

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
DELEGACION NORTE DEL DF.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 94

**PERCEPCION DEL VARON DEL APOYO RECIBIDO POR SU PAREJA PARA
LA ELECCION DE UN METODO DEFINITIVO DE PLANIFICACION FAMILIAR.**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

Aurea Noemí Franco Andrade

Médico Residente de tercer grado
Curso de Especialización en Medicina Familiar.
Matrícula: 99367463
E-mail: franco-andrade@ hotmail.com.mx
Tel:5536424857

DIRECTOR DE TESIS:

Dra. Martha Beatriz Corona Hernández

Unidad de Medicina Familiar No.14 IMSS
Matricula:11659483
E-mail:mabecohe@hotmail.com
Tel: 5554 06 3757

ASESOR DE TESIS:

Dra. Lidia Bautista Samperio

Unidad de Medicina Familiar No. 94 IMSS
Matrícula: 5846404
E-mail: lidia.68007@hotmail.com
Tel: 57672068



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.

Tesis autorizada por el comité local de Investigación No. 3115 con número de
registro 2009-3515-12

AUTORIZACIONES

Dra. Victoria Pineda Aquino
Coordinador Delegacional de Investigación

Dr. Humberto Pedroza Méndez
Coordinador Delegacional de Educación en Salud

Dr. Marco Antonio Pagola Martínez
Director de la UMF 94

Dra. Patricia Ocampo Barrio
Coordinador De Educación e Investigación en Salud UMF 94

Agradecimientos

Agradezco a Dios, por la oportunidad que me otorga de vivir y de lograr mis metas.

A mis padres y hermanos, por todo el apoyo incondicional que siempre he recibido de ellos, los amo.

A mi esposo, el cual me impulsa a alcanzar mis sueños, te amo canela.

A mis maestros, por todo el conocimiento que me han dado.

PERCEPCION DEL VARON DEL APOYO RECIBIDO POR SU PAREJA PARA LA ELECCION DE UN METODO DEFINITIVO DE PLANIFICACION FAMILIAR.

Corona Hernández MB (1) Bautista Samperio L (2) Franco Andrade AN (3)
Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar # 94

Antecedentes: El apoyo se entiende como toda conducta destinada a motivar, comprender y brindar soporte a la persona para enfrentar situaciones difíciles, y es generado dentro del subsistema conyugal. La decisión de un método definitivo de planificación familiar por el varón se ve influenciada por factores culturales, pero hay poca evidencia de ello respecto al apoyo del cónyuge.

Objetivo General: Comparar la percepción del tipo de apoyo de pareja y la elección de un método de planificación familiar definitivo o no por el varón.

Material y Método: Estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo y comparativo en 50 varones de la UMF 94, que acudieron al servicio de Planificación Familiar (PF) a solicitar método de control natal, dividiéndolos en grupo "A" los de definitivo (25) y en el "B" con método temporal (25) participantes, de julio a octubre del 2009, muestreo por conveniencia y bajo consentimiento informado. A través de entrevista individual se aplicó el Cuestionario llamado Inventario de Apoyo para la Pareja (confiabilidad 0.82 a 0.97). Análisis con estadística descriptiva y ji cuadrada.

Resultados: En ambos grupos el rango de mayor frecuencia por edad fue de 31 a 40 años, una media para el grupo "A" de 33.44 ± 6.74 años, para el "B" 33.16 ± 8.75 años. En relación a la percepción de tipo de apoyo, en ambos grupos la mayor frecuencia se reportó en la categoría de apoyo positivo, siendo en el de método definitivo en 21(84%) y en aquel de método temporal en 18(72%), una $p > 0.05$

Conclusiones: La percepción del apoyo recibido de sus parejas en ambos grupos fue en su mayoría positivo sin diferencia significativa para aquellos con método temporal o definitivo sin influir edad, estado civil o escolaridad.

Palabras clave: planificación familiar, vasectomía, tipo de apoyo.

- (1) Profesor titular del Curso de especialización. Médico Familiar semipresencial de Medicina Familiar. UMF. 14 IMSS
- (2) Profesor titular del Curso de especialización de Medicina Familiar. Médico Familiar. UMF. 94 IMSS
- (3) Médico Residente de segundo año en la especialidad de Medicina Familiar.

Índice

Marco Teórico.....	6
Antecedentes científicos.....	13
Planteamiento del problema.....	15
Pregunta de investigación.....	16
Objetivo del estudio.....	16
Hipótesis.....	16
Identificación de variables.....	17
Metodología.....	17
Diseño de estudio.....	17
Universo de trabajo.....	17
Población y muestra de estudio.....	17
Determinación estadística del tamaño de la muestra.....	17
Tipo de Muestreo.....	17
Procedimiento para la integración de la muestra.....	17
Descripción del programa de trabajo.....	18
Criterios de selección de la muestra.....	19
Descripción del instrumento de evaluación.....	20
Análisis estadístico.....	21
Recursos del estudio.....	21
Consideraciones éticas del estudio.....	21
Recursos.....	21
Difusión de Resultados.....	22
Resultados.....	23
Análisis de Resultados.....	26
Conclusiones.....	28
Sugerencias.....	29
Bibliografía.....	30
Anexos: Cuadro de variables, carta de consentimiento informado, hoja de recolección de la información, cronograma de actividades.....	32

MARCO TEÓRICO

El hombre por naturaleza es un ser social, ha sobrevivido a lo largo de la historia y lo ha logrado gracias a su pertenencia a diferentes grupos sociales. De estos, la familia ha sido el ambiente más importante en el cual ha evolucionado y se considera la institución humana más antigua; de acuerdo con Ralph Linton, la familia sobrevivirá mientras nuestra especie exista. ⁽¹⁾

La palabra "Familia" deriva de la raíz latina "fabulus", que significa siervo, a su vez, esta proviene de la voz osca "famel" que significa esclavo domestico. En el nomadismo, familia se designaba a todo grupo de personas que se desplazaban juntas; en Roma, se denominaba familia al conjunto de personas formado por esposas, hijos, esclavos y sirvientes que eran propiedad del padre, el cual ejercía la máxima autoridad y tenía derechos sobre la vida y la muerte de todos ellos. ⁽²⁾

A lo largo del tiempo, la definición de familia ha cambiado y se han dado varias modificaciones; una de las primeras fue dada por el consenso canadiense que define a la familia como "esposo y esposa con o sin hijos; o padre y madre solo con uno o más hijos que viven bajo el mismo techo". Está claro que el concepto de familia no solo nos habla de un conjunto de individuos viviendo bajo el mismo techo, los cuales comparten un lazo de consanguinidad, también incluye una compleja relación biopsicosocial entre los miembros que la conforman, no es solo un conjunto de individuos relacionados entre sí, sino que es un grupo que desarrolla lazos especiales para vivir juntos y posee un potencial para crecer y desarrollarse. ⁽²⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS), comprende como parte de la familia a miembros del hogar emparentados entre sí hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. Actualmente, los teóricos del comportamiento familiar conciben a la familia como una unidad funcional, y que la actuación de sus miembros puede ser comprendida en relación a la estructura global de la misma, pues es considerada con un enfoque sistémico en donde sus miembros interactúan entre sí. ⁽²⁾

Al definir a la familia como un sistema y a sus integrantes como elementos del mismo, se evidencia que como un todo y en particular también cada uno de sus componentes, será afectado en su comportamiento y desarrollo individual, así como por la naturaleza de las relaciones que existan entre ellos. Este sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas, organizados por generaciones, sexos, intereses y funciones. Los principales subsistemas en una familia son: el conyugal, paterno-filial y fraterno. ⁽²⁾

El subsistema conyugal se constituye cuando un hombre y una mujer deciden unirse con la intención de construir una familia. Las principales cualidades requeridas para la implementación de sus tareas son la complementariedad, el apoyo y la acomodación mutua, los dos primeros permiten a cada cónyuge adaptarse y ceder sin que éste sienta que ha sido vencido. Tanto uno como el otro deben conferir parte de su individualidad para lograr un cierto sentido de pertenencia. ⁽²⁾

Este proceso a su vez permite que la familia pueda cimentarse para ser reconocida como la institución social básica, en la cual se realizan funciones elementales entre las que destaca:

- a) La socialización cuya finalidad es favorecer el desarrollo de la identidad personal ligada a la identidad familiar, de manera que asegure la integridad psíquica y se facilite el adiestramiento de los miembros de la familia en las tareas de participación social y el enfrentamiento de nuevas experiencias, dotando a sus miembros de reglas de convivencia.
- b) El cuidado, a través del cual se provee a los miembros de la familia de alimento, vestido, seguridad física y apoyo emocional, atención a la salud y demás satisfactores para un adecuado desarrollo físico y mental, incluyendo actividades recreativas culturales y educacionales que toda persona requiere.
- c) El afecto, entendido como amor, cariño, entrega, comunión espiritual entre los miembros de la familia y su expresión grupal e individual.
- d) El estatus, determinado por la posición sociocultural de sus integrantes, de manera tal que la familia perpetúe sus tradiciones, así como las circunstancias y valores de sus miembros más viejos para transmitirlos a los jóvenes, y por último.
- e) La reproducción, la cual implica varios aspectos importantes, como proveer de nuevos miembros a la sociedad, y a la vez planear el tiempo de espaciamiento entre los mismos, con la elección de algún método de planificación familiar por parte de ambos integrantes de la pareja, previa decisión consciente y responsable de perpetuación de la especie y considerando así el ejercicio libre de la sexualidad; en conjunto con lo anterior se incluye los sentimientos de maternidad y paternidad, además de las actitudes favorecedoras del desarrollo y educación de la descendencia.⁽³⁾

El sentido de ser padre y madre, de tener hijos y de construir una familia se ha desarrollado tradicionalmente aunado a la evolución de la cultura, de este modo, el concepto de planificación familiar hace referencia "al proceso de toma de decisiones que una pareja hace respecto al tipo de familia que desean conformar y al proyecto de vida familiar que anhelan construir"⁽⁴⁾

En éste proceso está inmerso la toma de decisiones en cuanto a la elección de un método anticonceptivo para regular la fecundidad.^{(3) (4)}

Al hablar de dichos métodos se alude a aquellos mecanismos de los cuales se hacen uso para evitar la fecundación y evitar un embarazo. Se clasifican en temporales y definitivos; los métodos temporales permiten espaciar los embarazos alargando el tiempo entre un hijo y otro, por otro lado, los métodos definitivos se utilizan cuando ya no se desea tener más hijos. De los métodos de planificación familiar temporales para la mujer tenemos: Hormonales Orales, Hormonales Inyectables, Parche Transdérmico, Implante Hormonal Subdérmico, Dispositivo Intrauterino Liberador de Levonorgestrel, Dispositivo Intrauterino con Cobre, Preservativo, y la Anticoncepción Hormonal Post coito, para hombres, condón o preservativo. En cuanto a los métodos definitivos tenemos la OTB (oclusión tubaria bilateral), método quirúrgico aplicado a las mujeres y la Vasectomía, procedimiento quirúrgico diseñado para varones.⁽⁵⁾

Dentro de los métodos de planificación familiar temporal especialmente diseñados para el varón, tenemos el preservativo o condón, es el método más comúnmente usado, tiene una efectividad del 98-99%, su mecanismo de acción es simple, impide el depósito de los espermatozoides en la vagina en el momento de la eyaculación, actualmente en México es uno de los métodos más comúnmente utilizado. Por otra parte, tenemos el método de planificación familiar definitivo para el varón: la vasectomía, que es un procedimiento quirúrgico practicado, en donde se corta y se ligan los conductos deferentes, de manera que se impide el paso de los espermatozoides por los mismos y se evita la fecundación. Brinda una efectividad de más del 99%. ⁽⁶⁾

En 1974 fue modificada la técnica por el Dr. Li, en la cual se incide en los tejidos sin el uso de bisturí. La vasectomía tiene sus inicios desde el año 1775, la técnica fue practicándose y perfeccionándose durante el paso del tiempo, hasta que en los años 50s y 60s, tomo auge en el sur de Asia, llama la atención en Estados Unidos y Europa con las campañas de responsabilidad masculina en la planificación familiar, de este modo un gran número de hombres comenzaron a tomar la iniciativa y se vasectomizaron, para 1970 el número de vasectomías en Estados Unidos se comenzó a incrementar. En la década de los setentas, el IMSS introduce a México la técnica de Vasectomía sin Bisturí en las unidades de Medicina Familiar, haciendo promoción para planificación entre sus derecho habientes, por su parte la secretaria de salud en 1993 por medio de la Dirección General de Salud Reproductiva, inicia el programa de Vasectomía sin Bisturí con cobertura nacional, para el año 2000 esta misma institución incorpora la participación del hombre en la salud sexual y reproductiva. ^{(6) (7)}

Sin embargo, el proceso de elegir un método de planificación familiar definitivo, es una decisión de gran importancia, pues en ambos casos, requiere de una intervención quirúrgica, pero sobretodo, de ser consciente de que estos métodos son irreversibles, pues la finalidad es controlar la fertilidad de manera definitiva. Otra faceta de esta decisión ha sido irrefutablemente los factores implícitos o no que influyen en la adopción de un método definitivo, sobre todo en el varón, es así que puede decirse que la plena participación del hombre en la salud sexual y reproductiva se ha visto obstaculizada por factores socio-culturales que están relacionados con las percepciones y expectativas tradicionales que el individuo mismo y la sociedad tiene del género masculino. ⁽⁸⁾ Algunos expertos consideran que el poco involucramiento de los hombres para el control definitivo de la fertilidad 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 y a la escasez de médicos capacitados en la técnica. Otros dan por sentado que es la combinación de fenómenos enraizados en la cultura, como el machismo y la influencia religiosa. ⁽⁸⁾

Uno de los factores con más peso es el concepto que los hombres tienen sobre su masculinidad; temen sobremanera la disfunción eréctil, el abatimiento de la libido, la debilidad física potencial y manifiestan incredulidad acerca de los testimonios de los hombres operados. ⁽⁸⁾ 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. ^{(8) (9)}

Otros autores mencionan que los aceptantes de la vasectomía, 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. 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. ⁽⁸⁾⁽⁹⁾

Algunos autores como García y cols., han reportado que las principales razones por las que se toma la decisión de aceptación del método de vasectomía son: la expectativa de menor número de hijos, mayor poder adquisitivo, posibilidad de mejorar en el bienestar familiar y ejercicio sexual más libre. ⁽⁸⁾⁽¹⁰⁾

Cabe mencionar que la baja aceptación de la vasectomía se ha asociado más frecuentemente 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. ⁽⁸⁾

La toma de decisiones para planear una familia, no es fácil; pues cuando se consolida una relación y se toma la decisión de vivir con otra persona y crear un proyecto de vida en común, ambos miembros de la pareja deben asumir su papel de cónyuges y encarar retos, crisis y cambios importantes en su estilo de vida y en el sistema de seguridad emocional de cada cual, a fin de lograr un acoplamiento entre ambos. ⁽¹¹⁾ Lo anterior nos da una idea de la gran importancia del apoyo que se da y se recibe dentro del subsistema conyugal. En los últimos años, estudios realizados al respecto, sustentan que el apoyo familiar tiene un papel preponderante en mantener y mejorar la salud de los individuos, así como a la adaptación de los diferentes cambios o situaciones que se dan a lo largo de la vida; de este modo tenemos que el apoyo del cónyuge es la forma de soporte más eficaz para afrontar las vicisitudes de la vida, ya sea una enfermedad, un procedimiento quirúrgico, la crianza de los hijos, así como otros eventos difíciles que se experimentan en la cotidianidad. ⁽¹²⁾

En la literatura existe toda una gama de conceptos de apoyo, muy parecidos entre sí, pero en términos generales, apoyo se define como todo aquello que sirve para sostener, proteger, auxiliar, favorecer o brindar soporte a un miembro. Existen definiciones más completas; Arellano López, en su libro Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja, recopila diferentes definiciones de Apoyo, entre las que se encuentran las proporcionadas por Caplan y Killilea en

1976, estos autores lo conceptualizan como el comportamiento entre individuos que persigue mejorar la competencia adaptativa de quien requiere soporte, para que puedan enfrentar y manejar más efectivamente las crisis, los periodos de transición entre las diferentes etapas de la vida, el estrés cotidiano y las tensiones que surgen como consecuencia de las pruebas a las cuales lo enfrenta la vida. Por otro lado, Ell, Nishimoto, Mantell y Hamovitch en 1988, lo conciben como la adecuada percepción de apego o unión entre dos o más individuos. También ha sido conceptualizado por Antonucci y Jackson en 1987, como la ayuda que se da a otros; como el soporte emocional que brindan las personas y grupos sociales del entorno a un individuo, y conceptualizado por Emmons y Colby, en 1995, como la ayuda que proveen a la persona sus familiares, amigos, compañeros de trabajo y amistades. ⁽¹²⁾

Otras consideraciones mencionan la disponibilidad y preocupación por motivar, comprender y brindar soporte a la persona, de manera que ésta encuentre las herramientas que le conduzcan a la auto-superación, así como las capacidades para que enfrente con firmeza y seguridad las situaciones difíciles, por medio de saber cómo actuar y reaccionar ante diversos eventos, sin dejarse descontrolar por el estrés y las emociones que le despiertan, estos últimos conceptos fueron proporcionados por Santer, Whaley, Montenson y Burleson, en 1997 ⁽¹²⁾

De los diferentes tipos de apoyo que existen se reconocen dos tipos principales, que se manifiestan en la pareja:

- 1.) El instrumental, que proporciona conocimiento, técnica, método o ayuda al que lo solicita o necesita para que realice una tarea dentro de lo mejor posible, en este rubro tenemos al apoyo informacional y el instrumental propiamente dicho.
- 2.) El emocional, que proporciona confort y tranquilidad a la persona que solicita o necesita ser apoyado; dentro de este rubro tenemos el apoyo de compañía y moral (de estima).

En México, en el año 2006, Arellano elaboró un instrumento de evaluación, el cual denominó Inventario de Apoyo Para la Pareja (IAPP), éste se construyó basándose en el concepto de apoyo a partir de una red semántica seleccionando a 60 adultos casados o que contaran con una pareja, para definir la palabra apoyo con un mínimo de 5 palabras sueltas y jerarquizar estas palabras respecto a cuál era la que más lo definiera. Una vez recabada la información se encontraron los siguientes resultados: de 176 palabras definidoras, de las cuales 20 tuvieron un valor de peso semántico de 20 como mínimo, por lo que fueron seleccionadas para compararlas con las 25 encontradas en la literatura, resultando que 8 palabras definidoras de la red semántica coincidieron con las de la literatura: ayuda, amor, comunicación, seguridad, amigos, unión (vínculo) y afecto. El peso semántico de cada una de las definidoras se obtuvo mediante la suma de la ponderación de la frecuencia por la jerarquización asignada de cada individuo del grupo donde las categorías uno (más cercano al estímulo) son multiplicadas por diez, las categorías dos por 9 y así sucesivamente hasta llegar al ordenamiento 10, que es multiplicado por 1. En este se propuso la clasificación en tres categorías o tipos de apoyo:

El Inventario de Apoyo para Parejas se desarrolló como un instrumento corto, con oraciones sencillas, compuesto por una escala de respuestas de 5 opciones tipo Lickert. Fue aplicado a una muestra de 341 personas, de las cuales 150 fueron hombres, que corresponde a 43.5% y 191 mujeres, que corresponden a 56.5%. En cuanto a la Validez y la confiabilidad, se realizó un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax, de donde se obtuvieron 3 factores con valor propio mayor que 1. Para el primer factor, denominado apoyo positivo, resulto de 22.574; para el segundo, apoyo expresado, fue de 7.618, y para el tercero, apoyo negativo, fue de 6.400. La varianza acumulada fue de 56.28,

1. **Apoyo Positivo:** La ayuda para buscar soluciones que se brinda a la pareja cuando tiene problemas, mediante proporcionarle seguridad, soporte, afecto, amor y mayor comunicación mutua. Alude a aquellas conductas destinadas a dar soporte emocional al otro miembro de la relación cercana, a través de proporcionarle protección, brindarle seguridad, afecto y amor cuando éste se encuentre en momentos difíciles, aumentado con esto la comunicación entre ellos.
2. **Apoyo Expresado:** Se refiere a aquellas conductas destinadas a ayudar al otro miembro de la relación cercana a buscar solución a sus conflictos, expresándole directamente su afecto, amor, seguridad y soporte, mejorando con esto la comunicación entre ellos.
3. **Apoyo Negativo:** Se refiere a aquellas conductas destinadas a no apoyar al otro miembro de la relación cercana, cuando este ultimo atraviese por momentos difíciles, por medio de comunicarse con su pareja hostilmente, enjuiciamiento, critica, dureza, evitación, rechazo y/o indiferencia.

El instrumento final quedó conformado por 59 reactivos, de los cuales 36 se refieren al apoyo positivo, 15 a apoyo expresado y 8 al apoyo negativo o al no apoyo. ⁽¹³⁾

El apoyo está basado en el grado de empatía que existe entre las personas que integran un vinculo especifico, pues si éste es bueno y sano, el apoyo se brindara de forma más efectiva y pocas veces se cuestionará si está disponible o no, mientras que en individuos que mantienen malas relaciones o insanas, el soporte no siempre se encontrará disponible y generalmente tendría a ser menos efectivo. Está claro que, dentro del subsistema conyugal, el apoyo de la pareja es de suma importancia y parece una idea comúnmente aceptada el que éste pueda actuar como un amortiguador en situaciones de estrés o bien pueda ser un herramienta para afrontar una crisis, ya que, en la vida cotidiana, las personas pueden vivir con amenazas constantes de enfermedad, experimentar compromiso en su calidad de vida y someterse a cambios vocacionales, emocionales y sociales; de ahí que, en tiempos de necesidad, las parejas juegan un papel importante en la adaptación del paciente a una crisis. Estudios previos han reportado que el apoyo de la pareja tiene grandes implicaciones en el estado de salud del individuo que recibe ese

apoyo; de manera que en un individuo enfermo, el apoyo de su pareja ha mostrado influencia en la manera en que se ajusta a la enfermedad. ⁽¹⁴⁾

Se han externado diversas explicaciones en torno al por qué el apoyo o la ayuda beneficia a las personas. Thoits en 1986 afirma que los beneficios del apoyo se deben a que éste repercute positivamente en los sentimientos de autoestima de la persona. El soporte le proporciona un sentido de guía al individuo y le ayuda a sentirse querido y valorado, así como también le refuerza los sentimientos de control personal, lo cual desempeña un papel importante en el bienestar general. Sin embargo, no siempre el apoyo tiene efectos positivos; Arellano en su revisión del tema, menciona a Krause, Keith y Liang; estos autores en 1990 afirmaron que los beneficios dependen de cómo el sujeto percibe el apoyo que se le brinda. Para Krause la percepción de apoyo se da también en función de los valores que una cultura promueve. ⁽¹⁵⁾

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

A partir de la implementación de los métodos definitivos de planificación familiar para el varón, en el ámbito mundial y nacional se han venido realizando estudios exploratorios respecto a los factores que influyen en la aceptación de la vasectomía, es así como puede citarse a Alarcón y col, que en 1995 realizo estudios en México en el ámbito urbano, relacionado 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 e valuación y adopción- con un tiempo promedio de cuatro meses y hasta de más de un año. ⁽¹⁶⁾

Córdoba y col. en el 2005 realizo un estudio en México, en el centro de cirugía ambulatoria del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), donde determinó los principales temores al procedimiento de vasectomía y la relación con la masculinidad, en 71 varones que solicitaron el procedimiento de manera voluntaria, de los cuales el 15% expreso temor por perder la capacidad de erección, dejar de eyacular, disminuir la cantidad de semen expulsado, tener cambios de coloración en el semen, y sufrir pérdida o disminución del placer sexual propio o de su pareja. Mientras que un 68% mostro temor al dolor de la cirugía, a la exploración física o bien dudas acerca de la efectividad del método; lo que nos muestra que los mitos y el factor cultural acerca de la perdida de la masculinidad están disminuyendo, aunque aún se encuentran presentes. ⁽¹⁷⁾

Enfocándonos a los motivos por los cuales se favorece la elección del método, García moreno et al. En el 2005, realizaron un estudio en donde se buscaba Reunir información acerca de los factores que más influyen en los hombres del medio rural para participar en actividades de planificación familiar, en varones que habitaban en las comunidades rurales de Puebla, Michoacán, Oaxaca, Veracruz Sur, Chiapas, Durango y Yucatán; se trabajaron con 218 hombres a los cuales se les aplico un cuestionario estructurado, el cual reporto que dentro de los motivos principales por los cuales se realizaron la vasectomía, destacó la reproducción satisfecha (40.4 %) y el factor económico adverso (36.7 %); menor proporción (7.3%) porque la esposa o pareja no quería más hijos o no podía; 12.4 % de los encuestados opinó que existió más de un motivo. Entre éstos últimos destacó que 21 (10.6 %) expresaron nuevamente la reproducción satisfecha y el factor económico adverso. Así mismo, de los participantes en el estudio, 161 hombres (74 %) manifestaron que en la decisión de operarse participó su esposa; 42 (9.3%) indicaron que fue decisión personal; seis (2.8 %) reconocieron que fueron alentados por personal médico o de enfermería. Acerca de disfrutar las relaciones sexuales después de la vasectomía de la misma manera que antes de operarse, 208 (95.4 %) hombres dijeron que sí y 10 (4.6 %) que no. En opinión de los primeros, porque no perciben cambio alguno (31 %) o porque ahora no hay riesgo de embarazo (25 %); 44.7 % no pudo o no quiso dar una razón. De los 10 que no disfrutaban igual sus relaciones, uno dijo no sentir lo mismo, cuatro comentaron

tener dolor durante su relación y cinco por temor a tener complicaciones posteriores. ⁽⁸⁾

Una de las posturas respecto al comportamiento de los aceptantes, habla acerca de la decisión en conjunto con la pareja; un estudio realizado en Tanzania en el 2007 Arwen B et Al, en donde entrevista a 38 hombres aceptantes de vasectomía en una provincia de Tanzania, 58 % de estos expresan que la decisión de realizarse el procedimiento se debió a autentica preocupación por el estado de salud de su esposa al presentar complicaciones durante el embarazo y el puerperio, un 50% fue muy específico al mencionar su insatisfacción en los efectos secundarios que tenían los métodos de planificación temporal en sus esposas, estos efectos incluyen sangrados irregulares, mareos, ganancia de peso o disminución de la libido; un pequeño número de los vasectomizados refirió que influyó el hecho de que la vasectomía es un procedimiento menor a comparación de la oclusión tubaria bilateral; lo verdaderamente relevante es que todos los participantes mencionan que discutieron la decisión de elección de vasectomía con su esposa y más de la mitad expresa que la aprobación y el soporte de su pareja fue un factor decisivo para la adopción de la misma. ⁽¹⁸⁾

Esto nos muestra que el factor apoyo de pareja es fundamental para la toma de decisiones de gran importancia, así como acontecimientos determinantes de la vida. Existen investigaciones que han documentado que el apoyo del cónyuge está asociado con adaptación al cáncer. Luszczynska y cols, realizaron un estudio en Berlín, Alemania en el 2003, analizando a 173 parejas de las cuales 108 eran hombres y 65 eran mujeres, ambos grupos pacientes con algún tipo de cáncer los cuales fueron sometidos a cirugía ya sea paliativa o curativa; se comparó el nivel de apoyo dado por la pareja, antes de la cirugía, al mes de la cirugía y a los seis meses; ellos obtuvieron que en general, los niveles de apoyo recibido fueron muy altos en los dos grupos. Los pacientes masculinos reportaron el mismo nivel alto de apoyo emocional recibido entre el periodo de estudio de seis meses. En contraste, a pesar de que las mujeres reportaron los mismos niveles altos de apoyo recibido antes de la cirugía y un mes después, reportaron apoyo emocional significativamente menor que los pacientes masculinos después de seis meses de la cirugía. Se vio también que los pacientes que recibieron apoyo por parte de su pareja sortearon mejor las incomodidades de la cirugía y se adaptaron mejor a su enfermedad. ⁽¹⁴⁾

Para Krause (Citado por Velasco), la percepción de apoyo se da también en función de los valores que una cultura promueve. A este respecto, Asili, Galvanovskis y Reig (1997) llevaron a cabo un estudio en el que midieron el apoyo y la depresión tanto en un grupo de ancianos mexicanos como estadounidenses. Los resultados mostraron que en ambos grupos, al aumentar el apoyo, la depresión tiende a disminuir, pero en el grupo de mexicanos se sentían menos incómodos al aceptar ayuda y perder un poco de su autonomía, a comparación de los norteamericanos. ⁽¹⁹⁾

Los antecedentes anteriores dejan en claro que el factor apoyo es de gran importancia para la dinámica del subsistema conyugal; su presencia en la pareja favorece la adaptabilidad a las diferentes etapas que se viven, así como para hacer frente a las crisis; pero no se han realizado estudios previos y no se cuentan con antecedentes que señalen si la percepción del apoyo de pareja favorece la toma de decisión para la planificación de la familia, refiriéndonos específicamente al método definitivo para el varón.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La familia considerada célula básica de la sociedad, debe mantener en forma común y unitaria relaciones directas, personales, con un vínculo entre sus componentes mediante el cual se comparten sentimientos, circunstancias, condiciones de vida y aspiraciones y en el que existe el compromiso de satisfacer necesidades mutuas y de crianza. Refiriéndonos específicamente al subsistema conyugal, los miembros de éste deben efectuar negociaciones de reglas, evaluar los intereses y valores de sus parejas, llevar a cabo un progresivo ajuste en su vida sexual y principalmente, tener una regulación de la natalidad; la omisión de esta última tarea puede llevar a embarazos no deseados y posteriormente a sentimientos de culpa. ⁽²⁾

Referido por García, se dice que la mayoría de los hombres vasectomizados reconocen que la decisión de operarse les llevó tiempo, no obstante la aceptaron por tener confianza en los médicos, por la perspectiva de un mejor nivel de vida y la posibilidad de tener un ejercicio sexual despreocupado; pero el factor que más influyó en ellos fue el amor a la pareja y que ésta participó en la toma de decisión, aunque no explicita si la decisión estuvo favorecida con el tipo de apoyo recibido y/o percibido por parte de sus parejas. ⁽⁸⁾

JUSTIFICACION

El funcionamiento familiar en gran medida depende del subsistema conyugal, y para ello los integrantes requieren el ajuste de negociaciones desde su unión, entre ellas estaría incorporada en el aspecto de la reproducción lo relacionado con la planificación familiar, que es una de las decisiones relevantes para el desarrollo del núcleo familiar, y que en ello debe tenerse presente que el apoyo mutuo es fundamental, no solo como recurso para amortiguar las crisis tanto esperadas o no a lo largo de su vida marital, sino también como herramienta en la organización y el adecuado funcionamiento del hogar así como en la toma de decisiones en conjunto. Se ha constatado, que los cónyuges que reciben niveles superiores de apoyo reportan generalmente una mayor satisfacción marital, por lo que es muy probable que juegue un papel fundamental para la adopción de un método de planificación familiar, donde sea más significativa la participación del varón.

En la UMF 94 se cuenta con 52439 derechohabientes masculinos, de los cuales 33,324 se encuentran en edad reproductiva; de ellos en el 2008, acudieron al

servicio de Planificación familiar 666, de los cuales 271 se sometieron al procedimiento de vasectomía. En la práctica médica se ha observado que previo al procedimiento quirúrgico se aplica el consentimiento informado de manera clara y amplia, sin embargo no se tiene registro de una exploración respecto a elementos de la pareja que pudieron intervenir en dicha decisión, siendo que el médico familiar tiene la posibilidad de la indagación al respecto y respetando los aspectos éticos, se propone este trabajo surgiendo la siguiente interrogante:

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Hay diferencia en la percepción del apoyo de pareja, para la elección de un método definitivo o no de planificación familiar por el varón?

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Objetivo General: Comparar la percepción del tipo de apoyo de pareja, para la elección de un método definitivo o no definitivo de planificación familiar por el varón.

Objetivos Específicos

- Identificar el tipo de apoyo de pareja percibido por el varón que elige método definitivo de planificación familiar.
- Conocer el tipo de apoyo de pareja percibido por el varón que elige método no definitivo de planificación familiar.
- Identificar si con la edad, ocupación, estado civil y escolaridad varía el tipo de apoyo o elección del método.

HIPÓTESIS

La percepción del apoyo positivo y expresado es más frecuente en el aceptante de método definitivo, en comparación a aquel que adopta uno no definitivo de planificación familiar.

IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

Variables Independientes:

- Percepción de apoyo

Variables Dependientes:

- Tipo de método de planificación familiar.

Variables universales:

- Edad.
- Estado civil.
- Escolaridad.
- Ocupación.

Diseño del Estudio: Estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo y comparativo.

Universo de Trabajo: Varones

Población de Estudio: Varones adultos derechohabientes del IMSS.

Muestra en Estudio: Varones adultos derechohabientes del IMSS, adscritos a la UMF. 94

Determinación del tamaño de la muestra. No se determinó, ya que se incluyó al total de varones adultos derechohabientes del IMSS, adscritos a la UMF. 94, que acuden al servicio de planificación familiar a solicitar método de anticoncepción definitivo o no, durante julio a octubre del 2009.

Tipo de muestreo: muestreo no probabilístico, a conveniencia.

Procedimiento para recolección de información: Una vez aprobado el proyecto de investigación, se acudió a los servicios de planificación familiar de ambos turnos, informándoles acerca del inicio del proyecto, de este modo; a todo paciente varón que llegó solicitando método de planificación familiar, y que cumplió con los criterios de inclusión, se le invitó a participar en el estudio; se le proporcionó el instrumento de evaluación, ya validado y se procedió a la aplicación del mismo, previo consentimiento informado.

PROGRAMA DE TRABAJO

Primer año:

- ✓ Se realizó la construcción del marco teórico a través de la búsqueda de información científica.
- ✓ Se realizaron revisiones y ajustes por el director de tesis.
- ✓ Se sometió el proyecto a revisión y aprobación por el Comité Local de Investigación.
- ✓ Una vez aprobado, se informó del inicio del proyecto al servicio de planificación familiar de ambos turnos.

Segundo año:

- ✓ Se procedió a recolectar la muestra.
- ✓ Se les invitó a participar en el proyecto de investigación.
- ✓ Previo consentimiento informado, se procedió a la aplicación del instrumento de evaluación, ya validado.
- ✓ De los varones que contestaron el cuestionario, se cuantificó el número de los que decidieron realizarse la vasectomía.
- ✓ Una vez obtenidos los resultados, fueron vaciados en el programa correspondiente para su análisis.
- ✓ Al final, se procedió a la elaboración del informe de investigación, así como su entrega al comité y elaboración del escrito médico.

Tercer año:

- ✓ Se enviará el escrito médico, para publicación y presentación en cartel.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

1. Derechohabientes de la UMF 94.
2. Cualquier turno.
3. Varones adultos.
4. Que saben leer y escribir.
5. Que acudieron al servicio de planificación familiar a solicitar método de planificación familiar.
6. Que de manera voluntaria aceptaron llenar el instrumento completo, bajo consentimiento informado.

Criterios de no inclusión:

1. Con antecedente de recanalización por vasectomía expresado por ellos.

Criterios de eliminación: No necesarios por el tipo de diseño.

DESCRIPCIÓN Y VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

INVENTARIO DE APOYO PARA LA PAREJA (IAPP)

Creado por Brizuela Días y cols. en México, este instrumento fue diseñado con la finalidad de evaluar la percepción que se recibe y se da en la pareja.

Se elaboró el instrumento basado en los conceptos de apoyo instrumental y apoyo afectivo (Newcombs, 1990), clasificándolas como sigue: definidoras de apoyo instrumental: ayuda, soporte, unión-vinculación y definidoras de apoyo afectivo: amor, comunicación, afecto, seguridad y amigos.

El inventario de apoyo para parejas se desarrolló como un instrumento corto con oraciones sencillas, compuesto de una escala de respuestas de opciones tipo Lickert, categorizándolas en: siempre lo hace, muchas veces lo hace, algunas veces lo hace, rara vez lo hace y nunca lo hace.

Fue aplicado a una muestra de 341 personas, de las cuales 150 fueron hombres, que corresponde a 43.5% y 191 mujeres, que corresponden a 56.5%. En cuanto a la Validez y la confiabilidad, se realizó un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax, de donde se obtuvieron 3 factores con valor propio mayor que 1. Para el primer factor, denominado apoyo positivo, resultó de 22.574; para el segundo, apoyo expresado, fue de 7.618, y para el tercero, apoyo negativo, fue de 6.400. La varianza acumulada fue de 56.28.

Las dimensiones obtenidas mostraron coeficientes de confiabilidad alfa de Cronbach para apoyo positivo (apoyo que me da mi pareja) fue de 0.9712, para apoyo expresado fue de 0.9637 y para apoyo negativo fue de 0.8211, que confirma la estabilidad teórica y empírica de los elementos que componen el apoyo.

El instrumento está conformado por un cuestionario de 59 reactivos, de los cuales 36 se refieren al apoyo positivo, 15 al apoyo expresado y 8 al apoyo negativo o no apoyo.

Para obtener la calificación se necesita seleccionar los reactivos que pertenecen a cada factor, sumar la calificación de los puntajes (1, 2, 3, 4 o 5) dados por el sujeto, el puntaje obtenido es la calificación para ese factor, comparar el puntaje con el punto medio o el punto de corte (obtenido multiplicando el número total de reactivos de cada factor por 3), tomando en cuenta también el puntaje máximo que se puede obtener así como el mínimo. Para obtener el puntaje máximo se multiplica el número total de reactivos de cada factor por 5, que en la escala de Lickert es el puntaje más alto y para obtener el puntaje mínimo se multiplica el número total de reactivos de cada factor por 1, que en la escala de Lickert es el puntaje más bajo que se asigna.

Factor 1 total de 36 reactivos evalúa el apoyo positivo. Numero de reactivo: 1,2,3,4,5,6,7,8,10,11,12,13,15,16,17,18,20,21,22,23,24,25,26,28,29,31,32,33,34,36,37,40,41,42,43,44. Con un punto de corte o punto medio de 108.

Factor 2 total de 8 reactivos que evalúa el apoyo negativo. Numero de reactivo: 9, 14, 19, 27, 30, 35, 38,39. Con un punto de corte de 24.

Factor 3 con un total de 15 reactivos evalúa el apoyo expresado. Reactivos del 45 al 59. Con un punto de corte de 45.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN

Para el análisis y procesamiento de los resultados se utilizó estadística descriptiva mediante la utilización del programa SPSS V12.

Se obtuvo media, desviación estándar y rango para las variables universales, mientras que para las variables de tipo cualitativo se obtendrán frecuencias absolutas y relativas presentándolas en porcentajes.

Como prueba de hipótesis se utilizó la ji cuadrada con una p de 0.05, con corrección de Yates.

Los resultados se muestran en cuadros y figuras.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Se protegió la información que me fue otorgada acerca de la vida personal del paciente así como su identidad. Abordé la situación de la relación de pareja y sus aspectos íntimos con respeto, decoro y discreción, me abstuve de emitir juicios, opiniones o sugerencias con respecto a la manera en como llevan su relación así como en la toma de decisión de realizarse la vasectomía. Se aplicaron los principios éticos de autonomía, beneficencia, justicia, equidad y confidencialidad, en base a los siguientes artículos de reglamento federal y de la ley general de salud:

ARTÍCULO 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

ARTÍCULO 16. En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTÍCULO 18. El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Asimismo, será suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste.

ARTÍCULO 20. Se entiende por consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla.

DIFUSIÓN DE RESULTADOS

Se realizó mediante la elaboración de un escrito medico para su publicación en revista médica indexada, así como se elaboró de un cartel para su presentación.

Cronograma de actividades: Ver Anexos.

RESULTADOS.

De los datos socio demográficos (cuadro 1), respecto a la edad tanto en el grupo de método definitivo (A) como en el de método temporal (B), mostró la mayor frecuencia en el rango de 31 a 40 años, teniendo una media para el "A" de 33.44 ± 6.74 años, en tanto para el "B" la media fue de 33.16 ± 8.75 años. En relación a la escolaridad en el "A" con nivel licenciatura 10(40%) y de preparatoria en el "B" en 15(60%). Conforme a la ocupación en la misma categoría de profesional-técnico en 16(64%) y 18(72%) para el grupo "A" y "B" respectivamente. Finalmente de acuerdo al estado civil predominó el ser casados en ambos grupos con 19(76%) y 18(72%).

CUADRO 1 DISTRIBUCIÓN DE LOS DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

PARAMETROS/GRUPOS		METODO DEFINITIVO		METODO TEMPORAL	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%
Edad	20-30	10	40	9	36
	31-40	11	44	11	44
	41 o mas	4	16	5	20
Escolaridad	Lee y escribe	0	0	0	0
	Primaria	0	0	1	4
	Secundaria	6	24	3	12
	Preparatoria	9	36	15	60
	Licenciatura	10	40	6	24
	Postgrado	0	0	0	0
Ocupación	Hogar	0	0	3	12
	Obrero	4	16	1	4
	Profesional-Técnico	16	64	18	72
	Profesional	5	20	3	12
Estado Civil	Casado	19	76	18	72
	Unión Libre	6	24	7	28

Fuente: Participantes de la UMF. 94 IMSS. Año 2009

En relación a los resultados de la percepción de tipo de apoyo, en ambos grupos la mayor frecuencia se reportó en la categoría de apoyo positivo, siendo en el método definitivo en 21(84%) y en aquel de método temporal en 18(72%). (Cuadro 2)

CUADRO 2. DISTRIBUCION DEL TIPO DE APOYO.

Tipo de Apoyo percibido/Grupos	Método Definitivo		Método Temporal	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Apoyo Positivo	21	84	18	72
Apoyo Expresado	3	12	3	12
Apoyo Negativo	1	4	4	16

N=50

Fuente: Inventario de apoyo para la pareja. UMF 94. Año 2009.

Valor obtenido de Chi cuadrada con corrección de Yates con un valor de 2.423 p 0.1920

Respecto al tipo de apoyo y edad, en ambos grupos se observó que el apoyo positivo fue en el rango de edad de 31 a 40 años, con 9 (36%); aunque en el grupo "A" hubo un empate con el rango de edad de 20 a 30 años. (Cuadro 3).

CUADRO 3. TIPO DE APOYO PERCIBIDO Y EDAD.

Edad/ Grupo	Método Definitivo			Método Temporal		
	Positivo	Expresado	Negativo	Positivo	Expresado	Negativo
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)
20-30 años	9 (36%)	0 (0%)	0 (0%)	8 (32%)	2 (8%)	0 (0%)
31-40 años	9 (36%)	1 (4%)	1 (4%)	9 (36%)	1 (4%)	2 (8%)
41 años y mas	3 (12%)	2 (8%)	0 (0%)	1 (4%)	0 (0%)	2 (8%)
Total	21 (84%)	3 (12%)	1 (4%)	18 (72%)	3 (12%)	4 (16%)

Fuente: Inventario de apoyo para la pareja. UMF 94. Año 2009

Para tipo de apoyo y escolaridad, se reportó que en el grupo "A" el apoyo positivo fue en 10 (40%) en la categoría de licenciatura, en tanto que en el grupo "B" fue de 11 (44%) en nivel preparatoria. (Cuadro 4).

CUADRO 4. TIPO DE APOYO Y ESCOLARIDAD.

Escolaridad/Grupos	Método Definitivo			Método Temporal		
	Positivo	Expresado	Negativo	Positivo	Expresado	Negativo
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)
Lee y Escribe	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Primaria	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Secundaria	5 (20%)	0 (0%)	1 (4%)	3 (12%)	0 (0%)	0 (0%)
Preparatoria	6 (24%)	3 (12%)	0 (0%)	11 (44%)	3 (12%)	3 (12%)
Licenciatura	10 (40%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (16%)	0 (0%)	1 (4%)
Postgrado	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Total	21 (84%)	3 (12%)	1 (4%)	18 (72%)	3 (12%)	4 (16%)
	P:0.023			P: 0.306		

Fuente: Inventario de apoyo para la pareja. UMF 94. Año 2009

Acerca de la percepción del apoyo y el estado civil; tanto para el grupo “A” como para el “B” se observó en la categoría de casados, una frecuencia de 15 y 13 (60% y 52%) respectivamente. (Cuadro 5).

CUADRO 5. APOYO PERCIBIDO Y ESTADO CIVIL.

Edo. Civil/Grupo	Método Definitivo			Método Temporal		
	Positivo	Expresado	Negativo	Positivo	Expresado	Negativo
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)
Casado	15 (60%)	3 (12%)	1 (4%)	13 (52%)	1 (4%)	4 (16%)
Unión Libre	6 (24%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (20%)	2 (8%)	0 (0%)
Total	21 (84%)	3 (12%)	1 (4%)	18 (72%)	3 (12%)	4 (16%)
P: 0.675			P: 0.254			

Fuente: Inventario de apoyo para la pareja. UMF 94. Año 2009

Finalmente, en apoyo percibido y ocupación; ambos grupos registraron en apoyo positivo dentro del rubro de profesional-técnico una frecuencia de 12 (48%) para el grupo “A” y 15 (60%) para “B” (Cuadro 6).

CUADRO 6. APOYO PERCIBIDO Y OCUPACIÓN.

Ocupación/Grupo	Método Definitivo			Método Temporal		
	Positivo	Expresado	Negativo	Positivo	Expresado	Negativo.
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)
Hogar	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4%)	0 (0%)	2 (8%)
Obrero	4 (16%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4%)	0 (0%)
Profesional-Técnico	12 (48%)	3 (12%)	1 (4%)	15 (60%)	2 (8%)	1 (4%)
Profesionista	5 (20%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (8%)	0 (0%)	1 (4%)
Total	21 (84%)	3 (12%)	1 (4%)	18 (72%)	3 (12%)	4 (16%)
P: 0.462			P: 0.008			

Fuente: Inventario de apoyo para la pareja. UMF 94. Año 2009.

ANALISIS DE RESULTADOS.

El comportamiento de los datos socio demográficos era esperado considerando el diagnóstico de salud de la unidad médica de estudio,⁽²⁰⁾ y al censo del 2009 del servicio de planificación familiar de la misma unidad ⁽²¹⁾; en especial los datos de edad semejantes a lo reportado por Díaz Chávez, ⁽²²⁾ con participantes de la cuarta década de la vida y con mayor demanda asistencial entre la tercera y cuarta décadas. En cuanto a la escolaridad, la ocupación y el estado civil, son datos similares a lo observado por Díaz Chávez ⁽²²⁾ y García y Solano ⁽⁸⁾ donde la mayor frecuencia observada de los pacientes estudiados tuvieron una educación media superior, casados y unidos y con ocupación a nivel de profesionales técnicos.

Respecto a la percepción de tipo de apoyo de pareja los datos fueron favorables para ambos grupos ya que en aquellos varones que eligieron un método temporal, como los de método definitivo, presentaron en su mayoría percepción de apoyo positivo por parte de sus parejas; esto es esperado de acuerdo con lo mencionado en Neff y Karney, ⁽²³⁾ fenómeno que explicaron con base a la observación de que las mujeres son mejores proveedoras de apoyo que sus maridos, aunque no fue objeto de este trabajo comparar los apoyos de los hombres y las mujeres, es esperado que los hombres percibieran un apoyo positivo de acuerdo a este antecedente.

En lo referente al tipo de apoyo relacionado con la edad se manifestó más frecuentemente entre la tercera y la cuarta década de la vida, lo cual puede ser sustentado con base a lo referido por Neff y Karney, ⁽²³⁾ quienes sugieren que a mayor tiempo de relación y edad de las parejas el apoyo tiende a ser mas percibido por los miembros de la pareja, circunstancia que no se observó en jóvenes.

No existe en la literatura el antecedente de relacionar el tipo de apoyo con la escolaridad y ocupación, sin embargo en ésta investigación se reporto mayor apoyo positivo con escolaridad de nivel medio superior y superior, así como con ocupación de profesional-técnico, que aunque el estudio no tuvo la intención de causalidad al respecto debe ser considerada ya que se esperaría mayor apertura a algún método de planificación y decisión conjunta con la pareja.

En lo que respecta al tipo de apoyo y el estado civil, tenemos que la gran mayoría de los varones de ambos grupos que percibieron el apoyo como positivo, fueron casados; ya que como lo refieren Neff y Karney ⁽²³⁾. La relación matrimonial permite a las personas innumerables oportunidades para ofrecer apoyo a su pareja, además de actuar como un factor protector, para superar diferentes fluctuaciones y dificultades que se presentaran a lo largo de la unión.

En el estudio del tipo de apoyo y la relación con el tipo de método de planificación familiar; observamos que fue mayor el apoyo positivo en los varones que eligieron el método definitivo comparado con los que eligieron un método temporal; para apoyo expresado, ambos grupos se mantuvieron en iguales proporciones, y en cuanto al apoyo negativo, fue visiblemente mayor en los varones que eligieron un

método de planificación familiar temporal; lo que de alguna manera permite inferir que la decisión de la temporalidad pudo verse afectada por esto, aunque no existió diferencia significativa ni entre grupos ni entre los diversos apoyos percibidos. Lo que sí es claro que para la elección de cualquiera de este tipo de métodos los varones contaron y así lo manifiestan con apoyo porcentualmente en su mayoría positivo, sin que en ello influya la edad o la escolaridad. Que finalmente puede sugerirse la utilización del instrumento de evaluación del apoyo de pareja para realizar la complementariedad de la entrevista a las parejas que solicitan un método de planificación familiar.

CONCLUSIONES.

El tipo de apoyo tanto para el grupo de método definitivo como aquel con método temporal casi en su mayoría correspondió a la categoría de apoyo positivo y expresado. Solo en el grupo de método temporal se registro en mínimo porcentaje de apoyo negativo.

Aunque la conclusión final es que no se observó diferencia estadísticamente significativa entre el tipo de apoyo del grupo de varones con método definitivo y aquellos con método temporal.

El instrumento de percepción de apoyo de pareja puede ser utilizado por el profesional médico como una herramienta de fácil aplicación e interpretación.

SUGERENCIAS.

Insistir en realizar evaluaciones complementarias a los candidatos y sus parejas con instrumentos como el utilizado en éste estudio.

Insistir dentro de las actividades de consejería que se realizan a los pacientes atendidos en el servicio de planificación familiar el aspecto de evaluación de las parejas como complementariedad del proceso educativo respecto a la sexualidad y planificación familiar.

Realizar una investigación como seguimiento de los aceptantes de ambos métodos con una exploración complementaria de la vida de pareja.

Bibliografía.

1. Linton R. La historia natural de la familia. En: Fromm E, Parson T. La familia. 5ta ed. Barcelona: península; 1978. p. 5-29.
2. Huerta JL. Medicina Familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad. D.F. (México): Editorial Alfil; 2005.
3. Rubio AE. Introducción al estudio de la sexualidad. En: Pérez FC, Rubio AE, Editores. Antología de la sexualidad humana. 2ª ed. México: Conapo. 1998. p. 17-46.
4. Romero SL. Planificación Familiar y regulación responsable de la fecundidad. Monografías. com. Psicología. 2003 julio. Disponible en: URL: <http://www.monografias.com/trabajos13/planfam/planfam.shtml>
5. Lineamiento Técnico Médico para el uso de la metodología anticonceptiva 2780-013-001.IMSS
6. Weiskev WH. Vasectomy Review. ANDROLOGIA 2001 Oct (33): 125-134
7. Secretaria de Salud, Equidad de género y Salud reproductiva disponible en: URL: http://www.generosaludreproductiva.gob.mx/IMG/pdf/La_vasectomia_of_rece_muchas_ventajas.pdf
8. García MJ; Solano SM. Aceptación y rechazo de vasectomía en hombres del medio rural. Rev Med IMSS. 2005 Abr 43 (3): 205-214
9. Aldaz E, Givaudan M, Pick S. Creencias, conocimientos, actitudes, motivaciones e intenciones conductuales hacia la vasectomía en hombres mexicanos. México: Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población. 1997.
10. Weinstein S, Goebel G. The relationship between contraceptive sex, role stereotyping and attitudes toward male contraception among males. J Sex Res 1979. 15(3): 235-242.
11. Garrido GA, Reyes GA, Ortega SP, Torres VL. La vida en pareja: un asunto a negociar. Enseñanza e investigación en psicología. 2007 JUL-DIC, 12 (2): 385-396.
12. Sinibaldi GJ. Instrumentos de evaluación sobre el apoyo y la estigmatización que las personas con VIH/SIDA perciben de su familia? En: Velasco ML, Luna PM. Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja. México. Ed. Pax, 2006. 132-133.
13. Brizuela DB, Ojeda GA, Calderon EA, Cruz OL, Inventario de Apoyo Para la Pareja. En: Velasco ML, Luna PM. Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja. 1ª ed. México. Ed. Pax, 2006. 183-200.
14. Luszczynska A, Boehmer S, Knoll N, Schulz U, Schwarzer R; Emotional Support for Men and Women With Cancer: Do Patients Receive What Their Partners Provide? International Journal of Behavioral Medicine 2007. 14 (3):156–163.
15. Sinibaldi GJ. Instrumentos de evaluación sobre el apoyo y la estigmatización que las personas con VIH/SIDA perciben de su familia? En: Velasco ML, Luna PM. Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja. México. Ed. Pax, 2006. 137-138.

16. Alarcón NF, Juárez TC. La vasectomía en México: estudio sobre la toma de decisión. México: AVSC Internacional; 1995. 1-35.
17. Córdoba BD, Valdepeña ER, Patiño OS, Sapien LJ, Rosas BJ. Temores de varones que recurren a la vasectomía sin bisturí en el centro de cirugía ambulatoria del ISSSTE. Revista de especialidades médico-quirúrgicas. 2007 sep-dic 12 (3):27-29.
18. Arwen B, Guest B, Searing H, Frajzyngier V, Riwa P, Kanama J, Achwa I, Factors Affecting Vasectomy Acceptability in Tanzania, International Family Planning Perspectives. 2007 March 33 (1): 13-21.
19. Sinibaldi GJ. Instrumentos de evaluación sobre el apoyo y la estigmatización que las personas con VIH/SIDA perciben de su familia? En: Velasco ML, Luna PM. Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja. México. Ed. Pax, 2006. 140-141.
20. Instituto Mexicano del Seguro Social. Delegacion 2 noroeste del distrito federal, población adscrita, unidad de medicina familiar No. 94: 2009
21. Instituto Mexicano del Seguro Social. Delegacion 2 noroeste del Distrito Federal. Censo de atención en el servicio de planificación familiar. 2009.
22. Diaz EP, Mendez JL, Medina B, Trujillo C. Vasectomía sin bisturí. Experiencia de 10 años. Rev Med IMSS. 2004. 42 (4): 337-341.
23. NEFF, L, KARNEY, B. "Gender Differences in Social Support: A Question of Skill or Responsiveness?" Journal of Personality and Social Psychology, 2005, Vol. 88, No. 1, 79-90.

ANEXOS

CUADRO DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍA DE LA VARIABLE
Apoyo Percibido	Aquellas conductas destinadas a dar protección, soporte emocional, afecto, amor o auxilio al otro miembro de la relación cercana.	Presencia o ausencia de estas conductas, referido por el participante.	Lo obtenido al aplicar el cuestionario	Cualitativa Independiente	Nominal politómica	1. positivo 2. negativo 3. expresado
Tipo de método de planificación familiar	Clase de mecanismo del cual se hace uso para evitar la fecundación y prevenir un embarazo.	Aceptación de cualquiera de los mecanismos, referido por el participante.	Lo referido por el paciente	Cualitativa Dependiente	Categórica	1. Definitivo 2. Temporal

VARIABLES UNIVERSALES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍA DE LA VARIABLE
Edad	Tiempo de vida transcurrido de un individuo a partir de su nacimiento expresada en años	Años cumplidos hasta la fecha del estudio	Lo referido por el paciente	Cuantitativa continua Universal	Numérica	De acuerdo a lo referido por el participante a partir de 18 años.
Estado civil	Vínculo jurídico que se desarrolla alrededor del concepto institucional de la familia	Condición legal del participante	Lo referido por el paciente.	Cualitativa Universal	Nominal dicotómica	1. En unión libre 2. Casado
Escolaridad	Grado académico obtenido y avalado por alguna institución educativa	Grado académico concluido	Lo referido por el paciente	Cualitativa Universal	Nominal politómica	1. Lee y escribe 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Licenciatura 6. Posgrado
Ocupación	Actividad laboral en que se desempeña y por la cual se recibe un ingreso en dinero o especie.	Actividad laboral que desempeña el participante al momento del estudio	Lo referido por el paciente	Cualitativa Universal	Nominal Politómica	1.Hogar 2.Obrera 3.Profesional-Técnica 4.Profesional

CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION

México D.F. a ____ de _____ del 2009.

Por medio del presente documento, yo:

Acepto participar en el protocolo de estudio de la Dra. Franco Andrade Aurea Noemi, Médico Residente del segundo grado de la especialidad en Medicina Familiar; titulado: Percepción del Varón del Apoyo percibido por su pareja para la elección de un método definitivo de planificación familiar. Registrado ante el Comité Local de Investigación con el número: 2009-3515-12

El objetivo del estudio es comparar la percepción del tipo de apoyo de la pareja, para la elección de un método definitivo o no definitivo de planificación familiar por el varón.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder a un cuestionario que se me otorgará, sujetándome a contestar con veracidad las preguntas que ahí se me plasmen. Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

- Incomodidad al responder algunas preguntas personales.
- Descubrir ciertos aspectos de mi vida personal.
- Consumo de tiempo al responder el cuestionario.
- Reconsideración sobre aceptar el procedimiento de vasectomía.
- Y los inherentes a este estudio...

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le planteé acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

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

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

Nombre, firma y matricula del Médico
investigador

Nombre y firma del participante

En caso de dudas relacionadas con el estudio, favor de comunicarse al 5536424857.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Tiempo de realización	2008	2009											2010
	Marzo-Diciembre	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov Mar 2010	Abr Jul
Actividades													
Selección del tema de investigación	*												
Búsqueda de información	*												
Realización de proyecto de investigación y Asesorías	*												
Aprobación por el Comité Local de Investigación		*	*	*									
Integración de la muestra y aplicación del cuestionario.					*	*	*	*	*	*	*	*	
Análisis de datos y elaboración de resultados												*	
Revisión de Trabajo terminado por Comité Local de Investigación												*	
Impresión de trabajo final y difusión del trabajo												*	*

* realizado

XX programado

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 2 DEL DF
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 94
Inventario de Apoyo para la Pareja (IAPP)**

No. Folio: _____

Instrucciones: marque con una **X** el numero que mejor represente la forma como su pareja responde ante una problemática suya. Por favor, sea lo más honesto posible, de una sola respuesta por pregunta y no deje de contestar ninguna. Gracias.

Siempre lo hace (5); Muchas veces lo hace (4); Algunas veces lo hace (3) Rara vez lo hace (2); Nunca lo hace (1).

Nombre: _____ Afiliación: _____
 Edad: _____ Ocupación: _____
 Edo. Civil: _____ Escolaridad: _____
 Turno: _____

1.	Mi pareja, con su amistad, me brinda apoyo.	1	2	3	4	5
2.	Ante mis problemas, mi pareja se muestra comprensivo.	1	2	3	4	5
3.	Mi pareja escucha mis problemas.	1	2	3	4	5
4.	Ante mis problemas personales, mi pareja me orienta.	1	2	3	4	5
5.	Ante un problema mío, mi pareja me apoya cooperando en lo que está a su alcance.	1	2	3	4	5
6.	Mi pareja me apoya protegiéndome ante cualquier dificultad.	1	2	3	4	5
7.	Ante mis conflictos personales, mi pareja me brinda sostén emocional.	1	2	3	4	5
8.	Mi pareja es solidaria, ante cualquier decisión que tome con respecto a mis problemas personales.	1	2	3	4	5
9.	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, el o ella me evita.	1	2	3	4	5
10.	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, el o ella se preocupa.	1	2	3	4	5
11.	Cuando le platicos mis problemas a mi pareja, el o ella me hacen ver los pros y los contras de aquellos.	1	2	3	4	5
12.	Ante mis problemas, mi pareja me dice que está conmigo.	1	2	3	4	5
13.	Mi pareja me ayuda a solucionar mis problemas.	1	2	3	4	5
14.	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o el me condena.	1	2	3	4	5

15.	Mi pareja me apoya dándome amor.	1	2	3	4	5
16.	Mi pareja me brinda tranquilidad en momentos difíciles.	1	2	3	4	5
17.	Ante una dificultad, mi pareja me dice que “yo puedo resolver cualquier problema personal”	1	2	3	4	5
18.	Ante un problema, mi pareja me confirma que me quiere.	1	2	3	4	5
19.	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él o ella me juzga.	1	2	3	4	5
20.	Mi pareja permanece cerca de mi cuando tengo problemas.	1	2	3	4	5
21.	Ante mis problemas, mi pareja muestra entendimiento.	1	2	3	4	5
22.	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o el me aconseja.	1	2	3	4	5
23.	Ante un problema, mi pareja me orienta en su solución.	1	2	3	4	5
24.	Cuando le platico mis problemas a mi pareja ella o el me dice que debo hacer y que no.	1	2	3	4	5
25.	Mi pareja me da confianza para resolver cualquier problema.	1	2	3	4	5
26.	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o el me cree.	1	2	3	4	5
27.	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él se comporta hostil conmigo.	1	2	3	4	5
28.	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o el me acompaña en mi preocupación.	1	2	3	4	5
29.	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o el me dirige en la solución de aquellos.	1	2	3	4	5
30.	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o el me critica.	1	2	3	4	5
31.	Mi pareja me da seguridad para resolver cualquier problema.	1	2	3	4	5
32.	Ante mis conflictos, mi pareja se une a mis preocupaciones.	1	2	3	4	5
33.	Mi pareja me ayuda cuando se lo pido.	1	2	3	4	5
34.	Cuando tengo un problema, mi pareja se une a la tarea de buscar la mejor solución.	1	2	3	4	5
35.	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, el o ella es duro(a) conmigo.	1	2	3	4	5
36.	Mi pareja me respalda en mis decisiones.	1	2	3	4	5

37.	Ante un problema, mi pareja me da soporte emocional.	1	2	3	4	5
38.	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o el rechaza mi opción de solución.	1	2	3	4	5
39.	Ante mis dificultades, mi pareja prefiere que yo me responsabilice de solucionarlas.	1	2	3	4	5
40.	Cuando tengo un problema, mi pareja me consuela.	1	2	3	4	5
41.	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o el participa en una nueva reformulación de solución al conflicto.	1	2	3	4	5
42.	Ante mis problemas, mi pareja respeta mis decisiones.	1	2	3	4	5
43.	Ante una dificultad, mi pareja me guía en su solución.	1	2	3	4	5
44.	Cuando tengo un problema, mi pareja me ayuda a buscarle una solución responsable.	1	2	3	4	5

PERCEPCION DEL VARON DEL APOYO RECIBIDO POR SU PAREJA PARA LA ELECCION DE
UN METODO DEFINITIVO DE PLANIFICACION FAMILIAR.

En esta segunda parte marque con una **X** el numero que mejor representa la forma como usted le comunica a su pareja sus conflictos. Por favor sea lo más honesto posible, de una sola respuesta por pregunta y no deje de contestar ninguna.

1.	A mi pareja le expreso mi forma de pensar sobre algún problema mío.	1	2	3	4	5
2.	A mi pareja le hago saber lo bien que me hacen sus palabras.	1	2	3	4	5
3.	Comparto mis problemas con mi pareja.	1	2	3	4	5
4.	Soy capaz de confiarle mis problemas a mi pareja.	1	2	3	4	5
5.	Cuando tengo un problema, directamente pido a mi pareja su opinión.	1	2	3	4	5
6.	A mi pareja le expreso mi opinión sobre algún conflicto mío.	1	2	3	4	5
7.	Comunico mis problemas a mi pareja.	1	2	3	4	5
8.	Confío en mi pareja para contarle cualquier preocupación mía.	1	2	3	4	5
9.	Me gusta enterar a mi pareja de mis problemas.	1	2	3	4	5
10.	Ante mis problemas, prefiero que mi pareja se mantenga al margen.	1	2	3	4	5
11.	A mi pareja le agradezco cuando me escucha.	1	2	3	4	5
12.	Ante un conflicto personal, busco el consuelo de mi pareja.	1	2	3	4	5
13.	Prefiero reservarme mis problemas personales que confiárselos a mi pareja.	1	2	3	4	5
14.	Comparto mis conflictos con mi pareja.	1	2	3	4	5
15.	Le pido a mi pareja que me ayude a resolver mis conflictos.	1	2	3	4	5

PERCEPCION DEL VARON DEL APOYO RECIBIDO POR SU PAREJA PARA LA ELECCION DE UN METODO DEFINITIVO DE PLANIFICACION FAMILIAR.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACION 2 DEL DF
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 94
 HOJA DE RECOPIACION DE DATOS

Folio	Nombre	No. Afiliación	Edad	Escolaridad	Ocupación	Turno		Edo. Civil	IAPP			Tipo de método	
						M	V		AP	AE	AN	T	D

M= matutino; V=vespertino; IAPP= Inventario de apoyo percibido por la pareja; AP=apoyo positivo; AE=apoyo expresado; AN= apoyo negativo; T=método temporal; D= método definitivo.