



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
E INVESTIGACION**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 65
OAXACA, OAX.**

**FACTORES QUE LIMITAN LA ACEPTACIÓN
DE LA VASECTOMÍA EN USUARIOS ADSCRITOS
A LA UNIDAD MEDICA FAMILIAR N° 40.
IXTLÁN DE JUÁREZ, OAXACA**

**TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA
OBTENER EL DIPLOMA DE:**

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. PEDRO BENITO ESPINOZA AUDELO

OAXACA, OAX.

MARZO 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**FACTORES QUE LIMITAN LA ACEPTACIÓN DE LA VASECTOMÍA EN
USUARIOS ADSCRITOS A LA UNIDAD MEDICA FAMILIAR N° 40.
IXTLÁN DE JUÁREZ, OAXACA**

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

PRESENTA

DR, PEDRO BENITO ESPINOZA AUDELO

AUTORIZACIONES

DRA, MARTHA TAPIA CHAVEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIDAD
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES
DEL IMSS

DRA. JANET NESME AVILA
COORD. DELEG. DE EDUCACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN OAXACA

DR. PASCUAL CRUZ
ASESOR CLINICO
CIRUJANO GENERAL DEL H.G.Z 01

DRA. JANET NESME AVILA
ASESOR METODOLOGICO

OAXACA OAX.

MARZO 2010

**FACTORES QUE LIMITAN LA ACEPTACIÓN DE LA VASECTOMÍA EN
USUARIOS ADSCRITOS A LA UNIDAD MEDICA FAMILIAR N° 40.
IXTLÁN DE JUÁREZ, OAXACA**

**PRESENTA:
DR. PEDRO BENITO ESPINOZA AUDELO**

AUTORIZACIONES

**DR. FRANCISCO JAVIER F. GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

**DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO
DE MEDICINA FAMILIAR**

**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO
DE MEDICINA FAMILIA**

OAXACA, OAX.

MARZO 2010

TESTIMONIO DE GRATITUD

Le doy gracias a Dios por darme la oportunidad de estar en esta vida, de haberme permitido alcanzar hoy, una meta más en mi vida personal y profesional, por estar siempre conmigo y con mi familia.

A mi esposa Alejandra: por ser mi apoyo incondicional en todas las tareas que me he propuesto durante mi vida personal y profesional, por ser la mujer más comprensiva que hay en mi vida, siempre estaré muy agradecido contigo te llevo siempre en mi mente y en mi corazón. Tu sabes que eres el motivo que mueve mi existir y mi vida, te amo. Gracias por estar siempre a mi lado.

A mis hijos Pedro y Asshmed, por ser la razón y fortaleza en mi vida, por su apoyo para superarme, para darles el mejor ejemplo de una vida de lucha siempre en busca de un mejor vivir, por que a través de sus risas y palabras de aliento cuando estaba cayendo me levantaron e hicieron que siguiera adelante, los adoro y los amo, son mi mejor regalo de la vida. Gracias por ser como son conmigo.

A mis padres Sr. Benito y Sra. Dolores por darme la educación básica y el ejemplo de sencillez y honradez. Gracias Papá y Mamá

A mis suegros Sr Nicanor y Sra. Leovigilda. Por su apoyo y consejos de seguir adelante aun cuando el camino sea largo. Gracias por esas palabras de aliento en el momento justo

A mis compañeros de residencia: Fabiola, Jaime, Teresa, Gabriela, Vicky, Nicolás y Misael, por sus críticas constructivas durante estos tres años de estudio, por su apoyo y convivencia, gracias.

A mi Profesor y amigo Dr. Justino Raúl Martínez, por su enseñanza y sus buenos principios, que me han hecho llegar al final de esta tarea. Gracias por su apoyo incondicional, por estar ahí cuando le he solicitado apoyo y por iniciar mi formación como médico especialista en medicina familiar.

A mi Profesora Titular de la Residencia de Medicina Familiar. Dra, Martha Tapia Chávez, quien me ha enseñado el conocimiento del estudio de la familia y como intervenir para beneficio de las mismas, gracias por ayudarme a formarme como médico especialista en medicina familiar.

A mi asesor clínico Dr. Pascual, cirujano del HGZ 01. Por sus consejos y conocimientos vertidos en este estudio.

A mi asesor de tesis y metodología. Dra. Janet Nesme Ávila. Por su apoyo incondicional, por sus conocimientos vertidos en este estudio, su colaboración y paciencia en la asesoría para la elaboración de este estudio.

INDICE

ANTECEDENTES	1 - 21
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	22
JUSTIFICACION	23
OBJETIVOS	24 - 25
MATERIAL Y METODOS	
Diseño del estudio	26
Periodo del estudio	26
Universo y lugar de estudio	26
Determinación y tamaño de la muestra	26
Criterios de selección	27
Operacionalización de las variables	28 - 29
Procedimiento	30
ANALISIS ESTADISTICO	31
CONSIDERACIONES ÉTICAS	32
RESULTADOS	33 - 58
DISCUSIÓN	59 - 61
CONCLUSIONES	62 - 63
BIBLIOGRAFIA	64 - 65
ANEXOS	66 - 69

Antecedentes

Historia de los métodos de control de la natalidad

Los estudios actuales demuestran que, de una lista de ocho razones para tener relaciones sexuales, tener hijos es el motivo menos frecuentemente mencionado (Hill, 1997). Esto parece haber sido igual en todas las épocas. Desde los comienzos de la historia, hombres y mujeres han deseado poder decidir si querían tener hijos y en qué momento querían hacerlo. Los métodos anticonceptivos se han usado de un modo u otro por miles de años a través de la historia humana e incluso la prehistoria. De hecho, la planificación familiar siempre se ha practicado ampliamente, incluso en sociedades dominadas por códigos sociales, políticos o religiosos que requieren que las personas “sean prolíferas y se multipliquen” — desde la era de Pericles en la antigua Atenas hasta la del Papa Juan Pablo II, más recientemente. (Blundell, 1995; Himes, 1963; Pomeroy, 1975; Wills, 2000).¹

Por supuesto que los métodos utilizados antes del Siglo XX no eran siempre tan seguros o eficaces como los actuales. Hace siglos, las mujeres chinas bebían plomo y mercurio para controlar su fertilidad, lo cual muchas veces tenía como resultado la esterilidad o la muerte (Skuy, 1995). Durante la Edad Media en Europa, los magos les aconsejaban a las mujeres que lleven los testículos de una comadreja puestos sobre los muslos o que le amputaran una pata y la lleven colgada alrededor del cuello (Lieberman, 1973). Otros amuletos de la época eran las coronas de hierbas, el hígado de gato disecado o los fragmentos de huesos de gato (sólo de gatos completamente negros), hilachas de lino atadas a un paño y empapadas en sangre menstrual, o el ano de una liebre. También se creía que las mujeres podían evitar el embarazo si daban tres vueltas alrededor del lugar preciso en donde había orinado una loba preñada. Más recientemente, en Nuevo Brunswick, Canadá, las mujeres bebían una poción de testículos de castor disecados macerados en una solución alcohólica muy fuerte. Y, en una época tan reciente como la década

de 1990, los adolescentes en Australia utilizaban envoltorios de golosinas como condón (Skuy, 1995).¹

Hay algo aún más sorprendente que estos métodos extraños y totalmente ineficaces, y es que la ciencia moderna ha descubierto que muchos otros métodos de la antigüedad, en especial ciertos tratamientos de hierbas, tienen en realidad algún grado de eficacia — a pesar de que no siempre son seguros o prácticos (Riddle, 1992).¹

En los párrafos siguientes se explican una serie de breves descripciones que ilustran sólo algunos de los numerosos métodos que han aplicado hombres y mujeres a lo largo de la historia con el fin de disfrutar su vida sexual sin dejar de planificar su vida familiar con responsabilidad.

Métodos conductuales. Muchos de los primeros métodos de planificación familiar estaban basados en la conducta sexual y son todavía utilizados por millones de personas en el mundo. Las personas que usan estos métodos son generalmente aquellas que no tienen muchas otras alternativas. Pero también hay personas que tienen acceso a los últimos avances en la tecnología de anticonceptivos y aun así prefieren seguir usando algunos de estos métodos antiguos. Durante miles de años, la abstinencia, el intercambio de placer sin tener relaciones — relaciones sexuales sin penetración — el retiro, la predicción de la fertilidad y la lactancia continua, fueron utilizados por nuestros ancestros para evitar embarazos no planificados. Estos métodos todavía cumplen un rol importante respecto de la planificación familiar.¹

Abstinencia continua. En general, en la Edad de Piedra no se sabía de dónde venían los bebés. Algunos pensaban que el espíritu de los niños vivía en ciertas frutas y que el embarazo era una consecuencia de comer esa fruta. Otros pensaban que los responsables de los embarazos eran el sol, el viento, la lluvia, la luna o las estrellas — muchos creían que la espuma del mar era especialmente potente — (Jensen, 1982). El embarazo era un hecho mágico. La abstinencia nunca fue utilizada como método de planificación familiar por parte de aquellos que pensaban que la reproducción era algo mágico.¹

En cambio, era un método muy importante sobre todo para las mujeres que entendían la conexión entre el coito vaginal y la reproducción. En muchas culturas se esperaba que las mujeres practiquen la abstinencia después de la menarca — los primeros períodos menstruales — (Sherfley, 1966). De este modo, el futuro marido estaría seguro de que era el padre de los hijos. A lo largo de la historia, la verdadera motivación de mantener virgen a la novia y fuera de la vida pública a la mujer fue asegurarles a los hombres que su paternidad era legítima (Fisher, 1992). Irónicamente, esta misma motivación es la que dio lugar al criterio moral sexual que favorece al hombre y a la proliferación de la prostitución en la mayoría de las culturas (Bullough & Bullough, 1987).¹

La abstinencia como método de control de la natalidad en el matrimonio fue el estandarte del Movimiento de Maternidad Voluntaria que se llevó adelante en Norteamérica durante la década de 1870, encabezado por feministas como Elizabeth Cady Stanton y Susan B. Anthony (D'Emilio & Freedman, 1988). Las sufragistas creían que las parejas casadas debían abstenerse de tener relaciones sexuales para controlar el tamaño de sus familias (Abbott, 2000; D'Emilio & Freedman, 1988; McLaren, 1990).¹

La abstinencia de las mujeres casadas como método de control de la natalidad, no obstante, provocó que los hombres casados recurrieran más todavía a la prostitución, lo cual a su vez generó epidemias de infecciones de transmisión sexual hacia fines de siglo (Brandt, 1985; Bullough & Bullough, 1987). En respuesta al aumento de la prostitución y las infecciones de transmisión sexual, en 1885, el Movimiento de Abstinencia Femenina, destinado a elevar los valores de los hombres al nivel de los de las mujeres, por ejemplo, respecto de la abstinencia, lanzó la Campaña de la Cinta Blanca, que proponía que los hombres que decían ser puros lleven una cinta blanca en la solapa (D'Emilio & Freedman, 1988).¹

Relaciones sexuales sin penetración: Augustine de Hippo (350–430 C.E.), un obispo influyente de los primeros años de la iglesia cristiana, enseñaba que la masturbación y otras formas de relaciones pene-vaginales — relaciones sexuales sin penetración — eran pecados peores que la fornicación, la

violación, el incesto y el adulterio. Sostenía que la masturbación y otras actividades sexuales no reproductivas eran pecados “antinaturales” porque eran anticonceptivos. Como la fornicación, la violación, el incesto y el adulterio podían conducir al embarazo, eran pecados “naturales” y por lo tanto muchos menos graves que los pecados “antinaturales” (Ranke-Heinemann, 1990).¹

Retiro: Existen dos formas de retiro. Coitus interruptus es el nombre en latín de la forma de retiro que incluye la eyaculación después de retirarse. Coitus reservatus es el nombre en latín del retiro que no incluye eyaculación. Ambas formas se han utilizado desde la antigüedad para evitar embarazos y también por otras razones (Bullough & Bullough, 1990).¹

Métodos de observación de la fertilidad: Siempre se ha tratado, con dificultad, de entender cómo funcionan la fertilidad de la mujer y la reproducción humana. No es del todo sorprendente el hecho de que sólo algunas personas lograran establecer cuál era la conexión exacta entre las relaciones sexuales y el embarazo — los científicos no identificaron el esperma hasta el año 1678 (Bullough & Bullough, 1990). Y les llevó otros 100 años descubrir cuál era su función. El óvulo del mamífero fue identificado recién en 1827. Los períodos de ovulación de la mujer eran un misterio hasta la década de 1930 y recién en 1995 los fisiólogos pudieron demostrar en qué momento era más probable la fecundación del óvulo (Wilcox, 1995).¹

Método de amenorrea por lactancia: Una lactancia completa puede posponer la ovulación y la menstruación — amenorrea por lactancia (Hatcher et al., 1998). Desde los comienzos de la historia, las mujeres de todo el mundo, especialmente las de bajos recursos, han usado la lactancia extendida para espaciar sus embarazos. Desde la antigua Atenas y Roma, pasando por el Siglo XV y hasta fines del Siglo XIX, sin embargo, las mujeres aristocráticas y de clase media que vivían en las ciudades europeas no amamantaban ni daban el biberón a sus hijos — sino que contrataban a una mujer como nodriza o les encomendaban esta tarea a sus esclavas, lo cual explica porqué en varios momentos de la historia las mujeres ricas tenían más hijos que las mujeres pobres (McLaren, 1990).¹

Métodos de barrera

El condón: La representación más antigua que se conoce de un hombre usando un condón durante el acto sexual está pintada en la pared de una cueva en Francia. Tiene entre 12,000 y 15,000 años de antigüedad (Parisot, 1987). También en Egipto se encontró una ilustración de un condón, y tiene más de 3,000 años. No obstante, es difícil discernir a través de la ilustración cuál era la intención del egipcio con el condón. Tal vez lo utilizaba por razones sexuales o rituales — o tal vez por las dos (Parisot, 1985).¹

Los historiadores nunca han llegado a un acuerdo sobre cuál es el origen de la palabra “condón”. Algunos dicen que en el Siglo XVIII, el “Dr. Condom” le abastecía al rey fundas hechas de tejido animal para que no tuviera hijos ilegítimos y no contrajera enfermedades de las prostitutas (Himes, 1963; Valdiserri, 1988). Otros proclaman que la palabra proviene de un tal “Dr. Condon” o cierto “Coronel Cundum”. Pero es más probable que la palabra derive del latín condón, que significa "receptáculo" (Himes, 1963; Parisot, 1985).¹

Los condones más antiguos se encontraron en los cimientos del Castillo Dudley en Inglaterra. Estaban hechos de tripa animal y se calculó que databan de aproximadamente 1640 (Parisot, 1985). Probablemente, se usaban para reducir el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual durante la guerra entre las fuerzas de Oliver Cromwell y los soldados leales al Rey Carlos I.¹

En el Siglo XVIII, el famoso mujeriego Casanova usaba condones de lino (Grimes, 2000). En 1843, se empezaron a fabricar condones de goma en forma masiva, después de que Charles Goodyear patentara la vulcanización del caucho, que había inventado cinco años antes (Chesler, 1992; Valdiserri, 1988). Todavía es posible conseguir condones hechos de intestino de oveja, pero ahora son descartables, no se deben usar más de una vez.¹

El condón femenino y la esponja vaginal: el condón femenino fabricado por Wisconsin Pharmacal Company — empezó a venderse en las farmacias de

Estados Unidos en 1994, pero no fue el primer anticonceptivo vaginal diseñado para hacer de barrera e impedir que el semen produzca un embarazo (Grady, 1998).¹

A través de la historia, las mujeres han utilizado distintas sustancias para bloquear la entrada al útero y absorber el semen. En Sudáfrica se utilizaban vainas vegetales, en otras partes de África se usaban tapones de hierbas y raíces machacadas, en Japón, China y las Islas del Pacífico Sur empleaban fajas de algas marinas, musgo y bambú, y en la antigua Grecia usaban mitades de cáscaras de granada (London, 1998; Riddle, 1992; Tone, 2001).¹

Probablemente, las esponjas fueron el método utilizado más comúnmente para bloquear y absorber el semen. La referencia más antigua al uso de las esponjas como método anticonceptivo se encuentra en el Talmud (Bullough & Bullough, 1990).¹

Espumas, cremas, jaleas, películas y supositorios anticonceptivos: Hace mucho tiempo, alrededor de 1850 B.C.E., en el antiguo Egipto, existía la costumbre de enterrar a los muertos con recetas de métodos de barrera para evitar embarazos no planificados en la otra vida (Himes, 1963; Riddle, 1992). Los “espermicidas” recomendados eran, por ejemplo, miel, carbonato de sodio y excremento de cocodrilo (Suitters, 1967).¹

Hacia 1550 B.C.E., para evitar embarazos, las mujeres egipcias usaban tampones hechos con hilos de algodón bañados en jugo fermentado de la planta de acacia (Himes, 1963).¹

En la primera mitad del Siglo VI, el médico griego Aetios propuso como método de control de la natalidad que las mujeres froten su cuello del útero con resina de cedro combinada con mirto, plomo, alumbre o vino. También sugirió que los hombres se cubrieran el pene con alumbre, granada, agalla o vinagre (Himes, 1963).¹

Aristóteles recomendaba realizarse un baño vaginal con aceite de cedro, ungüento de plomo o incienso mezclados con aceite de oliva (Suitters, 1967). En el Siglo I C.E., Dioscórides aconsejaba usar supositorios vaginales — “pesarios” — de menta o sicklewort (hierba de la familia de la menta) mezclada con miel. Su libro, *De Materia Medica*, fue uno de los más importantes recursos para obtener información sobre métodos anticonceptivos hasta el Siglo XVI (Himes, 1963).¹

En la India del Siglo I, para evitar embarazos, las mujeres usaban sal de roca bañada en aceite. Durante el Siglo I C.E., las mujeres hindúes usaban miel, ghee (manteca clarificada) y semillas de los árboles palasha (Himes, 1963). También usaban excremento de elefante con agua. Las mujeres árabes de los Siglos X y XI endulzaban esta mezcla con miel (London, 1998).¹

En Londres, de 1885 hasta 1960, se vendían supositorios de manteca de cacao (Chesler, 1992). En la década de 1970, algunas mujeres en Inglaterra se introducían tabletas de vitamina C en la vagina para que hicieran las veces de supositorios anticonceptivos — pero esto a veces provocaba quemaduras graves en el cuello del útero (Wilson, 1973).¹

Diafragmas y capuchones cervicales: En su autobiografía, Giovanni Giacomo Casanova se acredita la invención de una versión primitiva del diafragma/capuchón cervical (Suitters, 1967). Lo que hacía era colocar la mitad de un limón parcialmente exprimido en el cuello del útero de sus amantes. Pero Casanova estaba sobreestimando su ingenio. Durante siglos se han usado métodos similares en todo el mundo. En Asia, las trabajadoras sexuales se colocaban discos de papel aceitados en el cuello del útero. Las mujeres de la Isla de Pascua usaban algas terrestres y algas marinas (Himes, 1963).¹

Se han usado esponjas, papel de seda, cera de abeja, caucho, algodón, pimienta, semillas, plata, raíces de los árboles, sal de roca, frutas, vegetales e incluso bolas de opio para cubrir el cuello del útero con el fin de evitar embarazos no planificados (Himes, 1963; London, 1998; Skuy, 1995).¹

Métodos hormonales

La píldora: En todo el mundo las mujeres han utilizado hierbas para la planificación familiar. Es difícil de creer que uno de los libros de recetas más completos sobre anticoncepción precoital y poscoital fue escrito por un hombre que llegó a ser Papa. Pedro de España, quien había plasmado sus consejos sobre control de la natalidad y sobre cómo inducir la menstruación en su libro inmensamente popular *Thesaurus Pauperum* (Tesoro de los pobres), fue coronado papa Juan XXI en 1276 (Riddle, 1992). Mediante estudios modernos, se ha comprobado que muchas de las recetas de Pedro son realmente eficaces, lo cual es una fuerte razón para creer que las mujeres de la antigüedad tenían más control sobre su reproducción de lo que se creyó por mucho tiempo (Riddle, 1994).¹

A comienzos del Siglo XX, la idea de la anticoncepción oral había desaparecido del universo de la medicina convencional. Recién se reintrodujo bien entrada la segunda mitad del siglo. La mujer que hizo esto posible fue Margaret Sanger (Riddle, 1992).¹

DMPA-- acetato de medroxiprogesterona de depósito: Tres años después de la aparición de la Píldora, los investigadores estaban buscando formas de ofrecer a las mujeres un método hormonal igualmente efectivo, sin tener que tomar una píldora todos los días (Vecchio, 1993). Aunque se sabía que el DMPA podía suprimir la ovulación, su uso estaba limitado al tratamiento de la endometriosis avanzada y el cáncer de riñón, además de disminuir el deseo sexual en los hombres que cometían delitos sexuales (Money & Lamacz, 1989).¹

El implante: Durante la década de 1950, en los inicios de la investigación de los métodos anticonceptivos con hormonas, se introducían gránulos de progesterona debajo de la piel de los conejos para evitar que éstos concibieran (Asbell, 1995). Cuarenta años más tarde, una variación de esos experimentos se aprobó como método de control de la natalidad en los EE.UU.: Norplant. Pero al igual que en el caso del DMPA, las mujeres estadounidenses debieron esperar más que sus hermanas de todo el mundo para poder tener acceso a este método tan eficaz (Asbell, 1995).¹

El DIU (Dispositivo Intrauterino): Cuenta la leyenda que los inventores del DIU moderno se inspiraron en los conductores árabes de camellos. Según la historia, éstos introducían piedras pequeñas en el útero de cada camello hembra para prevenir el embarazo en viajes largos en caravana a través del desierto (Bullough & Bullough, 1990). La historia era un cuento fantástico que se narraba para entretener a los delegados en los congresos científicos sobre planificación familiar, pero se la repitió tantas veces que muchos han llegado a creer que es cierta (Thomsen, 1988).¹

Durante el siglo IX, un físico persa sugirió introducir en el cuello del útero un trozo de papel bien enrollado con forma de sonda, atado con un hilo y embebido en agua de jengibre (Manisoff, 1973). Asimismo, en ciertos rituales, los maoríes de Nueva Zelanda introducían piedras pequeñas en las vaginas de las mujeres para hacerlas “estériles como piedras” (Himes, 1963). De modo similar, Casanova, que se atribuye la invención de casi cualquier cosa que se relacione con el sexo, embebió una pequeña bola de oro en una solución alcalina y la introdujo en la vagina de su amante (Suitters, 1967).¹

Los dispositivos diseñados para introducirse en el útero se inventaron en Alemania en 1909. Se fabricaban con tripa de gusano de seda. Daban resultado, pero a menudo provocaban infecciones, las cuales eran un efecto secundario muy grave antes de que la penicilina estuviera disponible en forma masiva a partir de 1945, debido a que estas infecciones invariablemente causaban la muerte. Durante las décadas de 1920 y 1930, los investigadores de anticonceptivos de Alemania, China y Japón crearon dispositivos con forma de anillo hechos de tripa, oro y plata, pero las infecciones seguían siendo un problema grave (Grimes, 2000).¹

Métodos permanentes

Esterilización femenina: La primera ligadura de trompas de los EE.UU. se realizó en Toledo, Ohio, en 1880. El médico la llevó a cabo durante una cesárea para evitarle a su paciente futuros embarazos de alto riesgo (Moss, 1991).¹

Hasta mediados de los años 70, la esterilización femenina comprendía, por lo general, una cirugía abdominal mayor. Requería anestesia general, una internación prolongada en el hospital y una larga y dolorosa recuperación. La tecnología de fibra óptica, que se inventó a principios de los '70, hizo posible que la cirugía se realizara con anestesia local mediante la introducción de un laparoscopio a través de una incisión diminuta. Se eliminaron los riesgos relacionados con la anestesia general y se redujeron notablemente el dolor y el tiempo de recuperación de la ligadura de trompas (Moss, 1991).¹

Para cuando se realizó la primera mini-laparotomía en 1975, muchas mujeres estaban buscando métodos alternativos a la Píldora (Brody, 1978; Khan, 1982). Los temores a los efectos secundarios de las pastillas, que en ese entonces tenían un gran porcentaje de hormonas, y a los DIU de la década de 1970 hicieron que cada vez más mujeres se inclinaran por la esterilización, en especial si ya no querían tener más hijos (McLaren, 1990). Durante la década de 1990, la ligadura de trompas se convirtió en el método anticonceptivo más difundido de los EE.UU. (AGI, 1998).¹

Vasectomía

A lo largo de la mayor parte de la historia, la esterilización de los hombres fue casi siempre involuntaria. Se la realizaba en forma violenta mediante la castración: la extirpación de los testículos, y a menudo también del pene. Durante miles de años, el linaje de los patriarcas de todo el mundo se salvaguardaba mediante el uso de hombres castrados que protegían y servían a las mujeres destinadas a engendrar nobles, reyes y emperadores (Anderson, 1990). Estos “eunucos” protegieron los harenes en el Cercano y Lejano Oriente, cantaron como sopranos en teatros de ópera y coros de iglesia en Europa y administraron la burocracia imperial de China por casi 5.000 años, hasta el siglo XX). (Anderson, 1990; Tannahill, 1992). (El último eunuco que cantó en el coro del Vaticano murió en 1924) (Ranke-Heinemann, 1990).¹

A la esterilización se la siguió asociando con la castración hasta la época moderna. A fines del 1800, se esterilizaba a los hombres como una forma desesperada de mejorar su salud, hacerlos sentir más jóvenes, revertir la impotencia y curar infecciones. La primer vasectomía se realizó en 1894, en

Gran Bretaña, para mitigar la hinchazón y el endurecimiento de la próstata de un paciente (Bullough, 1994). A principios del siglo XX, muchos hombres fueron esterilizados en contra de su voluntad para prevenir la transmisión de enfermedades hereditarias. (Bullough & Bullough, 1990).¹

En 1916, el cirujano vienés Eugen Steinach comenzó a realizar vasectomías para miles de hombres, posiblemente incluido su vecino Sigmund Freud, como una forma de restringir la producción de las hormonas que causan el envejecimiento. Steinach abandonó estas operaciones en la década de 1940, cuando se refutó su teoría. (Bullough, 1994; Gay, 1988).¹

A principios del siglo XX, la vasectomía para el control de la natalidad era, por lo general, punitiva o eugenésica. Los prisioneros, los enfermos mentales, los retardados y los que padecían enfermedades hereditarias fueron esterilizados durante la primera mitad del siglo, aparentemente para evitar que cometieran delitos sexuales o para prevenir la transmisión genética de enfermedades y afecciones, las cuales, según la creencia de la época, incluían prácticamente todo, desde la epilepsia hasta la pobreza (Bullough & Bullough, 1990). Se solían emplear incentivos monetarios para tentar a hombres pobres recalcitrantes a que se ofrecieran voluntariamente. (Chesler, 1992).¹

El uso de la vasectomía como método *voluntario* de control de la natalidad es un concepto relativamente nuevo. Se le negaba a cualquier hombre que la requiriera, a menos que fuera mayor de 35 y tuviera a los menos tres hijos. Hacia 1960, sólo se habían realizado vasectomías voluntarias en 45,000 estadounidenses.¹

Cada vez más hombres se ofrecieron voluntariamente para la vasectomía a medida que el movimiento feminista de los '60 y '70 logró una mayor apreciación de la igualdad de los sexos por parte de los hombres y los efectos secundarios de los primeros anticonceptivos orales se hicieron más evidentes. También se optaba por la vasectomía debido a que la esterilización era más simple y económica para los hombres que para las mujeres. Ya a principios de la década de 1970, tres cuartos de millón de estadounidenses por año se sometían a vasectomías. (Goldstein & Feinberg, 1982).¹

La popularidad cada vez mayor de la vasectomía sirvió de inspiración a uno de los esfuerzos comerciales más dudosos de los acelerados años 70: el distintivo de solapa como señal de vasectomía. Un hombre podía llevar un pequeño prendedor enchapado en oro en la solapa para indicarles a sus parejas potenciales en clubes para solteros que él era un hombre “seguro”. El distintivo tenía la forma del símbolo biológico masculino y tenía un pequeño corte que interrumpía el círculo (Thomas, 1988). El problema era que cualquier hombre podía comprar uno y usarlo, ya sea que se hubiera sometido a una vasectomía o no. Y tantos fueron los hombres inescrupulosos con insignias de vasectomía que el mercado de las mismas se derrumbó. (Knowles, 2001).¹

El fracaso del prendedor de solapa influyó muy poco en el deseo de los hombres estadounidenses de asumir la responsabilidad del control de la natalidad. En la actualidad, más de cuatro millones de estadounidenses por año optan por la vasectomía (AGI, 1992). Pero el movimiento contra la planificación familiar se opone fervientemente a la vasectomía voluntaria.¹

En 1985, por ejemplo, Tek Kor, un distribuidor de carne tailandés de 41 años y padre de 22 hijos decidió someterse a una vasectomía porque su situación económica no le permitía tener más hijos. También afirmó que la vasectomía era más económica y segura que cubrir el costo de los anticonceptivos de sus siete esposas.¹

También conocido con el nombre de Nakthon Pathom Casanova, Tek Kor divulgó sus planes para impulsar los esfuerzos del principal activista a favor de la planificación familiar en Tailandia, Meechai Viravaidya (quien recibió el premio Margaret Sanger de la PPFA en 1985). El Club de la Vida, una agrupación internacional en contra del control de la natalidad con sede en los EE.UU., inmediatamente dirigió sus acciones hacia Kor. En última instancia, lo convencieron de que no se sometiera a la vasectomía y tuviera más hijos. (Branigin, 1985).¹

Actualmente un problema grave que aqueja a los sectores más pobres de la sociedad que habitan generalmente en zonas rurales y en zonas urbanas marginadas, es el rezago en cuanto a la atención en salud y planificación

familiar. El crecimiento anual de la población mundial es de 90 millones de personas y ocurre sobre todo en los países más pobres. El mundo desarrollado con altos indicadores de bienestar económico y social, sólo crece 0.3 % al año en tanto que el resto lo hace a una tasa de casi 2 % anual.³ De continuar así, en México para el año 2025 podríamos llegar a 135 millones de habitantes y a 160 millones para el 2050. Como en el resto de países en desarrollo, la situación actual se agravará debido a los problemas demográficos y de salud estrechamente asociados con la pobreza, En los últimos 20 años del siglo XX, México tuvo un cambio notable en la fecundidad. Según Bongaarst, las estimaciones del incremento en la práctica de la anticoncepción explican 75 % del descenso de las tasas globales de fecundidad y de acuerdo al modelo de Moreno, 98 %.* Al respecto es innegable que la participación femenina ha sido muy importante.²

Algunos expertos consideran que el poco involucramiento de los hombres para el control definitivo de la fecundidad se debe a creencias y actitudes negativas sobre la vasectomía. Incluso atribuyen la baja prevalencia de usuarios de ese método a la falta de promoción e información, a la poca disponibilidad y acceso de los servicios de salud reproductiva, Otros dan por sentado que es la combinación de fenómenos enraizados en la cultura, como el machismo y la influencia religiosa predominante aun en nuestra cultura.²

En el mundo, sólo 5 % de los hombres es aceptante de un método anticonceptivo; la vasectomía es uno de los menos conocidos y menos utilizados y sólo es importante como método de planificación familiar en seis países desarrollados: Estados Unidos, Nueva Zelanda, Australia, Gran Bretaña, Canadá y países Bajos; y en tres países en desarrollo: China, India y Corea del Sur. En América Latina y Medio Oriente, en donde a pesar de los vaticinios de que los hombres no la aceptarían por temor a la castración o pérdida de la masculinidad, los estudios indican que cuando reciben información adecuada, aun en culturas muy diversas, eligen la esterilización.²

En nuestro país la demanda de vasectomía ha crecido lenta y gradualmente: de 0.6 % del total de parejas usuarias en 1976, a 1.4 % en 1992; en

comparación con 8.9 y 43.3 % para la oclusión tubaria bilateral para el mismo periodo. En IMSS Oportunidades la proporción de parejas protegidas con la vasectomía refleja un rezago considerable: una por cada 42 oclusiones tubarias bilaterales en 1997 y una por cada 21 en 2003 (Sistema Único de Información, 1996-2003).²

Estudios en México realizados en el ámbito urbano relacionados a la forma en que los hombres deciden aceptar la vasectomía, la reportan como un proceso simplificado de adopción de innovaciones —conocimiento inicial, búsqueda de información adicional, evaluación y adopción—, con tiempo promedio de cuatro meses y en 20 % hasta más de un año. Investigaciones de cobertura internacional que incluyen a México, caracterizan a los aceptantes con edad de 32 a 35 años, educación elevada, familias pequeñas con tres o menos hijos (el más pequeño con edad menor a cinco años), casados o unidos y con elevado uso previo de anticoncepción, especialmente en métodos que requieren mayor participación masculina. Algunos autores mencionan que los usuarios de este método se caracterizan por tener comunicación frecuente con su pareja acerca de la planeación del tamaño de la familia, nupcialidad precoz, poco interés en espaciar a los hijos y limitación de nacimientos al final de la vida reproductiva.²

De igual forma quienes han analizado la relación de los estereotipos de género con las prácticas sexuales y las conductas anticonceptivas, refieren que cuando los hombres expresan expectativas y actitudes negativas hacia la planificación familiar, siguen con mayor apego los roles estereotipados de su género, que se apoyan en valores que atribuyen la responsabilidad del cuidado de los hijos y de la anticoncepción a la mujer, cabe mencionar que la baja aceptación de la vasectomía se ha asociado con la poca información de las personas sobre este método anticonceptivo, por lo que debe proporcionarse adecuada a las características y necesidades de los potenciales usuarios.²

Actualmente la población mundial es de 6,649'046,400, clasificada por sexo, al nacimiento, suele haber una mayor proporción de varones en todas las poblaciones humanas (del orden de 105 varones por 100 mujeres). Sin embargo, los varones tienen una mayor tasa de mortalidad a todas las edades,

por lo que a la edad adulta se suele producir un equilibrio entre el número de hombres y mujeres. Pero, entre los ancianos, hay mayoría de mujeres.³

Los registros internacionales de salud señalan que la vasectomía es empleada por cerca de 10% de varones en el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la cantidad de hombres que la eligen como método de planificación familiar va en aumento, pero las estadísticas en México reportan que esta práctica se ha estancado desde hace más de 10 años. Según reportes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en 1995 hubo 23 mil 53 operaciones; en 1998 disminuyeron a 20 mil 686; en 2005 hubo un ligero repunte con 25 mil 190, y en 2006 bajó a 23 mil 964 casos.⁴

El estudio de la fecundidad diferencial se inicio de manera sistemática en México como en América latina hacia fines de la década de los cincuenta. Se ha seguido el modelo de las investigaciones europeas y norteamericanas realizadas en el marco de la modernización y de la transición demográfica, en Europa occidental se evidenció que el descenso de la fecundidad no se produjo con la misma intensidad en todos los sectores de la población, sino que ocurrió primero y de manera más pronunciada en aquellos grupos más expuestos a la influencia de factores tales como la vida urbana, el sistema escolar y el empleo asalariado. En esta línea de análisis, los estudios latinoamericanos intentaron verificar la existencia de diferencias en el comportamiento reproductivo según algunas características socioeconómicas consideradas relevantes, en el supuesto de que los sectores plenamente incorporados a los procesos de modernización y desarrollo estarían a la vanguardia en el descenso de los niveles de la fecundidad. Los estudios realizados en México han podido mostrar que el nivel de esta variable—medido a través de la tasa global de fecundidad (TGF) —decrece sistemáticamente a medida que aumenta el tamaño de la localidad de residencia. A la luz de las marcadas diferencias entre los ámbitos rural-urbanos, algunos analistas pronosticaron, hace más de tres décadas, que la persistencia del acelerado proceso de urbanización en el país resultaría en una disminución de la fecundidad, así mismo si se eleva la escolaridad decrece la fecundidad.⁵

Existen razones de diversa índole para las reticencias de los varones y de los proveedores de servicios de planificación familiar frente a este método. Sin embargo, las estrategias empleadas para aumentar su utilización han estado más orientadas a buscar resultados que a indagar sobre las raíces y causas de este comportamiento, ignorando la asignación diferencial de responsabilidades a mujeres y varones, en distintos ámbitos de sus vidas. Por otra parte, la interacción de los oferentes con los usuarios puede estar incidiendo en el bajo porcentaje de esterilizaciones masculinas. Al respecto, resulta pertinente preguntarse cómo es la relación que se establece entre los orientadores y los usuarios y cuáles son sus representaciones en relación con la vasectomía. El usuario y su proceso de toma de decisión.⁶

El ámbito privilegiado en el cual se toman las decisiones anticonceptivas es el de la vida conyugal (C. Browner apud Gutmann, 2004). A su interior se genera buena parte de las demandas, necesidades y deseos que llevan a optar por uno u otro método contraceptivo. Si bien es cierto que estas decisiones se enmarcan en las relaciones de poder que constituyen la pareja, es importante subrayar el carácter relacional del poder. En este sentido, el poder no es, según el análisis de Foucault (1980; 1991), una característica constitutiva de una institución o persona, sino una situación que implica resistencias, acomodados y compensaciones. Esta concepción del poder es fundamental para captar las negociaciones³ y desacuerdos que se generan al interior de una pareja frente a una decisión reproductiva.⁶

Las interacciones conyugales se dan siempre en un contexto social y discursivo particular. En el caso analizado, el de las parejas residentes en Bogotá, es necesario considerar las transformaciones que se han dado en las relaciones de género en Colombia en las últimas décadas, como resultado de la incorporación masiva de las mujeres al empleo remunerado, del surgimiento de nuevos modelos familiares y de la circulación de discursos igualitaristas transmitidos por las instituciones educativas y los medios de comunicación. Estos cambios son el telón de fondo sobre el cual se proyectan las negociaciones en torno a la elección de un método anticonceptivo.⁶

Del análisis de las respuestas de los miembros de las parejas, entrevistados por separado,⁴ podemos inferir la existencia de dos grandes momentos en esta decisión: el de la iniciativa y el de la adopción del método propiamente dicho. En el momento inicial, las mujeres desempeñan un papel primordial, estratégico. En general son ellas quienes recogen la primera información sobre el conjunto de métodos existente en el mercado y quienes establecen un panorama bastante completo de las implicaciones de las elecciones de tal o cual método. Esta situación se explica por la delegación histórica en las mujeres de las responsabilidades ligadas a la salud de los miembros de su familia y, en particular, de los asuntos reproductivos. Las visitas regulares de consulta o control a los centros prestadores de servicios de salud en general y de salud reproductiva en particular ubican a las mujeres en un lugar privilegiado para acceder a la información. Por otra parte, en los organismos de salud la oferta de servicios y de información está esencialmente orientada hacia las mujeres.⁶

Sólo en algunos de los casos estudiados la iniciativa frente a esta decisión fue asumida por los varones: se trata de las parejas en las cuales los hombres están muy familiarizados con la información de los métodos anticonceptivos, por motivos generalmente profesionales. Pero en conjunto, el estudio muestra que las iniciativas en relación con la anticoncepción son más un asunto femenino que masculino, y que es sólo a través de ciertos espacios y tiempos particulares en la convivencia conyugal que empiezan a concernir también a los hombres.⁶

El recurso a la vasectomía es presentado por la mayoría de los hombres entrevistados (8 de 10) como una medida que se elige en forma estrictamente individual, lo cual parece bastante lógico si consideramos que es una decisión sobre una práctica que se realiza en el cuerpo masculino. Sin embargo, cuando se relaciona esta información con los motivos de la decisión invocados por hombres y mujeres, puede observarse que, en la mayoría de casos analizados, el mal estado de salud de la compañera y el número elevado de hijos no permitían escoger otro método anticonceptivo. En este sentido, la elección

masculina no es tan independiente ni tan personal como ellos desean presentarla.⁶

En cuanto al momento de ejecución de la decisión, encontramos situaciones muy diversas, relacionadas con niveles variables de confianza y certeza. El hecho de que los hombres lleguen a la cita quirúrgica habiendo tomado la decisión no impide que subsistan en ellos preguntas y dudas sobre los efectos de la operación. En esta etapa, la compañía de las mujeres puede ser apaciguadora y tranquilizante para muchos hombres. Los orientadores describen como un aspecto positivo el acompañamiento que las mujeres brindan al hombre en el momento de la operación.⁶

El tiempo que transcurre entre el momento en que se piensa en la vasectomía como un método anticonceptivo deseable y el momento de su ejecución, depende de las consideraciones que hayan llevado a la pareja a optar por un método anticonceptivo definitivo; de la familiaridad con las reflexiones y decisiones reproductivas; del nivel y de la calidad de la comunicación al interior de la pareja. Para ciertas parejas este lapso es muy corto, mientras para otras el proceso dura entre tres y cuatro años. La proximidad de los cónyuges, la posibilidad de una comunicación fluida de preguntas y dudas, y la aprobación de esta opción por parte la compañera, son elementos esenciales para la legitimación y activación del proceso de decisión.⁶

Se realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar los conocimientos y creencias sobre Vasectomía en la población que acudió a la emergencia del ambulatorio urbano tipo I «Simón Bolívar» de Pueblo Nuevo de Paraguaná, Municipio Falcón, Estado Falcón, entre Julio-Noviembre de 2004. Fue un estudio descriptivo, no experimental, transversal, cuya población estuvo representada por 233 encuestados que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: firma del consentimiento informado, mayores de 20 años, ambos sexos, que habiten o que tengan mínimo 6 meses de residencia en Pueblo Nuevo de Paraguaná; el criterio de exclusión fue ser analfabeta. La muestra fue no probabilística. El instrumento empleado fue una encuesta constituida por 2 partes: datos demográficos (edad, sexo, escolaridad) y 11 preguntas sobre la vasectomía (8 de conocimiento y 3 de creencias) previamente validada por

expertos en la materia y una prueba piloto. El análisis estadístico de los datos obtenidos fue mediante tabulación con distribuciones absolutas y porcentuales. Los resultados fueron los siguientes: 37% de la población estuvo comprendida entre 30 y 39 años de edad; en cuanto al sexo, 60% fue femenino y 40% masculino; 29% tenía diversificado completo: 68% sabía que era la vasectomía, 65% la consideraba un método permanente, 76% comprendía su fundamento, 44% consideraba que debía realizarse en quirófano con anestesia general, 48% señaló que era económica y fácil, 29% que debía guardar reposo físico, 77% sabía que previene embarazos, 52% consideró que no genera ningún trastorno en la esfera sexual, 67% que no se asocia a ninguna enfermedad sistémica, 68% señaló que son los hombres que no deseen tener más hijos los que pueden realizarse la vasectomía y 29% consideró que es el hombre quien debe esterilizarse. En conclusión, se pudo afirmar que no existe desconocimiento sobre la vasectomía, sin embargo, tiene poca acogida como método anticonceptivo en la población general.⁷

El avance educativo también ha sido realmente notable en los pasados 25 años: mientras en 1974 la población de 15 años o más edad había aprobado, en promedio, 3.4 años de educación formal, actualmente el nivel medio educativo asciende a 7.6 años, es decir, más del doble que cinco lustros atrás y sin duda a los niveles superiores de educación. Los conocimientos adquiridos en el sistema escolarizado potencian los que adquiere el individuo en su entorno social y dentro de su familia; en conjunto, estos conocimientos y destrezas dotan a las personas de herramientas que le permiten potenciar sus capacidades físicas y mentales y decidir sobre eventos y hechos importantes en sus vidas. Las investigaciones sociodemográficas ha revelado que el nivel educativo de las personas influyen tanto en las decisiones sobre el número y espaciamiento de sus hijos, como en las decisiones de vida y las expectativas de bienestar de su descendencia. Son muchos los jóvenes y las jóvenes de hoy con fuertes aspiraciones de desarrollo en el plano profesional y laboral que están cada vez más consciente de que la formación de una familia y la concepción de los hijos deben ser resultado de la definición un proyecto de vida.⁸

Esta manera de pensar refleja el cambio registrado en México durante las últimas décadas en cuanto a educación sobre planificación familiar se refiere. La reducción del crecimiento demográfico que se ha registrado durante los últimos treinta años, como resultado de la disminución de la fecundidad, es un hecho contundente para todos; a mediados de la década de los sesenta, la fecundidad alcanzó su máximo histórico.⁸

No obstante, la vasectomía es el método menos conocido de planificación familiar moderna. En África, menos de una de cada cuatro mujeres lo conocen. Aun cuando los hombres y las mujeres conozcan la vasectomía, a menudo no la entienden completamente o la entienden incorrectamente. Muchos hombres creen que la vasectomía es equivalente a la castración. Temen que si se hacen la vasectomía, no podrán eyacular; se engordarán, se debilitarán y se volverán menos productivos; y tendrán que descansar durante varios días. También creen que la esterilización femenina es más fácil y tiene menos complicaciones. Los servicios de vasectomía también son menos accesibles que otros servicios de planificación familiar. Incluso es posible que servicios bien establecidos de vasectomía hayan disminuido debido a cambios en el hincapié que hacen los programas. "En Bangladesh, se registró un fuerte aumento [de vasectomías] cuando se introdujo la VSB a mediados de los años ochenta, pero por cuestiones de calidad y otros problemas, esta situación no pudo mantenerse", informó Bakamjian. Uno de factores más importantes que contribuyen a la subutilización de la vasectomía son los prejuicios de los programas y los proveedores. Un análisis de la situación de Ghana realizado en 1996 reveló que menos de 5 por ciento de los médicos habían recomendado la vasectomía en los meses anteriores, en gran parte debido a que los proveedores suponían que los hombres no deseaban que les realizaran la vasectomía. Bakamjian agrega: "Incluso cuando uno pregunta al personal acerca de la vasectomía, éste se ríe tontamente y se siente incómodo. Por consiguiente, es mucho lo que debe hacerse para que la vasectomía sea aceptable para los proveedores de servicios. Finalmente, dado que la planificación familiar todavía se considera como una responsabilidad de la mujer, debemos trabajar para informar a las mujeres acerca de la vasectomía".⁹

Bakamjian estuvo de acuerdo en que la visita al consultorio de planificación familiar no es el momento adecuado para ofrecer la vasectomía, "pero a menudo los hombres acompañan a su esposa al consultorio y se sienten excluidos del proceso. Con frecuencia los hombres tienen sed de información, de manera que debemos hacer que el ambiente sea más abierto". Agregó que Engender Health había tenido algún éxito con iniciativas de posparto dirigidas a los hombres.⁹

Pile estuvo de acuerdo con que los mensajes deben dirigirse al público masculino apropiado. Señaló que una campaña dirigida a los hombres con información relativa a la vasectomía fracasó en Turquía porque ésta se concentró en trabajadores de fábrica de sexo masculino, la mayoría de los cuales eran jóvenes, estaban solteros o habían contraído matrimonio recientemente. El fracaso de las estrategias promocionales con mayor frecuencia es producto de una selección o proyección deficiente de los medios de información y no de una falta de respuesta por parte de los hombres.⁹

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A través de la historia de la vasectomía, las expectativas sobre la aceptación y realización de esta técnica quirúrgica como método anticonceptivo era muy alentador para la población de todo el mundo, se veía como un avance importante en el desarrollo sociocultural de los países y una influencia sobre la demografía mundial, pero en la actualidad, ha tenido un rezago en la aceptación de la misma siendo mas marcada en las zonas rurales. Sin embargo los factores que limitan la aceptación de esta técnica quirúrgica aun no han sido investigados en la población usuaria adscrita a la unidad médica familiar del IMSS No. 40 de Ixtlan de Juárez, Oax.

La detección de los factores limitantes de la aceptación de la vasectomía por la población usuaria adscrita a la U.M.F. No, 40 del IMSS en Ixtlan de Juárez, permitirá identificar los factores por parte del equipo interdisciplinario de atención a la salud del IMSS así como de la población usuaria adscrita a la misma que limitan la aceptación de la vasectomía como método de planificación familiar.

JUSTIFICACIÓN

Un problema en la población rural es la falta de aceptación de la vasectomía como método anticonceptivo y la poca participación masculina al respecto. Que podría deberse a falta de información y a ciertos factores socioculturales.

El deficiente impacto de las acciones del personal de salud reproductiva, para interesar a la población en la aplicación de esta técnica quirúrgica, podría ser otra causal; así como, problemas de comunicación del personal de salud para informar a la población indígena sobre la vasectomía y su impacto en la calidad de vida familiar.

Se desconoce el impacto real del conocimiento del personal de salud reproductiva en la Unidad Médica Familiar N° 40 DE Ixtlán de Juárez, Oax. En lo que respecta a esta técnica quirúrgica.

El conocimiento de los resultados de la investigación permitirá saber con precisión la necesidad de reforzar o reorientar la capacitación del personal de salud reproductiva en el conocimiento de la vasectomía y determinar los factores sociales, culturales, religiosos y mitos entre la población rural.

OBJETIVOS

Objetivo general

Identificar los factores que condicionan la aceptación de la vasectomía en la población rural de Ixtlán de Juárez, Oax.

Objetivos específicos

- Identificar el tipo de factores que se relacionan con la baja aceptación de la vasectomía
- Identificar el miedo de perder su potencia sexual como factor que limite la aceptación de la vasectomía
- Identificar el temor de contraer cáncer por realizarse la vasectomía como factor que limita la aceptación de la vasectomía
- Identificar la pérdida de su hombría por realizarse la vasectomía como factor que limite la aceptación de la vasectomía
- Identificar si la religión le impide realizarse la vasectomía como factor que limita la aceptación de la vasectomía
- Identificar la falta de información sobre la vasectomía como factor que limita la aceptación de la vasectomía
- Identificar el temor a padecer de burla por sus conocidos si se enteran que se realizó la vasectomía como factor que limite la aceptación de la vasectomía
- Identificar el temor a ya no poder eyacular como factor que limita la aceptación de la vasectomía

- Identificar el temor a insatisfacción sexual como factor que limita la aceptación de la vasectomía
- Identificar el temor a padecer vejez prematura como factor que limita la aceptación de la vasectomía
- Identificar el temor a que se reduzcan sus testículos de tamaño como factor que limita la aceptación de la vasectomía

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Observacional descriptivo, prospectivo, transversal, prolectivo, simple, abierto, con base institucional

PERIODO DE ESTUDIO

Comprendió de abril a octubre del 2009

Universo del estudio

Pacientes que acuden a la Unidad de Medicina Familiar N° 40 de Ixtlán de Juárez, Oax. A consulta o como acompañantes.

LUGAR DEL ESTUDIO

Consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar N° 40 de Ixtlán de Juárez Oax.

DETERMINACIÓN Y TAMAÑO DE MUESTRA

La selección de la muestra fue de tipo probabilística, y el muestreo se realizo por conveniencia seleccionando personas que acudieron a consulta o como acompañantes a la unidad de medicina familiar no. 40 del imss en ixtlan de Juárez, Oaxaca.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

INCLUSIÓN

Se incluyo a hombres mayores de edad, sin restricción de escolaridad, ocupación, religión y/o procedencia de comunidad, que acudan a consulta o como acompañantes.

EXCLUSIÓN

Personas que no deseen participar o que no contesten completo el cuestionario.

ELIMINACIÓN

No existen.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

Aceptación de vasectomía

Llamamos aceptación de vasectomía a la participación y conocimiento por el género masculino, del procedimiento quirúrgico que se realiza en la vasectomía, a su uso como método definitivo de planificación familiar, tomando en cuenta los diferentes conceptos y tabús que se tienen de la misma.

Variable independiente

Factores condicionantes de baja aceptación de vasectomía

Miedo a perder su potencia sexual: Incapacidad de mantener la erección suficiente para realizar el coito.

Temor de contraer cáncer por realizarse la vasectomía: Mito en la población sobre las consecuencias de la vasectomía.

Pérdida de su hombría: perder su valor y entereza, ser débil.

Se lo impide su religión: las diferentes corrientes religiosas ven a la esterilización femenina y masculina como algo fuera de la norma de la naturaleza de la procreación.

Falta de información sobre la vasectomía: la información sobre métodos anticonceptivos se dan a la mujer cuando acude a consulta. Y los hombres no se interesan sobre estos métodos.

Miedo a complicaciones posteriores a la realización de la vasectomía: por los mitos que se tienen en la población con respecto a la realización de la vasectomía y la falta de conocimientos de la misma desvirtúan la verdad sobre la misma.

Temor a padecer de burla por sus conocidos si se enteran que se realizo la vasectomía: ser objeto de sátiras, chistes ofensivos, o que sus amigos ya no lo acepten en su circulo social.

Temor a ya no poder eyacular: el desconocimiento de esta técnica hace suponer que ya no se eyacula y que la eyaculación es sinónimo de satisfacción sexual.

Temor a insatisfacción sexual: disminución del placer sexual o de dar placer sexual.

Temor a padecer vejez prematura: mito que se tiene sobre la vasectomía que posterior a realizarla se envejece mas rápido. La función genital en lo sexual esta ligado al mito que mayor sexualidad se es mas joven.

Temor a que se reduzcan sus testículos de tamaño: por desconocimiento de la técnica de la vasectomía y en que consiste este método de planificación familiar. Se tiene la idea de que los testículos se hacen más pequeños.

PROCEDIMIENTO

Se realizó un estudio tipo encuesta comparativa con usuarios varones que acudieron a la consulta o como acompañantes y que fueran usuarios adscritos a la unidad médica familiar No. 40 del IMSS en Ixtlán de Juárez, Oax.

El cuestionario fue estructurado para recabar información de variables de identificación, características sociodemográficas, (edad, estado civil,) antecedentes satisfacción de su paternidad, de conocimiento sobre la vasectomía, calidad de este conocimiento, fuente de este conocimiento, así como los mitos y tabús, socioculturales, mismos que limitan la aceptación de la vasectomía en este universo estudiado.

La prueba se realizó de la siguiente manera. Se seleccionó a los varones que asistieron a la consulta o como acompañantes a la unidad médica familiar No. 40 del IMSS en Ixtlán de Juárez, Oax. Se le explica ampliamente el objetivo de este estudio y su aceptación en participar en el mismo, una vez aceptada su participación se procedió a la aplicación del cuestionario el cual fue individualizado y en anonimato.

Para llevar a efecto este estudio se realizó la capacitación de dos colaboradores técnicos sobre la identificación de los usuarios a investigar y el registro de los datos de los mismos a la hoja de encuesta diseñada ex profeso para este estudio tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión para tal efecto. Posterior a esta aplicación de la encuesta se procede a la aplicación y registro de datos en la hoja de encuesta hasta concluir con la muestra. Descargando la base de datos al programa SPSS 10.0. Concluida esta captura se procede a la obtención de los resultados. Ejecutando y discutiendo los mismos para determinar las conclusiones correspondientes.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se efectuó mediante la realización previa de una base de datos en el programa SPSS 10.0, aplicando estadística descriptiva como frecuencias, medias, desviación estándar y tablas de contingencia, porcentajes.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Esta investigación esta apegada a la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, de acuerdo a lo estipulado en la 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008.

Sobre la base de lo anterior en esta investigación médica y aun cuando no se realizaron maniobras de intervención, como médico nuestro deber fue proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participaron en la investigación.

El protocolo de esta investigación considera los principios enunciados en esta Declaración, tomándose toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participo en la investigación y la confidencialidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social.

RESULTADOS

La muestra evaluada fue de 89 varones de los cuales la media de edad fue de 35.58 años (rango mínimo de 18 y máximo de 66 años). Con relación al estado civil hubo un predominio de varones casados 59 (66.3%), siguiendo en frecuencia unión libre 14(15.7%), solteros 14 (15%), separados 2 (2.2%). Con relación a la escolaridad hubo un predominio de secundaria terminada 17 (19.1%), siguiendo en frecuencia primaria completa 13 (14.6%), secundaria incompleta 12 (13.5%), primaria incompleta 12 (13.5%), bachillerato incompleto 10 (11.2%), bachillerato completo 8 (9.0%), licenciatura completa 6 (6.7%), licenciatura incompleta 6 (6.7%), carrera técnica completa 3(3.4%) y analfabetas 2 (2.2%).

Este estudio es representativo para la población varonil que acudió a la consulta o como acompañantes a la Unidad Medica Familiar n° 40 de Ixtlán de Juárez. Oax. Siendo la selección de cada uno de ellos al azar, tomando en cuenta que fueran adscritos a la unidad.

La prevalencia de utilización de metodología anticonceptiva en el varón o su pareja fue del 62% quienes utilizan métodos de planificación familiar, y solo el 37.07% no utilizan metodo de planificación familiar, por lo que este estudio nos sirve de inicio para conocer el índice de utilización de metodología de planificación familiar, en contraparte de los estudios actuales demuestran que, de una lista de ocho razones para tener relaciones sexuales, tener hijos es el motivo menos frecuentemente mencionado (Hill, 1997). Esto parece haber sido igual en todas las épocas. Desde los comienzos de la historia, hombres y mujeres han deseado poder decidir si querían tener hijos y en qué momento querían hacerlo. Los métodos anticonceptivos se han usado de un modo u otro por miles de años a través de la historia humana e incluso la prehistoria. De hecho, la planificación familiar siempre se ha practicado ampliamente, incluso en sociedades dominadas por códigos sociales, políticos o religiosos que requieren que las personas “sean prolíferas y se multipliquen” — desde la era de Pericles en la antigua Atenas hasta la del Papa Juan Pablo II, más recientemente. (Blundell, 1995; Himes, 1963; Pomeroy, 1975; Wills, 2000).¹

También a través de este estudio observamos que hay una prevalencia alta en uso de metodologías de planificación familiar pero que los varones desconocen o no quisieron dar los nombres de los métodos empleados siendo esta población el 37.1% el 25.8% utiliza el preservativo, el 16.9% su pareja es quien se realizó la otb, el 7.9% utiliza el diu, el 6.7% los implantes, el 3.4% los hormonales inyectables. El 1.1% hormonales orales. Siendo el 36% de metodología utilizada por la esposa contra el 37.07% del uso de preservativos utilizados en el varón y solo uno solo se ha realizado la vasectomía, observamos también que de estos datos tenemos que la mujer sigue siendo quien más se aplica los métodos de planificación familiar, estos datos obtenidos en este estudio se contraponen con lo redactado en anteriores estudios en los cuales especifican que muchos de los primeros métodos de planificación familiar estudiados anteriormente, estaban basados en la conducta sexual y son todavía utilizados por millones de personas en el mundo.

Las personas que usan estos métodos son generalmente aquellas que no tienen muchas otras alternativas. Pero también hay personas que tienen acceso a los últimos avances en la tecnología de anticonceptivos y aun así prefieren seguir usando algunos de estos métodos antiguos. Durante miles de años, la abstinencia, el intercambio de placer sin tener relaciones — relaciones sexuales sin penetración — el retiro, la predicción de la fertilidad y la lactancia continua, fueron utilizados por nuestros ancestros para evitar embarazos no planificados. Estos métodos todavía cumplen un rol importante respecto de la planificación familiar. ⁽¹⁾

Este estudio nos demuestra que del 100% de las encuestas realizadas el 77.5% dice saber que es la vasectomía y solo el 22,5 % no sabe que es la vasectomía, esto al realizar la pregunta directa sobre la misma, pero al cuestionar sobre si saben que es un método de planificación familiar solo el 70% si lo sabe, y el 21.3% no lo sabía, dentro de esta población estudiada el 66% ha recibido información sobre la vasectomía y solo el 34% no la ha recibido. Y es en la escuela en donde la recibieron, y la cobertura de esta información por parte de la enfermera de salud comunitaria es del 6.7%, y en

relación a ¿cómo considera la información recibida sobre la vasectomía? El 40.4% consideran que la información recibida ha sido buena y el 27.4% la consideran como regular, el 32.6% nunca ha recibido información, este estudio nos muestra que a pesar de afirmar que han recibido información sobre la vasectomía solo el 23% considera realizarse la vasectomía, asimismo se obtuvieron datos en relación de los factores que limitan la realización de la vasectomía, el temor a perder su potencia sexual, su prevalencia es del 29.3%. El temor a contraer cáncer su prevalencia es del 46.1%, de los resultados obtenidos en este estudio podemos observar que el 52.8% no se realiza la vasectomía por que le falta información sobre la misma, en relación de los demás factores que limitan la realización de la vasectomía y sobre los cuales se trabajo para la realización de este estudio.

Siendo que actualmente en este estudio podemos corroborar, que la falta de información actualmente es un tabú que como ya se ha descrito en la historia de la vasectomía, en la cual significaba castración (extirpación de los testículos y en ocasiones del pene), persistiendo aun en la época actual esta creencia o tabú sobre la vasectomía. ⁽¹⁾ durante la realización de este estudio se pudo recabar datos sobre la falta de información de la vasectomía en la población estudiada. La prevalencia del 52.8% de falta de información sobre la vasectomía encontrada es alarmante considerando que el personal de salud reproductiva de la unidad medica se sabe, esta capacitado para dar la información necesaria correspondiente a metodología de planificación familiar, incluyendo la vasectomía, además que podemos analizar que no se están realizando acciones con el genero masculino derechohabiente de la unidad medica, por lo que esto influye de manera importante en el desconocimiento sobre la vasectomía,

El uso de la vasectomía como método voluntario de control de la natalidad es un concepto relativamente nuevo. Se le negaba a cualquier hombre que la requiriera, a menos que fuera mayor de 35 y tuviera a los menos tres hijos. Hacia 1960, sólo se habían realizado vasectomías voluntarias en 45,000 estadounidenses. ⁽¹⁾

El promedio de edad reportado en la presente muestra es de (35.58 %), por lo que se puede ver que aun se conserva la idea y el indicador de edad marcado en el año 1960 no siendo el mismo numero de hijos indicado en esa

época a la actual. En este estudio no se identificó como factor de la no aceptación de la realización de la vasectomía, el número de hijos por familia pues es muy común que en esta zona de la sierra Juárez aun prevalecen las familias numerosas, por lo que no se relaciona con escritos de otros estudios. Siendo que aun marca de alguna forma una etapa optima para reiniciar la consejería a través de reuniones grupales o individualizarla de acuerdo a las diferencias socioculturales de los derechohabientes varones que acudan a la unidad médica, la variable edad, representa en este estudio un dato importante pues a diferencia del genero femenino en que las mujeres pueden tener su menopausia y termino de la etapa reproductiva a temprana edad, en el varón se puede observar que aun en los extremos de la vida entre los 66 años aun muchos tienen el poder de la fertilidad. No siendo un riesgo para ellos esta longevidad fértil, a diferencia de la mujer que si es un riesgo un embarazo a edades extremas.

En algunos escritos y estudios se habla sobre la planificación familiar basada en la conducta sexual y son utilizados todavía por millones de personas en el mundo, quienes utilizan estos métodos son quienes no tienen muchas otras alternativas, y también hay personas que tiene acceso a los últimos avances en la tecnología de anticonceptivos y aun así prefieren seguir usando algunos de estos métodos antiguos, ⁽¹⁾, en este estudio podemos observar que aún teniendo la tecnología al alcance de sus posibilidades. No la están aprovechando por falta de información de la metodología ofertada en la unidad médica familiar. Siendo esto un retraso importante en lo que corresponde a metodología de planificación familiar en el varón.

En otros estudios se ha escrito que en el momento inicial, las mujeres desempeñan un papel primordial, estratégico. En general son ellas quienes recogen la primera información sobre el conjunto de métodos existente en el mercado y quienes establecen un panorama bastante completo de las implicaciones de las elecciones de tal o cual método. Esta situación se explica por la delegación histórica en las mujeres de las responsabilidades ligadas a la salud de los miembros de su familia y, en particular, de los asuntos reproductivos. Las visitas regulares de consulta o control a los centros prestadores de servicios de salud en general y de salud reproductiva en

particular ubican a las mujeres en un lugar privilegiado para acceder a la información. Por otra parte, en los organismos de salud la oferta de servicios y de información está esencialmente orientada hacia las mujeres. ⁽⁶⁾

RESULTADOS

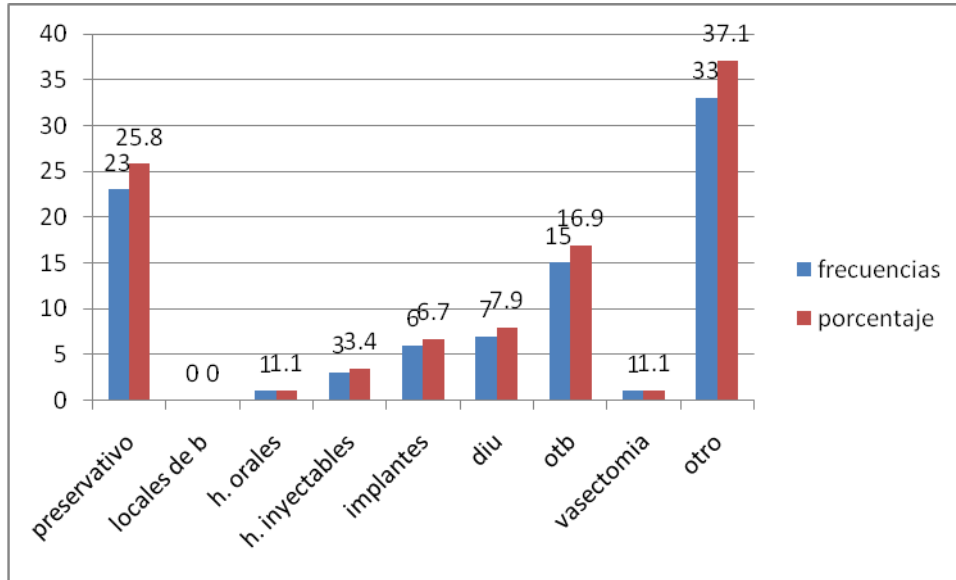
Gráfica 1



Fuente: Cuestionario estructurado, realizado a los varones que acudieron a la Unidad Médica Familiar No. 40 del IMSS. En la población de Ixtlán de Juárez, Oax.

El 62 % de las encuestas, responden que utilizan algún método de planificación familiar y solo el 37.01 % responden que no utilizan método alguno de planificación familiar. Por lo que se puede analizar que más del 50% de los varones llevan con su pareja un control de la natalidad, utilizando algún método de planificación familiar y que si conocen sobre metodología de planificación familiar.

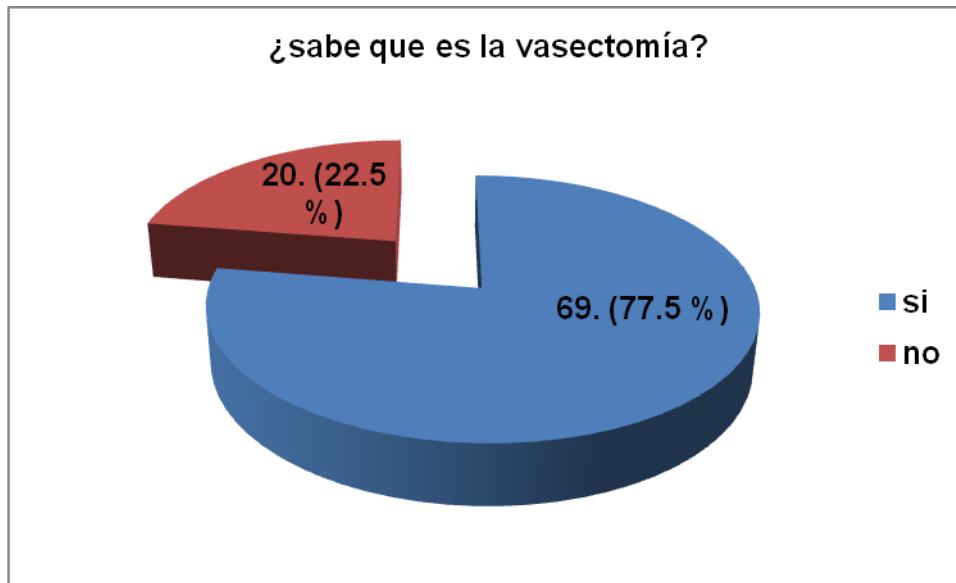
Gráfica 2 metodología de planificación familiar utilizada.



Fuente: Cuestionario estructurado, realizado a los varones que acudieron a la Unidad Médica Familiar No. 40 del IMSS. En la población de Ixtlán de Juárez, Oax

En la población de Ixtlán de Juárez, Oax. El 37.1% de las encuestas realizadas a los varones que acuden a la consulta en la UMF No. 40, no especifican a la vasectomía como método de planificación familiar, por desconocimiento del mismo. El 25.8% utilizan como método de planificación familiar el preservativo. El 16.9% a su pareja se le realizó la OTB. El 7.9% su pareja utiliza el DIU. El 6.7% su pareja utiliza los implantes. El 3.4% su pareja utiliza hormonales inyectables. El 1.1% su pareja utiliza hormonales orales y el 1.1% ha sido vasectomizado. Analizando estos resultados se puede observar que la mayoría de los varones desconocen la metodología de planificación familiar que utilizan sus parejas, así como del total de los encuestados solo uno se afirma estar vasectomizado.

Gráfica 3

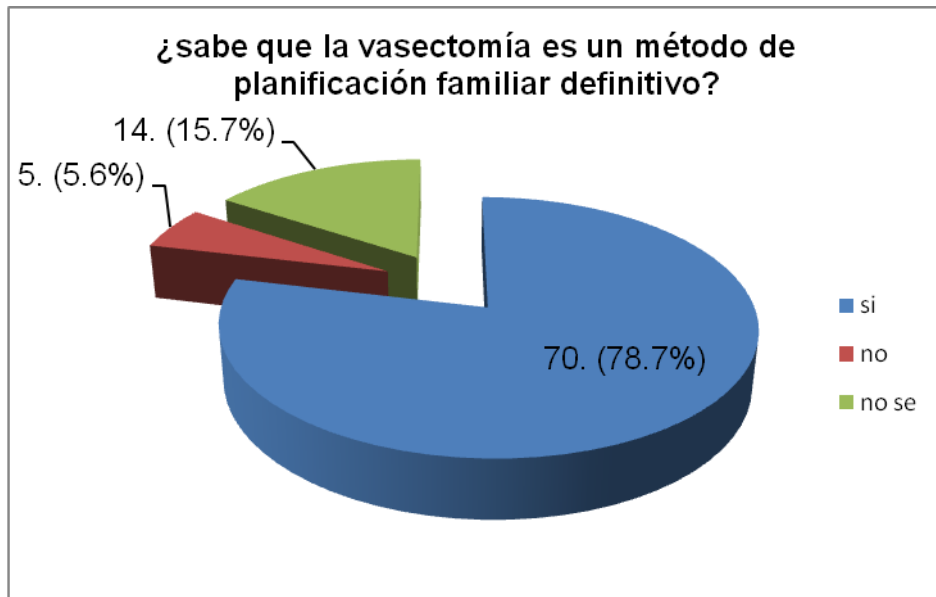


Fuente: Cuestionario estructurado, realizado a los varones que acudieron a la Unidad Médica Familiar No. 40 del IMSS. En la población de Ixtlán de Juárez, Oax.

Del 100 % de las encuestas realizadas a varones que acudieron a la umf No 40 del IMSS, el 77.5 % dice saber que es la vasectomía y el 22.5 % no sabe que es la vasectomía. Se analiza que la mayoría de los encuestados dicen saber que es la vasectomía, aunque posteriormente nos daremos cuenta que no es una realidad.

Gráfica 4

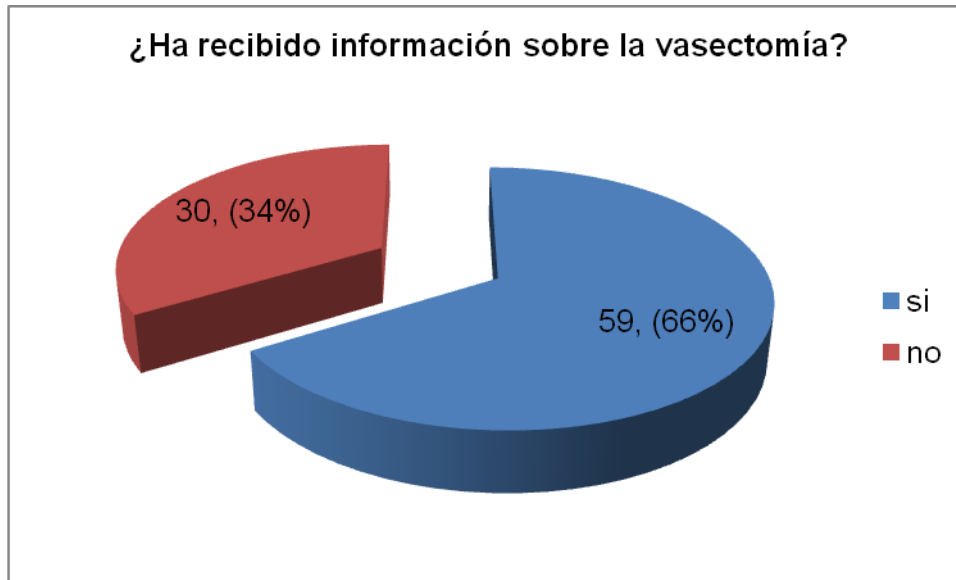
¿Sabe que la vasectomía es un método de planificación familiar definitivo?



Fuente: Cuestionario estructurado, realizado a los varones que acudieron a la Unidad Médica Familiar No. 40 del IMSS. En la población de Ixtlán de Juárez, Oax.

El 70 % de las encuestas dicen saber que la vasectomía es un método de planificación familiar el 5.6 % no sabe y el 15.7 %, lo desconoce totalmente. Analizamos que prevalece en los varones encuestados, el temor a la burla por desconocer sobre la vasectomía.

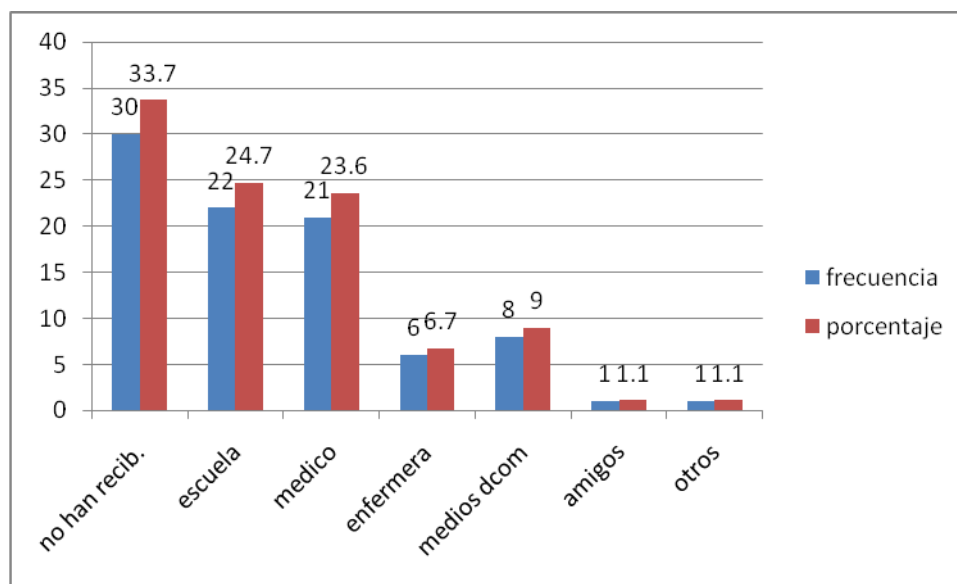
Gráfica 5.- ¿Ha recibido información sobre la vasectomía?



Fuente: Cuestionario estructurado, realizado a los varones que acudieron a la Unidad Médica Familiar No. 40 del IMSS. En la población de Ixtlán de Juárez, Oax.

Analizamos que del 100 % de los encuestados el 59 % ha recibido información sobre la vasectomía y solo el 30 % dice no haber recibido información. Aunque esta información no sea la correcta como lo veremos en las siguientes gráficas

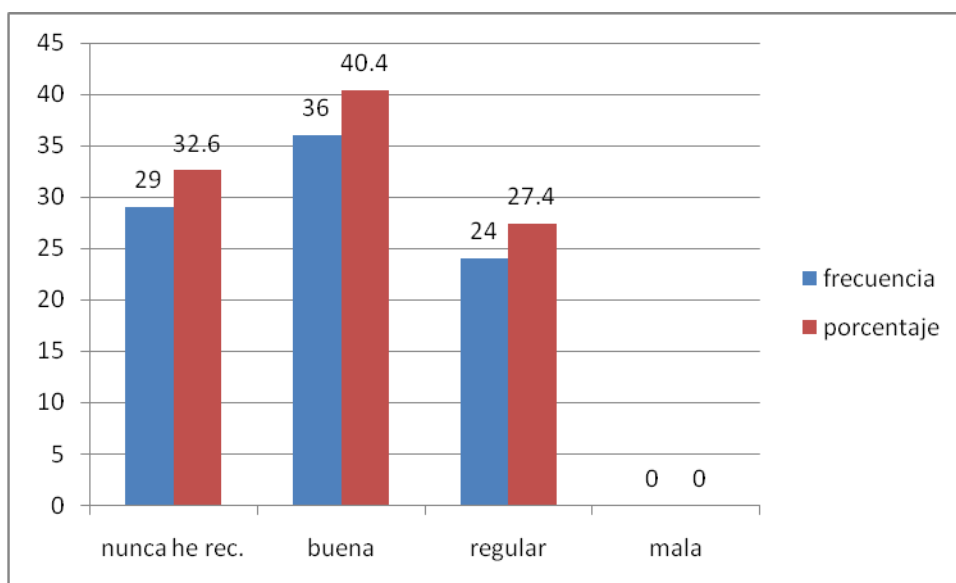
Gráfica 6 ¿por que vía recibió la información?



Fuente: Cuestionario estructurado, realizado a los varones que acudieron a la Unidad Médica Familiar No. 40 del IMSS. En la población de Ixtlán de Juárez, Oax.

El 33.7 % de los encuestados no ha recibido información sobre la vasectomía, el 24.7 % la recibió en la escuela. El 23.6 % la recibió por un médico, el 9 % por medios de comunicación el 6.7 % por personal de enfermería, el 1.1 % por amigos y 1.1 % por otros medios no especificados por los encuestados. Observamos en los datos obtenidos, que la información de la vasectomía no se está dando por personal médico o de enfermería satisfactoriamente.

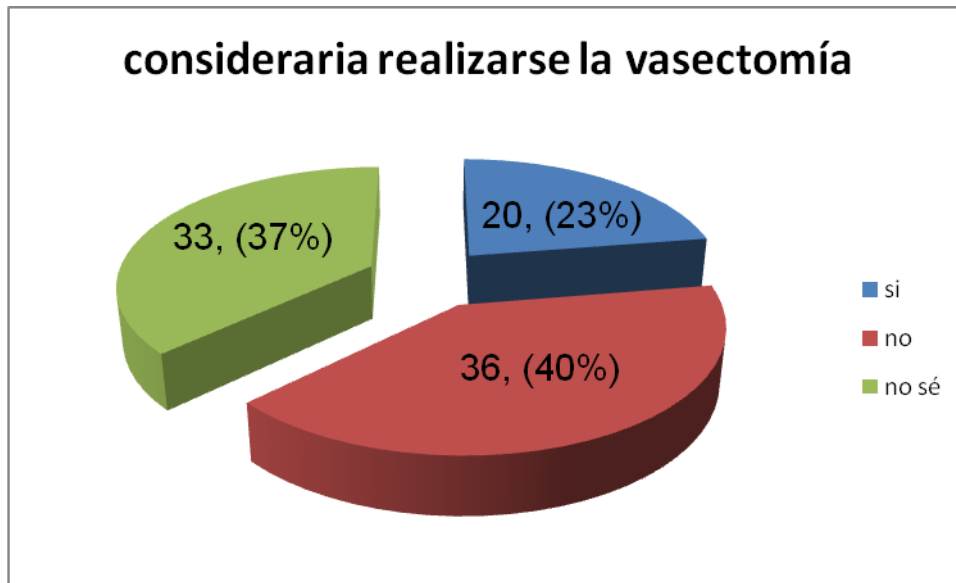
Gráfica 7.- ¿Como considera que ha sido la información recibida sobre la vasectomía?



Fuente: Cuestionario estructurado, realizado a los varones que acudieron a la Unidad Médica Familiar No. 40 del IMSS. En la población de Ixtlán de Juárez, Oax.

El 40.4 % de los encuestados consideran buena la información recibida, el 27.4 % la considera como regular, el 32.6% nunca ha recibido información. En esta base de datos analizamos que la información se ha estado dando pero no a toda la población encuestada,

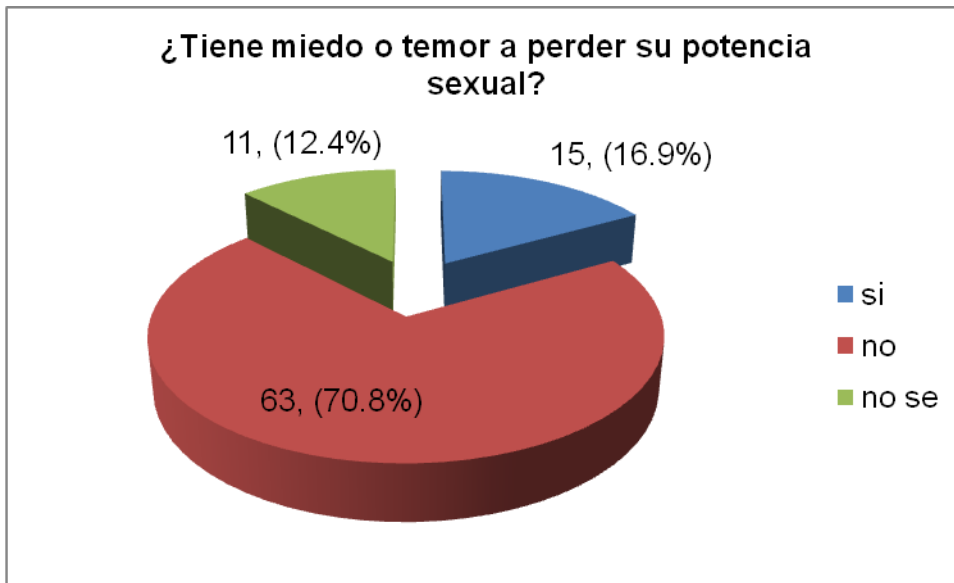
Gráfica 8



Fuente: Cuestionario estructurado, realizado a los varones que acudieron a la Unidad Médica Familiar No. 40 del IMSS. En la población de Ixtlán de Juárez, Oax.

Del 100% de los encuestados solo el 23 % considera realizarse la vasectomía, el 40% no lo considera, el 37% no sabe que decisión tomar. En esta gráfica analizamos que a pesar de que la mayoría dice conocer sobre la vasectomía, la mayoría no considera realizarse la vasectomía, lo cual nos demuestra que hay algún factor importante que influye en la no aceptación de la vasectomía.

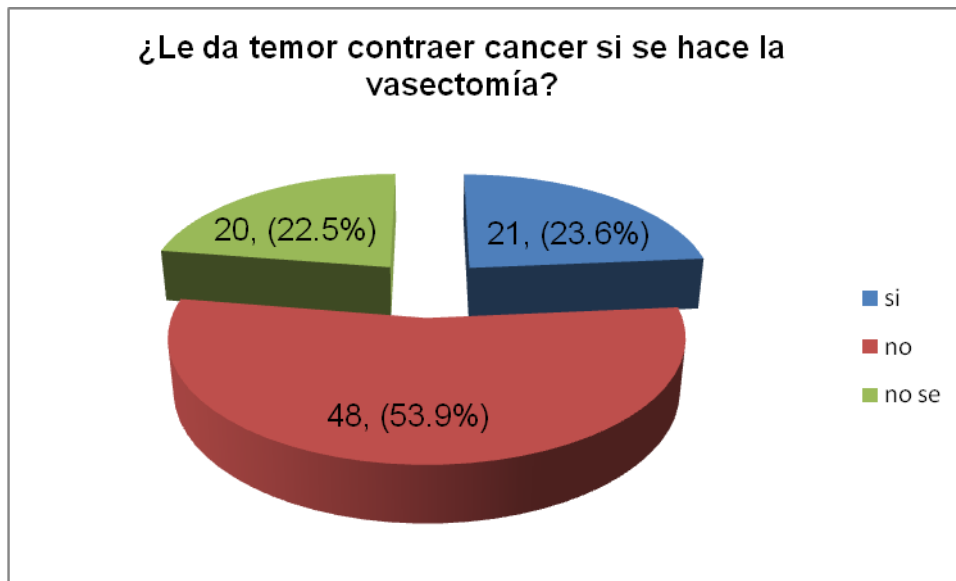
Gráfica 9



Fuente: Cuestionario estructurado, realizado a los varones que acudieron a la Unidad Médica Familiar No. 40 del IMSS. En la población de Ixtlán de Juárez, Oax.

El 70.8 % dice no tener miedo o temor a perder su potencia sexual. El 16.9% dice que si tiene miedo. El 12.4 no se define. La mayoría no teme a perder su potencia sexual al realizarse la vasectomía.

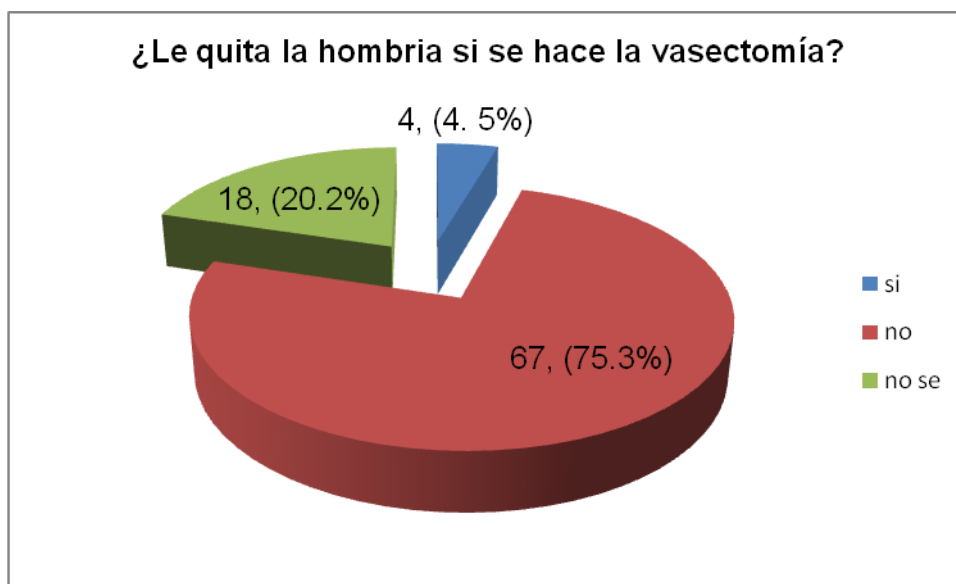
Gráfica 10



Fuente: Cuestionario estructurado, realizado a los varones que acudieron a la Unidad Médica Familiar No. 40 del IMSS. En la población de Ixtlán de Juárez, Oax.

El 23.6% le da temor contraer cáncer, el 53.9% no tiene temor a contraer cáncer, el 22.5% no sabe. Se puede analizar que ante el desconocimiento de la vasectomía, no se puede generar temor, lo anterior se desglosa de los datos anteriores obtenidos.

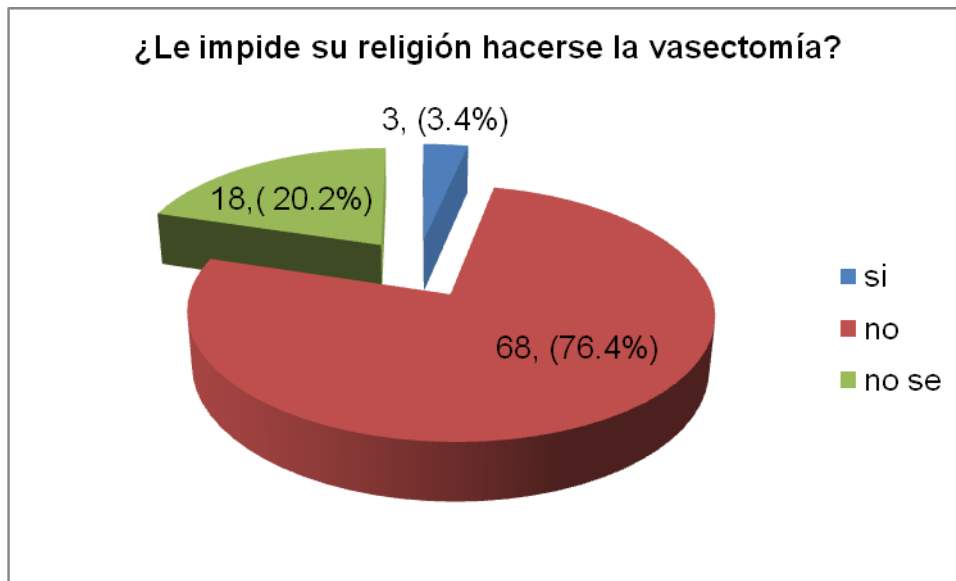
Gráfica 11



Fuente: Cuestionario estructurado, realizado a los varones que acudieron a la Unidad Médica Familiar No. 40 del IMSS. En la población de Ixtlán de Juárez, Oax.

El 67 % no considera que le quita la hombría hacerse la vasectomía, el 4.5% si considera que le quita la hombría, y el 20.2% no sabe. La mayoría se siente seguro de si mismo y de sus conocimientos sobre la vasectomía al afirmar que de realizarse la vasectomía no le quitaría su hombría.

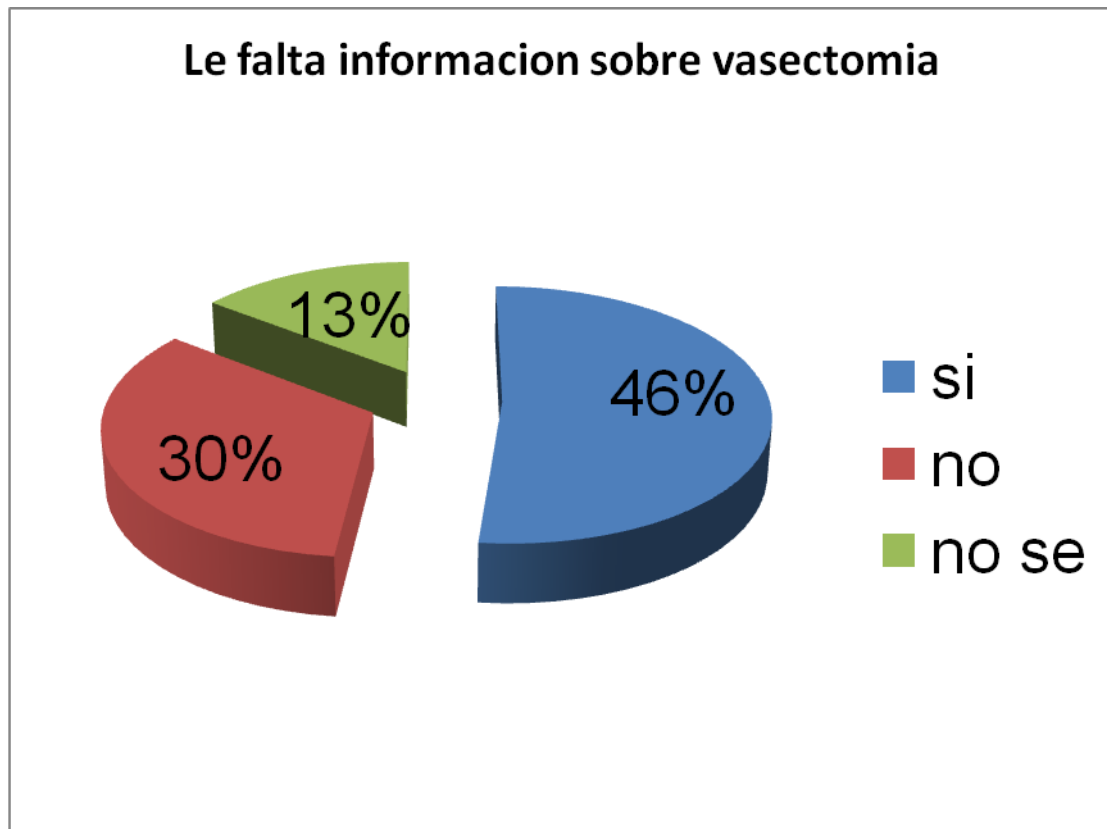
Gráfica 12



Fuente: Cuestionario estructurado, realizado a los varones que acudieron a la Unidad Médica Familiar No. 40 del IMSS. En la población de Ixtlán de Juárez, Oax.

En el 76.4% no interfiere la religión en la realización de la vasectomía, el 3.4% si interfiere la religión y 20.2% no sabe. En la mayoría de los encuestados la religión no representa un impedimento en la realización de la vasectomía, o al menos así lo hacen creer en sus respuestas.

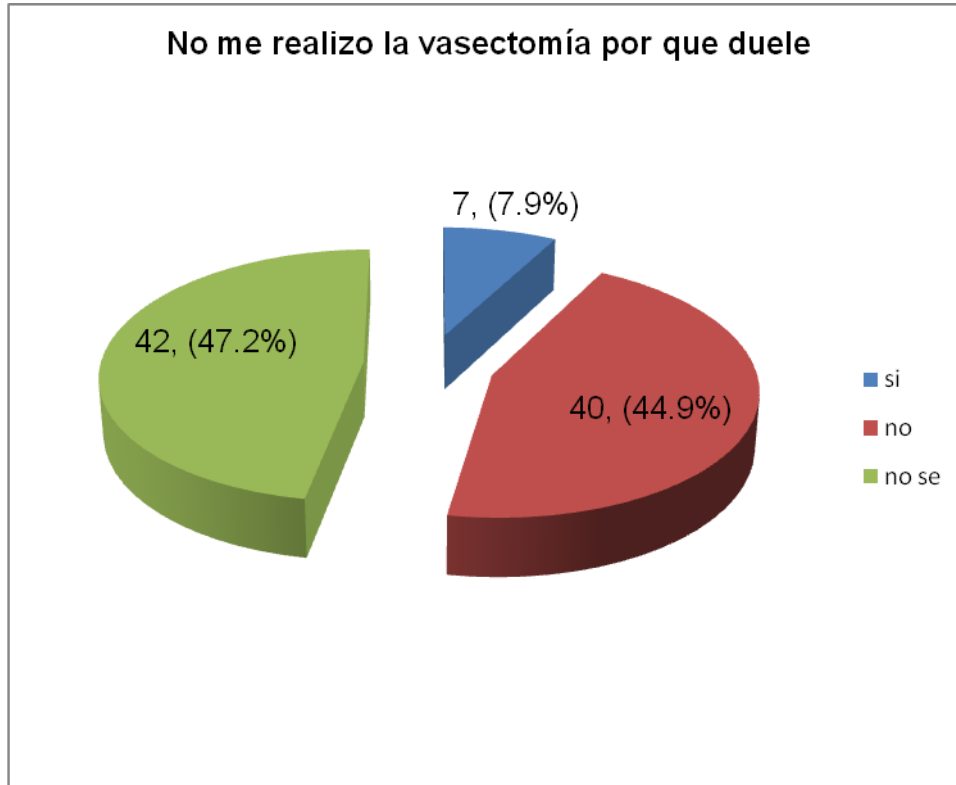
Gráfica 13



Fuente: Cuestionario estructurado, realizado a los varones que acudieron a la Unidad Médica Familiar No. 40 del IMSS. En la población de Ixtlán de Juárez, Oax

El 46% considera que le falta información sobre la vasectomía. El 30% considera que no le falta información y el 13% no sabe. Analizando esta grafica y comparándola con los resultados anteriores podemos observar que hay una gran contradicción en las respuestas de los encuestados, ya que en esta grafica observamos que prevalece la falta de información sobre la vasectomía

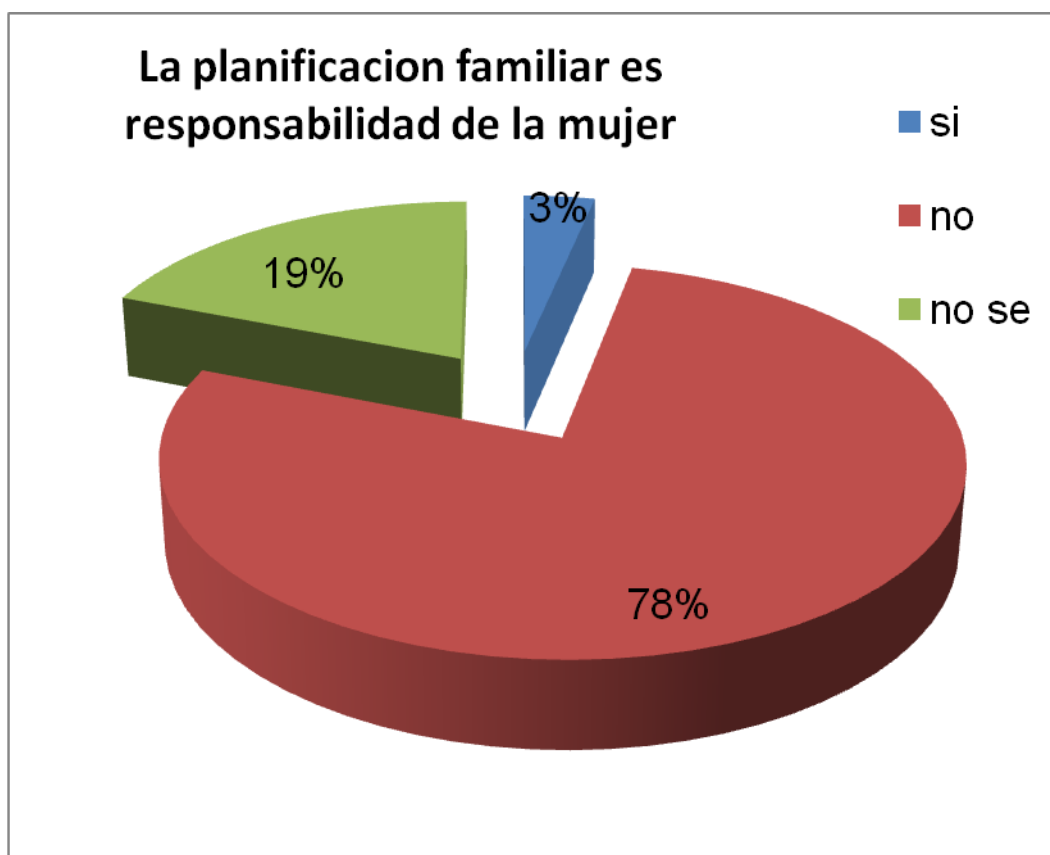
Gráfica 14



Fuente: Cuestionario estructurado, realizado a los varones que acudieron a la Unidad Médica Familiar No. 40 del IMSS. En la población de Ixtlán de Juárez, Oax.

El 47.2% no sabe si duele o no. El 44.9%, no tiene temor a que le duela y el 7.9% no se realiza la vasectomía por que considera que duele realizarse la vasectomía. Ante el desconocimiento por falta de información sobre la vasectomía hace suponer que no se tenga miedo ante lo que no se conoce.

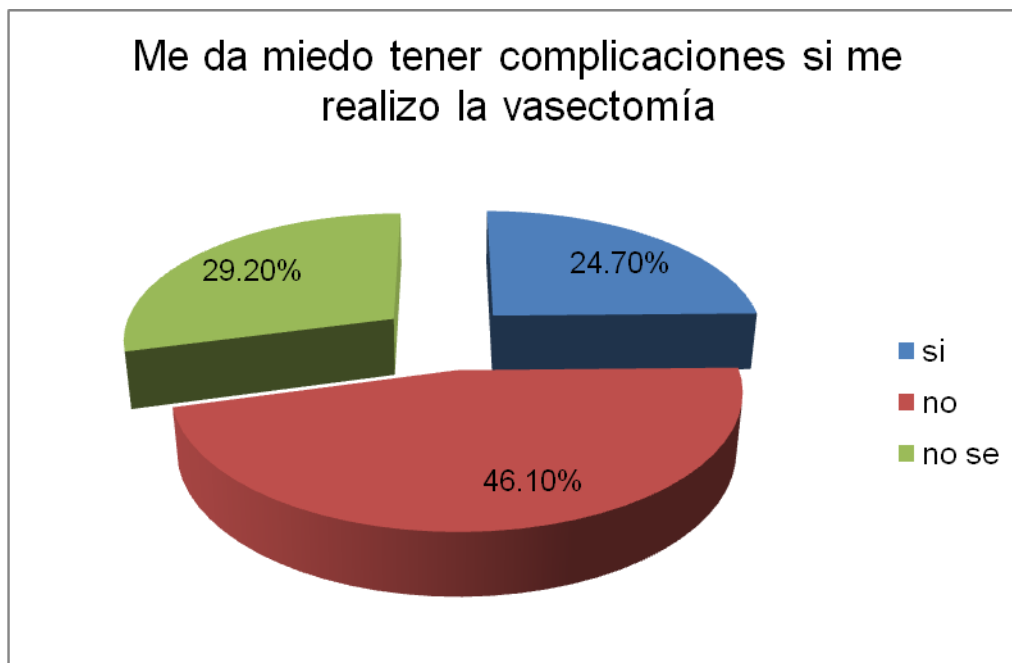
Gráfica 15



Fuente: Cuestionario estructurado, realizado a los varones que acudieron a la Unidad Médica Familiar No. 40 del IMSS. En la población de Ixtlán de Juárez, Oax.

El 78% de los encuestados no considera que la planificación familiar sea responsabilidad de la mujer. El 19% no sabe si es o no responsabilidad de la mujer, y el 3% si considera que sea responsabilidad de la mujer. Se puede analizar que la mayoría se contradice en sus respuestas al afirmar que la planificación familiar no es responsabilidad de la mujer, pero sin embargo la metodología que prevalece se aplica a la mujer.

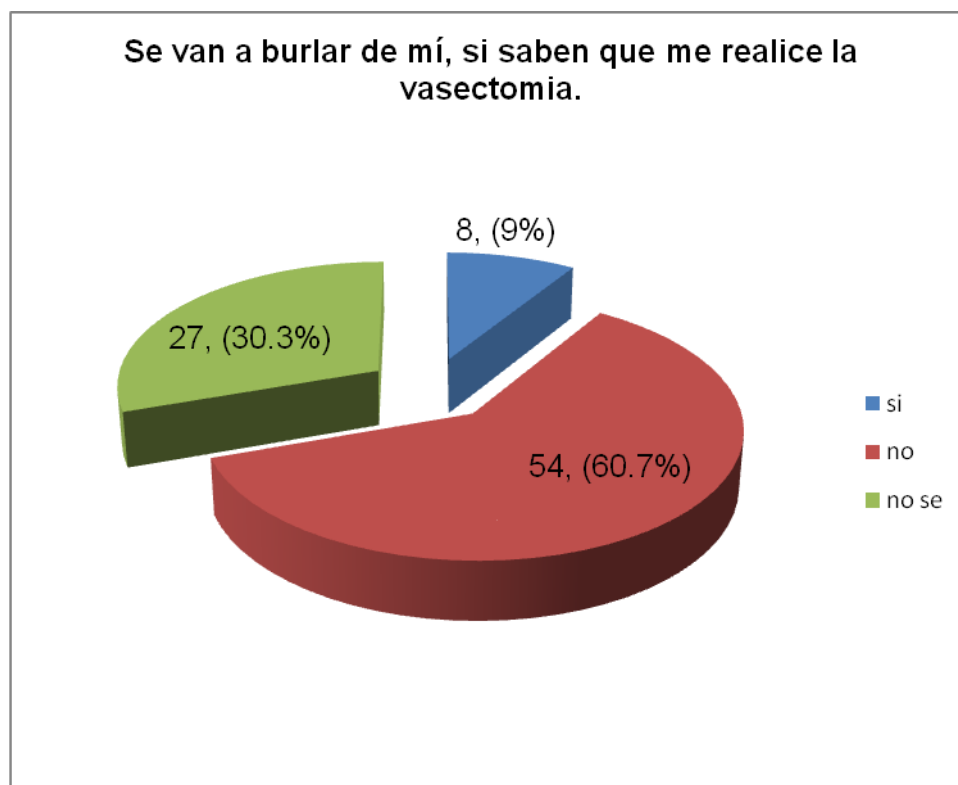
Gráfica 16



Fuente: Cuestionario estructurado, realizado a los varones que acudieron a la Unidad Médica Familiar No. 40 del imss. En la población de Ixtlán de Juárez, Oax.

El 24.70 % tiene miedo a tener complicaciones posteriores a realizarse la vasectomía, el 46.10% no tiene temor a las complicaciones, y el 29.20 % no sabe. Prevalece el desconocimiento de la vasectomía, pues como se ha analizado en otra gráfica no pueden temer a lo no conocido.

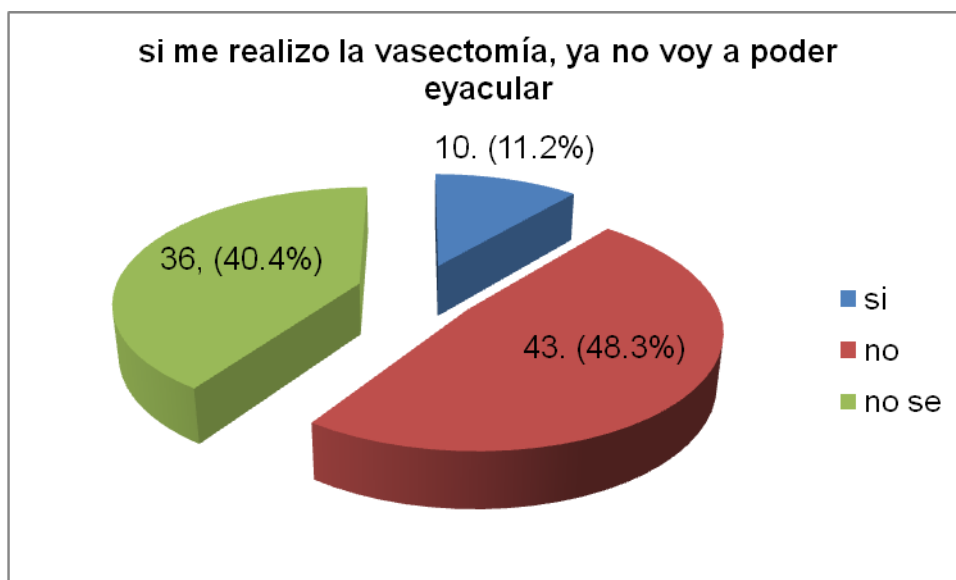
Gráfica 17



Fuente: Cuestionario estructurado, realizado a los varones que acudieron a la Unidad Médica Familiar No. 40 del IMSS. En la población de Ixtlan de Juárez, Oax.

El 60.7% dicen que no se burlaran de ellos si se realizan la vasectomía. El 9% si cree que se burlaran de ellos si se realizan la vasectomía, y el 30.3 % no sabe. Podemos analizar que la burla no es impedimento la realización de la vasectomía en esta población encuestada.

Gráfica 18



Fuente: Cuestionario estructurado, realizado a los varones que acudieron a la Unidad Médica Familiar No. 40 del IMSS. En la población de Ixtlán de Juárez, Oax.

El 48.3% no consideran el ya no eyacular si se realizan la vasectomía, el 11.2% si considera que ya no va a eyacular y el 40.4 % desconoce desde, que es eyacular, hasta si se afecta la misma por la vasectomía. En esta gráfica analizamos que se desconoce lo básico en lo que se respecta a los órganos genitales y sus funciones.

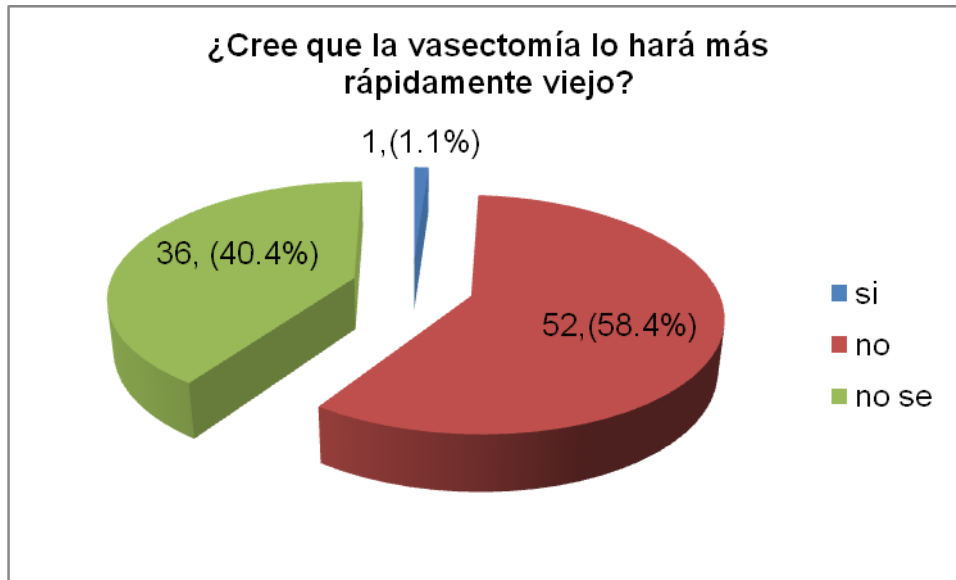
Gráfica 19



Fuente: Cuestionario estructurado, realizado a los varones que acudieron a la Unidad Médica Familiar No. 40 del IMSS. En la población de Ixtlán de Juárez, Oax.

El 53.9 % no cree que la vasectomía le harán más chicos sus testículos, el 3.4% si cree, y el 42.7% no sabe. Aun con la poca información que se tiene por parte de estos varones encuestados la mayoría sabe que sus testículos no se harán más pequeños y esto también rompe con la creencia que vasectomía es sinónimo de castración como se ha explicado en la historia de la vasectomía.

Gráfica 20

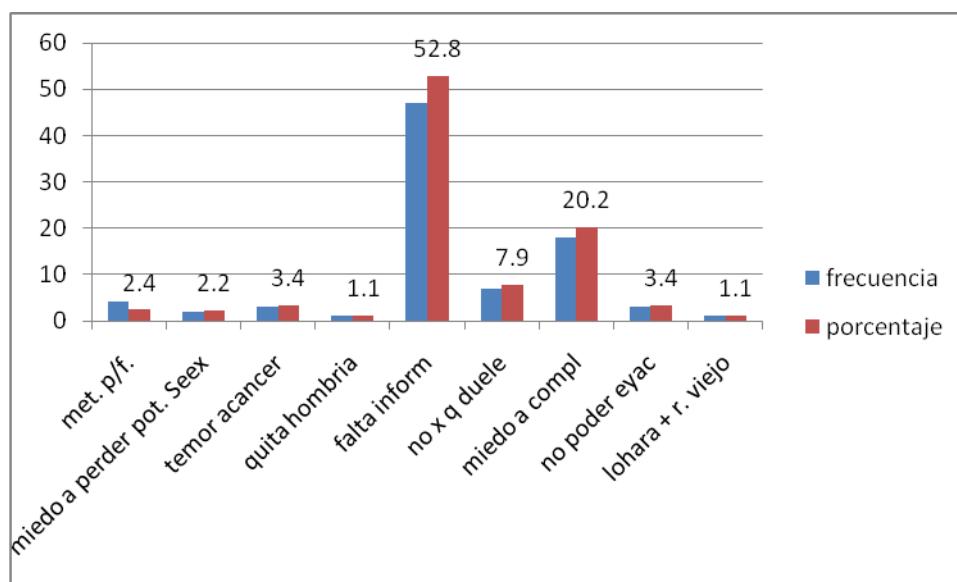


Fuente: Cuestionario estructurado, realizado a los varones que acudieron a la Unidad Médica Familiar No. 40 del IMSS. En la población de Ixtlán de Juárez, Oax.

El 58.4%, no cree que se hará más viejo si se realiza la vasectomía, el 1.1% si cree que se hará más viejo y el 40.4% no sabe. La mayoría no asocia la vejez con la realización de la vasectomía. Por lo que esta situación no representa un obstáculo para la realización de la vasectomía.

Gráfica 21

¿De todas las preguntas realizadas cual considera que es la de mayor importancia para no realizarse la vasectomía?



Fuente: Cuestionario estructurado, realizado a los varones que acudieron a la Unidad Médica Familiar No. 40 del IMSS. En la población de Ixtlán de Juárez, Oax.

El 52.8 % de los encuestados dice no realizarse la vasectomía por que le falta información sobre la vasectomía, el 20.2% no se la realiza por temor a complicaciones, el 7.9% no se la realiza por que teme que le duela, el 3.4% tienen miedo a contraer cáncer, otro 3.4% temen a no poder eyacular si se realiza la vasectomía, el 2.4% no se la realiza por que usan algún método de planificación familiar, el 2.2% no se la realiza por miedo a perder su potencia sexual, el 1.1 % teme que se le quite la hombría Y solo 1.1 % ya se realizo la vasectomía. En esta gráfica analizamos que aún cuando en gráficas anteriores se afirma conocer sobre la vasectomía. En esta última gráfica analizamos que la mayoría de los encuestados tiene dudas y la información que dicen tener sobre la vasectomía es muy deficiente.

DISCUSIÓN

El presente estudio es representativo para la población varonil que acude a la consulta o como acompañantes a la Unidad Médica Familiar N° 40, del IMSS de Ixtlán de Juárez, Oax. En el periodo establecido y de acuerdo a los criterios de selección sobre todo que fueran pacientes en edad reproductiva. Por otra parte la selección de cada uno de ellos se realizó conforme fueron acudiendo a la Unidad Médica Familiar, tomando en cuenta que fueran derechohabientes adscritos a la misma.

La prevalencia del 52.8% de falta de información sobre la vasectomía encontrada es alarmante considerando que el personal de salud reproductiva de la unidad médica se sabe que está capacitado para dar la información necesaria correspondiente a metodología de planificación familiar, incluyendo la vasectomía, además que podemos analizar que no se están realizando acciones con el género masculino derechohabiente de la unidad médica, por lo que esto influye de manera importante en el desconocimiento sobre la vasectomía,

El promedio de edad reportado en la presente muestra (35.58 %), marca de alguna forma una etapa óptima para reiniciar la consejería a través de reuniones grupales o individualizarla de acuerdo a las diferencias socioculturales de los derechohabientes varones que acuden a la unidad médica, la variable edad, representa en este estudio un dato importante pues a diferencia del género femenino en que las mujeres pueden tener su menopausia y término de la etapa reproductiva a temprana edad, en el varón se puede observar que aun en los extremos de la vida entre los 66 años aun muchos tienen el poder de la fertilidad. No siendo un riesgo para ellos esta longevidad fértil, a diferencia de la mujer que sí es un riesgo un embarazo a edades extremas. En algunos escritos y estudios se escribe sobre la planificación familiar basada en la conducta sexual y que son utilizados todavía por millones de personas en el mundo, quienes utilizan estos métodos son quienes no tienen muchas otras alternativas, y también hay personas que tiene

acceso a los últimos avances en la tecnología de anticonceptivos y aun así prefieren seguir usando algunos de estos métodos antiguos, ¹ en este estudio podemos observar que aún teniendo la tecnología al alcance de sus posibilidades. No la están aprovechando por falta de información de la metodología ofertada en la unidad médica familiar. Siendo esto un retraso importante en lo que corresponde a metodología de planificación familiar en el varón.

En este estudio no se identificaron como factores de la no aceptación de la realización de la vasectomía, el número de hijos por familia pues es muy común que en esta zona de la sierra Juárez aun prevalecen las familias numerosas,

Un factor fundamental que se obtuvo en ese estudio y que ha sido ligado a la no aceptación de la realización de la vasectomía por los varones es la falta del conocimiento de la misma así como la información que han recibido de medios no confiables y por los mitos existentes en su influencia sociocultural. Siendo esto un factor importante en la no aceptación de la vasectomía redactado y escrito en estudios anteriores, Así mismo se continua dando información a las mujeres sobre la metodología de planificación familiar y se excluye al hombre de esta información, o por lo menos no se da al 100 % esta información en los mismos, En la evaluación sobre que factor es el mas importante y determinante para no realizarse la vasectomía la mayoría afirma que es por la falta de información. En otro contexto, se observa muy contradictorio lo contestado en otras preguntas en relación del desconocimiento de la vasectomía, y como esto influye en la demografía de una población así como en la familia y su lento progreso así como su marginación.

La comprobación de que la información sobre la vasectomía es un factor importante y de mucho peso en la no realización de la misma por el género masculino, nos lleva a retomar las actividades de consejería por parte del personal de enfermería del área de salud comunitaria, así como la misma capacitación a este personal, para que la información que se de a los derechohabientes sea confiable. Evaluamos pues en este estudio a 89

varones a los cuales se les realizo el cuestionario ex profeso par este estudio y poder obtener los resultados antes descritos, aun cuando es muy importante la consejería de metodología en planificación familiar, son pocos los estudios realizados a la fecha en relación a la no aceptación de la vasectomía en el medio rural, y es una parte de la planificación familiar que tiene poco estudio por que son las mujeres a quienes se les da la consejería en metodología de planificación familiar. Por lo que considero muy importante este estudio para retomar acciones en salud pública en especial en metodología de planificación familiar dirigido a los varones

CONCLUSIONES

En la práctica clínica cotidiana este estudio tiene mucha relación por la importancia que tiene la planificación familiar en el buen desarrollo de la familia y su estado de morbilidad causada por estrés familiar, y la nutrición deficiente.

El presente estudio y los resultados obtenidos en el mismo, han cumplido con el objetivo del mismo al confirmarse que aun falta mucha información sobre la vasectomía a la población varonil derechohabiente de la Unidad Médica Familiar No. 40 del IMSS.

Este estudio aporta a la medicina familiar las áreas deficientemente trabajadas en el contexto familiar, durante la consulta cotidiana, así como nos expone la causa de la no aceptación de la vasectomía por los varones.

El estudio nos incita a dar seguimiento en estudios posteriores a valorar si los médicos familiares de la unidad médica familiar no 40. Retoma la consejería en los varones adscritos a esta unidad,

Este estudio aporta a la medicina familiar los elementos que deben modificar para la aceptación de la vasectomía en su población derechohabiente.

La prevalencia en la falta de información sobre la vasectomía es elevada en la población evaluada.

Las características en relación a estado civil y religión no estuvieron mayormente asociadas o en forma significativa con la falta de información.

El nivel de estudios es significativo por que es en estos en donde se da la mayor información sobre la vasectomía

En el factor institucional, la actitud del médico familiar y del personal auxiliar de enfermería, que está en el servicio de salud comunitaria, por su falta de proyección e identificación con los derechohabientes varones ha influido en la poca o nula consejería sobre salud reproductiva y los métodos de planificación familiar.

En el factor institucional, este estudio nos presenta la actitud del personal auxiliar de enfermería y que esta en el servicio de salud comunitaria, su falta de proyección e identificación con los derechohabientes varones ha influido en la poca o nula consejería sobre salud reproductiva y los métodos de planificación familiar.

Es importante hacer énfasis en relación a la consejería que deben ofrecer los médicos familiares, para impactar en el uso de metodología de planificación familiar en el género masculino y se pueda lograr una mayor aceptación en la realización de la vasectomía.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Knowles J. Historia de los Métodos de Control de la Natalidad. Biblioteca Katherine Dexter McCormick [publicación periódica en línea] 2006 Nov. 01 [citada 2006 Nov 01]; 1(1): [23 pantallas]. Se consigue en URL: <http://www.plannedparenthood.org>
2. García-Moreno J. Solano-Saínos L. Aceptación y rechazo de vasectomía en hombres del medio rural. Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc. 2005 May-Jun 43 (3): 205-214
3. Anthony AG. Alexmonton A, Corobo J. [et al]. Población mundial- wiki pedía, enciclopedia libre. [publicación periódica en línea] 2008 feb. 15 [citada 2008 Feb 15]; 1(1): [6 pantallas]. Se consigue en URL: http://es.wikipedia.org/wiki/Poblaci%C3n_mundial
4. Tapia-R. Tabúes y machismos inhiben la vasectomía. [publicación periódica en línea] 2007 jun. 3 [citada 2007 Jun 3]; 1(1): [1 pantalla] se consigue en: URL: <http://www.eluniversal.com.mx/nacion/index.html>
5. Tuiran R. Las diferencias sociales de la fecundidad en América latina y México.- fecundidad. [publicación periódica en línea] 2006 [citado 2006] se consigue en: URL: <http://www.ejournal.unam.mx/dms/no04/DMS00405.pdf>, 2006
6. Viveros M, Gómez - F. Otero-E. representaciones sociales sobre la esterilización masculina. Cad. Saúde Públ. Rio de Janeiro 1998; 14: supl 1:97-103, se consigue en URL: <http://www.scielo.br/scielo.php>
7. Luzardo I, Amarista K, Arias E. Conocimientos y creencias sobre vasectomía. Ambulatorio urbano tipo I Simón Bolívar [publicación periódica en línea] 2004 Jul-Nov [Citado 2004 Jul-Nov]; 1(1): [1 pantalla]. Se consigue en URL <http://investigacion.unefm.edu.ve/memorias2007/memoriasunefm2007/10.Cs.SaludPoster.pdf>

8. Consejo Estatal de Población. Apuntes de Población. conepo 2002; [publicación periódica en línea] 2002 dic. [citado 2002 dic]; 18: 1(9). Se consigue en URL: [http://www.bajacalifornia.gob.mx/conepo/Apuntes%20de%20Pob%20No%2018%20\(DIC%202002\)%20Fecundidad.pdf](http://www.bajacalifornia.gob.mx/conepo/Apuntes%20de%20Pob%20No%2018%20(DIC%202002)%20Fecundidad.pdf)

9. Best K. Consulta de expertos acerca de la vasectomía. Family Health International, Engender [publicación periódica en línea] 2003 dic [citado 2003 dic 3-5]; 1(41) se consigue en [URL: http://www.fhi.Org/NR/rdonlyres/ekmoiu42luuzir4ur5u2bnj42v3gygj4fbsw5phvqiq4xjabbw44zy37fb4ij5diz5qndv6ofbvgmb/SPA7104VASECTOMIA2.PDF](http://www.fhi.Org/NR/rdonlyres/ekmoiu42luuzir4ur5u2bnj42v3gygj4fbsw5phvqiq4xjabbw44zy37fb4ij5diz5qndv6ofbvgmb/SPA7104VASECTOMIA2.PDF)



CUESTIONARIO

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

FACTORES QUE LIMITAN LA REALIZACIÓN DE VASECTOMÍA

Este cuestionario es totalmente anónimo, no tiene repercusiones de ninguna índole. El objetivo de esta investigación es identificar los factores que limitan la realización de vasectomía la cual se realizará a través de esta encuesta. Su información para nosotros es muy valiosa. Le pedimos, si usted acepta participar con nosotros, conteste este cuestionario con la verdad.

Instrucciones: A continuación se encontrará con algunas preguntas generales que tienen que ver con su persona, se le pide conteste de manera correcta, tachando con una cruz (X) la opción que usted elija de acuerdo a su caso o escribiendo los datos que se le solicitan.

SECCIÓN I: ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

Edad: _____

No. De hijos _____

Religión (Especificar): _____

Estado civil:

1. Casado
2. Soltero
3. Viudo
4. Divorciado
5. Separado
6. Unión Libre

Lugar donde habita

1. Zona Urbana de Ixtlán
2. Zona Rural de Ixtlán (campo)

Escolaridad

1. Analfabeta
2. Primaria incompleta
3. Primaria completa
4. Secundaria incompleta
5. Secundaria Completa
6. Bachillerato incompleto
7. Bachillerato completo
8. Carrera técnica incompleta
9. Carrera técnica completa
10. Licenciatura incompleta
11. Licenciatura completa

Ocupación (especificar): _____

¿Utiliza algún método anticonceptivo, usted o su pareja?

1. Sí
2. No

Si su respuesta es sí a la pregunta anterior especifique cual:

1. Preservativo
2. Locales de barrera (óvulos, espumas, etc.)
3. Hormonales orales
4. Hormonales inyectables
5. Implantes
6. DIU (Dispositivo Intrauterino)
7. OTB
8. Vasectomía
9. Otro (especificar): _____

¿Sabe que es la vasectomía?

1. Sí
2. No

¿Sabe que la vasectomía es un Método de Planificación Familiar Definitivo?

1. Sí
2. No
3. No sé

¿Ha recibido información sobre la vasectomía?

1. Sí
2. No

Si la respuesta fue sí, ¿Por qué vía la recibió?

1. Escuela
2. Padres
3. Médico
4. Enfermera
5. Medios de comunicación
6. Amigos
7. Otros (especificar): _____

¿Cómo considera que ha sido la información recibida sobre vasectomía?

1. Nunca he recibido información
2. Buena
3. Regular
4. Mala

¿Está convencido con el número de hijos que tiene?

1. Sí
2. No
3. Aún no lo sé
4. No tengo hijos

Consideraría realizarse la vasectomía

1. Sí
2. No
3. No sé

Sabe que si se decide a realizarse la vasectomía, ¿no le va a costa ningún dinero?

1. Sí
2. No
3. No sé

SECCIÓN II: EXPLORACIÓN DE LOS FACTORES QUE LIMITAN LA REALIZACIÓN DE VASECTOMÍA:

Instrucciones: A continuación se encontrará con una pregunta relacionada con los factores que limitan la realización de vasectomía. Hay 5 respuestas, que tendrá que contestar cada una en el espacio inicial. Tendrá tres opciones de respuesta, las cuales tendrá que elegir de acuerdo a su caso, las opciones son: **Sí**, **No**, o **No sé**. Será **Sí**, si cree que lo que se le indica es un factor que limita la realización de vasectomía; responderás **No**, si cree que lo que se le indica es un factor incorrecto para limitar la realización de vasectomía, o bien el **No sé** si cree que no puede decidir entre lo correcto o incorrecto.

¿Cuál de los siguientes puntos considera usted que limitan a que usted se realice o acepte la vasectomía?

Tiene miedo o temor a perder su potencia sexual

1. Sí
2. No
3. No sé

Le da temor contraer cáncer si se hace la vasectomía

4. Sí
5. No
6. No sé

Le quita la hombría si se hace la vasectomía

1. Sí
2. No
3. No sé

Le impide su religión hacerse la vasectomía

1. Sí
2. No
3. No sé

Le falta información sobre la vasectomía

1. Sí
2. No
3. No sé

No me realizo la vasectomía porque duele

1. Sí
2. No
3. No sé

La planificación familiar es responsabilidad de la mujer

1. Sí
2. No
3. No sé

Me da miedo tener complicaciones si me realizo la vasectomía

1. Sí
2. No
3. No sé

Se van a burlar de mí si saben que me realice la vasectomía

1. Sí
2. No
3. No sé

Si me realizo la vasectomía, ya no voy a poder eyacular

1. Sí
2. No
3. No sé

¿Cree que la vasectomía le harán más chicos sus testículos?

1. Sí
2. No
3. No sé

¿Cree que la vasectomía lo hará más rápidamente viejo?

1. Sí
2. No
3. No sé

DE TODAS LAS PREGUNTAS REALIZADAS, CUAL ES LA DE MAYOR IMPORTANCIA PARA NO REALIZARSE LA VASECTOMÍA:

COMENTARIOS. _____

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

