



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**



**DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL GUERRERO
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 9**

**“FACTORES QUE LIMITAN LA ACEPTACIÓN DE LA VASECTOMÍA
COMO MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN
DERECHOHABIENTES DE 20 A 44 AÑOS DE EDAD EN LA
UMF No. 9 DEL IMSS DE ACAPULCO DE JUÁREZ, GRO.”**

**TRABAJO PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:
DR. MARCO ANTONIO BAÑOS GALLARDO**

**DIRECTOR DE TESIS:
DR. LIBRADO PÉREZ MIJANGOS**

NÚMERO DE REGISTRO: R-2017-1101-31

ACAPULCO, GRO. JUNIO 2019



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.

AGRADECIMIENTOS...

Al poder superior, por escucharme y guiarme en todo momento.

Agradecimiento especial a los motores de mi vida mis padres Antonio y María, por creer, confiar y siempre estar allí para conmigo, por el impulso que día a día me brindan para seguir luchando y lograr esta meta que nos habíamos trazado desde hace mucho tiempo y en familia.

Gracias a todos los integrantes de mi familia tanto materna como paterna por el apoyo brindado.

Gracias a mi gran amigo y consejero Oliver Texta, sin su apoyo no hubiese logrado gran parte de este trabajo.

Gracias a mi coordinador el Dr. Librado Pérez por confiar en mi y guiarme durante todo el transcurso de este proyecto.

DEDICATORIA

Con dedicatoria especial a mis padres Antonio y María...

Como testimonio de cariño y
eterno agradecimiento por mi existencia,
valores morales y formación profesional.

Porque sin escatimar esfuerzo alguno,
han sacrificado gran parte de su vida para formarme
y porque nunca podré pagar
todos sus desvelos ni aún
con las riquezas más grandes del mundo.

Por lo que soy y por todo
el tiempo que les robé pensando
en mi...Gracias. Con amor y respeto.

ÍNDICE	PÁGINA
1. Resumen	6
2. Marco teórico	7
3. Justificación	27
4. Planteamiento del problema	28
5. Objetivo de investigación	28
5.1 Objetivo general	28
5.2 Objetivos específicos	28
6. Hipótesis	28
7. Metodología	30
7.1 Tipo de estudio	30
7.2 Población, lugar y tiempo de estudio	30
7.3 Tamaño de la muestra y tipo de muestra	30
7.4 Criterios de selección	31
7.5 Definición y operacionalización de variables	31
7.6 Descripción general del estudio	34
7.7 Método de recolección de datos	35
7.8 Organización de datos	35
7.9 Análisis estadístico	35
7.10 Consideraciones éticas	36
8. Resultados	38

9. Discusión	52
10. Conclusiones	55
11. Recomendaciones	56
12. Referencias bibliográficas	57
13. Anexos	61

1. RESUMEN

TÍTULO: Factores que limitan la aceptación de la vasectomía como método de planificación familiar en derechohabientes de 20 a 44 años de edad en la UMF No. 9 del IMSS de Acapulco de Juárez, Gro.

ANTECEDENTES: La esterilización masculina mediante vasectomía es un método anticonceptivo definitivo que es aceptado en algunos sectores de la población de México. En torno a la práctica de la vasectomía, aún existe una serie de mitos y prejuicios con respecto a una supuesta pérdida de la virilidad o vigor sexual entre aquellos varones que deciden realizarse dicha intervención quirúrgica.

OBJETIVO: Identificar los factores que limitan la aceptación de la vasectomía como método de planificación familiar en derechohabientes de 20 a 44 años de edad en la UMF No. 9 de Acapulco de Juárez, Gro.

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio transversal descriptivo a 445 pacientes de 20 a 44 años de edad adscritos a la UMF No. 9 Acapulco de Juárez, Gro. en el período comprendido del mes de marzo a junio de 2018, previa autorización del Comité Local de Investigación en Salud y firma de carta de consentimiento informado por los pacientes. Se aplicó una encuesta previamente validada por expertos, los datos obtenidos se capturaron en una hoja de control de datos para su análisis estadístico descriptivo mediante el programa SPSS obteniendo frecuencias simples y porcentajes.

RESULTADOS: Se identificaron que los principales factores que limitan la aceptación de la vasectomía son las creencias que se tienen al respecto sobre este método de planificación familiar con 83.6%, entre las que destacaron que la vasectomía es muy dolorosa con 27.6% y que la vasectomía provoca impotencia sexual con el 26.1%, así como la falta de información de la misma con 75.7%,

CONCLUSIONES: Los factores que limitan la aceptación de la vasectomía como método de planificación familiar en nuestra población estudiada fueron las creencias y mitos que se tienen en relación a este método de planificación familiar y a la falta de información referente a la misma.

2. MARCO TEÓRICO

A pesar del temido papel histórico del hombre en la anticoncepción, fue este quien empezó a meditar sobre el tema con el masivo uso del coito interrumpido. Este método era conocido desde la antigüedad, pero su uso no ha tenido siempre la misma extensión. Así, por ejemplo, en el siglo XIV se daban argumentos en su contra afirmando que era una práctica insana; su uso en el matrimonio no era frecuente, debido a que se le asociaba con las prácticas extramatrimoniales y la prostitución. A pesar de diversas concepciones “machistas”, el hombre ha ido asumiendo un papel cada vez más importante en la decisión de controlar el tamaño de su descendencia y, por ello demanda, cada vez con mayor frecuencia, métodos anticonceptivos. ⁽¹⁾

A lo largo de la mayor parte de la historia, la esterilización de los hombres fue casi siempre involuntaria. Se le realizaba en forma violenta mediante la castración: la extirpación de los testículos, y a menudo también del pene. A la esterilización se le siguió asociando con la castración hasta principios de la época moderna. A fines del 1800, se esterilizaba a los hombres como una forma desesperada de mejorar su salud, hacerlos sentir más jóvenes, revertir la impotencia y curar infecciones. ⁽²⁾

La vasectomía se usó por primera vez como medio para tratar los problemas de la micción debido a una próstata agrandada. Había demostrado su eficacia en pruebas con animales y sustituyó a la orquiectomía que era más drástica. El uso de la operación en seres humanos se atribuye a Felix Guyon en 1885. ⁽³⁾

A principios del siglo XX, la vasectomía como método anticonceptivo era, por lo general, punitiva o eugenésica. Los prisioneros, los enfermos mentales, los retardados y los que padecían enfermedades hereditarias fueron esterilizados durante la primera mitad del siglo, aparentemente para evitar que cometieran delitos sexuales o para prevenir la transmisión genética de enfermedades y afecciones, las cuales, según la creencia de la época, incluían prácticamente todo, desde la epilepsia hasta la pobreza. Se solían emplear incentivos monetarios para tentar a

hombres pobres recalcitrantes a que se ofrecieran voluntariamente. En 1916, el cirujano vienés Eugen Steinach comenzó a realizar vasectomías para miles de hombres, posiblemente incluido su vecino Sigmund Freud, como una forma de restringir la producción de las hormonas que causan el envejecimiento. Steinach abandonó estas operaciones en la década de 1940, cuando se refutó su teoría. ⁽²⁾

Ya en los años 30s, pero principalmente a partir de los años 60s, la principal aplicación de la vasectomía fue como medio quirúrgico de anticoncepción. ⁽³⁾ Se le negaba a cualquier hombre que la requiriera, a menos que fuera mayor de 35 años y tuviera al menos tres hijos. Hacia 1960, sólo se habían realizado vasectomías voluntarias en 45,000 estadounidenses. Cada vez más hombres se ofrecieron voluntariamente para la vasectomía a medida que el movimiento feminista de los 60s y 70s logró una mayor apreciación de la igualdad de los sexos por parte de los hombres y los efectos secundarios de los primeros anticonceptivos orales se hicieron más evidentes. También se optaba por la vasectomía debido a que la esterilización era más simple y económica para los hombres que para las mujeres. Ya a principios de la década de 1970, tres cuartos de millón de estadounidenses se sometían a vasectomías. ⁽²⁾

Desde 1967, los programas de planificación familiar fueron creados para proporcionar a las parejas tanto conocimientos como facilidades de acceso a una atención profesional que les auxiliara en la planificación del tamaño de su familia de acuerdo con sus principios morales, religiosos o filosóficos. Se estableció que ningún individuo sería objeto de cohesión alguna para practicar estos procedimientos, por ello, toda persona tiene la oportunidad de elegir voluntariamente un método de planificación familiar, así como el procedimiento para este fin. La planificación familiar y, en general, la salud reproductiva ha sido dirigida de manera tradicional e indiscutible hacia las mujeres, lo que ha propiciado que la participación del varón en este proceso sea pobre ⁽⁴⁾.

VASECTOMÍA

La vasectomía es un método de control de la fecundidad masculina. El término vasectomía proviene del latín **vas, conducto**, y del griego **ektome**, que quiere decir **escisión**. Consiste en el corte de los conductos deferentes para bloquear el paso de los espermatozoides con la finalidad de impedir que se incorporen al semen y salgan del organismo del varón por medio de la eyaculación. Existen dos técnicas principales; en una, la incisión se realiza con bisturí, y en la otra se hace una punción para introducir el instrumental necesario para la operación, que es conocida como vasectomía sin bisturí o técnica de Li. ⁽⁵⁾

La vasectomía sin bisturí fue desarrollada en 1974 por el doctor Li Shunquiang en el Instituto Chongqing de Investigaciones Científicas en Planificación Familiar, de la provincia de Sichuán, China, posteriormente la técnica quirúrgica fue introducida en la comunidad médica occidental en 1985 por el doctor Marc Goldstein del Cornell Medical Center New York Hospital. En México, la vasectomía sin bisturí fue introducida en 1989 en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS; en 1993, la Dirección General de Planificación Familiar (actualmente Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva) de la Secretaría de Salud inició el programa de vasectomía sin bisturí en el primer nivel de atención con cobertura nacional. ⁽⁶⁾

INDICACIONES DE LA VASECTOMÍA: hombres en edad fértil con vida sexual activa, que desean un método permanente de anticoncepción en las siguientes condiciones: fecundidad satisfecha, razones médicas, retardo mental. ⁽⁷⁾

En cuanto al asesoramiento preoperatorio para la vasectomía se deben abordar los siguientes puntos: ⁽⁸⁾

- El procedimiento debe considerarse irreversible.
- El procedimiento tiene una baja tasa de complicación.
- El procedimiento tiene una baja pero existente tasa de fracaso.

- Las parejas tienen que continuar con sus medidas anticonceptivas hasta que se logra la esterilidad.
- Todos los datos disponibles indican que la vasectomía es segura y no está asociada con ningún efecto secundario o enfermedad grave a largo plazo.

CONTRAINDICACIONES DE LA VASECTOMÍA: no hay contraindicaciones absolutas; las contraindicaciones relativas pueden ser la ausencia de hijos, la edad joven (menor a 30 años), una enfermedad grave, ninguna relación actual y dolor en el escroto ⁽⁸⁾, criptorquidia, antecedente de cirugía escrotal o testicular e historia de impotencia. ⁽⁷⁾

PRECAUCIONES: en casos como Infección en el área operatoria, hidrocele, varicocele, filariosis (escroto engrosado), hernia inguino-escrotal y en enfermedades hemorragíparas. ⁽⁷⁾

COMPLICACIONES DE LA VASECTOMÍA: una baja frecuencia de complicaciones se asocia con la vasectomía. Diferentes definiciones de las complicaciones en la literatura han dado lugar a diferentes frecuencias: ⁽⁸⁾

- Sangrado postoperatorio y hematoma: 4-22%.
- Infecciones: 0.2-1.5%; generalmente, las infecciones son leves y se limitan a la zona de la herida, pero se ha notificado la enfermedad de Fournier.
- Dolor escrotal crónico: 1-14%, normalmente leve, pero a veces requiere tratamiento del dolor o cirugía.
- Recanalización temprana, persistencia de espermatozoides móviles en el eyaculado para la cual se indica reoperación: 0.2-5.3%.
- Recanalización tardía tras haber conseguido el aclaramiento seminal: 0.03-1.2%.

Después de la vasectomía el análisis del semen (espermatobioscopía) es una parte esencial del seguimiento de los pacientes, y se lleva a cabo preferentemente a los 3 meses después del procedimiento. Un número adecuado de eyaculaciones, por

lo menos 20, deberían haberse producido en los 3 meses. El análisis del semen después de la vasectomía se realiza mejor en un laboratorio certificado de acuerdo a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. ⁽⁸⁾

Existe un consenso general de que los hombres pueden ser dados de alta si no se encuentran espermatozoides en el eyaculado. Al menos en el 80% de los hombres no se encuentran espermatozoides en la eyaculación 3 meses después de la vasectomía; en estos hombres no se necesita seguimiento. En algunos hombres un número bajo de espermatozoides inmóviles está presente y puede persistir durante un período de tiempo más largo. Estos pacientes pueden dejarse e seguir si se presentan menos 100.000 espermatozoides inmóviles por mililitro 3 meses después de la vasectomía. En caso de persistencia de espermatozoides móviles después de 6 meses de seguimiento se aconseja rehacer la vasectomía. ⁽⁸⁾

La importancia de la espermatobioscopía postvasectomía permite que, por una parte, el varón tenga confianza en la vasectomía cuando obtiene el resultado de azoospermia y le favorezca tener una vida sexual más satisfactoria al eliminar la preocupación de un embarazo. Por otra parte, la pareja sexual también puede tener confianza de dejar de utilizar otros métodos anticonceptivos cuando tenga relaciones con el hombre vasectomizado. ⁽⁹⁾

PREVALENCIA DE LA VASECTOMÍA EN EL MUNDO Y EN MÉXICO

El uso de anticonceptivos ha aumentado en muchas partes del mundo, especialmente en Asia y América Latina, pero sigue siendo baja en África Subsahariana. A escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente de un 54% en 1990 a un 57.4% en 2015. A escala regional, la proporción de mujeres de 15 a 49 años de edad, que usan algún método anticonceptivo ha aumentado mínimamente o se ha estabilizado entre 2008 y 2015. En África pasó de 23.6% a 28.5%; en Asia, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente de 60.9% a un 61.8%, y en América Latina y el Caribe el porcentaje ha permanecido en 66.7%. ⁽¹⁰⁾

Los datos más recientes estimados por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) (encuesta realizada en 188 países y más 1,170 millones de mujeres de 15 a 49 años de edad) sobre las tasas de prevalencia globales de uso de métodos anticonceptivos para el años 2013 indican en general que la esterilización femenina (OTB) se encuentra en primer lugar con 18.9%, seguida del uso de dispositivo intrauterino (DIU) con 13.9%, hormonales orales 8.9%, condón masculino 8%, hormonales inyectables 4.1%, ritmo 2.9%, coito interrumpido 2.7%, y en octavo lugar con 2.4% la esterilización masculina o vasectomía. ⁽¹¹⁾

De acuerdo al último reporte del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población de la Organización de las Naciones Unidas para el Uso de Anticonceptivos en el año 2017 los países donde es más utilizada la vasectomía como método de planificación familiar son: Canadá (22%); Reino Unido (21%); Nueva Zelanda (19.5%); República de Corea (16.8%); Australia (12.7%); Bután (12.6%); Estados Unidos de Norteamérica (11.6%); Dinamarca (10%); Bélgica (8.4%); España (7.9%). Entre los países de Latinoamérica que figuran en cuanto a la prevalencia de la vasectomía son: Puerto Rico 5.3%, Costa Rica 4.6%, Brasil 4.2%, Colombia 3.4%, México 1.2%. ⁽¹²⁾

Los países donde prevalece más la esterilización masculina que la esterilización femenina son: Australia (12.7% vasectomía, 3.9% OTB), Bután (12.6% vasectomía, 7.1% OTB), Canadá (22% vasectomía, 11% OTB), Dinamarca (10% vasectomía, 4.7% OTB), Países Bajos (6% vasectomía, 3% OTB), Nueva Zelanda (19.5% vasectomía, 14.6% OTB), Qatar (1.1% vasectomía, 0.8% OTB), República de Corea (16.8% vasectomía, 5.9% OTB), España (7.9% vasectomía, 5.6% OTB), Reino Unido (21% vasectomía, 8% OTB). ⁽¹²⁾ La prevalencia a nivel mundial de las personas que utilizan la esterilización definitiva como método anticonceptivo es de la siguiente manera: ⁽¹¹⁾

- Regiones desarrolladas: 8.4% (OTB); 5.3% (Vasectomía)
- Regiones en desarrollo: 20.6% (OTB); 1.9% (Vasectomía)
- Global: 18.9% (OTB); 2.4% (Vasectomía)

Por continentes la distribución de la esterilización como método definitivo de planificación familiar es de la siguiente forma:

África: 1.7% OTB; 0.0% Vasectomía

Asia: 23.4% OTB; 2.2% Vasectomía

Europa: 3.8% OTB; 2.7% Vasectomía

Latinoamérica y el Caribe: 28.2% OTB; 2.3% Vasectomía

Norteamérica: 20.8% OTB; 11.9% Vasectomía

Oceanía: 11% OTB; 11.2% Vasectomía

Lo anterior refleja, quizá, un componente complejo y multidimensional en torno al perfil del hombre que acepta la vasectomía como método de anticoncepción. En este fenómeno muy probablemente participan, sin duda, aspectos culturales, regionales, educativos, económicos raciales, demográficos y religiosos que inciden en la aceptación de la vasectomía por los hombres. ⁽¹³⁾

Actualmente en México habitan 121.0 millones de personas y se espera que en 2030 la población ascienda a 137.5 millones; para alcanzar esta cifra la tasa de crecimiento total debe disminuir de 1.06 a 0.67% (CONAPO 2012). El cambio en el ritmo de crecimiento de la población se ha logrado principalmente por el descenso de la tasa global de fecundidad (TGF) y de los cambios a través de la migración y la mortalidad. De acuerdo a los resultados obtenidos por medio de la ENADID 2014, se observa que la fecundidad continúa en descenso, dado que entre 2009 y 2014, la tasa global de fecundidad disminuyó 1.3%, manteniéndose todavía por encima del nivel de reemplazo de 2.1 hijos por mujer. ⁽¹⁴⁾

Datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014 (ENADID), realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), y el Consejo Nacional de Población (CONAPO) efectuada en México a mujeres de 15 a 49 años de edad reporta que 98.7% de las mujeres en edad fértil conocen algún método anticonceptivo; 51.6% declararon ser usuarias actuales de algún tipo de método, 15.3% han utilizado en el pasado pero actualmente ya no lo hacen; 31.8%

declararon nunca haber utilizado métodos anticonceptivos. Con respecto al tipo de método anticonceptivo utilizado, 48.6% de las mujeres de 15 a 49 años de edad usuarias actuales de métodos, utiliza la oclusión tubárica bilateral (OTB) siendo este el principal método empleado, seguido por los métodos no hormonales con 30.4%, 13.5% son usuarias de anticonceptivos hormonales, 4.8% de métodos tradicionales y sólo el 2.7% utiliza la vasectomía. Esto da cuenta que en mayor medida las mujeres en edad fértil utilizan métodos anticonceptivos modernos (95.2%) como consecuencia a un mayor involucramiento en la decisión del uso de métodos de control natal. Por grupos de edad, la diferencia en cuanto al uso de los distintos métodos anticonceptivos entre las edades se acentúa, ya que en las adolescentes (15 a 19 años) y las jóvenes (20 a 24 años) usuarias, el uso de métodos anticonceptivos definitivos es marcadamente menor, es decir, que sólo el 1.4% de las adolescentes usuarias utilizó la oclusión tubárica bilateral (OTB) y el 9.5% de las jóvenes de 20 a 24 años utilizó tanto la OTB como la vasectomía. Conforme avanza la edad, se percibe un incremento en la utilización de estos métodos, alcanzando su mayor proporción de uso en las mujeres de 40 a 44 años y de 45 a 49 años de edad con un 73.8% y un 82.6% respectivamente. En cuanto a la vasectomía la distribución porcentual según grupo quinquenal de edad se reporta de la siguiente manera: 15 a 19 años (0%), 20 a 24 años (0.3%), 25 a 29 años (1.2%), 30 a 34 años (2.7%), 35 a 39 años (3.7%), 40 a 44 años (3.7%), 45 a 49 años (4.4%). ⁽¹⁵⁾

Los estados con la mayor proporción de usuarias de métodos anticonceptivos son: Chihuahua (59.3%), Baja California Sur (58.1%), Nayarit (57.7%), Colima (56.7%) y Baja California (56.2%), mientras que Chiapas (40.4%), Oaxaca (42.8%), Michoacán de Ocampo (46.2%), Guanajuato (47.3%) y Guerrero (47.8%) tienen los porcentajes más bajos. ⁽¹⁵⁾

En lo que respecta a la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria, de 2006 a 2012 hubo un aumento de alrededor de 84 mil cirugías, lo que representa un crecimiento del promedio anual cercano al 4.0%, sin embargo, entre instituciones existen diferencias importantes. Mientras que el IMSS Oportunidades y la Secretaría de Salud registraron aumento del 4.0% y 8.6% respectivamente, PEMEX, ISSSTE e

IMSS Régimen Ordinario, presentaron tendencias a la baja. Por tipo de método, el número de aceptantes de OTB presentó incrementos en IMSS Oportunidades, SEDENA y Secretaría de Salud de 4.1%, 5.4% y 8.6% respectivamente. En el caso de la vasectomía, destaca el incremento registrado en la Secretaría de Salud de 8.6% en el período 2006 -2012. ⁽¹⁶⁾

A pesar de que el IMSS Oportunidades y la Secretaría de Salud presentan los incrementos más altos en el número de aceptantes de métodos definitivos de planificación familiar, en ambas instituciones sigue siendo muy baja la participación del varón. En 2012 se realizaron en el IMSS Oportunidades 27 OTB por cada vasectomía; en la Secretaría de Salud 15 por cada vasectomía. Para SEDENA, ISSSTE, IMSS Régimen Ordinario y PEMEX, este indicador oscila entre cinco y ocho OTB por vasectomía, lo que indica que en estas últimas instituciones es mayor la participación del hombre en la aceptación de métodos definitivos de planificación familiar. ⁽¹⁶⁾

Para el caso del Estado de Guerrero según INEGI en la Encuesta Intercensal, la población total del estado para el 2015 corresponde a 3, 568,139 habitantes, de los cuales 51.9% (1, 834,192) son mujeres y el 48.1% (1, 699, 059) son hombres, con una media de edad de 25 años, es decir una población joven y en edad reproductiva. ⁽¹⁷⁾

En Guerrero, según la última encuesta, se observa el siguiente comportamiento en el conocimiento de métodos: más del 90% de las MEF reconocen a las pastillas y las inyecciones, pero estos niveles de conocimiento son inferiores a los registrados en el país. En un segundo plano, se ubica el condón masculino, la oclusión tubárica bilateral (OTB) y el DIU, con poco más del 80%; y con porcentajes aún menores a 80 aparecen la vasectomía y el parche anticonceptivo, el condón femenino y el implante subdérmico. ⁽¹⁸⁾

PERSPECTIVA PSICOSOCIAL SOBRE LA VASECTOMÍA

La Organización Mundial de la Salud ha definido a la salud reproductiva como “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción”.⁽¹⁹⁾

La OMS define a la Planificación Familiar (PF) como “una manera de pensar y de vivir que es adoptada voluntariamente, sobre la base de conocimientos, actitudes y decisiones responsables por parte de individuos y parejas, con el fin de promover la salud y el bienestar del grupo familiar y por lo tanto contribuir de manera eficaz al desarrollo social de un país”.⁽²⁰⁾

La salud masculina, y sobre todo la salud sexual y reproductiva de los hombres, se ven condicionadas por la construcción genérica de la masculinidad. Existen dos aspectos importantes de mencionar en la esfera de la masculinidad, la primera es el hecho de que los hombres, se encuentran y conciben despreocupados por el cuidado de su propia salud. El otro aspecto importante por resaltar, es el hecho de que la masculinidad se mide especialmente a través de su comportamiento sexual, convirtiéndose casi en el pilar fundamental de la demostración social de virilidad. La masculinidad se trata de una estructura social que ha sido codificada, idealizada y valorizada; es decir, la masculinidad que se acepta como un modelo de conductas, percepciones y estimaciones que sitúa a los hombres en relaciones basadas en poder, en la división y jerarquización sexual, así como una expresión de una sexualidad permisiva y riesgosa, por lo que determinar los patrones masculinos establecidos socialmente y su carácter prioritario en la agenda de salud para establecer políticas públicas que incluyan al sector masculino, se vuelve una necesidad emergente de indudable valor para la construcción de una sociedad más sana y atravesada por la búsqueda de equidad de género, sobre todo en materia de salud sexual y reproductiva.⁽²¹⁾

Es indudable que al concebirse los órganos sexuales como protagonistas de la masculinidad, el rechazo a algún método que pueda alterar su concepción, tales

como el preservativo masculino o la vasectomía, es evidentemente esperado cuando se toma en cuenta como se ha construido socioculturalmente la masculinidad, vinculada esta principalmente con la erección del pene, la duración, la cantidad de eyaculación, e incluso el tamaño del órgano son pilares demostrativos de virilidad, respondiendo así a la genitalidad que representa la sexualidad de los hombres; de esta forma resulta la afirmación de que la identidad masculina “exige del varón comportamientos sexuales que se basan en correr riesgos y con una falta de cuidados de ellos mismos y de sus parejas”. (21)

Los programas de Planificación Familiar se han centrado en la mujer, dejando minimizada la participación masculina, por lo que la vasectomía como un método de anticoncepción utilizado por los hombres, es un tema del que poco se habla por diversas razones: mitos y prejuicios, significados y temores, así como escaso interés por el sector público en la promoción, regulación y control de la sexualidad masculina. (22)

Un aspecto que es indispensable tomar en cuenta para enfrentar de manera adecuada y efectiva los aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva es la perspectiva de género en la salud. A lo largo de la historia se han calificado como “naturales”, muchas de las diferencias que se observan cotidianamente en la distribución de tareas, derechos y obligaciones entre los hombres y mujeres y que han colocado a las mujeres con una situación de subordinación, incorporándolas a las costumbres y tradiciones de cada cultura y grupo social. Sin embargo, la realidad es que los roles de género están determinados socialmente entre ellos. En el caso de la salud, los roles y relaciones de género, tienen impactos negativos en las mujeres. La subordinación y falta de autonomía en la toma de decisiones se constituye en barreras para el conocimiento y adopción de métodos anticonceptivos. (23)

Cuando se analiza el uso de métodos anticonceptivos de uso exclusivo masculino, como el condón o la vasectomía, resultan de gran importancia los hallazgos de investigación según los cuales detrás de su utilización existen valoraciones sobre la

sexualidad que han de tomarse en cuenta y que se relacionan con el hecho de que los hombres gozan de mayores prerrogativas sociales que las mujeres para iniciar y negociar las relaciones sexuales, en tanto que las mujeres están más controlada en su actividad sexual. En cuanto a la vasectomía, algunas evidencias de investigación indican que existe entre la población masculina vincular este procedimiento con la amenaza y puesta en duda de importantes símbolos asociados a la masculinidad. Debido a que en el imaginario social y masculino parece existir una conexión entre infertilidad e impotencia, el rechazo a la vasectomía está asociado a una amenaza de castración, con la pérdida de la potencia sexual y de las erecciones y, por tanto, con la pérdida de la masculinidad. ⁽²⁴⁾

Al respecto un estudio realizado en los barrios de Olaya, Blas de Lezo y El Recreo, en Cartagena, Colombia para determinar la percepción de los hombres ante la aceptación o rechazo de la vasectomía, de acuerdo a los resultados obtenidos en cuanto a mitos y creencias el 7% manifestó que el procedimiento afecta el placer propio o de su pareja; 0% mencionó que produce impotencia sexual; 3% lo relaciona a eyaculación precoz; 10% con cambios de coloración del semen; 43% siente miedo de realizarse el procedimiento, es inseguro y atentaría contra su salud; 20% coincide en que su esposa debe cuidarse; 3% menciona que protege de enfermedades de transmisión sexual; 33% cree que el semen queda inmediatamente sin espermatozoides y 63% estaría dispuesto a realizarse la vasectomía. ⁽²⁵⁾

Otro estudio demuestra que las principales preocupaciones de los hombres frente al procedimiento de la vasectomía son el temor a la intervención quirúrgica (aplicación de la anestesia local, a las inyecciones, a sentir dolor durante la exploración médica semejante a dolores experimentados por golpes, a sentir la punción y manipulación en el escroto y los testículos, a tener o sentir la herida, a requerir ser suturados y el retiro de puntos, a la recuperación posquirúrgica en casa, a la recanalización de los conductos deferentes, y a la efectividad de la cirugía como método de esterilización definitiva), seguido por el miedo a perder la respuesta sexual (perder la capacidad de erección, dejar de eyacular, disminución de la cantidad de semen que será expulsado al exterior, tener cambios de coloración en

el semen, y sufrir pérdida o disminución del placer sexual propio y de la pareja), y por último el miedo subjetivo relacionado con la masculinidad (a partir de analogías que hacen por comentarios que reciben de sus parejas, hermanas, madres y amigas o amigos).⁽²⁶⁾

Hay varios conceptos erróneos sobre la vasectomía que ha contribuido a la renuencia de muchos hombres a elegirla como método anticonceptivo.

Por ejemplo, en Karachi, Pakistán, en un estudio se captaron los puntos de vista, percepciones e ideas sobre mitos y falacias relacionadas con los métodos anticonceptivos masculinos entre los jóvenes tanto varones como mujeres, en relación a los resultados obtenidos no había conocimiento de la vasectomía entre la juventud masculina y lo que se conocía se basó en información errónea que reciben de los amigos, parientes y conocidos. Se encontraron interesantes alusiones sobre la vasectomía que reveló que la percepción sobre ésta se basó en la desinformación, como, por ejemplo: *“las hembras han escuchado hablar que los hombres pierden sus poderes físicos por la vasectomía”*; *“la vasectomía es exitosa si los hombres reducen sus dietas después del procedimiento”*. En relación a los factores sexuales: *“los hombres pierden sus poderes sexuales”*; *“los hombres se vuelven impotentes”*. Entre los factores socioculturales y religiosos las declaraciones hechas por los participantes revelaron sus opiniones erróneas a este respecto: *“la vasectomía se hace sobre los presos condenados por cargo de violación”*. Según ellos, en este procedimiento *“la vena de su dedo gordo se corta y el resultado es que se vuelven impotentes y estériles permanentemente”* (participante masculino); *“la vasectomía es un procedimiento en el cual una cápsula se coloca en su órgano sexual del varón y los hace permanentemente estériles”* (participante femenino). Un participante masculino dijo que *“la vasectomía es generalmente para señoras y no es para los hombres”*. Algunas de las mujeres compartieron sus percepciones sobre el uso de condones y la vasectomía, diciendo que si alguna evita el embarazo entonces Alá los enferma de alguna otra manera como la presión arterial o la diabetes. En este estudio se encontraron múltiples razones que están contribuyendo a un bajo uso de anticonceptivos masculinos

incluida la vasectomía, incluyendo creencias religiosas, mitos y falacias sobre éstos, la mayoría ya conocidos mientras que algunos eran nuevos o al menos no documentados en la literatura existente. ⁽²⁷⁾

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 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. ⁽²⁸⁾

En el Norte de la India, en un hospital de enseñanza terciaria un estudio de 428 varones los cuales comprendían edades entre los 18 y 50 años fue realizado para identificar la apatía de estos hacia la vasectomía sin bisturí. El 97.4% estaba consciente de la vasectomía como método de anticoncepción permanente, 97.2% sabían que el procedimiento se realizaba sin ningún costo, solo 50.9% tenía conocimiento de que la remuneración monetaria se les daba en caso de ocurriera una complicación o falla del procedimiento. Se informó que la televisión era su principal fuente de información 47.7%, seguida de amigos 24.2%, otras fuentes fueron la radio con 16.7%, revistas 4.5%, carteles 3.5%, periódicos 2.3% y panfletos 0.7%, 75.2% no estaban seguros de que la vasectomía sin bisturí requería una visita al hospital solamente. El hecho de que la vasectomía sin bisturí no requiere reposo prolongado en cama y no afectar el rendimiento sexual fue conocido por 62.9% y 69.6% de los encuestados respectivamente. El 66.6% estaban seguros de que la vasectomía sin bisturí se realiza sin hacer ninguna incisión. Un gran número de encuestados 89.7% coincide en que los varones también deben tomar la responsabilidad de planificación familiar, 68% coincide en la esterilización permanente; sin embargo, sólo 34.7% estaban dispuestos a adoptar la vasectomía sin bisturí como un método de planificación familiar. Los principales temores limitantes para adoptar la vasectomía sin bisturí eran: miedo al procedimiento quirúrgico 40.7%, la naturaleza permanente del procedimiento 22.2%, creencias

religiosas 19%, disminución de la función sexual 10.5% y el requisito de reposo prolongado después del procedimiento que afecte las ganancias diarias 7.5%. ⁽²⁹⁾

En la ciudad de Shahrud, Irán en un estudio se evaluó el conocimiento y la actitud sobre la vasectomía como método anticonceptivo en un grupo de mujeres, en el cual la mayoría no estaba de acuerdo con usar un método permanente, el 88.4% han escogido otros métodos anticonceptivos porque suponen que sus esposos preferirían la tubectomía a la vasectomía, 62% no saben si sus maridos están preocupados por la impotencia y 35% menciona que si optaban por la vasectomía preferirían mantenerlo en secreto. Otras actitudes encontradas fueron que la impotencia es un efecto secundario de la vasectomía, los efectos secundarios de tener una vasectomía son mayores a tener una tubectomía, otras elegirían la vasectomía solamente si realizarse la tubectomía fuera imposible, la oposición de la familia a la vasectomía y en contraste, otras sugerirían a los miembros varones de la familia considerar realizarse la vasectomía. ⁽³⁰⁾

Incluso hay hombres que han afirmado que por si alguna razón llegase a tener una vasectomía, nunca más podrían tener relaciones sexuales con una mujer, y mujeres que afirman que, al tener una vasectomía, el hombre puede volverse débil e incapaz de satisfacer sexualmente a una mujer. Otros investigadores han encontrado que hay quienes creen que la vasectomía puede afectar el carácter de un hombre haciéndolo “como mujer”, y además puede afectar negativamente su hombría. ⁽³¹⁾

A raíz de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y de la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing 1995), el tema de la participación de los hombres en los programas de salud reproductiva ha despertado mayor interés entre entidades tan diversas como los planificadores y proveedores de servicios de salud; los movimientos para la defensa de los derechos de la mujer; las instituciones académicas, y los grupos de reflexión integrados por hombres. Este interés, cada vez más marcado, se debe principalmente al reconocimiento de que los hombres desempeñan un papel importante en la toma de decisiones de la pareja sobre la sexualidad y la reproducción y a la conciencia de que la falta de equidad

en las relaciones entre hombres y mujeres menoscaba la salud reproductiva en ambos sexos. ⁽³²⁾

En seis proyectos de investigación operativa realizada en Brasil (PROPATER 1985), Colombia (Profamilia 1988-1989) y México (CIFE1988-1989, IMSS 1994, MEXFAM 1988 y MSA 1988) en los cuales se sometieron a prueba diversas estrategias de promoción de la vasectomía, recolectaron estadísticas de servicio y llevaron a cabo estudios cuantitativos y cualitativos de seguimiento de los aceptantes. El proceso de toma de decisión respecto de la vasectomía observa las cuatro etapas que casi siempre acompañan la adopción de cualquier innovación: toma de conciencia, búsqueda de información, evaluación y adopción. Entre los eventos tempranos de la etapa de concientización están el darse cuenta de que uno ya tiene, o ha excedido, el número de hijos que desea (paternidad/maternidad satisfecha). En las etapas de búsqueda de información y de evaluación, lo más frecuente era que los hombres consultaran con sus esposas, con personal de salud, y con parientes y amigos, incluso con amigos o conocidos que ya se habían realizado la vasectomía. Entre las razones que se adjudicaron con más frecuencia para elegir este procedimiento por sobre la ligadura de trompas fueron que la vasectomía era más sencilla, fácil y rápida, y más cómoda, también mencionaron como factor muy importante la mayor seguridad de la vasectomía en comparación con la esterilización femenina. Otra de las razones señaladas por los hombres para elegir la vasectomía sobre la esterilización femenina fue la preocupación por la salud de sus esposas y también el colaborar con su esposa en la responsabilidad de planear la familia. Otro factor influenciado sobre la decisión fue el tipo de técnica quirúrgica que se emplea para el procedimiento. ⁽³³⁾

Los hombres que aceptan la vasectomía reconocen algunos aspectos positivos, como son: el aumento de la actividad sexual debido a que no hay riesgo de un embarazo no deseado, el hecho de que las mujeres no tengan que usar anticonceptivos, y que la vasectomía es una manifestación de compromiso de los hombres que tradicionalmente habían tenido un papel pasivo en la planificación familiar. ⁽³¹⁾

En un estudio en México realizado a 86 hombres a quienes se les realizó vasectomía sin bisturí en el Centro de Cirugía Ambulatoria del ISSSTE, el 93% recomendó la vasectomía por diferentes razones, entre ellas: dejar de usar el preservativo y poder tener una vida sexual libre de preocupaciones de embarazos no deseados, así como el hecho de que se trata de una operación rápida, segura y de bajo riesgo. El 7% restante la recomendó por ser una técnica para el control de la natalidad aplicada a hombres, y por las ventajas que conlleva para la pareja la suspensión de métodos hormonales. ⁽⁵⁾ Inclusive las parejas de hombres vasectomizado comentan que el que sus parejas se practicarán la vasectomía las hacía sentirse queridas y contentas, pues ellos ya no tendrán la posibilidad de tener más hijos en caso de separación. Además, modifica la percepción que tienen éstas hacia ellos, quienes los ven como valientes, responsables y no machistas, aunque hay que mencionar también que se refleja el temor de favorecer relaciones extramaritales. ⁽³⁴⁾

En varios países latinoamericanos incluido México, el perfil del hombre “típico” que se ha realizado una vasectomía es el siguiente: ⁽³⁵⁾

- Más de 30 años de edad
- Tiene tres o menos hijos
- Vive en un área urbana
- Ha utilizado otros métodos anticonceptivos antes de elegir la vasectomía
- Tiene un nivel educativo más alto que el promedio nacional

El hombre que se practica una vasectomía en los países desarrollados (como Estados Unidos y Canadá) corresponde a un perfil muy particular: ⁽³⁶⁾

- Es una persona de la década de los 30 años;
- Con un nivel educativo superior a la media nacional;

- Un promedio de tres hijos o menos;
- Habitante de zona urbana;
- Con historial de uso anticonceptivos previos.

Algunos investigadores han explorado la relación entre la elección de la vasectomía como método anticonceptivo con la educación o el nivel ingresos del hombre, y los resultados difieren entre diversos estudios. En los Estados Unidos, se ha informado que la vasectomía es casi seis veces más común en los hombres universitarios ya graduados o tienen una educación superior que los que no han terminado la escuela secundaria. Sin embargo, otros autores informan que el nivel de educación no predice la utilización de la vasectomía en el mismo país; sugieren que sus resultados pueden ser explicados porque la mayor parte de los hombres estudiados tenían niveles educativos más bajos y los datos pudieron haber sido subalimentados para detectar una diferencia. ⁽³⁵⁾

Un estudio realizado en el centro de salud “Dr. José Castro Villagrana” de la Ciudad de México, se analizaron 1023 expedientes clínicos de los pacientes que fueron vasectomizados entre 1993 y 2007, en el cual la paridad satisfecha junto con el nivel de escolaridad secundaria completa, bachillerato o nivel técnico fue el motivo y condición asociados más importantes para decidir realizase la vasectomía. ⁽¹³⁾

Estudios en Argentina evidencian también que las circunstancias en las cuales la vasectomía comienza a ser evaluada como una opción personal y/o de la pareja son: o bien, luego de un embarazo no planificado, o bien, luego de un embarazo de riesgo y traumático. También se convierte en una opción concreta ante una situación dilemática que los varones y sus parejas deben resolver: cuando, por diversos motivos los métodos anticonceptivos de uso corriente o los modos “tradicionales” de evitar un embarazo dejan de considerarse una opción, suele coincidir con una decisión masculina de hacerse cargo: “ahora me toca a mí”; poner el cuerpo es “un acto de amor”. ⁽³⁷⁾

Otro estudio realizado en el Módulo de Vasectomía de la Secretaría de Salud del Estado de Aguascalientes en México a 47 pacientes que aceptaron la vasectomía y 45 que no la aceptaron, en cuyo objetivo era identificar los factores socioculturales que intervienen en la aceptación y rechazo de la vasectomía, se encontró que los principales motivos para realizarse la vasectomía fueron: paridad satisfecha 50%, obtener una mejor calidad de vida en un 20.3%, por ser una cirugía de bajo riesgo y rápida en un 9.2%. Los principales motivos de rechazo fueron decidir tener más hijos 31.2%, temor a quedarse impotentes 10.4% y haber elegido otro método anticonceptivo con el 10.4%. ⁽³⁸⁾

Es necesario no sobreestimar los obstáculos ligados a concepciones machistas y tradicionales, existentes por cierto en un tipo de masculinidad, en lo que se refiere a la elección de la vasectomía como método anticonceptivo. En algunas ocasiones, el principal obstáculo que enfrentan los varones remite a restricciones relativas a la accesibilidad; específicamente acceso a la información sobre la existencia y características de dicho método, a espacios de consejería en salud reproductiva para poder evaluar dicha opción, a servicios de salud para poder realizar la intervención quirúrgica. ⁽³⁷⁾

Con respecto a recibir información sobre la existencia de dicho método, un estudio realizado en la Ciudad de Benín en Nigeria realizado a 104 ginecólogos residentes (hombres y mujeres) los cuales brindan asesoría y consejería sobre planificación familiar, con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos y actitudes hacia el patrón de consejería y aceptación de la vasectomía arrojó que 41.3% de los médicos optarían por la vasectomía o instar a sus maridos a realizársela si en la familia no hubiese planes de tener más hijos; 27.9% prefiere optar o instar a sus esposas por la oclusión tubárica bilateral (OTB); de los 61 encuestados que no utilizarían la vasectomía son por las siguientes circunstancias: 21.3% por razones socioculturales, 13.1% religiosas, 41% psicológicas y 24.6% no tenía razones específicas. En cuanto al asesoramiento de los médicos hacia los pacientes sobre la anticoncepción permanente: 89.4% de los médicos afirmó aconsejar a menudo la oclusión tubárica bilateral (OTB), 9.6% rara vez, 1% nunca aconsejó la oclusión

tubárica bilateral. En cambio 5.8% aconsejó a menudo la vasectomía, mientras que 47.7% lo hacía raramente y 47.1% nunca la aconsejó. En cuanto a la percepción de los médicos nigerianos hacia la vasectomía se reportan los siguientes hallazgos: 9.6% menciona que la vasectomía no es una opción apropiada de planificación de la familia en los africanos porque hace al hombre menos hombre; 12.5% no considera la vasectomía porque frena la capacidad del hombre para casarse con más esposas si llega a elegir este método, 15.4% cree que la experiencia para una vasectomía segura no está disponible en su medio, 84.6% están convencidos de que el hombre nigeriano promedio no aceptaría la vasectomía, incluso cuando es una opción más apropiada y 64.9% considera que la OTB es la opción más apropiada para la anticoncepción permanente en ese medio. Sin embargo 3/4 partes de los médicos encuestados creían que el funcionamiento normal del testículo se afecta después de la vasectomía; 1/4 responde que la eyaculación puede ser perjudicada, mientras que 1/5 parte consideró que la vasectomía aumenta el riesgo de cáncer de próstata. Estos defectos son importantes en el conocimiento de los médicos que pueden influir en la voluntad de recomendar el procedimiento o difundir información errónea hacia la población general. Estos defectos son importantes en el conocimiento de los médicos ya que pueden influir en la voluntad de recomendar el procedimiento o difundir información errónea hacia la población general. ⁽³⁹⁾

De igual forma se resalta que si se diera una información completa y se considerará la vasectomía como unja opción viable como método anticonceptivo, la aceptabilidad de esta sería más amplia. Otra cuestión importante de mencionar es la participación multidisciplinaria en el procedimiento de la vasectomía, desde la consejería, la decisión, el procedimiento como tal y el seguimiento como una forma de generar mayor confianza en el equipo médico, esto con la finalidad de que los mismos hombres sean promotores del uso de este método definitivo. ⁽³⁶⁾

3. JUSTIFICACIÓN

A pesar de que la vasectomía es un método rápido, seguro y eficaz, y con un índice bajo de complicaciones y que no afecta la función sexual, aún no se logra incrementar la participación del varón para que acepte este método anticonceptivo como alternativa adecuada para el cuidado de la salud reproductiva.

Las razones que motivan la realización de este estudio es conocer cuáles son los factores que limitan la aceptación de los varones hacia este método quirúrgico de esterilización, así como también los conocimientos y percepciones que tiene la comunidad masculina hacia su realización. Asimismo, otra de las razones que conlleva dicha realización es debida a la escasa o nula investigación que se tiene sobre esta temática en la UMF No. 9 del IMSS de la Ciudad y Puerto de Acapulco de Juárez, Guerrero.

Por consiguiente, los resultados de esta investigación tienen como pretensión arrojar concepciones, para que futuras investigaciones encaminadas a la difusión y promoción de este método de planificación familiar, sea más efectivo respecto al abordaje de los factores que se tienen de la comunidad masculina hacia dicho procedimiento. Cabe mencionar que la vasectomía es un método definitivo con un costo 5 veces inferior al de la OTB, es de recuperación lenta y con el aumento en el porcentaje de aceptantes de este método quirúrgico disminuiría en un número considerable las consultas y los costos institucionales en cuanto a métodos anticonceptivos temporales femeninos.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo a los datos estimados por la Organización de las Naciones Unidas para el año 2013 la vasectomía o esterilización masculina se encuentra en el octavo lugar de uso de métodos anticonceptivos a nivel mundial con 2.4%.⁽¹¹⁾ Y en México para el año 2017 se reporta una prevalencia de 1.2% del total de uso de métodos anticonceptivos a nivel nacional.⁽¹²⁾

La vasectomía es una opción más de anticoncepción quirúrgica, si bien por su naturaleza de mínima invasión debería ser más rentable, pero en la actualidad existe un rezago en la aceptación de la misma, considerándose que aún no constituye un método suficientemente utilizado en nuestro país. Sin embargo, los factores inmersos que limitan la aceptación por parte de los varones para la realización de esta técnica quirúrgica no han sido investigados en la población masculina adscrita a la UMF No. 9 del IMSS en Acapulco de Juárez, Guerrero, motivo surge la siguiente pregunta de investigación:

¿CUÁLES SON LOS FACTORES QUE LIMITAN LA ACEPTACIÓN DE LA VASECTOMÍA COMO MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN DERECHOHABIENTES DE 20 A 44 AÑOS DE EDAD EN LA UMF No. 9 ¿DEL IMSS DE ACAPULCO DE JUÁREZ, GRO?

5. OBJETIVO DE INVESTIGACIÓN

5.1 OBJETIVO GENERAL

- Identificar los factores que limitan la aceptación de la vasectomía como método de planificación familiar en derechohabientes de 20 a 44 años de edad adscritos a la UMF No 9 del IMSS en Acapulco de Juárez, Gro.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir cuáles son las creencias que limitan la aceptación de la misma.
- Indagar si un nivel económico bajo influye como factor limitante para la elección de la vasectomía como método de planificación familiar.
- Determinar si el nivel bajo de escolaridad influye en el rechazo de la vasectomía.
- Comprobar si la paternidad satisfecha influye para la aceptación de la vasectomía como método de planificación familiar.

6. HIPÓTESIS

La limitación de la aceptación de la vasectomía como método de planificación familiar en derechohabientes de 20 a 44 años de edad de la UMF No. 9 del IMSS en Acapulco de Juárez, Gro, está determinada por las creencias que se tienen al respecto sobre este método definitivo de planificación familiar.

7. METODOLOGÍA

7.1 Tipo de estudio:

Transversal descriptivo.

7.2 Población, lugar y tiempo de estudio:

Pacientes derechohabientes entre 20 a 44 años de edad, del sexo masculino que acudieron a los servicios de consulta externa en el turno matutino y vespertino de la Unidad de Medicina Familiar No. 9 del IMSS de Acapulco de Juárez, Gro. El estudio se realizó en el período comprendido de marzo a junio del año 2018.

7.3 Tamaño de la muestra y tipo de muestra:

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia tomando 445 pacientes del sexo masculino de 20 a 44 años de edad en la consulta externa del turno matutino y vespertino.

TOTAL DE LA POBLACION	17,565
Nivel De Confianza o Seguridad (1-α)	95%
Precisión (d)	5%
Proporción (Valor aproximado del parámetro que queremos medir)	50%
Tamaño de Muestra (n)	376
El Tamaño Muestral Ajustado a Perdidas	
Proporción Esperada de Perdidas (R)	15 %
Muestra Ajustada a la Perdidas	445

7.4 Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- a) Edad entre 20 a 44 años.
- b) Sexo masculino.
- c) Adscritos a la UMF No. 9 de Acapulco de Juárez, Gro.
- d) Casados, solteros, en unión libre, divorciados o viudos.
- e) Con o sin hijos.
- f) Pareja en edad fértil y sin OTB (Oclusión Tubárica Bilateral o salpingoclasia)
- g) Aceptar participar en la investigación mediante consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- a) Pacientes sin vigencia de derechos en el periodo de estudio.
- b) Hombres vasectomizados o con parejas con OTB (Oclusión Tubárica Bilateral o salpingoclasia)
- c) Hombres que presenten enfermedad mental.
- d) Pacientes que no deseen participar en la investigación.

Criterios de eliminación

- a) Pacientes que no contesten al menos el 90% de la encuesta

7.5 Definición y operacionalización de variables

Variable dependiente: Aceptación de la vasectomía

Variables independientes: Edad, Estado civil, Escolaridad, Religión, Ocupación habitual, Ingreso económico, Nivel socioeconómico, Uso actual de método de planificación familiar en la pareja, Paternidad satisfecha, Información sobre la vasectomía, Creencias ligadas a la vasectomía.

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Variable Dependiente				
Aceptación de la vasectomía	Capacidad de una persona para admitir o aceptar con agrado y de forma voluntaria la realización de la vasectomía.	Información otorgada por el participante al momento de la aplicación de la encuesta.	Cualitativa	1. Si 2. No
Variables independientes				
Edad	Tiempo en años que una persona ha vivido cronológicamente desde su nacimiento.	Información otorgada por el participante al momento de la aplicación de la encuesta.	Cuantitativa	1. 20 a 24 años 2. 25 a 29 años 3. 30 a 34 años 4. 35 a 39 años 5. 40 a 44 años
Estado civil	Situación personal en la que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien crea lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto.	Información otorgada por el participante al momento de la aplicación de la encuesta.	Cualitativa	1. Soltero 2. Casado 3. Viudo 4. Separado o divorciado 5. Unión libre
Grado de escolaridad	Nivel de estudios el cual se adquiere al acudir a la escuela o a un centro de enseñanza	Información otorgada por el participante al momento de la aplicación de la encuesta.	Cualitativa	1. Ninguna 2. Primaria completa 3. Primaria incompleta 4. Secundaria completa 5. Secundaria incompleta 6. Preparatoria completa 7. Preparatoria incompleta 8. Técnica completa 9. Técnica incompleta 10. Licenciatura completa 11. Licenciatura incompleta 12. Maestría 13. Doctorado
Religión	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto.	Información otorgada por el participante al momento de la aplicación de la encuesta.	Cualitativa	1. Ninguna 2. Católica 3. Cristiana 4. Testigo de Jehová 5. Evangelista 6. Otras
Ocupación	Actividad que por remuneración desempeña un individuo.	Información otorgada por el participante al momento de la aplicación de la encuesta.	Cualitativa	1. Profesional 2. Técnico 3. Empleado 4. Obrero especializado 5. Obrero no especializado

Ingreso económico	Remuneración asignada a un individuo por el desempeño de un cargo o servicio profesional.	Información otorgada por el participante al momento de la aplicación de la encuesta.	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1 a 3 salarios mínimos al día. 2. 3 a 6 salarios mínimos al día. 3. Más de 6 salarios mínimos al día.
Nivel socioeconómico	Capacidad económica y social de un individuo, una familia o un país.	Se obtendrá por medio del método de Graffar.	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alto 2. Medio alto 3. Medio bajo 4. Obrero 5. Marginal
Uso de método de planificación familiar de la pareja	Elemento, producto o procedimiento que puede ser usado por hombres o mujeres para impedir o reducir la posibilidad de embarazo.	Información otorgada por el participante al momento de la aplicación de la encuesta.	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ninguno 2. Billings (ritmo) 3. Preservativo masculino 4. Preservativo femenino 5. Hormonales orales 6. Hormonales inyectables 7. Parche anticonceptivo 8. Anticonceptivos orales de emergencia 9. Dispositivo intrauterino (DIU) 10. Implante subdérmico
Paternidad satisfecha	Sentimiento de bienestar o placer que se tiene cuando se ha cumplido con el número de hijos deseados o planeados.	Información otorgada por el participante al momento de la aplicación de la encuesta.	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No
Información sobre la vasectomía	Grupo de datos ordenados ya supervisados y ordenados acerca de la vasectomía.	Información otorgada por el participante al momento de la aplicación de la encuesta.	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No
Creencias acerca de la vasectomía	Es el estado de la mente en el que el individuo supone verdadero el conocimiento o la experiencia que tiene acerca de un suceso o cosa, en este caso de la vasectomía.	Información otorgada por el participante al momento de la aplicación de la encuesta.	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ninguna 2. La vasectomía provoca impotencia sexual. 3. La vasectomía hace que el hombre pierda la virilidad. 4. La vasectomía causa que las relaciones sean menos placenteras. 5. La vasectomía hace que el hombre pierda el deseo sexual. 6. La vasectomía hace que el hombre pierda su poder de dominio sobre la mujer. 7. La vasectomía es causante de cáncer de próstata. 8. La vasectomía es rechazada por la religión. 9. La vasectomía es muy dolorosa. 10. La vasectomía es causa de burla y rechazo ante la sociedad y la pareja. 11. La vasectomía disminuye la eyaculación.

7.6 Descripción general del estudio:

Previa aceptación y autorización del comité local de investigación 1101, se realizó la recolección de datos con el paciente a solas, para evitar que se modificaran las respuestas por la presencia de familiares o persona que lo acompaña en ese momento, se explicó ampliamente al paciente en qué consistía su participación en el estudio, posterior a dicha explicación se le solicitó que firmara la hoja de consentimiento informado, en caso de que no contara con firma plasmara su huella digital, de forma posterior se le entregó una encuesta la cual fue contestada por el paciente, en caso de dudas en alguna de las cuestiones por parte del paciente se resolvieron con el encuestador.

Previa autorización del Comité Local de Investigación en Salud, se realizó un estudio transversal descriptivo en 445 pacientes del sexo masculino en edades comprendidas entre los 20 a 44 años adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 9 de Acapulco de Juárez, Gro., se les proporcionó una carta de consentimiento informado a los pacientes, se aplicó una encuesta para identificar los factores que limitan la aceptación de la vasectomía como método de planificación familiar.

La encuesta cumplió con las tres etapas de validación: 1º por Contenido: revisión por expertos (médico familiar, médico de planificación familiar) los cuales analizaron y revisaron cada uno de los reactivos dándole el visto bueno para cubrir todos los puntos que este estudio pretende abarcar. 2º Por Constructo; se realizó una prueba piloto (llevada a cabo en el Hospital General Regional No. 1 Vicente Guerrero del IMSS de la Delegación Guerrero en Acapulco de Juárez) con la finalidad de detectar la funcionalidad del mismo, así como errores diversos en su constitución, en donde se tomó a un total de 20 derechohabientes del sexo masculino que acudieron a la consulta externa de las diferentes especialidades. 3º Por Criterio, donde se revisó la congruencia de cada una de las preguntas del cuestionario con la prueba estadística de concordancia.

7.7 Método de recolección de datos:

Es un instrumento que constó de 15 ítems, el cual estuvo estructurado para recabar información de variables de identificación, características sociodemográficas, socioculturales, conocimiento sobre vasectomía, así como las creencias sobre esta que limitan la aceptación de este método en el universo de estudio. La encuesta cumplió con las tres etapas de validación: 1º por Contenido: revisión por expertos (médico familiar, médico de planificación familiar, médico epidemiólogo) los cuales analizaron y revisaron cada uno de los reactivos dándole el visto bueno para cubrir todos los puntos que este estudio pretende abarcar. 2º Por Constructo; se realizó una prueba piloto (llevada a cabo en el Hospital General Regional No. 1 Vicente Guerrero del IMSS de la Delegación Guerrero en Acapulco de Juárez) con la finalidad de detectar la funcionalidad del mismo, así como errores diversos en su constitución, en donde se tomó a un total de 20 derechohabientes del sexo masculino que acudieron a la consulta externa de las diferentes especialidades. 3º Por Criterio, donde se revisó la congruencia de cada una de las preguntas del cuestionario con la prueba estadística de concordancia.

7.8 Organización de datos:

Los datos que se obtuvieron se concentraron en tablas de frecuencia, así como la representación de los mismos de distintas formas gráficas aplicando la estadística descriptiva.

7.9 Análisis estadístico.

El análisis de los resultados se realizó con el software SPSS versión 22.0 para Windows. Posteriormente se hizo un análisis estadístico obteniendo frecuencias simples y porcentajes de los datos obtenidos para resaltar los factores que impiden la aceptación de la vasectomía con mayor frecuencia.

7.10 Consideraciones éticas:

La presente investigación se apegó a las normas éticas de la Declaración de Helsinki, la Ley General de Salud y la Normativa vigente en el IMSS para el desarrollo de investigación.

- La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4º, en el Diario Oficial de la Federación el 6 de abril de 1990.

- La Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación en 1984, en sus artículos; 2º. Fracción VII; 7º, Fracción VIII; 68º. Fracción IV; 96, 103; 115, fracción V; 119 fracción I; 141; 160; 164; 168, fracción VI; 174, fracción I; 186; 189; fracción I; 238, 321 y 334.

- El reglamento de La Ley General de Salud en materia de Investigación en el Diario Oficial de la Federación, el 6 de enero de 1987.

- El acuerdo por el que dispone el establecimiento de Coordinadores de Proyectos Prioritarios de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de octubre de 1984.

Para la realización de este estudio se apegó a la “Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial” que establece los principios éticos para las investigaciones médicas en los seres humanos. Asamblea General 52ª, en Edimburgo, Escocia en octubre del año 2000, que tiene como principios básicos para toda la investigación médica. Es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano. Para tomar parte de un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados. El encuestador, explicará de forma extensa al adulto mayor en que consiste su participación en la investigación. El paciente tendrá el derecho de retirarse de la investigación en el momento en que desee. La negativa del paciente a participar en la investigación no perturbará la relación médico-paciente.

Esta investigación de acuerdo con “Ley General de Salud” de México y con su “Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud”, en su título 2º, capítulo 1, artículo 17, fracción 1, se consideró como “investigación sin riesgo”, ya que en este estudio se utilizó una encuesta como instrumento de

recolección, no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participen en el estudio. La aplicación del instrumento de recolección de datos se llevó a cabo a través de entrevista, en el caso en que el paciente no se sintió a gusto al contestar algún rubro pudo retirarse del estudio.

8. RESULTADOS

La población estudiada fue de 445 pacientes derechohabientes del sexo masculino, de los cuales el grupo de edad que más predominó fue el comprendido entre los 40 a 44 años de edad con 26.7%, con base en las medidas de tendencia central para la edad encontramos una media de 33.92, una mediana de 34, una moda de 43 y un mínimo de 20 y un máximo de 44 años. Respecto al estado civil, hubo influjo de los casados con 58.7%. La escolaridad se vio representada mayormente por aquellos que tienen un nivel medio superior con 45.6%. La religión con mayor auge fue la católica con 78.4%. En cuanto a la ocupación encontramos con mayor porcentaje a los obreros especializados con 29.9%. El ingreso económico promedio fue el quincenal/mensual con 53.7%. El nivel socioeconómico que más predominó fue el medio bajo con 49.7%. Las creencias que más sobresalieron fueron que la vasectomía es muy dolorosa con 27.6% y que causa impotencia sexual con 26.1%.

Tabla 1.

Tabla 1. Datos sociodemográficas

	n	%
Grupo de edad		
20 a 24 años	47	10.6
25 a 29 años	83	18.7
30 a 34 años	104	23.4
35 a 39 años	92	20.7
40 a 44 años	119	26.7
Total	445	100
Estado civil		
Soltero	65	14.6
Casado	261	58.7
Viudo	5	1.1
Divorciado	15	3.4
Unión libre	99	22.2
Total	445	100
Escolaridad		
Primaria	26	5.8
Primaria incompleta	20	4.5
Secundaria	40	9.0
Secundaria incompleta	41	9.2
Preparatoria	69	15.5
Preparatoria completa	46	10.3
Técnica	52	11.7

Técnica incompleta	34	7.6
Licenciatura	75	16.9
Licenciatura incompleta	25	5.6
Maestría	17	3.8
Doctorado	0	0
Total	445	100
Religión	n	%
Ninguna	51	11.5
Católica	333	74.8
Cristiana	45	10.1
Testigo de Jehová	10	2.2
Evangelista	6	1.3
Total	445	100
Ocupación	n	%
Profesional	91	20.4
Técnico	52	11.7
Empleado	112	25.2
Obrero especializado	133	29.9
Obrero no especializado	57	12.8
Total	445	100
Fuente de ingresos	n	%
Herencia	1	0.2
Honorarios profesionales	10	2.2
Asalariado	239	53.7
Sueldo semanal o por día	195	43.8
Subsidios	0	0
Total	445	100
Nivel socioeconómico	N	%
Alto	72	16.2
Medio alto	152	34.2
Medio bajo	221	49.7
Obrero	0	0
Marginal	0	0
Total	445	100
Creencias como limitación	N	%
Ninguna	73	16.4
Provoca impotencia sexual	116	26.1
Perdida de la virilidad	19	4.3
Relaciones sexuales menos placenteras	28	6.3
Perdida del deseo sexual en el hombre	23	5.2
Se pierde el dominio del hombre sobre la mujer	3	0.7
Causa cáncer de próstata	17	3.8
Es rechazado por la religión	8	1.8
Es muy dolorosa	123	27.6
Es causa de burla y rechazo	12	2.7
Disminuye la eyaculación	23	5.2

Fuente: Encuestas realizadas en la Unidad de Medicina Familiar No. 9 IMSS.

En relación al uso de método de planificación actual en la pareja el mayor utilizado fue el preservativo masculino con 41.6%. En cuanto a la paridad satisfecha la mayoría no la considera con el 51.2%. Con respecto a si han recibido información sobre o acerca de la vasectomía la predominó lo negativo con 75.7%. ^{Tabla 2.}

Tabla 2. Variables clínicas

Variable		
Método de planificación familiar	N	%
Ninguno	103	23.1
Ritmo	20	4.5
Preservativo masculino	185	41.6
Preservativo Femenino	0	0
Hormonal oral	37	8.3
Hormonal inyectable	31	7.0
Parche anticonceptivo	7	1.6
Píldora anticonceptiva	3	0.7
Dispositivo intrauterino	41	9.2
Implante subdérmico	18	4.0
Total	445	100
Paternidad satisfecha	N	%
Si	228	51.2
No	217	48.8
Total	445	100
Información sobre la vasectomía	N	%
Si	108	24.3
No	337	75.7
Total	445	100

Fuente: Encuestas realizadas en la Unidad de Medicina Familiar No. 9 IMSS.

De acuerdo a la edad el grupo comprendido entre los 40 a 44 años representó el mayor porcentaje en cuanto a que ninguna creencia limita la aceptación de la vasectomía con el 32%, a que provoca impotencia sexual con el 28%, causa pérdida de la virilidad con 32%, provoca pérdida del deseo sexual con el 44%, hay pérdida del dominio de poder sobre la mujer con 100%, es causa de cáncer de próstata con el 29%, en empate con el grupo de 30 a 34 años de edad, y que es causa de burla y rechazo con el 33%. Con respecto a que las relaciones sexuales son menos placenteras el grupo predominante fue el comprendido de 20-44 años con 33%. Es rechazada por la religión y disminuye la eyaculación con mayor porcentaje en el grupo de 35 a 39 años con 37% y 30% respectivamente, y la consideran un procedimiento muy doloroso y representando la mayoría el grupo de 25 a 27 años de edad con el 27%. ^{Tabla 3.}

Tabla 3. Creencias y grupos de edad.

Creencias																						
Grupos de edad	Ninguna		Provoca impotencia sexual		Pérdida de la virilidad		Relaciones sexuales menos placenteras		Pérdida del deseo sexual		Pérdida del dominio de poder sobre la mujer		Causa cáncer de próstata		Rechazada por la religión		Es muy dolorosa		Causa de burla y rechazo		Disminuye la eyaculación	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
20-24 años	3	4	16	14	3	16	9	33	2	7	0	0	0	0	1	13	10	7	0	0	3	14
25-29 años	6	8	20	17	5	25	6	21	2	9	0	0	4	24	2	25	33	27	3	25	2	7
30-34 años	23	32	26	22	3	16	4	14	2	9	0	0	5	29	0	0	32	26	2	17	7	30
35-39 años	18	24	22	19	2	11	5	18	7	31	0	0	3	18	3	37	24	20	3	25	5	23
40 y más	23	32	32	28	6	32	4	14	10	44	3	100	5	29	2	25	24	20	4	33	6	26
Total	73	100	116	100	19	100	28	100	23	100	3	100	17	100	8	100	123	100	12	100	23	100

Fuente: Encuestas realizadas en la Unidad de Medicina Familiar No. 9 IMSS.

Referente al estado civil encontramos aquellos con pareja (casados y unión libre) con los que no tienen pareja actualmente (solteros, divorciados, viudos). Con respecto al grupo de los que tienen pareja representan la mayoría en que ninguna de las creencias limita la aceptación de la vasectomía (90%), provoca impotencia sexual (80%), hay pérdida de la virilidad (80%), relaciones sexuales menos placenteras (68%), provoca pérdida del deseo sexual (92%), pérdida del dominio de poder sobre la mujer (100%), es causas de cáncer de próstata (82%), es rechazada por la religión (63%), es muy dolorosa (80%), causa burla y rechazo por la sociedad (92%) y disminuye la eyaculación (78%). ^{Tabla 4}

Tabla 4. Creencias y estado civil

Creencias																						
Estado civil	Ninguna		Provoca impotencia sexual		Pérdida de la virilidad		Relaciones sexuales menos placenteras		Pérdida del deseo sexual		Pérdida del dominio de poder sobre la mujer		Causa cáncer de próstata		Rechazada por la religión		Es muy dolorosa		Causa de burla y rechazo		Disminuye la eyaculación	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Soltero	7	10	15	13	3	15	9	32	1	4	0	0	0	0	3	38	22	18	1	8	4	18
Casado	55	75	61	53	10	53	14	50	15	65	3	100	7	41	5	62	67	54	7	59	17	74
Viudo	0	0	2	3	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0
Divorciado	0	0	7	6	1	5	0	0	0	0	0	0	3	18	0	0	3	2	0	0	1	4
Unión lib.	11	15	31	27	5	27	5	18	6	27	0	0	7	41	0	0	29	25	4	33	1	4
Total	73	100	116	100	19	100	28	100	23	100	3	100	17	100	8	100	123	100	12	100	23	100

En relación a la escolaridad encontramos que aquellos con nivel superior repuntan respecto a que ninguna de las creencias influye como limitación para aceptar la vasectomía con el 72% en contraparte con los que tienen nivel básico en donde representan la minoría con el 9%. En cuanto al nivel de educación básico se ve reflejado la mayoría con relación a que la vasectomía causa pérdida de la virilidad con el 63%, disminuye el deseo sexual 61%, provoca cáncer de próstata 48%, y que es causa de burla y rechazo con el 59%. Aquellos que tienen nivel medio superior sobresalieron en relación a que la vasectomía causa impotencia sexual 58%, provoca que las relaciones sean menos placenteras con el 52%, es rechazada por la religión 50%, es un procedimiento muy doloroso 45% y a que disminuye la eyaculación con el 61%. En relación a estas creencias los que tienen educación de tipo nivel superior representaron la minoría. ^{Tabla 5}

Tabla 5. Creencias y escolaridad.

Creencias																						
Escolaridad	Ninguna		Provoca impotencia sexual		Pérdida de la virilidad		Relaciones sexuales menos placenteras		Pérdida del deseo sexual		Pérdida del dominio de poder sobre la mujer		Causa cáncer de próstata		Rechazada por la religión		Es muy dolorosa		Causa de burla y rechazo		Disminuye la eyaculación	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
Primaria	0	0	11	10	4	21	1	4	4	17	1	25	0	0	0	0	0	0	2	17	3	13
Primaria incompleta	2	3	6	5	1	5	1	4	2	9	0	0	3	18	1	13	1	1	1	8	2	9
Secundaria	3	4	10	9	5	26	5	18	3	13	0	0	2	12	2	24	7	6	2	17	1	4
Secundaria Incompleta	1	2	17	14	2	11	3	11	5	22	0	0	3	18	0	0	5	4	2	17	3	13
Preparatoria	4	5	25	22	5	26	9	30	4	17	0	0	2	12	2	24	11	9	4	33	3	13
Preparatoria Incompleta	3	4	21	18	2	11	2	7	2	9	0	0	1	5	1	13	10	8	1	8	3	13
Técnica	5	6	15	12	0	0	3	11	2	9	0	0	3	18	1	13	21	17	0	0	2	9
Técnica incompleta	3	4	7	6	0	0	1	4	1	4	2	75	1	5	0	0	14	11	0	0	6	26
Licenciatura	33	45	3	3	0	0	3	11	0	0	0	0	2	12	1	13	33	27	0	0	0	0
Licenciatura Incompleta	5	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19	15	0	0	0	0
Maestría	14	20	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0
Total	73	100	116	100	19	100	28	100	23	100	3	100	17	100	8	100	123	100	12	100	23	100

Fuente: Encuestas realizadas en la Unidad de Medicina Familiar No. 9 IMSS.

En lo que concierne a las creencias y la religión encontramos que en todas las variantes de las creencias respecto a la vasectomía la mayoría está representada por la religión católica seguido por aquellos que no profesan ninguna religión, excepto en la variante donde determina que la vasectomía es rechazada por la religión aquí predominó la religión cristiana con el 64%. ^{Tabla 6}

Tabla 6. Creencias y religión.

Creencias																						
Religión	Ninguna		Provoca impotencia sexual		Pérdida de la virilidad		Relaciones sexuales menos placenteras		Pérdida del deseo sexual		Pérdida del dominio de poder sobre la mujer		Causa cáncer de próstata		Rechazada por la religión		Es muy dolorosa		Causa de burla y rechazo		Disminuye la eyaculación	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ninguna	15	21	9	8	0	0	3	11	3	13	0	0	2	13	0	0	16	13	0	0	3	12
Católica	50	69	96	82	17	90	20	71	18	79	2	67	14	80	1	12	89	72	10	84	16	70
Cristiana	7	8	9	8	2	10	3	11	1	4	1	33	1	7	5	64	14	11	0	0	2	9
Testigo de J Evangelista	1	2	2	2	0	0	2	7	1	4	0	0	0	0	1	12	3	2	0	0	0	0
Total	73	100	116	100	19	100	28	100	23	100	3	100	16	100	8	100	123	100	12	100	23	100

Fuente: Encuestas realizada en la Unidad de Medicina Familiar No. 9 IMSS.

Con respecto a la ocupación habitual encontramos que aquellos con ocupación de tipo profesional representaron la mayoría con el 62% en relación a que ninguna creencia limita la aceptación de la vasectomía. Aquellos que desempeñan una ocupación de tipo obrera en todas sus variedades representaron la mayoría en cuanto a que la vasectomía provoca impotencia sexual con el 55%, hay pérdida de la virilidad con 74%, las relaciones sexuales se vuelven menos placenteras con el 61%, provoca pérdida del deseo sexual con 52%, es causa de cáncer de próstata con 41%, es rechazada por la religión con el 41%, es muy dolorosa 31%, es causa de burla y rechazo con 68%, y a que disminuye la eyaculación con el 66%. Y la ocupación de tipo empleada únicamente figuró en que la vasectomía causa pérdida del dominio sexual sobre la mujer con el 67%. ^{Tabla 7}

Tabla 7. Creencias y ocupación habitual

Creencias																						
Ocupación	Ninguna		Provoca impotencia sexual		Pérdida de la virilidad		Relaciones sexuales menos placenteras		Pérdida del deseo sexual		Pérdida del dominio de poder sobre la mujer		Causa cáncer de próstata		Rechazada por la religión		Es muy dolorosa		Causa de burla y rechazo		Disminuye la eyaculación	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Profesional	45	62	8	7	0	0	3	11	0	0	0	0	1	6	0	0	31	25	0	0	0	0
Técnico	8	11	12	10	0	0	4	14	2	9	0	0	4	24	1	12	18	15	2	16	1	4
Empleado	10	14	32	28	5	26	4	14	9	39	2	67	5	29	1	12	35	29	2	16	7	30
Obrero e.	9	12	44	38	7	37	10	36	7	30	1	33	5	29	6	76	30	24	4	34	13	57
Obrero no e.	1	1	20	17	7	37	7	25	5	22	0	0	2	12	0	0	9	7	4	34	2	9
Total	73	100	116	100	19	100	28	100	23	100	3	100	17	100	8	100	123	100	12	100	23	100

Fuente: Encuestas realizadas en la Unidad de Medicina Familiar No. 9 IMSS.

En cuanto al tipo de ingreso económico predominaron aquellos con ingreso de tipo mensual/quincenal y el semanal/día, el primero representando principalmente en que para la aceptación de la vasectomía ninguna creencia es impedimento para realizársela con el 75%, provoca relaciones sexuales menos placenteras 61%, hay pérdida de dominio sexual sobre la mujer 67%, es rechazada por la religión 63%, como procedimiento muy doloroso con 59% y a que disminuye la eyaculación con el 57%, y el segundo repunta en que la vasectomía provoca impotencia sexual con el 56%, induce pérdida de la virilidad con el 63%, hay pérdida del deseo sexual con 70%, es causa de cáncer de próstata con el 53%, y causa burla y rechazo con el 58%. Tabla 8

Tabla 8. Creencias e ingreso económico

Creencias																						
Ingreso económico	Ninguna		Provoca impotencia sexual		Pérdida de la virilidad		Relaciones sexuales menos placenteras		Pérdida del deseo sexual		Pérdida del dominio de poder sobre la mujer		Causa cáncer de próstata		Rechazada por la religión		Es muy dolorosa		Causa de burla y rechazo		Disminuye la eyaculación	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Honorarios	5	7	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6	0	0	3	2	0	0	0	0
Mensual/Qui	55	75	49	42	7	37	17	61	7	30	2	67	7	41	5	63	72	59	5	42	1	57
Semana/Día	13	18	65	56	12	63	11	39	16	70	1	33	9	53	3	37	48	39	7	58	1	43
Total	73	100	116	100	19	100	28	100	23	100	3	100	17	100	8	100	123	100	12	100	23	100

Fuente: Encuestas realizadas en la Unidad de Medicina Familiar No. 9 IMSS.

En relación al nivel socioeconómico hallamos que para aquellos con nivel alto ninguna de las creencias es impedimento para aceptar la vasectomía representando la mayoría con el 57%. En cuanto a que la vasectomía es causa de impotencia sexual, pérdida de la virilidad, relaciones sexuales menos placenteras, pérdida del deseo sexual, provoca cáncer de próstata, es rechazada por la religión, es causa de burla y rechazo y disminuye la eyaculación representa la mayoría en cada una de ellas aquellos que tienen un nivel socioeconómico bajo. El nivel socioeconómico medio alto repunta en que la vasectomía provoca pérdida del dominio sobre la mujer, es muy dolorosa y a que también es rechazada por la religión. ^{Tabla 9}

Tabla 9. Creencias y nivel socioeconómico.

Creencias																						
Nivel económico	Ninguna		Provoca impotencia sexual		Pérdida de la virilidad		Relaciones sexuales menos placenteras		Pérdida del deseo sexual		Pérdida del dominio de poder sobre la mujer		Causa cáncer de próstata		Rechazada por la religión		Es muy dolorosa		Causa de burla y rechazo		Disminuye la eyaculación	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Alto	41	57	6	5	0	0	1	4	0	0	0	0	2	12	2	24	20	16	0	0	0	0
Medio alto	20	27	39	34	3	16	8	29	5	22	2	67	5	29	3	38	55	45	5	42	7	30
Medio bajo	12	16	71	61	16	84	19	67	18	78	1	33	10	59	3	38	48	39	7	58	16	70
Total	73	100	116	100	19	100	28	100	23	100	3	100	17	100	8	100	123	100	12	100	23	100

Fuente: Encuestas realizada en la Unidad de Medicina Familiar No. 9 IMSS.

En lo que respecta al uso actual de algún método de planificación familiar ya sea él o su pareja, encontramos que todas las variantes de las creencias respecto a la vasectomía están representadas mayormente por el grupo que actualmente utiliza el preservativo masculino. ^{Tabla 10}

Tabla 10. Creencias y uso de método de planificación actual.

Creencias																						
MPF actual	Ninguna		Provoca impotencia sexual		Pérdida de la virilidad		Relaciones sexuales menos placenteras		Pérdida del deseo sexual		Pérdida del dominio de poder sobre la mujer		Causa cáncer de próstata		Rechazada por la religión		Es muy dolorosa		Causa de burla y rechazo		Disminuye la eyaculación	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ninguno	6	9	31	27	3	15	9	32	9	40	1	25	4	23	1	13	27	22	2	17	3	13
Ritmo (Billings)	6	9	1	1	1	5	2	7	1	4	0	0	1	6	2	25	6	5	0	0	0	0
Preservativo masculino	24	32	50	42	8	45	13	45	10	44	2	75	7	41	5	62	59	47	6	50	9	39
Hormonal Oral	8	11	10	9	3	15	1	4	1	4	0	0	0	0	0	0	9	7	1	8	3	13
Hormonal inyectable	9	12	6	5	3	15	1	4	1	4	0	0	2	12	0	0	7	6	0	0	3	13
Parche anticonceptivo	4	5	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0
Píldora de emergencia	0	0	1	1	0	0	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4
Dispositivo intrauterino	13	18	9	8	1	5	1	4	1	4	0	0	3	18	0	0	7	6	3	25	2	9
Implante subdérmico	3	4	7	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	5	0	0	2	9
Total	73	100	116	100	19	100	28	100	23	100	3	100	17	100	8	100	123	100	12	100	23	100

Fuente: Encuestas realizada en la Unidad de Medicina Familiar No. IMSS.

En relación a la paternidad encontramos que ninguna de las creencias limita el poder realizarse la vasectomía en aquellos que pacientes que consideran que su paternidad está representando la mayoría con el 71%. Sin embargo, en lo que concierne al resto de las variantes de creencias en relación a la vasectomía figuran con el mayor porcentaje aquellos que no consideran su paternidad aún satisfecha.

Tabla 11

Tabla 11. Creencias y paternidad satisfecha.

Creencias																						
Paternidad satisfecha	Ninguna		Provoca impotencia sexual		Pérdida de la virilidad		Relaciones sexuales menos placenteras		Pérdida del deseo sexual		Pérdida del dominio de poder sobre la mujer		Causa cáncer de próstata		Rechazada por la religión		Es muy dolorosa		Causa de burla y rechazo		Disminuye la eyaculación	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Si	52	71	54	46	7	37	8	29	7	30	0	0	5	29	3	38	47	38	5	42	8	35
No	21	29	62	54	12	63	20	71	16	70	3	100	12	71	5	62	76	62	7	58	15	65
Total	73	100	116	100	19	100	28	100	23	100	3	100	17	100	8	100	123	100	12	100	23	100

Fuente: Encuestas realizadas en la Unidad de Medicina Familiar No. 9 IMSS.

En cuanto si han recibido información acerca de la vasectomía encontramos que la mayoría de los que mencionan que ninguna de las creencias limita la aceptación de ésta si han recibido información con el 98%, en contraste con el resto de las variantes en donde el mayor porcentaje se ve reflejado en aquellos que no han recibido información acerca de este método de planificación familiar. ^{Tabla 12}

Tabla 12. Creencias e información acerca la vasectomía.

Creencias																						
Información sobre la vasectomía	Ninguna		Provoca impotencia sexual		Pérdida de la virilidad		Relaciones sexuales menos placenteras		Pérdida del deseo sexual		Pérdida del dominio de poder sobre la mujer		Causa cáncer de próstata		Rechazada por la religión		Es muy dolorosa		Causa de burla y rechazo		Disminuye la eyaculación	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Si	72	98	43	37	7	37	11	39	7	30	1	33	4	24	0	0	23	19	4	33	7	30
No	1	2	73	63	12	63	17	61	16	70	2	67	13	76	8	100	100	81	8	67	16	70
Total	73	100	116	100	19	100	28	100	23	100	3	100	17	100	8	100	123	100	12	100	23	100

Fuente: Encuestas realizadas en la Unidad de Medicina Familiar No. 9 IMSS.

En relación a que si en algún momento de su vida aceptarían realizarse la vasectomía la mayoría positiva se vio reflejada en aquellos pacientes en que ninguna de las creencias limita la aceptación de ésta con el 100%, sin embargo, llama la atención que en el resto de las creencias con el total del 100% la negativa para la misma es total. ^{Tabla 13}

Tabla 13. Creencias y aceptación de realizarse la vasectomía.

Creencias																						
Aceptación de la vasectomía	Ninguna		Provoca impotencia sexual		Pérdida de la virilidad		Relaciones sexuales menos placenteras		Pérdida del deseo sexual		Pérdida del dominio de poder sobre la mujer		Causa cáncer de próstata		Rechazada por la religión		Es muy dolorosa		Causa de burla y rechazo		Disminuye la eyaculación	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Si	73	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
No	0	0	116	100	19	100	28	100	23	100	3	100	17	100	8	100	123	100	12	100	23	100
Total	73	100	116	100	19	100	28	100	23	100	3	100	17	100	8	100	123	100	12	100	23	100

Fuente: Encuestas realizada en la Unidad de Medicina Familiar No. 9 IMSS.

9. DISCUSIÓN

En la presente investigación se cumplieron los objetivos del estudio, donde se identificaron los factores que limitan la aceptación de la vasectomía como método de planificación familiar.

En nuestro estudio encontramos que uno de los principales factores ligados a la limitación de aceptar la vasectomía como método para planificar la familia son las creencias que se tienen al respecto, de las cuales destacaron principalmente tres, la primera relacionada a que la vasectomía es un procedimiento muy doloroso con el 27.6%, seguido de que ésta causa impotencia sexual con el 26.1%, y por último con el 6.3% lo vincularon con relaciones sexuales menos placenteras, coincidiendo con el estudio realizado por Córdoba BDI y cols. donde se evaluaron los temores que tenían 71 pacientes que acudieron a solicitar la vasectomía, encontrando que el 68% lo relacionó a sentir dolor durante el acto quirúrgico, y el 15% a la respuesta sexual masculina posterior al procedimiento como la impotencia sexual o disminución del placer sexual.⁽²⁶⁾ Nuestros resultados también coinciden con el realizado por Nishtar N. y cols. en la Ciudad de Karachi Pakistán, en donde se evaluó las percepciones e ideas respecto a los métodos anticonceptivos masculinos en donde refirieron que los hombres que se realizan la vasectomía “pierden sus poderes sexuales”, así como también que “se vuelven impotentes”⁽²⁷⁾, sin embargo, se ha demostrado que esto no es factible ya que un estudio realizado por Untiveros Mayorga y Mauricio Pachas donde se llevó seguimiento a largo plazo a pacientes operados de vasectomía en el Hospital Nacional Cayetano Heredia se demostró que más del 90% de los usuarios no experimentó cambios en su función sexual posterior al procedimiento.⁽⁴⁰⁾

Otros factores que pueden influir en la aceptación de la vasectomía como método de planificación familiar es el pertenecer a un nivel socioeconómico bajo, en nuestro estudio encontramos que el 16.2% tiene un nivel alto, 32.2% medio alto y 49.7% medio bajo, notamos que más del 50% tienen nivel alto y medio alto de acuerdo al total de la población estudiada, sin embargo aquellos que tienen un nivel medio bajo

están bajo la influencia de las creencias que se tienen respecto a la vasectomía por lo que encontramos que el pertenecer a un nivel socioeconómico bajo si es un factor importante en el perfil del hombre para aceptar el procedimiento quirúrgico, tal como lo describe Marvan ML y cols. en su trabajo denominado “Mexican men’s view of vasectomy” en donde la relación entre la elección de la vasectomía como método anticonceptivo en Estados Unidos es casi 6 veces más común en hombres universitarios graduados o que tienen educación media superior o pertenecen a un nivel socioeconómico medio alto o alto. En relación al nivel de escolaridad en nuestro estudio 28.5% pertenecen al nivel básico, 45.2% al medio superior, y 26.3% al superior, observamos que el 75.1% tienen un nivel de escolaridad por arriba del básico, encontramos que tanto aquellos que tienen nivel básico y medio superior están influenciados por las creencias que se tienen respecto a la vasectomía mismas que son una importante limitante para la aceptación de la misma, por lo tanto difiere de lo encontrado por Marvan y cols.⁽³⁵⁾

El alcanzar un total de hijos planeados resulta un factor determinante para aceptar la vasectomía al igual que los estudios de Córdoba BDI y cols.⁽⁴¹⁾. Sonará lógico que una paternidad satisfecha es el motivo principal en el caso del hombre para decidirse vasectomizarse. En nuestro estudio más de la mitad con el 51.2% consideran su paternidad satisfecha, sin embargo, no es equiparable con el porcentaje de aceptación de realizarse la vasectomía en nuestro estudio en donde el 83.6% no está dispuesto a realizársela, por lo cual la paternidad satisfecha no es tomada en cuenta por el varón para elegir realizarse el procedimiento quirúrgico por lo cual difiere con lo encontrado por Córdoba y cols. al igual que con el estudio realizado por Flores-Huitrón P. y cols. realizado en la Ciudad de México, en donde se analizaron 1023 expedientes clínicos de pacientes que fueron vasectomizados entre los años 1993 y 2007, encontrando que los motivos o condiciones más importantes asociados para realizarse la vasectomía fueron la paternidad satisfecha, junto con el nivel de escolaridad secundaria, bachillerato o nivel técnico completo.⁽¹³⁾

Otro factor encontrado fue la falta de información, el 75.7% refirió que no la ha recibido, y sólo el 24.3% sí. Cabe mencionar que de los pacientes que no han recibido dicha información tienen creencias erróneas a razón a este método; al respecto García MJ y Solano SLM, mencionan 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 una baja prevalencia de usuarios de este método a la falta de promoción e información, ⁽²⁸⁾ así también Córdoba y cols. mencionan que los programas de Planificación Familiar se han centrado en la mujer, dejando minimizada la participación masculina, por lo que la vasectomía como un método de anticoncepción utilizado por los hombres, es un tema del que poco se habla por diversas razones: mitos y prejuicios, significados y temores, así como escaso interés por el sector público en la promoción, regulación y control de la sexualidad masculina.⁽²²⁾

10. CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos en el presente estudio encontramos que las creencias juegan un papel importante en el aspecto limitante para aceptar la vasectomía como método de planificación familiar aunado a la falta de información tan representativa que se manifestó en éste, podemos inferir que no se está otorgando una adecuada información o acciones para fomentar el uso o acceso a este método de planificación familiar. El pertenecer a un estrato socioeconómico bajo, así como el tener un nivel básico y medio superior influyen como factor que limita la aceptación de la vasectomía, ya que nuestra población con ese perfil estuvo más apegada a las creencias que limitan la aceptación del método. La paternidad satisfecha en nuestra muestra estudiada no influyó como factor para aceptar la vasectomía.

En general podemos observar que los principales factores encontrados que limitan la aceptación de la vasectomía en nuestro estudio son la falta de información sobre este método de planificación familiar y las creencias que se tienen concebidos acerca de este método quirúrgico. Es alarmante el alto porcentaje de falta de información sobre este método, al no tener información las creencias no desaparecen, y como pudimos observar así se tenga un nivel económico o educativo alto o superior la falta de información juega un papel determinante a la hora de tomar en cuenta la vasectomía como un método más de planificación familiar, por lo cual este estudio constituye una base que para que futuras investigaciones den seguimiento a estos factores y se trabaje sobre los mismos para erradicar las creencias negativas que se tienen concebidas respecto a este método definitivo de planificación familiar.

11. RECOMENDACIONES

- El Médico Familiar como especialista en el primer nivel de atención otorga al paciente varón una atención integral y entre ella debe ir inmiscuida la participación en la metodología de la planificación familiar, por lo cual es necesario hacer hincapié en otorgar información veraz y oportuna sobre los diferentes métodos de planificación familiar existentes en nuestra UMF entre ellos la vasectomía con o sin bisturí.
- Instaurar estrategias para aceptar realizarse la vasectomía en aquellos pacientes que ya han considerado su paternidad satisfecha.
- Mayor difusión sobre la vasectomía en la población masculina usuaria de los servicios de salud, mediante spots, trípticos, o incluso intervención expositiva en la sala de espera de la consulta externa respecto a los beneficios sobre la vasectomía.
- Retomar las actividades de consejería por parte del personal de enfermería, así como capacitación del mismo para brindar información a los derechohabientes y fomentar así la participación del varón en la planificación familiar.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aspilcueta-Gho D. Rol del varón en la anticoncepción, como usuario y como pareja. Rev Perú Med Exo Salud Pública. 2013;30(3):480-6.
2. Knowles J. Historia de los métodos anticonceptivos. Biblioteca Katherine Dexter McCormick [publicación periódica en línea] 2012 Ene [citada 2017 jun 07];1(1). Disponible en: <http://www.plannedparenthood.org>
3. Krischel M, Moll F. History of vasectomy, with special attention to eugenics. Eur Urol Suppl. 2011;10(2):60
4. Ramos-Salazar LV, Castañeda-Sánchez O, López Ruíz EM. Factores biopsicosociales que influyen en la elección de la vasectomía. Aten Fam. 2015;22(3):82-86.
5. Córdoba BDI, Valdepeña ER, Sapién LJS, Salguero VA, Patiño OSP. Recomendaciones sobre esterilización voluntaria que hacen los hombres con vasectomía sin bisturí. Revista de Especialidades Médico Quirúrgicas. 2008;13(4):167-72.
6. Jiménez-Hernández JC, Flores-Huitrón P, Ponce-Rosas ER. Reflexiones sobre vasectomía sin bisturí. Aten Fam. 2014;21(2):33-34.
7. Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar. Diario Oficial de la Federación 7-07-1986.
8. Dohle GR, Diemer T, Kopa Z, Krausz C, Giwercman A, Jungwirth A. European Association of Urology Guidelines on Vasectomy. European Urology. 2012;61(1):159-163.
9. Córdoba BDI, Valdepeña ERE, Sapién LJS, Patiño OSP. Perfil de varones que confirman azoospermia mediante espermatobioscopia después de la vasectomía sin bisturí. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 2016;19(1):153-170.
10. Planificación familiar [internet]. Organización Mundial de la Salud. 2017 [cited 2017 sep 04]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>
11. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013). World Contraceptive Use 2013.
12. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, Fertility and Family Planning Section. World Contraceptive Use 2017.
13. Flores-Huitrón P, Jiménez-Hernández JC, Madrigal-de León HG, Ponce-Rosas ER, Landgrave-Ibáñez S, Baillet-Esquivel LE. Perfil del varón que elige vasectomía sin bisturí en un centro de salud de la Ciudad de México: 15 años de experiencia. Aten Fam. 2014;21(1):12-15.

14. Hernández MF, Muradás MC, Sánchez M. Panorama de la salud sexual y reproductiva 2014. La situación demográfica de México 2015. 43-71. México: Consejo Nacional de Población 2015.
15. INEGI & CONAPO. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Panorama Sociodemográfico de México. Principales resultados.
16. Programa de Acción Específico. Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018. Primera edición, xxx 2014. México, D.F.
17. Salud y Seguridad Social 2016-2021. Programa Sectorial. Gobierno del Estado de Guerrero 2015-2021.
18. Perfiles de Salud Reproductiva Guerrero. CONAPO. Primera edición: noviembre 2011.
19. Organización Panamericana de la Salud. Salud reproductiva: concepto e importancia. 1996.
20. Arias-Arias II, Cruz-León A, Ramírez-Ramírez M O, Práctica y actitud de la planificación familiar en población rural y urbana. Salud en Tabasco. 2014;20 (2)37-43.
21. Abou Orm-Saab K, Camacaro-Cuevas M. Determinantes socioculturales que condicionan la masculinidad y su impacto en la salud sexual y reproductiva de los hombres. Comunidad y Salud. 2013;11(1):25-34.
22. Córdoba BDI, Sapién LJS, Salguero VMA, Corchado VA, Valdepeña ERE. Deseos y quejas en la sexualidad: razones para la vasectomía. 2013;16(1):1-19.
23. Programa de Acción Específico 2007-2012. Planificación Familiar y Anticoncepción.
24. Rojas OL. Los hombres mexicanos y el uso de la anticoncepción. Iztapalapa Revista de Ciencias Sociales y Humanidades. 2014;35(77):77-95.
25. Fernández S, Ruydiaz K, Baza G, Berrío D, Rosales Y. Percepción de los hombres ante la aceptación o rechazo de la vasectomía. Revista Duazary 2013;11(1):22-29.
26. Córdoba BDI, Valdepeña ERE, Patiño OSP, Rosas BJV. Temores de varones que recurren a la vasectomía sin bisturí en el Centro de Cirugía Ambulatoria del ISSSTE. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas. 2007;12(3):27-29.
27. Nishtar N, Sami N, Faruqi A, Khowaja S, Ul-Hasnain F. Myths and fallacies about male contraceptive methods: a qualitative study amongst married youth in slums of Karachi, Pakistan. Global Journal of Health Science. 2013;5(2):84-93.

28. García MJ, Solano SLM. Aceptación y rechazo de la vasectomía en hombres del medio rural. *Revista Médica del IMSS*. 2005;43(2):205-214.
29. Kumar GP, Kumar JB, Choudhary D, Chaurasia A, Deo PS. Nonscalpel vasectomy as family planning method: a battle yet to be conquered. *ISRN Urology*. 2013;2013:1-4.
30. Keramat A, Zarei A, Arabi M. Barriers and facilitators affecting vasectomy acceptability (a multi stages study a sample from north eastern of Iran), 2005-2007. *Asia Pac Fam Med*. 2011;10(1):1-6.
31. Hernández ARD, Marván GML. Desarrollo de un instrumento para medir creencias y actitudes hacia la vasectomía. *Perinatol Reprod Hum*. 2015;29(4):162-167.
32. Martínez MA. El debate en América Latina sobre la participación de los hombres en programas de salud reproductiva. *Rev Panam Salud Pública*. 2000;7(6):418-424.
33. Vernon R. Operations research on promoting vasectomy in three Latin American countries. *International Family Planning Perspectives*. 1996;22(1):26-31.
34. Córdoba BDI, Mercado ST, Sapién LJS. Opiniones y experiencias de la vida sexual de mujeres con parejas con vasectomía. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*. 2010;15(3):144-151.
35. Marván ML, Ehrenzweig Y. Mexican men's view of vasectomy. *American Journal of Men's Health*. 2017;11(3): 610-617.
36. Hernández ARD, Marván GML. La vasectomía desde una perspectiva psicosocial. *Perinatol Reprod Hum*. 2015;29(1):30-35.
37. Pecheny M, Andia A, Capriati A, Mario S. Salud, sociedad y derechos. Investigaciones y debates interdisciplinarios [libro electrónico]. Buenos Aires: Taseo; 2012 [cited 2017 sep 11]. Disponible en: <https://www.teseopress.com/saludsociedadyderechos/chapter/ligadura-y-vasectomia-obstaculos-para-su-accesibilidad/>
38. García FME, Hernández FOL, Góngora OJ. Pacientes referidos al Centro Estatal de Vasectomías, factores para la aceptación o rechazo del método. *Lux Médica*. 2013;8(25):11-22.
39. Ebegebe P, Igberase G, Eigbefoh J. Vasectomy: a survey of attitudes, counseling patterns and acceptance among Nigerian resident gynecologists. *Ghana Medical Journal*. 2011;45(3):101-104.
40. Untiveros MCH, Mauricio PJ. Consecuencias a largo plazo de la vasectomía, en varones operados en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Rev Med Herd*. 2004;15(3):131-135.

41. Córdoba BDI, Arias GA, Sapién CA. Deseo sexual en hombres con y sin vasectomía. Experiencias y significados. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 2013;16(3): 707-719

13. ANEXOS



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Factores que limitan la aceptación de la vasectomía como método de planificación familiar en derechohabientes de 20 a 44 años de edad en la UMF No. 9 del IMSS en Acapulco de Juárez, Gro.						
Patrocinador externo (si aplica):	_____						
Lugar y fecha:	Acapulco de Juárez, Guerrero, 2018						
Número de registro:	R-2017-1101-31						
Justificación y objetivo del estudio:	Identificar los factores que limitan la aceptación de la vasectomía como método de planificación familiar en derechohabientes de 20 a 44 años de edad en la UMF No. 9 del IMSS en Acapulco de Juárez, Gro.						
Procedimientos:	Se aplicará un instrumento de recolección de datos denominado encuesta.						
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Otorgar orientación sobre la vasectomía.						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El investigador responsable se compromete a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado, que pudiera ser ventajoso para el tratamiento de los participantes (en su caso), así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que se le plantee a cerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con el tratamiento de los participantes (en su caso).						
Participación o retiro:	El participante se podrá retirar sin recibir alguna presión o afectación de su atención médica						
Privacidad y confidencialidad:	Los datos de manejarán de manera confidencial						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>No autoriza que se tome la muestra.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	_____						
Beneficios al término del estudio:	_____						
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador Responsable:	Dr. Librado Pérez Mijangos correo electrónico: libradoprz@hotmail.com						
Colaboradores:	Dr. Marco Antonio Baños Gallardo correo electrónico: fivehundred7@hotmail.com						
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:	Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx						

Nombre y firma del sujeto

Dr. Baños Gallardo Marco Antonio. Mat: 99127984

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 5 TAXCO, GRO.
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO**



FACTORES QUE LIMITAN LA ACEPTACIÓN DE LA VASECTOMÍA COMO MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN DERECHOHABIENTES DE 20 A 44 AÑOS DE EDAD EN LA UMF No. 9 DEL IMSS EN ACAPULCO DE JUÁREZ, GRO.

Profesión del jefe de familia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Universitario, gran comerciante, gerente de grandes empresas 2. Profesión técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria 3. Empleado sin profesión técnica definida o universidad incompleta 4. Obrero especializado: tractoristas, taxistas, etc. 5. Obrero no especializado, servicio doméstico, etc.
Nivel de instrucción de la madre	<ol style="list-style-type: none"> 1. Universidad o su equivalente 2. Enseñanza técnica superior y/o secundaria completa. 3. Secundaria incompleta o técnico inferior (cursos cortos) 4. Educación primaria completa. 5. Primaria incompleta, analfabeta.
Principal fuente de ingreso	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortuna heredada o adquirida repentinamente (grandes juegos de azar) 2. Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales (médicos, abogados, etc.), deportistas profesionales 3. Sueldo quincenal o mensual 4. Salario diario o semanal 5. Ingresos de origen público o privado (subsidios)
Condiciones de la vivienda	<ol style="list-style-type: none"> 1. Amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias. 2. Amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias. 3. Espacios reducidos, pero confortable y buenas condiciones sanitarias. 4. Espacios amplios o reducidos, pero con deficientes condiciones sanitarias. 5. Improvisada, construida con materiales de desecho, o de construcción relativamente solida pero con deficientes condiciones sanitarias.

	A	B	C	D	
1					04-06 Alto
2					07-09 medio Alto
3					10-12 Medio bajo
4					13-16 Obrero
5					17-20 Marginal

Resultados: 04-06= alto, 07-09= medio alto, 10-12= medio bajo, 13-16= obrero, 17-20= marginal



ENCUESTA

Buen día estimado derechohabiente.

Se está haciendo una investigación con la finalidad de conocer los factores que limitan la aceptación de la vasectomía como método de planificación familiar en derechohabientes de 20 a 44 años de edad, en la UMF No. 9 del IMSS en Acapulco de Juárez, Gro. Mucho agradeceré la atención en contestar la presente encuesta con fines eminentemente investigativos, mismos también que se mantendrán en anonimato para los resultados de esta investigación. Muchas gracias.

Acapulco de Juárez, Gro., a ____ de _____ del 2018.

Número de Seguridad Social: _____

1. Edad: _____

2. Estado civil: _____

INSTRUCCIONES: Subraya la respuesta que consideres apropiada.

3. ¿Cuál es su ocupación?

- 1) ***Universitario, gran comerciante, gerente de grandes empresas.***
- 2) ***Profesión técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria.***
- 3) ***Empleado sin profesión técnica definida o universidad incompleta.***
- 4) ***Obrero especializado: tractoristas, taxistas, etc.***
- 5) ***Obrero no especializado, servicio doméstico, etc.***

4. Principal fuente de ingreso.

- 1) ***Fortuna heredada o adquirida repentinamente (grandes juegos de azar).***
- 2) ***Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales (médicos, abogados, etc.), deportistas profesionales.***
- 3) ***Sueldo quincenal o mensual.***
- 4) ***Salario diario o semanal.***
- 5) ***Ingresos de origen público o privado (subsidios).***

5. Tipo de vivienda.

- 1) ***Propia*** 2) ***Rentada*** 3) ***Prestada***

6. Condiciones de la vivienda.

- 1) ***Amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias.***
- 2) ***Amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias.***
- 3) ***Espacios reducidos, pero confortable y buenas condiciones sanitarias.***
- 4) ***Espacios amplios o reducidos, pero con deficientes condiciones sanitarias.***
- 5) ***Improvisada, construida con materiales de desecho, o de construcción relativamente sólida pero con deficientes condiciones sanitarias***

7. ¿Grado máximo de estudios?
- 1) **Ninguna**
 - 2) **Primaria completa**
 - 3) **Primaria incompleta**
 - 4) **Secundaria completa**
 - 5) **Secundaria incompleta**
 - 6) **Preparatoria o bachillerato completo**
 - 7) **Preparatoria o bachillerato incompleto**
 - 8) **Carrera técnica completa**
 - 9) **Carrera técnica incompleta**
 - 10) **Licenciatura completa**
 - 11) **Licenciatura incompleta**
 - 12) **Maestría o especialidad.**
 - 13) **Doctorado.**
8. ¿Qué religión profesa o practica?
- 1) **Ninguna**
 - 2) **Católica**
 - 3) **Cristiana**
 - 4) **Testigo de Jehová**
 - 5) **Evangelista**
 - 6) **Otra. Especifique: _____**
9. ¿Cuál es su ingreso económico?
- 1) **1 a 3 salarios mínimos al día,**
 - 2) **3 a 6 salarios mínimos al día.**
 - 3) **Más de 6 salarios mínimos al día.**
10. ¿Utiliza actualmente algún método de planificación familiar, usted o su pareja?
- 1) **Ninguno**
 - 2) **Billings (ritmo)**
 - 3) **Preservativo masculino**
 - 4) **Preservativo femenino**
 - 5) **Hormonal oral**
 - 6) **Hormonal inyectable**
 - 7) **Parche anticonceptivo**
 - 8) **Píldora del día después**
 - 9) **Dispositivo intrauterino**
 - 10) **Implante subdérmico**
11. ¿Considera que su paternidad ya ha sido satisfecha?
- 1) **Si**
 - 2) **No**
12. ¿Ha recibido información sobre la vasectomía?
- 1) **Si**
 - 2) **No**
13. ¿Consideraría realizarse la vasectomía?
- 1) **Si**
 - 2) **No**

¿Por qué?

14. ¿Considera que las creencias que se tienen respecto a la vasectomía sea un factor que impida su aceptación?

- 1) Si**
- 2) No**

Si su respuesta es **SI**, cuál considera de mayor relevancia:

- a) La vasectomía provoca impotencia sexual.**
- b) La vasectomía hace que el hombre pierda la virilidad.**
- c) La vasectomía causa que las relaciones sexuales sean menos placenteras.**
- d) La vasectomía hace que el hombre pierda el deseo sexual.**
- e) La vasectomía hace que hombre pierda su poder de dominio sobre la mujer.**
- f) La vasectomía es causante de cáncer.**
- g) La vasectomía es rechazada por la religión.**
- h) La vasectomía es muy dolorosa.**
- i) La vasectomía es causa de burla y rechazo.**
- j) La vasectomía disminuye la eyaculación.**

15. Si su pareja tuviera prohibido usar métodos anticonceptivos por cuestiones de salud, usted optaría por realizarse la vasectomía como un método de planificación familiar

- 1) Si**
- 2) No**

¿Por qué?
