

11226
24/191



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
Facultad de Medicina
División de Estudios superiores

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Hospital General de Zona No. 29 "Aragón"
Jefatura de Enseñanza e Investigación



La Vasectomia y La Respuesta Sexual Humana

t e s i s:

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:
FRANCISCO JAVIER SORIA CARRANZA





UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

	pág.
1.- INTRODUCCION.....	1
2.- ANTECEDENTES.....	2
3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
4.- JUSTIFICACION.....	15
5.- OBJETIVO.....	17
6.- MATERIAL Y METODOS.....	18
7.- CRITERIOS DE INCLUSION.....	19
8.- CRITERIOS DE EXCLUSION.....	20
9.- VARIABLES E INDICADORES.....	21
10.- UNIDADES Y CRITERIOS DE MEDIDA.....	26
11.- CUESTIONARIO.....	28
12.- RECOLECCION DE DATOS.....	31
13.- RESULTADOS.....	32
14.- CONCLUSIONES.....	57
15.- DISCUSION.....	59
16.- BIBLIOGRAFIA.....	61

INTRODUCCION

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 subdesarrollados. Así se ha visto que durante los últimos 13 años la vasectomía ha tomado auge como procedimiento definitivo para regular la fertilidad en el hombre, sin embargo en América Latina su -- uso es aún limitado y en México se incluyó en los programas de planificación familiar del sector salud desde hace aproximadamente 9 años.

Ahora bien, consideramos que el principal obstáculo para la aceptación de este método es la falta de información y el temor a las complicaciones que en realidad son minimas y más de origen psicológico que orgánico.

ANTECEDENTES

La Vasectomía es un procedimiento quirúrgico de esterilización que tiene como propósito la obstrucción de los conductos deferentes en el varón. Se emplea como método definitivo de planificación familiar desde hace aproximadamente 25 años y hasta 1979 se habían practicado más de 80 millones de vasectomías, la mayor parte de ellas en la India, Paquistán, Bangladesh, Nepal, Corea, República Popular China, Inglaterra, Alemania, Francia y en los Estados Unidos de América. En los países africanos y latinoamericanos su uso ha sido más limitado pero con tendencia a incrementarse durante los últimos años.

La primera publicación sobre el empleo de la Vasectomía para la regulación voluntaria de la fertilidad en el humano fue hecha por Poffenberger en 1963 y en ella se analizan los resultados de 2000 casos operados entre 1956 y 1961.

Aunque hay escasez de información fidedigna acerca del tema, la literatura disponible sugiere que un hombre normal, bien adaptado sexualmente no va a experimentar cambios psicológicos significativos luego de la vasectomía electiva si puede entender qué puede esperar durante el procedimiento y después de él, y si se le proporciona una oportunidad de expresar sus temores y de que se responda a sus preguntas antes de la operación.

En la mayoría de los casos, los obvios beneficios de -

la operación, liberación de la carga emocional y/o financieros, de hijos adicionales y de la incomodidad de otros métodos de control de la natalidad, superan las ansiedades normales acerca de la esterilización quirúrgica. Cuando después de la operación se presentan problemas psicológicos y sexuales, los mismos usualmente pueden ser explicados por las actitudes y condiciones preoperatorias.

La vasectomía puede no ser aconsejable para el hombre con neurosis graves y desajustes sexuales. Si se dispone de asesoramiento profesional, los candidatos para vasectomía respecto de los cuales se sospecha de existencia de problemas psicosexuales deben ser entrevistados y evaluados individualmente. Especialmente los jóvenes, solteros, deben ser examinados cuidadosamente en el aspecto psicossexual antes de practicar la operación.

Evaluar los efectos de la vasectomía es difícil porque las técnicas utilizadas en la entrevista pueden no proveer un reflejo exacto de los problemas reales o percibidos como tales.

Los problemas de ajuste que presentan algunos pacientes de vasectomía por lo general se fundan en diferentes temores conscientes o inconscientes acerca del procedimiento en sí mismo o de sus efectos posteriores. D.N. Pai, Director de Planificación Familiar de Bombay, que es decidido partidario de la vasectomía, ha analizado las respuestas psicológicas al procedimiento en India, donde se han practicado millones de vasectomías. En su importante intervención en la Segunda Conferencia Internacional en Esterilización Vo-

luntaria categorizó los Temores variados que un hombre puede experimentar antes o después de la Vasectomía:

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

El temor de daño corporal, es decir complicaciones físicas, tales como cambios negativos de la salud, o debilitamiento físico, es real, especialmente para los hombres - que pueden no entender claramente la naturaleza limitada - del procedimiento.

Tales temores usualmente aparecen en las primeras etapas de un programa de Vasectomía, cuando muy pocos hombres han pasado la experiencia para poder tranquilizar a los - demás.

Aún cuando la escala mundial la mayoría de los hombres no han sufrido cambios en su salud general, un porcentaje - sorprendentemente grande de hombres asiáticos ha informado acerca de la pérdida de vigor físico después de la Vasectomía. Un informe de 1970 sobre vasectomía en Bombay, proveniente de la asociación de Planificación Familiar de India concluía que en los hombres indios el hecho de haberse sometido a la operación o el conocimiento específico de que esa operación significa cesación de la fertilidad está asociado con el sentimiento de debilidad o pérdida de vigor.

No hay evidencia científica de que la Vasectomía afecte la capacidad sexual y en la mayoría de los estudios la ma-

yor parte de los hombres manifestaron que no había habido cambio alguno en el placer o la calidad de la cópula sexual o en la armonía material.

En los países desarrollados como Australia, Gran Bretaña y Estados Unidos de América, entre 44 y 73.1% de los hombres que habían elegido vasectomía manifestaron un incremento al placer sexual que atribuían al hecho de estar libres de ansiedad de que sus compañeras quedaran encitas.

Faber y colaboradores informaron que después de la Vasectomía entre 50 y 73 (68%) hombres altamente motivados se sentían menos inhibidos sexualmente y 55(75%) estaban más satisfechos con el coito. Incluso los países latinoamericanos, donde el "machismo" o necesidad de afirmar la masculinidad es considerado importante, la operación ha sido popular.

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

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

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.

Los factores físicos y psicológicos pueden afectar el - comportamiento sexual después de la vasectomía. Complica-- ciones tales como granulomas o hematomas pueden causar ansiedad, dolor durante el coito y/o reducción de la volun-- tad de participar en la actividad sexual. Una historia pre via de hipocondría o temor a la impotencia puede transformarse después de la operación en el cumplimiento de una - profecía.

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. Des-- pués de dos años en el grupo de vasectomía hubo más pare-- jas que mostraron una disminución de la satisfacción marital que en el grupo de anticonceptivos orales. Los investi-- gadores atribuyeron esto al hecho de que los maridos espe-- raban especial reconocimiento o gratitud por parte de sus esposas por haber asumido la responsabilidad de la anticon

cepción. 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 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.

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

En un estudio de 1500 sujetos a los que se le 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 com--

plicaciones 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%).

En conclusión, podemos decir que la vasectomía es un método de planificación familiar definitivo, muy efectivo y que presenta una frecuencia baja de complicaciones.

La 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.

Debido a lo anterior, a continuación se describen los aspectos más importantes de la RSH.

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 involucra todo el organismo y en la que intervienen no tan sólo los genitales, sino los sentimientos, pensamientos y experiencias previas de la persona.

Se especifica que el estímulo debe ser efectivo, pues no todos los estímulos provocan respuesta en todas las personas ni en todas las circunstancias. Es más, hasta se podría hablar de que algunos estímulos son más efectivos de acuerdo con sexo y con edad.

En la RSH se puede 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.

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 respuesta en 600 individuos entre -

los 18 y los 29 años de edad, y basados en sus observaciones esquematizaron todos los ajustes fisiológicos del organismo de acuerdo con las diferentes fases por las que atraviesa el ser humano durante el ciclo de la respuesta a un estímulo sexual efectivo, ya sea durante la masturbación o el coito, tanto homosexual como heterosexual.

El esquema propuesto por Masters y Johnson ha sufrido algunas modificaciones al correr del tiempo; la principal fué 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 las fases de 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 Johnson, incluir la fase de meseta dentro de la fase de excitación y la resolución dentro de la fase de orgasmo.

A continuación se describe la respuesta sexual humana de acuerdo con el esquema trifásico de Helen Kaplan.

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 vida del individuo.

El deseo sexual (libido) 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.

El deseo sexual en ambos sexos es vivido como sensaciones específicas que mueven al individuo a "buscar" "volver se receptivo" a la experiencia sexual. Después de encontrar gratificación, fuerzas inhibitorias hacen que la persona no se interese en asuntos sexuales por un período que puede variar.

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

Fase de Excitación:

Esta fase es activada por el sistema parasimpático y -- también se denomina vasocongestiva o miotónica. En ambos - sexos los signos de excitación sexual son producidos por - el reflejo de vasocongestión de los vasos sanguíneos genitales.

Dos centros en la médula, uno en S_2 , S_3 y S_4 y otro en T_{11} , T_{12} , L_1 y L_2 , se activan y causan la vasocongestión de los genitales, los cuales se llenan, distienden y cambian su forma para adaptarse y prepararse para el coito. - Estas modificaciones son diferentes en los dos sexos, pero complementarias: el pene adquiere dureza y mayor tamaño -

para penetrar a la vagina, la cual aumenta su irrigación y turgencia para recibirlo.

En todo el organismo se presentan modificaciones y ajustes fisiológicos extragenitales. La excitación se presenta mas rápidamente en el hombre que en la mujer, por lo que ella requiere de mayor estimulación erótica.

En el hombre se presenta la crecición debido a que el tejido eréctil del pene se llena con sangre y por un sistema hemodinámico se mantiene erecto. El glande cambia su coloración. Los testículos aumentan de tamaño, rotan sobre su eje y se acercan al cuerpo ya que se contrae el músculo cremáster. Las glandulas bulborectales secretan unas gotas de líquido, pues uno de sus propósitos es la de preparar la uretra para el paso del líquido seminal.

Fase de Orgasmo:

Tambien llamada mioclónica, el fenómeno mas trascendente es muscular por las contracciones involuntarias que ocurren en ambos sexos. Es activada principalmente por el sistema simpático. En esta fase de orgasmo se presentan las sensaciones placenteras. Al finalizar el orgasmo se inicia la resolución de los cambios fisiológicos que empezaron en la fase de deseo y se mantuvieron en la fase de excitación; esta resolución es parte misma de la fase de orgasmo.

El término de "impotencia" que antes se empleaba para nombrar esta alteración ha cambiado por el de disfunción eréctil, que a diferencia del anterior no es despectivo.

Disfunción eréctil. Esta alteración se presenta en el

hombre y consiste en la "incapacidad para obtener o mantener la erección del pene para lograr una relación sexual". Es conveniente señalar que la disfunción eréctil sí existe el deseo sexual, lo que está ausente es la capacidad fisiológica para responder, que pudiera ser mal interpretada como una falta de atracción de la pareja que sea incapaz de desencadenar la respuesta de excitación, lo que puede provocar otros conflictos subyacentes. La causa orgánica de esta alteración es más bien menor. La mayor parte de los factores que van a favorecer el establecimiento de esta disfunción son psicológicos, pero pueden ser combinados.

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

La incidencia de esta disfunción aumenta con la edad ya que influyen, además de los factores orgánicos propios del paso del tiempo, la serie de falacias o mentiras generadas en torno a la capacidad sexual en la edad senil.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En la consulta externa de Medicina Familiar y Urología del Hospital General de Zona No. 29 "Aragón" del I.M.S.S. Observé que los pacientes a los cuales se les realizaría la Vasectomía, manifestaron temor de tener alguna alteración en su función de la Respuesta Sexual Humana. Principalmente en la fase de deseo sexual (libido), el temor de presentar disminución en la libido, posterior a la vasectomía.

Así mismo en la fase de excitación (erección), temor de presentar impotencia sexual o disfunción eréctil.

JUSTIFICACION.

La cada vez más creciente explosión demográfica junto con la disminución importante de los recursos, constituyen una causa justificada de preocupación. Además la necesidad del control de embarazos es cada vez mayor pero, por desgracia, surgen muchas dificultades en esta época, caracterizada por cierto grado de desconfianza en los métodos actualmente disponibles.

Si bien, la esterilización masculina induce una muy escasa morbilidad y virtualmente ninguna mortalidad, se hace necesario un estudio íntegro del individuo a quién se le practicará la vasectomía, mismo que debería incluir aspectos biológicos, psicológicos y sociales, que en un momento dado, sean causa de alteraciones en la función de la Respuesta Sexual Humana; ya que estos individuos expresan temor de presentar disminución en la libido e impotencia sexual al realizarse la vasectomía.

México, un país en vías de desarrollo, con características propias y con deficiencias relativas en cuanto a materia de salud se refiere, aún no determina íntegramente las repercusiones emocionales consecutivas a la vasectomía; se desconoce su frecuencia puesto que no hay estudios de investigación al respecto o bien si los hay son aislados además no hay un organismo que los concentre. Se reportan revisiones bibliográficas del extranjero y otros se refieren solamente a aspectos biológicos.

Pienso que existen muchos factores que pueden intervenir en la presentación de las alteraciones antes mencionadas, debido a que los hombres la han asociado incorrectamente con la castración, surgiendo temores irracionales - de que si aceptan la vasectomía presentarán alteraciones físicas, mentales, o sexuales; sin embargo, conocemos que los temores antes mencionados se presentan en individuos con trastornos previos de la personalidad y como consecuencia de la idiosincracia propia del mexicano.

Dado lo anterior, considero de utilidad conocer cuáles son las alteraciones y la frecuencia con que éstas se presentan en la respuesta sexual humana, en relación con disminución del deseo sexual (libido), e impotencia sexual, con el objeto de establecer un plan de estudio y manejo - que se adecúe a las necesidades propias de cada individuo. Inclusive los problemas psicológicos derivados de temores conscientes o inconscientes en relación con la operación, pueden ser reducidos por lo general, mediante asesoramiento profesional esmerado y comprensivo.

OBJETIVO.

- 1.- Describir la Respuesta Sexual Humana, principalmente en la fase de deseo sexual (libido); y en la fase de excitación (erección) en el paciente postvasectomizado.
- 2.- Describir si existen alteraciones en la función de la Respuesta Sexual Humana, principalmente en la libido, y en la erección en el paciente postvasectomizado.
- 3.- Describir los factores socioculturales que influyen en la Respuesta Sexual Humana del paciente postvasectomizado.

MATERIAL Y METODOS.

Se estudiarón 86 pacientes, a todos ellos se les realizó vasectomía, a través de la consulta externa del servicio de Urología del Hospital General de Zona No. 29 "Aragón" del I.M.S.S. en el período comprendido de junio de 1984 a julio de 1985.

Todos los pacientes fueron seleccionados al azar; se elaboro un cuestionario, por el autor de este trabajo; médico residente del segundo año de la especialidad de Medicina Familiar, asesorado por el tutor médico Francisco Benitez Reyes urólogo de la unidad.

El cuestionario constó de 18 preguntas para cubrir dos aspectos principalmente de la Respuesta Sexual Humana:

- I.- La libido, en la fase de deseo, de la respuesta sexual humana.
- II- Impotencia sexual, en la fase de excitación, de la, -- respuesta sexual humana.

CRITERIOS DE INCLUSION.

- 1.- Pacientes vasectomizados en el H.G.Z. No. 29 "Aragón" del I.M.S.S. Un total de 104 pacientes, en el período comprendido de junio de 1984 a julio de 1985.
- 2.- Paciente derechohabiente.
- 3.- Paciente que se encontró su domicilio y que se encontraron en el.
- 4.- Pacientes que aceptaron resolver el cuestionario.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

- 1.- Pacientes no derechohabientes.
- 2.- Que no se encontro su domicilio.
- 3.- Que se encontro su domicilio y que no se encontraron -
en el.
- 4.- Pacientes que no aceptaron resolver el cuestionario.

Nota : Del estudio se excluyeron a 18 pacientes por los -
criterios mencionados anteriormente.

VARIABLES E INDICADORES.

1.- La Respuesta Sexual Humana se estudio a través de las variables siguientes.

1.- Fase de Deseo:

1) Depende de la actividad de una estructura anatómica del cerebro. 2) Contiene centros que - 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 la experiencia total de vida del individuo.

1.1 Libido, también conocido como Deseo Sexual; 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. El deseo sexual (libido) en ambos sexos es vivido como sensaciones específicas que mueven al individuo a "buscar" "volverse receptivo" a la experiencia sexual.

2.- Fase de Excitación:

Esta fase es activada por el sistema parasimpático y también se denomina vasocongestiva

o miotónica. En ambos sexos los signos de excitación sexual son producidos por el reflejo de vasocongestión de los vasos sanguíneos genitales.

Dos centros en la médula, uno en S_2 , S_3 , y S_4 y otro en T_{11} , T_{12} , L_1 y L_2 , se activan y causan la vasocongestión de los genitales, los cuales se llenan, distienden y cambian su forma para adaptarse y prepararse para el coito. Estas modificaciones son diferentes en los dos sexos, pero complementarias: el pene adquiere dureza y mayor tamaño para penetrar a la vagina, la cual aumenta su irrigación y turgencia para recibirlo.

En todo el organismo se presentan modificaciones y ajustes fisiológicos extrageritales.

- 2.1.- Erección, en el hombre se presenta debido a que el tejido eréctil del pene se llena con sangre y por un sistema hemodinámico se mantiene erecto. el glande cambia su coloración, los testículos aumentan de tamaño, rotan sobre su eje y se acercan al cuerpo ya que se contrae el músculo cremáster. Las glandulas bulbouretrales secretan unas gotas de líquido, pues uno de los propósitos es la de preparar la uretra para el paso del líquido seminal.

- 2.2.- Potencia sexual:

a).- Potencia sexual.

b).- Impotencia sexual.

- a).- Potencia sexual, es la capacidad para obtener o mantener la erección del pene, para lograr una relación sexual.
- b).- Impotencia sexual, que antes se empleaba para nombrar esta alteración, ha cambiado por el término de Disfunción Eréctil: que es la incapacidad para obtener o mantener la erección del pene para lograr una relación sexual.

3.- Fase de Orgasmo:

También llamada mioclónica, el fenómeno mas trascendente es muscular por las contracciones involuntarias que ocurren en ambos sexos.

Es activada principalmente por el sistema simpático. En esta fase de orgasmo se presentan las sensaciones placenteras. Al finalizar el orgasmo se inicia la resolución de los cambios fisiológicos que empezaron en la fase de deseo y se mantuvieron en la fase de excitación; esta resolución es parte misma de la fase de orgasmo.

3.1.- Placer sexual:

Son las sensaciones placenteras que se presentan en ambos sexos durante la fase de orgasmo en relación con el reflejo de la eyaculación.

II.- Aspectos Socioculturales.

2.I.- Cultura, es la herencia social del hombre, y de acuerdo con Linton, como "la configuración de la con

ducta aprendida, cuyo resultado comparten y transmi
ten los miembros de una sociedad".

I.1.-Religión, conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, y de sentimientos, normales morales - y prácticas rituales derivadas de tales creencias.

I.2.-Estado civil; es lo concerniente a las relaciones - privadas entre ciudadanos que adoptan en la socie--dad.

I.3.-Educación(escolar) es adquirir una serie de conoci- mientos y aptitudes para mejorar las facultades in- telectuales y morales, para el desarrollo del indi- vido en la sociedad.

Escolaridad: duración de los años de estudio en un centro docente.

2.2.-Status: es la socialización y las experiencias edu- cacionales que permiten al individuo asumir una vo- cación y un roll en grupos que sean consistentes - con sus expectativas. El estatus también tiene rela- ción con la tradición familiar. Los hijos aseguran inmortalidad social o perpetuidad del nombre fami--liar y tradición.

El conferir estatus a un niño es el pasarle dere---chos y tradiciones.

2.1.-Ocupación: trabajo que impide emplear el tiempo en otra cosa."empleo,oficio,dignidad: dedicarse a sus ocupaciones".

III.-Reproducción; es la regulación y control del ambien- te sexual y de la reproducción: el proveer nuevos - miembros a la sociedad.

3.I.- Paridad: para fines de este estudio vamos a entender cómo el número total de hijos; la cual es satisfecha (cuando se tiene el número de hijos deseados) insatisfecha (cuando no se tiene el número de hijos deseados).

UNIDADES Y CRITERIOS DE MEDIDA DE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA
DEL PACIENTE VASECTOMIZADO

VARIABLES E INCADORES	No. Preguntas que inves- tigan los indicadores.	No. Preguntas filtro.	Categoría.
1.- Fase de deseo			
I.I-Libido	12, 14, 16,	11, 17,	Disminuida (3 - 5) Normal (0 - 1) Aumentada (0 - 2)
2.- Fase de excitación			
2.I-Erección	16, 17,	15,	Existe (1 - 3) No existe (0 - 1)
2.2-Potencia sexual	16, 17,	1, 15,	Potencia (2 - 5) Impotencia (0 - 1)
3.- Fase de orgasmo			
3.I-Placer sexual	14,	13,	Existe (1 - 2) No existe (0 - 0)

UNIDADES Y CRITERIOS DE MEDIDA DE LOS ASPECTOS SOCIOCULTURALES
DEL PACIENTE VASECTOMIZADO

VARIABLES	No. Preguntas	No. Preguntas filtro	Categoría
I.- Cultura			
I.I-Religión	5	0	Católica (79) Mormon (1) Otras (6)
I.2-Estado civil	2	0	Casado (80) Divorciado (2) Unión libre (4)
I.3-Educación (escolaridad)	3	0	Básica(primaria) (36) Media(sec. prepa)(11) Superior(profesional)(9)
2.2-Status			
2.I-Ocupación	4	0	Obrero (29) Empleado (35) Comerciante(13) profesional(9)
3.- Reproducción			
3.I-Paridad	7	8	Satisfecha (52) No satisfecha(34)

CUESTIONARIO

- 1.- EDAD
 - a) 20 a 29 años.
 - b) 30 a 39 años.
 - c) 40 a 49 años.
 - d) Más de 50 años.

- 2.- ESTADO CIVIL.
 - a) Casado.
 - b) Divorciado.
 - c) Unión libre.

- 3.- ESCOLARIDAD:
 - a) Analfabeta.
 - b) Primaria.
 - c) Secundaria.
 - d) Preparatoria.
 - e) Profesional.
 - f) Otros.

- 4.- OCUPACION.
 - a) Obrero.
 - b) Empleado.
 - c) Comerciante.
 - d) Profesional.

- 5.- RELIGION.
 - a) Católico.
 - b) Evangelista.
 - c) Mormón.
 - d) Otra.

- 6.- AÑOS DE MATRIMONIO.
 - a) 1 a 5 años.
 - b) 6 a 10 años.
 - c) 11 a 15 años.
 - d) 16 a 20 años.
 - e) Más de 20 años.

- 7.- NUMERO DE HIJOS.
- a) 1 a 2.
 - b) 3 a 5.
 - c) 6 a 10.
 - d) Más de 10.
- 8.- MOTIVACIÓN PARA REALIZARSE LA VASECTOMIA.
- a) Situación económica.
 - b) Paridad satisfecha
 - c) Intolerancia a otros métodos anticonceptivos.
 - d) Enfermedad de alguno de los conyuges.
- 9.- NUMERO DE RELACIONES SEXUALES AL MES PREVIO A LA VASECTOMIA.
- a) 1 a 5.
 - b) 6 a 10.
 - c) 11 a 15.
 - d) 16 a 20.
 - e) Más de 20.
- 10.- NUMERO DE RELACIONES SEXUALES AL MES POST VASECTOMIA.
- a) Disminuyeron.
 - b) Normales.
 - c) Aumentaron.
- 11.- EL DESEO SEXUAL PREVIO A LA VASECTOMIA ERA:
- a) Disminuido.
 - b) Normal.
 - c) Aumentado.
- 12.- EL DESEO SEXUAL POST VASECTOMIA ES:
- a) Disminuido.
 - b) Normal.
 - c) Aumentado.
- 13.- EL PLACER SEXUAL PREVIO A LA VASECTOMIA ERA:
- a) Disminuido.
 - b) Normal.
 - c) Aumentado.

- 14.- EL PLACER SEXUAL POST VASECTOMIA ES:
- a) Disminuido.
 - b) Normal.
 - c) Aumentado.
- 15.- LA ERECCION DEL PENE PREVIO A LA VASECTOMIA ERA:
- a) Disminuida.
 - b) Normal.
 - c) Aumentada.
- 16.- LA ERECCION DEL PENE POST VASECTOMIA ES:
- a) Disminuida.
 - b) Normal.
 - c) Aumentada.
- 17.- AL REALIZAR EL ACTO SEXUAL TIENE ALGUNA MOLESTIA:
- a) Si.
 - b) No.
- 18.- PRESENTO ALGUNA COMPLICACION POST VASECTOMIA:
- a) Infección.
 - b) Granuloma.
 - c) Hematoma.
 - d) Impotencia.
 - e) Libido disminuida.
 - f) Ninguna.

RECOLECCION DE DATOS.

De los 86 pacientes que se les realizó la vasectomía, - en el Hospital General de Zona No. 29 "Aragón" del I.M.S.S los cuales fueron incluidos en el estudio, se les aplicó - un cuestionario que fué resuelto por ellos mismos por medio del método del paloteo.

Posteriormente se procedió a analizar el cuestionario - aplicado, obteniéndose los resultados siguientes, expresados en tablas y gráficas de pastel y barra.

RESULTADOS.

Después de aplicar el cuestionario, se obtuvieron los siguientes resultados.

De los 86 pacientes estudiados se encontró que, en cuanto a la edad el rango fué de 26 a 48 años, observándose, que el mayor número de pacientes vasectomizados(45) - que representa el 52.32% quedaron dentro del grupo etario de 30 a 39 años. (Tabla I).

En relación al estado civil, el máximo porcentaje corresponde al casado, con un total de 80 que representa el 93.02% (Tabla II).

Ninguno de los encuestados fué analfabeta, aún cuando el mayor número de ellos solo tiene estudios de primaria (36) que representa 41.86%, haciendo la observación que, no todos habían terminado la primaria. (Tabla III).

Por lo que se refiere a ocupación de los pacientes el empleado con un total de 35 ocuparon el mayor porcentaje 40.69% seguidos del obrero con 29(33.72%), de los encuestados solamente 9(10.46%), habían terminado estudios profesionales ejerciendo. (Tabla IV).

La religión no mostro cambios importantes en relación a lo esperado y con el conocimiento existente de que nuestro país es primordialmente católico. El porcentaje encontrado fué (91.86%) dado por 79 casos. (Tabla V).

La mayoría 42 pacientes que representa el 48.83% tienen entre 3 a 5 hijos, siendo este aspecto para realizar se la vasectomía.

El factor más importante de motivación, encontramos que 52 pacientes (60.46 %) se incluyeron en el programa de control definitivo de la fertilidad arguyendo paridad satisfecha y segundo lugar con 29 pacientes (33.72 %) lo hicieron por motivos económicos (Tabla VI).

Se interrogó en relación a la actividad sexual resultando que el mayor número de pacientes 39 (45.35 %) tenían de 11 a 15 relaciones sexuales por mes previo a la vasectomía encontrándose que posterior a la misma 31 de ellos aumentaron la actividad sexual arguyendo disminución de temor al embarazo.

En relación al deseo sexual, en la fase de deseo de la respuesta sexual humana previo y post vasectomía observamos que posterior a esta en 61 pacientes (70.93 %) permanecieron normal, 24 pacientes (27.90 %) aumento, y en un paciente (1.16 %) disminuyo, ya que la literatura solamente reporta el 0.2 % de las operaciones (Tabla VII).

44 Pacientes (51.16 %) el placer sexual permanecio normal posterior a la vasectomía, 40 pacientes que representan (46.51 %) experimentaron aumento y 2 pacientes (02.32% disminuyo (Tabla VIII).

En cuanto a la erección, en la fase de excitación de la respuesta sexual humana, es un punto importante de analizar ya que forma parte del estudio, se observó que previo a la vasectomía no había alteraciones en la función de la erección, y en los pacientes postvasectomizados se encontró que en 78 pacientes (90.69 %) permanecio normal la erección, 6 pacientes experimentaron aumento y en 2 pacientes

(02.32 %) manifestaron disminución; cabe aclarar en este punto, los pacientes manifestaron, molestias durante la relación sexual, argumentando dolor y ardor y temor a mayor daño físico; y su edad era mayor de los 40 años, por lo que consideramos que estos factores hayan influido en la disminución de la erección. La literatura reporta que en pacientes postvasectomizados la impotencia se presenta en 0.2 % de los operados y puede variar según los diferentes autores (Tabla IX).

Aunque no fué causa del estudio se encontraron las siguientes complicaciones; 77 pacientes (89.53 %) no experimentaron ninguna, 6 pacientes (06.97 %) manifestaron infección, aquí llama la atención ya que la literatura reporta solamente el 1 a 1.3 % de pacientes operados, en 2 casos disminución de la erección (02.32 %), disminución de la libido un caso (01.16 %). (Tabla X).

Durante las relaciones sexuales, 74 pacientes (86.04%) no manifestaron alteración física funcional, 12 pacientes experimentaron molestia, dolor y ardor y temor a mayor daño físico post vasectomía (Tabla XI).

EDAD POR GRUPO DE PACIENTES SOMETIDOS A VASECTOMIA EN EL H.G.Z. No. 29 "ARAGON" DEL I.M.S.S. EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE JUNIO DE 1984 a JULIO DE 1985.

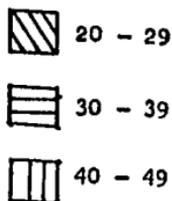
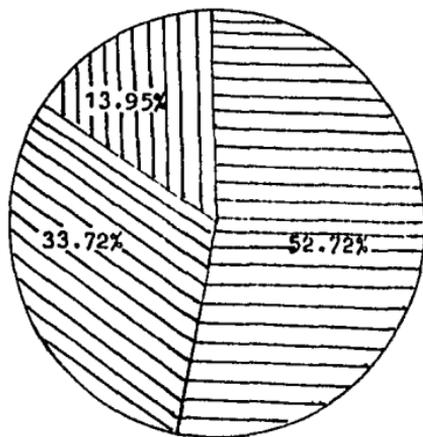
TABLA No. 1

EDAD POR GRUPO AÑOS	NUMERO	%
20 - 29	29	33.72
30 - 39	45	52.32
40 - 49	12	13.95
+ de 50	00	00.00
TOTAL	86	99.99

Fuente directa (cuestionario)
información

EDAD POR GRUPO DE PACIENTES SOMETIDOS A VASECTOMIA EN EL H.G.Z. No. 29 "ARAGON" DEL I.M.S.S. EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE JUNIO DE 1984. A JULIO DE 1985.

GRAFICA No. 1



Fuente de información: directa (cuestionario).

ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A VASECTOMIA EN EL
H.G.Z. No.29 "ARAGON" DEL I.M.S.S. EN EL PERIODO
COMPRENDIDO DE JUNIO DE 1984 A JULIO DE 1985.

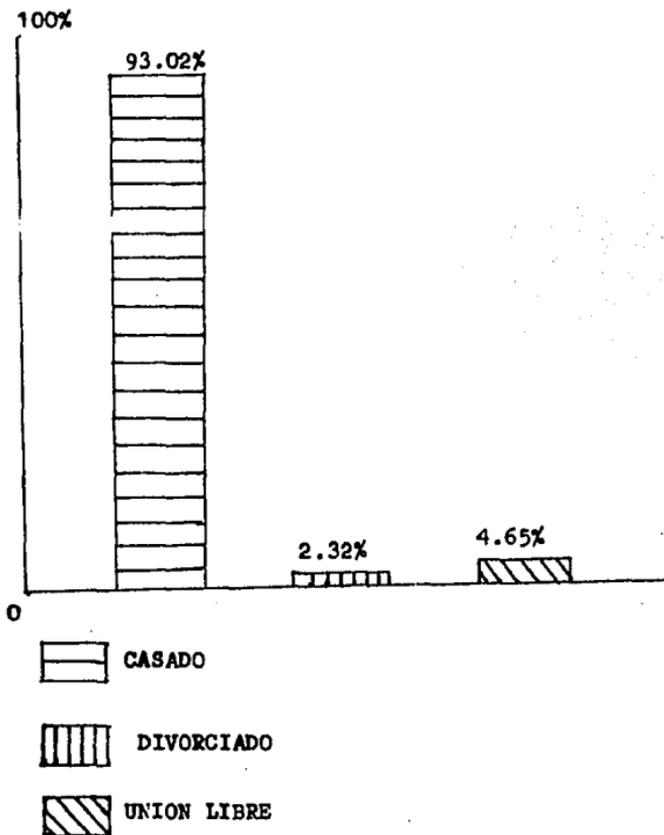
TABLA No. II

ESTADO CIVIL	NUMERO	%
CASADO	80	93.02
DIVORCIADO	02	02.32
UNION LIBRE	04	04.65
TOTAL	86	99.99

Fuente de información: directa(cuestionario)

ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A VASECTOMIA
EN EL H.G.Z. No. 29 "ARAGON" DEL I.M.S.S. EN EL
PERIODO COMPRENDIDO DE JUNIO DE 1984 A JULIO DE 1985.

GRAFICA No. II



Fuente de información: directa(cuestionario)

NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A VASECTOMIA
EN EL H.G.Z. No. 29 "ARAGON" DEL I.M.S.S. EN EL PERIODO
COMPRENDIDO DE JUNIO DE 1984 A JULIO DE 1985.

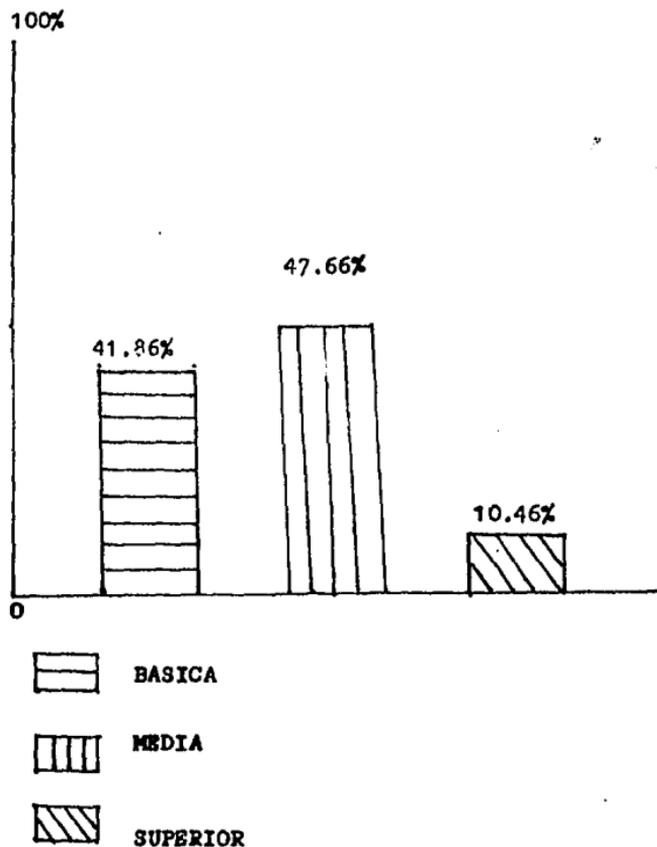
TABLA No. III

NIVEL DE ESCOLARIDAD	NUMERO	%
BASICA	36	41.86
MEDIA	41	47.66
SUPERIOR	09	10.46
TOTAL	86	99.98

Fuente de información: directa(cuestionario).

NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A VASECTOMIA
EN EL H.G.Z. No. 29 "ARAGON" DEL I.M.S.S. EN EL PERIODO
COMPRENDIDO DE JUNIO DE 1984 A JULIO DE 1985.

GRAFICA No III



Fuente de información: directa(cuestionario)

OCUPACION DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A VASECTOMIA EN EL
H.G.Z. No. 29 "ARAGON" DEL I.M.S.S. EN EL PERIODO
COMPRENDIDO DE JUNIO DE 1984 A JULIO DE 1985.

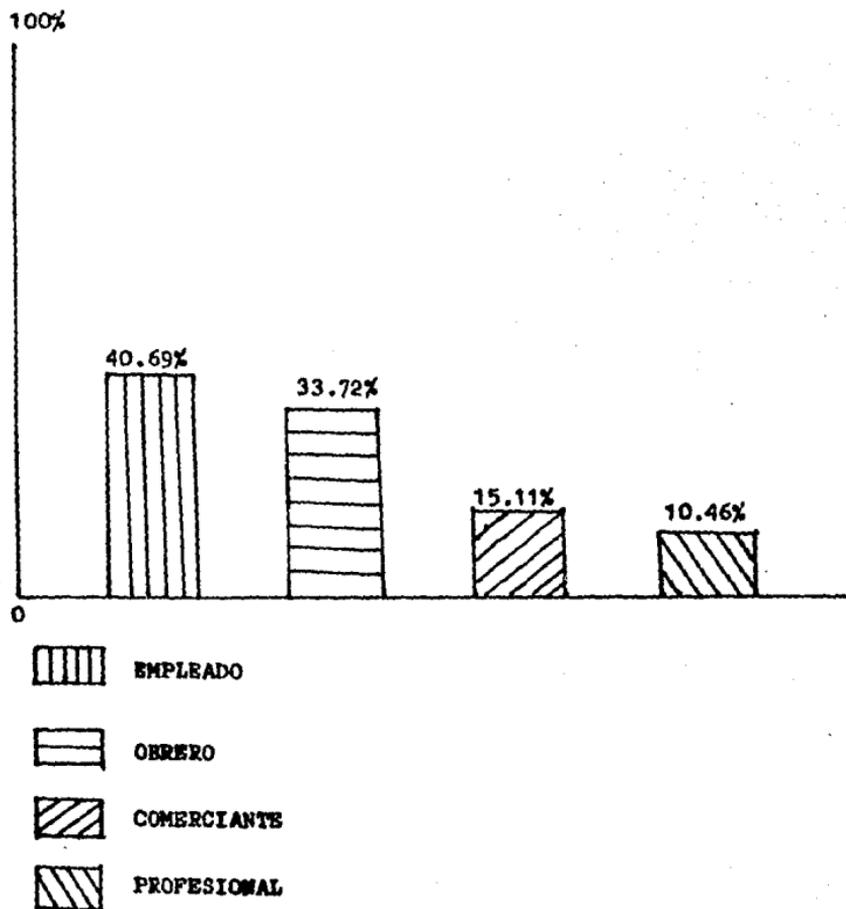
TABLA No. IV

OCUPACION	NUMERO	%
EMPLEADO	35	40.69
OBRERO	29	33.72
COMERCIANTE	13	15.11
PROFESIONAL	09	10.46
TOTAL	86	99.98

Fuente de información: directa (cuestionario)

OCCUPACION DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A VASECTOMIA EN EL
H.G.Z. No. 29 "ARAGON" DEL I.M.S.S. EN EL PERIODO
COMPRENDIDO DE JUNIO DE 1984 A JULIO DE 1985.

GRAFICA No. IV



Fuente de información: directa (cuestionario)

RELIGION QUE PRACTICAN LOS PACIENTES SOMETIDOS A VASECTOMIA
EN EL H.G.Z. No. 29 "ARAGON" DEL I.M.S.S. EN EL PERIODO
COMPRENDIDO DE JUNIO DE 1984 A JULIO DE 1985.

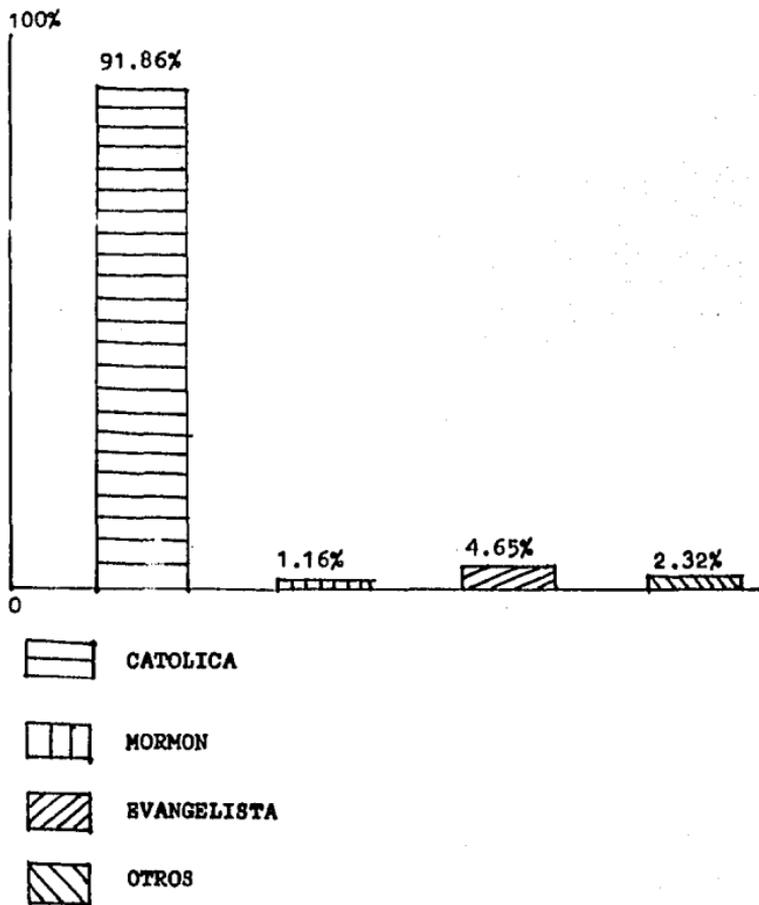
TABLA No. V

RELIGION	NUMERO	%
CATOLICA	79	91.86
MORMON	01	1.16
EVANGELISTA	04	4.65
OTROS	02	2.32
TOTAL	86	99.99

Fuente de información: directa(cuestionario)

RELIGION QUE PRACTICAN LOS PACIENTES SOMETIDOS A VASECTOMIA
EN EL H.G.Z. No. 29 "ARAGON" DEL I.M.S.S. EN EL PERIODO
COMPRENDIDO DE JUNIO DE 1984 A JULIO DE 1985.

GRAFICA No. V



Fuente de información; directa(cuestionario)

PARIDAD DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A VASECTOMIA EN EL
 H.G.Z. No. 29 "ARAGON" DEL I.M.S.S. EN EL PERIODO
 COMPRENDIDO DE JUNIO DE 1984 A JULIO DE 1985.

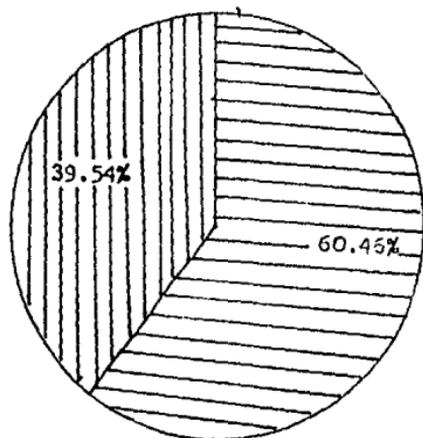
TABLA No. VI

No. DE HIJOS	NUMERO	%
1 - 2	18	20.93
3 - 5	42	48.83
6 - 10	26	30.23
TOTAL	86	99.99

Fuente de información: directa(cuestionario)

PARIDAD DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A VASECTOMIA EN EL
H.G.Z. No. 29 "ARAGON" DEL I.M.S.S. EN EL PERIODO
COMPRENDIDO DE JUNIO DE 1984 A JULIO DE 1985.

GRAFICA No. VI



PARIDAD SATISFECHA



PARIDAD NO SATISFECHA

Fuente de información: directa(cuestionario)

EL DESEO SEXUAL EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A VASECTOMIA
EN EL H.G.Z. No 29 "ARAGON" DEL I.M.S.S. EN EL PERIODO
COMPRENDIDO DE JUNIO DE 1984 A JULIO DE 1985.

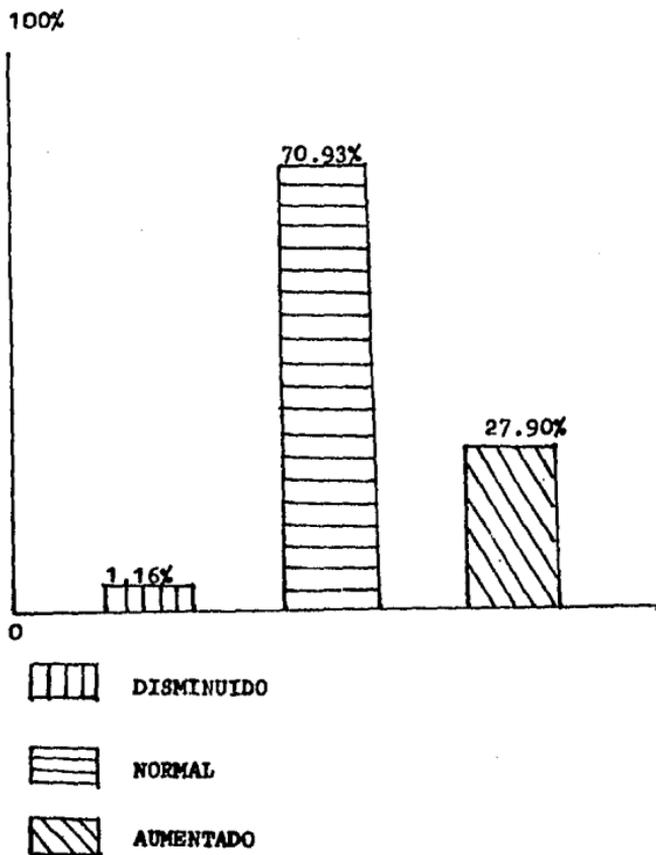
TABLA No. VII

DESEO SEXUAL POSTVASECTOMIA	NUMERO	%
DISMINUIDO	01	1.16
NORMAL	61	70.93
AUMENTADO	24	27.90
TOTAL	86	99.99

Fuente de información: directa(cuestionario)

EL DESEO SEXUAL EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A VASECTOMIA
EN EL H.G.Z. No. 29 "ARAGON" DEL I.M.S.S. EN EL PERIODO
COMPRENDIDO DE JUNIO DE 1984 A JULIO DE 1985.

GRAFICA No. VII



Fuente de información: directa(cuestionario)

EL PLACER SEXUAL EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A VASECTOMIA
EN EL H.G.Z. No. 29 "ARAGON" DEL I.M.S.S. EN EL PERIODO
COMPRENDIDO DE JUNIO DE 1984 A JULIO DE 1985.

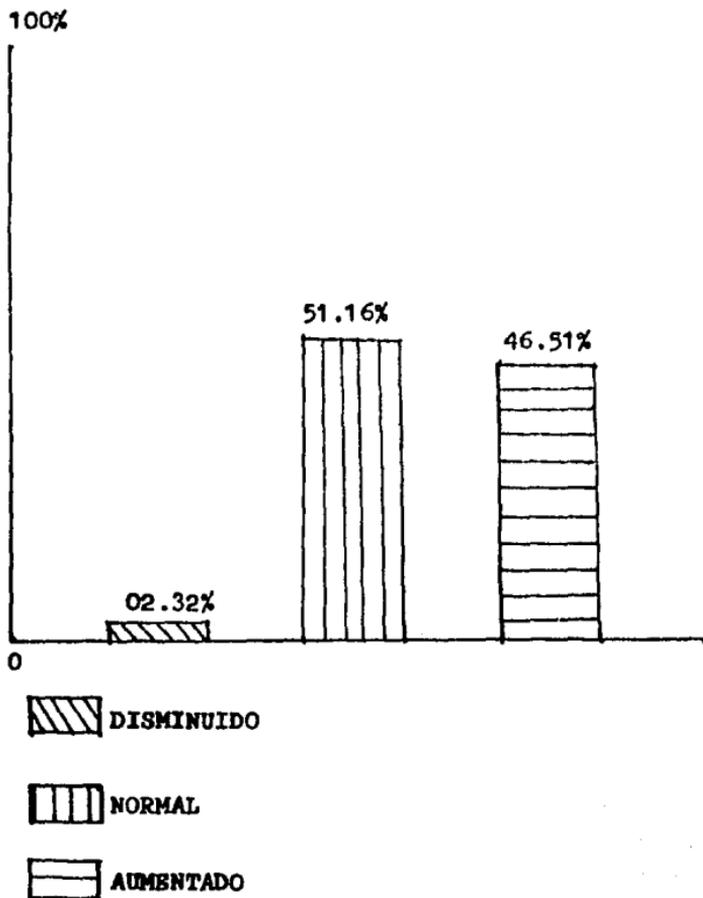
TABLA No. VIII

PLACER SEXUAL POSTVASECTOMIA	NUMERO	%
DISMINUIDO	02	2.32
NORMAL	44	51.16
AUMENTADO	40	46.51
TOTAL	86	99.99

Fuente de información: directa(cuestionario)

EL PLACER SEXUAL EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A VASECTOMIA
EN EL H.G.Z. No. 29 "ARAGON" DEL I.M.S.S. EN EL PERIODO
COMPRENDIDO DE JUNIO DE 1984 A JULIO DE 1985.

GRAFICA No. VIII



Fuente de información: directa(cuestionario)

LA ERECCION EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A VASECTOMIA
EN EL H.G.Z. No. 29 "ARAGON" DEL I.M.S.S. EN EL
PERIODO COMPRENDIDO DE JUNIO DE 1984 A JULIO DE 1985.

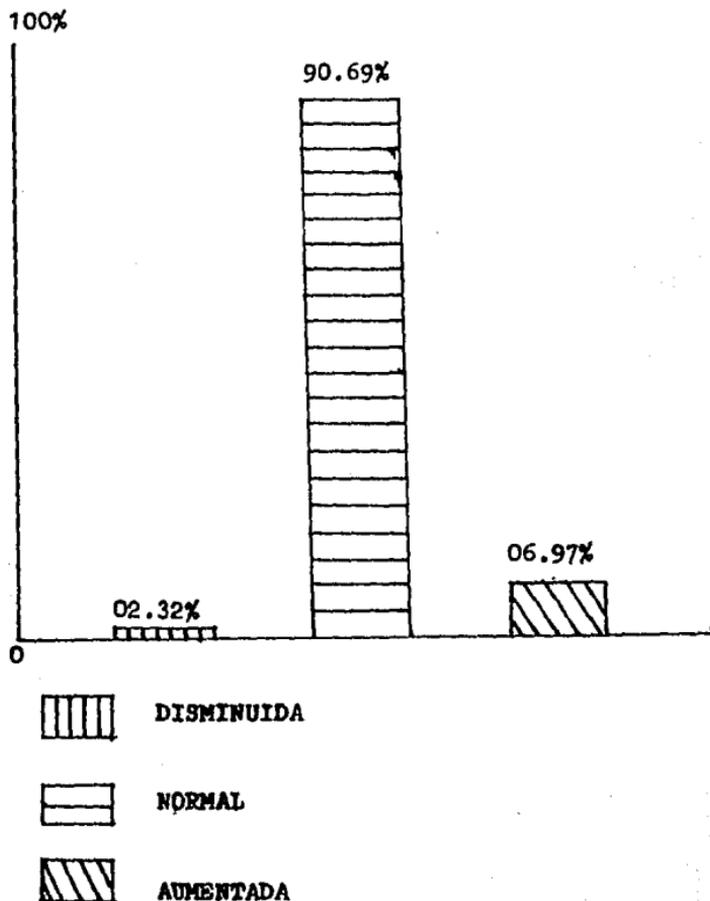
TABLA No. IX

ERECCION POSTVASECTOMIA	NUMERO	%
DISMINUIDA	02	02.32
NORMAL	78	90.69
AUMENTADA	06	06.97
TOTAL	86	99.98

Fuente de información: directa(cuestionario)

LA ERECCION EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A VASECTOMIA EN EL
H.G.Z. No. 29 "ARAGON" DEL I.M.S.S. EN EL PERIODO
COMPENDIDO DE JUNIO DE 1984 A JULIO DE 1985.

GRAFICA No. IX



Fuente de informacion: directa(cuestionario)

COMPLICACIONES QUE SE PRESENTARON EN LOS PACIENTES
 SOMETIDOS A VASECTOMIA EN EL H.G.Z. No. 29 "ARAGON"
 DEL I.M.S.S. EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE JUNIO DE
 1984 A JULIO DE 1985.

TABLA No. X

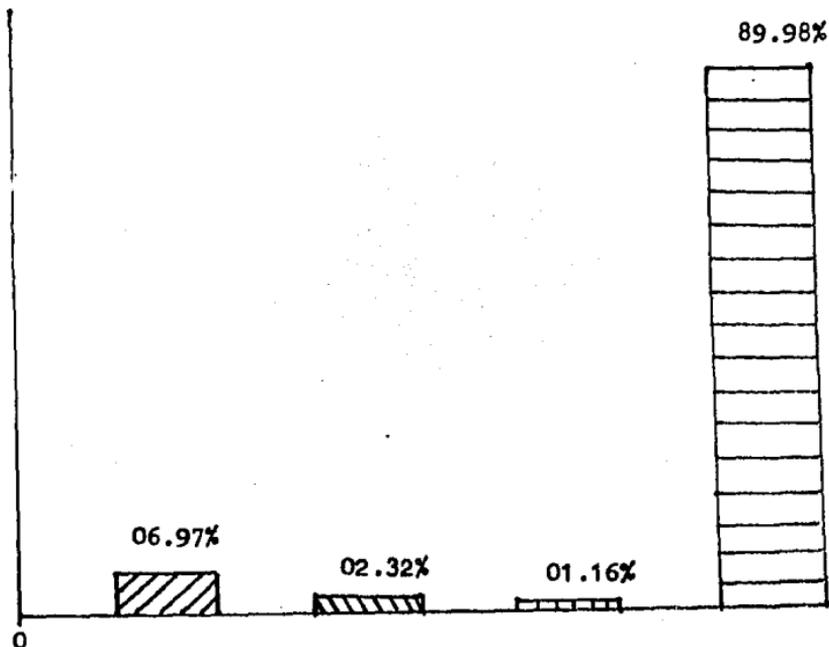
COMPLICACIONES POSTVASECTOMIA	NUMERO	%
INFECCION	06	06.97
ERECCION DISMINUIDA	02	02.32
LIBIDO DISMINUIDA	01	01.16
NINGUNA	77	89.53
TOTAL	86	99.98

Fuente de información: directa(cuestionario)

COMPLICACIONES QUE PRESENTARON LOS PACIENTES SOMETIDOS A VASECTOMIA EN EL H.G.Z. No. 29 "ARAGON" DEL I.M.S.S. EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE JUNIO DE 1984 A JULIO DE 1985.

GRAFICA No. X

100%



INFECCION



ERECCION DISMINUIDA



LIBIDO DISMINUIDA



NINGUNA

Fuente de información: directa(cuestionario)

AL REALIZAR EL ACTO SEXUAL PRESENTARON ALGUNA MOLESTIA
 LOS PACIENTES SOMETIDOS A VASECTOMIA EN EL H.G.Z. No.29
 "ARAGON" DEL I.M.S.S. EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE
 JUNIO DE 1984 A JULIO DE 1985.

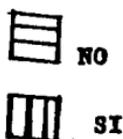
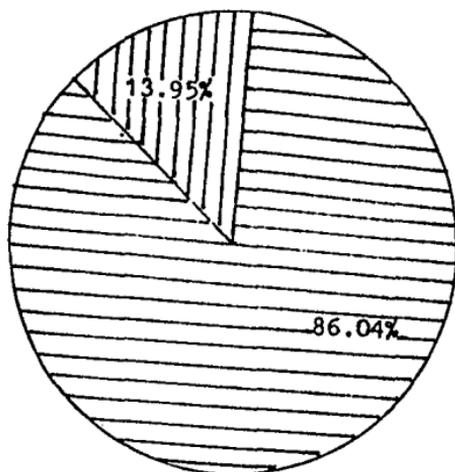
TABLA No. XI

AL REALIZAR EL ACTO SEXUAL PRESENTO ALGUNA MOLESTIA	NUMERO	%
SI	12	13.95
NO	74	86.04
TOTAL	86	99.99

Fuente de información: directa(cuestionario).

AL REALIZAR EL ACTO SEXUAL PRESENTARON ALGUNA MOLESTIA
LOS PACIENTES SOMETIDOS A VASECTOMIA EN EL H.G.Z. No.29
"ARAGON" DEL I.M.S.S. EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE
JUNIO DE 1984 A JULIO DE 1985.

GRAFICA No. XI



Fuente de informacui6n:directa(cuestionario)

presento impotencia sexual total.

- 6.- Hay un alto porcentaje (89.53%) de pacientes que no -- presentaron complicaciones post vasectomía; por lo que la hace como un método de planificación familiar definitivo, seguro y sin presentar alto riesgo de complicaciones.

CONCLUSIONES.

- 1.- La vasectomía no produce alteración en la función de la respuesta sexual humana en la fase de deseo(deseo sexual), y en la fase de excitación(erección).
- 2.- Se encontró en un paciente, disminución de la libido y en dos disminución de la erección post vasectomía; - podemos considerar que hay factores que influyen para que se presenten como son: edad, molestias durante - las relaciones sexuales, dolor, ardor, y temor a mayor daño físico, sin haber alteración en la función - orgánica, de la respuesta sexual humana.
- 3.- La principal motivación de los pacientes para realizarse la vasectomía es la paridad satisfecha (60.46%) y en segundo término la situación económica(33.72%).
- 4.- Se observó que en los pacientes post vasectomizados - la libido permanece inalterada en (70.93%), aumento - en (27.90%) y disminución en (1.16%). En ningún caso desapareció.
- 5.- Encontramos que la erección en pacientes post vasectomizados permaneció inalterada (90.69%), fué mayor en (06.97%). disminuyó (02.32%). En ningún caso no se -

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

DISCUSION.

Considero que es un estudio a corto plazo retrospectivo, por lo que no se puede valorar con cierta seguridad, si la vasectomía es un factor que condicione en un momento dado alguna alteración en la función de la respuesta sexual humana, básicamente en la libido (disminución del deseo sexual) que corresponde a la fase de deseo de la respuesta sexual humana; y en la erección (potencia sexual) que corresponde a la fase de excitación.

Ya que en este estudio los pacientes que manifestaron disminución en la libido, y disminución en la erección, argumentaron como factores condicionantes: molestias al tener relaciones sexuales, así como temor a daño físico, sin haber manifestado temor de disminución en la libido o de impotencia sexual post vasectomía, otro factor es la edad, en la cuál después de los 40 años se observa que se presente con mayor frecuencia; inclusive se menciona en algunas literaturas.

Por lo que sería interesante el seguimiento de éstos casos en un lapso de 4 años como mínimo. Y complementar el estudio con la participación activa de la esposa, para poder hacer un análisis comparativo, de las actitudes y temores, así como de las complicaciones que se presenten posterior a la vasectomía, manifestada por ambos.

Y así poder mencionar con seguridad si la vasectomía -- produce una alteración en la función de la respuesta -- sexual humana. Si no hay ninguna alteración en la función de la respuesta sexual humana; sería bueno hacerle más -- difusión como un método de planificación familiar definitivo de mayor eficacia y con un porcentaje mínimo de complicaciones según diferentes autores.

A través de pláticas de educación, orientación e infor mación del departamento de planificación familiar, así -- como por los médicos en Medicina Familiar, para disminuir o quitar los temores que manifiestan muchos derechohabi- entes en relación a la vasectomía.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- John L. Pfenninger, M.D.,
Complications of Vasectomy.
Pamerican
Family Physician.
Vpl. 30, number 5 III-115. November 1984.
- 2.- Dr. Abdul Hamid Hedo Toledo.
Complicaciones de la Vasectomía.
Revista Mexicana de Urología.
Vol. XXXVII No. 1 Enero 1977 17-21.
- 3.- T. Lehtonen M.D.
Vasectomy for Voluntary Sterelization of Male.
Scandinavian Journal of Urology and Nefrology.
Vol. VII No. 2 and 3 174 - 6 .
- 4.- T. Lehtonen M.D.
Experiences of Vasectomy for Voluntary Male Sterilization.
Scandinavian Journal of Urology and Nefrology.
Vol. IX No. 3 123 - 6 .
- 5.- Abel J. Leader M.D.
Complication of 2,711 vasectomy.
Journal of Urology.
Vol. III No. 3 365 - 69 .
- 6.- Bass C., Rees D.
Homosexual Behaviour After Vasectomy.
British Medical Journal
Vol. 281 No. 6253 1980 Nov. 29

- 7.- Masters, W y Johnson, V. Respuesta Sexual Humana. Editorial Inter-Médica, Buenos Aires 1981.
- 8.- Kaplan H.S. Disorders of sexual desire. Brunner/Mazel Publisher, Nueva York, 1979.
- 9.- Kaplan H.S. The new sex therapy. Brunner/Mazel Publisher, Nueva York, 1974.
- 10.- Levine S. "Marital sexual dysfunction introductory concepts". Annals of Internal Medicine 84: 448 - 453, 1976.
- 11.- Giner Velázquez. "Vasectomía parcial bilateral. Estudio clínico de 1500 parejas". Gaceta Médica de México 119(6):255 -61 junio 1983.
- 12.- Massey y col. "Vasectomy and health: results from a large cohort study". Jama 252(8):1023, 1984.
- 13.- P.L.R. Dias. The long-term effects of vasectomy on sexual behaviour. Acta Psychiatr. Scand. 1983:67 : 333-338.
- 14.- T. COETZEE The non-reproductive consequences of vasectomy. S. Afr. med. J., 61, 472(1982)
- 15.- Diara B. Petitti. MD Robert Klein MD y Col. A Survey of Personal Habits, Symptoms of Illness, and Histories of Disease in Men With and Without vasectomies. Am J. of Public Health May 1982, Vol. 72 No. 5 .
- 16.- Kenneth A Kaplan. A Clinical Study of vasectomy Failure and Recanalization. Journal of Urology. Vol. 113 No.1 71 - 74.

- 17.- Brown R.A. Psychologic Effects of Vasectomy in
Voluntarily Childless Men,
Urology Vol. 14 No.I 55 - 8 jul 1979.
- 18.- Abel J. Leader M.D.
Modern Eligibility Criteria for Vasectomy in the
E.U.A.
Journal of Urology. Vol. 115 No.6 689 - 91.
- 19.- Linton Ralph. Personalidad y cultura,
Fonfo de la cultura Económica. Breviario 145.