



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR DE LA CIUDAD
DE MÉXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 4 “NIÑOS HÉROES”
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

**NIVEL DE ACEPTACIÓN DE VASECTOMÍA Y FUNCIONALIDAD DE PAREJA EN
HOMBRES DE LA UMF 4 DEL IMSS**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:
MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

IRINA DEL ROSARIO LÓPEZ GÁMEZ

ASESORES:

DRA. PALOMA GABRIELA MARTÍNEZ VALLE

DRA. JUANA MARLEN RUÍZ BATALLA

DRA. NYDIA ROCÍO ROMERO LÓPEZ

NUMERO DE REGISTRO: R-2021-3609-042

CIUDAD DE MÉXICO, FEBRERO 2022.



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.

**NIVEL DE ACEPTACIÓN DE VASECTOMÍA Y FUNCIONALIDAD DE PAREJA
EN HOMBRES DE LA UMF NO 4 DEL IMSS.**

NUMERO DE REGISTRO: R-2021-3609-042

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.**

PRESENTA:

IRINA DEL ROSARIO LÓPEZ GÁMEZ

AUTORIZACIONES:



DRA. JUANA MARLEN RUIZ BATALLA

**COORDINADOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 1**


DRA. NYDIA ROCÍO ROMERO LOPEZ.

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°1**

DRA. PALOMA GABRIELA MARTÍNEZ VALLE


**GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS**

CIUDAD DE MÉXICO. FEBRERO 2022

**NIVEL DE ACEPTACIÓN DE VASECTOMÍA Y FUNCIONALIDAD DE
PAREJA EN HOMBRES DE LA UMF N° 4 DEL IMSS.**


NUMERO DE REGISTRO: R-2021-3609-042

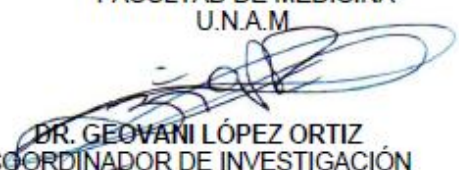
**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.**


PRESENTA:

IRINA DEL ROSARIO LÓPEZ GÁMEZ

AUTORIZACIONES:


DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

AGRADECIMIENTOS

A cada uno de los motores que me impulsaron a continuar, al universo, a mis maestros de vida y a la propia existencia.

Muchísimas gracias.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité de Ética en Investigación **36098**.
H GRAL ZONA 1 Carlos Mc Gregor

Registro COFEPRIS **13 CI 09 014 189**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 09 CEI 016 2017061**

FECHA **Miércoles, 22 de diciembre de 2021**

Dra. IRINA DEL ROSARIO LOPÉZ GÁMEZ

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **NIVEL DE ACEPTACIÓN DE VASECTOMÍA Y FUNCIONALIDAD DE PAREJA EN HOMBRES DE LA UMF N°4 DEL IMSS** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional
Sin número de registro

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. CINDY EVELYN MENDOZA VIVEROS
Presidente del Comité de Ética en Investigación No. 36098

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **3609**.
H GRAL ZONA 1 Carlos Mc Gregor

Registro COFEPRIS **13 CI 09 014 189**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOÉTICA 09 CEI 016 2017061**

FECHA **Jueves, 30 de diciembre de 2021**

Dra. IRINA DEL ROSARIO LÓPEZ GÁMEZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **NIVEL DE ACEPTACIÓN DE VASECTOMÍA Y FUNCIONALIDAD DE PAREJA EN HOMBRES DE LA UMF N°4 DEL IMSS** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2021-3609-042

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Mtro. arturo hernandez paniagua

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3609

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

INDICE

RESUMEN.....	7
INTRODUCCIÓN.....	8
1 MARCO TEÓRICO.....	8
2 JUSTIFICACIÓN.....	14
3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
3.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:.....	15
4 OBJETIVOS.....	15
4.1 OBJETIVO GENERAL.....	15
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
5 HIPÓTESIS.....	15
6 MATERIAL Y MÉTODOS.....	15
6.1. TIPO DE DISEÑO.....	15
6.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	16
6.3. UBICACIÓN TEMPORO ESPACIAL.....	16
6.4. TIPO DE MUESTREO.....	16
6.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	17
6.6. CÁLCULO DE MUESTRA.....	17
6.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	18
6.8. PLAN DE ANÁLISIS.....	19
6.9. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO.....	20
6.10. MANIOBRAS PARA EVITAR SESGO.....	20
6.11. MODELO CONCEPTUAL.....	20
7. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	20
8. RECURSOS.....	24
8.1 RECURSOS HUMANOS.....	24
8.2 RECURSOS FÍSICOS.....	25
8.3 RECURSOS MATERIALES.....	25
8.4 RECURSOS FINANCIEROS.....	25
9. RESULTADOS.....	25
10. RESULTADOS DEL INSTRUMENTO.....	27
11. DISCUSIÓN.....	30
12. CONCLUSIONES.....	32
13. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	33
ANEXO 1. MODELO CONCEPTUAL.....	37
ANEXO 2. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	38
ANEXO 3. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	39

RESUMEN

NIVEL DE ACEPTACIÓN DE VASECTOMÍA Y FUNCIONALIDAD DE PAREJA EN HOMBRES DE LA UMF 4.

ANTECEDENTES:

En México el avance de los métodos anticonceptivos ha crecido y se tiene acceso a diferentes opciones; sin embargo, este aspecto se ha centrado en la mujer. Un estudio en varones de la UMF 93 CDMX mostro que la información recibida es uno de los factores que influye en la decisión de aceptar la vasectomía y concluye que las creencias, actitudes e interacción con la pareja son otras razones importantes que intervienen en la elección de este método.

OBJETIVO: Determinar si la funcionalidad de pareja se relaciona con la aceptación de la vasectomía sin bisturí en hombres de 18 a 50 años en la UMF 4.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico en hombres de 18 a 50 años con realización de vasectomía sin bisturí durante el año 2021 en la UMF N° 4, previa autorización del comité de ética e investigación, así como obtención del consentimiento informado por medio de entrevistas personales en el consultorio de planificación familiar ,obtención de datos demográficos y la aplicación de un instrumento para evaluar la funcionalidad de pareja.

RESULTADOS: Se analizó una muestra de 51 varones vasectomizados durante 2021, la edad promedio fue de 35 +/- 10 años, 90% con una buena funcionalidad de pareja destacando el rubro de comunicación y sexualidad.

CONCLUSIONES: El nivel de aceptación de la vasectomía tiene otras variables significativamente relacionadas como: nivel escolaridad, edad, estado civil y religión; además de tener una amplia relación con la funcionalidad de pareja en cuanto a comunicación y toma de decisiones compartidas.

RECURSOS E INFRAESTRUCTURA: La Unidad de Medicina Familiar N° 4 cuenta con la infraestructura necesaria y los investigadores cuentan con la calificación requerida.

EXPERIENCIA DEL GRUPO: El equipo cuenta con experiencia necesaria para el manejo de datos.

Palabras clave: Vasectomía sin bisturí, Anticoncepción definitiva en varones, Planificación familiar, Aceptabilidad, Funcionalidad de pareja.

INTRODUCCIÓN

A pesar del avance tecnológico en la anticoncepción en las últimas décadas y del porcentaje creciente de uso de métodos de forma global, existe una baja tasa de uso por varones mientras que la mujer incrementó su uso entre el año 2000 a 2019 de 55% a 57.1%.¹ Estados Unidos con 6% de esterilización masculina en 2002. Nueva Zelanda 13.1% de 2006 a 2008, con un contraste importante respecto a la cantidad de mujeres que realizan procedimientos de anticoncepción.^{2,3,4.}

En México la vasectomía desde su inicio ha tenido poca participación debido a causas como la escasa información, focalización en la anticoncepción femenina o los mitos respecto a dicha práctica.^{5,6.} Se ha estudiado el perfil de realización de la vasectomía encontrando que en nivel socioeconómico, educativo y de ingreso alto, es mayor su práctica que en el estrato bajo.^{3, 4, 7.} Otros estudios relacionan el uso de anticonceptivos en mujeres con sugerencias médicas mientras que para los hombres dicha información no es dada a menudo.^{6,7.}

1. MARCO TEÓRICO

1.1. Salud reproductiva

La salud reproductiva se define como la condición de bienestar físico, mental y social vinculada al sistema reproductivo. La planificación familiar, permite decidir el número de hijos que desean y en qué momento. De esta manera se pueden evitar riesgos para la salud, como los asociados a un embarazo a una corta o avanzada edad, los asociados al aborto. Además, permite tener control sobre el crecimiento poblacional con el fin de evitar efectos negativos sobre la economía, medio ambiente, disponibilidad de recursos alimentarios; para poder alcanzar mejores niveles de desarrollo, considerando la planificación como una política pública.^{8,9.}

El auge de los métodos anticonceptivos en los países desarrollados se comienza en la década de 1960, con atención en el control de la fecundidad y brindando un gran número de técnicas anticonceptivas. Surge la premisa que una familia pequeña vive mejor, exaltando la importancia de la relación de pareja y la realización personal.^{10,11.}

La explosión demográfica anterior a la revolución sexual condujo a los gobiernos de distintos países a adoptar medidas para controlar la tasa de natalidad, logrando disminuir

los nacimientos en los últimos 50 años. En 1950 el promedio era de 6 hijos, y para el 2000 disminuyó a 2.8 hijos en países desarrollados.¹²

En los últimos años hay un llamado a hombres, al exhortarlos a practicar métodos anticonceptivos como la vasectomía sin bisturí. Este método anticonceptivo es seguro, simple y eficaz en gran medida, sin embargo, su práctica es menor a la que se esperaría dadas sus ventajas sobre otros métodos de planificación familiar. Diversos estudios enfatizan la necesidad de investigar cuáles son los factores que determinan la aceptabilidad y toma de decisiones para la práctica de la vasectomía sin bisturí.

Durante la búsqueda de temas asociados a la toma de decisiones para la realización de la vasectomía, surgieron factores que influyen de forma significativa en la decisión del varón para realizarse el procedimiento: economía, influencia conyugal, religión, estereotipos de masculinidad, disponibilidad del método, incertidumbre por su futuro y finalmente, el escaso conocimiento o comprensión del método.

La aceptación de la vasectomía se ve limitada por la cantidad de lugares que proveen este método anticonceptivo, por las ideas de hombres y mujeres que se basan en poca información sobre el método y un temor nacido de la creencia de que el rendimiento sexual del individuo decaerá tras hacerse el procedimiento quirúrgico.¹⁵

Aunque la esterilización es el método anticonceptivo más utilizado en todo el mundo, la Oclusión Tubaria Femenina representa más de cinco veces el número de procedimientos de la vasectomía. En este sentido es necesario obtener una mejor comprensión de cómo puede desarrollarse un programa que incremente la elección de la vasectomía favoreciendo a las familias e instituciones. Dentro de los Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción de 2007 a 2012 se encontró que la comunicación con los cónyuges juega un papel vital en la decisión de realizarse la vasectomía, aunque también remarcan que dicha decisión debe de tomarse de forma voluntaria por la parte masculina. ⁽¹⁶⁾

Los programas educativos en salud sexual y reproductiva deben educar de forma integral a los hombres sobre las opciones anticonceptivas incluyendo la vasectomía. Un conocimiento detallado y relevante, permitirá a los varones vencer las barreras que obstruyen su decisión de participar activamente en la planificación familiar y permitirá el alcance de estos métodos con mayor éxito.¹⁶

1.2. Planificación familiar en el hombre

El involucramiento del hombre en la planificación familiar apareció en 1994 tras una conferencia sobre población y desarrollo celebrada en El Cairo (Egipto), cuyo objetivo era el control de la natalidad equitativo para hombres y mujeres y así como disminuir la desigualdad de la carga anticonceptiva, donde la participación del hombre no solo incluiría información sobre el uso de métodos anticonceptivos, sino también incluyendo la paternidad y comportamiento sexual responsable ⁽¹³⁾. La participación del hombre es limitada debido a factores, como ideología, temor a disminución de la virilidad y potencia sexual, así como desconocimiento de las ventajas de los anticonceptivos.⁽¹⁷⁾ Los programas gubernamentales, centrados principalmente en la mujer; pocas veces involucran al hombre. Implícitamente, se ha otorgado a las mujeres el poder de decisión y responsabilidad de la procreación y anticoncepción, relegando al hombre a asumir un papel pasivo en estas decisiones.^{17,19.}

1.3. Vasectomía

Junto con la Obstrucción Tubaria Bilateral (OTB) son métodos quirúrgicos permanentes de esterilización. Son preferidos por su eficacia y complicaciones bajas; son la alternativa para parejas que ya no deseen procrear.^{12.}

La técnica fue creada en China por el Dr. Li Shuguang en 1973.^{20.} Consiste en la ligadura y corte de los conductos deferentes, bajo anestesia local, haciendo una punción en la piel de la bolsa escrotal lo que impide el paso de espermatozoides al semen. Es importante destacar que no produce alteraciones en la función testicular.^{21.} La VSB está rodeada de mitos que disminuyen su preferencia a pesar de no implicar disminución del placer ni desempeño sexual. La esterilización masculina es más segura y menos costosa con relación a la femenina, con menores cuidados postoperatorios y menor riesgo quirúrgico.^{17.}

Un efecto positivo derivado del procedimiento es el aumento de la frecuencia de las relaciones sexuales al no existir riesgo de embarazo y suspensión de otros métodos anticonceptivos en la mujer; representando un apoyo importante de la pareja en el control de la natalidad.

1.4. Vasectomía en México.

La esterilización constituye un tercio de la práctica anticonceptiva. Según datos de la OMS en 2002, mientras 187 millones de mujeres en el mundo se habían realizado la OTB, solo entre 40 y 50 millones de hombres eligieron la vasectomía, lo cual representa el 8% de las parejas en edad reproductiva.¹²

En México, según los resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009, realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y el Consejo Nacional de Población (CONAPO) en personas de entre 15 a 49 años, el 50.1% de las personas reportaron el uso de OTB como método preferido, mientras que solo el 3.1% prefirieron la vasectomía.⁹

Según datos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), para el año 2000 se practicaron 205,518 OTB y solo 22,641 vasectomías; para el 2005 se realizaron 181,527 OTB y 26,309 vasectomías y, para el 2011 se llevaron a cabo 179,738 OTB y 23,549 vasectomías.¹³ Los datos anteriores evidencian que sigue siendo mucho mayor el número de esterilizaciones femeninas, a pesar de las campañas que se llevan a cabo promoviéndola y enfatizando que es un medio más económico, confiable y rápido para la planificación familiar permanente.¹³

El hombre que se practica la vasectomía en países desarrollados corresponde a un perfil particular: edad promedio de 30 años, nivel educativo superior a la media nacional, con un promedio de tres hijos o menos, habitante de zona urbana y con historial de uso de anticonceptivos previos.^{22,23} El perfil del hombre mexicano que se somete a una vasectomía se caracteriza por una edad promedio de 35 a 40 años, casados, con al menos dos hijos, nivel educativo superior al bachillerato y nivel socioeconómico medio alto o muy alto. El motivo de elección reportado fue la satisfacción de la paridad.^{24,12,25}

1.5. Creencias asociadas a la vasectomía

El poco o nulo involucramiento de los hombres en la anticoncepción está influido por creencias y actitudes negativas hacia los anticonceptivos.⁷ Los temores que se han asociado a la vasectomía son en su mayoría de índole sexual, percibiéndola como una amenaza a la función sexual y su desempeño, temor a la disminución de la libido,

potencia sexual, placer propio o de la pareja, así como la posibilidad de disfunción eréctil, molestias residuales como dolor o una intervención no exitosa. Estos temores se alimentan al desconocer las características de la intervención. Algunos hombres asocian el procedimiento con grandes riesgos, como cambios de personalidad, alteraciones en la eyaculación o aumento de peso.^{12,7,26} Adicional a los temores descritos pueden sumarse cambios en la paridad satisfecha tras situaciones de pareja, por lo que esta decisión debe realizarse en conjunto, sin coacción y con una consejería amplia.¹²

El hombre que se realiza la vasectomía demuestra compromiso con su pareja, asumiendo un rol protector, de responsabilidad, coparticipación, y solidaridad.²⁶

Terry y Braun refieren que la vasectomía podría percibirse como una forma de protección masculina a su pareja. Esta situación puede ser explicada por la economía de la gratitud, que no es más que la gratitud que se espera al realizar actividades que están fuera de los límites del género, considerando al hogar como marco de referencia, por lo que, para guardar un equilibrio, se esperaría una recompensa al sobrepasar estos límites. Por lo tanto, a pesar del igualitarismo que pueda tenerse en una pareja, existen ciertos arreglos tradicionales explícitos.²⁶

El personal de salud tiene un papel muy importante en la promoción de los métodos anticonceptivos. Young, Nguyeh, Weiss-Laxer, Signan & Nolan resaltan que, si bien se tienen conocimiento de los beneficios de la vasectomía, describiéndola como segura, menos cara y poco invasiva, casi no se utiliza o recomienda.

La consejería en planificación familiar es crucial en la decisión del uso de un método definitivo que no se centre en las mujeres y que no excluya a los hombres. Si se brindara a la pareja desde el inicio una información completa para considerar a la vasectomía como una opción primaria viable, la aceptabilidad sería más amplia.²⁶

1.6. Conclusiones e implicaciones de la vasectomía

La aceptación de la vasectomía como método anticonceptivo definitivo continúa siendo baja, algunos hombres aun no asumen una participación en la anticoncepción, además de tener temores infundados.

Una consejería específica en pareja es necesaria para una decisión conjunta, despejando dudas, temores y creencias con respecto al método. Es deseable conocer el procedimiento

y poder recibir información directa de profesionales a cargo, con la finalidad de disminuir la ansiedad que puede generar. Es necesario volcar las investigaciones hacia el entendimiento psicosocial de las motivaciones de los hombres para usar este método anticonceptivo. Las variables de funcionalidad de pareja podrían tener correlación y nos permitirían redirigir las estrategias de promoción del procedimiento en el primer nivel de atención.

1.7. La funcionalidad de pareja

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y los eventos críticos que se pueden presentar.

El análisis de la funcionalidad de pareja es de trascendental importancia para el grupo familiar; gran parte de los problemas familiares pueden ser ubicados como disfunciones del subsistema conyugal. Algunos autores han considerado a las familias disfuncionales como un factor de riesgo y generadoras de individuos con problemas de comportamiento o de adaptación. Las funciones de la pareja deben ser claras y gratificantes. Este estudio propone la escala de evaluación del subsistema conyugal de Chávez Aguilar y Velasco Orellana, validado en 1994 que evalúa las funciones de comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones.²⁷ Como pareja severamente disfuncional de 0-40 puntos, moderadamente disfuncional de 41 a 70 puntos y pareja funcional de 71 a 100 puntos.

1.8. Factores que intervienen en la aceptación de la vasectomía

Los motivos para realizar la vasectomía se relacionan con: paridad satisfecha (50%), número de hijos (3 o más), deseo de una mejor calidad de vida (20%) o la situación económica (13,9%).⁷ También se tiene en cuenta como un procedimiento rápido y de bajo riesgo (9.2%). Cícero y otros también mencionan la intención de evitar los efectos secundarios por la anticoncepción femenina 49%.

Otras razones para efectuar la vasectomía son la edad del hombre y el número de años que tenga en una relación estable (mayor a 10 años).⁷ En 2017, Rahmany cols., mostraron que la edad de mayor frecuencia para realizarse la VSB fue de 40 a 49 años (42.8%), el 65% tenía una pareja mayor de 35 años.¹⁴

La participación de los en el control de la fecundidad parece ser resultado de un acuerdo en pareja, y no sólo una conducta asumida por el hombre.²⁶

En México se realizan aproximadamente 1 vasectomía por cada 100 salpingoclasia . Los hombres que aceptan la vasectomía reconocen aspectos positivos, como el aumento de la actividad sexual, que las mujeres no tengan que usar anticonceptivos, y una manifestación del compromiso del hombre en la planificación familiar.¹²

1.9. Marco Legal

En México, las acciones de planificación familiar están respaldadas jurídicamente.^{28,23}

Ley General de Población, Artículo 3º, Fracción II, señala que la Secretaría de Gobernación dictará y ejecutará los programas de planificación familiar además de vigilar se lleven a cabo con objeto de regular el crecimiento poblacional y lograr el mejor aprovechamiento de los recursos.^{28,23}

Ley General de Salud, señala que la planificación familiar de carácter prioritario, y le otorga a la Secretaría de Salud la facultad de coordinar sus actividades.²⁸ Se garantiza la gratuidad de los servicios por las dependencias y organismos del sector público.²⁸ La Norma Oficial Mexicana, NOM-005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar, uniforma los principios, criterios de operación, políticas y estrategias para la prestación de los servicios de planificación familiar en México.^{28,23}

2 JUSTIFICACIÓN

Es de interés para la salud pública, investigar los motivos de aceptación de la vasectomía, por lo que este estudio pretende identificar si la interacción e integración de las parejas influye en toma de decisión para realizarla como método anticonceptivo permanente en varones de la Unidad de Medicina Familiar No. 4.

Así como el poder diseñar estrategias enfocadas al aumento de la participación del varón en la planificación familiar definitiva.

3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La aceptación y realización de vasectomía sin bisturí en México y en la UMF 4 tienen un índice inferior contrastante en comparación con la OTB provocando que recaiga en la mujer la planificación familiar. Pretendemos identificar estrategias que pueden aumentar el número

de pacientes con elección informada de vasectomía en la UMF 4. Y como beneficios a largo plazo incrementar la meta de número de vasectomías realizadas por año y el control eficaz de la natalidad.

3.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿El nivel de aceptación de la vasectomía sin bisturí en hombres de 18 a 50 años en la UMF 4 está relacionado a la funcionalidad de la pareja?

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

- Evaluar si la funcionalidad de pareja tiene relación con el nivel de aceptación de la vasectomía sin bisturí en pacientes varones de la UMF 4.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir el grado de aceptación de la VSB en pacientes varones de la UMF 4.
- Conocer los grados de la funcionalidad de pareja varones sometidos a VSB.
- Describir el perfil sociodemográfico de los aceptantes de la VSB.
- Describir el perfil de la pareja del paciente con VSB.
- Determinar la funcionalidad de la pareja en hombres que eligieron la VSB.

5 HIPÓTESIS

El nivel de la aceptación de la vasectomía sin bisturí está relacionado con una adecuada funcionalidad de pareja en hombres de la UMF 4.

6 MATERIAL Y MÉTODOS

6.1. TIPO DE DISEÑO

Observacional, transversal y analítico.

6.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Pacientes masculinos entre de 18 y 50 años con la realización de vasectomía sin bisturí

durante 2021 en la Unidad de Medicina Familiar de la UMF No. 4 del IMSS que cuenten con una pareja al momento de la elección del método de planificación familiar definitivo y que accedan a participar en el estudio.

6.3. UBICACIÓN TEMPORO ESPACIAL

La muestra será obtenida en el servicio de planificación familiar de la Unidad de Medicina Familiar N° 4 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

6.4. TIPO DE MUESTREO

Muestreo probabilístico aleatorio simple (lista de pacientes atendidos por el área de Planificación Familiar del programa Vasectomía sin Bisturí) con realización de una tabla de números aleatorios en Excel.

Aspectos metodológicos

1. Pertinencia. Se considera pertinente, ya que la anticoncepción es un programa prioritario de salud pública.
2. Magnitud: En el país y la unidad médica el número de vasectomías se encuentra por debajo de la meta anual esperada.
3. Trascendencia: Se busca incrementar de manera informada la participación e informada de los varones en los métodos de planificación familiar definitivos por su alta efectividad, bajo costo y pocos efectos secundarios.
4. Factibilidad: Se cuenta con los recursos humanos, materiales y financieros necesarios para llevar a cabo con la investigación.
5. Viabilidad: La presente investigación cumple con las políticas y objetivos de la institución para la elaboración de protocolos de investigación sin generar costos.
6. Político-Administrativo: La presente investigación brindara información de utilidad para la ejecución del programa de vasectomía sin bisturí.
7. Aspectos éticos: Ha sido aprobada por el comité de ética e investigación locales, realizado previa obtención del consentimiento informado de los participantes sin existir conflictos de interés.
8. Novedoso: Se busca integrar e incrementar la participación informada y activa de los varones en la planificación familiar.
9. Investigación sin riesgo: Se trata de una investigación de riesgo mínimo sin intervención o modificación de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los

participantes. Se realizarán entrevista y un cuestionario personal donde se identificará al individuo con un número de folio, respetando en todo momento la confidencialidad en el manejo de la información.

6.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN

- Hombres de 18 a 50 años.
- Derechohabientes y no derechohabientes de la UMF 4.
- Que accedan a participar en el estudio previo consentimiento informado.
- Pacientes que cuenten con una pareja al momento de la elección de VSB como método de planificación familiar.

Criterios de exclusión

- Participantes no acepten participar en el estudio.
- Pacientes que no cuenten con pareja al momento de elegir la vasectomía.
- Hombres mayores de 51 años.

Criterios de eliminación

- Pacientes con expediente clínico incompleto.
- Pacientes que respondieron menos de 90% de reactivos de la encuesta.
- Revocación del consentimiento informado.

6.6. CÁLCULO DE MUESTRA

Se calculó el tamaño de la muestra utilizando la fórmula para una población finita, ya que conocemos el total de pacientes vasectomizados en 2021 y deseamos saber cuántos del total tendremos que estudiar la respuesta seria, bajola fórmula clásica: Obteniendo un total de 51 pacientes.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Dónde:

N= Total de la población = 66

Z_a = 1.962 (Seguridad del 95%)

p = Proporción esperada (5% = 0.05)

q = 1 – p (1 -0.05 = 0.95)

d = Precisión (3% =0.03)

$$n = \frac{66 * ((1.962^2) * 0.05) * 0.95}{(0.03)^2 * (66 - 1) + (1.962)^2 * 0.05 * 0.95}$$

$$n = \frac{66 * (0.1924) * (0.95)}{9 \times 10^{-4} * (65) + 3.8494 * 0.05 * 0.95}$$

$$n = \frac{12.0672}{0.24}$$

$$n = 50.28$$

$$n = 51$$

6.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Nombre	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo	Valor	Indicador
Variables Sociodemográficas					
Edad	Periodo de vida de un individuo medido en años	Años cumplidos a la fecha por interrogatorio directo	Cuantitativa	Discreta	Se anotará la edad referida por el paciente
Escolaridad	Años cursados y aprobados en algún tipo de establecimiento educacional.	Ultimo nivel escolar de la persona a la fecha por interrogatorio directo	Cualitativa	Ordinal	1. Ninguna 2. Sabe leer y escribir 3. Preescolar 4. Primaria 5. Secundaria 6. Bachillerato 7. Licenciatura 8. Posgrado
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	Estado civil referido por interrogatorio directo	Cualitativa	Nominal	1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Divorciado 5. Viudo
Derechohabiente	Persona que tiene derecho a recibir prestaciones sanitarias públicas	Número de seguridad social.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1. No 2. Si
Religión	Conjunto de creencias religiosas, que son propias de un grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad	Religión de la persona en la actualidad por interrogatorio directo	Cualitativa	Nominal	1. Católico 2. Cristiano 3. Otro
Años de unión	Fecha en que se cumple un número de	Años de unión a la fecha por	Cuantitativa	Discreta	Se anotará los años de unión que indique el

	años exactos desde un suceso importante	interrogatorio directo			paciente
Ocupación	Se ejerce a cambio de una retribución. Igualmente, define el conjunto de profesionales que la ejercen	Ocupación por interrogatorio directo	Cualitativa	Nominal	Se anotará la ocupación que indique el paciente
Edad de pareja	Periodo de vida de un individuo medido en años	Años cumplidos de la pareja a la fecha por interrogatorio directo	Cuantitativa	Discreta	Se anotará la edad de la pareja que indique el paciente
Número de hijos	Es el número de orden de sucesión del nacimiento vivo que está siendo registrado	Número de hijos actuales por interrogatorio directo	Cuantitativa	Discreta	Se anotará el número de hijos que indique el paciente
Variable dependiente					
Funcionalidad de pareja	Capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y los eventos críticos que se pueden presentar, con base a que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones.	Instrumento de funcionalidad de pareja	Cuantitativa	Discreta	0-40: Pareja severamente disfuncional 41-70: Pareja moderadamente disfuncional Mayor a 71 Pareja funcional
Variable independiente					
Vasectomía	Método anticonceptivo definitivo para hombre, Consiste en la ligadura y corte de los conductos deferentes evita el paso de espermatozoides al semen.	Evento Quirúrgico	Cualitativa	Dicotómica	Pacientes de 18 a 50 años.

6.8. PLAN DE ANÁLISIS

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 24. Para las características de la población se utilizó estadística descriptiva; en las variables cuantitativas con distribución normal se utilizaron media y desviación estándar; en variables con distribución no normal, mediana y percentiles [P25, P75]. Las variables cualitativas fueron representadas con frecuencias y porcentajes. Consecutivamente para buscar correlación entre el nivel de aceptación de la vasectomía y la funcionalidad de pareja se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman para calcular el tamaño del efecto, en cuanto a la estadística inferencial, se realizó una prueba X Cuadrada.

6.9. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Previa autorización del Comité Local de Investigación y Ética, se extendió una invitación a los pacientes de la UMF No. 4 seleccionados, para participar en el estudio, se brindó información amplia para obtener su consentimiento informado (Anexo 1), y posteriormente se les realizó una entrevista para conocer su edad, escolaridad, estado civil, años de unión, ocupación, edad de la pareja, número de hijos; 2 preguntas acerca de la toma de decisión de vasectomía y por último el cuestionario integrado para determinar la funcionalidad de pareja (Anexo 2). Finalmente se concentró la información en una base de datos para su análisis.

6.10. MANIOBRAS PARA EVITAR SESGO

El presente estudio se realizó por medio de la revisión inicial de expedientes clínicos y posteriormente aplicación personal y presencial del instrumento de funcionalidad de pareja y su elección como método anticonceptivo. Dicho instrumento y la recolección de datos fueron aplicados únicamente por la investigadora Irina del Rosario López Gámez. La investigadora principal, fue asesorada por la Dra. Paloma Gabriela Martínez Valle y se realizó una prueba piloto previa supervisada.

6.11. MODELO CONCEPTUAL

El modelo conceptual se describe en el Anexo 1

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio respeta las normas institucionales, nacionales e internacionales que rigen la investigación en seres humanos. Incluyendo la Norma que establece las disposiciones para la Investigación en Salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social 2000-001-009, la Ley General de Salud, la Declaración de Helsinki (revisada en la 64^a Asamblea General, Fortaleza, Brasil, 2014). y el código Nuremberg en sus siguientes estatutos.²⁹

- I. Es absolutamente esencial el consentimiento voluntario del sujeto humano.
- II. El experimento debe ser útil para el bien de la sociedad, irremplazable por otros medios de estudio y de la naturaleza que excluya el azar.
- III. Basados en los resultados de la experimentación animal y del conocimiento de la historia natural de la enfermedad o de otros problemas en estudio, el experimento debe ser diseñado de manera que los resultados esperados justifiquen su desarrollo.

IV. El experimento debe ser ejecutado de tal manera que evite todo sufrimiento físico, mental y daño innecesario.

V. Ningún experimento debe ser ejecutado cuando existan razones a priori para creer que pueda ocurrir la muerte o un daño grave, excepto, quizás en aquellos experimentos en los cuales los médicos experimentadores sirven como sujetos de investigación.

VI. El grado de riesgo a tomar nunca debe exceder el nivel determinado por la importancia humanitaria del problema que pueda ser resuelto por el experimento.

VII. Deben hacerse preparaciones cuidadosas y establecer adecuadas condiciones para proteger al sujeto experimental contra cualquier remota posibilidad de daño, incapacidad y muerte.

VIII. El experimento debe ser conducido solamente por personas científicamente calificadas. Debe requerirse el más alto grado de destreza y cuidado a través de todas las etapas del experimento, a todos aquellos que ejecutan o colaboran en dicho experimento.

IX. Durante el curso del experimento, el sujeto humano debe tener libertad para poner fin al experimento si ha alcanzado el estado físico y mental en el cual parece a él imposible continuarlo.

Además, se menciona la Ley General de Salud, título segundo de los Aspectos éticos de la Investigación en Seres Humanos capítulo I, el presente trabajo se considera como investigación sin riesgo, ya que se basa en la captura de información proveniente del expediente clínico del paciente, de los resultados de los exámenes de laboratorio y de las mediciones clínicas que se realizarían rutinariamente con motivo de su padecimiento.

Artículo 17. Investigación sin riesgo. Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

En relación con la Declaración de Helsinki, se cumplirá con los principios de Equidad (igualdad de oportunidades de participación), **Justicia** (equilibrio entre la inversión del estudio, nivel de evidencia que se pueda obtener, e impacto económico con el conocimiento resultante), **Benevolencia** (el conocimiento resultante podría mejorar el nivel de certidumbre para el prestador de servicio de salud y el paciente, generando un bien) y **No Maleficencia** (no modifica la historia natural ni curso clínico del paciente y su enfermedad) mediante los siguientes puntos:

1. La investigación biomédica que implica a personas debe concordar con los principios

científicos aceptados universalmente y debe basarse en una experimentación animal y de laboratorio suficiente y en un conocimiento minucioso de la literatura científica.

2. El diseño y la realización de cualquier procedimiento experimental que implique a personas debe formular claramente un protocolo que debe presentarse a consideración, comentario y guía de un comité nombrado especialmente, independientemente del investigador, siempre que este comité independiente actúe conforme a las leyes y ordenamientos del país en el que se realice.

3. La investigación biomédica que implica a seres humanos debe ser realizada únicamente por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un facultativo clínicamente competente. La responsabilidad con respecto a las personas debe recaer siempre en el facultativo y nunca en las personas que participan.

4. La investigación biomédica que implica a personas no puede llevarse a cabo lícitamente a menos que la importancia del objetivo guarde proporción con el riesgo inherente para las personas.

5. Todo proyecto de investigación biomédica que implique a personas debe basarse en una evaluación minuciosa de los riesgos y beneficios previsibles tanto para las personas como para terceros. La salvaguardia de los intereses de las personas deberá prevalecer siempre sobre los intereses de la ciencia y la sociedad.

6. Debe respetarse siempre el derecho de las personas a salvaguardar su integridad. Deben adoptarse todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental y su personalidad.

7. Los médicos deben abstenerse de comprometerse en la realización de proyectos de investigación que impliquen a personas a menos que crean fehacientemente que los riesgos involucrados son previsibles. Los médicos deben suspender toda investigación en la que se compruebe que los riesgos superan a los posibles beneficios.

8. En la publicación de los resultados de su investigación, el médico está obligado a preservar la exactitud de los resultados obtenidos. Los informes sobre experimentos que no estén en consonancia con los principios expuestos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

9. En toda investigación en personas, cada posible participante debe ser informado suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio podría acarrear. Las personas deben ser informadas de que son libres de no participar en el estudio y de revocar en todo momento su consentimiento a la participación. El médico debe obtener el consentimiento informado otorgado libremente por

las personas, preferiblemente por escrito.

10. En el momento de obtener el consentimiento informado para participar en el proyecto de investigación, el médico debe obrar con especial cautela si las personas mantienen con él una relación de dependencia o si existe la posibilidad de que consientan bajo coacción. En este caso, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico no comprometido en la investigación y completamente independiente con respecto a esta relación oficial.

11. En el caso de incompetencia legal, el consentimiento informado debe ser otorgado por el tutor legal en conformidad con la legislación nacional. Si una incapacidad física o mental imposibilita obtener el consentimiento informado, o si la persona es menor de edad, en conformidad con la legislación nacional la autorización del pariente responsable sustituye a la de la persona. Siempre y cuando el niño menor de edad pueda de hecho otorgar un consentimiento, debe obtenerse el consentimiento del menor además del consentimiento de su tutor legal.

12. El protocolo experimental debe incluir siempre una declaración de las consideraciones éticas implicadas y debe indicar que se cumplen los principios enunciados en la presente Declaración. Respecto al trato de los individuos seleccionados se toma como base el código Belmont que declara en sus principios éticos básicos: "Que todos los individuos deben ser tratados como agentes autónomos y que todas las personas cuya autonomía está disminuida tienen derecho a la protección".³⁰ En el caso de la relación de los investigadores, patrocinadores, autoridades de salud y los participantes, las pautas del Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) describen.³¹

1. Requieren que la investigación tenga siempre valor social y científico.
2. Ponen énfasis en los contextos de escasos recursos, con el objetivo de facilitar un análisis que asegure que la investigación sea siempre equitativa con las poblaciones.
3. Introducen el consentimiento informado amplio para que quienes participan en investigaciones puedan autorizar el uso de sus materiales biológicos.
4. Incluyen una pauta para el involucramiento de la comunidad, una manera de asegurar la relevancia de la investigación propuesta para la comunidad afectada, mostrar respeto tanto hacia las comunidades, sus tradiciones y normas, así como obtener la aceptación de esta.
5. Revisan la definición de vulnerabilidad, de manera que la vulnerabilidad no se entienda como un simple rótulo a grupos completos de personas, sino que más bien facilite un análisis sobre las características específicas que puedan hacer a las personas o poblaciones más proclives a sufrir un daño al participar en una investigación. Este abordaje a la vulnerabilidad permite que los comités de revisión ética hagan un análisis más detallado y puedan así proteger mejor a las personas vulnerables, en vez de simplemente excluirlas

categoricamente de las investigaciones como se ha hecho tradicionalmente con el ánimo de proteger a grupos que se consideraban vulnerables (por ejemplo, niños, mujeres embarazadas). Estas exclusiones categóricas han llevado a que se disponga de escasa evidencia para el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de las enfermedades que aquejan a esos grupos. La información obtenida de las entrevistas será solo para los fines del estudio, sin modificar el contenido, respetando de esta forma los artículos 5°, 6°, 7° y 10° del Código Sanitario y los artículos 7° y 12° del Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General de los Estados Unidos Mexicanos.

Se mantendrá en todo momento la confidencialidad de los sujetos de estudio, al no identificar el nombre o manejo de datos personales que comprometiera la integridad de los sujetos que se incluirán. Además, el presente proyecto de investigación será sometido a la consideración del comité local de investigación y ética de la investigación en salud N° 3609, donde se verificará que cumpla con los requisitos necesarios para ser realizado y en su caso ser autorizado. El estudio de investigación es sin riesgo sin embargo por tratarse de entrevistas y aplicación de cuestionarios, será necesario el uso previo de una carta de consentimiento informado.

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de interés

8. RECURSOS

Para la realización de este proyecto se contará con:

8.1 RECURSOS HUMANOS

- Investigador responsable (Irina del Rosario López Gámez).
- Asesores metodológicos del protocolo (Paloma Gabriela Martínez Valle, Juana Marlen Ruiz Batalla, Nydia Rocío Romero López).
- Recolector de datos y análisis de la información (Irina del Rosario LópezGámez).

8.2 RECURSOS FÍSICOS

Instalaciones de la UMF No. 4 “Niños Héroe”

8.3 RECURSOS MATERIALES

- Instrumento de recolección de Datos.
- Computadora portátil
- Lápices, Borradores, plumas, grapas, engrapadora.
- Hoja de papel tamaño carta, suficientes para la realización del proyecto.

8.4 RECURSOS FINANCIEROS

Los gastos en general se absorberán por parte los investigadores: Irina del Rosario López Gámez, Martínez Valle Paloma Gabriela, Juana Marlen Ruíz Batalla y Nydia Rocío Romero López.

9. RESULTADOS

En este estudio contamos con 51 participantes varones, la edad media fue de 35 +/-8 años, el 56.8% eran casados, 21.5% vivan en unión libre y 21.5% eran solteros o divorciados. En la escolaridad, 62.6% tiene un nivel licenciatura o superior. El 86.27% es empleado. La edad media de la pareja de los participantes fue de 33 años y el 84.3% de los participantes tiene al menos un hijo; el promedio de hijos por familia fue de 2. La edad es una variable considerada normal con un alfa de 0.01, pero en esta investigación se desecha ya que se busca un alfa de 0.05.

Todas las variables fueron incluidas para determinar el coeficiente de correlación de Spearman, además se determinó una variable global de funcionalidad de la pareja en función del instrumento aplicado; se consideraron como determinantes las preguntas referentes a si su pareja intervino en su decisión y cuál fue su principal motivo.

La edad es una variable considerada normal con un alfa de 0.01, pero en esta investigación se desecha ya que se busca un alfa de 0.05.

Estos resultados señalan que hay una amplia relación entre la decisión de la persona que se realizó la vasectomía con la decisión de su pareja. También destacó que hay correlación entre el motivo principal de realizarse la vasectomía con su edad, estado civil, escolaridad religión y la intervención de su pareja, es decir, ambos son determinantes en la decisión.

Finalmente, en relación con la variable de funcionalidad, se observa que el nivel de

escolaridad y el número de hijos tienen relación con la comunicación de pareja y por tanto en la decisión de realizar la vasectomía en los pacientes analizados.

TABLA 1 – CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

VARIABLES		TOTAL= 51	% o DE	VALOR p
EDAD	PROMEDIO	35	±8	0.200*
ESTADO CIVIL				0.000
	CASADO	29	56.86%	
	SOLTERO	10	19.61%	
	DIVORCIADO	1	1.96%	
	VIUDO	0	0.00%	
	UNIÓN LIBRE	11	21.57%	
ESCOLARIDAD				0.000
	NINGUNA	0	0.00%	
	SABE LEER Y ESCRIBIR	0	0.00%	
	PRESCOLAR	0	0.00%	
	PRIMARIA	0	0.00%	
	SECUNDARIA	3	5.88%	
	BACHILLERATO	16	31.37%	
	LICENCIATURA	26	50.98%	
	POSGRADO	6	11.76%	
RELIGIÓN				0.000
	CATÓLICO	35	68.63%	
	CRISTIANO	2	3.92%	
	OTRO O NINGUNA	14	27.45%	
OCUPACIÓN				0.000
	EMPLEADO	39	76.47%	
	DOCENTE	5	9.80%	
	COMERCIANTE	4	7.84%	
	ESTUDIANTE	3	5.88%	
NÚMERO DE HIJOS - PROMEDIO		2	±1	0.000
AÑOS JUNTOS - PROMEDIO		8	±6	0.005
EDAD DE LA PAREJA - PROMEDIO		33	±7	0.168
¿SU PAREJA INTERVINO EN SU DECISIÓN DE REALIZARSE LA VASECTOMÍA?				0.000
	SI	8	15.69%	
	NO	43	84.31%	
¿CUÁL FUE EL PRINCIPAL MOTIVO PARA REALIZARSE LA VASECTOMÍA?				0.000
	A. NO DESEO TENER HIJOS	8	15.69%	
	B. LOS HOMBRES PODEMOS DECIDIR LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	2	3.92%	
	C. EN APOYO A MI PAREJA	39	76.47%	

Tabla 2
COEFICIENTES DE CORRELACIÓN - INTERVENCIÓN EN LA DECISIÓN

VARIABLE	Valor p
EDAD	0.002**
ESTADO CIVIL	0.080
ESCOLARIDAD	0.016*
RELIGIÓN	0.027*
OCUPACIÓN	0.239
NÚMERO DE HIJOS	-
AÑOS JUNTOS	0.103
EDAD DE LA PAREJA	0.044*

Tabla 3
COEFICIENTES DE CORRELACIÓN - MOTIVO PRINCIPAL

VARIABLE	Valor p
EDAD	0.012*
ESTADO CIVIL	0.023*
ESCOLARIDAD	0.007**
RELIGIÓN	0.035*
OCUPACIÓN	0.529
NÚMERO DE HIJOS	0.269
AÑOS JUNTOS	0.296
EDAD DE LA PAREJA	0.218
INTERVENCIÓN EN LA DECISIÓN	0.000**

Tabla 4
COEFICIENTES DE CORRELACIÓN - VARIABLE GLOBAL DE FUNCIONALIDAD

VARIABLE	Valor p
EDAD	0.335
ESTADO CIVIL	0.630
ESCOLARIDAD	0.022*
RELIGIÓN	0.037*
OCUPACIÓN	0.931
NÚMERO DE HIJOS	0.008**
AÑOS JUNTOS	0.314
EDAD DE LA PAREJA	0.630

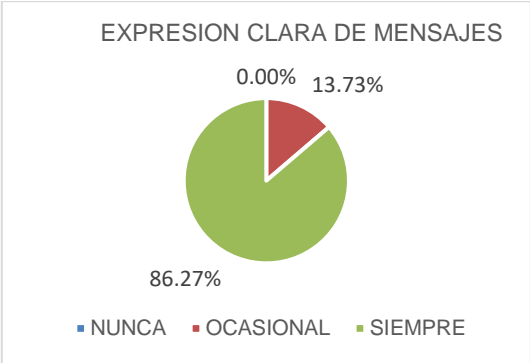
10. RESULTADOS DEL INSTRUMENTO

En relación con el instrumento de Funcionalidad de Pareja. La comunicación directa con la pareja fue del 100%. La claridad en la expresión de los mensajes intercambiados fue de 86%. La congruencia entre la comunicación verbal y no verbal fue de 84%. El cumplimiento de los roles adjudicados fue del 84.3% y la satisfacción al asumir estos roles del 92%. Respecto al intercambio de roles en la pareja 60% refirió siempre, 27% ocasionalmente y menos de 12% nunca lo realiza. En cuanto a satisfacción sexual 90% manifestó siempre y el 10% ocasionalmente. Acerca de la satisfacción con la calidad de la actividad sexual 84% menciona siempre y 16% ocasionalmente. Respecto a las manifestaciones físicas de afecto el 90% refiere siempre, 8% ocasionalmente y 2% nunca.

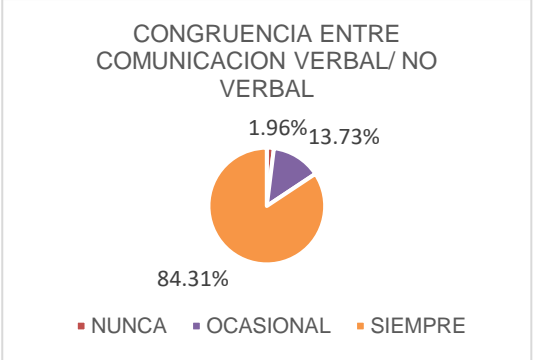
GRAFICA 1. COMUNICACIÓN EN LA FUNCIONALIDAD DE PAREJA.



GRAFICA 2. MENSAJES CLAROS EN LA COMUNICACIÓN DE PAREJA.

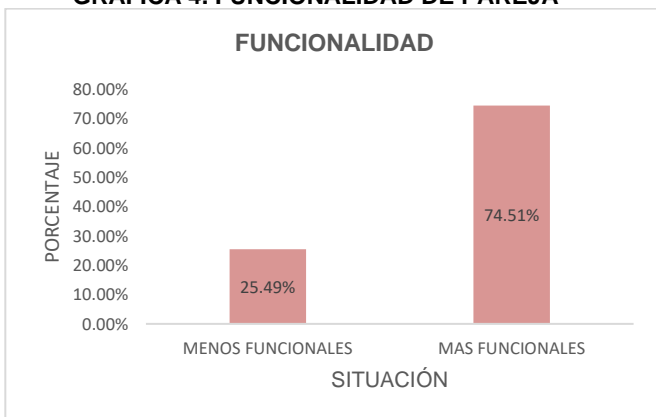


GRAFICA 3. COMUNICACIÓN VERBAL Y NO VERBAL.

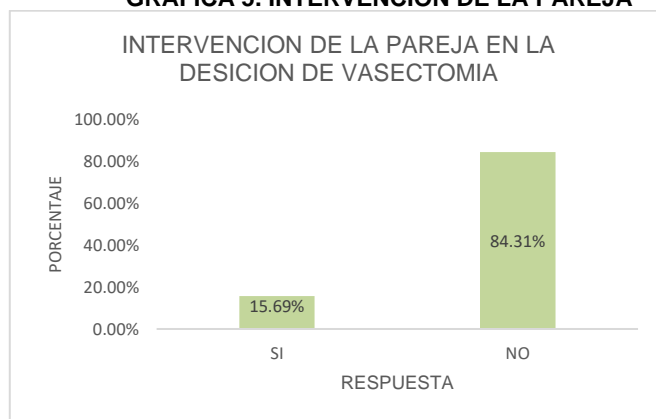


En la valoración global de la funcionalidad 74% de parejas son más funcionales que el promedio. El 15% menciona la intervención de la pareja para la decisión de realizarse la vasectomía sin bisturí y 84% mencionó sin intervención de esta. El principal motivo para realizarse la vasectomía, en 78% fue en apoyo a su pareja, 16% por deseo a no tener hijos y 6% decisión del varón acerca de los métodos anticonceptivos.

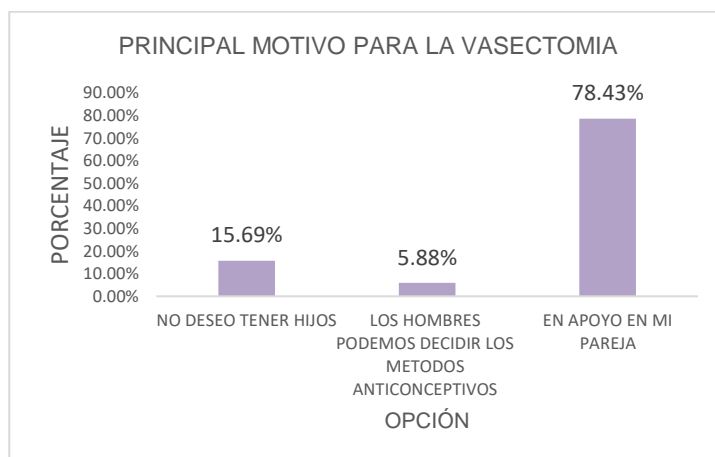
GRAFICA 4. FUNCIONALIDAD DE PAREJA



GRAFICA 5. INTERVENCIÓN DE LA PAREJA



GRAFICA 6. MOTIVO PRINCIPAL DE ELECCIÓN



11. DISCUSIÓN

La edad promedio de 35 años fue similar a lo descrito por Ahued et al. ⁽⁷⁾, para el caso de economías desarrolladas en edades alrededor de los 30 años; edad en la cual la mayoría de los casos tienen un hijo y probablemente los hijos deseados. Más de la mitad de los participantes son casados, lo que recuerda la investigación de Vashnavi y Meneses et al. ^(24,25). Donde mencionan la mayoría de los pacientes que se realizan la vasectomía son casados, lo cual también se relaciona con el número de hijos promedio de 2 similar a lo encontrado por nosotros.

La escolaridad de acuerdo con investigaciones antes analizadas es una variable significativa, ya que tiene una amplia relación con la elección del método. Para nuestro estudio más del 95% de los pacientes poseen un nivel de escolaridad media superior o mayor; concordando con Tilley - Leone et al. ^(22, 23).

La religión de acuerdo las investigaciones revisadas también se relacionan significativamente con la decisión de realizar o no el método, en este estudio más del 70% de los pacientes eran religiosos; demostrando que este factor puede determinar la decisión. Se observa dominancia de hombres que tienen estabilidad laboral ya que más del 90% cumple con esta característica, por lo cual, influye positivamente en la decisión.

En Ahued et al. ⁽⁷⁾ se destaca el uso de métodos anticonceptivos, así como la realización de la vasectomía determinada por el número de años juntos y la diferencia de edad de la pareja. Una comunicación asertiva y edades similares podrían llevar a tomar decisiones conjuntas en pro del bienestar familiar. En este estudio, se determinó que la media de años juntos de las parejas es de 8 años y la media de edad de ambos es 35 años, por lo cual estas variables son otro factor importante para la elección del método.

En estudios realizados por el IMSS, Secretaría de salud, así como la de Vidal y Garzón et al. ⁽¹⁵⁾ y Pico et al. ⁽²⁶⁾, describen que factores como la comunicación, apoyo a la pareja, apego y toma de decisión conjunta son variables importantes para realizar la vasectomía. El principal motivo para realizar la vasectomía fue en apoyo a su pareja, seguida de la paternidad satisfecha y en menor grado la autonomía de decisión. La comunicación, el apoyo a la pareja y la protección a la misma, son determinantes para la elección del método.

Nuestra investigación descarta que el hombre haya tomado su decisión apoyándose en la opinión de su pareja (80%).

Más del 80% de los encuestados observaron una funcionalidad de pareja idónea, esto representa una relación fuerte entre la funcionalidad de las parejas y la decisión de los pacientes a realizar la vasectomía.

Los resultados de las pruebas de correlación de Spearman denotan una amplia correlación entre la decisión y el nivel de aceptación de la vasectomía con variables como el apoyo a la pareja, con valor p de (0.000) que es significativa inclusive con una prueba de hipótesis al 99%, esto demuestra que hay una amplia relación en las decisiones que toma el paciente y su pareja. Variables como la edad (0.012*), la escolaridad (0.007**), estado civil (0.023*) y religión (0.035) tienen una alta correlación con el nivel de aceptación de vasectomía y por lo tanto, una amplia importancia al momento de la toma de decisión para este procedimiento quirúrgico. Variables como la ocupación, número de hijos, años como pareja y edad de la pareja, no tienen un coeficiente de correlación significativo estadísticamente al relacionarlas con el motivo principal de realización de la vasectomía.

Las variables que relacionaron con la decisión para la vasectomía, hace énfasis en el nivel de aceptación y funcionalidad de pareja de manera no global pero sí significativa con: la edad (0.002**), el nivel de escolaridad (0.016*), la religión (0.027*) y edad de la pareja (0.044*) con un alto coeficiente de correlación para el hecho de que el hombre junto con su pareja determinaran la decisión hacia el procedimiento, haciendo referencia a una decisión conjunta y de acuerdo con necesidades mutuas. Variables como el estado civil, ocupación, número de hijos y años juntos no mostraron una correlación estadísticamente significativa en este trabajo.

Finalmente, las variables relacionadas con la funcionalidad global de la pareja en base al instrumento, indica una relación directa entre la funcionalidad de pareja y el nivel de aceptación de vasectomía.

Más del 75% de los instrumentos aplicados arrojaron una alta funcionalidad de pareja relacionada con las variables de: escolaridad (0.022*), religión (0.037*) y número de hijos (0.008**) con un alto coeficiente de correlación; contemplando que la funcionalidad en

pareja es significativa al momento de la toma de decisión.

De manera global, las variables más significantes en el tema del nivel de aceptación de la vasectomía y en la decisión para realizarse el procedimiento quirúrgico fueron: la edad del paciente, el estado civil, la escolaridad, la religión, la ocupación y el número de hijos, pero hay que recalcar que todas estas variables están relacionadas con el apoyo que tiene el paciente hacia su pareja, así como la comunicación y la confianza de tomar una decisión en mutuo acuerdo y el beneficio de ambos.

12. CONCLUSIONES

El nivel de aceptación de vasectomía tiene una amplia relación con la funcionalidad de pareja y en las decisiones tomadas de manera conjunta. Sugerimos la aplicación de una consejería en planificación familiar a la pareja, como crucial en la toma de decisión para un método anticonceptivo definitivo. La intervención por parte del médico familiar en ambos integrantes de la pareja puede determinar la elección de métodos definitivos por los varones como la vasectomía, en la medida de promover sus ventajas como segura, de bajo costo, mínimamente invasiva y con riesgo de complicaciones relativamente bajo, que además impacta en la disminución del riesgo global de la maternidad.

13. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

NIVEL DE ACEPTACIÓN DE VASECTOMÍA Y FUNCIONALIDAD DE PAREJA EN HOMBRES DE LA UMF 4 DEL IMSS

ACTIVIDAD	AÑO																																				
	2020												2021						2022																		
	Mes																																				
	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D			
Planeación del proyecto	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓																												
Marco Teórico						✓	✓	✓	✓	✓	✓																										
Material y métodos											✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓																				
Presentación al comité de ética e investigación																	✓	✓																			
Registro y autorización																		✓	✓	✓																	
Ajustes al protocolo y aprobación del SIRELCIS																						✓															
Prueba Piloto																						✓	✓														
Evaluación de pacientes																							✓														
Recolección de datos																							✓	✓													
Análisis estadístico																								✓	✓												
Descripción de resultados																									✓	✓											
Discusión																											✓										
Conclusiones																											✓										
Integración revisión final																											✓										
Reporte final																											✓										
Autorizaciones																											✓										
Impresión del trabajo final																											✓										

X Actividades por realizar

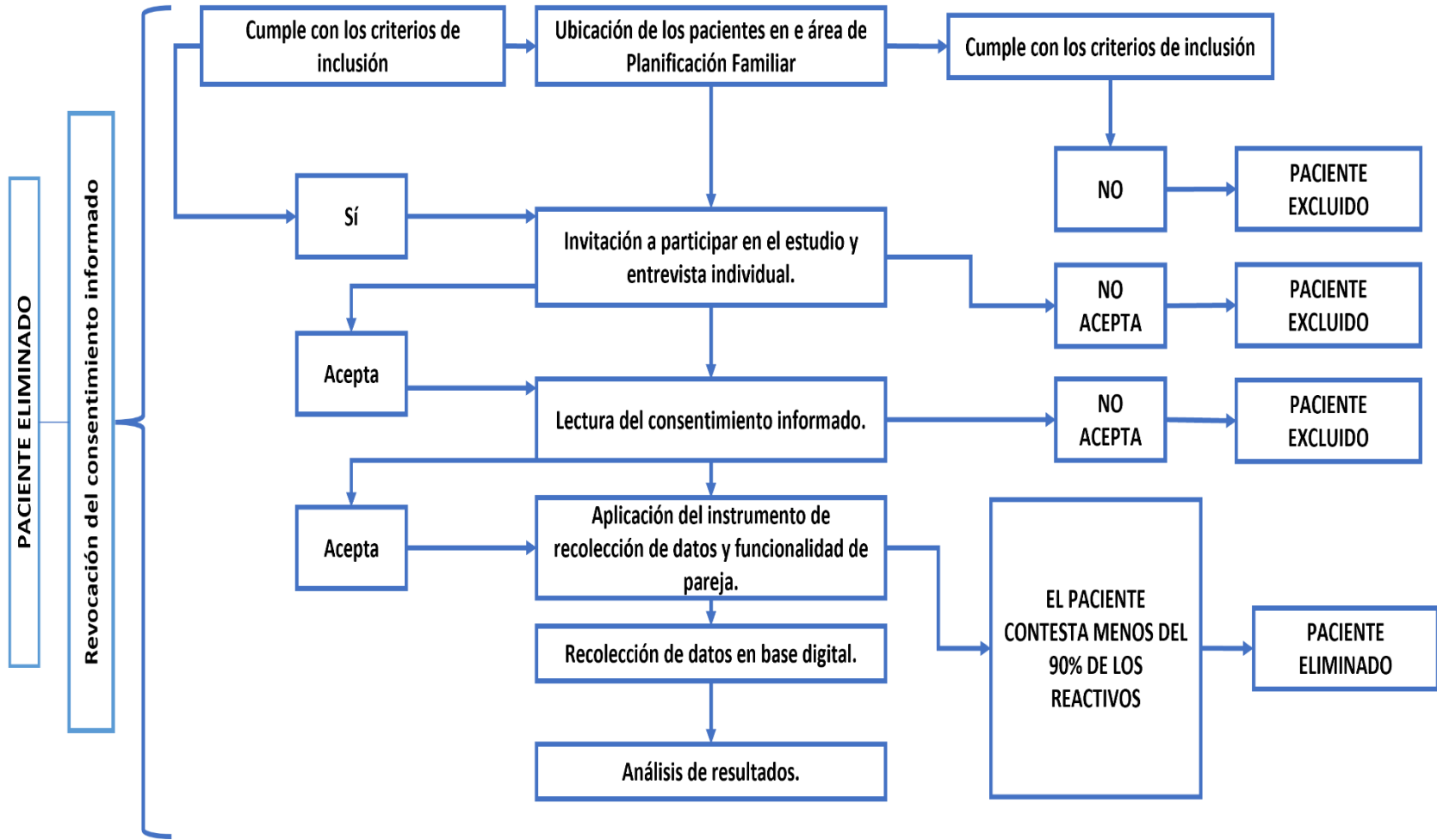
✓ Actividades realizadas

14. BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. Family planning/contraception methods. [Online].; 2020 [cited 2021 junio 10. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>.
2. Eisenberg M, Lipshultz L. Estimating the number of vasectomies performed annually in the United States: data from the National Survey of Family Growth. *Journal of Urology*. 2010 noviembre; 184(5).
3. Anderson J, Jamieson D, Warner L, Kissin D, Nangia A, Macaluso M. Contraceptive sterilization among married adults: national data on who chooses vasectomy and tubal sterilization. *Contraception*. 2012 junio; 85(6).
4. Sneyd M, Cox B, Paul C, Skegg D. High prevalence of vasectomy in New Zealand. *Contraception*. 2001 septiembre; 64(3).
5. Rojas O. Los hombres mexicanos y el uso de anticoncepción. *Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*. 2014;(77).
6. García J, Solano L. Aceptación y rechazo de vasectomía en hombres del medio rural. *Revista Médica del IMSS*. 2005; 43(3).
7. Ahued A. Secretaría de Salud. [Online].; 2017 [cited 2021 mayo 10. Available from: <https://www.gob.mx/salud>.
8. DOF. Programa Nacional de Planificación Familiar; 1991.
9. CONAPO. Consejo Nacional de Población. [Online].; 1997 - 2006 [cited 2021 junio 15. Available from: <https://www.gob.mx/conapo>.
10. Muñoz M, López A, Velasco S. Conocimientos, actitudes y creencias entorno a la elección de la vasectomía en Ecatepec - México. *Revista Científica Ciencia Médica*. 2017;; p. 33-39.
11. Ohn S. Attitudes towards vasectomy and its acceptance as a method of contraception among clinical-year medical students in a Malaysian private. *Singapur Medical Journal*. 2019; 60(2).
12. Hernández R, Marván M. La vasectomía desde una perspectiva psicosocial. *Perinatología y Reproducción Humana*. 2015; 29(1).
13. IMSS. Serie histórica de aceptantes de métodos anticonceptivos. [Online].; 2020 [cited 2021 junio 12. Available from: <http://www2.imss.gob.mx/node/432/revisions/8874/view>.
14. Secretaria de Salud. Introducción a los métodos anticonceptivos: Información General. 2002.

15. Vidal A, Garzón K. Factores que influyen en la aceptabilidad del uso de la vasectomía como estrategia para la disminución de embarazos no deseados por parte de miembros de las fuerzas militares de Colombia. 2013.
16. Subsecretaría de Prevención y Promoción de Salud. Programa de Acción Específico 2007 - 2012 Planificación Familiar y Anticoncepción. 2007.
17. Chávez E. Vasectomía sin Bisturí. Revista Médica IMSS. 2004.
18. CENETEC. Manejo de anticonceptivos temporales hormonales en mujeres en edad reproductiva en el primer y segundo nivel de atención. Ciudad de México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud; 2014.
19. Aspilcueta D. Role of men in contraception, as users and partners. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2013; 30(3).
20. Bhuyan K. Role of No Scalpel Vasectomy in Male Sterilization. Indian J Surg. 2012.
21. Auyeung A, Almejally F, Alsaggar F, Doyle F. Incidence of post-vasectomy pain: Systematic review and meta- analysis. Int J Environ Res Public Health. 2020 marzo; 17(5).
22. Tilley B. Effectivity of Non-scalpel Vasectomy. Medicine and Surgery. 2015; 1(414).
23. Leone C, Musacchio O, Provenzano B. Anticoncepción quirúrgica: un derecho de todas las personas. OPS - OMS. 2017.
24. Vashnavi C, Gupta A, Kaur M. Surgical Experience of No-scalpel Vasectomy: an Underutilized procedure. Journal Contemporary Surgery. 2020.
25. Meneses A, Cristancho S. Factores que inciden en la aceptabilidad de la vasectomía. Revista Colombiana de Enfermería. 2019; 18(2).
26. Pico J. Barreras para la vasectomía como método de planificación familiar en los varones de 18 a 55 años de edad de las cooperativas de taxis del cantón tena. 2015.
27. Chávez V, Velazco R. Disfunciones familiares del subsistema conyugal: criterios para su evaluación. Revista Médica del IMSS. 1994 enero; 32(1).
28. Programa Sectorial de Salud. Planificación Familiar y Anticoncepción. 2013- 2018.
29. Código Nuremberg. 1947..
30. Informe Belmont. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research; 1978.
31. ONU - CIOMS. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. Council for International Organizations of Medical Sciences; 2017.

32. García A. Solo 7 de cada 10 mexicanas son o fueron usuarias de métodos anticonceptivos. El economista. 2019.



ANEXO 2. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



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

ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCENTRALIZADA SUR DE LA CIUDAD
DE MÉXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN AUXILIAR MEDICA DE EDUCACIÓN EN SALUD UMF NO. 4

Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)

Nombre del estudio:	"Nivel de aceptación de vasectomía y funcionalidad de pareja en hombres de la UMF no. 4 del IMSS"
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	UMF No. 4 "Niños Héroes", Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, 01 de enero del año 2022.
Número de registro institucional:	Pendiente
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar los factores que influyen el incremento en la aceptabilidad del uso de vasectomía sin bisturí de la UMF 4 del IMSS
Procedimientos:	Después de aceptar participar, me aplicarán un cuestionario, que contiene datos personales y preguntas acerca de mi relación de pareja, y si esta influyo en mi decisión de efectuarme la vasectomía. Este procedimiento se realizará en el consultorio de planificación familiar en total privacidad manteniendo la confidencialidad.
Posibles riesgos y molestias:	El cuestionario que se me realizará contiene preguntas de índole confidencial acerca de la relación con mi pareja por lo que pudieran causarme alguna incomodidad, el tiempo aproximado será de 20 minutos.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	El presente estudio me brindará información sobre aspectos de mi relación de pareja y su probable influencia en las decisiones de salud reproductiva. En caso de encontrarse alguna alteración en la función de pareja, recibiré asesoría por el investigador con la finalidad de tomar acciones para mejorarla o resolverla.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El investigador responsable me explicara como se encuentran los diferentes aspectos de mi relación de pareja, derivado del cuestionario y su posible influencia acerca de la decisión de haberme realizado la vasectomía. Los resultados se podrán consultar a través del documento de tesis finalizado.
Participación o retiro:	Estaré en pleno derecho de participar o retirarme del estudio en el momento que yo deseé, sin que tenga repercusión alguna en mi atención médica.
Privacidad y confidencialidad:	La información que se obtenga de este estudio será de manejo confidencial por el investigador y para uso exclusivo de la investigación

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

- Acepto que mi familiar o representante participe en el estudio
- Acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra solo para el estudio
- Acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable: Irina del Rosario López Gámez. Adscripción: Unidad de Medicina Familiar 4, Doctores, CDMX. Matricula 99378577, Residente R3 de medicina familiar. Teléfono 5520629327.correo electrónico: irilope@gmail.com

Colaboradores: Paloma Gabriela Martínez Valle. Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No 4, "Niños Héroes". Matricula: 11 472189, Cargo institucional: Medico no familiar. Tel: 5579048583. Correo electrónico paloma102@hotmail.com .
Nydia Rocío Romero López. Adscripción: Unidad de medicina familiar No.1, Roma Norte, CDMX. Matricula: 9937 7371, Tel: 5511026470. Cargo Institucional: Medico Familiar. Correo electrónico: nydia.romero@imss.gob.mx
Juana Marlen Ruiz Batalla Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 1, Roma Norte CDMX. Matricula: 99377373. Cargo Institucional: Medico Familiar, Teléfono: 5511026470 Correo electrónico: juana.ruizb@imss.gob.mx

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: "Comisión de Ética de Investigación del IMSS": Hospital General Regional No.1 "Dr. Carlos MacGregor Sánchez Navarro", Calle Gabriel Mancera 222, Colonia del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, CP 3100
Teléfono (55) 50 87 58 71, correo electrónico: conbioeticahqr@gmail.com.

Nombre y firma del participante

Irina del Rosario López Gámez
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

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

CLAVE: 2810-003-002

ANEXO 3. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
 DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO
 FEDERAL JEFATURA DE PRESTACIONES
 MÉDICAS UNIDAD DE MEDICINA
 FAMILIAR No. 4

COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

“NIVEL DE ACEPTACIÓN DE VASECTOMÍA Y FUNCIONALIDAD DE PAREJA EN HOMBRES DE LA UMF No 4 DEL IMSS”

Autores: *Irina del Rosario López Gámez / **Martínez Valle Paloma Gabriela / *** Ruiz Batalla Juana Marlen/ ****Romero López Nydia Rocío

*Alumna del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS.UMF No. 1 /

Ginecobstetricia UMF N°4 / *CCEIS UMF No. 1 / ****Profesor Titular UMF N°1

Fecha: _____ /

Datos generales

Iniciales: _____
 Edad: _____ años
 Estado civil: () Casado () Soltero () Divorciado () Viudo () Unión Libre
 Escolaridad: () Ninguna. () Sabe leer y escribir. () Prescolar. () Primaria () Secundaria ()
 Bachillerato () Licenciatura. () Posgrado
 Religión: () Católico. () Cristiano Otro: _____
 Ocupación actual: _____ Número de hijos vivos: _____ Años de unión: _____ Edad de pareja: _____

-Preguntas breves

1. ¿Su pareja intervino en su decisión de realizarse la vasectomía? Si () No ()
2. ¿Cuál fue el principal motivo para realizarse la vasectomía?
 - a. No deseo tener hijos
 - b. Los hombres podemos decidir los métodos anticonceptivos
 - c. En apoyo a mi pareja

Funcionalidad de la pareja (22)

Funciones	Nunca	Ocasional	Siempre
1. Comunicación			
a. Se comunica directamente con su pareja	0	5	10
b. La pareja expresa claramente los mensajes que intercambia	0	5	10
c. Existe congruencia entre la comunicación verbal y la analógica	0	5	10
2. Adjudicación y asunción de roles			
a. La pareja cumple los roles que mutuamente se adjudican	0	2.5	5
b. Son satisfactorios los roles que asume la pareja	0	2.5	5
c. Se propicia el intercambio de roles entre la pareja	0	2.5	5
3. Satisfacción Sexual			
a. Es satisfactoria la frecuencia de las relaciones sexuales	0	5	10
b. Es satisfactoria la calidad de la actividad sexual.	0	5	10
4. Afecto			
a. Existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja	0	2.5	5

Elaboró: Irina del Rosario López