



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA

COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN MÉDICA

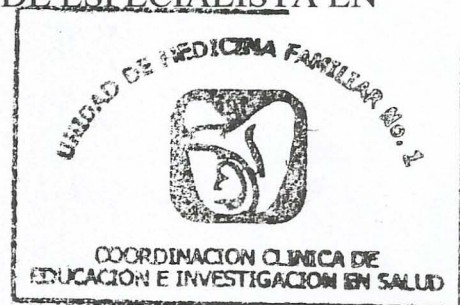
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.1 CD. OBREGÓN SONORA

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA BAJA ACEPTACIÓN
DE LA VASECTOMÍA EN DERECHOHABIENTES DEL
IMSS EN CIUDAD OBREGÓN SONORA.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. SOCORRO JUÁREZ RODRÍGUEZ





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 INFLUYEN EN LA BAJA ACEPTACIÓN DE LA
VASECTOMÍA EN DERECHOHABIENTES DEL IMSS EN CIUDAD
OBREGÓN SONORA**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

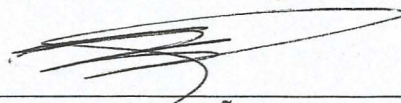
PRESENTA:

DRA. SOCORRO JUÁREZ RODRÍGUEZ

A U T O R I Z A C I O N E S:



DRA. MARIA DE LOS ANGELES CARRILLO GARCIA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1
CIUDAD OBREGÓN SONORA.



DR. OSCAR CASTAÑEDA SANCHEZ
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
JEFE DE SERVICIOS DE MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 1



DRA. MARIA DEL PILAR REYNOSO ARENAS
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
DIRECTORA DEL CIEFD
CENTRO DE INVESTIGACION EDUCATIVA Y FORMACION DOCENTE



DR. DAVID LÓPEZ DEL CASTILLO SÁNCHEZ
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA BAJA ACEPTACION DE LA
VASECTOMIA EN DERECHOHABIENTES DEL IMSS EN CIUDAD
OBREGON, SONORA.**

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

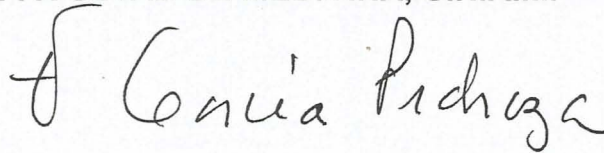
PRESENTA

DRA. SOCORRO JUAREZ RODRIGUEZ


AUTORIZACIONES



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



**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

AGRADECIMIENTOS

A DIOS: Por permitirme cumplir una meta más en mi vida

A MI PADRE: Que se fue al inicio de este curso pero siempre estará conmigo

A MI MADRE: Por ocupar mi lugar en mis tiempos de ausencia al cuidado de mis hijos.

A MIS HIJOS: JOANNA PAMELA Y ARNOLD JAVIER: Por su gran ayuda y comprensión durante estos años para lograr este objetivo y por su gran amor

A MIS MAESTROS Y COMPAÑEROS: por compartirme sus conocimientos y experiencias

ÍNDICE

	Página
RESUMEN	1
MARCO TEÓRICO	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
JUSTIFICACIÓN	6
OBJETIVOS	7
HIPÓTESIS	8
MATERIAL Y MÉTODOS	9
RESULTADOS	16
DISCUSIÓN	21
CONCLUSIONES	27
BIBLIOGRAFÍA	28
ANEXOS	32

RESUMEN

La planificación familiar implica lograr una actuación consciente y responsable de la pareja en el derecho de decidir el número de hijos que desea tener; sin embargo, los programas de salud, se abocan a las mujeres y dejan de lado a los varones.

Objetivo: Determinar los factores que influyen en la baja aceptación de la vasectomía en derechohabientes del IMSS en Ciudad Obregón, Sonora.

Material y métodos: Se realizó un estudio de casos y controles en las UMF No. 1 y 66 del IMSS de Ciudad Obregón, Sonora, en 2006. Se incluyeron hombres entre 30 y 50 años de edad, con paridad satisfecha, con y sin vasectomía, excluyendo a aquellos con azoospermia o recanalizados. Variables: edad, estado civil, ocupación, estado de salud, recurrencia a adicciones y conocimiento sobre la vasectomía en el hombre y realización de ésta; edad, escolaridad, ocupación y uso de métodos por la pareja; tiempo de unión con la pareja, número de hijos y satisfacción de la paridad por ambos y tipología familiar; además de su religión, estrato socioeconómico y fuente de información sobre la vasectomía. Los resultados se analizaron con frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central, dispersión, prueba de X^2 y razón de momios.

Resultados: Se entrevistaron 154 hombres, 77 con vasectomía (controles) y el resto no (casos), con promedio de edad de 37.5 ± 5.8 años. La escolaridad resulto un factor protector para la aceptación de la vasectomía ($p < .05$), mientras la edad a la que se realizó la cirugía y el número de hijos son factores significativos ($p < .05$).

Conclusiones: De acuerdo con los resultados obtenidos se demuestra que el mayor grado de escolaridad puede favorecer la aceptación de la vasectomía, mientras la edad el número de hijos son factores que pueden repercutir en ésta.

Palabras clave: Hombre, vasectomía, baja aceptación, factores.

MARCO TEÓRICO

La necesidad de respetar los derechos humanos de la población hace que el concepto de salud reproductiva, entendido como el hecho de llevar una vida sexual responsable, satisfactoria y segura, además de la capacidad de reproducirse y decidir libremente el tamaño de la familia que se desea, sobrepase la planificación familiar, para abordar conceptos como la fecundidad, los embarazos no deseados, las técnicas de reproducción asistida y otros.¹

La planificación familiar es un componente de la salud reproductiva que implica lograr una actuación consciente y responsable de la pareja en el derecho de decidir el número de hijos que desea tener, además de propiciar la salud materno-infantil y la paternidad responsable.²

La mayoría de los programas de salud, se dirigen y apoyan en las mujeres y dejan de lado a los varones, tanto para la promoción de la salud en las comunidades como para ser atendidos en programas en los que debían ser por lo menos corresponsables; obviando la dimensión relacional de la reproducción favoreciendo una exclusión de los varones.³

Se atribuye la baja prevalencia de usuarios 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; así como el machismo y la influencia religiosa.⁴

Los hombres han sido excluidos de muchos programas de planificación familiar, deliberadamente o por omisión; no obstante, toman un papel dominante en la toma de decisiones sobre fecundidad y planificación familiar.⁵

Aunque la oferta de la vasectomía sin bisturí es gratuita en las instituciones públicas de salud en el país y difiere de la atención médica privada, observamos que la consejería integral, precisa y selectiva es de gran importancia en los hombres interesados en realizársela; Fernández Ortega y colaboradores reportaron pérdidas en el 33.2%, en otros han sido del 71.2%, siendo consideradas como un riesgo natural que se tiene de perder pacientes en un sistema público de atención médica.⁶

En México, desde 1989 la vasectomía sin bisturí ha sido utilizada como un método rutinario. Aunque esta técnica se emplea desde 1992 en algunas Unidades de Medicina Familiar, todavía no es aceptada por la mayoría de los varones.⁷

Sin embargo, el varón se ha mantenido deliberadamente al margen de la regulación de la fecundidad, prueba de ello es la baja participación que indistintamente presentan los hombres en la práctica de la anticoncepción. Por cada 10 parejas que practican la anticoncepción, ocho se hayan protegidas por métodos femeninos y dos por aquellos que requieren de la participación del varón.⁸

La educación es un factor que puede influir en la práctica de la planificación familiar, puesto que una menor escolaridad se ha asociado con una actitud menos favorable hacia ésta. Así mismo, el nivel socioeconómico influye sobre las prácticas

anticonceptivas, donde a mayor se éste hay mayor aceptación de un método anticonceptivo.⁹

Se ha señalado que el varón no parece tener interés en la planificación familiar, aún cuando existen estudios que demuestran que ambos miembros de la pareja están involucrados en la toma de decisiones vinculadas con la atención a la salud de sus familias.¹⁰

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La vasectomía sin bisturí dado ser una técnica rápida y de baja morbilidad, además de ser económica comparada con la vasectomía tradicional, ya que es mínima la invasión, disminuye el miedo a la incisión por parte del paciente, constituyendo un método ampliamente utilizado en nuestro país.

En el estado de Sonora del 2003 al 2004 solo se realizaron 5, 557 vasectomías, En la Unidad de Medicina Familiar No 1 en CD. Obregón De una población d 31, 524 varones de 30 a 55 años solo se realizaron 99 y en la UMF N o 66 de marzo del 2004 a marzo del 2005 se realizaron solo 17. Estudios como el de García Moreno y cols. Reportan un 25% de no aceptantes.

Finalmente, cabe mencionar que la baja aceptación de la vasectomía se ha asociado con la poca información de las personas sobre este método anticonceptivo, falta de promoción ,la cultura como es el machismo, la escolaridad y la influencia religiosa.

¿Cuáles son los factores que influyen en la baja aceptación de la vasectomía en derechohabientes del IMSS en Ciudad Obregón, Sonora?

JUSTIFICACIÓN

Uno de los objetivos de la planificación familiar es propiciar la paternidad responsable, sin embargo en el contexto mundial se ha encontrado que la participación de los hombres en los procesos de la salud reproductiva y planificación familiar es pobre, atribuido en parte a que estos servicios durante mucho tiempo se consideraron como parte de los programas de atención materno-infantil centrando su atención en la mujer y por otro a la poca disponibilidad y variedad de métodos anticonceptivos masculinos.²

En el mundo solo el 5% de los hombres es aceptante de un método anticonceptivo, la vasectomía es uno de los menos conocidos y menos utilizados, asociándose su baja aceptación con la poca información sobre dicho método;⁴ así como a que los hombres no están dispuestos a instruirse sobre métodos anticonceptivos modernos, debido al temor a los nuevos métodos y dispositivos que tienen la reputación de ser inocuos para los usuarios y al miedo a un cambio en el equilibrio del control social entre hombres y mujeres.⁵

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, a diciembre del 2001, la vasectomía represento solo el 4.1% de la cobertura de usuarios activos.

No obstante, los hombres han sido denominados los nuevos clientes de los servicios de planificación familiar;¹⁰ de ahí la importancia de conocer cuales son los factores que pueden estar asociados a la baja aceptación de éste método definitivo y en base a ellos elaborar estrategias que permitan incrementar, promover y fomentar su aceptación y realización.

OBJETIVO

Determinar los factores que influyen en la baja aceptación de la vasectomía en derechohabientes del IMSS en Ciudad Obregón, Sonora.

Objetivos específicos:

- Determinar los factores personales que influyen en la baja aceptación de la vasectomía.
- Determinar los factores familiares que influyen en la baja aceptación de la vasectomía.
- Determinar los factores sociales que influyen en la baja aceptación de la vasectomía.

HIPÓTESIS

Existen factores personales, familiares y sociales que influyen en la baja aceptación de la vasectomía sin bisturí en derechohabientes del IMSS en Ciudad Obregón, Sonora.

Hipótesis específicas:

- La edad, el nivel de escolaridad y la ocupación del hombre influye en la baja aceptación de la vasectomía.
- El tiempo de unión de la pareja, el número de hijos y la escolaridad de la mujer influyen en la aceptación de la vasectomía.
- La baja promoción de la vasectomía sin bisturí, el menor nivel socioeconómico, la residencia en zona rural, las creencias erróneas sobre riesgos para la salud y el tipo de religión influyen en la baja aceptación de la.

MATERIAL Y MÉTODO

CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR DONDE SE LLEVARÁ A CABO EL ESTUDIO

Este proyecto se llevará a cabo en la Unidades de Medicina Familiar No. 1 y 66 de Ciudad Obregón, Sonora, las cuales son de primer nivel de atención y tienen una cobertura al total de la ciudad y algunos pueblos aledaños, con una población de aproximadamente 250,000 derechohabientes. A ambas se puede llegar tanto en servicio urbano como auto.

TIPO DE ESTUDIO:

Por el control de la maniobra del investigador:	Observacional.
Por la captación de la información:	Retrospectivo.
Por la medición del fenómeno en el tiempo:	Longitudinal.
Por la presencia de un grupo control:	Comparativo.
Por la ceguedad de la aplicación y evaluación de las maniobras	Abierto.

será:

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Casos y controles.

GRUPOS DE ESTUDIO:

Características de los casos: Todos los hombres derechohabientes entre 30 y 50 años de edad derechohabientes del Seguro Social sin vasectomía.

Características de los testigos: Todos los hombres derechohabientes entre 30 y 50 años de edad derechohabientes del Seguro Social con vasectomía.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LOS CASOS:

Criterios de inclusión:

- Hombres derechohabientes del IMSS en Ciudad Obregón, Sonora.

- Hombres con paridad satisfecha.
- No aceptantes de vasectomía.
- Hombres que acepten participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Hombres con azoospermia u otro problema que cause esterilidad.

Criterios de eliminación:

- Encuestas incompletas.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LOS CONTROLES:

Criterios de inclusión:

- Hombres derechohabientes del IMSS en Ciudad Obregón, Sonora.
- Hombres con paridad satisfecha.
- Hombres con vasectomía.
- Hombres que acepten participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Hombres recanalizados.

Criterios de eliminación:

- Encuestas incompletas.

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

El tamaño de la muestra se calculará en base a la proporción de hombres que no aceptaron la vasectomía como método de planificación familiar mencionada por García, con un valor del 25%, por tanto consideraremos como diferencia importante entre ambos grupos una razón de momios de 3; el error muestral o valor de significancia

aceptado será del 5% y el poder estadístico (potencia) del 90% para detectar diferencias si es que existen.

Utilizando la formula de comparación de dos proporciones 1:1, para casos y controles, dado que se esta buscando la baja aceptación del método anticonceptivo, y ésta es mayor a la aceptación,

$$n = \frac{[Z_{\alpha} * \sqrt{2p(1-p)} + Z_{\beta} * \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}]^2}{(p_1-p_2)^2}$$

Donde,

n = Sujetos necesarios en cada una de las muestras.

Z_{α} = Valor Z correspondiente al riesgo deseado o error muestral, en este caso de 5%, será 1.96.

Z_{β} = Valor Z correspondiente al poder estadístico o intervalo de confianza, que será del 90%, es decir 1.282.

R = Razón de momios esperada de la asociación de 3.

$$p_1 = \frac{Rp_2}{(1-p_2)+Rp_2} = 0.5$$

p_2 = Valor de la proporción en el grupo control, 25%, es decir 0.25.

p = Media de las dos proporciones, p_1 y p_2 $p = \frac{p_1 + p_2}{2}$, o sea 0.375.

c = 2. Sustituyendo,

$$n = \frac{[1.96 * \sqrt{2*0.375(1-0.375)} + 1.282 * \sqrt{0.5(1-0.5)+0.25(1-0.25)}]^2}{(0.5-0.25)^2}$$

Entonces n = 76.7, precisando de 77 hombres en cada grupo.

MÉTODO DE MUESTREO:

Se realizará un muestreo probabilístico simple, en ambos casos mediante números Random. En el caso del grupo experimental utilizando a los derechohabientes entre 30

y 50 años de las dos unidades hasta completar el tamaño de la muestra y en el del grupo control, usando al total de hombres con vasectomía de ambas unidades.

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES:

Tipo de variables:

Variable dependiente: "Baja aceptación de la vasectomía".

Variable independiente: "Factores que influyen".

Definición operacional de las variables:

Baja aceptación de la vasectomía: Todo hombre que no ha optado por la vasectomía como método de anticoncepción.

Factores que influyen: Toda característica o circunstancia presente en todo hombre para no aceptar la vasectomía.

Especificación de los indicadores y escalas de medición:

VARIABLES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
DEPENDIENTE:		
Baja aceptación de la vasectomía:	Si No	Cualitativa nominal dicotómica.
INDEPENDIENTE:		
Edad (ambos)*:	Años	Cuantitativa discreta.
Escolaridad (ambos):	Ninguna, sabe leer, primaria, secundaria, preparatoria, profesional.	Cualitativa ordinal.
Estado civil (ambos):	Casado, unión libre, divorciado, separado.	Cualitativa ordinal.
Ocupación (ambos):	Empleado, obrero, jornalero, profesionista	Cualitativa nominal.
Estado de salud (ambos):	Sano, enfermo.	Cualitativa nominal dicotómica.
Adicciones:	Si, no.	Cualitativa nominal.
Tipología:	Nuclear, seminuclear, extensa, compuesta.	Cualitativa nominal.
Edad de la pareja:	Años.	Cuantitativa discreta.

Edad de matrimonio o unión:	Años.	Cuantitativa discreta.
Uso de métodos por la pareja:	Si, no.	Cualitativa nominal dicotómica.
Número de hijos:	No.	Cuantitativa discreta.
Paridad satisfecha:	Si, no.	Cualitativa nominal dicotómica.
Religión:	Católica, testigo de Jehová, Mormón, etc.	Cualitativa nominal.
Fuente de información sobre la vasectomía:	Televisión , periódico, radio, folletos, etc.	Cualitativa nominal.
Estatus económico:	Alto, medio alto, medio bajo, obrero, marginal.	Cualitativa ordinal.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:

Siendo aceptado el protocolo por el Comité de Investigación Local, se procederá a la recolección de los datos; conformando los grupos como se establece en el método de muestreo, previa autorización de los directivos de ambas unidades. Se informará a los hombres que resulten seleccionados, acerca de la finalidad del proyecto par obtener su consentimiento informado por escrito.

Posteriormente se procederá a aplicar una encuesta autoadministrada en la cual se abordan posibles factores personales, familiares y sociales que se creé de acuerdo a otros estudios pueden influir en la baja aceptación de la vasectomía, tales como: la edad, escolaridad, ocupación, paridad satisfecha, conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, tanto del hombre como de su pareja, así mismo la recurrencia a adicciones por parte de éste, la satisfacción de la paridad y estado de salud de ambos, la religión, el estrato socioeconómico de la familia y las fuentes de información sobre la vasectomía. Instrumento que será evaluado por un grupo de expertos para analizar su validez de constructo.

Las variables a analizar serán: edad, estado civil, ocupación, estado de salud, recurrencia a adicciones y conocimiento sobre la vasectomía en el hombre, así como realización de ésta, edad, escolaridad, ocupación y uso de métodos por la pareja, tiempo de unión con la pareja, número de hijos y satisfacción de la paridad por ambos y tipología familiar; además de su religión, estrato socioeconómico y fuente de información sobre la vasectomía.

Las actividades se realizarán en días y horas hábiles hasta completar la muestra.

Análisis estadístico:

Los datos serán almacenados en una base de datos y procesados con la ayuda del paquete estadístico de SPSS versión 0.12 para Windows. Se aplicarán medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas, frecuencias y porcentajes para las cualitativas. Para la asociación se aplicará la prueba Chi cuadrada de Mantel-Haenszel, obteniendo la razón de momios u Odds ratio.

FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ÉTICOS

Esta investigación será posible realizarla, ya que se cuenta con un equipo integrado por un grupo de investigadores dispuestos, así como con los recursos físicos (espacios y equipo) necesarios para ello.

Así mismo, se ajustará de acuerdo a lo establecido en el Título Primero, Capítulo Único, Artículos 1° al 5°, Título Segundo Capítulo I, Artículos 13, 16 y 23 , Título Quinto Capítulo Único, Artículo 98, Título Sexto, Capítulo Único, Artículos 113, 114, 115, 116, 118, 119 y 120 de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Además, se respetarán cabalmente los principios contenidos en el Código de Nuremberg, la Declaración de Helsinki, la enmienda de Tokio, el informe de Belmont, el

Código de Reglamentos Federales de Estados Unidos y cumplirá con las normas e instructivos de esta Institución en materia de investigación Científica, por lo cual se realizará hasta que sea aprobado por el Comité de Investigación Local.

RESULTADOS

Se conformaron dos grupos, cada uno con 77 integrantes, con un promedio de edad de 37.5 ± 5.8 años (cuadro I).

Los factores personales se presentan en el cuadro II, donde se puede observar una diferencia significativa en el grado de escolaridad de los casos en comparación con los controles, resultando en los primeros media básica, mientras en los segundos media superior en su mayoría ($p < .05$), resultando un factor protector a favor de la aceptación de la vasectomía; llama la atención el número de no aceptantes que tienen conocimiento acerca del procedimiento. La edad de la realización de la cirugía también es un factor significativo ($p < .05$).

Dentro de los factores familiares (cuadro III), la escolaridad de la pareja es un factor clínicamente significativo a pesar de no serlo estadísticamente ($p > .05$); no así el número de hijos, que si lo fue estadísticamente ($p < .05$, cuadro I).

Dentro de los factores sociales, presentes en el cuadro IV, destaca el gran porcentaje de información recibida por los participantes, tanto a través de los medios masivos de comunicación, como por el personal de salud, sin resultar un factor significativo.

Cuadro I. distribución de las variables cuantitativas de la población en estudio.

VARIABLES	CASOS		CONTROLES		p
	M	DS	M	DS	
EDAD	36.4	5.4	38.5	6.1	.066
EDAD DE LA CIRUGÍA	34.5	4.9	0	0	.000*
EDAD DE LA PAREJA	33.9	5.3	35	7.6	NS
TIEMPO CON LA PAREJA	13	5.7	13	7.2	NS
NÚMERO DE HIJOS	2.6	0.9	2.2	0.9	.037*

* Valor significativo cuando $p < .05$

Fuente: Entrevistas directas, 2006, UMF No. 1 y 66, Ciudad Obregón, Sonora

CUADRO II. Factores personales de la población en estudio.

VARIABLES		CASOS		CONTROLES		IC	OR	p
		n	%	n	%			
Estado civil	Casado	66	85.7	77	100			NS
	Unión libre	6	10.4	0	0			
	Separado	1	1.3	0	0			
	Divorciado	2	2.6	0	0			
Escolaridad	Alfabeta	0	0	1	1.3	0.13 - 0.95	0.3	.034 *
	Primaria	12	15.6	6	7.8			
	Secundaria	31	40.3	16	20.8			
	Preparatoria	19	24.7	27	35.1			
Ocupación	Profesional	15	19.5	27	35.1	0.46 - 4.6	0.5	NS
	Empleado	58	75.3	53	68.8			
	Obrero	9	11.7	9	11.7			
	Jornalero	2	2.6	0	0			
Enfermedad	Profesionista	8	10.4	15	19.5	0.11 - 3.01	0.5	NS
	Diabetes	5	6.5	2	2.6			
	Hipertensión	6	7.8	4	5.2			
	Otras	9	11.7	4	5.2			
	Tabaquismo	34	44.2	61	79.2	0.18 - 1.6	0.5	NS
	Alcoholismo	59	76.6	67	87	0.34 - 6.9	1.5	NS
	Drogadicción	6	7.8	3	3.9	9.5 - 89.8	6.9	NS
Conocimiento	No sabe	2	2.6	0	0			NS
o vasectomía	Castración	3	3.9	0	0			
	Operación	16	20.8	5	6.5			
	Operación temporal	6	7.8	72	93.5			
	Operación definitiva	50	64.9	0	0			
	Vasectomía	0	0	77	100			NS
	Aceptaría vasectomía	0	0	77	100			NS

* Valor significativo cuando $p < .05$

Fuente: Entrevistas directas, 2006, UMF No. 1 y 66, Ciudad Obregón, Sonora

CUADRO III. Factores familiares.

VARIABLES		CASOS		CONTROLES		IC	OR	P
		n	%	n	%			
TIPOLOGIA	Nuclear	57	74	74	96.1	0.12 – 16.8	1.4	NS
	Seminuclear	2	2.6	0	0			
	Extensa	18	23.4	3	3.9			
Escolaridad	Alfabeta	1	1.3	0	0	0.16 – 1.1	0.4	.055
	Primaria	8	10.4	1	1.3			
	Secundaria	32	41.6	40	51.9			
Ocupación	Preparatoria	23	29.9	28	36.4	0.71 – 29.6	4.5	NS
	Profesional	13	16.9	8	10.4			
	Ama de casa	37	48.1	48	62.3			
	Empleada	19	24.7	17	22.1			
Enfermedad	Jornalera	11	14.3	8	10.4	0.24-4.29	1	NS
	Profesionista	10	13	4	5.2			
	Diabetes	5	6.5	0	0			
Métodos de planificación usados	Hipertensión	7	9.1	6	7.8	1.2 – 1.6	1.4	.079
	Otras	11	16.3	4	5.2			
	Hormonal oral	6	7.8	18	23.4			
	Hormonal inyectable	3	3.9	4	5.2			
Ambos acuerda uso de mpf	Dispositivo	28	36.4	41	53.2	0.02 – 1.57	0.2	.089
	Salpingoclasia	22	28.6	0	0			
Paridad satisfecha	Ambos acuerda uso de mpf	55	71.4	65	84.4	0.96 – 1.14	1	NS
	Paridad satisfecha	54	70.1	73	94.8			
Motivo de insatisfacción con paridad	Quería o quiere más hijos	17	22.1	3	3.9	0.35 – 20.1	2.6	NS
	Quería menos hijos	4	5.2	7	9.1			
Aceptación de la vasectomía por la pareja	Tiene los planeados	53	68.8	67	87	0.99 – 1.04	1	NS
	Si	36	46.8	77	100			
	No	22	28.6	0	0			
	No sé	19	24.7	0	0			

Fuente: Entrevistas directas, 2006, UMF No. 1 y 66, Ciudad Obregón, Sonora

CUADRO IV. Factores sociales.

VARIABLES		CASOS		CONTROLES		IC	OR	p
		n	%	n	%			
Religión	Católica	66	85.7	69	89.6	0.38 - 12.7	2.2	NS
	Cristiana	4	5.2	1	1.3			
	Testigos e Jehová	0	0	1	1.3			
	Sin religión	7	9.1	6	7.8			
Lugar de información sobre vasectomía	Clínico u hospital	38	49.4	44	57.1	0.52 - 3.1	1.2	NS
	Televisión o radio	24	31.1	13	16.9			
	Periódico o revista	0	0	2	2.6			
	Libros o folletos	14	18.2	18	23.4			
Personaje que otorgó consejería	Personal de salud	34	44.2	43	55.8	0.66 - 4.16	1.6	NS
	Pareja	11	14.3	23	29.9			
	Amigo, vecino o compadre	20	26	6	7.8			
	Familiar	11	14.3	3	3.9			
	Otros	0	0	2	2.6			
Recibió información sobre MPF		53	68.8	76	98.7	0.96 - 1.13	1	NS
Lugar de información sobre MPF	Clínica	49	63.6	69	89.6	0.23 - 4.7	1	NS
	Hospital	4	5.2	8	10.4			
Personaje que otorgó información	Médico familiar	29	37.7	29	37.7	0.72 - 4.7	1.8	NS
	Asistente Médica	3	3.9	4	5.2			
	Trabajadora social	10	13	17	22.1			
	Enfermera	11	14.3	27	35.1			
Satisfacción con la información	Muy satisfecho	20	26.5	44	57.1	0.86 - 0.99	0.9	NS
	Satisfecho	36	46.8	29	37.7			
	Insatisfecho	18	23.4	3	3.9			
	Muy insatisfecho	3	3.9	1	1.3			
Estrato socioeconómico	Medio alto	6	7.8	22	28.6	0.2 - 7	1.2	NS
	Medio bajo	63	81.8	45	58.4			
	Obrero	8	10.4	10	13			

Fuente: Entrevistas directas, 2006, UMF No. 1 y 66, Ciudad Obregón, Sonora

DISCUSIÓN

Tras la adopción en México de las políticas de la Ley General de Población a partir de 1974 en relación al control del crecimiento demográfico y apoyo a la planificación familiar los programas se enfocan básicamente y exclusivamente a la mujer, no obstante, se reporta que durante 1997 de un total de 1991 nuevos usuarios de métodos de planificación familiar, 30 fueron hombres y recurrieron al uso de la vasectomía de acuerdo a lo reportado por Gómez Clavelina.¹¹

Es a partir de 1994 que, en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo y la Cuarta Conferencia Internacional sobre la mujer en Beijing en 1995, se incluye al hombre en los programas de salud reproductiva.¹⁰

Desde 1993, en México se ha incrementado el interés de la participación del hombre en la anticoncepción, tras el desarrollo de la técnica quirúrgica del dr. Li Shunqiant, se ha permitido ofrecer éste método en el primer nivel de atención haciéndolo atractivo y ventajoso.¹²

No obstante, existen factores que inciden en su adopción; por ello, cuando se brinda servicios de planificación familiar es importante pensar en las causas que pueden entorpecer la recurrencia a un método anticonceptivo, tales como las políticas culturales o religiosas, posiciones gubernamentales, leyes existentes, uso de métodos de poca eficacia, roles de mujer-hombre, bajo nivel educacional, insuficiente e inadecuada educación sexual y miedo al daño, además de los estilos de vida, aspiraciones vitales y las oportunidades de cada individuo.⁵

Así, se han realizado estudios en los que se argumenta los posibles factores que pueden incidir en la aceptación de la vasectomía o su rechazo, tal es el caso del realizado por García Moreno y colaboradores mencionan dentro de los factores que inciden en el rechazo de la vasectomía la ocupación y la escolaridad, así como la edad de los individuos, el número y rango de hijos; así mismo, el grado de información con que cuentan y la fuente de la misma.⁴

No obstante, no existen estudios en los que se demuestre la asociación de éstos factores con la no aceptación del procedimiento. En el caso del nuestro, los resultados obtenidos demuestran que la escolaridad es un factor protector del rechazo o no aceptación de la vasectomía, entonces, ésta decisión, de acuerdo a ello dependerá del nivel de escolaridad del individuo; tal como en el estudio realizado en 1995 en unidades de medicina familiar, donde la mayoría de los vasectomizados contaban con educación media superior.¹³ Así como en el de Díaz Chávez y colaboradores,⁷ datos con los que se puede inferir que a menor escolaridad habrá más posibilidades de no aceptación del procedimiento.

En el caso de la edad en la que se realizó la cirugía es un factor de acuerdo a los resultados de este estudio que se asocia a la no aceptación de la vasectomía, para el grupo control, el promedio fue mayor a la reportada por Díaz Chávez y colaboradores;⁷ sin embargo, puede estar asociada a otros factores y no incidir por si sola.

Dentro de otros factores, hay estudios que reportan para el caso de los aceptantes una paternidad estable, tras la realización de la vasectomía en el 50% de hombres con un

estatus civil de divorcio.¹⁴ Sin embargo, en nuestro caso el estado civil no tiene una asociación significativa.

En cuanto al conocimiento sobre el procedimiento, a pesar de no estar asociado de acuerdo con los resultados, llama la atención que este es mayor en el grupo de no aceptantes, no obstante, es mayor al reportado en otros estudios como el de Prendes-Labrada del 48.6%,² situación que puede ser atribuida a la diferencia de factores socioculturales, políticos y económicos de cada país.

La edad de la pareja también se comenta por algunos autores como un factor que puede incidir en la recurrencia a éste método,⁷ no es el caso del presente estudio; no así la escolaridad, poco abordada, la cual a pesar de no resultar significativa, clínicamente si tiene peso en la aceptación o rechazo, esto en aquellos casos en que la información acerca del proceso y la decisión es compartida.

El número de hijos es mencionado como otro factor,⁷ el cual de acuerdo a nuestros resultados, sí incide en el rechazo del procedimiento quirúrgico, no obstante, estudios de aceptantes indican altos porcentajes de paridad satisfecha, como el de Fernández Ortega y colaboradores.⁶ Sin embargo, existen otros estudios sobre pacientes vasectomizados los cuales han solicitado su recanalización por no estar satisfechos con su paridad; tal es el caso del realizado por Figueroa Gómez y colaboradores, donde de 10 casos nueve deseaban tener más hijos con una nueva pareja,¹⁵ así como en el Reino Unido donde este porcentaje es del 6%,¹⁶ y a nivel mundial del 2 al 6%.^{17,18}

En relación al uso de métodos de planificación familiar por parte de la pareja, a pesar de no representar asociación con la recurrencia del método, llama la atención en el caso de los no aceptantes que cerca de 3 de cada 10 cuentan con oclusión tubaria bilateral, no contando con estudios para su comparación.

Por otro lado, en Cuba se realizó un estudio en 300 hombres de los cuales el 3.6% participó en la consulta de planificación familiar, 63.6% acompañaron a sus parejas, 27.4% fue en busca de orientación y 9% con la intención de elegir entre ambos un método anticonceptivo.² Al respecto la toma de decisiones para la adopción de la vasectomía, no fue considerado como un factor asociado al rechazo de la cirugía, sin embargo, 7 de cada 10 mujeres estarían de acuerdo en que su pareja se realice la vasectomía y una tercera parte la aceptaría, mientras en los vasectomizados 8 de cada 10 estuvo de acuerdo, pero al final todas aceptaron el procedimiento; al respecto Fernández Ortega y colaboradores reportan en su población estudiada que un 87.2% de las mujeres estuvieron de acuerdo con la decisión de su pareja, un 0.3% no y un 18.8% no fue tomada en cuenta.⁶ En otro estudio en el 86% de los casos el acuerdo de realizarse la vasectomía fue mutuo.¹⁹

La religión es otro factor que se ha mencionado puede incidir en este proceso, tal como lo reporta en su estudio Figueroa Gómez y colaboradores, donde uno de 10 casos solicitó recanalización por cambio de religión;¹⁵ no obstante, nuestros resultados demuestran que no esta asociado al rechazo de la cirugía.

Con respecto a la información y/o consejería, es un factor no significativo, no obstante el 100% tiene conocimiento acerca de la vasectomía, siendo tanto en los que la rechazan, como en los que la aceptan el personal de la salud la principal fuente de información, seguido de los medios masivos de comunicación y de amistades o familiares, tal como en el estudio reportado por Untiveros, donde en el 60% de los casos la fuente de información fue el personal de salud, seguido de la pareja (18%), familiares (12%) y medios de comunicación (10%).¹⁹

De esta manera, si los programas de planificación familiar se han creado para proveer a las parejas del conocimiento y de las facilidades de acceso a una atención profesional que les auxiliara en la planificación del tamaño de su familia de acuerdo con sus principios morales y de los más recientes adelantos en conocimientos médicos.²⁰ Probablemente, se requiera involucrar más al hombre en este proceso, ya que como se comentó, al principio estaba dirigido solo a la mujer.

El 5% de los matrimonios estables en edad reproductiva han adoptado la vasectomía como método de control de la natalidad.²¹ Anualmente 500,000 americanos son sometidos a esta técnica, recomendada por el 30% de los vasectomizados,²² estimando que entre 40 y 60 millones de individuos a nivel mundial lo utilizan, representando el 5 a 10% de los métodos usados.²³

Así, la vasectomía ha sido utilizada universalmente como uno de los métodos más seguros para el control de la natalidad de la familia por parte del hombre;²⁴⁻²⁶ de todos los métodos anticonceptivos, es el más seguro, fácil de realizar, barato, efectivo y

confiable.²⁷ Comparada con la oclusión tubaria es más segura y con más fácil y mejor recuperación.²⁸ Por ello, la vasectomía sin bisturí puede llegar a ser un pequeño paso en el refinamiento de este procedimiento quirúrgico que disminuya el miedo entre los hombres.²⁹

De esta manera, es recomendable que el paciente sea bien informado y otorgue su consentimiento por escrito.³⁰

Finalmente, se reconoce como debilidades del estudio el número de pacientes y la relación entre los casos y los controles, no obstante, es importante los resultados que arroja, pues nos dan una idea de los factores que inciden en la baja aceptación de la vasectomía; probablemente sea necesario abordar más, sirviendo de base para la realización de otros estudios.

CONCLUSIÓN

La escolaridad es un factor protector para la no aceptación de la vasectomía, es decir, el nivel de ésta influye en el hecho de que un hombre rechace o acepte el método. Así mismo, la edad y el número de hijos son factores que inciden en la baja adopción de éste procedimiento.

Entonces, es importante abordar durante la consejería los factores personales, familiares y sociales que rodean al paciente, para identificar aquellos que puedan incidir en el incremento de la aceptación de este procedimiento quirúrgico como método para el control de la natalidad en la mayoría de las familias.

Para ello, se puede trabajar de manera individual en los módulos de planificación familiar o de forma grupal, a través de sesiones educativas en conjunto con trabajo social, sobre la información y educación, primero en planificación familiar y posteriormente, en el método anticonceptivo definitivo para el hombre que es la vasectomía en sí, para de ahí poder obtener a los posibles aceptantes y realizar el procedimiento quirúrgico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lete I, Martínez-Etayo M. La salud reproductiva: datos y reflexiones. *Gac Sanit* 2004;18(Supl-1):170-4.
2. Prendes-Labrada M, Aparicio-Arias Z, Guibert-Reyes W, Lescay MO. Participación de los hombres en la planificación familiar. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2001;17(3):216-21.
3. Lozano-Treviño LR, Palomino-Garibay L, Ponce-Rosas ER, Aranda B, Hernández L. Estudio inicial sobre necesidades de atención médica de salud reproductiva en varones. *Arch Med Fam* 1999;1(4):105-8.
4. García-Moreno J, Solano-Sainos LM. Aceptación y rechazo de vasectomía en hombres del medio rural. *Rev Med IMSS* 2005;43(3):205-14.
5. González-Labrador I, Miyar-Pieiga E. Consideraciones sobre planificación familiar: métodos anticonceptivos. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2001;17(4):367-78.
6. Fernández-Ortega MA, Dickinson Bannack ME, Ponce-Rosas R, Flores-Huitrón P, González-Quintanilla E, Irigoyen-Coria AE. Experiencia del programa "vasectomía sin bisturí" en una unidad de primer nivel de atención. *Rev Fac Med UNAM* 1999;42(5):189-93.
7. Díaz-Chavez EP, Méndez-Castorena R, Medina-Chávez JL, Trujillo-Hernández B, Vázquez C. Vasectomía sin bisturí. Experiencia de 10 años. *Rev Med IMSS* 2004;42(4):337-41.
8. Castro-Morales P. Planificación familiar. El varón y la práctica de la anticoncepción. *Demos* [Internet].38-40 Disponible en: <http://www.ejournal.unam.mx/demos/no08/DMS00818.pdf> [18/02/2006].

9. De la Cruz-Peñarán D, Langer-Clas A, Hernández-Prado B, González-Remgijo GF. Conocimientos y actitudes de la pareja hacia la práctica de la planificación familiar en la Selva del Perú. *Salud Publica Mex* 2003;45:461-71.
10. Lozano-Treviño LR, Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A. Hacia un nuevo enfoque en la salud reproductiva ¿los varones, sector olvidado? *Arch Med Fam* 1999;1(4):97-8.
11. Gómez-Clavelina FJ, Olaya-Vargas MA, Rojo-Padilla JA, Muciño-González ME, González-Aguilar G. Promoción de servicios de planificación familiar durante eventos de participación comunitaria. *Arch Med Fam* 1999;1(2):59-66.
12. Dirección General de Salud Reproductiva. Secretaría de Salud. Vasectomía sin bisturí. 1999.
13. Cardona-Pérez A, Braulio Otero-Flores J, Cortés-Bonilla M, Lozano-Balderas M, Galicia-Tapia G, Juárez-Tovar C. Vasectomía en unidades de medicina familiar. Análisis del seguimiento a pacientes. *Rev Med IMSS* 1999;37(5):00.
14. Weiske WH. Vasectomy. *Andrología* 2001;33:125-34.
15. Figueroa-Gómez R, Díaz-Vega A, Ruedas-Dueñas A, Telich-Vidal M. Vasovasostomosis: técnica quirúrgica. *Bol Col Mex Urol* 1996;13:3.
16. McVicar CM, O'Neill DA, McClure N, Clements B, McCullough S, Lewis SE. Effects of vasectomy on spermatogenesis and fertility outcome after testicular sperm extraction combined with ICSI. *Hum Reprod* 2005;20(10):2795-800.
17. Polanco-Gudiel E, Quintero J, Pérez G, López-Corona E, Sotomayor M, Gabilondo F. Experiencia en la reconstrucción de conductos deferentes. *Rev Mex Urol* 2000;60(3):136-9.

18. Danilovic A, Pasqualotto FF, Lucon AM, Hallak J, Pasqualotto EB, Arap S. Effects of vasectomy on the human testicles. Abstracts of the 20th Annual Meeting of the ESHRE 2004;193.
19. Untiveros-Mayorga CF, Mauricio-Pachas J. Consecuencias a largo plazo de la vasectomía, en varones operados en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Rev Med Hered 2004;15:131-5.
20. Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A. Planificación familiar y salud reproductiva: logros y metas. Arch Med Fam 2000;1(1):7-9.
21. Manikandan R, Srirangam SJ, Pearson E, Collins GN. Early and late morbidity after vasectomy: a comparison of chronic scrotal pain at 1 and 10 years. BJU International 2004;93:571-4.
22. Jones JS. Percutaneous vasectomy: a simple modification eliminates the steep learning curve of no-escalpel vasectomy. J Urol 2003;169:1434-6.
23. Griffin T, Tooher R, Nowakowski K, Lloyd M, Maddern G. How little is enough? The evidence for post-vasectomy testing. J Urol 2005;174:29-36.
24. Cervantes J, Chiapa M, Guzmán E. Paternidad postvasectomía. An Med Asoc Med Hosp ABC 1998;43(2):78-80.
25. Hancock P, McLaughlin E. British Andrology Society guidelines for the assessment of post vasectomy semen samples (2002). J Clin Patol 2002;55:812-6.
26. Gingell C, Crosby D, Carroll R. Review of complications and medicolegal complications of vasectomy. Postgrad Med J 2001;77:656-9.
27. Badrakumar C, Gogoi NK, Sundaram SK. Semen analysis after vasectomy: when and how many? BJU International 2000;86:479-81.

28. Aradhya KW, Best K, Sokal DC. Recent developments in vasectomy. *BMJ* 2005;330:296.
29. Weiss RS, Li PS. No needle jet anesthetic technique for no-scalpel vasectomy. *J Urol* 2005;173:1677-80.
30. Pellice-Vilalta C, Alert-Casas E, Castella-Sagarra JA, Cosme-Jiménez MA, Parés-Puntas E, Comas-Castells S. Valoración de ciertas complicaciones graves en pacientes vasectomizados. *Bol Col Med Urol* 1997;14:55.

ANEXOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1 CIUDAD OBREGÓN, SONORA

Esta es una encuesta para identificar aquellas posibles causas que influyen en el hombre en la baja aceptación de la vasectomía como método anticonceptivo. La información obtenida es totalmente confidencial y con fines exclusivos de investigación; solo tendrán acceso a la información obtenida los investigadores, por lo cual se le pide conteste a las preguntas lo más sinceramente posible.

FACTORES PERSONALES

Numero de afiliación: _____ Agregado _____
_____ :

- | | | | |
|---|----------------------------|-------|------------------------|
| 1 | Edad | _____ | Años |
| 2 | ¿Cuál es tu estado civil? | () | Casado |
| | | () | Unión libre |
| | | () | Separado |
| | | () | Divorciado |
| 3 | ¿Cuál es su escolaridad? | () | Ninguna |
| | | () | Sabe leer y escribir |
| | | () | Primaria |
| | | () | Secundaria |
| | | () | Preparatoria o similar |
| | | () | Profesional |
| 4 | ¿A qué se dedica? | () | Empleado |
| | | () | Obrero |
| | | () | Jornalero |
| | | () | Profesionista |
| | | () | Otros: _____ |
| 5 | ¿Cada cuánto le pagan? | () | Diariamente |
| | | () | Cada semana |
| | | () | Cada quincena |
| | | () | Cada mes |
| | | () | Otros: _____ |
| 6 | ¿Padece alguna enfermedad? | () | Si |
| | | () | No |

- 7 En caso afirmativo, ¿qué enfermedad padece? () Presión alta
() Diabetes
() Otras: _____
- 8 ¿Fuma o ha fumado? () Si
() No
- 9 ¿Consume o ha consumido alcohol o cerveza? () Si
() No
- 10 ¿Consume o ha consumido drogas? () Si
() No
- 11 ¿Sabe qué es la vasectomía? () Si
() No
- 12 Según lo que usted sabe, es:
() La castración del hombre.
() Una operación.
() Un método anticonceptivo temporal.
() Un método anticonceptivo definitivo.
() Otro: _____
- 13 ¿Se ha realizado la vasectomía? () Si
() No
- 14 En caso afirmativo, ¿a qué edad se la realizó? _____
- 15 ¿Estaría de acuerdo en realizarse la vasectomía? () Si
() No
- 16 ¿Por qué? _____
- 17 Si está de acuerdo en realizarse la vasectomía, ¿a qué edad lo haría? _____

FACTORES FAMILIARES

- 18 ¿Quiénes componen tu familia? () Esposo y esposa con o sin hijos.
() Solo esposo o esposa, con o sin hijos por soltería, por defunción del cónyuge o por separación o divorcio.
() Esposo, esposa, hijos y/o abuelos, tíos, sobrinos
() nietos.
Esposo, esposa, hijo, abuelos y/o sirvientes, compadres, ahijados, amigos, huéspedes u otros.
- 19 ¿Cuántos años tiene su pareja? _____ Años

- 20 ¿Hasta qué grado estudió? () Ninguna
() Sabe leer y escribir
() Primaria
() Secundaria
() Preparatoria o similar
() Profesional
- 21 ¿Trabaja? () Si
() No
- 22 ¿En qué trabaja? () Empleada
() Obrera
() Jornalera
() Profesionista
() Otros: _____
- 23 ¿Padece alguna enfermedad? () Si
() No
- 24 En caso afirmativo, ¿qué enfermedad padece? () Presión alta
() Diabetes
() Otras: _____
- 25 ¿Ha usado o usa algún método de planificación familiar? () Si
() No
- 26 En caso afirmativo, ¿qué método ha utilizado? () Tabletas
() Inyecciones
() Dispositivo
() Salpingoclasia
() Otro: _____
- 27 En caso afirmativo, ¿usted estuvo de acuerdo o la apoyó para que usara ese método? () Si
() No
- 28 ¿Cuánto tiempo tiene usted con su pareja? _____
- 29 ¿Cuántos hijos tiene? _____
- 30 ¿Usted está satisfecho con el número de hijos que han tenido? () Si
() No
- 31 ¿Por qué? () Le hubiera gustado tener más.
() Quería tener menos.
() Es el número que quería tener.
() Otros: _____
- 32 ¿Su pareja, está satisfecha con el número de hijos que tienen? () Si
() No
- 33 ¿Por qué? () Le hubiera gustado tener más.
() más.

- () Quería tener menos.
Es el número que quería
- () tener.
- Otros: _____

34 ¿Su pareja estaría de acuerdo en que se realice la vasectomía?

- () Si
- () No
- () No se.

FACTORES SOCIALES

35 ¿A qué religión pertenecen?

36 ¿Dónde o ha escuchado hablar de la vasectomía?

- () En una clínica u hospital de salud.
- () En la televisión.
- () En el radio.
- () En el periódico o una revista.
- () En libros o folletos.
- Otros: _____

37 ¿A quién a escuchado hablar sobre la vasectomía?

- () A una persona dedicada a la salud.
- () A su pareja.
- () A un amigo, vecino o compadre.
- () A un familiar.
- () Otros: _____

38 ¿Le han otorgado información sobre planificación familiar?

- () Si
- () No

39 ¿Dónde?

- () En la clínica del seguro
- () En el hospital del seguro
- () En el DIF
- () Otro: _____

40 ¿Quién?

- () El médico familiar
- () La asistente médica
- () La trabajadora social
- () Una enfermera
- () Otros: _____

41 Se siente satisfecho con la información que ha recibido respecto a la vasectomía?

- () Muy satisfecho
- () Satisfecho
- () Insatisfecho
- () Muy insatisfecho

42 ¿Tiene casa propia?

- () Si
- () No

- 43 ¿En qué colonia o población se ubica? _____
- 44 ¿De qué material está hecha su casa? _____
- () Ladrillo o block y concreto en piso y techo.
- () Ladrillo o block, piso de cemento y techo de lamina o teja.
- () Ladrillo o block, piso de tierra y techo de lamina.
- () Adobe , lamina o carrizo, con piso de tierra y techo de lamina.
- 45 ¿Tiene agua potable? () Si
- () No
- 46 ¿Tiene luz eléctrica? () Si
- () No
- 47 ¿Cuenta con drenaje? () Si
- () No
- 48 ¿De cuántas plantas es su casa? _____
- 49 ¿Cuántos dormitorios tiene? _____
- 50 ¿Cuántos baños tiene? _____
- 51 ¿Tiene porche? _____
- () Si
- () No
- 52 ¿Tiene patio trasero? _____
- () Si
- () No