\_\_\_
- Tuve una erección CADA VEZ que la quería ..... \_\_\_\_\_

4. ¿Después de la Vasectomía con qué frecuencia se ha levantado usted en la mañana o en la noche con una erección?

- Nunca ..... \_\_\_\_\_
- Rara la vez (menos del 25% de las veces) ..... \_\_\_\_\_
- No frecuentemente (menos de la mitad de las veces)... \_\_\_\_\_
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces) ..... \_\_\_\_\_
- Muy frecuentemente (más de 75% de las veces) ..... \_\_\_\_\_

5. En general, ¿Después de la Vasectomía cómo clasificaría usted su habilidad de funcionar sexualmente?

- Muy pobre ..... \_\_\_\_\_
- Pobre ..... \_\_\_\_\_

- Moderada..... \_\_\_\_\_
- Buena..... \_\_\_\_\_
- Muy buena..... \_\_\_\_\_

6. En general, ¿Después de la Vasectomía qué tan problemática ha sido la función sexual para usted?

- Ningún problema..... \_\_\_\_\_
- Un problema muy pequeño..... \_\_\_\_\_
- Un problema pequeño ..... \_\_\_\_\_
- Un problema moderado..... \_\_\_\_\_
- Un problema grande..... \_\_\_\_\_

7. ¿Después de la Vasectomía cómo calificaría su satisfacción sexual en general?

- Mala..... \_\_\_\_\_
- Muy pequeña ..... \_\_\_\_\_
- Pequeña ..... \_\_\_\_\_
- Moderada..... \_\_\_\_\_
- Grande..... \_\_\_\_\_

**MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACION**

DRA. SARA AGUILAR GÓMEZ  
RESIDENTE DE TERCER AÑO  
MEDICINA FAMILIAR



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION SUR DEL DISTRITO FEDERAL  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA/MEDICINA FAMILIAR No 8  
"SAN ANGEL"  
COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E  
INVESTIGACION MÉDICA  
RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR**

Nombre:  
Edad:  
Escolaridad:  
Ocupación actual:  
Religión:  
Estado civil:

Estas preguntas son sobre su sexualidad postvasectomía. Por favor responda las siguientes preguntas lo más honesta y claramente posible. Sus respuestas serán completamente confidenciales.

**DEFINICIONES:**

- Actividad sexual: se refiere a caricias, juegos, masturbación y relaciones sexuales.
- Relación sexual: se define como penetración del pene en la vagina.
- Estimulación sexual: incluye juegos sexuales como la pareja, fantasías sexuales.

- Deseo o interés sexual: es la sensación que incluye deseo de tener una relación sexual, sentirse receptiva a la excitación sexual de la pareja y sentimientos o fantasías sobre tener sexo.
- Excitación sexual es una sensación que incluye aspectos físicos como sensación de calor o latidos en los genitales, lubricación o humedad en la vagina, contracciones musculares, palpitaciones, etc.

Marque una sola alternativa por pregunta:

**MUJER**

1. Después de la vasectomía ¿Su pareja es capaz de despertar deseos sexuales en usted?

- |                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| a. Todos los días    | d. Menos de 1 al mes |
| b. 1 vez a la semana | e. Nunca             |
| c. 1 vez al mes      | f. No lo se          |

2. Después de la vasectomía, ¿Ha notado que a su pareja le ha disminuido el interés sexual hacia usted?

- |                 |               |
|-----------------|---------------|
| a. Siempre      | d. Casi nunca |
| b. Casi siempre | e. Nunca      |
| c. Pocas veces  | f. No lo se   |

3. Después de la vasectomía, ¿Siente excitación sexual (se excita) cuando tiene actividad sexual con su compañero?

- |                   |              |
|-------------------|--------------|
| a. Siempre        | d. Rara vez. |
| b. Frecuentemente | e. Nunca.    |
| c. Algunas veces  | f. No lo se  |



4. Después de la vasectomía, ¿Llega al clímax (llega al orgasmo) cuando tiene relaciones sexuales con su compañero?

- a. Siempre
- b. Frecuentemente
- c. Algunas veces
- d. Rara vez
- e. Nunca
- f. No lo se

5. En comparación con los orgasmos que ha tenido en el pasado, ¿cómo calificaría los orgasmos que ha tenido después de la vasectomía?

- a. Mucho menos intensos
- b. Menos intenso
- c. Igual de intensos
- d. Más intensos
- e. Mucho más intensos.
- f. No lo se

6. Después de la vasectomía ¿Su pareja la complace sexualmente?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Pocas veces
- d. Casi nunca
- e. Nunca
- f. No lo se

7. ¿Está satisfecha con las diferentes actividades sexuales de su actual vida sexual?

- a. Siempre
- b. Frecuentemente
- c. Algunas veces
- d. Rara vez
- e. Nunca
- f. No lo se

8. Después de la vasectomía ¿Ha notado que a su pareja le cuesta trabajo mantener o lograr una erección?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Pocas veces
- d. Casi nunca
- e. Nunca
- f. No lo se

9. Después de la vasectomía ¿El ha eyaculado demasiado pronto durante la relación sexual?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Pocas veces
- d. Casi nunca
- e. Nunca
- f. No lo se

10. Después de la vasectomía, ¿Ha notado que su pareja no puede eyacular?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Pocas veces
- d. Casi nunca
- e. Nunca
- f. No lo se

11. Después de la vasectomía, ¿Ha notado que a su pareja le cuesta trabajo eyacular?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Pocas veces
- d. Casi nunca
- e. Nunca
- f. No lo se

12. Después de la vasectomía, ¿Ha notado que durante la relación sexual su pareja pierde el interés por lo que está haciendo o sucediendo?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Pocas veces
- d. Casi nunca
- e. Nunca
- f. No lo se

**MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACION**

DRA. SARA AGUILAR GÓMEZ  
RESIDENTE DE TERCER AÑO  
MEDICINA FAMILIAR

## ANEXO 5. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	Ene 2008		Feb 2008		Mar 2008		Abr 2008		May 2008		Jun 2008		Jul 2008		Ago 2008		Sep 2008		Oct 2008		Nov 2008		Dic 2008	
	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R
Recolección bibliográfica	■	■	■	■																				
Elaboración del proyecto					■	■	■	■	■	■	■	■												
Instrumento de medición													■	■										
Recolección de la información															■	■								
Recuento de la información															■	■								
Análisis de la información																	■	■						
Resultados																			■	■	■	■		
Redacción del escrito médico																							■	■

Fecha de Inicio: 1 de Ene 2008

Fecha de Término: 30 de Dic 2008

Planeado ■

Realizado ■