

30
20.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

'FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ACEPTACION DE LA VASECTOMIA COMO METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR EN EL PERSONAL DE SALUD DE LAS UMF No. 9, 15, 31, Y 61 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL'

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A N :

IMELDA CHAVIRA MEJIA
MAURICIO HERNANDEZ HERNANDEZ

CON LA ASESORIA DE: *Juega*
ALICIA PEREZ CABRERA
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



MEXICO, D. F.

COORDINACION DE SERVICIOS SOCIAL Y OPCIONES TERMINALES DE TITULACION

266938

1998.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

***“FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ACEPTACIÓN DE LA
VASECTOMÍA COMO MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
EN EL PERSONAL DE SALUD DE LAS UMF No. 9, 15, 31 Y 61
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL”.***

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

P R E S E N T A N :

**IMELDA CHAVIRA MEJIA
MAURICIO HERNANDEZ HERNANDEZ**

**CON LA ASESORIA DE LA PROFESORA
LIC. IÑIGA PEREZ CABRERA**

MEXICO, D.F. 1998

**Por todo el esfuerzo que hice para lograr esta meta
esta meta tan importante en mi vida:**

Muy cerca del ocaso yo te bendigo, vida,
por que nunca me diste ni esperanza fallida
ni trabajos injustos, ni pena inmerecida;
porque veo al final de mi rudo camino
que yo fui arquitecto de mi propio destino,
que si extraje las mieles o la hiel de las cosas,
fue porque en ellas puse hiel o mieles sabrosas;
cuando planté rosales, coseche siempre rosas.

...Cierto, a mis lozanías va a seguir el invierno
¡más tu no me dijiste que mayo fuese eterno!
hallé sin duda largas las noches de mis penas;
más no prometiste tú solo noches buenas,
y en cambio tuve algunas santamente serenas...

¡vida, nada me debes! ¡vida, estamos en paz!

AMADO NERVO

AGRADECIMIENTOS

Es muy difícil expresar nuestro agradecimiento por la ayuda que recibimos de todos cuantos participaron en la realización de esta tesis, por lo que hacemos patente nuestra profunda gratitud hacia las personas que nos dieron tiempo, comprensión, conocimiento y lo mas valioso de todo, su amistad.

Muchas gracias al personal que labora en la Coordinación de Salud Comunitaria en la División de Epidemiología, área de apoyo técnico y referencia epidemiológica, así como a las unidades médico familiares 9; 15, 31 y 61 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en especial al servicio de planificación familiar por el apoyo que nos brindaron incondicionalmente.

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México por habernos formado como profesionales de enfermería para brindar cuidados y atención a nuestros pacientes motivo primordial de la profesión y fuente constante de experiencia.

A DIOS

Que nunca nos ha desamparado y
siempre nos ha guiado por el
buen camino.

Por darnos la dicha de vivir y ser útil
a nuestros semejantes.

Y darnos el entendimiento en cada una
de nuestras acciones y pasos.

AL DR. JORGE ESCOBEDO DE LA PEÑA

Por brindarnos la oportunidad de
aprender más investigación.

Gracias por su apoyo y consejo,
logramos terminar nuestro trabajo.

A LA DRA. ISOLINA FUENTES CANSECO

Por su apoyo incondicional,
su comprensión, consejos,
por escucharnos y tendernos la mano
en los momentos más difíciles
para realizar nuestra tesis.

A LA LIC. IÑIGA PEREZ CABRERA

Por su apoyo y consejo en el
asesoramiento de nuestra tesis.
Guiarnos y prepararnos, para el buen
desarrollo de nuestra profesión.

MIL GRACIAS

A MARIA JUSTA M. M.

A TI MAMI :

Te doy las gracias, por haberme dado la vida, por dedicarme parte de tu vida y por guiarme por el buen camino.

Te doy las gracias por apoyarme cuando más te necesité: por darme la comprensión y cariño.

A pesar que muchas veces te he tratado mal, has sabido siempre estar conmigo.

Te doy las gracias por compartir mis tristezas y mis alegrías y por haber creído siempre en mí.

Gracias a ti soy lo que soy, quiero decirte que aunque muchas veces no lo manifesté, siempre estás en mi corazón.

A ti dedico mi triunfo, dándole gracias a Dios por haberme dado una mamá, tan linda, buena y comprensiva como tú.

Quiero decirte que te quiero mucho y espero siempre estés conmigo.

RAYMUNDO CH. M

A TI HERMANO:

Te dedico también este triunfo, que a pesar de las discusiones, peleas y diferencias has sabido estar a mi lado, apoyándome.

Quiero decirte que aunque no lo notes te quiero mucho.

A CANDIDO M. M

Por ser más que un tío, te quiero y respeto, gracias por tu gran apoyo incondicional, se que te sientes orgulloso de mi, como yo de ti.

SILVINO M. ABUELO:

Fuiste un ejemplo a seguir, se que desde donde estas me cuidas y guías, con orgullo te dedico mi triunfo, siempre te recuerdo con cariño.

A MIS MEJORES AMIGAS ERIKA Y ELIZABETH:

Que me han apoyado en los momentos más difíciles, demostrando que un amigo es para siempre, en las buenas y malas, las quiero mucho.

IMELDA CHAVIRA MEJIA

**A MIS PADRES
MARINO Y CECILIA HERNANDEZ.**

A ustedes les dedico mi triunfo.

Ustedes que han luchado contra mar y tierra, que han pasado desvelos y amarguras, a ustedes que han sabido ser los mejores Padres.

A ustedes que han luchado por darme el tesoro más valioso, a ustedes padres les doy las gracias por darme esta carrera, la cual desempeñare con esmero para que siempre se sientan orgullosos de su hijo.

Espero me perdonen si alguna vez los he tratado mal.

Gracias por la herencia más grande que me han dado, por lo cual mi vida tendrá un futuro lleno de triunfos y alegrías.

Gracias a ustedes mi sueño se ha hecho realidad.

Saben, los quiero mucho y espero que Dios los conserve por mucho tiempo a mi lado.

MAURICIO HERNANDEZ HERNANDEZ

**A MIS HERMANOS
HORTENCIA, VICTORIA, ALICIA
Y PABLO.**

Ustedes que me han apoyado, en los momentos más difíciles y que a cada momento me demuestran cuanto me aprecian. Quiero decirles que aunque no lo noten los quiero mucho.

**A MIS COMPAÑEROS
AMIGOS Y MAESTROS.**

Por su apoyo incondicional, por su comprensión y consejos, por escucharme y tenderme la mano en los momentos más difíciles.

Mil gracias.

A HUGO TUDON G.

Por brindarme su amistad incondicionalmente y poner su granito de arena para la realización de esta tesis.

ÍNDICE

CONTENIDO	PAG.
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 JUSTIFICACIÓN	5
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
1.3 OBJETIVOS	8
1.4 HIPÓTESIS	8
2. MARCO TEORICO (ANTECEDENTES).	9
3. METODOLOGÍA	31
3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	35
3.2 UBICACIÓN DEL ESPACIO TEMPORAL	35
3.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN	36
3.4 ORGANIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	37
3.5 VARIABLES DE ESTUDIO	38
4. RESULTADOS	44
5. DISCUSIÓN	70
6. CONCLUSIONES	73
7. PROPUESTA	76
BIBLIOGRAFIA	78
ANEXOS	81

1. INTRODUCCIÓN

En la década de los setentas la tasa global de fecundidad fue de 4.5 hijos por mujer, en la siguiente década disminuyó a 3.4 hijos, con un impacto bajo en la sobrepoblación.¹ La estrategia a seguir como solución a este problema es ampliar la cobertura del programa de planificación familiar y dentro de él incrementar el uso de un método sencillo, efectivo y de bajo costo como es la vasectomía. Sin embargo los tabúes y conceptos erróneos que hay a su alrededor dificultan su utilización.

En el pasado los proveedores de servicios de planificación familiar atribuían la escasa frecuencia de vasectomías a la actitud masculina, los hombres temen que se afecte su virilidad y vida sexual. Ahora que se ha demostrado que no existen efectos adversos, se presta más atención a la actitud de quienes proporcionan sus servicios o se encuentran más apegados a una Institución de salud.

La educación tiene el potencial de cerrar la brecha entre la conciencia y el conocimiento de la Planificación familiar y la práctica anticonceptiva. La sola provisión de información no es suficiente para cambiar actitudes y comportamientos. Se requiere de un esfuerzo educativo sistemático que permita la asimilación del conocimiento adquirido y su utilización como instrumento de cambio.

La educación y Planificación Familiar implica un proceso de enseñanza aprendizaje, se trata de que la gente que labora en una Institución de salud, llámese médico, enfermera, químico, trabajador social, etc. pueda ampliar su conocimiento y considerar la práctica de Planificación Familiar como una contribución al mejoramiento de la vida familiar, comunitaria y social.²

Desde el inicio de las actividades de planificación familiar en el IMSS, la participación activa del varón en cuanto al uso de los métodos anticonceptivos (considerando solamente la vasectomía) ha sido insignificante.

¹ Frenk J, Ruelas E, Bodadilla JL, Zurita B, Lozano R. Economía y Salud. Fundación Mexicana para la salud, 1994

² Ward V, Bertrand J, Sauzo M. Assessment of barriers to vasectomy in Honduras and implementation of strategies to increase demand for voluntary male surgical contraception. 1988 Final report to AVSC

Actualmente la incorporación reciente de la vasectomía sin bisturí, un novel procedimiento que se ofrece en el primer nivel de atención ha logrado una creciente demanda entre la población masculina tanto en el ámbito urbano como en el rural.

En momentos nos preguntamos si puede surgir algún conflicto entre un comportamiento que se busca sea libre, responsable e informado y un programa como el de planificación familiar que propone metas para dicho comportamiento, ¿Cómo asegurar que se respetan los derechos de cada persona?, consideramos que ninguna precaución que los encargados de los programas hayan tomado o tomen en el futuro en relación con esto, resultará de más cuando están de por medio derechos ligados de manera fundamental a la dignidad del ser humano. Cuando se examinan los avances y limitantes, se piensa que debería revisarse si han sido deficientes o su racionalidad no ha alcanzado a coincidir precisamente con la de la población.¹

En una cultura como la nuestra donde existen diferentes normas culturales, religiosas, valores, mitos y tabúes en general, la vasectomía no ha tenido un gran auge, por lo que la aceptación de este procedimiento depende de diversos factores, entre ellos las influencias socioeconómicas y culturales.

La vasectomía como método de planificación familiar, ha tenido una aceptación muy limitada en nuestra sociedad en la que observamos un elevado crecimiento poblacional con los problemas sociales que esto ocasiona. Por tal razón surge el interés de saber que factores limitan la aceptación de este método por parte del personal de salud que labora en una institución en donde se origina la información que se transmite a la población.

Por ser la vasectomía un método de planificación familiar definitivo, seguro y efectivo, que se realiza a través de una cirugía ambulatoria, que actualmente se efectúa en las unidades de medicina familiar (UMF), se decidió llevar a cabo el estudio en cuatro UMF, donde se cuenta con módulos de vasectomía y se cree que debe haber mayor aceptación y difusión de la técnica como método definitivo de planificación familiar.

¹ Figueroa Perea JG. Comportamiento Reproductivo y Salud: Reflexiones a partir de la prestación de servicios. Salud Pública Mex 1991;33(6):590-601

El trabajo cuenta con cuatro apartados:

Como primera parte se encuentra la justificación, el marco teórico con los antecedentes acerca de la historia de la vasectomía, el planteamiento del problema que determina el objeto de la investigación, los objetivos que se desean alcanzar con sus respectivas hipótesis, la metodología utilizada y la ubicación del espacio temporal así como los criterios de selección que se tomaron en cuenta.

El modelo para presentar las variables fue construido con la definición, operacionalización, la escala de medición e indicador tanto de la variable dependiente como de las independientes. Se incluyeron variables que midieron las condiciones de la vivienda, el hacinamiento y los servicios públicos, con el fin de construir un índice de nivel socioeconómico (basado en el modelo que propone Mario Bronfman), que nos permitió evaluar si el factor socioeconómico influía en la aceptación de la vasectomía.

La segunda parte son los resultados obtenidos a través de las encuestas.

De estos resultados se realizó el análisis univariado (frecuencias simples y porcentajes), para describir las características de nuestra población. Posteriormente se llevo a cabo el análisis bivariado en el cuál se obtuvo la razón de momios (RM), el intervalo de confianza al 95 % (IC_{95%}), la X^2 de tendencia (X_{TEND}^2), la X^2 de Mantel y Haenszel (X_{MH}^2), y el valor significativo de la (p), para determinar la relación de la variable dependiente con las independientes.

Para la presentación de los resultados se incluyen cuadros de frecuencias simples, gráficas, cuadros del análisis bivariado, que se aglomeraron en características sociodemográficas, socioeconómicas y características del uso de métodos de planificación familiar. Se incluye una discusión en donde se comparan los resultados obtenidos de la investigación con los mencionados en la bibliografía.

La tercera parte comprende las conclusiones a las que se llegaron, que basadas en los resultados obtenidos, muestran los factores que influyen en la aceptación de la vasectomía, como método definitivo de planificación familiar.

La cuarta parte presenta la propuesta en la que se mencionan las posibles estrategias con las cuales el Licenciado en enfermería podría actuar para modificar la conducta del personal de salud, en aquellos factores que están en contra de la aceptación de este método, para mejorar la calidad de atención que brinda el profesional de la salud hacia la población en general, en aspectos de la reproducción y a su vez fomentar la aceptación de los métodos de planificación familiar tomando en cuenta los derechos humanos, sin forzar, a la gente a usar métodos definitivos o cualquier otro método anticonceptivo, sino dirigir los esfuerzos y recursos para orientar, educar y convencer a la población del beneficio propio y familiar.

Por último tenemos la bibliografía y los anexos correspondientes.

Esta investigación tiene como propósito detectar los factores que influyen en la aceptación de la vasectomía, como método definitivo de planificación familiar para así crear estrategias con las cuales el licenciado en enfermería pueda actuar para modificar la conducta del personal de salud en aquellos factores que están en contra de la aceptación de este método.

1.1 JUSTIFICACIÓN

Los trabajadores de planificación familiar han jugado un papel crucial en las políticas de regulación de la fecundidad y en la reedificación cultural de la sexualidad y la reproducción, ya que a través de lo que dicen (o no dicen), comunican la visión legítima de las formas aceptables de conducir una vida sexual y procreativa. Esta actitud tiene relación entre el usuario y el personal de salud por que esta implicado el poder, los juicios y el conocimiento inherente a la practica de planificación familiar que suman las reglas establecidas que otorgan una autoridad absoluta a los portadores de salud.

Con el fin de promover una participación más activa del varón, se han buscado mecanismos para facilitar la disponibilidad y accesibilidad de la vasectomía. Uno de esos mecanismos es el de incrementar su práctica en las Unidades de Medicina Familiar; otra de recién, inicio, es la difusión de la vasectomía sin el uso del bisturí, lo cual ha despertado gran interés entre los médicos familiares y una mayor aceptación de este método por parte de la población; también se está dando especial relevancia a la comunicación interpersonal y a la consejería sobre este método, para asegurar información más una adecuada.

Sin embargo, no hemos identificado el interés del personal de salud que labora en una institución por la vasectomía como método de planificación familiar, ya que son ellos los que se encuentran en un medio en donde participan de manera directa o indirecta en la difusión de la información al público sobre la vasectomía y por lo tanto se creé que es en ellos donde aumenta la aceptación y uso del método.

Una de las funciones que tiene el Licenciado en Enfermería y Obstetricia abarca el primer nivel de atención en el cual se incluye la vasectomía como un método de Planificación Familiar, por lo cual es necesario buscar soluciones a las posibles limitaciones que impiden su aceptación y difusión por parte del personal de una Institución de salud, y con esto lograr que enfermería no sólo se aboque a orientar a la comunidad sino que empiece a crear conciencia entre el equipo de salud al que pertenece.

Es por eso que la presente investigación aborda esta problemática de aceptación de la vasectomía, especialmente en el personal de salud de las Instituciones médicas, para:

- 1) Detectar los factores que les impiden difundir la vasectomía y utilizarla como un método de planificación familiar definitivo.
- 2) Conocer si realmente todos saben en que consiste este método.
- 3) Descartar si aún creen en los tabúes que existen a su alrededor.

Por lo tanto, este estudio permitió detectar los factores que influyen en la aceptación de la vasectomía en el personal de salud de las distintas clínicas participantes.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La vasectomía es un método sencillo, efectivo y de bajo costo cuya utilización puede ayudar a lograr el aumento de la cobertura del programa de Planificación Familiar, como coadyuvante a la resolución del problema de sobrepoblación, que es un problema que atañe a nuestro país en los últimos años, y que de no ser resuelto originaría grandes consecuencias a nivel socioeconómico y demográfico.

La literatura reporta en una investigación realizada en Honduras, que una barrera importante para la aceptación de la vasectomía es la falta de conocimientos sobre el procedimiento mismo y la falta de servicios, así mismo otros estudios refieren asociación a otros factores como educación, estrato socioeconómico, raza y religión, etc. por otra parte existen personas que consideran que la vasectomía deteriora la función sexual de los hombres sin embargo esto se ha descartado a través del tiempo y las diferentes investigaciones.

Una pregunta es ¿Qué sucede cuando el componente de la salud relacionado con el comportamiento reproductivo se le encarga a los prestadores de servicios de salud? ¿Corre los mismos riesgos que al hablar de la salud en general? ¿Se informa a la población, se le hace capaz y suficientemente madura para enfrentar autónoma, personal y responsablemente su reproducción o se decide por ella, al igual que muchas otras enfermedades? ¿Es importante saber hasta donde puede el personal de salud trabajador de una institución intervenir en una decisión de gran importancia para el usuario del servicio de planificación familiar sobre todo cuando se trata de un dinamismo del ser humano, aunque la intervención se justifique por un bien mayor?.

Es por eso que nos planteamos el siguiente problema:

¿CUALES SON LOS FACTORES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES QUE INFLUYEN EN LA ACEPTACIÓN DE LA VASECTOMÍA COMO MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN EL PERSONAL DE SALUD DE LAS U.M.F. 9, 15, 31 Y 61 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL?

1.3 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Identificar los factores que influyen en la aceptación de la vasectomía como método de planificación familiar en el personal de salud de las clínicas 9,15, 31 y 61 del IMSS.

OBJETIVO ESPECÍFICO.

- Identificar los factores socioeconómicos y culturales que influyen en la aceptación de la vasectomía como método de planificación familiar en el personal de salud.
- Identificar la aceptación de la vasectomía que tiene el personal de salud.

1.4 HIPÓTESIS

HIPÓTESIS GENERAL

Existen factores socioeconómicos y culturales relacionados con la vasectomía como método de planificación familiar que influyen en la aceptación de este método por el personal de salud de las clínicas 9,15, 31 y 61 del IMSS.

HIPÓTESIS ESPECIFICA.

- La presencia de factores socioeconómicos y culturales influyen en la aceptación de la vasectomía como método de planificación familiar en el personal de salud.
- Existe poca aceptación de la vasectomía por parte del personal de salud

2. MARCO TEORICO

Desde un punto de vista fáctico, entre castración y esterilización existe un estrecho parentesco hasta el punto, de que ambas intervenciones utilizan o comparten las mismas técnicas, instrumentos e incluso pueden superponerse. Ahora bien, mientras que la primera mira directamente a suprimir uno de los rasgos somáticos esenciales de la masculinidad e indirectamente a imposibilitar la actividad sexual, la segunda se propone un objetivo distinto, impedir la procreación dejando intacta la actividad sexual y con ella la capacidad de unirse sexualmente.

En cierto sentido se podría decir que la castración afecta al paciente como individuo, pues sólo él padece las consecuencias del acto mutilante. La esterilización, por el contrario, le concierne además como miembro de la especie, pues por ella deviene un elemento que definitiva o provisoriamente lo excluye del programa biológico de perpetuación de la raza humana.

Antes del desarrollo de las modernas técnicas quirúrgicas y la aparición de todos los métodos anticonceptivos que existen en la actualidad, la castración era el único medio fiable y eficaz para conseguir la infecundidad. Sin embargo rara vez se utilizó con ese fin, de hecho ha mantenido un carácter de castigo. En la antigüedad era una de las sanciones a las que podían ser sometidos los prisioneros de guerra, el vencedor no se proponía ningún objetivo demográfico, sino más bien burlarse cruelmente, ensañándose en la virilidad del vencido. También fue una forma criminal de venganza privada que aún ahora persiste en algunos lugares.

Además la historia conoce además costumbres de castración practicadas voluntariamente, como requisito para desempeñar ciertos oficios o lograr determinadas prestaciones profesionales. Es el caso por ejemplo, de las voces blancas o de algunos coros musicales del Renacimiento en Roma y en Viena. Actualmente la castración es injustificable desde el punto de vista ético, puesto que significa un grave perjuicio para la integridad física y psicológica de la persona.

Por otra parte, la esterilización anticonceptiva es aquella acción que tiene por objeto bloquear en forma definitiva la facultad reproductiva de una persona. La esterilización antiprocreativa, puede ser vista como objeto final o sólo como medio, como objeto final se busca como fin en sí misma, en el ámbito de la planificación familiar o de las políticas demográficas, para evitar más hijos, lo que a su vez puede estar motivado por múltiples razones: económicas, sociales, familiares, personales, eugenésicas, etc.

La esterilización antiprocreativa como, medio pretende prevenir posibles complicaciones peligrosas para la salud de la pareja derivadas del proceso reproductivo en mujeres enfermas del corazón o que ha sufrido múltiples cesáreas, por lo que constituye un riesgo una intervención quirúrgica. Aquí el carácter objetivamente contraceptivo de la esterilización es puesto de manifiesto por el hecho de que tal medida es practicada porque la mujer es fértil y existe la posibilidad de que pueda concebir.

En este caso la esterilización del varón se consigue bloqueando sus vías de emisión, es decir, los conductos deferentes mediante intervención quirúrgica con ablación, resección, ligadura, etc. del conducto, parte indispensable para la procreación.⁴

La operación recibe el nombre de vasectomía por la sección de los conductos deferentes que produce una alteración funcional que suele tener carácter permanente. Sin embargo en los últimos años se está tratando de perfeccionar las técnicas quirúrgicas con el fin de dejar abierta la posibilidad de una posterior recuperación de la capacidad generativa, por ahora los resultados han sido bastantes decepcionantes.

“La vasectomía es un procedimiento sencillo y exento de riesgos, ya que no produce ninguna alteración inmediata o a largo plazo, como serían procesos autoinmunes o cáncer testicular y/o prostático. El gran número de vasectomías practicadas y la prolongada observación de las personas que han sido sometidas al procedimiento quirúrgico constatan que no se acompaña de ninguna lesión. Para hacer más aceptable la vasectomía se ha tratado de simplificarla a procedimiento de consultorio con anestesia local y sin uso de bisturí. El conducto deferente se puede visualizar fácilmente a través de una pequeña incisión y se extrae con una pinza para ligarlo”.⁵

⁴ Polaino Lorente M. Manual de bioética general, 3a. edición. Madrid-España: Editorial Rialp S.A., 1997: 226-236

⁵ Zárate Treviño A. Métodos anticonceptivos. Gaceta Médica de México 1993;129(1): 69-78

Es un método anticonceptivo efectivo y de bajo costo, además se realiza fácilmente, con mínimo equipo quirúrgico y se puede efectuar en diversas situaciones, incluso en zonas rurales por lo que cada día es mas usado. Sin embargo su uso en comparación con la salpingoclasia es mínimo.

Se trata de un procedimiento relativamente sencillo que presenta escasas complicaciones postoperatorias a cambio de una elevada eficacia antiprocreativa. Hay que tener en cuenta que ese efecto se logra hasta un tiempo después de haber realizado la vasectomía, es decir, cuando se han eliminado por completo los espermatozoides residuales almacenados en las vesículas seminales, lo que suele ocurrir como muy tarde al cabo de tres meses. Aunque se conocen algunos casos de recanalización espontánea del conducto deferente, la vasectomía es difícilmente reversible.

"En un estudio de comparación de quince métodos anticonceptivos realizado en EUA donde se encontró en un análisis a cinco años que los más efectivos y menos costosos son el dispositivo intrauterino (T de cobre) y la vasectomía. Siendo estos métodos efectivos y poco costosos se recomendaría incrementar su uso en los programas de planificación familiar".⁶

La técnica quirúrgica de esterilización es de introducción reciente, aproximadamente a partir de 1970. El objetivo fundamental es conseguir la mayor eficacia antiprocreativa sin afectar la capacidad de mantener relaciones sexuales.

"En teoría éste sería el procedimiento de elección para realizar un método definitivo, pero en nuestro medio todavía existe un rechazo cultural para su amplia aceptación".⁶ La antropología en las investigaciones etnográficas menciona que la identidad sexual, los roles sociales de los géneros y la conducta sexual están entrelazadas con la cultura, que está presente en todas las sociedades a partir de estructuras simbólicas que la hacen parte de un proceso sociocultural.

⁶ González S, OSCOS J. Patrones de autoconcepto. Ginec Obst Mex Enero 1979; 45: 67-78

En la relación con el cuerpo y el placer se conservan patrones sexistas tradicionales, se señala que el hombre siente mas deseos, mas pasión, mas placer que una mujer, con esto se develan las concepciones culturales establecidas para hombres y mujeres, las cuales aún a la puerta del siglo XXI se mantienen. La iglesia establece las normas dentro de la moral religiosa y los comportamientos del ser humano; es la que dice como vestir, que leer y como actuar, las decisiones a tomar están influenciadas por la cultura, de tal forma que factores como la educación, la religión, el desarrollo económico y social determinan el comportamiento del hombre.

“La socialización es un concepto amplio que se refiere a todos los mecanismos mediante los cuales una persona se hace miembro de su comunidad. En el medio local los agentes directos de la socialización son la familia, los espacios educativos, especialmente la escuela y los medios de comunicación”.⁷ En cada sociedad, la medicina, como la ley y la religión, define lo que es normal, propio o deseable.³ La medicina es una empresa moral y por ello da inevitablemente contenido al bien y al mal, esto se ve reflejado en la forma de actuar y en la toma de decisiones por parte del personal de salud, en la que observamos que en ocasiones imponen el método anticonceptivo que ellos consideran mas adecuado para la población sin tomar en cuenta la opinión de ellos.

⁷ Investigación y educación en enfermería. Revista de la Facultad de enfermería. septiembre 1996; 14 (2) : 17-118.

³ Ibidem

ANTECEDENTES

Dentro de los antecedentes de la vasectomía, destaca:

- La aplicación terapéutica en los casos de hiperplasia prostática, como es el caso de White en 1893 y Johnson en 1898.
- En 1899 Oshner inició la aplicación clínica de la vasectomía para la esterilización de alcohólicos, retrasados mentales y delincuentes, practica continuada por Sharpe en 1909 que refiere la realización de vasectomías a 456 delincuentes y enfermos mentales, definiéndola como una cirugía sencilla y simple en donde se cortan y ligan los conductos deferentes, sin administración de anestesia, con un tiempo transoperatorio de tres minutos y recuperación inmediata después de la cirugía, con el regreso del paciente a su trabajo sin ninguna complicación.
- Así mismo el fisiólogo alemán Eugene Steinach en 1910 en base a los experimentos con animales, afirmaba que así como la obstrucción del conducto pancreático lleva a la destrucción de las células enzimáticas, la obstrucción del conducto deferente lleva a la destrucción del epitelio germinal y a una hiperplasia de las células de Leydig con el incremento de la testosterona produciendo juventud sexual en hombres jóvenes. La primera vasectomía con este propósito fue practicada por Liechtenstein en 1918 y descartada posteriormente.⁸
- En 1923, en EUA 23 estados tenían leyes permitiendo la vasectomía con estos propósitos. Sin embargo, la primera publicación sobre el empleo de la vasectomía para regulación voluntaria de la fertilidad fue la de Poffenberg, en la que se analizan los resultados de 2007 casos operados de 1956 a 1961.⁹ A partir de ese momento la vasectomía se utiliza cada vez con mayor frecuencia como método permanente de anticoncepción, sobre todo en países asiáticos como la India, Pakistán y Corea donde su empleo también se ha multiplicado en los EUA a partir de 1969.¹⁰

⁸ Alarcón-Navarro F, Juárez-Tovar C. Salud Reproductiva. Planificación familiar y salud reproductiva. Rev Med IMSS 1993;31(1):47-62

⁹ Martínez-Manautou J, Giner-Velázquez J. Planificación familiar y demografía médica. Un enfoque multidisciplinario, México: IMSS, 1985 297-308

¹⁰ Programa de reforma del sector salud. Programa de salud reproductiva y planificación familiar. 1995-2000: 212

- En México en el año de 1972 se establecieron las bases y los lineamientos generales para la organización y la prestación de los servicios de planificación familiar en el IMSS, con el propósito de contribuir a la disminución del crecimiento demográfico, mediante la incorporación de aceptantes y en mantenimiento de usuarios activos en el programa.

“Después de una tradición de tres o cuatro décadas de políticas pronatalistas, en 1973 se modificó el artículo 4º constitucional, con lo cual se estableció el derecho a decidir de manera libre, responsable e informada el número de hijos a tener y el momento de tenerlos. Además, se impulsaron programas institucionales de planificación familiar, especialmente dentro del sector salud, argumentando que con ello se coadyuvaría a mejorar las condiciones sociales de la población”.³

- Se empezó a utilizar la vasectomía dentro de los programas de planificación familiar a partir de 1974. En ese mismo año el Dr. Li Shunqiang, médico de Sichuan, China desarrolla una nueva técnica la vasectomía sin bisturí, método desconocido por el Occidente hasta 1985. En EUA se inició su aprendizaje en 1988 ganando rápidamente popularidad.¹¹

En México se inicia la aplicación de dicho método en 1989, con una capacitación para médicos familiares en el IMSS, en el tercer trimestre de ese año en las delegaciones del Valle de México.⁸

“Desde el inicio de las actividades de planificación familiar en el IMSS, la participación activa del varón en cuanto al uso de los métodos anticonceptivos (considerando solamente la vasectomía), ha sido insignificante. Hasta el año de 1989 del total de nuevas aceptantes de métodos anticonceptivos, únicamente el 0.5% correspondió a vasectomías (entre cuatro y seis mil aceptantes)”¹², es necesario reconocer que el varón suele ser un obstáculo para la decisión de regular la fecundidad dentro de la pareja.²

¹¹ The Johns Hopkins University. Esterilización Masculina. Population reports, serie D núm. 4. Diciembre 1984, D: 1-14

⁸ Ibidem

² Ibidem

Actualmente la incorporación reciente de la vasectomía sin bisturí, un novel procedimiento que se ofrece en el primer nivel de atención, ha logrado una creciente demanda entre la población masculina tanto en el ámbito urbano como en el rural .¹²

En el pasado los proveedores de servicios de planificación familiar han atribuido la escasa frecuencia de vasectomías a la actitud masculina: "A los hombres les interesa mas bien demostrar su virilidad que asumir responsabilidades en cuanto a la planificación familiar o los hombres temen que la vasectomía afecte su vida sexual " ya que ellos construyen su prestigio e imagen social pendiente de su sexualidad; su estatus y reconocimiento social lo adquiere al ganar lugares de poder, demostrar su tenacidad, capacidad económica y su virilidad.⁴

Ahora que la investigación ha demostrado que no se producen efectos adversos en los hombres que se han sometido a vasectomía, se está prestando mas atención a la actitud de quienes proporcionan servicios de planificación familiar.

"Algunos programas recalcan deliberadamente información y servicios para el género masculino, han descubierto que muchos hombres están dispuestos a participar en la planificación familiar y que algunos elegirán el método permanente de la vasectomía cuando se cuente con buenos servicios.¹³"

"Un estudio realizado en Honduras sobre las actitudes y conocimiento de los hombres sobre la vasectomía indica que existen muchos conceptos erróneos sobre este método, muestra que una barrera importante para la aceptación de la vasectomía es la falta de conocimiento sobre el procedimiento mismo y la falta de servicios".²

De 1977 a 1982 el estado se convirtió en promotor de la reproducción y responsabilizó a los médicos sobre el cuidado de la reproducción de la población.

¹² Figueroa Perea JC Investigación sociodemográfica sobre planificación familiar: el caso de la Secretaría de Salud. Salud Pública Mex 1990;32(3):352-363.

¹³ Hackett RE, Waterhouse K. Vasectomy reviewd. Ann J Obstet Ginecol 1973;116(3):355-438

El estado mexicano ha promovido desde hace casi dos décadas el uso de métodos anticonceptivos con el fin de que la población regule su fecundidad ya que se cree que con esta medida se contribuirá a mejorar las condiciones de vida, de salud y de bienestar social de la población. Dicha salud se ha reconocido en México como uno de los mínimos de bienestar que le aseguran cierta calidad de vida a todo ser humano, ya que en la reproducción adquiere un valor no solo de carácter biológico, sino demográfico, social y en última instancia, de orden filosófico, en particular cuando consideramos que la reproducción es el dinamismo fundamental sobre el que más podemos elegir e incidir.³

Se observó en un estudio de médicos familiares en donde el 80% eran de sexo masculino, que sólo el 2.5% prefiere la esterilización en hombres.¹⁴, por lo que surge la duda de saber que influye o limita la utilización de este método.

Se han investigado algunos factores específicos que son "elementos críticos para el éxito" de los programas de vasectomía, los cuales fueron identificados en la primera conferencia internacional sobre vasectomía, auspiciada por la Federación Mundial de Organizaciones de Salud para la promoción de la Anticoncepción Voluntaria (World Federation of health agencies for the Advancement of Voluntary Surgical Contraception) y el gobierno de Sri Lanka, en octubre de 1982.

Dichos factores incluyen:

- Diseño de la estructura central del programa
- Atención a las necesidades específicas de los hombres
- Estrategias de capacitación apropiadas
- Orientación comunitaria y cuidado especial

La bibliografía menciona que en América Latina, donde la vasectomía no ha tenido uso muy difundido, hay dos programas que han tenido mucho éxito.

¹⁴ Bedford D, Howell F, Lynskey Y. The provision of family planning services by family doctors in health board region. *Ir J Med Sci* 1995;164(1):48-51

En Guatemala, la Asociación Pro-Bienestar de la Familia (APROFAM), una Asociación miembro de la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), ha estado efectuando mas de mil vasectomías al año en la ciudad de Guatemala. En 1982, esta cifra representó mas de la mitad de las vasectomías realizadas por todas las afiliadas de la IPPF en América Latina. En Brasil, la Promocao de Paternidade Responsavel, una Organización formada en Sao Paulo en 1981 específicamente para promover y proporcionar métodos anticonceptivos masculinos, realizó mas de 3600 vasectomias en 35 meses. Estos ejemplos indican que los hombres están interesados en la vasectomía y que aprovecharan este método si los servicios son ofrecidos con convicción y seriedad.¹¹

“Illich plantea que sólo un programa político encaminado a limitar el manejo profesional de la salud hará capaces a los hombres de recuperar sus poderes para prestar atención a la salud. Al menos en parte, la salud de una población depende de la forma en que las acciones políticas condicionan al medio y crean aquellas circunstancias que favorecen la confianza en sí, la autonomía y la dignidad para todos, especialmente los débiles. En consecuencia, los niveles de salud serán óptimos cuando el ambiente favorezca una capacidad de enfrentamiento, autónomo, personal y reponsable”.³

El estudio realizado en la Univesidad de Antioquia en Colombia describe el proceso de la consejería en planificación familiar (PF) que ha pasado por varias etapas, tanto en el aspecto conceptual, como en el aspecto operativo. Si bien el concepto y la práctica de la consejería en la PF no son nuevos en el ejercicio del personal de la salud, si es necesario reconocer que la Asociación para la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AVSC), en convenio con el ministerio de salud, han logrado posicionarla oficialmente como un derecho de los usuarios que demandan los servicios de PF. El camino recorrido con esta experiencia en diferentes regiones por parte de vario personal de salud de las áreas de asistencia y la docencia, con el apoyo en la AVSC y del ministerio de salud, ha logrado posicionar formalmente la practica de la consejería como una actividad básica del plan de atención de la ley 100 de 1993.

¹¹ 6, 3 Ibidem

Este logro se convierte en una exigencia para el personal de la salud en México porque es necesario cualificarse cada día en la relación de la consejería en planificación familiar, como un proceso que debe superar la simple motivación y la información general para individualizar las necesidades del usuario, mejorar su calidad de vida y satisfacer su derecho a un servicio humanizado y de calidad profesional.⁴

¿No será ya hora de empezar a desmitificar el papel de los prestadores de servicios de salud en general y en el área de la reproducción en particular?, ya que en muchas ocasiones el personal de salud toma las decisiones con respecto a los problemas de salud y reproductivos, sin tomar en cuenta lo que el usuario desea, porque consideran que la decisión que ellos tomen es la correcta, olvidándose de su ética profesional y el respeto a los derechos humanos de cada individuo

La bibliografía señala que los problemas colectivos de salud en nuestro país incluyendo los que se le asocian a la reproducción, sólo alcanzarán una solución satisfactoria a través de la participación activa y la autogestión colectiva de la salud.³ De aquí la importancia de saber la opinión del personal trabajador del IMSS, sobre un método como es la vasectomía en cual giran muchos mitos y tabúes que obstaculizan su uso no únicamente por los usuarios sino en la aceptación por el personal de salud

METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

METODO ANTICONCEPTIVO

El procedimiento empleado para evitar la fecundación del óvulo por el espermatozoide se llama anticonceptivo y se utiliza para evitar el embarazo. Existen diferentes métodos para evitar la concepción, tales como la abstinencia sexual, métodos naturales, métodos de barrera, métodos hormonales y definitivos .

Al aumentar los conocimientos acerca de la ovulación y la menstruación, la forma de prevenir el embarazo se ha modificado, en la actualidad se emplean métodos que impiden la fertilización.

A continuación se hará una descripción de los métodos anticonceptivos:

A) METODOS NATURALES

TEMPERATURA BASAL: “ La hormona del cuerpo amarillo (progesterona, solo esta presente cuando hay ovulación) ocasiona reacciones químicas que aumentan la energía corporal, estas disposiciones reflejan en la temperatura basal del cuerpo, que es la que se obtiene cuando uno ha dormido o descansado por lo menos 6 horas, con un termómetro oral o rectal, la mujer debe de tomarse la temperatura inmediatamente después de despertar y antes de levantarse, fumar o tomar agua o ir al baño, siempre en condiciones similares y durante el periodo de ovulación se observará un aumento de la temperatura por lo que se suspenden las relaciones sexuales cuatro días antes del día esperado y tres días posteriores a la ovulación.

DESVENTAJAS: Hay anormalidades que pueden interferir con el uso de este método ya que cualquier proceso infeccioso podrá elevar la temperatura durante 72 horas y provocar descontrol y las relaciones sexuales tendrán que interrumpirse durante este lapso de tiempo hasta estabilizarse otra vez.

VENTAJAS: El ritmo de la temperatura modifica el ritmo del calendario si no hay ovulación, la temperatura lo muestra apesar de la gran manipulación que exige, una vez aceptado puede ser efectivo.

METODO DEL RITMO: “La mujer sana no embarazada con periodos menstruales regulares, libera solamente un óvulo cada cuatro semanas (ovulación). Los días que este óvulo se encuentra en el aparato reproductor femenino constituyen los días fértiles. (Esto sucede más o menos a la mitad del ciclo menstrual entre uno y otro sangrado, siempre que la mujer sea regular en su menstruación). Alguna o la mayoría de las mujeres padece irregularidad en su ritmo menstrual por lo que las posibilidades de error al calcular el día de la ovulación son elevados. Si a ello le agregamos que los espermatozoides conservan su capacidad de fecundación 48 horas después de ser depositados es evidente la posibilidad de embarazo aún cuando el coito se realizase 2 días antes de la ovulación, por lo que las relaciones sexuales deben de ser cinco días antes de la fecha de ovulación y cinco días después de la misma.

La práctica ha comprobado que una mujer cuyo período menstrual es regular puede realizar el contacto sin peligro de embarazo, únicamente durante los 10 días anteriores a la menstruación o durante los 10 días que le siguen a esta (tomando como primer día el inicio del sangrado). Este se debe, a que en estos días el óvulo que no fue fecundado se ha destruido y en los siguientes días después de la menstruación el huevo no ha madurado.

DESVENTAJAS: No es 100 % seguro por haber irregularidades menstruales.

VENTAJAS: No tiene costo. No causa problemas en el organismo.

COITO INTERRUMPIDO: El coito interrumpido consiste en que el pene del hombre abandone la vagina de la mujer justo antes de que tenga el orgasmo, por lo que el semen no se deposita cerca del cuello del útero, aunque se corre el riesgo de que los espermatozoides puedan entrar a la vagina aunque se interrumpa el coito, dado que al iniciarse este, como resultado de estímulos eróticos se puede provocar la salida involuntaria de una gota de semen, la cual dejara en la vagina de 10,000 a 100,000 espermias con capacidad reproductora de 72 horas.

DESVENTAJAS: Puede causar frustración en la pareja debido a que no llegan completamente al orgasmo. Puede ocurrir fecundación si los espermias provenientes de las glándulas de Cowper están presentes en el líquido lubricante del varón y son introducidos en la vagina antes de salir. Por lo que no debe introducirse el pene en la vagina nuevamente.

VENTAJAS: No tiene costo y su uso es sencillo.

B) METODOS DE BARRERA

DIAFRAGMA: " Es una cúpula de hule poco profunda que la mujer introduce en su vagina contra su cérvix, actuando como barrera entre la vagina y el cuello uterino. El uso de diafragma requiere de la intervención del médico o de una persona capacitada, muchas mujeres adquieren habilidad para su manejo adecuado, sin embargo dado que su permanencia obstruye el paso de los espermatozoides hacia el cérvix, debe de ser durante las 24 horas siguientes para asegurarse de que ningún espermatozoide penetre en la matriz, en ocasiones resulta molesto e ineficaz y debe colocarse 2 horas antes del coito.

DESVENTAJAS: Molestias al introducirlo cuando quizá ya ha comenzado la relación sexual y la de tener que ajustarlo de nuevo si la mujer aumenta o disminuye de peso.

VENTAJAS: No conlleva efectos adversos.

DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU): Se trata de pequeñas estructuras de plástico o metal que son colocadas en el interior del útero, a través del cuello vaginal, su función es evitar la implantación del cigoto. El más usual es la T de cobre, que tiene un fino hilo de cobre enrollado en su tronco de plástico, llevan además un hilo sintético que aparece a través del cérvix para señalar su presencia.

DESVENTAJAS: Presencia de cólicos abdominales, flujo menstrual abundante, irregularidad en la menstruación.

VENTAJAS: Es de gran eficacia, solo es necesario verificar mensualmente si el cordón unido a el dispositivo esta en su sitio, se reemplaza cada 3 o 5 años, no es necesario interrumpir la relación sexual y puede retirarse en el momento en el que se desee.

PRESERVATIVO (CONDON): "El condón es una especie de bolsa de hule que se ajusta al pene del hombre y evita que el semen se deposite en la vagina de la mujer, tiene la ventaja de evitar infecciones venéreas, cuando son observadas las precauciones necesarias de elasticidad y resistencia del material del cual están hechos.

A lo anterior se le puede sumar su bajo costo y la ausencia de riesgo frecuente en cualquier otro método.

Muchas parejas por mutuo acuerdo para limitar la procreación, tienen espaciados sus contactos sexuales, en estos casos resulta imprudente someter a la mujer a la toma continua de los productos hormonales y a sus efectos adversos, pues incluso puede interrumpir su administración por olvido con lo cual se expone a un embarazo no deseado que podría causar serios trastornos. Por lo que en estas condiciones es mejor refugiarse en la seguridad e inocuidad de un preservativo para su uso ocasional.

DESVENTAJAS: Se puede deslizar o romper, algunas personas son alérgicas al látex, en ciertas parejas puede llegar a inhibir o disminuir el apetito sexual.

VENTAJAS: Fáciles de adquirir, no causa alteración orgánica.

ESPERMATICIDAS: "Se trata de sustancias que destruyen los espermatozoides, su presentación comercial es en forma de óvulos, jaleas, cremas y espumas que se depositan en la vagina, antes de la relación sexual. Su acción es de una hora y debe de repetirse la dosis en caso de nuevo contacto sexual. Los óvulos y las cremas espumosas actúan solas mientras que las jaleas se usan junto con el diafragma para reforzar la acción de este. Es importante saber que cuando se usan métodos anticonceptivos locales no debe hacerse ninguna ducha vaginal, hasta después de 6 horas de haber realizado el contacto sexual".

DESVENTAJAS: Pueden ser irritables, a muchas parejas les resultan molestos.

VENTAJAS: Son fáciles de obtener, no entrañan efectos adversos.

C)METODOS HORMONALES

PILDORA:" Por vía bucal se han generalizado los productos hormonales, ya que su porcentaje de efectividad es de 90 %. Actualmente los estrógenos y la progesterona, usados para la anticoncepción se producen de manera sintética y por medio de su circulación en la sangre modifican las funciones de los órganos y tejidos.

Estos productos al ser empleados de acuerdo con las instrucciones pueden impedir la ovulación. La píldora es de calidad confiable por su comprobada efectividad estadística, para tomar la píldora es conveniente elegir una hora determinada ya sea después de los alimentos, al medio día o por las noches.

El propósito de tomar esta medida es establecer un hábito y relacionarlo con alguna actividad acostumbrada, se trata de formar una especie de reflejo condicionado que evitará olvidos involuntarios.

DESVENTAJAS: Algunas mujeres pueden subir de peso, manifestar cefalea, náuseas y sensibilidad en las mamas, no es recomendable en mujeres cardiopatas, fumadoras de más de 10 cigarrillos diarios, mujeres con cualquier tipo de cáncer o con diabetes.

VENTAJAS: Son fáciles de usar no afectan las relaciones sexuales, son económicas y quitan las molestias que se dan antes de la menstruación.

INYECCION: Implica el empleo de hormonas de acción prolongada que son inyectadas intramuscularmente, estas hormonas se van liberando paulatinamente con esto se logra una concentración sanguínea constante por uno o tres meses dependiendo del tipo de inyección utilizada. Su acción en el organismo es inhibir en la hipófisis la producción de gonadotropinas con lo que bloquea a los ovarios evitando la ovulación, la que es mensual se aplica al cuarto día después de iniciada la menstruación y la de tres meses se aplica a los ocho días de iniciado el ciclo menstrual.

DESVENTAJAS: Periodos menstruales irregulares o hay ausencia de sangrado, mareos, náuseas ligeras, aumento de peso y dolor de pecho.

VENTAJAS: No se interrumpe el acto sexual, sólo se aplica una inyección de acuerdo al tipo de medicamento.

D)METODOS DEFINITIVOS

"Ofrecen una seguridad del 99%. Dado que es una decisión que compromete el futuro de la pareja en el aspecto de su procreación, es conveniente obtener el consentimiento pleno de ambos antes de practicar la esterilización definitiva".

SALPINGOCLASIA: Consiste en una pequeña operación en la cual se deja al descubierto las trompas de falopio, a cada una de ellas se le coloca una ligadura, se secciona en medio de la zona ligada esto con objeto de que los óvulos producidos por el ovario y captados por las fimbrias queden atrapados en uno de los extremos ligados y así los espermatozoides depositados en el otro cabo de la trompa ligada no lleguen a unirse.

DESVENTAJAS: No indicado en mujeres con paridad insatisfecha y parejas con desajustes emocionales.

VENTAJAS: Evita el embarazo 99 %. No interrumpe el contacto sexual por periodos prolongados.

VASECTOMIA

TECNICA DE LA VASECTOMIA SIN BISTURI

Esta técnica para realizar la vasectomía fue desarrollada a principios de 1970 en la República de China por el Dr. Li Shungiang del instituto de Investigación Científica de Planificación Familiar de Changqing, en la provincia de Sichuan. La técnica de vasectomía sin bisturí es normalmente usada en China, donde se habían realizado hasta junio de 1988 aproximadamente 8 millones de vasectomías con este procedimiento. En México se inició la capacitación del personal médico para el manejo de esta técnica en 1988.

TECNICA

La vasectomía consiste en la oclusión bilateral de los conductos deferentes existen tantas técnicas para realizarla como médicos para practicarla. Las diferencias residen en la inmovilización del conducto deferente, la incisión escrotal, el tratamiento de los extremos seccionados del conducto deferente y en la remoción de los segmentos del conducto deferente. Aún la experimentación busca la técnica más simple y segura que aporte protección completa contra el paso de espermatozoides y aumente las posibilidades de recanalización.

INDICACIONES

Al escoger la vasectomía como método para limitar el tamaño de la familia es importante que el paciente:

- Lo decida de manera libre y voluntaria
- Lo elija cuando cuente con el número de hijos deseados
- Realice su decisión después de conocer la existencia de otros métodos alternativos en caso de que desee procrear en el futuro
- Que su decisión se fundamente en el conocimiento de las características de este método, sin consecuencias, riesgos, posibilidades de fracaso, posibles molestias posteriores, ventajas, desventajas y sobre todo que este consciente de la irreversibilidad del método.
- Que no existan contraindicaciones de tipo médico, psicológico, sociocultural o religioso.
- Que no exista incompatibilidad conyugal.

REQUISITOS PREOPERATORIOS

El médico realiza una valoración de antecedente de alergias, enfermedades medicamentosas, cirugía previa, traumatismo y tendencias hemorrágicas, así como examen de rutina, hemoglobina, hematocrito y examen general de orina.

Anestesia local: Es segura, rápida, de bajo costo, lo cual permite que las complicaciones sean menores y la recuperación más rápida, se administra de 1 a 5 cc de lidocaina al 1 o 2%.

CUIDADOS POST OPERATORIOS

Efectuada la operación el médico tomará todas las medidas preventivas para evitar cualquier molestia dolor e inflamación en el vasectomizado. Asimismo informará al paciente sobre los cuidados que deberá tener en relación a evitar el baño inmediato, el ejercicio físico, las relaciones sexuales por un periodo corto, la importancia de asistir a consulta una semana después para examinar y verificar la cicatriz, así como solicitar muestras de semen, a las 8 semanas o después de 30 eyaculaciones, se recomendará un método anticonceptivo hasta que se determine la azoospermia.

FRACASOS: La reaparición eventual de espermatozoides en un paciente vasectomizado puede deberse a:

- Acumulación del semen próximo a la oclusión que podría resultar en ruptura eventual, descarga de espermatozoides que forman un granuloma cerca de los extremos cortados o en la reconstrucción de un canal a través del granuloma.
- Recanalización temporal causada por la formación del tejido cicatricial
- Presencia de espermatozoides sin movilidad en el examen inicial.

EFFECTIVIDAD: La vasectomía en comparación con otros métodos de planificación familiar tiene un índice de fracaso bajo, cerca de 0.15 % por año y las fallas son causadas por la recanalización de los extremos del deferente, las relaciones sexuales antes de que el conducto deferente este libre de espermatozoides; en el corte de una estructura distinta del deferente y por la presencia de más de un deferente a cada lado.

VENTAJAS

- Esta técnica se realiza con un carácter ambulatorio lo cual resulta benéfico para el usuario ya que no requiere hospitalización.
 - Es un procedimiento sencillo y rápido que dura entre 8 y 15 minutos, no se utiliza bisturí y por lo tanto no se corta piel, en su lugar se hace una pequeña punción que no requiere puntos de sutura para cerrarla además prácticamente no hay sangrado.
 - El procedimiento se realiza con anestesia local lo que elimina todos los riesgos que implica la anestesia de otro tipo.
 - Es un método anticonceptivo definitivo, por lo tanto muy efectivo y que tiene un índice bajo de fallas.
 - Después de la realización del método prácticamente no se presenta ninguna morbilidad y se elimina el peligro de hematoma, que es el problema más frecuente en otras técnicas.
 - El usuario puede incorporarse rápidamente a su trabajo en un lapso de 24 horas siempre y cuando no se realice esfuerzo físico importante.
-
- A los 5 días se puede reanudar las relaciones sexuales sin ningún problema o cambios en la erección del pene o en la eyaculación ya que el semen se sigue produciendo en la misma cantidad, por lo que las relaciones sexuales siguen siendo húmedas, pero la eyaculación ya no trae espermatozoides.
 - A los 15 días se puede iniciar cualquier actividad física normal o deporte habitual, sin tener ninguna molestia.

DESVENTAJAS

- Implica una cirugía
- Posibles complicaciones mínimas como infección o hemorragias.
- La protección total se da hasta que los espermatozoides previamente almacenados en el sistema reproductor hayan sido eyaculados.
- Es irreversible por lo que no es aconsejable para quienes no estén seguros de que no quieren más hijos en el futuro.

COMPLICACIONES

Después de efectuada la vasectomía es posible que se presenten algunas complicaciones:

- **EQUIMOSIS:** En la que no se requiere tratamiento ya que desaparece en pocas semanas.
- **EDEMA:** Es necesario aplicar hielo en las primeras 8 horas del post operatorio.
- **DOLOR:** Se recomienda tomar un analgésico leve.
- **HEMATOMA:** Se recomienda reposo o en grado máximo evaluación quirúrgica.
- **INFECCION:** Administrar antibiótico de acuerdo con la valoración de la misma.
- **INFILTRACION DE LA PIEL DEL ESCROTO:** Se elimina por sí misma
- **SANGRADO POST OPERATORIO:** Puede evitarse con descanso después de la operación.

A largo plazo es posible que se presenten complicaciones como infecciones secundarias, orquiepididimitis, granuloma espermático, fístula, nódulo fibroso sobre los extremos del conducto o reanastomosis espontánea.

La posibilidad de que se presenten estas complicaciones varía entre el 1 y 7 % por lo cual es recomendable tomar las medidas necesarias previa operación.

La vasectomía sin bisturí requiere de 2 pinzas diseñadas por el DR: Li Shunquiang:

- 1) **PINZA DE ANILLOS:** Esta pinza se utiliza para fijar percutáneamente el conducto deferente, tiene una dimensión de anillo de 3.0 mm, 3.5 mm y 4.0 mm.
- 2) **PINZA DE DISECCION:** Se utiliza para puncionar separar el tejido escrotal y tomar el conducto deferente. Puede ser usado como pinza hemostática en caso de sangrado.

PASOS PARA LLEVAR ACABO LA TECNICA QUIRURGICA

- 1) **FIJACION DEL PENE:** La vasectomía sin bisturí, es una cirugía menor que requiere todas las medidas de asepsia y antisepsia, tanto para el paciente como para el médico.

2) SECCION DEL CORDON ESPERMATICO:

- Una buena técnica anestésica es esencial para quitar el dolor durante la cirugía, también previene el hematoma local.
- Se utiliza de 1 a 5 cc de lidocaina al 1% y al 2 %, utilizando 1.5 cc en cada conducto deferente.

3) DIVISION DEL ESCROTO EN TERCIOS, PARA DETERMINAR EL SITIO DE ENTRADA: Se fija el conducto deferente con la técnica 3 dedos, previa división del escroto en tercios, para realizar la punción en la unión del tercio medio con el tercio superior.

4) TECNICA DE LOS 4 DEDOS PARA AISLAR EL CONDUCTO DEFERENTE DE LADO DERECHO: Se fija el conducto deferente del lado derecho a nivel del rafe medio del escroto, utilizando la mano izquierda y fijándolo con el dedo pulgar medio.

5) INFILTRACION: Una vez fijado el conducto deferente se procede a infiltrar en forma subcutánea hasta observar una pequeña elevación de la piel. Se infiltra aproximadamente 2.cc. Se da un pequeño masaje haciendo presión en el lugar por donde se introdujo la aguja y se presiona la pared de la piel.

6) PUNCION

- Se toma el conducto deferente, se debe colocar la pinza de anillos en un ángulo de 90 grados en relación al conducto, se toma la pinza de anillos, con la palma hacia arriba y se toma el conducto con la pinza de anillos.
- Se toma el conducto deferente de lado derecho con la pinza a 90 grados presionando las puntas de la pinza de anillos sobre la piel del escroto, tomando el conducto derecho.
- Se horizontaliza la pinza de anillos, para elevar el conducto deferente, presionando con el dedo índice ligeramente hacia abajo para deslizar la piel del escroto justamente delante de las puntas de la pinza de anillos y sobre el área anestesiada.
- Se forma un ángulo de 45 grados en relación a la pinza de anillos puncionando en la intersección de 2 líneas imaginarias sobre el conducto deferente.

- Se inserta ambas ramas de la pinza para después separar el tejido.
- Se separa el tejido escrotal, se toma el conducto deferente girando la pinza 180 grados y se extrae el conducto deferente.
- Se extrae el conducto colocando los puntos de la pinza hacia arriba.
- Se libera la pinza de anillos para extraer el conducto deferente.
- Se toma el conducto con la pinza de anillos para poder disecar la fascia posterior separando el plexo panpiniforme.
- Se disecciona la fascia posterior ayudado por la pinza de punción, introduciendo las dos ramas para después separarlas.
- Se separa la fascia, el plexo panpiniforme para liberar el conducto deferente, se liga y se secciona aproximadamente 1 cm de cada conducto.
- Al finalizar se protege el sitio de punción .

3. METODOLOGIA

El estudio se inició a partir de la segunda semana de febrero de 1998, culminando en el mes de mayo del mismo año. Se solicitó el permiso correspondiente para llevar a cabo la investigación en las unidades de medicina familiar 9, 15, 31 y 61 del Instituto Mexicano del Seguro Social, que fueron seleccionadas por contar con un módulo de vasectomía sin bisturí y se cree que es donde existe una mayor aceptación y difusión de este método.

La muestra fue de 340 trabajadores, no se aleatorio debido a que en las diferentes clínicas participantes no labora la misma cantidad de personal de salud (enfermería, médicos, trabajadoras sociales, dentistas, asistentes médicas, laboratoristas, intendencia), además no todos aceptaban participar en la encuesta ya que referían falta de tiempo, no les interesaba, que eran datos muy personales, nos extraviaban el cuestionario o no lo entregaban, por lo que se decidió encuestar sólo a los que aceptaran, se entregaron 600 encuestas, 150 por clínica de las cuales se obtuvieron datos de 340, asimismo las que se perdieron fueron debido a las causas mencionadas.

Se aplicó un cuestionario al personal de salud trabajadores de las clínicas, entre ellos médicos, enfermeras y trabajadoras sociales que son los que tienen el mayor peso en la transmisión de la información para la difusión a la población sobre el método de la vasectomía, también se incluyó al personal de laboratorio, dentistas y asistentes médicos, por ser estos los que de manera indirecta transmiten esta información debido a la función que desempeñan, así mismo se tomó en cuenta al personal de intendencia ya que por su labor dentro de la institución, escucha u observa información sobre la vasectomía y debido a la impresión que tiene puede influir positiva o negativamente en su difusión extrainstitucional para la aceptación por el usuario.

El cuestionario estructurado por 32 preguntas que valoró la aceptación del personal de salud hacia la vasectomía (método de planificación familiar), así como la limitación de los factores económicos y socioculturales que influyen en la aceptación de este método; se realizó una prueba piloto de dicho instrumento en 10 personas de cada unidad médica familiar seleccionada, para identificar los errores de comprensión y realizar las correcciones pertinentes para su mejor entendimiento.

El instrumento de recolección de los datos se estructuró de la siguiente forma: datos de identificación en donde se pregunto la edad, el sexo, el estado civil, unidad en la que labora, turno de trabajo, condición laboral y ocupación en la que se desempeñaba el personal de salud.

Para valorar el nivel socioeconómico se incluyeron preguntas como: ingreso mensual, número de hijos y de dependientes, características de la vivienda y servicios públicos con los que cuenta el personal.

Para valorar la influencia del factor cultural se preguntó sobre el lugar de nacimiento, ya que pensábamos que quizás el personal que provenia de los estados de la república mexicana tenía menos aceptación que el personal del DF y Estado de México por crecer en lugares en donde las creencias y forma de vida son mas censurables. De la misma forma se tomó en cuenta la religión y el grado máximo de estudios para determinar la influencia de estos factores en la aceptación de la vasectomía.

Se incluyeron preguntas para valorar el uso y preferencias de los métodos anticonceptivos por el personal de salud y algunos comentarios acerca de la vasectomía.

Una vez terminada la recopilación de los datos (trabajo de campo), Se elaboró la critica y codificación de los cuestionarios para lo cual se formo una base de datos en la computadora. La recolección de los datos obtenidos en las encuestas se analizaron en el mes de junio en el paquete Epi Info6, que es un paquete que facilita el análisis estadístico.

Se crearon programas de computación para la valoración del índice de nivel socioeconómico. Se discutió el problema de la medición de las características socioeconómicas de los individuos en los estudios de salud por lo que se propuso y se describió una estrategia metodológica que consistía en la construcción de un índice complejo a partir de la información de seis variables socioeconómicas.

En primer lugar se construyó un índice del nivel de hacinamiento a partir de las variables número de personas que habitan en la vivienda entre el número de dormitorios de la misma.

Se asoció el índice de hacinamiento con las variables tipo de vivienda, material del techo, piso, eliminación de basura y eliminación de excretas para elaborar el índice de condiciones de la vivienda (INCOVI).

Finalmente se adicionó la escolaridad con el índice de las condiciones de la vivienda conformando así el índice de nivel socioeconómico (INSE), basado en el modelo que Mario Bronfman propone y al que le realizamos algunas adaptaciones ya que el autor diseñó un modelo aplicable a la población en comunidades abiertas con estrato social bajo y nuestra población se encuentra en un nivel social medio en donde no existe mucha diferencia. Esto nos sirvió para detectar si el factor socioeconómico influye o limita la aceptación de la vasectomía.

Se elaboró un programa de computación en Epi-Info6 para obtener la variable dependiente (aceptación de la vasectomía) mediante las preguntas siguientes:

1. ¿Ha pensado alguna vez realizarse la vasectomía? SI NO
2. ¿Usted ha pesado alguna vez que su pareja pueda hacerse la vasectomía? SI NO
3. ¿Cree que la vasectomía pueda ocasionarle algún problema? SI NO
4. ¿Usted recomienda o recomendaría la vasectomía? SI NO

De tal forma que los que contestaron que sí habían pensado alguna vez realizarse la vasectomía (hombres), o que permitían que su pareja se la realizara (mujeres), y que pensarán que la vasectomía no ocasionaba problemas y la recomendaban eran los que aceptaban este método.

Las repuestas para identificar la aceptación del varón tenían que ser de la siguiente manera:

Pregunta 1 = si
3 = no
4 = si

Las repuestas para identificar la aceptación en la mujer tenían que ser de la siguiente manera:

Pregunta 2 = si
3 = no
4 = si

Cualquier respuesta contraria o diferente a lo anterior se consideraba como no aceptación de este método.

Se realizó el análisis estadístico univariado en donde se describen las características de nuestra población de acuerdo a las frecuencias simples y los porcentajes.

De la misma forma se incluye el análisis bivariado de los datos en el cuál se obtuvo la razón de momios (RM), el intervalo de confianza al 95 % (IC_{95%}), la X de tendencia (X_{TEND}), la X^2 de Mantel y Haenszel (X^2_{MH}), y el valor significativo de la (p), con esto se valoro la asociación para determinar la relación de la variable dependiente con las independientes para obtener la probabilidad de la aceptación de la vasectomía en nuestro población.

Para la presentación de los resultados se incluyen cuadros de frecuencias simples, gráficas, cuadros del análisis bivariado, que se aglomeraron en características sociodemograficas, socioeconómicas y características del uso de métodos de planificación familiar. Se incluye una discusión en donde se comparan los resultados obtenidos de la investigación con los mencionados en la bibliografía.

Así mismo llegamos a las conclusiones que basadas en los resultados obtenidos, muestran los factores que influyen o limitan la aceptación de la vasectomía, como método definitivo de planificación familiar.

Finalmente se presenta la propuesta en la que se mencionan las posibles estrategias con las cuales el Licenciado en enfermería podría actuar para modificar la conducta del personal de salud, en aquellos factores que están en contra de la aceptación de este método, para mejorar la calidad

En el mes de julio se redactaron los resultados y la información que servirá de sustento para la elaboración de la tesis.

3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El tipo de la investigación es prospectiva, transversal no experimental.

Prospectiva porque fue un estudio que se realizó de presente a futuro, transversal porque se estudio a la población una sola vez, y no experimental porque solo se observo al personal de salud.

3.2 UBICACIÓN DEL ESPACIO TEMPORAL

LUGAR: Clínicas 9, 15, 31 y 61 del Instituto Mexicano del Seguro Social, donde se ubican algunos de los módulos de vasectomía sin bisturí.

TIEMPO: El período comprendido fue de febrero a mayo de 1998.

PERSONA: 100% del personal de salud que estaba laborando en las clínicas 9, 15, 31 y 61 del IMSS durante el periodo de la investigación.

3.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

Personal de salud de ambos sexos de las clínicas 9, 15, 31 y 61 del IMSS que se encontraba laborando durante el período en el cual se realizó la investigación y que aceptó participar en ella.

Criterios de exclusión:

Personal administrativo.

Personal que no entregara la encuesta o que la entregara sin contestar.

Criterios de no inclusión:

Personal de salud que no se encontraba laborando durante la investigación, o que no quiso participar en ella.

3.4 ORGANIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

RECURSOS

Humanos

- Dos pasantes de la licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la UNAM.
- Asesores médicos y de enfermería.

Materiales

- Computadora e impresora y 500 hojas en blanco.
- 5 lápices.
- 5 plumas.
- Engrapadora.
- 1000 grapas.
- 500 cuestionarios completos (2 hojas).
- 10 folders tamaño carta, etc.

Financieros

Recursos económicos: pasajes, costos de materiales, impresiones, hojas engargolados, fotocopias, etc.

3.5 VARIABLES DE ESTUDIO

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE:

Aceptación de la vasectomía:

Definición: Aprobación voluntaria del método de la vasectomía como definitivo tanto personalmente, como para la difusión a la población general.

Operacionalización: La aceptación a la vasectomía se valorara a través de las siguientes preguntas:

- 1 ¿Usted ha pensado alguna vez realizarse la vasectomía?
- 2 ¿Usted ha pensado alguna vez que su pareja pueda realizarse la vasectomía?
- 3 ¿Usted recomienda o recomendaría la vasectomía?
- 4 ¿Cree que la vasectomía le ocasione algún problema?

Escala de medición: cualitativa nominal.

Indicador: 1=Si 2=No

VARIABLES INDEPENDIENTES

Unidad de adscripción laboral:

Definición: Lugar en el que trabaja el sujeto.

Operacionalización: Se valorara a través de las siguientes preguntas.

Escala de medición: Cualitativas nominal

Indicador: 9,15,31,61

Turno:

Definición: Horario en el que laboran los sujetos de estudio

Operacionalización: Horario que manifieste el trabajador al momento de la pregunta

Escala de medición: Cualitativa nominal

Indicador: 1-Matutino, 2.-Vespertino

Condición laboral:

Definición: Situación legal que ampare su vigencia como trabajador en el Instituto

Operacionalización: La que el trabajador indique en el momento de la encuesta

Escala de medición: Cualitativa nominal

Indicador: 1).-Base 2).- Sustitución

Edad:

Definición: Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual

Operacionalización: Edad que refiera el sujeto en años cumplidos

Escala de medición: Cuantitativa continua

Indicador: Se agruparan por grupos de edad de acuerdo con los grupos programáticos

Genero:

Definición: Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer

Operacionalización: Lo que represente el sujeto fenotípicamente

Escala de medición: Cualitativa nominal

Indicador: 1.-masculino 2.-femenino

Ocupación:

Definición: Empleo, trabajo, ejercicio o tarea que desempeña un individuo y que recibe remuneración económica

Operacionalización: Ocupación que realiza el sujeto dentro del IMSS.

Escala de medición: Cualitativa nominal

Indicador: 1) Médico, 2) Enfermera (o), 3) Químico (a), 4) Trabajador social, 5) Intendencia

6) Laboratorista, 7) Asistente médico

Estado civil:

Definición: Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles que tiene, condición de soltería, matrimonio, viudez, etc.

Operacionalización: Estado civil que refiera el sujeto.

Escala de medición Cualitativa nominal

Indicador 1.-Soltero o con pareja 2.-Casado o con pareja

Escolaridad:

Definición: Grado máximo de estudios. Periodo de tiempo durante el cual se asiste a la escuela, tiempo en que se asiste a un centro de enseñanza para llevar a cabo estudios.

Operacionalización: Grado máximo de estudios que refiera el sujeto.

Escala de medición Categórica

Indicador: 1.-Primaria 2.-Secundaria 3-Preparatoria o técnica 4.Licenciatura 5.-Especialidad 6.-Postgrado

Lugar de nacimiento:

Definición: Patria, país o estado donde uno ha nacido o de donde proviene.

Operacionalización: Lugar de origen que refiera el sujeto.

Escala de medición Libre

Indicador: 1.-Distrito Federal, 2.-Estado de México, 3.-Interior de la República

Religión:

Definición: Conjunto de creencias o dogmas que profesa un individuo. Es un fenómeno universal que permite a los hombres explicar lo que comprende, lo que les da miedo, la vida o la muerte, etc. a través de las fuerzas místicas a las que consideran responsables.

Operacionalización: El tipo de creencias que refiera el individuo.

Escala de medición: Cualitativa nominal

Indicador: 1.- Católica, 2.-Ninguna, 3.-Otras

Ingreso económico:

Definición: Cantidad de dinero percibida por el individuo como compensación a su trabajo.

Operacionalización: De acuerdo a los salarios mínimos que refiera el personal entrevistado que gana mensualmente.

Escala de medición: Cuantitativa continua

Indicador: 1.- de 1-2 salarios, 2.- de 3-4 salarios, 3.- más de 4 salarios

Número de hijos:

Definición: Número de hijos procreados.

Operacionalización: Número de hijos vivos que refiera tener el sujeto.

Escala de medición: Discreta

Indicador: 1.- de 0-1, 2.- de 2-3, 3.-4 o mas hijos

Número de dependientes:

Definición: Número de personas que están bajo la responsabilidad del encuestado.

Operacionalización: Número de dependientes que refiera el sujeto.

Escala de medición: Discreta

Indicador: 1.- de 0-1, 2.- de 2-3, 3.-4 ó mas dependientes

Tipo de vivienda:

Definición: Condición de pertenencia de morada o habitación en la que reside el individuo entrevistado.

Operacionalización: El tipo de vivienda ya sea propia, rentada, prestada, etc. en la refiera vivir el sujeto.

Escala de medición: Cualitativa nominal

Indicador: 1.- propia, 2.- rentada, 3.- prestada, 4.- otra

Material del techo:

Definición: Parte superior de una vivienda, que la cubre, cierra y protege.

Operacionalización: Material con el que se elaboro el techo.

Escala de medición: Cualitativa nominal

Indicador: 1.-Lamina 2.-Loza 3.-Cartón 4.-asbesto 5.- Otra

Material del piso:

Definición: Pavimento natural o artificial de las habitaciones de la vivienda.

Operacionalización: Material con el que se elaboro el piso de la casa.

Escala de medición: Cualitativa nominal

Indicador: 1.-Cemento 2.-Mosaico 3.-Otro

Número de dormitorios:

Definición: Piezas destinadas para dormir o descansar en ellas.

Operacionalización: Número de piezas para dormir o descansar que hay en una vivienda.

Escala de medición: Cuantitativa discreta

Indicador: 1, 2, 3, 4, 5.

Número de personas que habitan en la vivienda:

Definición: Personas que habitan juntas en una vivienda.

Operacionalización: Número de personas que habitan la vivienda.

Escala de medición: Cuantitativa continua

Indicador: 1,2,3,4,5,...n

Eliminación de basura:

Definición: Separación de desechos, residuos o comida que se tiran en un lugar específico.

Operacionalización: Forma de eliminar la basura

Escala de medición: Categórica

Indicador: 1.-Carro recolector 2.- Basurero 3.-Calle 4.-Otro

Eliminación de excretas:

Definición: Actividades de manejo de excretas.

Operacionalización: Forma de eliminar las excretas.

Escala de medición: Categórica

Indicador: 1.-Baño 2.-Calle o suelo 3.-Letrina

Servicios públicos:

Definición: Servicios públicos con los que cuenta la vivienda

Operacionalización: Servicios con los que cuenta el sujeto.

Escala de medición: Cualitativa nominal

Indicador: 1.-Agua 2.- Electricidad 3.-Teléfono 4.-Drenaje 5.-Otros 6.- Todos los anteriores

4. RESULTADOS

Se encuestaron a 340 trabajadores de las clínicas 9, 15, 31 y 61 del IMSS que aceptaron participar en el estudio, entre los que se encontraban: médicos, enfermeras, trabajadores sociales, dentistas, químicos, intendencia y laboratoristas.

Clasificamos nuestros resultados de acuerdo a las características de las variables en:

- Características Sociodemográficas
- Características Socioeconómicas
- Características del uso de métodos anticonceptivos.

Características Sociodemográficas

En lo que se refiere a las características sociodemográficas cabe señalar que la mayor respuesta del total de nuestra población la obtuvimos de los trabajadores de la UMF 31 con 29.70% y de la UMF 61 con un 27.90%, sin olvidar que estas unidades son las mas grandes y manejan un mayor número de personal (cuadro 1, gráfica 1).

En relación al **género** se observó que el 76.8% del personal de salud, corresponde a las mujeres y sólo el 23.20% a los hombres, con una relación de 3:1 (cuadro 2, gráfica 2).

En lo que se refiere al **lugar de nacimiento** encontramos que el 78.2% del personal de salud, son originarios del Distrito Federal y del Estado de México y sólo el 21.8% pertenece al interior de la república, lo que es de esperarse ya que el estudio se realizó en unidades médico familiares que se ubican en la ciudad de México y zonas conurbadas. (cuadro 3)

En cuanto a la **edad** se observó que un poco más de dos quintas partes se concentra en el grupo de edad de 36-45 años, lo que sugiere que la población es de adultos-jóvenes en edad reproductiva y productiva (cuadro 4, gráfica 3), la edad oscila entre los 18 a 63 años, con un promedio de 39.9 años, mediana de 40 y una desviación estándar de mas menos 8.64 años (cuadro 5).

El **estado civil** de los entrevistados indica que las dos terceras partes son **casados** o **tienen pareja** (cuadro 6).

Con respecto a la **religión** que profesan, se encontró que un 77.9% es **católico** y el resto tienen otro tipo de creencia religiosa (cuadro 7).

En cuanto al **número de hijos** el 55% de nuestra población dijo tener de 2-3 hijos, el 38.2% un hijo y 6.8% tienen 4 o más hijos, esto hace suponer que la mayoría tienen una **paridad satisfecha** (cuadro 8, gráfica 4); en promedio son casi dos hijos por trabajador encuestado y su número de hijos va desde el que no tiene hasta el que tiene 6 hijos (cuadro 5).

El comportamiento en cuanto al **número de dependientes** es similar a la distribución del número de hijos, sólo en la categoría de 4 o más dependientes se observa un 17.9% y los que tienen o no dependientes es el 26.2% (Cuadro 9, gráfica 5); el promedio es de 2 dependientes y su rango va de 0 -9 (Cuadro 5).

En el **nivel de estudios** que tiene la población, podemos decir que casi el 50% son **profesionistas**, el 35.5% tienen nivel medio superior o técnico y el resto medio básico (Cuadro 10, gráfica 6).

Características Socioeconómicas

La mayor respuesta que obtuvimos corresponde en un 26.5% a las **asistentes de consultorio médico**, un 23.80% a los **médicos**, y un 20% a **enfermería**; el resto con muy baja proporción corresponde en orden de frecuencia a **trabajo social**, **intendencia**, **laboratorista**, **dentista** y **químicos** (Cuadro 11, gráfica 7).

En relación a su **condición laboral** la mayoría dice ser **trabajador basificado** (92.1%) lo que sugiere que la mayoría tiene cierta **estabilidad laboral** (Cuadro 12). El mayor peso de la información procedió del **turno matutino** con un 68.2% el resto pertenece al **turno vespertino** (Cuadro 13).

Para establecer el índice de **nivel socioeconómico**, se construyó el Índice de Mario Bronfman a través de variables que valoran las condiciones de la vivienda, escolaridad y hacinamiento de este grupo poblacional (INSE), este índice se categorizó en bueno regular y malo que constituyeron el 42%, 55% y 2.4% de nuestra población respectivamente, tomando en consideración que se estudió a trabajadores de una institución donde el nivel socioeconómico tiene un comportamiento uniforme es poca la población con bajo nivel (Cuadro 14, gráfica 8).

Con respecto al **ingreso mensual** del personal de salud observamos que una tercera parte de la población recibe mas de 4 salarios mínimos por día; en orden de frecuencia el 29.10% gana de 3 a 4 salarios y el resto refirió ganar menos de dos salarios por día. En promedio los trabajadores reciben \$ 4,568.91, con un ingreso mínimo de \$804.00 y un máximo de \$42,000.00.(Cuadros 5 y 15)

Uso de métodos anticonceptivos

De acuerdo a las características del uso de los métodos anticonceptivos se encontró, que el **método mas utilizado en pareja** es la salpingoclasia, con una frecuencia de 33.5%, en contraste el 30.90% no utiliza ningún método. El uso de la vasectomía sólo lo refirió el 6.80% de población. El resto prefiere otro tipo de métodos no definitivos pero en menor proporción (Cuadro 16, gráfica 9).

En lo que se refiere al **conocimiento de los métodos anticonceptivos** es interesante mencionar que un 76.8% de la población estudiada conoce la mayor parte de los existentes (cuadro 17, gráfica 10).

De acuerdo a los métodos definitivos la mayoría del personal entrevistado conoce las **ventajas y desventajas** de los mismos (cuadro 18, gráfica 11), pero, al elegir cual sería el **método de su preferencia para usar en pareja**, el 47% prefirió la vasectomía, y solo el 14.10% desechó la idea de utilizar alguno de los dos métodos definitivos (cuadro 19, gráfica 12).

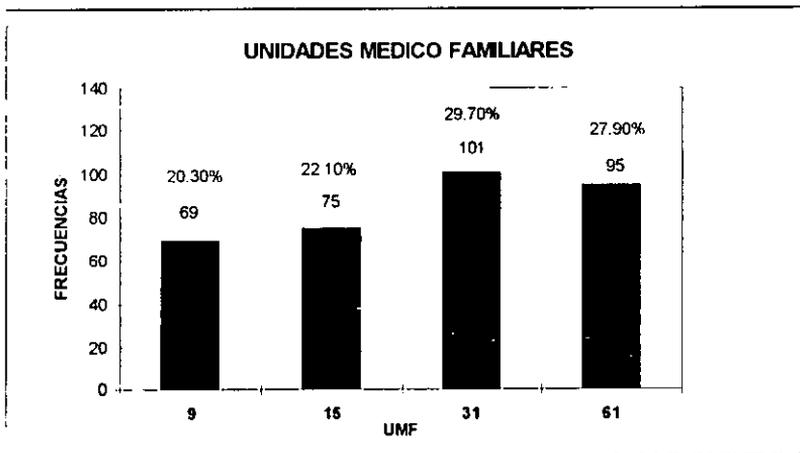
Para el personal de salud el **método de planificación familiar mas recomendable después de tener dos hijos** es combinar dos métodos con un 29.7% y sólo para el 24.7% es mejor el uso de la vasectomía (cuadro 20, gráfica 13).

De los resultados arrojados por las encuestas aplicadas encontramos que **la aceptación de la vasectomía por el personal de salud** es de 51.8% y el resto no la aceptan con un 48.2% (Cuadro 21, gráfica 14).

Cuadro No. 1
Unidades médico familiares en
donde se realizó el estudio.

UMF	Frecuencia	Porcentaje
9	69	20.30
15	75	22.10
31	101	29.70
61	95	27.90
Total	340	100.00

GRAFICA No 1



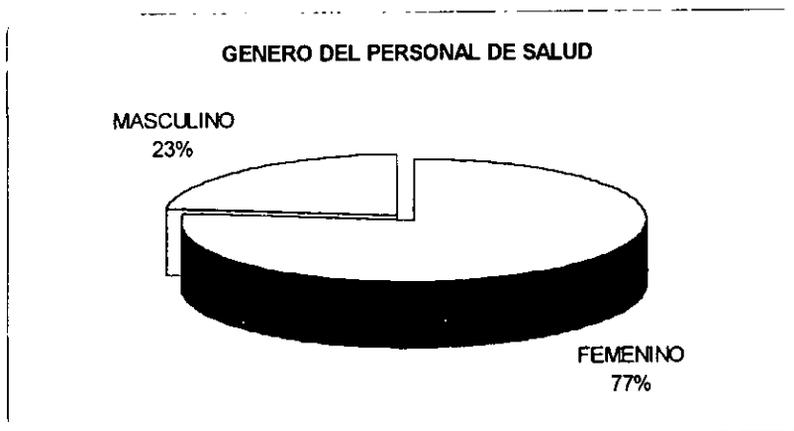
Fuente: Encuestas aplicadas al personal de salud de las clínicas 9, 15, 31 y 61 del Instituto Mexicano del Seguro Social de febrero a mayo de 1998.

Cuadro No. 2

Género del personal de salud encuestado.

Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	261	76.80
Masculino	79	23.20
TOTAL	340	100.00

GRAFICA No 2



Cuadro No. 3

Lugar de nacimiento del personal de salud.

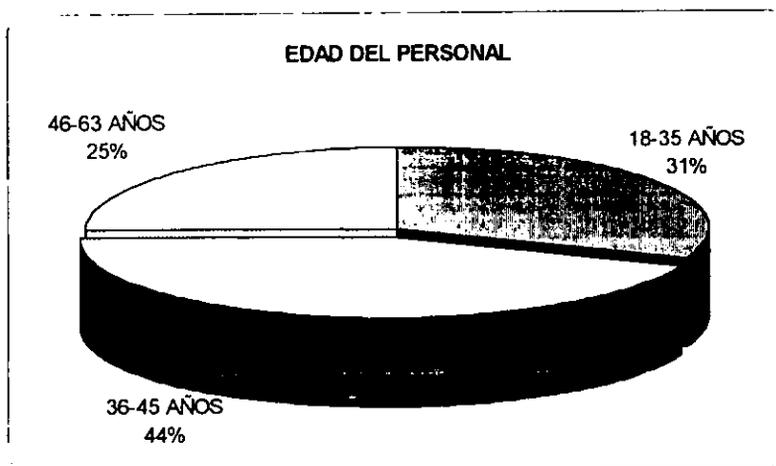
Lugar de nacimiento	Frecuencia	Porcentaje
Distrito Federal	235	69.10
Estado de México	31	9.10
Interior de la república	74	21.80
Total	340	100.00

Fuente: Encuestas aplicadas al personal de salud de las clínicas 9, 15, 31 y 61 del Instituto Mexicano del Seguro Social de febrero a mayo de 1998.

Cuadro No. 4
Edad del personal de salud.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
18-35	106	31.20
36-45	150	44.10
46-63	84	24.70
Total	340	100.00

GRAFICA No 3



Fuente: Encuestas aplicadas al personal de salud de las clínicas 9, 15, 31 y 61 del Instituto Mexicano del Seguro Social de febrero a mayo de 1998.

Cuadro No. 5

Media y desviación estándar para cada uno de los grupos de estudio.

Variable	Media	Mediana	DS	Mínimo	Máximo
Edad	39.91	40	8.636	18	63
Ingreso men.	4568.91	3200	3907.641	804.00	42000
Hijos	1.76	2.00	1.231	00	6.0
dependientes	2.27	2.00	1.41	00	9.00

Cuadro No. 6

Estado civil que tiene el personal de salud.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero o sin pareja	115	33.80
Casado o con pareja	225	66.20
Total	340	100.00

Cuadro No. 7

Religión que profesa el personal entrevistado.

Religión	Frecuencia	Porcentaje
Católica	265	77.90
Ninguna	46	13.50
Otra	29	8.50
Total	340	100.00

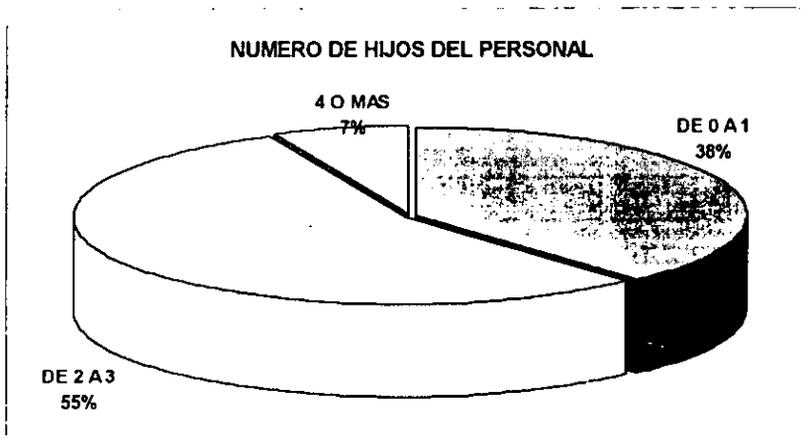
Fuente: Encuestas aplicadas al personal de salud de las clínicas 9, 15, 31 y 61 del Instituto Mexicano del Seguro Social de febrero a mayo de 1998.

Cuadro No. 8

Número de hijos que tiene el personal de salud.

Número de hijos	Frecuencia	Porcentaje
De 0 a 1	130	38.20
De 2 a 3	187	55.00
4 o más	23	6.80
Total	340	100.00

GRAFICA No 4



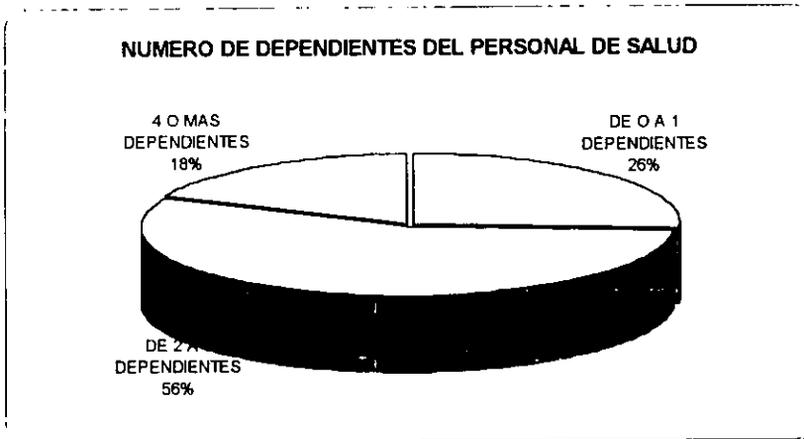
Fuente: Encuestas aplicadas al personal de salud de las clínicas 9, 15, 31 y 61 del Instituto Mexicano del Seguro Social de febrero a mayo de 1998.

Cuadro No. 9

Dependientes que tiene el personal de salud.

Dependientes	Frecuencia	Porcentaje
De 0 a 1	89	26.20
De 2 a 3	190	55.90
4 o más	61	17.90
Total	340	100.00

GRAFICA No 5



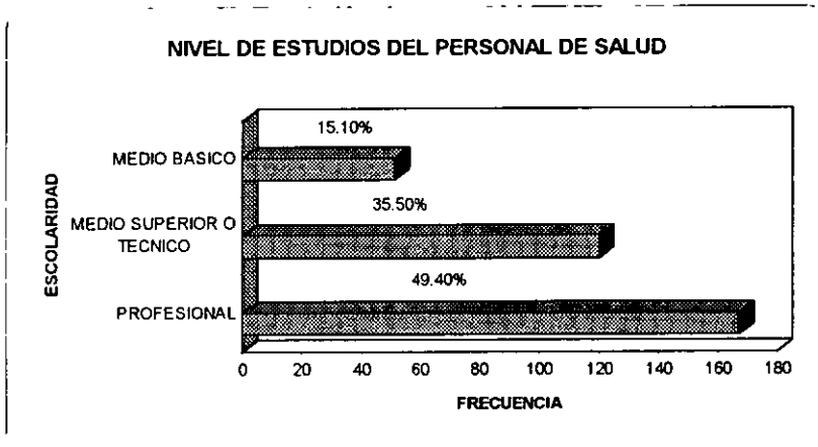
Fuente: Encuestas aplicadas al personal de salud de las clínicas 9, 15, 31 y 61 del Instituto Mexicano del Seguro Social de febrero a mayo de 1998.

Cuadro No. 10

Nivel de estudios del personal de salud.

Estudios	Frecuencia	Porcentaje
Profesional	167	49.40
Medio superior o técnico	120	35.50
Medio básico	51	15.10
Total	338	100.00

GRAFICA No 6



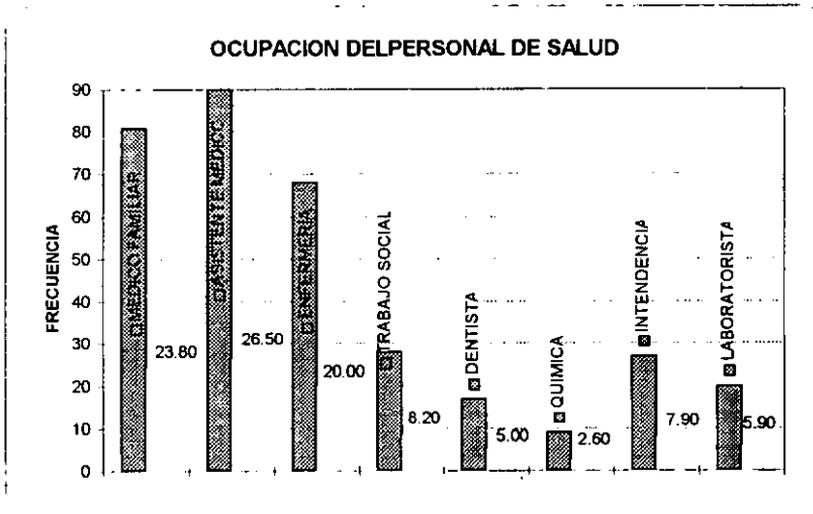
Fuente. Encuestas aplicadas al personal de salud de las clínicas 9, 15, 31 y 61 del Instituto Mexicano del Seguro Social de febrero a mayo de 1998

Cuadro No. 11

Ocupación del personal entrevistado.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Médico familiar	81	23.80
Asistente médico	90	26.50
Enfermería	68	20.00
Trabajo social	28	8.20
Dentista	17	5.00
Química	9	2.60
Intendencia	27	7.90
Laboratorista	20	5.90
Total	340	100.00

GRAFICA No 7



Fuente: Encuestas aplicadas al personal de salud de las clínicas 9, 15, 31 y 61 del Instituto Mexicano del Seguro Social de febrero a mayo de 1998.

Cuadro No. 12

Condición laboral que tiene el personal de salud.

Condición laboral	Frecuencia	Porcentaje
Base	313	92.10
Sustitución	27	7.90
Total	340	100.00

Cuadro No.13

Turno de trabajo del personal de salud.

Turno de trabajo	Frecuencia	Porcentaje
Matutino	232	68.20
Vespertino	108	31.80
Total	340	100.00

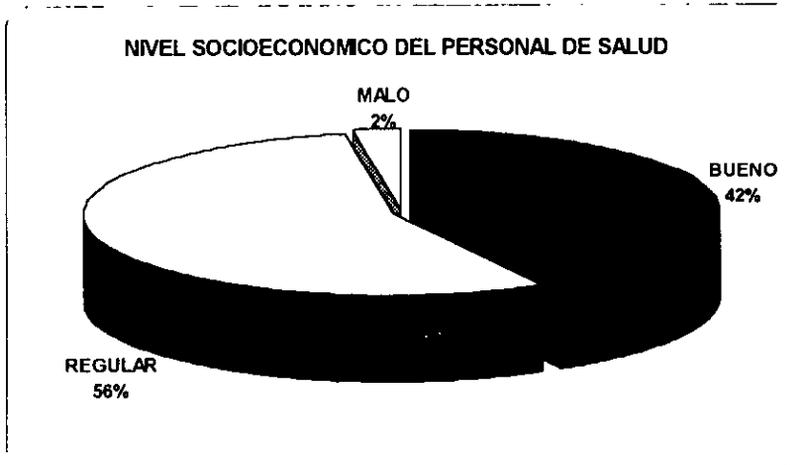
Fuente: Encuestas aplicadas al personal de salud de las clínicas 9, 15, 31 y 61 del Instituto Mexicano del Seguro Social de febrero a mayo de 1998.

Cuadro No. 14

Nivel socioeconómico del personal de salud.

Índice socioeconómico	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	142	42.00
Regular	188	55.60
Malo	8	2.40
Total	338	100.00

GRAFICA No 8



Cuadro No. 15

Ingreso mensual del personal de salud.

Ingreso	Frecuencia	Porcentaje
No contestó	66	19.40
Menos de 2 salarios mínimos	61	17.90
De 3 a 4 salarios mínimos	99	29.10
Más de 4 salarios mínimos	114	33.50
Total	340	100.00

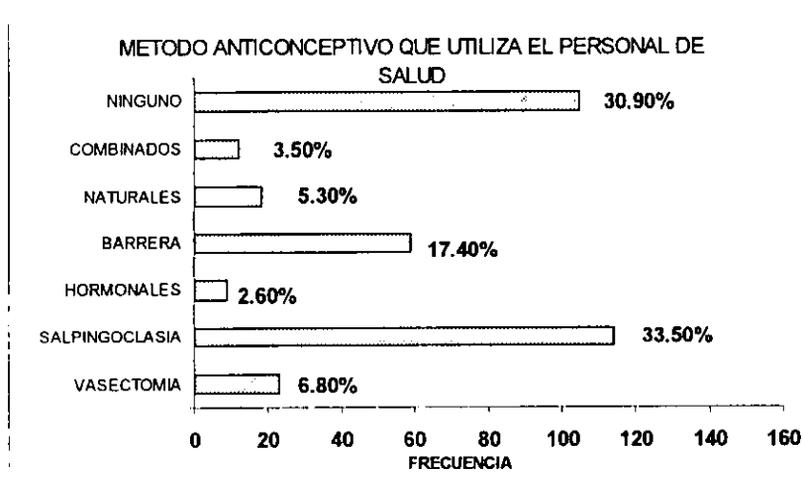
Fuente: Encuestas aplicadas al personal de salud de las clínicas 9, 15, 31 y 61 del Instituto Mexicano del Seguro Social de febrero a mayo de 1998.

Cuadro No.16

Métodos anticonceptivos que utiliza el personal de salud.

Método utilizado en pareja	Frecuencia	Porcentaje
Vasectomia	23	6.80
Salpingoclasia	114	33.50
Hormonales	9	2.60
Barrera	59	17.40
Naturales	18	5.30
Combinados	12	3.50
Ninguno	105	30.90
Total	340	100.00

GRAFICA No 9



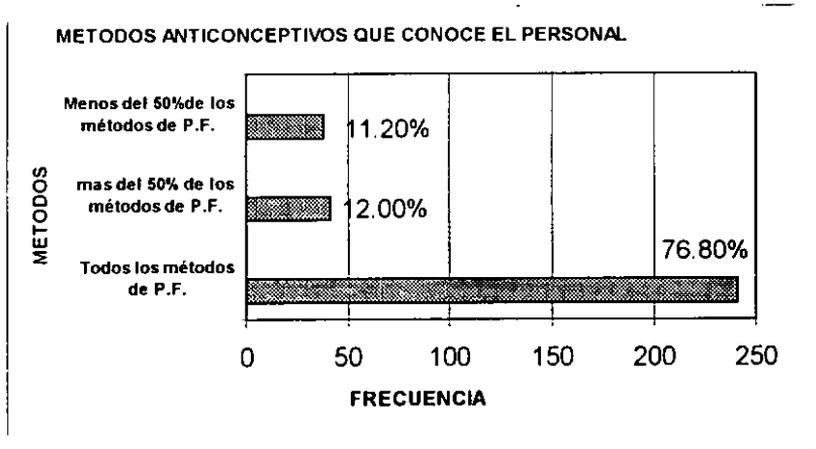
Fuente. Encuestas aplicadas al personal de salud de las clínicas 9, 15, 31 y 61 del Instituto Mexicano del Seguro Social de febrero a mayo de 1998.

Cuadro No.17

Métodos anticonceptivos que conoce el personal de salud.

Anticonceptivos que conocen	Frecuencia	Porcentaje
Todos los métodos de P.F.	241	76.80
Mas del 50% de los métodos de P.F.	41	12.00
Menos del 50% de los métodos de P.F.	38	11.20
Total	340	100.00

GRAFICA No 10



Fuente: Encuestas aplicadas al personal de salud de las clínicas 9, 15, 31 y 61 del Instituto Mexicano del Seguro Social de febrero a mayo de 1998.

Cuadro No.18

Conocimiento de las ventajas y desventajas de los métodos definitivos de planificación familiar que conoce el personal de salud.

Ventajas y desventajas	Frecuencia	Porcentaje
Si las conocen	305	89.70
No las conocen	35	10.30
Total	340	100.00

GRAFICA No 11



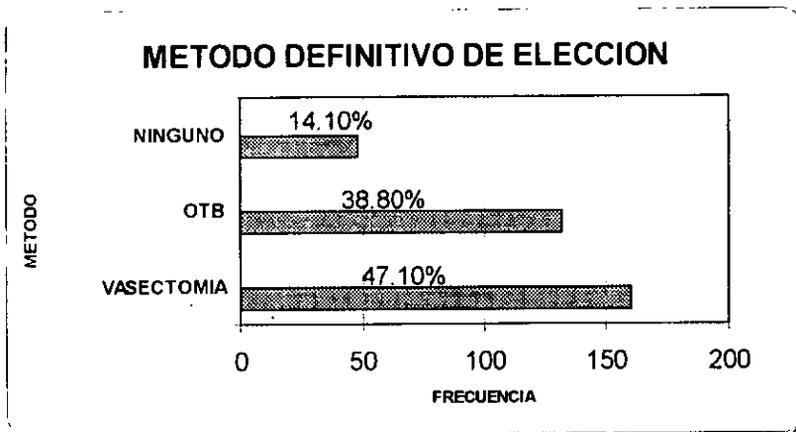
Fuente: Encuestas aplicadas al personal de salud de las clínicas 9, 15, 31 y 61 del Instituto Mexicano del Seguro Social de febrero a mayo de 1998.

Cuadro No.19

Método definitivo de elección por el personal de salud.

Método definitivo de elección	Frecuencia	Porcentaje
Vasectomia	160	47.10
Salpingoclasia	132	38.80
Ninguno	48	14.10
Total	340	100.00

GRAFICA No 12



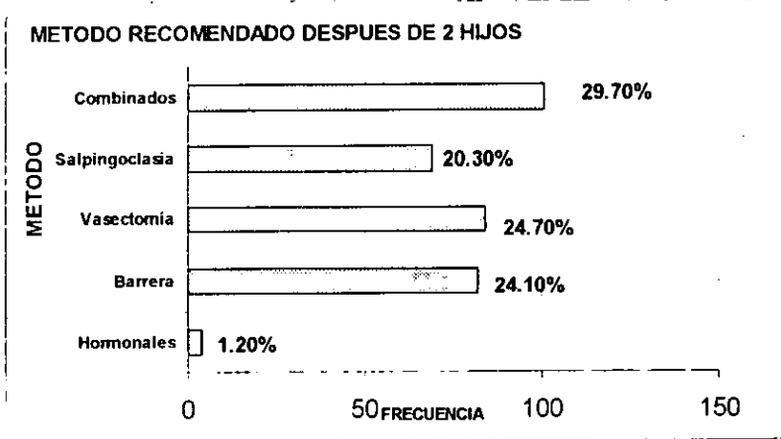
Fuente Encuestas aplicadas al personal de salud de las clínicas 9, 15, 31 y 61 del Instituto Mexicano del Seguro Social de febrero a mayo de 1998.

Cuadro No. 20

Método más recomendado por el personal de salud después de tener dos hijos.

Método recomendado con 2 hijos	Frecuencia	Porcentaje
Hormonales	4	1.20
Barrera	82	24.10
Vasectomía	84	24.70
Salpingoclasia	69	20.30
Combinados	101	29.70
Total	340	100.00

GRAFICA No 13



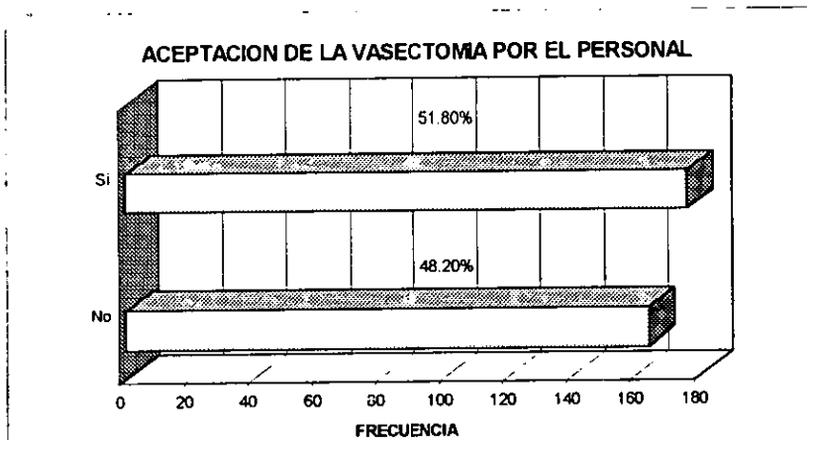
Fuente: Encuestas aplicadas al personal de salud de las clínicas 9, 15, 31 y 61 del Instituto Mexicano del Seguro Social de febrero a mayo de 1998.

Cuadro No. 21

Aceptación de la vasectomía por el personal de salud.

Aceptación de la vasectomía	Frecuencia	Porcentaje
No la aceptan	164	48.20
Si la aceptan	176	51.80
Total	340	100.00

GRAFICA No 14



Fuente: Encuestas aplicadas al personal de salud de las clínicas 9, 15, 31 y 61 del Instituto Mexicano del Seguro Social de febrero a mayo de 1998.

Análisis bivariado

Características Sociodemográficas (Cuadro 22).

Al analizar el efecto de la aceptación de la vasectomía y su relación con algunos posibles factores sociodemográficos se observó lo siguiente:

En las unidades que comparamos se encontró que la población de la UMF 31 tiene un 79% mas de probabilidad de no aceptación ($X^2_{MH}=4.04$; $p= 0.0444$) comparada con la UMF 61 donde encontramos mayor aceptación de la vasectomía.

En relación al género, los hombres tienen una mayor probabilidad de no aceptar la vasectomía (RM 1.4; IC_{95%} 0.8-2.4).

El hecho de estar casados o tener una pareja implica un 8% de probabilidad de menos aceptación a la vasectomía (RM 1.08; IC_{95%} 0.67-1.74) en comparación con los solteros.

En los trabajadores que manifestaron tener mas de 2 hijos se observó que tienen un 63% mas de probabilidad de no aceptación (RM=1.63, IC_{95%} 1.02-2.60). Esta asociación fue significativa estadísticamente ($X^2_{MH}=4.68$, $p=0.0304$).

Los que manifestaron tener más de dos dependientes presentaron casi dos veces más probabilidad de no aceptar la vasectomía, en comparación con aquellos que sólo tuvieron un dependiente, con asociación estadística (RM= 1.85, $X^2_{MH}=6$, $p=0.014$).

Los trabajadores que refirieron tener un nivel medio superior presentaron sólo un 27% más de probabilidad para no aceptar la vasectomía en comparación con los del nivel básico y profesional.

Parece ser que tanto el lugar de nacimiento como la religión no son posibles factores que influyan para la aceptación de este método de planificación familiar.

La edad resultó ser un factor importante en la no aceptación de la vasectomía, se demostró la existencia de gradiente biológico, ya que a medida que aumenta la edad es mayor la probabilidad para no aceptar, como se observó en los grupos de 36-45, y 46-63 años con RM de 1.61 y 2.43 respectivamente. La asociación fue estadísticamente significativa ($X^2_{Tend}=9.0$ $p=0.0027$)

Características Socioeconómicas (cuadro 23).

Al valorar los factores socioeconómicos que influyen en el efecto de la aceptación de la vasectomía, encontramos que en la ocupación, los químicos y laboratoristas tuvieron casi tres veces mayor probabilidad de no aceptar la vasectomía en comparación con el personal médico, de enfermería y trabajo social (RM= 2.94; IC_{95%} 1.2-7.7). Esta relación fue estadísticamente significativa ($X^2_{MH}=6.32$, $p=0.012$).

Los que tienen un índice de nivel socioeconómico regular presentaron 7% más de probabilidad de no aceptar la vasectomía (RM 1.07; IC_{95%} 0.46- 1.77).

El personal del turno matutino presentó un 40% de probabilidad para la no aceptación, en comparación con el vespertino (RM 1.40; IC_{95%} 0.86-2.27).

En relación al ingreso económico, el personal que gana entre tres y cuatro salarios mínimos tiene un 18% de probabilidad de menor aceptación a la vasectomía siendo este resultado estadísticamente significativo ($X^2_{Tend}=4.65$; $p=0.0309$).

Características del uso de métodos anticonceptivos(cuadro 24).

En lo que se refiere a las características del uso de los métodos anticonceptivos por el personal, el conocer mas del 50% implica un 66% mas de probabilidad para no aceptar la vasectomía en comparación con aquellos que conocen menos del 50% de los métodos anticonceptivos existentes (RM=1.66; $X^2_{Tend} = 2.56$, $p=0.1095$).

Entre los métodos de planificación familiar que el personal de salud utiliza, tienen una probabilidad de no aceptar de casi 5 veces más los que utilizan otros métodos diferentes de la vasectomía ($X^2_{MH}=9.37$; $p=0.0022$).

Los que prefieren la salpingoclasia como método definitivo de planificación, tienen casi cuatro veces más de probabilidad de no aceptar la vasectomía ($X^2_{MH}=34.82$; $p<0.0001$).

Los que no conocen las ventajas y desventajas de los métodos definitivos de planificación familiar, tienen probabilidad de menor aceptación de la vasectomía (RM 1.49; IC_{95%} 0.70-3.20).

El personal que recomienda otros métodos de planificación familiar diferentes de la vasectomía, después de tener dos hijos tiene una probabilidad de 2.43 veces mas para no aceptarla ($X^2_{MH}=11.54$; $p=0.00068$) lo que fue estadísticamente significativo.

Cuadro 22. Razones de momios de las características sociodemográficas generales.

VARIABLE	n	%	RM	IC _{95%}	X ²	p
Unidades medico familiares						
UMF 61	95	27.9	1.00			
UMF 9	69	20.30	1.32	0.67-2.58	0.74	0.3896
UMF 15	75	22.10	1.33	0.69-2.56	0.82	0.3664
UMF 31	101	29.70	1.79	0.98-3.28	4.04	0.0444
Género						
Femenino	261	76.80	1.00			
Masculino	79	23.20	1.38	0.81-2.36	1.58	0.2091
Estado civil						
Solteros	115	33.80	1.00			
Casados y con pareja	225	66.20	1.08	0.67-1.74	0.11	0.7362
Número de hijos						
0-1 hijos	130	38.20	1.00			
2-más hijos	210	61.80	1.63	1.02-2.60	4.68	0.03042
Número de dependientes						
0-1 dependientes	89	26.20	1.00			
2- mas dependientes	251	73.80	1.85	1.10-3.14	5.99	0.01436
Escolaridad						
Nivel profesional	167	49.40	1.00			
Nivel básico	51	15.10	0.72	0.36-1.43	1.03	0.3109
Nivel medio superior	120	35.50	1.27	0.77-2.09	1.01	0.3145
Lugar de nacimiento						
Interior de la República	105	30.9	1.00			
Distrito Federal	235	69.1	1.04	0.64 -1.69	0.02	0.8793
Religión						
Otras	75	22.00	1.00			
Católica	265	78.00	1.16	0.67-2.01	0.32	0.5694
Edad*						
18-35	106	31.20	1.00		8.996	0.00271
36-45	150	44.10	1.61			
46-63	84	24.70	2.43			

*X² Tend

Cuadro 23. Razones de momios de las características socioeconómicas en los grupos de estudio

VARIABLE	n	%	RM	IC _{95%}	X ²	p
Ocupación						
Médicos-enfermeras trabajo social	176	51.80	1.00			
Químicos- laboratoristas	29	8.50	2.94	1.16-7.68	6.32	0.01192
Asistente médico-dentista-intendencia	135	39.70	0.90	0.56-1.44	0.23	0.6345
Asistente médico-intendencia-dentista-químicos-laboratoristas	164	48.20	1.09	0.70-1.71	0.17	0.6812
Índice socioeconómico						
Bueno	142	42.00	1.00			
Malo	8	2.40	0.90	0.46-1.77	0.10	0.7523
Regular	188	55.60	1.07	0.62-1.85	0.06	0.8041
Condición laboral						
Sustitución	27	7.90	1.00			
Base	313	92.10	1.00	0.43-2.36	0.00	0.9924
Turno de trabajo						
Vespertino	108	31.80	1.00			
Matutino	232	68.20	1.40	0.86-2.27	2.01	0.1560
Ingreso económico mensual*						
Menos de dos salarios mínimos	61	17.90	1.00		4.655	0.0309
De tres a cuatro salarios mínimos	99	29.10	1.18			
Más de cuatro salarios mínimos	114	33.50	1.90			

*X² Tend

Cuadro 24. Razones de momios de las características del uso de los métodos anticonceptivos en los grupos de estudio.

VARIABLE	n	%	RM	IC _{95%}	X ²	p
Anticonceptivos que conoce el personal*						
Todos lo métodos	241	76.80	1.00		2.560	0.1095
Menos del 50%	41	12.00	1.31			
Algunos pero más del 50%	38	11.20	1.66			
Método que utiliza en pareja						
Vasectomía	23	6.80	1.00			
Otros métodos	317	93.20	4.84	1.51-17.22	9.37	0.0022
Método definitivo de elección						
Vasectomía	160	47.1	1.00			
Salpingoclasia	180	52.9	3.80	2.36 -6.13	34.82	0.0000
Ventajas y desventajas						
si las conocen	305	89.70	1.00			
no las conocen	35	10.30	1.49	0.70- 3.20	1.24	0.2662
Método que recomienda después de dos hijos						
Vasectomía	84	24.70	1.00			
Otros métodos	256	75.30	2.43	1.40-4.23	11.54	0.00068

*X² Tend

5. DISCUSIÓN

En el artículo 4o. constitucional, se establece que tener o no hijos es decisión, que debe tomarse con libertad, responsable e informada por parte de la pareja así como en que momento y el número que desea. Con esta premisa se inicia el impulso de programas de planificación familiar cuya principal motivación fue el elevado crecimiento de la población en México^{2,3}. Aquí cabe preguntarse qué papel juegan los prestadores de servicios de salud o es únicamente el factor demográfico como se menciona.

La SSA durante 1984 llevó a cabo una encuesta a médicos, enfermeras y población usuaria³, donde el objetivo principal fue ver el aspecto puramente de los métodos de planificación familiar (PF) como estrategia para evitar embarazos no deseados; consideramos que existen otros factores que afectan la aceptación de la PF, con énfasis en métodos definitivos como la vasectomía en el que la participación del varón es muy escasa, como se observa en el IMSS, en el que correspondió a la vasectomía un 0.5% en 1989⁸.

En el actual estudio señalamos que la aceptación de la vasectomía en personal trabajador del instituto se ve influenciada por otro tipo de factores no biológicos, se encuestó a personal trabajador de 4 unidades médico familiares (UMF), entre los que se encuentran médicos familiares, enfermeras, asistentes médicas, trabajadoras sociales, dentistas, químicos, laboratoristas y personal de intendencia.

Observamos que el personal de la UMF 31 tiene 2 veces más probabilidad de no aceptar la vasectomía en comparación con el resto de las otras cuatro unidades, cabe mencionar que esta unidad es una de las mas grandes en personal en el DF, pues maneja aproximadamente 500 trabajadores, de los cuales sólo el 29.7% respondió a la encuesta, el resto no respondió tal vez por falta de motivación o bien como se menciona que tal vez sea que ellos mismos presuponen que los hombres no se interesan por la vasectomía y como resultado no lo aceptan ni lo ofrecen como alternativa².

Esto resulta de suma importancia ya que es el personal médico o el prestador de servicios de salud quien directamente conoce todos los aspectos médicos y paramédicos de la anticoncepción y que puede ofrecer un mejor consejo a la población usuaria⁶.

De una muestra de 340 trabajadores se encontró una probabilidad de casi 3 veces mayor de que en el personal de laboratorio no acepte la vasectomía como un método definitivo. Se menciona que el criterio para seleccionar un método de PF ya sea temporal o definitivo está en base a la condición marital, el número de hijos etc.¹⁰ Sin embargo, los que son casados o con pareja un 8%, el tener mas de 2 hijos un 63%, los que tienen mas de 2 dependientes un 85%, no aceptan la vasectomía.

La escolaridad por si sola no interviene demasiado en la aceptación pues observamos que aquellos que tienen un nivel medio superior el 27% no acepta la vasectomía en relación con aquellos que la aceptan.

La religión como tal y el lugar de nacimiento no tienen influencia sobre la aceptación de la vasectomía; no así la edad, que se observó que a mayor edad mayor probabilidad de no aceptar este método dado que el grupo de 46-63 años tuvo dos veces mas probabilidad de no aceptar el método situación comprensible por ser el extremo de la vida reproductiva no así su actividad sexual.

En cambio llama la atención que en la edad de 36-45 años tienen un 65% mas de probabilidad de no aceptar, siendo esta una edad donde se manifiesta la mayor actividad sexual y reproductiva.

Este aspecto ha sido documentado por otros autores en países que tienen una estructura social y cultural similar a la nuestra como son Honduras, Guatemala y Colombia, donde se menciona que el "machismo" es una actitud inherente a nuestra cultura y prevalece la falsa idea de que ocasiona una disminución de la potencia sexual y afectación de su masculinidad en un 63%².

Nuestro estudio señala que en el personal trabajador los varones tienen mayor probabilidad de no aceptar la vasectomía en 38%.

Es importante mencionar que existen otros posibles factores que pueden limitar la aceptación del mencionado método, como es el conocimiento del personal en cuanto a la existencia de diferentes métodos anticonceptivos a lo que suponemos que aquellos que conocen todos es más probable que acepten este método de PF, en relación a los que conocen mas o menos del 50% de métodos anticonceptivos, consideramos que esto es importante ya que de alguna manera ellos podrían funcionar como motivadores entre los usuarios este es un gran aporte para nuestra investigación que nos lleva a las conclusiones de la misma.

Es curioso ver que el personal trabajador que dijo utilizar otro método diferente de la vasectomía en su pareja, tienen una probabilidad de no aceptar la vasectomía casi 5 veces mas, en relación con los que si la aceptan.

En la aceptación del método definitivo, aquellos que optaron por la Salpingoclasia tienen mayor probabilidad de no aceptar la vasectomía en casi 4 veces mas.

Aquellos que después de tener dos hijos recomendaron otro tipo de métodos. tienen dos veces mas probabilidad de no aceptar la vasectomía.

Tal parece que las condiciones económicas de los trabajadores, así como la condición laboral, no resultan ser importantes para la aceptación de la vasectomía en este grupo poblacional, según la construcción del indicador de Mario Bronfman como él lo menciona²³, no hubo diferencias entre la población de condición socioeconómica buena regular o mala, al igual que aquellos que tenían un mejor o peor ingreso económico.

6. CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos podemos concluir que la vasectomía no es un método de planificación familiar aceptado por el personal trabajador en el área de la salud, aún cuando se ha demostrado como un método inocuo y que el personal de salud cuenta con una educación aceptable para nuestro medio, existen falsas ideas acerca de su aceptación y aplicación.

La edad como una característica demográfica resultó ser un factor importante para la aceptación de este método, por consiguiente se deberá motivar con mayor énfasis a los grupos de población de entre 35 y 45 años, así como también a los trabajadores que dijeron tener más de dos hijos o más de dos dependientes, ya que estos, están influenciados por las políticas pronatalistas que se dieron con mayor énfasis en su época.

En cuanto a la ocupación encontramos que son los químicos y los laboratoristas trabajadores que de una u otra manera pueden influir en la aceptación de la vasectomía o cualquier otro método en la población usuaria ya que en ellos se encontró menor aceptación de la vasectomía.

Es importante difundir esta técnica de planificación familiar a todo el personal trabajador y no sólo al que está directamente relacionado con los usuarios, y desde luego mejorar las técnicas de capacitación y difusión acerca de este método de tal forma, que se conozcan las ventajas y desventajas de la vasectomía para que el personal sea cual sea su ocupación pueda convertirse en un buen difusor de los métodos de planificación familiar definitivos y en este caso la Vasectomía. Cabe mencionar que el 20% del personal encuestado correspondió al personal de enfermería, que junto a los médicos y trabajadora social llevan el mayor peso en la difusión del Programa de Planificación Familiar, por lo que su participación en esta área del conocimiento es definitiva.

Una de las actividades diarias de los trabajadores del área de la salud es la comunicación con los usuarios y con sus mismos compañeros en la institución y al manejar información indiscriminadamente se tiende a confundirla, sobre todo si no se tiene conocimiento sobre el tema tratado, por lo que se debe conocer todo acerca de la información que se brinda, tomando en cuenta las concepciones éticas que rigen el programa de planificación familiar y el respeto por la dignidad humana, lo más importante es que no se manipule al usuario por causa de ignorancia, idiosincrasia o situaciones de crisis, se sepan aclarar las dudas y mitos pero sin amenazar, ni asustar a las personas asegurándose siempre que su interlocutor ha entendido bien el mensaje transmitido y guardando siempre equilibrio frente a sus propios valores y preferencias evitando que estas interfieran en la toma de decisiones, ya que la aceptación es el factor de más importancia en la eficacia práctica de cualquier método anticonceptivo.

De ahí la importancia de este estudio ya que muchos profesionales tienen la sensación de que la información es imperfecta; algunas veces por las influencias personales, pero la mayoría por que se ha aprendido a convivir con la norma administrativa, en la que el parámetro de rendimiento sacrifica la calidad de la información y en la que la actividad final, es decir, la elección del método es la que cuenta para el registro y no la actividad básica para el éxito del servicio que es la consejería en la planificación familiar y de un método definitivo como lo es la vasectomía sin bisturí que esta tomando un auge importante dentro de la esterilización humana.

Aunque los patrones culturales y la información errada afectan la selección de los métodos anticonceptivos, incluyendo la vasectomía, el factor más importante en la aceptación de la vasectomía es la disponibilidad de servicios de buena calidad, que depende en alto grado de la dedicación de los profesionales de salud que ofrecen esos servicios. Con frecuencia, los profesionales de salud suponen que los hombres no se interesan por la vasectomía y en consecuencia, no ofrecen ese servicio o no le dan la debida prioridad; la baja demanda de vasectomía se convierte por tanto en autoprefecia.

El conocimiento sobre la aceptación de la vasectomía por el personal tiene gran importancia ya que nos introduce en un medio que nos orienta para elaborar un nuevo esquema de atención en la planificación familiar, como logro profesional en enfermería, para elevar además de la cobertura, la calidad de la atención y el cuidado del usuario que tiene derecho a un buen servicio de salud.

Se encontró que no hay muchos estudios que abarquen la problemática de la inconsciencia por parte del personal con respecto a la orientación de la vasectomía como método definitivo de esterilización y los pocos que existen por lo general no son publicados.

Es aquí donde enfermería debe incursionar procurando proporcionar sus servicios con la calidad requerida, que conozca todos los aspectos médicos y paramédicos de anticoncepción para que pueda ofrecer una consejería correcta acerca de las diferentes modalidades, pero siempre con un absoluto respeto a la ideología de la pareja en la que influyen factores tradicionales, religiosos y culturales; por lo tanto debe proporcionar información completa y adecuada al nivel educativo y conservando su identidad profesional.

7. PROPUESTA

Si bien se necesita algún tiempo antes de que las actitudes potenciales de la comunidad cambien, es posible mejorar el conocimiento de los que proporcionan servicios de planificación familiar, a fin de que la vasectomía resulte más atractiva y accesible.

La propuesta para favorecer la aceptación de la vasectomía es desarrollar un programa de educación continua dirigido al personal de salud, que de información completa y verídica acerca de los procedimientos de planificación familiar haciendo énfasis en las ventajas de la vasectomía como método definitivo.

Asimismo, es necesario que el personal cuente con una mejor capacitación en el conocimiento y uso de las técnicas de comunicación, ya que la labor educativa y el permanente contacto con las personas lo exige.

El licenciado en enfermería y obstetricia tiene los conocimientos necesarios para la elaboración y aplicación de este programa. Esto es importante para la capacitación sobre la consejería, ya que el personal de enfermería debe brindar orientación en el servicio de planificación familiar, así como hacer el seguimiento y brindar la atención al paciente que se realiza la vasectomía, a partir de la orientación sobre el método: antes, durante y después de la cirugía. Este programa debe abarcar a todo el personal de salud de todos los servicios y turnos ya que por lo general son rotados por los mismos.

Enfermería, es el personal que tiene la obligación de no olvidar el buen trato del usuario considerando siempre que cada ser humano merece ser tratado con dignidad y en los aspectos: psicológico, biológico y social de cada persona.

Se propone que en un futuro inmediato se considere la posibilidad de que enfermería realice de manera directa la orientación, la consejería de la población y como parte fundamental, se capacite y se legisle dicha participación para que nuestras funciones logren una cobertura mas amplia en el área de la planificación familiar.

Ya que los administradores de planes de planificación familiar deben capitalizar la simplicidad intrínseca de la vasectomía; además quienes aprenden la vasectomía deben de entender las medidas alternativas del control de la fecundidad y colocar la vasectomía en el conjunto de los métodos de planificación familiar. Los programas de adiestramiento deben ser lo bastante flexibles para permitir, cuando sea apropiado, la inclusión de profesionales de enfermería competentes y experimentados y ser lo bastante rígidos que excluyan el pequeño número de personal médico calificado, que evidentemente, carece de la mínima actitud quirúrgica.

Además podemos agregar que se ha hecho hincapié muchas veces en la importancia de un buen seguimiento en las operaciones de esterilización y el profesional de enfermería puede tener un papel muy importante en este campo. Lo ideal sería que este profesional no debería estar tan ocupado en otros programas sanitarios que no puedan prestar suficiente prioridad a la planificación familiar y a la esterilización.

Se deja abierta la posibilidad para que futuras generaciones de profesionales de enfermería investiguen mas acerca de la reproducción y la influencia de la participación en la orientación de la metodología anticonceptiva del personal de salud y a su vez realice y aplique los programas de educativos que propusimos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Frenk J, Ruelas E, Bodadilla JL, Zuritra B, Lozano R. Economía y Salud. Fundación Mexicana para la salud, 1994.
2. Ward V, Bertrand J, Sauzo M. "Assessment of barriers to vasectomy in Honduras and impenetation of strategies to increase demand for voluntary male surgical contracepcion." 1988 Final report to AVSC.
3. Figueroa Perea JG. "Comportamiento Reproductivo y Salud: Reflexiones a partir de la prestación de servicios." Salud Pública Mex 1991;33(6):590-601.
4. Polaino Lorente M. Manual de bioética general. 3a. ed. Madrid-España: Ed. Rialp, 1997: 226-236
5. Zárate Treviño A. "Métodos anticonceptivos." Gaceta Médica de México 1993;129(1):69-78.
6. González S, OSCOS J. "Patrones de autoconcepto." Ginec Obst Mex Enero 1979; 45: 67-78
7. s/a. "Investigación y educación en enfermería." Revista de la Facultad de enfermería. septiembre 1996; 14 (2) : 17-118.
8. Alarcón-Navarro F, Juárez-Tovar C. "Salud Reproductiva. Planificación familiar y salud reproductiva." Rev Med IMSS 1993;31(1):47-62.
9. Martínez-Manautou J, Giner-Velázquez J. Planificación familiar y demografía médica. Un enfoque multidisciplinario, México: IMSS; 1985: 297-308
10. Programa de salud reproductiva y planificación familiar.. Programa de reforma del sector salud1995- 2000.: 212.

11. The Johns Hopkins University. "Esterilización Masculina." Population reports, serie D núm. 4. Diciembre 1984; D: 1-14
12. Figueroa Perea JG. "Investigación sociodemográfica sobre planificación familiar: el caso de la Secretaría de Salud." Salud Pública Mex 1990;32(3):352-363.
13. Hackett RE, Waterhouse K. Vasectomy reviewd. Am J Obstet Gynecol 1973;116(3):355-438
14. Bedford D, Howell F, Lynskey Y. "The provision of family planning services by family doctors in health board región." Ir J Med Si 1995;164(1):48-51
15. Comité Médico Central de la IPPF. Manual de planificación familiar para médicos. Londres: IPPF, 1974:97-117.
16. Lié S, Golstein M, Zhu J, Huber D. "The no scalpel vasectomy." J Urol 199;145:341-4.
17. Moller H, Knudsen LB, Lyng E. "Risk of testicular cancer after vasectomy: cohort study of over 73000 en". BMJ 1994;309(6950):295-9.
18. Trussell J, Leveque JA, Koeing JD, London R, Borden S, Henneberry J, LaGuardia KD, et al. "The economic value of contraception a comparison of 15 methods." Am J Public H 1995;85(4):494- 503.
19. Gran Diccionario Enciclopédico visual. México: Programa educativo visual, 1993.
20. Hernández Cruz. "Factores que interactúan en la aceptación del subsistema de planificación familiar por las mujeres de las comunidades en los módulos de Alfagayucan Hidalgo". Tesis México, UNAM-ENEO, 1996.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

21. Urbina-Fuentes M, Palma-Cabrera JL, Gomez-Del Campo A. "El impacto de la planificación familiar en algunos indicadores del bienestar social." Gaceta Médica de México 1991;127(2):153-161.
22. Bronfman M, Guiscafre H, Castro V, Castro R, Gutiérrez G. "La medición de la desigualdad: una estrategia metodológica, análisis de las características socioeconómicas de la muestra." Arch Invest Méd 1988;19(4):351-360.
23. ENEO-UNAM . "Perfil Académico Profesional del egresado de la licenciatura" en Plan de estudios de la licenciatura en Enfermería y Obstetricia. México: ENEO-UNAM, 1997.

ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MEDICAS
 COORDINACIÓN DE SALUD COMUNITARIA
 DIVISIÓN EPIDEMIOLOGÍA

"FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ACEPTACIÓN DE LA VASECTOMÍA COMO MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN EL PERSONAL DE SALUD DE LAS UMF No. 9, 15, 31 Y 61 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL".

La siguiente información es confidencial, la cual será utilizada para determinar algunos factores en el uso de métodos anticonceptivos. Esta servirá para proponer alternativas, con la finalidad de otorgar un mejor servicio de Planificación Familiar.

Folio _____ UMF _____ Fecha _____	
EDAD _____	
SEXO _____ 1.- Femenino <input type="checkbox"/> 2.- Masculino <input type="checkbox"/>	
ESTADO CIVIL: 1.-Soltero <input type="checkbox"/> 2.-Casado <input type="checkbox"/> 3.-Unión libre <input type="checkbox"/> 4 -Divorciado <input type="checkbox"/> 5.-Separado <input type="checkbox"/> 6.-Viudo	
TURNO DE TRABAJO 1.-Matutino <input type="checkbox"/> 2.-Vespertino <input type="checkbox"/>	
CONDICIÓN LABORAL 1).-Base <input type="checkbox"/> 2).- Sustitución <input type="checkbox"/>	
OCUPACION _____ RELIGION: _____	
LUGAR DE NACIMIENTO _____	
GRADO MÁXIMO DE ESTUDIOS _____	
INGRESO MENSUAL \$ _____	
NUMERO DE HIJOS _____ NUMERO DE DEPENDIENTES _____	
LA CASA DONDE VIVE ES: 1) propia <input type="checkbox"/> 2) prestada <input type="checkbox"/> 3) rentada <input type="checkbox"/>	
EL TECHO ES DE: 1) Loza <input type="checkbox"/> 2)lámina <input type="checkbox"/> 3)cartón <input type="checkbox"/> 4)asbesto <input type="checkbox"/> 5)otra <input type="checkbox"/>	
EL MATERIAL DEL PISO ES: 1) Mosaico <input type="checkbox"/> 2)cemento <input type="checkbox"/> 3) Otro <input type="checkbox"/>	
NUMERO DE PERSONAS QUE HABITAN EN SU CASA _____	
NUMERO DE DORMITORIOS EN SU VIVIENDA _____	
DONDE DEPOSITA LA BASURA 1.-Carro recolector <input type="checkbox"/> 2.-Basurero <input type="checkbox"/> 3.-Calle <input type="checkbox"/> 4.-Otro <input type="checkbox"/>	
ELIMINACIÓN DE EXCRETAS: 1.-Baño <input type="checkbox"/> 2.-Calle o suelo <input type="checkbox"/> 3.-Letrina <input type="checkbox"/>	
SERVICIOS PÚBLICOS CON LOS QUE CUENTA: 1.-Agua <input type="checkbox"/> 2.- Electricidad <input type="checkbox"/>	
3 -Teléfono <input type="checkbox"/> 4.-Drenaje <input type="checkbox"/> 5.-Otros <input type="checkbox"/>	
EL AGUA ES: 1 -Potable 2.-De pozo 3.-Llave pública	
CONTESTE LO SIGUIENTE:	
DE LA SIGUIENTE LISTA ENLISTE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS QUE USTED CONOZCA:	
1 -Preservativo <input type="checkbox"/> 2.-vasectomía <input type="checkbox"/> 3.-salpingoclasia <input type="checkbox"/> 4.-D.I.U. <input type="checkbox"/> 5.-hormonales orales <input type="checkbox"/>	
6 -hormonales inyectables <input type="checkbox"/> 7.-espumas <input type="checkbox"/> 8.-óvulos <input type="checkbox"/> 9.-diafragma <input type="checkbox"/> 10.-ritmo <input type="checkbox"/> 11.- coito interrumpido <input type="checkbox"/> 12.- otro <input type="checkbox"/>	
¿QUÉ MÉTODO ANTICONCEPTIVO UTILIZA USTED O SU PAREJA?	

DE LA SALPINGOCLASIA Y LA VASECTOMÍA COMO MÉTODOS DEFINITIVOS ¿CUÁL ELIGIRIA PARA USTED Y SU PAREJA EN CASO DE NO DESEAR MÁS HIJOS? 1).-Vasectomía <input type="checkbox"/> 2).-Salpingoclasia <input type="checkbox"/> 3).-Ninguna <input type="checkbox"/>	I
EN SU OPINIÓN QUE MÉTODO ANTICONCEPTIVO CONSIDERA MÁS RECOMENDABLE DESPUÉS DE TENER DOS HIJOS? 1).-H. Orales <input type="checkbox"/> 2).-H. inyectables <input type="checkbox"/> 3).- Preservativos <input type="checkbox"/> 4).- DIU <input type="checkbox"/> 5).- Vasectomía <input type="checkbox"/> 6).-Salpingoclasia <input type="checkbox"/> 7).-Ninguna <input type="checkbox"/>	I I I I I I
¿PORQUE? _____	I I I I I
¿SABE CUALES SON LAS VENTAJAS Y LAS DESVENTAJAS DE LOS MÉTODOS DEFINITIVOS? 1) SI <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	I
¿HA PENSADO ALGUNA VEZ REALIZARSE LA VASECTOMÍA? (En caso de ser hombre) 1) SI <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	I I I I I
¿PORQUÉ? _____	I
¿USTED HA PENSADO ALGUNA VEZ QUE SU PAREJA PUEDE HACERSE LA VASECTOMÍA? (en caso de ser mujer) 1) SI <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	
¿POR QUÉ? _____	I
USTED RECOMIENDA O RECOMENDARÍA LA VASECTOMÍA 1) SI <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	
¿PORQUÉ? _____	
¿A CUANTAS PERSONAS LES HA RECOMENDADO LA VASECTOMÍA COMO MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN ÉL ÚLTIMO MES? _____	I I I I I I I I

PSSE. IMELDA CHAVIRA M. MAURICIO HERNANDEZ H.

ENCUESTADO

