

112404

16



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

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE SALUD COMUNITARIA
DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA

CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA

"FACTORES QUE INFLUYEN EN LA NO ACEPTACIÓN DE LA VASECTOMÍA
COMO METODO DEFINITIVO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN
POBLACIÓN RURAL DE LA REGIÓN II DE TLAXIACO OAXACA"

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA

PRESENTA: DR. AGUSTÍN ALDO PEÑA GÓMEZ

ASESORA:
DRA. EVANGELINA GONZÁLEZ FIGUEROA

COASESOR:
DR. MIGUEL ANGEL ALTÚZAR FIGUEROA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

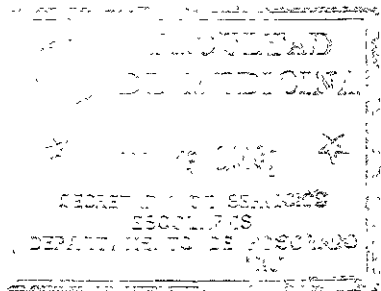
Vo. Bo.

Evangelina González Figueroa

Dra. Evangelina González Figueroa
Profesor Adjunto del Curso de Epidemiología

Jorge Escobedo de la Peña

Dr. Jorge Escobedo de la Peña
Profesor Titular del Curso de Especialización en Epidemiología
Instituto Mexicano del Seguro Social



AGRADECIMIENTOS

A mi esposa

Delfina
Por su valioso apoyo

A mis hijos

Aldo Ulises
Berta Flor
Dulce Rubí
Por su comprensión

A mi madre

Bertha
Por sus palabras de aliento

A mis Honorables Profesores
Por su paciencia y enseñanzas

INDICE

	Págs.
Resumen	
Introducción	6
I. Antecedentes	7
II. Justificación	14
III. Planteamiento del problema	15
IV. Hipótesis	15
V. Objetivo	16
VI. Material y métodos	17
VII. Definición de variables	17
VIII. Operacionalización	18
IX. Plan de análisis	21
X. Resultados	22
XI. Discusión	30
XII. Conclusiones	33
XIII. Bibliografía	35
XIV. Anexo 1	38

Factores que influyen en la no aceptación de la vasectomía como método definitivo de planificación familiar en población rural de la Región II de Tlaxiaco. Oaxaca. Peña Gómez Agustín Aldo, González Figueroa Evangelina, Altúzar Figueroa Miguel Angel. Coordinación de Salud Comunitaria. IMSS.

Objetivo: Determinar la prevalencia y conocer los factores, socioculturales, demográficos, económicos y biológicos que influyen en la no aceptación de la vasectomía en población rural.

Material y método. Se realizó un estudio del 1º de marzo al 30 de junio de 1999 de tipo transversal en población solidariohabitante del Programa IMSS-Solidaridad de la región II de Tlaxiaco, Oaxaca. Se incluyeron a varones de 25 a 49 años de edad, elegidos aleatoriamente del censo con que cuentan 53 Unidades Médicas Rurales (UMR) elegidas para el presente estudio. A los sujetos se les citó en la UMR, o se acudió a su domicilio para aplicarles un cuestionario semiestructurado.

Resultados. Se entrevistaron 700 varones de una población de 9 240. La prevalencia general de no aceptación de la vasectomía fue del 80% (IC_{95%}; 77-83%). No hubo diferencia en el promedio de hijos (4±2 hijos). La mediana de edad fue 35 años, según la escolaridad la mediana fue de 6 años de estudio para ambos grupos. Para los mixtecos la prevalencia de no aceptación fue del 79% (IC_{95%}, 56-63%). Para Triquis fue del 84% (IC_{95%}, 68-94%). Los factores de riesgo más fuertemente asociados a la no aceptación de la vasectomía fueron, la no accesibilidad a los servicios médicos, con cuatro veces más riesgo (RM=4.1, IC_{95%}; 1.0-17.4; X_{MH}=4.3; p=0.04). El no conocer la técnica de la vasectomía, tres veces mayor (RM=3.4; IC_{95%} 2.3-5.1; X_{MH}=37.2, p<0.0001). Los campesinos tuvieron un exceso de riesgo del 76% (RM 1.76; IC_{95%} 1.0-3.1; X_{MH}= 4.2; p=0.04). Si los familiares no estaban de acuerdo, un riesgo dos veces mayor (RM=2.46; IC_{95%} 1.5-4.1; X_{MH}=14.2; p< 0.0001). El pensar que el tener muchos hijos ayudaba a conservar la tierra, dos veces mayor riesgo en comparación de los aceptantes RM=2.06; IC_{95%} 1.16-3.69; X_{MH}=6.95; p<0.008). No se encontró asociación con los factores biológicos. Se utilizó un modelo multivariado de regresión logística no condicional, buscándose aquellas variables que tuvieron una contribución en la explicación de las causas que motivaron la no aceptación de la vasectomía y las que mejor explicaron dicha relación fueron, si sabía que era la vasectomía, el menor nivel económico, si el tener muchos hijos ayudaba a conservar la tierra, la no accesibilidad a los servicios de salud, el ser campesino, la edad y si la familia no estaba de acuerdo con que se realizara la vasectomía.

Conclusiones: La importancia de los hallazgos de este estudio, es que mientras no se mejore el conocimiento sobre las poblaciones hacia donde se van a orientar los programas de salud, entre los que se incluye el control natal, muchos de los programas estarían destinados al fracaso. A pesar de que no se pudo entrevistar a la totalidad de la población, y dado el número tan pequeño de aceptantes (142), estos hallazgos solo nos pueden dar un acercamiento de las causas que para esta población no acepte la vasectomía. Se deben de contemplar en los programas de educación los usos y costumbres de las poblaciones sobre todo en las de difícil acceso.

INTRODUCCION

Las técnicas quirúrgicas de esterilización son de introducción relativamente reciente su objetivo fundamental es conseguir la mayor eficacia antiprocreativa sin menoscabo de la capacidad de mantener relaciones sexuales.

Por esterilización anticonceptiva se entiende aquella acción que tiene por objeto propio e inmediato destruir o bloquear, definitiva o temporalmente la facultad generativa de una persona ⁽¹⁾

El efecto esterilizante se consigue o inhibiendo la maduración de las células germinales masculina y femenina (espermatozoides y óvulos), o bien bloqueando sus vías de emisión, es decir los conductos deferentes o las trompas de Falopio. en el hombre y la mujer respectivamente. En uno y otro caso la esterilización puede ser: 1) funcional, lo que generalmente se obtiene con sustancias que alteran la fisiología del aparato reproductor dejando intacta su estructura anatómica, u 2) orgánica, cuando se lesiona esa estructura mediante intervención quirúrgica, con ablación, resección, ligadura, etc. de un órgano, conducto o parte indispensable para la procreación.

En el hombre el método más usado consiste en la sección de los conductos deferentes (vasectomía). Se trata de un procedimiento relativamente sencillo, que puede incluso realizarse ambulatoriamente, presentando escasas complicaciones postoperatorias a cambio de una elevada eficacia antifertilizante, además de su bajo costo, esto debería de ser suficiente para que fuera uno de los principales métodos anticonceptivos definitivos usados, pero los papeles dentro de nuestra cultura y sociedad no permiten hasta nuestros días una buena aceptación al inicio de su implantación como programa de planificación familiar.

Los recursos naturales, los empleos y la economía van en decremento, es importante que los hombres tomen conciencia de la importancia de planear su familia participando en forma activa y que ante la posibilidad de replantear su futuro logren llevar a su familia hacia un mejor nivel de vida.

Las estadísticas sobre la participación de los hombres en la realización de la vasectomía es mayor en las áreas urbanas, mientras que en las áreas rurales es más baja, aunque esto último no se ha documentado en estudios realizados en el país, que exploren la participación de los factores sociales, culturales, demográficos, económicos y biológicos en la decisión de los hombres para realizarse la vasectomía.

I. ANTECEDENTES

Durante la mayor parte de la historia, la raza humana ha crecido muy lentamente. Fue necesario que transcurrieran cientos de miles de años para que el mundo alcanzara una población total de 1.000 millones (lo que ocurrió alrededor de 1800). Pero entonces el crecimiento comenzó a acelerarse a medida que descendían las tasas de mortalidad. Sólo se necesitaron 130 años para alcanzar los 2.000 millones (en 1930 aproximadamente); sólo 30 años para tener 3.000 millones (en 1960); 15 para llegar a los 4.000 millones (1975) y en 1987 se llegó a los 5.000 millones. Se estima que los 6.000 millones se alcanzaron en 1999.

En 1991, la tasa de natalidad del mundo era de 27 nacidos vivos por 1.000 habitantes; la tasa de mortalidad de 9 por 1.000 habitantes y la tasa de aumento natural de 17 por ciento anualmente, lo que arroja un crecimiento anual de más de 93 millones de personas. Al proyectar esta tasa en el futuro se obtiene una población que llega al billón en el año 2300, pero no es probable que esta cifra se alcance en realidad. Mucho antes de llegar a ese nivel, la curva de crecimiento se nivelará como resultado del descenso en la tasa de natalidad, el aumento en la tasa de mortalidad, o una combinación de ambos factores.⁽²⁾

De acuerdo a estimaciones de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) si se llega a alcanzar una tasa de natalidad de 2,0, en el año 2150 habrá una población de 10 800 millones de personas, pero si permanece en 2,6 la población aumentará a 27 000 millones y si desciende hasta 1,6 la población sería para ese mismo año de aproximadamente 3 600 millones de personas.

En 1965 se estimó en México una tasa global de fecundidad de 7,1, siendo esta cifra similar a la detectada en poblaciones en que el uso de anticonceptivos es mínimo o nulo. En 1976 se apreció que entre el 21% y 23% de las mujeres en edad fértil utilizaban algún método anticonceptivo y entre ese año y 1982 se observó un aumento de 79,6% en el uso de anticonceptivos, con un incremento medio anual de 13,27%.

En México la población del país hasta el 5 de noviembre de 1995 era de 92,203 millones es decir, casi diez millones más que al inicio de 1990. Tan solo el incremento de la población en el periodo 1990-1995, equivale al volumen total de la población de países como Hungría o Portugal en Europa, Guatemala y Bolivia en América Latina. Así México duplicó su población en los últimos 28 años, ubicándose en el undécimo lugar mundial por su monto poblacional.⁽³⁾

El cambio más importante en Planificación Familiar en los últimos 16 años (1979-1995) de acuerdo con las encuestas efectuadas (Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 87-92 y la Encuesta Nacional de Planificación Familiar (92-95), se da en el otorgamiento de métodos anticonceptivos modernos en el sector público, el cual experimenta un incremento de 152,0% en la proporción de mujeres que lo usan. Dicho incremento ha sido el principal determinante de la

disminución de la tasa global de fecundidad del cual pasó de 6.6 hijos por mujer en 1970 a 2.9 hijos en 1995, determinando una reducción de más del 50%.

Los métodos anticonceptivos más frecuentemente utilizados hasta el año 1995 por las mujeres destaca el DIU y la OTB con un 25.3% y 47.8% respectivamente y el hombre para el mismo año con preservativos y vasectomía 5% y 1.0% respectivamente.⁽⁴⁾

Los antecedentes sobre el uso de la vasectomía como método definitivo de planificación familiar tienen que ver con la primera observación registrada sobre el efecto de la obstrucción de los conductos deferentes que fue la realizada por Hunter en 1775 en un caso de autopsia en que el conducto deferente estaba obstruido y reemplazado por un cordón fibroso, mientras que el testículo correspondiente era de tamaño y apariencia normales.

Posteriormente, Cooper en 1830 encontró que la obstrucción del conducto deferente en el perro no alteraba la espermatogénesis. En 1899 Ochsner inició la aplicación clínica de la vasectomía sugiriendo su uso para la esterilización de alcohólicos, retrasados mentales y delincuentes.

Sharp en 1909 publicó sus resultados en 280 vasectomías practicadas en jóvenes masturbadores habituales o con malformaciones orgánicas, con el propósito de modificar su comportamiento en los primeros y evitar la procreación en los segundos.

La vasectomía se convirtió en la nueva fuente de la juventud gracias a los esfuerzos del médico vienés Eugene Steinach, quien basándose en experimentos en animales, de calidad científica dudosa, afirmaba que así como la obstrucción del conducto pancreático lleva a la destrucción de las células enzimáticas, la obstrucción del conducto deferente lleva a la destrucción del epitelio germinal y a una hiperplasia reactiva de las células de Leydig con el consiguiente incremento en la producción de testosterona. La primera vasectomía con propósitos de rejuvenecimiento fue practicada por Roberto Lichtenstern en 1918.

El aislamiento y síntesis de la testosterona y los estudios clínicos posteriores pusieron en descrédito esta afirmación y terminaron con estos intentos de rejuvenecimiento mediante la vasectomía.

La primera publicación sobre el empleo de la vasectomía para la regulación voluntaria de la fertilidad en el varón fue la de Poffenberg, en la que se analizan los resultados de 2 007 casos operados entre 1956 y 1961, es decir, éste procedimiento se practica con el propósito ya mencionado desde hace aproximadamente 44 años. Según Ackman y colaboradores, hasta 1979 se habían practicado más de 80 millones de vasectomías.⁽⁵⁾

El empleo de la vasectomía como método definitivo de regulación de la fertilidad se ha incrementado notablemente durante los últimos años particularmente en países como la India, Corea, China, Inglaterra, Alemania, Francia y los Estados Unidos, en tanto que su uso ha sido más limitado en los países africanos y latinoamericanos. En México este procedimiento se empezó a utilizar dentro de los programas de Planificación Familiar del Sector Público a partir de 1974, habiéndose practicado hasta diciembre de 1981 aproximadamente 16 000 vasectomías.⁽⁵⁾

En 1974 en China el Dr. Li Shung-Quiang desarrolla una nueva técnica, la vasectomía sin bisturí que rápidamente alcanza popularidad por su menor índice de complicaciones.⁽⁶⁾

La técnica consiste en sujetar firmemente el conducto con una pinza de anillos en el tercio superior de la línea media del escroto. después se utiliza una pinza de disección de puntas afiladas, se perfora piel y la cubierta del conducto, levantando y sacando el conducto deferente. Las ventajas de la técnica son: menor tiempo trans-operatorio, menor daño de tejidos, de dolor, edema leve y bajo índice de complicaciones. Esto es realizado por un cirujano bien adiestrado y experimentado en un promedio de 10 minutos^(7, 8)

Las complicaciones más frecuentes de la vasectomía que se han documentado en algunos estudios son: equimosis, hematomas, granuloma espermático, infecciones y dolor post-operatorio. La incidencia del hematoma varía del 2% al 29%. La incidencia de granuloma espermático documentada en pacientes que se realizaron vasovasostomía fue de 2% a 30%, las de epididimitis y orquitis fueron 1% al 3.48% siendo los agentes infecciosos staphylococcus albus o enterococos. La recanalización espontánea con falla de la vasectomía y embarazo subsecuente en el primer año es de 0.15% a 0.36% y posterior al año la frecuencia es de 0.04% (1: 2300), otros mencionan hasta el 6%.^(9, 10)

La esterilización no es una manifestación de la condición sino, más que nada la vasectomía revela su posición a otros. Por ejemplo muchas personas que antes de hacerse la vasectomía conocieron personalmente a una persona que ya se la había realizado no tuvieron temor a la estigmatización y fueron más conscientes acerca de la operación comparado con aquellos que no conocían una persona vasectomizada, esto se reforzó cuando la conocían en grupo.⁽¹¹⁾

Existe otra ventaja ya que anteriormente la vasectomía era considerada un método de esterilización definitiva, pero actualmente con las técnicas de microcirugía se puede realizar la vasovasostomosis con 90% a 98% de éxito en la obtención de espermatozoides en la eyaculación y de 50% a 82% en la producción de embarazos de la pareja. Es importante también el énfasis que se le aporte a los programas educacionales acerca de la naturaleza irreversible de la vasectomía porque en la medida en que las personas tengan conocimiento de sus ventajas y sus desventajas se afirmará la aceptación de la vasectomía.⁽¹²⁾

En el año de 1989 se inicia en México la aplicación de la técnica de la vasectomía sin bisturí con una capacitación para médicos familiares en el IMSS que hasta 1996 se habían realizado 76 816 vasectomías.

En muchas culturas prevalece la actitud que la anticoncepción es únicamente responsabilidad de la mujer, porque ella es la que experimenta el embarazo y el parto además de que se encarga del cuidado de los niños. En otros países en particular del África al Sur del Sahara, el valor de un hombre se mide principalmente por su capacidad de engendrar hijos. La infecundidad le resta posición social y respeto. Es posible que un hombre estéril no pueda casarse nuevamente si su primera esposa muere. El gran aprecio que se atribuye a la fecundidad es tal que en algunas zonas los hombres que se someten a la vasectomía no se lo cuentan a nadie, ni siquiera a sus esposas.⁽¹³⁾

El temor a los problemas sexuales tras la vasectomía es común. Los hombres confunden la vasectomía con la castración y creen que la operación les causará impotencia y pérdida de deseo sexual y virilidad. Otro error es de que piensan que los hombres sometidos a la vasectomía no eyaculan. Estas creencias sin fundamento pueden ser corregidas mediante programas educativos e informativos.

Se menciona también que en Indonesia se entrevistaron cerca de 500 mujeres refirieron que no aceptarían que sus esposos se hicieran la vasectomía porque temían que sufrirían daños en su virilidad o se volvieran impotentes.⁽¹³⁾

Cuatro países (Burma, Arabia Saudita, Somalia y España) presentan obstáculos legales en virtud de una prohibición expresa en su código penal que considera la esterilización voluntaria como ilegal.

En el África de habla francesa según legislaciones basadas en el Código Napoleónico francés que prohíbe actos que causen "graves daños corporales" lo que en el pasado ha sido interpretado como prohibición de la esterilización voluntaria. En su código penal de 1982 de Costa de Marfil penalizan con la muerte a las personas que esterilicen a varones sin su consentimiento, juntamente con el homicidio y la castración solo eximen a aquellas intervenciones hechas por profesionales y con el consentimiento del paciente.

En Turquía el consentimiento de la esposa es necesario para que el hombre se realice la vasectomía. El Corán, la principal fuente de derecho para muchos musulmanes, no menciona la esterilización expresamente.⁽¹⁴⁾

También la educación de hombres y mujeres en materia de vasectomía es el primer paso para ganar aceptación de la operación, en general los hombres y mujeres de comunidades rurales conocen menos métodos anticonceptivos que las mujeres urbanas, pero es aún menos probable que conozcan algo de la vasectomía que sobre la esterilización femenina. En Guatemala por ejemplo,

solamente el 20 por ciento de las mujeres rurales habían oído hablar de la vasectomía frente al 51 por ciento de las mujeres urbanas.

En África y el Medio Oriente, la vasectomía es virtualmente desconocida. En la Encuesta Mundial de Fecundidad (EMF) de 1979, en Sudán, por ejemplo, solamente el 3 por ciento de las mujeres encuestadas sabía de la vasectomía, mientras que el 24 por ciento tenía conocimiento de esterilización femenina.⁽¹⁴⁾

Varias estrategias han sido tomadas en los programas nacionales de planificación familiar sobre todo para motivar a los varones, como por ejemplo en Tailandia en donde se han incrementado los servicios, abriendo clínicas los fines de semana a varones que no desean ausentarse de sus trabajos e incluso proporcionándoles servicios de transporte. La Asociación para la Población y Desarrollo Comunitario ha realizado una eficaz labor publicitaria y de comunicación mediante técnicas de comercialización profesional, incluso con un lema aludiendo a la vasectomía "feliz, fácil y favorable", valiéndose del humor para disipar mitos, por ejemplo la frase "mi paloma vuela alto después de la vasectomía", impresa en camisetas.⁽¹⁴⁾

En Filipinas a los varones que se realicen la vasectomía les ofrecen pago de vacaciones y privilegios de crédito, así como a aquellos que ofrecen servicios en su comunidad para promover la realización de la vasectomía.

En otros países como, India, Bangladesh, Sri Lanka, Corea del Sur y China ofrecen remuneración a los sujetos y en Singapur les dan atención médica y facilidades para la obtención de una casa.

En Kenya, Madagascar, Nigeria y Rwanda, los proveedores están iniciando programas encaminados a aumentar la participación de los hombres en la planificación familiar y para ofrecer servicios de vasectomía. La experiencia en Kenya demuestra que, si se prestan servicios, la demanda aumenta.

Existen diversos estudios que se han realizado en otros países sobre el tema, los resultados obtenidos afirman que cuando los programas de planificación familiar toman un papel activo en las necesidades dirigidas a los hombres, por ejemplo haciendo simplificados los servicios, entonces éstos responden mejor para realizarse la vasectomía.

En Honduras se llevó a cabo una investigación en donde muestra que una barrera importante para la aceptación de la vasectomía es la falta de conocimiento sobre el procedimiento mismo y la falta de servicios⁽¹⁵⁾

En Colombia se realizó un proyecto de investigación operativa en donde se ensayaron dos modelos de prestación de servicios de la vasectomía y en donde demostraron que en los lugares en donde solamente se atienden hombres se llevaron a cabo más vasectomías, en promedio mensual mayor que en los lugares en donde se atienden solo mujeres, aproximadamente 12 contra 9. En

las clínicas experimentales se tenía personal especialmente capacitado que permitía al hombre servicios de vasectomías. El promedio de vasectomías realizadas en éstas clínicas fue casi el doble del de las clínicas de control, que están habitualmente para atender a mujeres (10 contra 5). La cantidad de vasectomías que se efectuaron durante el proyecto se incrementó casi un 120 % en las clínicas experimentales y un 59 % en las de control.⁽¹⁶⁾

En Kenia y en Uganda una mujer es rechazada socialmente cuando no tiene hijos o tiene pocos por lo que muchas de las veces es difícil que el varón se realice la vasectomía; en estos países también se han hecho estudios sobre ello y enfatizan que debe haber clínicas especiales de planificación familiar para hombres.⁽¹⁷⁾

En 1984 en Ohio EU refieren asociación de la falta de aceptación de la vasectomía con factores como baja educación, estrato socio-económico bajo, la raza negra era la que menos aceptaba la vasectomía y los que profesaban la religión musulmana.⁽¹⁸⁾

En 1984 en la Universidad de Johns Hopkins en E.U. se realizó un estudio en donde muchos hombres identificaban la fecundidad continua con virilidad y fuerza considerando que la vasectomía deterioraba su funcionamiento sexual por lo cual eran reacios a aceptar la vasectomía.⁽¹⁹⁾

Otro de los problemas que se han presentado con respecto a la aceptación de la vasectomía es que en algunos países no logran que en forma voluntaria la acepten y los gobiernos por sus políticas económicas obligan o les ofrecen incentivos como alimentos o dinero a las mujeres u hombres para que se esterilicen como por ejemplo las vasectomías coercitivas en la India en 1970 En la China moderna desde hace una década y media intentan aplicar la draconiana ley de un niño por familia, en Perú les ofrecen 25 kg. de alimentos a cambio de aceptar la OTB o vasectomía.⁽²⁰⁾

De acuerdo al panorama general de la fecundidad ya mencionado, se ha observado que la participación del varón en México en los Programas de Planificación Familiar es mínima. En esta baja aceptación han influido varios factores, tales como: persistencia de patrones culturales característicos de nuestro pueblo, en los que el hombre considera que la planificación de la familia es responsabilidad casi exclusiva de la mujer; insuficiente información a los usuarios potenciales del método acerca de su naturaleza, ventajas y desventajas, lo que facilita conceptos erróneos como: "La gente piensa que esta es una forma de castración y afecta la potencia sexual. Mi cuñado piensa que esto no es de hombres" Varios estudios concluyen que las personas vasectomizadas ocultan su operación porque temen una reacción social negativa.⁽²¹⁾

Se ha comprobado en estudios mediante cuestionarios el grado de satisfacción de varones vasectomizados a los 5 años de la operación reportando un 95% de ellos sentirse satisfechos por la decisión tomada ⁽²¹⁾

Muchas personas, entre ellos profesionales, piensan que los varones que aceptaron la vasectomía tendrán algún tipo de cáncer testicular o de próstata en el futuro o enfermedades sistémicas como infarto del miocardio, pero estudios realizados en varones que se realizaron la vasectomía desde hace 20 años no han demostrado ninguna asociación específica al respecto. ⁽²²⁻²⁸⁾

En el estado de Oaxaca de 1990 a 1997 se han realizado 274 vasectomías y en la región II de Tlaxiaco se llevan realizadas 86 vasectomías en la misma fecha dentro del Programa IMSS-SOLIDARIDAD. Las cifras son evidentes de que en nuestro país no hay una buena participación de los varones; por ejemplo, la comparación con respecto a la mujer en éste Estado en cuanto a métodos definitivos de planificación familiar es de 137 OTB por una vasectomía y también mayor si lo comparamos con Si Chuan, una ciudad de China que tiene una población de cerca de 100 millones de habitantes, en donde se reporta hasta una participación de 14.4 millones de varones que se han realizado la vasectomía y en donde la relación con respecto a la mujer es a la inversa 5 vasectomías por una OTB. ⁽²⁹⁾

II. JUSTIFICACION

En México no se han hecho estudios sobre los factores asociados que influyen en la no aceptación de la vasectomía, y en específico para la Región II de Tlaxiaco ubicada en la mixteca alta del Estado de Oaxaca.

La población total del Universo de Trabajo que integra la región II de la mixteca alta hasta diciembre de 1998, era de 172,344, con una población adscrita a IMSS solidaridad de las unidades de primer y segundo nivel era de 217,899 habitantes. el área de operación es de 70 municipios pertenecientes a los distritos de: Teposcolula, Nochixtlán, Tlaxiaco, Juxtlahuaca y Putla de Guerrero, con un total de 346 localidades.

La población masculina considerada en edad fértil que es de 25 a 49 años en la región de Tlaxiaco era de 9.240 varones y la proporción con relación a las vasectomías realizadas en esta región es de 5 vasectomías por cada 1 000 varones hasta 1998, lo cual resulta muy bajo en comparación con otras regiones y países

La región cuenta con 56 unidades médicas rurales y un hospital en operación, de primero y segundo nivel de atención respectivamente

En esta región se llevan a cabo actividades de control de la fecundidad en donde tan solo en el año de 1997 ingresaron un total de 6 013 aceptantes de los diferentes métodos: siendo de hormonales orales un número de 986, aceptantes de DIU de 634, de OTB 1 393 y de vasectomías de 33 que sumadas a 53 acumuladas en años anteriores dan un total de 86.

Basándose en estas cifras la participación del varón en las actividades de control de la fecundidad es mínima ya que apenas alcanza el 1% de participación con relación a la mujer y en comparación con métodos quirúrgicos la relación es de 42 OTB por una vasectomía.

El conocer cual es la prevalencia de no aceptación y el peso específico de los factores relacionados con la toma de decisión de la aceptación de la vasectomía, permitirá encaminar los programas de planificación familiar, para que en la decisión de la pareja participe en forma más frecuente el hombre, es importante que los varones participen más en los programas de salud reproductiva y no dejarle toda la responsabilidad en este aspecto a la mujer.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad, las parejas jóvenes y matrimonios consolidados tienen que vivir su sexualidad y salud reproductiva sorteando los cambios históricos heredados y enfrentando el presente a un alto costo y un futuro incierto no muy halagador, debido al incremento de la población, rezago económico, reduciéndose con ello las posibilidades para alcanzar un mejor nivel de vida.

De hecho la esterilización antiprocreativa puede ser vista como objeto final o sólo como medio. Se busca como fin en sí misma en el ámbito de la planificación familiar o de las políticas demográficas, donde no se pretende otra cosa sino evitar más hijos, lo que a su vez puede estar motivado por múltiples razones: económicas, sociales, familiares, personales, eugenésicas, etc. La esterilización antiprocreativa tiene un carácter de medio cuando lo que pretende es prevenir posibles complicaciones peligrosas para la salud, que podrían derivar de un eventual embarazo en una mujer enferma del corazón o que ha sufrido múltiples cesáreas.

En México la mayoría de los hombres considera que la planificación de la familia es responsabilidad casi exclusiva de la mujer, mucho de esta actitud se ha explicado para el medio rural a la baja escolaridad, al machismo, a la religión, al nivel económico, o también a una escasa información sobre los métodos anticonceptivos que el hombre puede utilizar. Aunado también a que muchos identifican la fecundidad continua con virilidad y fuerza, considerando además que la vasectomía deteriora su potencia sexual

En consideración a todo lo anterior surgió la necesidad de conocer en el ámbito rural, el peso que tienen los diversos factores que influyen en la población rural para la no aceptación de la vasectomía como método de planificación familiar, de lo cual deriva la siguiente pregunta:

¿Cuál es la prevalencia de no aceptación de la vasectomía como método de planificación familiar en población rural, en el estado de Oaxaca? y

¿Cuál es el peso específico que tienen los factores socio-culturales, demográficos, económicos y biológicos que influyen en la no aceptación de la vasectomía como método de planificación familiar en población rural, en el estado de Oaxaca?

IV. HIPOTESIS GENERAL

La no aceptación de la vasectomía como método definitivo de planificación familiar en población solidario-habiente está determinada por los factores socioculturales, demográficos, económicos y biológicos

V. OBJETIVO GENERAL

Conocer la prevalencia de no aceptación de la vasectomía, el peso específico de los factores socio-culturales, demográficos económicos y biológicos que determinan la no aceptación de la vasectomía como método definitivo de planificación familiar en población rural solidario-habiente.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Medir la prevalencia de no aceptación de la vasectomía por grupo étnico, religión y escolaridad en la población rural solidario-habiente.
2. Determinar si la mala atención del paciente influye en la no aceptación de la vasectomía.
3. Determinar si el menor grado de conocimiento de la vasectomía influye en la no aceptación de la vasectomía
4. Determinar si el no hablar castellano influye en la no aceptación de la vasectomía
5. Determinar si el pertenecer a alguna etnia influye en la no aceptación de la vasectomía
6. Determinar si la no accesibilidad al servicio influye en la no aceptación de la vasectomía.
7. Determinar si los patrones familiares influyen en la no aceptación de la vasectomía.
8. Determinar si el profesar alguna religión influye en la no aceptación de la vasectomía.
9. Determinar si el antecedente de alguna patología en los hijos, esposa o personales influye en la no aceptación de la vasectomía.
10. Determinar si el nivel económico bajo influye en la no aceptación de la vasectomía
11. Determinar si el menor nivel de escolaridad influye en la no aceptación de la vasectomía.

VI. MATERIAL Y METODOS

Universo de estudio:

Varones solidario-habientes de 25 a 49 años de edad que pertenecieran a la región II de Tlaxiaco, Oaxaca, amparada por el Programa IMSS-Solidaridad

Periodo de estudio:

Del 1º de Marzo al 30 de junio de 1999.

TIPO DE ESTUDIO:

Transversal

CRITERIOS DE SELECCION

CRITERIOS DE INCLUSION:

- 1.- Hombres de 25 a 49 años que aceptaron participar en el estudio.
- 2.- Solidario-habientes habitantes de áreas rurales que pertenecieran a la región II de Tlaxiaco, Oaxaca.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- 1.- Los que no se logró localizar en su domicilio o en su unidad médica

VII. DEFINICION DE VARIABLES

Variable Dependiente:

Aceptación o no del individuo a la realización de la vasectomía aunado a aquellos que ya se la realizaron.

Variables Independientes:

Factores socio-culturales, demográficos, económicos y biológicos

VIII. DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

Aceptación de la vasectomía.

Definición: Cuando el individuo aceptó o no realizarse la vasectomía al inicio de la aplicación del cuestionario y aquellos que ya se la habían realizado.

Operacionalización: Se interrogó sobre el conocimiento que tenía sobre la vasectomía, independientemente de si se la realizó o no, se le interrogó acerca de que si se le apoyara con el transporte se realizaría la vasectomía, se consideró aceptante si dijo sí o si ya tenía la vasectomía y no aceptante cuando lo indicó. Al terminar el interrogatorio se les ofreció la realización de la misma, si aceptó se programó y se envió al Hospital para que le realizaran la vasectomía. Independientemente de la decisión, se continuó aplicando la totalidad del cuestionario. A los individuos que ya se habían hecho la operación se les interrogó para conocer el grado de satisfacción de la misma.

Indicador: 0 - No 1.- Sí

Escala: Nominal

VARIABLES INDEPENDIENTES

Grado de conocimiento de la vasectomía:

Definición: El tipo y calidad de conocimiento de la técnica de la vasectomía, mediante el aprendizaje, la inteligencia o razón natural.

Operacionalización: Se hicieron seis preguntas en la entrevista en donde el individuo refirió la información sobre el conocimiento sobre la vasectomía, así como los medios y las personas que lo orientaron.

Indicador: Tipo de métodos que conoce, que es la vasectomía, complicaciones, el lugar donde se informó, el personal que lo informó.

Escala: Nominales.

Socio-culturales:

Edad:

Definición: Tiempo que una persona ha vivido cronológicamente desde su nacimiento, hasta la fecha de la entrevista.

Operacionalización: los años cumplidos referidos por el individuo

Indicador: La que refirió el individuo, cumplido en años.

Escala: continua, posteriormente recodificada en grupos de edad

Dialecto:

Definición: Lengua predominante del individuo.

Operacionalización: Se le realizaron 4 preguntas en la entrevista, en donde el individuo refirió cual es su lengua predominante, cuál prefería, si le gustaría que los médicos hablaran su lengua,

Indicador: Lengua predominante: castellano, mixteco, triqui, náhuatl, zapoteco.

Escala: Nominales

Religión:

Definición: Creencia que profesa el entrevistado.

Operacionalización: se realizaron tres preguntas del cuestionario en donde refirió la religión a la que pertenece y si les está permitido el uso de algún método de planificación familiar.

Indicador: Católica, Evangelista, Adventista, Mormón, Testigos de Jehová.

Escala: Nominal

Accesibilidad:

Definición: Facilidad para tener acceso a un bien o servicio sin tener que vencer barreras.

Operacionalización: Se le realizó durante la entrevista 8 preguntas al individuo sobre la accesibilidad a los servicios de salud como la distancia, medio de transporte, así como el costo y tiempo para tener acceso al bien o servicio. Posteriormente se construyó un índice dando peso a cada una de las categorías y se consideró en forma nominal.

Indicador: Distancia, medio de transporte, costo y tiempo.

Con Acceso, sin acceso.

Escala: Continuas y nominales.

Biológicos:

Antecedente de alguna patología:

Definición: Padecimiento previo del individuo o de su esposa e hijos que pueda influir en la aceptación de la vasectomía como método de planificación familiar.

Operacionalización: Se le hicieron al individuo 6 preguntas para conocer si alguno de sus hijos tenía alguna enfermedad grave, o que hubiera muerto alguno y si su esposa o él tenían algún padecimiento que influyera en la no aceptación de la vasectomía.

Indicador: 1.- Si 2.- No, tipo de padecimiento.

Escala: Nominal.

Económicos:

Vivienda:

Definición: Lugar o construcción destinada para la habitación humana.

Operacionalización: Se verificó en el momento de la entrevista las características y condiciones de la vivienda en la que habitaba el individuo.

Indicador: Características de piso, agua potable, luz eléctrica, drenaje.

Escala: Nominal

Hacinamiento:

Definición: Aglomeración en un mismo lugar de un número de habitantes que se considera excesivo.

Operacionalización: Se verificó en la entrevista el número de cuartos para dormir entre el total de cuartos. Se aplicaron tres puntos de corte para hacinamiento. No hacinado= menos de 1.5, Semihacinado=1.6 a 3.5 y Hacinado mayor de 3.6.

Indicador: No hacinado
Semihacinado
Hacinado

Escala: Ordinal

Ocupación:

Definición: Actividad que por remuneración se emplea un individuo.

Operacionalización: La que refirió el individuo al momento de la entrevista.

Indicador: Campesino, Jornalero, Obrero, Profesor, Albañil, técnico, Profesionista

Escala: Nominal.

Ingreso:

Definición: Remuneración asignada a un individuo por el desempeño de un cargo o servicio profesional.

Operacionalización: El que refirió el individuo.

Indicador: Ingreso en pesos mensuales

Escala: Intervalo.

Escolaridad:

Definición: Número de años y grado de estudios que un individuo tuvo de aprendizaje en su vida.

Operacionalización: El año y grado máximo de estudios referidos por el individuo al momento de la entrevista.

Indicador: a) 1.- Analfabeta 2.- Sabe leer y escribir 3.- Primaria 4.- Secundaria 5.- Técnico 6 - Bachillerato 7.- Otro b) Total de años estudiados

Escala: Nominal y continua

IX. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Validación de la base de datos, a través de las frecuencias simples, el análisis para describir las variables del estudio, mediante proporciones. En las variables de razón e intervalo se verificó la normalidad de los datos mediante la prueba Shapiro Wilk, en las variables distribuidas normalmente se calcularon medidas de tendencia central y dispersión, para las no normales se tomaron la mediana y los rangos intercuartilares, se midió las diferencias de las medias por medio de U de Mann Whitney. Para las variables como accesibilidad y nivel económico se conformaron los índices, a través de darle peso a los diferentes indicadores, el menor peso fue dado a las categorías consideradas malas y el puntaje más alto a las mejores categorías, posteriormente se conformaron los tres niveles del nivel económico, para el acceso se realizó el mismo procedimiento y se consideraron los dos niveles.

Se realizó también un análisis bivariado en donde se agruparon algunas de las variables debido a la escasa información de algunas categorías. Se calcularon las prevalencias, intervalos de confianza al 95 %, se realizaron las medidas de asociación mediante la prueba de Ji^2_{MH} , razón de momios de prevalencias (RMP), con valor α al 0.05%

Análisis logístico no condicional multivariado que permitió dar peso específico a los indicadores que conformaron las variables de estudio asociadas a la no aceptación de la vasectomía

Estos análisis se realizaron, con los paquetes estadísticos EPI Info (V. 6) y SPSS (V. 8.0 para Windows), Egret (V. 1.00 03) , Stata (V.5).

Descripción general del estudio:

Se seleccionó a la población de estudio de los censos de las Unidades Médicas Rurales UMR's, a varones de 25 a 49 años de edad, mediante muestreo aleatorio simple.

La organización del trabajo de campo se realizó con el apoyo de un médico general y dos enfermeras, se acudió a las UMR's, para la entrevista y aplicación del cuestionario.

Se aplicó el cuestionario a la población seleccionada que se encontraba en la UMR, previamente citada, e incluso acudiendo hasta el domicilio para llevar a cabo la entrevista la cual duraba un tiempo promedio de 25 minutos.

Previo acuerdo institucional, se pidió apoyo para que se diera atención a aquellos pacientes que aceptaron realizarse la vasectomía, se le comunicaba al asesor zonal para que programaran la fecha de cirugía.

X. RESULTADOS

Análisis Univariado

La región II de Tlaxiaco del Estado de Oaxaca, esta constituido por 56 Unidades Médicas Rurales (UMR'S), donde hay un registro de varones de 25 a 49 años de edad de 9,240. De un total calculado para entrevistar, aceptaron participar en el estudio 700 varones (58%), estos pertenecían a 53 UMR's (95%) que se lograron visitar. El número de entrevistas por UMR's osciló entre 2 y 30 individuos. La proporción de UMR's que no tuvieron aceptantes fueron 12 de 53 (23%), solo en 3 (5.7%) era mayor la proporción de aceptantes que no aceptantes. Las causas por las cuales no se logró entrevistar al total de la población fueron. No acudieron a la clínica (80%), no se encontraron en sus domicilios (20%), se excluyeron 5 porque no concluyeron la entrevista (0.7%).

La población incluida se dividió en aquellos que aceptarían o ya tenían la vasectomía como método definitivo y el grupo que no aceptó dicho método.

Las variables se dividieron en socio-culturales, demográficas, económicas y biológicas, cada una de estas estuvo conformada por indicadores. En relación a la distribución de la población según la lengua predominante o materna, la mayor proporción de no aceptación fue en los mixtecos (75%), seguido de los que hablan castellano que fueron el 19%. igual relación porcentual se observa entre los aceptantes.

En cuanto a la religión se observó una mayor frecuencia de no aceptantes entre los católicos 93.4% que comparativamente con los aceptantes, fue casi igual (90.1%).

Según la escolaridad, el 3% de los no aceptantes eran analfabetas, en comparación con el 4% de los aceptantes. Poco más de la mitad en los no aceptantes 53% y 43% en los aceptantes tenían primaria completa. El 17% de los aceptantes en comparación con los no aceptantes (12.5%) tenían secundaria completa (Cuadro 1).

Uno de los factores sociales que fue importante incluir, fue la accesibilidad a los servicios de salud, esto se midió a través de 6 indicadores, a los que se les dio un peso, de forma tal que se le dio el menor peso a la mala categoría. Se consideró no acceso si tenía menos de 9 puntos.

En relación a la distribución de cada uno de los indicadores que conformaron la variable acceso, se muestra en el cuadro 2, de la población no aceptante, el 86% se iba a la unidad médica más cercana a pie, y el 6.3% a pie más otro transporte, con respecto a los que utilizaban algún otro medio de transporte como caballo, autobús o taxi.

El 99% de los no aceptantes y 100% de los aceptantes conocían la unidad médica; el 94.4% de los no aceptantes había solicitado algún servicio médico, y en los aceptantes el 100 %

Un 78% de los no aceptantes hacían menos de 1 hora para llegar a la UMR y más de una hora el 22%, en tanto los aceptantes fue del 84% los que se hacían menos de una hora.

En relación al hospital rural, los que hacían más de una hora para llegar al hospital tuvieron una frecuencia de no aceptación del 45.5 %, en tanto los aceptantes fue del 35%.

En cuanto a si consideraban el servicio médico bueno, el 99% de no aceptantes y el 100 % de aceptantes lo consideraron bueno

Se preguntó además sobre si tenían acceso a los alimentos considerándose que las condiciones de la comunidad permitían la obtención de alimentos adecuadamente, y se observó que el 69.7% de los no aceptantes y 74% de los aceptantes tenían acceso a los alimentos.

La variable accesibilidad se conformó con los anteriores indicadores, y aquellos que tenían menos de 9 puntos se consideró no acceso. Se observó que el 6% de los no aceptantes no tenían accesibilidad, y mientras que en los aceptantes el 1.4%. (Cuadro 2)

Dentro de los factores culturales, se consideró a la lengua predominante en cada región, el 52% utilizaba su lengua natal (indígena), tanto en no aceptantes, como en los aceptantes que fue ligeramente superior (57%). Poco más del 50% le gustaba y se le facilitaba hablar en su lengua natal, en comparación con el castellano

En cuanto a si les gustaría que los médicos hablaran el idioma indígena, la mayoría de los no aceptantes 75.3 % y los aceptantes 84.5%. preferirían que sí (Cuadro 3)

El 52% y el 57% de los aceptantes y los no aceptantes respectivamente, utilizan más su idioma nata para comunicarse.

Como parte del conocimiento, se exploró el grado de conocimiento sobre los métodos de planificación familiar, entre un 85.8% y un 94.4% entre no aceptantes y aceptantes respectivamente, refirieron conocer algún método, sin embargo cuando se exploró si realmente los conocían, el 83.9% entre los no aceptantes, y el 60.6% de los aceptantes realmente los conocían. Se observó que un 86 % conocían uno o más métodos en los no aceptantes, en cambio entre los aceptantes el porcentaje fue del 94.4 %.

El 69.4 % de los no aceptantes refirieron haberse informado en la UMR acerca de los métodos de planificación familiar y el resto en el hospital o en verlo en la televisión, o escucharlo en el radio. A diferencia de los aceptantes que reportaron haberse informado un 80.3 % en la UMR.(Cuadro 4)

Se les preguntó acerca de si sabían que es la vasectomía y el 53 % de los no aceptantes refirió que si sabían, en tanto el 73.2 % de los aceptantes refirió conocerla, debido a la falta de conocimiento del método aún en los aceptantes fue bajo. Para validar el conocimiento del método, se preguntó en que consistía la vasectomía, a quien es dirigida, cuales son sus ventajas y complicaciones.

Cuando se exploró si efectivamente conocían el método, el 52.2 % y 48 % de los no aceptantes y aceptantes respectivamente, se encontró que no tenían conocimiento acerca de la vasectomía.

Con respecto al método de planificación familiar que usan las esposas de los no aceptantes, el 53 % reportó que ninguno y entre los aceptantes el 58 % (esto incluye a los que aún no se habían hecho la vasectomía

Ante la posibilidad de que no aceptaran el método debido a no contar con un servicio exclusivo de planificación familiar para hombres, el 50 % de los no aceptantes refirió que sí les gustaría un servicio exclusivo; en tanto que entre los aceptantes fue del 92 %.

Cuando se les preguntó que si sentían confianza en acudir al servicio de planificación familiar en donde normalmente acuden mujeres, el 71 % de los no

aceptantes refirió que sí a diferencia de que solo el 49 % de aceptantes refirió que sí sentían confianza. (Cuadro 5).

El 84 % de los no aceptantes y el 85 % de los aceptantes refirieron tener hijos varones. Con respecto a si para ellos era mejor tener hijos varones, el 27 % de los no aceptantes refirieron que sí, mientras que fue el 22.5 % entre los aceptantes.

A pesar de referir tener paridad satisfecha, al interrogarles sobre si estaban satisfechos con los hijos que tenían, el 78 % de los no aceptantes y el 85.2 % de los aceptantes refirieron que sí. (Cuadro 6)

Uno de los conceptos que se midió es si el tener muchos hijos ayudaba a conservar la tierra, el 78 % de los no aceptantes refirieron que no y los aceptantes el 92 %. Esto es porque están conscientes de que emigran a la ciudad tarde o temprano, las tierras ya no producen y la mayoría de ellos refirió que ya no hay tierras para darles 37.3 % no aceptantes y 38 % entre los aceptantes

También se consideró la influencia de la familia para la decisión de aceptar la vasectomía. El 68 % de los no aceptantes refirieron que si lo estaban y el 84 % de los aceptantes sus familiares estaban de acuerdo en comparación con los no aceptantes. Esto es importante ya que muchas de las veces la decisión depende del abuelo, de los padres o del patriarca del núcleo familiar antes que del propio varón si desea realizarse la vasectomía. (Cuadro 7).

En cuanto a si la religión permite la planificación familiar, el 81 % de los no aceptantes respondió que sí lo permitían comparado con los aceptantes que fue el 83.8 % (Cuadro 8).

Se tomaron en cuenta también en este estudio los factores biológicos, entre los que se midieron fueron si tenía algún hijo enfermo. el 97.8 % de los no aceptantes refirió que no, y en cuanto a los aceptantes el 94.4 %. El 82.3 % de los no aceptantes refirió el antecedente de no haber tenido el deceso de algún hijo, al igual que los aceptantes, el 81.7 %

En relación a si la esposa del entrevistado estaba enferma y que esto influyera en la decisión de operarse el 96.2 % de los no aceptantes y el 96.5 % de los aceptantes refirieron que su esposa estaba bien. Si el entrevistado tenía alguna enfermedad que influyera en no realizarse la vasectomía, el 95.5 % de los no aceptantes y el 90.8 % de los aceptantes no tuvieron este antecedente. (Cuadro 9).

Con respecto a si el varón deseaba o no más hijos, a pesar de decidirse a hacerse la vasectomía, o en aquellos que ya se la habían realizado, se volvió a preguntar si deseaba o no más hijos. el 74.0 % de los no aceptantes mencionó que no y de los aceptantes lo refirieron el 83.1 %. (Cuadro 10).

Dentro de las características económicas que influyen en la no aceptación de la vasectomía, se encontró que el 93.9 % de los no aceptantes y el 94.4 % tenían casa propia. El 53 % de los no aceptantes tienen su casa con piso de tierra y comparado con un 36.6 % de los aceptantes, en el 44.1 % era de cemento en los no aceptantes y 58.5 % de aceptantes.

En cuanto al agua potable el 41.6 % de los no aceptantes y el 45.8 % de los aceptantes la tenían dentro de su terreno. La disposición adecuada de excretas reporta que el 96 % de los no aceptantes si cuentan con servicios, con respecto a los aceptantes que fue el 99 %.

El 87 % de los no aceptantes refirieron contar con luz eléctrica, en tanto los aceptantes refirieron contar con el servicio en un 90 %. Con respecto a la ocupación el 86 % de los no aceptantes eran campesinos, 4 % profesores y de los aceptantes el 80 % eran campesinos y el 6 % profesores.

Con todos estos indicadores se conformó el índice socio-económico, observándose que el 21.5 % de los no aceptantes son de nivel económico bajo, el 67% de nivel económico medio y el alto de un 12.5 %. En cuanto a los aceptantes el nivel bajo le correspondió el 12 %, al nivel medio el 75 % y al alto el 13 %. (Cuadro 11).

En cuanto al grado de escolaridad se observó que el 3 % de los no aceptantes mencionaron ser analfabetas y los aceptantes el 4.2 %. En los no aceptantes el 53 % tenían primaria completa, en tanto en los aceptantes el 43 %. Los que mencionaron tener licenciatura fueron entre los no aceptantes 4.1 % y los aceptantes el 5.6 %.(Cuadro 12).

En relación a las características del grado de satisfacción de la vasectomía, se puede observar que de los 34 pacientes que se habían ya realizado la vasectomía, el 100 % de ellos estaba satisfecho con su decisión, 4 reportan tener algún problema de salud (12%). El 6 % refiere tener dolor testicular ocasional y el otro 6 % refiere tener inflamación testicular permanente, el 88 % restante refiere estar en buen estado de salud. El 94 % de los pacientes mencionó que su esposa y familiares estuvieron de acuerdo para que se realizara la vasectomía. En cuanto al trato del personal el 35 % lo refirió como excelente, el 59 % como bueno y el 6 % como regular. El 91 % de los aceptantes refirieron que les dieron información sobre el procedimiento, acerca de las ventajas y desventajas de la vasectomía. (Cuadro 13)

Debido a que la edad no presentó una distribución normal la mediana de edad tanto de los no aceptantes como de los aceptantes fue de 35 años, con un rango intercuartilar (RI)=11 y 10 años respectivamente, no hubo diferencia de medianas de estos grupos. Los años de estudio también no presentaron una distribución normal, la mediana de años de estudios en los no aceptantes fue de 6 años, (RI)=0, igual que los aceptantes (6 años RI=3.5), no hubo diferencia entre las medianas de ambos grupos (Cuadro 14)

Análisis de las Prevalencias.

La prevalencia global de no aceptación fue del 80 % (I.C. 95% de 76 – 83). En cuanto a grupo étnico la prevalencia de no aceptación entre los mixtecos fue de 79 % (I.C. 95% de 68 – 94), seguido de los triquis de 84 % (I.C. 95% de 68 – 94) y en los mestizos del 80 % (I.C. 95% de 73 – 87).

En cuanto a la prevalencia de no aceptación con respecto al grupo de aceptantes, en el grupo de edad de más de 25 años fue del 88% (I.C. 95% de 71 - 96) Del grupo de edad de 26 a 30 años fue del 83 % (I.C. 95% de 77 – 88). En el grupo de 31 a 40 años la prevalencia de no aceptación fue de 76 % (I.C. 95% de 70 – 80) Y en el grupo de 41 y más años fue de 82 % (I.C. 95% de 76 – 88).

Con respecto a las prevalencias de no aceptación referentes a la religión, se observa que la prevalencia más alta se reporta en la católica con un 80 % (I.C. 95% de 77 – 83) De 86 % en los pentecostés (I.C. 95% de 42 – 99). Los adventistas tuvieron una prevalencia de no aceptación más baja de 44% (I.C. 95% de 19 – 70 (Cuadro 15).

Análisis Bivariado

Para realizar este análisis de riesgos se reagruparon algunas de las variable, haciéndolas ordinales y nominales.

Con respecto a la edad al comparar con los de 25 años, el grupo de 31 a 49 años de edad tuvieron 2 veces más riesgo de no aceptar la vasectomía con una razón de momios de prevalencias (RMP)=2.06 El grupo de 26 a 30 años presentó un exceso de riesgo del 37 % de no aceptar la vasectomía con relación al grupo de 25 años de edad.

Si conocía o no la técnica de la vasectomía, es decir, cuando no conoce la técnica tiene un riesgo de tres veces mayor de no aceptar la vasectomía. en comparación con aquellos varones que refirieron conocer la técnica reportó una razón de momios de prevalencias (RMP)= 3.4 Intervalo de confianza al 95 % (I.C. 95% de 2.3 - 5.1) con una Ji de Mantel y Haenzel (MH)= 37.25 y una P= 0.0001

Con respecto a si su esposa utilizaba algún método de planificación familiar, se reportó un exceso de riesgo del 22 % de no aceptar la vasectomía (RMP=1.22 (I.C. 95% 0.83 – 1.80), aunque con gran imprecisión.

La ocupación; al comparar a los campesinos hubo casi 2 veces más riesgo de no aceptar la vasectomía en relación con otras ocupaciones (RMP=1.76 I.C.95% de 1.0 - 3.1 Ji MH= 4.2 con una P= 0.04)

Con relación al índice socio-económico, tuvieron dos veces mayor riesgo de no aceptar la vasectomía al nivel medio y bajo en comparación con el nivel alto (RMP= 2.1 (I.C._{95%} de 1.1 - 4.6) y Ji MH=4.1 P= 0.04)

En cuanto a la variable de accesibilidad que se construyó. Aquellos individuos sin accesibilidad al servicio de salud, tuvieron cuatro veces más riesgo de no aceptar la vasectomía, en comparación de aquellos que se consideró tenían acceso a los servicios de salud(RMP=4.1 (I.C._{95%} de 1.0 -17.4) y Ji MH=4.3 con una P= 0.04).

Los que refirieron que deseaban tener más hijos tenían casi 2 veces más de riesgo de no aceptar la vasectomía, en comparación de aquellos que no deseaban tener más hijos. RMP=1.73 (I.C._{95%} 1.05 – 2.87) Ji MH=5.09 y con una P= 0.02 (Cuadro 16a)

Cuando el familiar no estaba de acuerdo, en que se hiciera la vasectomía, tenían un riesgo dos veces mayor de no aceptar, en comparación de aquellos que referían que sus padres, abuelos y demás familiares sí estaban de acuerdo en que se hiciera la vasectomía, (RMP=2.46 (I.C._{95%} 1.5 - 4.1) con una Ji MH=14.2 y una P= 0.0001)

Cuando referían que el tener muchos hijos ayudaba a conservar la tierra o propiedades de la familia, tuvieron dos veces más de riesgo de no aceptar la vasectomía, en comparación con aquellos que refirieron que no es importante (RMP=2.06 ((I.C._{95%} 1.16 – 3.69) con una JiMH=6.95 y una P= 0.008).

En el caso del grupo étnico, se tiene, el ser triqui, en relación a los mestizos, hay un exceso de riesgo de 63 % de no aceptar realizarse la vasectomía (RMP= 1.63 (I.C._{95%} de 0.5 a 5.4) y Ji MH=0.9 y una P= 0.4).

Cuando se les preguntó acerca de si les gustaría que los médicos hablen el dialecto de su localidad, tienen un exceso de riesgo del 79 % más de no aceptar la vasectomía en comparación de los que quieren que el médico conozca el dialecto (RMP=1.79 (I.C._{95%} 1.07 - 3.03) y Ji MH= 5.47 con una P= 0.01)

Se incluyó también la pregunta de si tiene o no hijo varón y los que referían que no, tuvieron un exceso de riesgo del 14 % de no aceptar la vasectomía en relación a los que si refirieron hijos varones, (RMP=1.14 (I.C._{95%} 0.66 – 1.97) y Ji MH=0.24 con una P=0.62).

Una variable interesante fue la de si es mejor el tener hijos varones que mujeres, los que refirieron que sí se encontró un exceso de riesgo del 29 % de no aceptar la vasectomía, (RMP=1.29 (I.C._{95%} 0.66 – 1.97) y Ji MH=0.24 y una P=0.25). (Cuadro 16b)

Análisis Multivariado (Regresión logística no condicional)

Se utilizó un modelo multivariado de regresión logística no condicional, en el cual se buscó aquellas variables que tuvieron una contribución en la explicación de las causas que motivaron la falta de aceptación de la vasectomía como método definitivo de planificación familiar en el área rural. Las variables que mejor explicaron dicha relación, fueron si sabía que era la vasectomía, el nivel socioeconómico, si el tener muchos hijos ayudaba a conservar la tierra, la no accesibilidad a los servicios de salud, el ser campesino, la edad, y si la familia no estaba de acuerdo con qué se realizará la vasectomía.

Si no sabía que era la vasectomía tuvo un exceso de riesgo del 40%, en comparación con los que si conocían, el nivel económico medio un exceso de riesgo del 10% y el bajo del 22%. comparados con el mejor nivel económico Otra variable que contribuyó en el modelo fue si el tener muchos hijos ayudaba a conservar la tierra, en donde se encontró un exceso de riesgo del 10% en comparación con aquellos que no creían esto. El no tener accesibilidad a los servicios de salud, tuvo un exceso de riesgo del 40% de no aceptación de la vasectomía, y el ser campesino un exceso de riesgo del 30%. La edad, de 26 a 30 años y 31 a 40 años se encontró un exceso de riesgo del 20%, al compararlos con los de 25 años. Por último si los familiares no aceptaban tuvo un exceso de riesgo del 32%.

Si bien es cierto la fuerza de asociación para estas variables ya en el modelo multivariado es baja, estas variables fueron las que mejor explicaron, la falta de aceptación de la vasectomía en el área rural estudiada. El estadístico de máxima verosimilitud muestra un modelo estadísticamente significativo ($p=0.003$) (Cuadro 17).

XI. DISCUSION

En la literatura no hay antecedentes de estudios realizados en México, en área rural con respecto a los factores que influyen en la no aceptación de la vasectomía, sobre todo en el estado de Oaxaca, que tiene localidades altamente marginadas y con niveles altos de pobreza extrema, aunado a un amplio mosaico de tradiciones culturales inherentes a cada región.

Se han realizado estudios sobre los efectos de la vasectomía o sobre su relación con el cáncer testicular o de próstata o de enfermedades sistémicas como infarto de miocardio⁽²²⁻²⁹⁾; sin embargo, estos estudios no han sido consistentes. Sin embargo, no se han estudiado factores de riesgo específico para que no se realicen la vasectomía los varones.

Existen estudios como el realizado en Colombia consisten en un estudio de intervención de dos clínicas con atención sólo de varones, aquí se colocaron casetas para dar atención y orientación de planificación familiar solo para varones y otra clínica mixta. Reportan que si hubiera un servicio exclusivo de planificación para hombres habría mayor aceptación para realizarse la vasectomía, pero no mencionan algunos otros factores de importancia que influyan en la aceptación.⁽¹⁵⁾

En Estados Unidos en una ciudad de Ohio, reportan una mayor proporción de no aceptación de la vasectomía, en la raza negra, en los musulmanes, en el nivel socioeconómico bajo y en la baja escolaridad, pero de igual forma que en muchos estudios solo fue un estudio descriptivo, el cual no obtuvo riesgos, comparativamente con el presente estudio que documentó a través de las razones de prevalencias, riesgos para el nivel económico bajo⁽¹⁸⁾

Muchos de los estudios se han enfocado a medir la actitud machista ante su participación en la planificación familiar. Ejemplo de ello es el estudio realizado en la Universidad de Johns Hopkins en donde reportaron el temor de los varones a realizarse la vasectomía por riesgo de sufrir disminución en su capacidad sexual. Como puede observarse, también en los países desarrollados los varones tienen este temor, dada la baja frecuencia de vasectomías realizadas en los diferentes países Latinoamericanos, en comparación con países como Estados Unidos que en tan solo en el año de 1996 se realizaron mas de 500 000 vasectomías.⁽¹⁹⁾

Estudios que incluyan medidas de ocurrencia como lo que se calculo en el presente estudio no se encontraron, de hecho como era de esperarse la prevalencia de no aceptación fue muy alta en esta población.

Ahora bien, los factores que influyen en la no aceptación de la vasectomía en la población rural, se dividieron en factores socioculturales, demográficos, biológicos y económicos, que en la literatura no se documentan, sobre todo en áreas rurales.

Es común que se les obligue a aceptar los métodos de planificación familiar, ejemplo de esto tenemos en el estudio realizado en Perú en donde a los médicos encargados de unidades médicas tienen la consigna, que de no cubrir ciertas metas de aceptantes de planificación familiar cada mes, los despiden de su trabajo. Esto ha motivado que muchos de los programas en países como el nuestro no tengan el impacto que se desearía, debido al gran desconocimiento de los motivos por los cuales no desean ser sometidos a algún método de regulación de la fertilidad.²⁰

En México en el año de 1995 se inició la aplicación de dispositivos intrauterinos en el post-parto en forma obligatoria en los hospitales gubernamentales, pero esta práctica fue rechazada casi de inmediato, actualmente se les coloca siempre y cuando sea bajo el consentimiento de la pareja previa firma de un documento. Es patente la urgencia de algunos gobiernos por controlar la natalidad de alguna manera u otra, porque se observa poca participación a los programas de planificación familiar sobre todo de los varones, de aquí la importancia de conocer estos motivos para encaminar en una mejor forma dichos programas, pero sobre todo cambiar la estrategia de control natal, por una verdadera planificación familiar, en donde el hombre participe en una forma más consciente.

En el presente estudio, al menos los factores biológicos que se estudiaron no influyeron como causantes de la no aceptación de la vasectomía. Se pensaba que el tener algún hijo muerto, o el padecer cualquiera de los cónyuges alguna enfermedad, era una causa para que no participara el varón con un método definitivo.

A diferencia de el peso que tuvo los factores socioculturales, en los que ciertos grupos étnicos como los triquis, fueron quienes tuvieron la mayor prevalencia. O el hecho de que los familiares que no estaban de acuerdo en que se realizara la vasectomía, influyeron para tomar la decisión de no hacerse la vasectomía. La religión no influyó como se esperaba, aunque sí el hecho del concepto de que el tener muchos hijos ayudaba a conservar la tierra, y por tanto dejar en la mujer el control natal.

Muchos pacientes sometidos a esta cirugía ya estando en quirófano, no tienen idea de lo que se les va a realizar. Esto es un ejemplo de que es importante hacer un mayor énfasis en la orientación, atención adecuada al paciente y la capacitación continua del personal de salud que realiza la difusión. De hecho en nuestro estudio se comprobó que los que no conocen la técnica de la vasectomía, ni sus ventajas y desventajas fueron los que menos aceptaron a

realizársela, y que hay pacientes como el arriba referido que aceptan la intervención quirúrgica sin estar conscientes de que es lo que le van a hacer

Otro de los factores que influyen en la no aceptación de la vasectomía es la accesibilidad a los servicios médicos, se documentó que los que menos acceso tenían a las unidades médicas rurales y el hospital, fueron los que menos aceptaban realizarse la vasectomía. En este rubro es importante notar que cuando se les mencionó que se les apoyaría económicamente con el transporte era cuando mayormente aceptaban. ⁽¹⁷⁾

Si bien es cierto que el acceso a los servicios no significa solo en términos de la lejanía o cercanía a los servicios, lo que habría que evaluar es que tanto este servicio esta orientado a la población para brindarles información suficiente para que participen en los programas de planificación familiar.

La fuerza de asociación encontrados para las diferentes variables que se contemplaron en el modelo multivariado, aunque baja, hacen notar la influencia de la edad, las creencias, la falta de educación, de acceso, como necesidades para orientar las acciones de educación y participación de los hombres, en áreas rurales.

Es importante señalar los problemas que tuvo este estudio , sobre todo al no poder conjuntar a toda la población contemplada para entrevistar, haciendo una proporción muy grande de no aceptantes y una proporción demasiado pequeña de aceptantes, esto trajo consigo la gran imprecisión. Otro problema fue el que algunas variables no se pudo validar su consistencia, aunque se capacitó a los que ayudaron a las encuestas, no se midió la concordancia interobservador, que hubiera permitido validar mas las mediciones entre los observadores.

XII. CONCLUSIONES

Es evidente que en localidades rurales pertenecientes a la región II de Tlaxiaco, tiene una alta prevalencia de no aceptación de la vasectomía, que el grupo étnico influye, aunado a variables como el bajo nivel económico y que en la mayoría de las comunidades prevalecen costumbres familiares que por generaciones han sido transmitidas. El loable respeto que se tiene a los abuelos, a los padres son también factores importantes que determinan que su decisión muchas veces dependa de lo que ellos digan.

Otra de las limitaciones que se observaron es que no hay una orientación específica adecuada a los varones sobre la técnica de la vasectomía, acerca de sus ventajas y probables complicaciones, debido a que el personal de salud que labora en las unidades médicas rurales, no tienen los conocimientos, ni la capacitación para poder orientarlos y motivarlos. Obviamente en estas localidades no tienen los medios de comunicación que se tienen en las ciudades, por lo tanto también es una limitante muy importante, ya que hay localidades de alta marginación a las cuales se tiene difícil acceso, independientemente de la cercanía. En este estudio se corroboró que la falta de acceso influye para la no aceptación de la vasectomía por parte de los varones. Tal vez como estrategia sería el de utilizar quirófanos móviles que acudan hasta las comunidades, previa difusión del personal de salud, o también el apoyo económico para trasladarse hasta el hospital más cercano a su casa, o que sea trasladado en una de las camionetas del hospital.

Es necesario que se realice una capacitación continua al personal de salud sobre orientación sexual, métodos de planificación familiar, y sobre las actitudes que se deben de tomar al momento de entrevistarse con un varón que desea realizarse la vasectomía, ya que muchas de las veces esto es de fundamental importancia debido a que por pena del mismo personal de salud que realiza la entrevista transmite inseguridad y pena en el paciente, con el consecuente rechazo del mismo a realizarse la vasectomía.

Se pudo constatar por medio de este estudio, que los padres de familia desean tener muchos hijos, con la finalidad de que no pierdan sus propiedades, los ayuden en las labores de campo, contribuyan a la economía familiar o que también simplemente tengan quien los cuide cuando sean ancianos, esto también contribuyó a la no aceptación como se comprobó en este estudio, ya que los que refirieron que deseaban tener muchos hijos, fueron los que menos aceptaron realizarse la vasectomía.

En este punto habría que orientar a los padres sobre la importancia de que entre menos hijos se tenga, la economía familiar mejorará.

Es importante que, para que los hombres se sientan con mayor confianza y puedan externar sus inquietudes con libertad, valorar la posibilidad de tener un servicio si no exclusivo de planificación familiar para ellos, al menos contar con una mejor atención a la pareja que propicie su participación mas activa.

La importancia de los hallazgos de este estudio, es que mientras no se mejore el conocimiento sobre las poblaciones hacia donde se van a orientar los programas de salud, entre los que se incluye el control natal, muchos de los programas estarían destinados al fracaso. Es necesario entonces tomar en cuenta todos estos factores para orientar dichos programas, para que en este caso los varones tengan una participación consciente, respetando a su vez su decisión de no aceptar, debido a cuestiones culturales, y no solo por cumplir una meta.

XIII. BIBLIOGRAFIA

- 1.- Esterilización femenina y masculina. Manual de planificación familiar para médicos. FIPPF 1974: 97-117
- 2.- Haupt Arthur, Kane TT. Guía Rápida de Población. Popul Refer Bur Sept 1991: 49-51.
- 3.- Carta demográfica sobre México. Demos. ISSN 0187-7550. 1996: 4-5
- 4.- Carta demográfica sobre México. Demos. ISSN 0187-7550 1997: 37-38.
- 5.- Giner-Velásquez J. Vasectomía parcial bilateral. Gac Méd Méx 1983, 119(6). 255-61
- 6.- Li S, Goldstein M, Zhu J, Huber D. The no-scalpel vasectomy. J Urol 1991; 145. 341-4
- 7.-Cook J, Sankaran B, Wasunna A. E. Cirugía general en el hospital de distrito. Organos genitales masculinos. Cap. 20, pp. 205-9 Ed. OPS 1989.
- 8.- Liu X, Li S Vasal sterilization in China Contraception 1993;48: 255-65
- 9.- Giner-Velásquez J. Planificación familiar y demografía médica. Un enfoque multidisciplinario. Vasectomía parcial bilateral. Edit. Jorge Mtz. Manatou. pp.297-301.
- 10 - Haws JM, Feigin J, Vasectomy counseling. Am Fam Physician1995;52(5): 1395-99.
- 11.- Shrap HC. Vasectomy as a means of preventing procreation in defectives. JAMA. 1989: LIII(23):1897-1902.
- 12.- Owen E, Kapila H. Vasectomy reversal. Med J Aust 1984;140:398-400.
- 13.- Arellano LS, González B JL, Hernández OA, Moreno AO Espinoza PJ. No Scalpel Vasectomy: Review of the first 1,000 Cases in a Family Medicine Unit. Arch Med Res 1997;28(4):517-522.
- 14.- Population Information Program. Vasectomy: New Opportunities. Popul Rep D 1992, D-5:1.

- 15.- Ward V, Bertrand J, Sauzo M, Assesment of barriers to vasectomy in Honduras and implementation of strategies to increase demand for voluntary male surgical contraception 1988. Final report to AVSC.
- 16.- Moreno L, Goldman N. Contraceptive failure rates in developing countries: Evidence from the demographic and health surveys. *Int Fam Plan Perspect* 1991; 17:50-55.
- 17.- William K, Agyei A, Epema JE. Sexual Behavior and contraceptive use among 15-24 year olds in Uganda. *Int Fam Plan Perspect*. 1992; 18:13-15.
- 18.- Huether CA, Howe S, Kelaghan J. Knowledge, attitudes, and practice regarding vasectomy among residents of Hamilton country, Ohio. 1980 *Am J Public Health* 1984; 74:79-82.
- 19 - Johns Hopkins University Popul Rep D. 1984 serie D (4-41)
- 20.- Platz EA, Yeole BB, Cho E, Jussawala DJ, Giovannucci E, Ascherio A. Vasectomy and Prostate Cancer: A Case-Control Study in India. *Int J Epidemiol*. 1997;26(5):933-938
- 21.- Zárata-Treviño A, Canales-Pérez ES. Ginecología Cap. 26 Anticoncepción pp. 495-6.
- 22.- Hackett RE, Waterhouse K. Vasectomy reviewed *Am J Obstet Gynecol*.1975,116(3):438-455.
- 23.- Giovanucci E, Tosteson TD, Speizer FE, Ascheiroi A, Vessey MP, Graham AC. A retrospective cohort study of vasectomy and prostate cancer in US men. *JAMA* 1993,269:878-82.
- 24.- Nienhuis H, Goldacre M, Seagroatt V, Gill L, Vessey M. Incidence of disease after vasectomy: a record linkage retrospective cohort study. *BMJ* 1992;304:743-6.
- 25.- United Kingdom testicular cancer study group. A etiology of testicular: association with congenital abnormalities, age at puberty, infertility, and excercise. *BMJ* 1994;308:1393-9.
- 26.- Perrin BE, Woods JS, Namekata T, Yagi J, Bruce RA, Hofer V Long-term of vasectomy on coronary hearth disease. *Am J Public Health* 1984,74:128-32.
- 27 - John EM, Wittermore AS, Wu AH, Kolonel LN, Hislop G, Howe GR et al Vasectomy and prostate cancer: results from a multiethnic case-control study *J Natl Cancer Inst* 1995;87(9):662-9

- 28.- Rosenberg L, Palmer JR, Zauber AG, Warshauer ME, Strom BL, Harlap S, Shapiro S. The relation of vasectomy to the risk of cancer. *Am J Epidemiol* 1994; 140:431-8.
- 29.- Guang-Hua T, Yu-Hui Z, Yue-Min, Lin L, Kai C, Jian L, Guo-Hui Z. et al. Vasectomy and health: Cardiovascular and others diseases following vasectomy in Sichuan province, People's Republic of China. *Int J Epidemiol* 1989;17(3): 608-17
- 30 - Ahmed N, Barua BB, Rahman M. Huq M. Vasectomy follow up of 500 cases at BAVS Clinic, Tongi Dacca In: Bangladesh Fertil Res Prog (BFRP) Fift Contributors Conference, Bangladesh 1980;81:191-201.

XIV. ANEXO 1

**CUADRO 1.- CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS
"FACTORES QUE INFLUYEN EN LA NO ACEPTACION DE
LA VASECTOMIA, REGION II TLAXIACO, OAXACA"**

VARIABLE	NO ACEPTANTES		ACEPTANTES	
	Número	%	Número	%
Dialecto				
Mixteco	418	74.9	109	76.8
Triqui	32	5.7	5	3.5
Zapoteco	2	0.4	0	0.0
Náhuatl	0	0.0	1	0.7
Castellano	106	19.0	27	19.0
Religión				
Católica	521	93.4	128	90.1
Evangelista	17	3.0	3	2.1
Pentecostés	6	1.1	1	0.7
Adventista	7	1.3	9	6.3
Testigo de Jehová	1	0.2	1	0.7
Ninguna	6	1.1	0	0.0
Escolaridad				
Analfabetas	23	4.1	6	4.2
Sabe leer y escribir	71	12.7	15	10.6
Primaria	352	63.1	75	52.8
Secundaria	77	13.8	32	22.5
Técnico	1	0.2	1	0.7
Bachillerato	11	2.0	6	4.2
Profesional	23	4.1	7	4.9

**CUADRO 2.- DISTRIBUCION DE LA POBLACION
SEGÚN ACCESO A LA UNIDAD MEDICA
"FACTORES QUE INFLUYEN EN LA NO ACEPTACION DE
LA VASECTOMIA, REGION II TLAXIACO, OAXACA"**

VARIABLE	NO ACEPTANTES		ACEPTANTES	
	Número	%	Número	%
Medio que utiliza				
Pie	478	85.7	125	88.0
Caballo	8	1.4	1	0.7
Autobus	31	5.6	4	2.8
Taxi	6	1.1	0	0.0
A pie y otro	35	6.3	12	8.5
Conoce unidad médica				
No	6	1.1	0	0.0
Si	552	98.9	142	100.0
Ha solicitado servicio				
No	31	5.6	0	0.0
Si	527	94.4	142	100.0
Tiempo para llegar a unidad				
> 1 hr	122	21.9	23	16.2
< 1 hr	436	78.1	119	83.8
Tiempo para llegar a hospital				
> 1 hr 1	254	45.5	50	35.2
< 1 hr 2	304	54.5	92	64.8
El servicio es bueno				
Si	553	99.1	142	100
No (mala atención)	5	0.9	0	
Acceso a alimentos				
Si	389	69.7	105	73.9
No	169	30.3	37	26.1
Accesibilidad*				
Si	527	94	140	98.6
No	31	6	2	1.4

* Se conformó con conocer unidad médica cercana, solicitado servicio, tiempo para llegar a la unidad, medio de transporte, tiempo para llegar al hospital, consideraba que había un buen servicio

**CUADRO 3.- FACTORES CULTURALES (LENGUA)
"FACTORES QUE INFLUYEN EN LA NO ACEPTACION DE
LA VASECTOMIA, REGION II TLAXIACO, OAXACA"**

VARIABLE	NO ACEPTANTES		ACEPTANTES	
	Número	%	Número	%
Qué lengua utiliza más				
Lengua indígena	290	52.0	81	57.0
Castellano	268	48.0	61	43.0
Cuál le gusta y facilita				
Lengua indígena	284	50.9	78	54.9
Castellano	274	49.1	64	45.1
Gustaría que los Médicos hablen dialecto				
Sí	420	75.3	120	84.5
No	138	24.7	22	15.5

**CUADRO 4. CONOCIMIENTO SOBRE PLANIFICACION FAM.
"FACTORES QUE INFLUYEN EN LA NO ACEPTACION DE
LA VASECTOMIA, REGION II TLAXIACO, OAXACA"**

VARIABLE	NO ACEPTANTES		ACEPTANTES	
	Número	%	Número	%
Refirieron conocer				
Uno o más métodos	479	85.8	134	94.4
Ninguno	79	14.2	8	5.6
Realmente conocían				
Sí	468	83.9	86	60.6
No	90	16.1	56	39.4
Como se informaron				
UMR	387	69.4	114	80.3
Hospital	22	3.9	4	2.8
Radio	20	3.6	3	2.1
Television	14	2.5	4	2.8
Otro	36	6.5	9	6.3
Ninguno	79	14.2	8	5.6

**CUADRO 5. CONOCIMIENTO SOBRE PLANIF. FAM.
"FACTORES QUE INFLUYEN EN LA NO ACEPTACION DE
LA VASECTOMIA, REGION II TLAXIACO, OAXACA"**

VARIABLE	NO ACEPTANTES		ACEPTANTES	
	Número	%	Número	%
Sabe que es la vasectomía				
Si	296	53.0	104	73.2
No	262	47.0	38	26.8
Grado de conocimiento				
Nulo	291	52.2	48	33.8
Mediano	177	31.7	38	26.8
Regular	78	14.0	30	21.1
Bueno	12	2.2	17	12.0
Preciso	0	0.0	9	6.3
Utiliza su esposa método de P.F.				
Sí	263	47.1	60	42.3
No	295	0.5	82	57.7
Cuál método utiliza su esposa				
Ninguno	295	52.9	82	57.7
DIU	216	38.7	51	35.9
Pastillas	9	1.6	3	2.1
Inyecciones	6	1.1	2	2.0
OTB	16	2.9	4	4.0
Ritmo	16	2.9	0	0.0
Servicio exclusivo de Planif. Fam. para hombres				
Sí	277	49.6	130	91.5
No	281	50.4	12	8.5
Siente confianza en acudir a Planif. Fam. con mujeres				
Sí	394	70.6	69	48.6
Le es igual	164	29.4	73	48.6
No	164	29.4	73	51.4
Un servicio para cada uno	15	2.7	12	8.5
Le da pena	379	67.9	57	40.1

**CUADRO 6. FACTORES CULTURALES
QUE INFLUYEN EN LA NO ACEPTACION
DE LA VASECTOMIA. REGION II TLAXIACO. OAXACA**

VARIABLE	NO ACEPTANTES		ACEPTANTES	
	Número	%	Número	%
Tiene hijo varon				
Sí	466	83.5	121	85.2
No	92	16.5	21	14.8
Es mejor varon que mujer				
Sí	152	27.2	32	22.5
No	406	72.8	110	77.5
Satisfecho con hijos que tiene				
Sí	437	78.3	121	85.2
Son muchos	15	2.7	1	0.7
Son suficientes	300	53.8	90	63.4
Economía difícil	107	19.2	28	19.7
Viven mejor	5	0.9	1	0.7
Los que quería tener	10	1.8	1	0.7
No	121	21.7	21	14.8
Quiero más	88	15.8	15	10.6
Son pocos	26	4.7	6	4.2
Conservo la tierra	3	0.5	0	0.0
Puedo mantenerlos	4	0.7	0	0.0

**CUADRO 7. CARACTERISTICAS CULTURALES
FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ACEPTACION
DE LA VASECTOMIA. REGION II TLAXIACO. OAXACA**

VARIABLE	NO ACEPTANTES		ACEPTANTES	
	Número	%	Número	%
Muchos hijos conserva la tierra				
Sí	122	21.9	12	8.5
La herencia	70	12.5	10	7.0
No daría mi tierra a otra gente	31	5.6	0	0.0
No perdería mi tierras	21	3.8	2	1.4
No	436	78.1	130	91.5
Emigran a ciudad	60	10.8	27	19.0
Tierra no produce	150	26.9	47	33.1
No hay tierra para darles	208	37.3	54	38.0
Dar lo poco que tengo	4	0.7	0	0.0
Tierra es de quien la trabaja	9	1.6	2	1.4
Menos hijos hay más	5	0.9	0	0.0
Familiares están de acuerdo				
Sí	378	67.7	119	83.8
Porqué				
No intervienen	66	11.8	15	10.6
Decisión de pareja	60	10.8	23	16.2
Decisión propia	252	45.2	81	57.0
No	180	32.3	23	16.2
Porqué				
Por costumbre	116	20.8	12	8.5
Me rechazarían	17	3.0	0	0.0
Se enojarían	43	7.7	11	7.7
No les gusta	4	0.7	0	0.0

**CUADRO 8. FACTORES CULTURALES
QUE INFLUYEN EN LA NO ACEPTACION
DE LA VASECTOMIA. REGION II TLAXIACO. OAXACA**

VARIABLE	NO ACEPTANTES		ACEPTANTES	
	Número	%	Número	%
Religión				
Católico	521	93.4	128	90.1
Evangélico	17	3.0	3	2.1
Pentecostés	6	1.1	1	0.7
Adventista	7	1.3	9	6.3
Testigo de Jehová	1	0.2	1	0.7
Ninguna	6	1.1	0	0.0
Permite la planificación				
Sí	394	70.6	115	81.0
Mejor nivel de vida	52	9.3	15	10.6
Más hijos más pobre	90	16.1	25	17.6
PF para vivir mejor	252	45.2	74	52.1
No	164	29.4	27	19.0
Es pecado	123	22.0	14	9.9
Es orden divina	13	2.3	3	2.1
Causan enfermedad	2	0.4	0	0.0
No creyente	2	0.4	0	0.0
No sabe	24	4.3	10	7.0
Lo cree correcto				
Sí	451	80.8	119	83.8
Obediencia a Dios	338	60.6	70	49.3
Castigo de Dios	55	9.9	2	1.4
Tener los hijos que Dios nos da	58	10.4	47	33.1
No	107	19.2	23	16.2
Hay más pobreza con más hijos	2	0.4	4	2.8
Dios ser responsables	76	13.6	14	9.9
Son cosas políticas	5	0.9	0	0.0
No creyente	24	4.3	5	3.5

**CUADRO 9. FACTORES BIOLÓGICOS
QUE INFLUYEN EN LA NO ACEPTACION
DE LA VASECTOMIA. REGION II TLAXIACO, OAXACA**

VARIABLE	NO ACEPTANTES		ACEPTANTES	
	Número	%	Número	%
Tiene hijos enfermos				
Si	12	2.2	8	5.6
Desnutrido	5	0.9	4	2.8
Cáncer	3	0.5	2	1.4
Hemofilia	1	0.2	0	0.0
TBP	1	0.2	0	0.0
Anemia	2	0.4	2	1.4
No	546	97.8	134	94.4
Murió algún hijo				
Si	99	17.7	26	18.3
Accidente	11	2.0	6	4.2
Enfermedad	64	11.5	16	11.3
En el parto	24	4.3	4	2.8
No	459	82.3	116	81.7
Esposa está enferma				
Si	21	3.8	5	3.5
Complicación parto	4	0.7	0	0.0
Alcoholismo	1	0.2	0	0.0
Diabetes	2	0.4	1	0.7
HTA	7	1.3	0	0.0
Dorsopatías	6	1.1	4	2.8
Renal	1	0.2	0	0.0
No	537	96.2	137	96.5
Ud tiene alguna enfermedad				
Si	25	4.5	13	9.2
Alcoholismo	6	1.1	4	2.8
Desnutrición	1	0.2	3	2.1
Cáncer	1	0.2	0	0.0
Gastrointestinal	4	0.7	0	0.0
Avitaminosis	4	0.7	4	2.8
HTA	4	0.7	2	1.4
Diabetes	2	0.4	0	0.0
No	533	95.5	129	90.8

**CUADRO 10. CARACTERISTICAS BIOLÓGICAS.
FACTORES QUE INFLUYEN EN LA NO ACEPTACION
DE LA VASECTOMIA. REGION II TLAXIACO. OAXACA**

VARIABLE	NO ACEPTANTES		ACEPTANTES	
	Número	%	Número	%
Desea más hijos				
Si	145	26.0	24	16.9
Los hijos que Dios nos de	42	7.5	6	4.2
Para que cuiden mis tierras	53	9.5	10	7.0
Es la costumbre	17	3.0	3	2.1
Deseo otro hijo varón	8	1.4	0	0.0
Son pocos	25	4.5	5	3.5
No	413	74.0	118	83.1
Muchos hijos es más gasto	113	20.3	26	18.3
No podriamos mantenerlos	286	51.3	90	63.4
En 2 o 3 años tendremos otro	4	0.7	2	1.4
Temor a complicación del parto	10	1.8	0	0.0

**CUADRO 11. CARACTERISTICAS ECONOMICAS
FACTORES QUE INFLUYEN EN LA NO ACEPTACION
DE LA VASECTOMIA. REGION II TLAXIACO. OAXACA**

VARIABLE	NO ACEPTANTES		ACEPTANTES	
	Número	%	Número	%
La casa donde vive es				
Propia	524	93.9	134	94.4
Rentada	8	1.4	3	2.1
Prestada	26	4.7	5	3.5
El piso es de				
Tierra	297	53.2	52	36.6
Cemento	246	44.1	83	58.5
Madera	8	1.4	4	2.8
Ladrillo	7	1.3	3	2.1
Agua potable				
Dentro vivienda	146	26.2	35	24.6
Dentro terreno	232	41.6	65	45.8
Hidrante público	36	6.5	10	7.0
No dispone	144	25.8	32	22.5
Excretas				
Drenaje	24	4.3	10	7.0
Fosa séptica	35	6.3	17	12.0
Letrina	474	84.9	113	79.6
Ras del suelo	25	4.5	2	1.4
Luz eléctrica				
Sí	488	87.5	128	90.1
No	70	12.5	14	9.9
Ocupación				
Campeño	480	86.0	114	80.3
Peón	4	0.7	1	0.7
Obrero	22	3.9	6	4.2
Profesor	21	3.8	8	5.6
Comerciante	11	2.0	3	2.1
Albañil	16	2.9	7	4.9
Ingeniero	4	0.7	3	2.1
Índice Socioeconómico				
Alto	64	11.5	19	13.4
Medio	374	67.0	106	74.6
Bajo	120	21.5	17	12.0

**CUADRO 12.- GRADO DE ESCOLARIDAD
FACTORES QUE INFLUYEN EN LA NO ACEPTACION
DE LA VASECTOMIA. REGION II TLAXIACO. OAXACA**

VARIABLE	NO ACEPTANTES		ACEPTANTES	
	Número	%	Número	%
ANALFABETAS	17	3.0	6	4.2
PRIM. INCOMP.	117	21.0	33	23.2
PRIM. COMP.	296	53.0	61	43.0
SECUND.INCOMP.	69	12.4	24	16.9
SECUND. COMP.	27	4.8	3	2.1
TECNICO	6	1.1	4	2.8
BACHILLERATO	3	0.5	3	2.1
LICENCIATURA	23	4.1	8	5.6

**CUADRO 13. CARACTERISTICAS DE GRADO DE
SATISFACCION DE LA VASECTOMIA
FACTORES QUE INFLUYEN EN LA NO ACEPTACION DE LA
VASECTOMIA. REGION II. TLAXIACO. OAXACA.**

VARIABLE	SI		NO	
	Número	%	Número	%
Satisfecho por su decisión	34	0	0	0
Algún problema de salud	4	11.8	30	88.2
Especifique				
Dolor testicular	2	5.9		
Inflamación testic permanente	2	5.9		
Buen estado de salud	30	88.2		
Esposa y fam. de acuerdo	32	94.1	2	5.9
Especifique				
De acuerdo	32	94.1		
Rechazo familiar	2	5.9		
Trato del personal				
Excelente	12	35.3		
Bueno	20	58.8		
Regular	2	5.9		
Información	31	91.2	3	8.8

**CUADRO 14. Análisis de las variables continuas
y prueba de la normalidad de las variables
Mediana, rangos intercuartilares**

Variable	Mediana	Rango Intercuartilar	Diferencia de Medianas **
Total de años de estudio*			
No Aceptantes	6 años	0	
Aceptantes	6 años	3.5 años	0.39
Edad			
No Aceptantes	35 años	11	
Aceptantes	35 años	10	0.42
No. de hijos abuelos pat.			
No Aceptantes	5	2	
Aceptantes	4	3	0.26
No. de hijos abuelos mat.			
No Aceptantes	5	4	
Aceptantes	5	3.25	0.8
No. de hijos padres			
No Aceptantes	4	3	
Aceptantes	4	2.25	0.8
Hermanos			
No Aceptantes	4	3	
Aceptantes	4	2.25	0.21

*No se distribuyeron normalmente a través de la Prueba de normalidad Shapiro Wilks

**Valor alfa al 0.05%, mediante la prueba de U-Mann Whitney

**CUADRO 15.- PREVALENCIA DE NO ACEPTACION DE LA VASECTOMIA
SEGÚN ETNIA, EDAD Y RELIGION
POBLACION SOLIDARIOHABIENTE DE TLAXIACO, OAX.**

VARIABLE	PREVALENCIA	Intervalo de Confianza 95%
No aceptación (Global)	80%	77 - 83 %
Grupo étnico		
Mixtecos	79%	56 - 63 %
Triquis	84%	68 - 94 %
Mestizos	80%	73 - 87 %
Edad		
Menos de 26 años	88%	71 - 96 %
26 - 30	83%	77 - 88 %
31 - 40	76%	70 - 80 %
41 y más	82%	76 - 88 %
Religión		
Católica	80%	77 - 83 %
Evangelista	85%	62 - 97 %
Pentecostes	86%	42 - 99 %
Adventista	44%	19 - 70 %
Testigo de Jehová	50%	10 - 98 %

**CUADRO16a. ANALISIS DE RIESGOS
"FACTORES QUE INFLUYEN EN LA NO ACEPTACION DE
LA VASECTOMIA, REGION II TLAXIACO, OAXACA"**

VARIABLE	JIMH	P	RMP	IC 95%
CONOCIMIENTO				
SABE QUE ES LA VASECTOMIA QUE CONOCE SI NO	37.25	0.0001	3.4	2.3 - 5.1
UTILIZA ESPOSA METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR NO SI	1.08	0.3	1.22	0.83 - 1.80
ECONOMICOS				
OCUPACION				
OTRA CAMPESINO	4.2	0.04	1.76	1.1 - 3.1
*INDICE SOCIOECONOMICO				
ALTO MEDIO Y BAJO	4.1	0.04	2.1	1.1 - 4.6
ACCESIBILIDAD				
**ACCESO				
SI NO	4.3	0.04	4.1	1.0 - 17.4
BIOLOGICOS				
DESEA MAS HIJOS				
NO SI	5.09	0.02	1.73	1.05 - 2.87

*Fue conformado con características de la vivienda, hacinamiento, piso, agua potable excretas, luz elect

** Fue conformado con. conocía unidad médica cercana, solicitado servicio, tiempo para llegar al hospital medio de transporte que utiliza, tiempo para llegar a la unidad médica, había buen servicio médico

**CUADRO 16b. ANALISIS DE RIESGOS
"FACTORES QUE INFLUYEN EN LA NO ACEPTACION DE
LA VASECTOMIA, REGION II TLAXIACO, OAXACA"**

VARIABLE	JI MH	P	RMP	IC 95%
CULTURAL				
FAMILIAR NO ESTABA DE ACUERDO				
SI				
NO	14.2	0.0001	2.46	1.5 - 4.1
MUCHOS HIJOS CONSERVA LA TIERRA				
NO				
SI	6.95	0.008	2.06	1.16 - 3.69
DIALECTO				
MESTIZO				
TRIQUI	0.9	0.4	1.63	0.5 - 5.4
GUSTARIA QUE MEDICOS HABLEN DIALECTO				
SI				
NO	5.47	0.01	1.79	1.07 - 3.03
TIENE HIJO VARON				
SI				
NO	0.24	0.62	1.14	0.66 - 1.97
ES MEJOR VARON QUE MUJER				
NO				
SI	1.29	0.25	1.29	0.82 - 2.04

**CUADRO 17. MODELO QUE EXPLICA LA ASOCIACION DE LOS FACTORES
QUE INFLUYEN EN LA NO ACEPTACION DE LA VASECTOMIA
DE LA REGION II DE TLAXIACO. OAXACA**

VARIABLE	Razón de momios	Intervalo de confianza al 95 %	Valor de "p "
Sabe que es la vasectomía	1.4	(1.1 - 1.7)	0.01
Índice del nivel socio-económico medio	1.1	(1.0 - 1.4)	0.7
Índice del nivel socio-económico bajo	1.22	(1.0 - 1.7)	0.2
Muchos hijos conserva la tierra	1.1	(1.0 - 1.4)	0.3
Acceso a los servicios médicos	1.4	(1.0 - 2.0)	0.3
Ocupación	1.3	(1.0 - 1.6)	0.01
Edad de 26 a 30 años	1.2	(1.0 - 1.4)	0.01
Edad de 31 a 49 años	1.2	(1.0 - 1.7)	0.1
Familiares que no aceptan la vasectomía	1.32	(1.2 - 1.6)	0.003

Devianza=590.133. Estimador de máxima verosimilitud (MLE)=8.537, "p" = < 0.003

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA
COORDINACION DE SALUD COMUNITARIA**

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ACEPTACION DE LA VASECTOMIA
COMO METODO DEFINITIVO DE PLANIFICACION FAMILIAR EN
POBLACION RURAL PERTENECIENTES A LA REGION II DE TLAXIACO
OAXACA**

1 - FOLIO

Estamos realizando un estudio, en el que nos gustaría conocer algunos aspectos sobre su persona en relación a la planificación familiar, le recuerdo que los datos que aporte serán confidenciales.

I.- DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre _____

2.- Edad _____

2

Domicilio _____

3.- Localidad _____

3

4.- Aceptó la vasectomía: 1.- No 0.- Sí

4

5.- ¿Qué métodos anticonceptivos conoce?

5

6.- ¿ En caso de ser afirmativo en donde se informó?
1) UMR 2) Hospital 3) Radio 4) Televisión 5) Otro

6

7.- ¿Sabe cuál puede utilizar usted?
1) Sí Especifique _____ 2) No

7

8.- Sabe que es la vasectomía?
1) Sí 2) No

8

9.- ¿Me podría explicar que es?

10.- ¿Usted se realizó ya la vasectomía?

1) Sí 2) No

10

11 - ¿Su esposa utiliza algún método para no tener más hijos?

1) Sí _____ 2) No

11

12.- ¿Cuál?

12

ACEPTACION DE LA VASECTOMIA

13.- ¿Si le apoyaran con el transporte al Hospital, acudiría para hacerse la vasectomía ?
1) Sí 2) No

13

14.- ¿ Le gustaría que en el hospital instalaran un servicio de planificación familiar exclusivamente para hombres ?
1) Si 2) No

14

15.- ¿ Se sentiría en confianza en acudir al servicio de planificación familiar en donde normalmente acuden mujeres ?

15

1) Si 2) No

Especifique _____

(EN ESTA PARTE HAY QUE PROPONERLE LA REALIZACION DE LA VASECTOMIA)

II.- FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS Y CULTURALES

16.- ¿Conoce usted alguna unidad médica que este cercana a su domicilio?

1) Sí 2) No

16

17.- ¿Ha solicitado alguna vez algún servicio?

1) Sí 2) No

17

Cuál(es) _____

18.- ¿Cuánto tiempo le lleva llegar a la clínica u hospital más cercano?

Horas Minutos

18

19.- ¿Cuál es el medio que utiliza para llegar a la clínica u hospital más cercano?

1.- A pie 2.- Caballo 3.- Autobús 4.- Taxi 5.- A pie y otro transporte

19

20.- ¿En este último caso cuánto tiempo tiene que caminar para tomar el autobús que llega al hospital?

Horas Minutos

20

21.- ¿Cuánto es el costo del viaje redondo que utiliza para llegar a la unidad?

Especifique _____

21

22.- ¿El servicio que da la unidad médica es bueno, comparado con el costo y el tiempo que invierte para llegar?

1) Sí 2) No

¿Por qué? Especifique _____

22

23.- ¿Es difícil conseguir alimentos, transporte e insumos básicos en donde vive?

1) Sí 2) No

¿Por qué? Especifique _____

23

DIALECTO

24.- ¿Qué dialecto sabe hablar Usted?

1) Mixteco 2) Tnqui 3) Zapoteco 4) Náhuatl

25.- ¿Qué habla con más frecuencia?

1) Dialecto 2) Español

26.- ¿Cuál le gusta y se le facilita más?

1) Dialecto 2) Español

27.- ¿Le gustaría que los médicos también hablaran dialecto?

1) Sí 2) No

Porqué _____

24

25

26

27

CULTURALES

28.- En promedio cuántos hijos han tenido sus:

- a) Abuelos paternos
- b) Abuelos maternos
- c) Padres
- d) Hermanos

28
a
b
c
d

29.- ¿Sus padres y abuelos conocen(ían) sobre los métodos de planificación familiar?

1) Sí 2) No

¿Porqué? _____

29

30.- ¿Cuántos hijos tiene usted?

30

31.- ¿Tiene hijos varones? 1) Sí 2) No

32.- ¿Es más importante para usted tener hijos varones que mujeres?

1) Sí 2) No

¿Porqué? _____

31

32

33.- ¿Esta satisfecho con el número de hijos que tiene?

1) Sí 2) No

¿Porqué? _____

33

34.- ¿Cree usted que el tener muchos hijos permite conservar la propiedad de la tierra?

1) Sí 2) No

¿Porqué? _____

34

35.- ¿Sus padres o familiares más cercanos estarían de acuerdo en si usted decide no tener más hijos?

1) Sí 2) No

¿Porqué? _____

RELIGION

36.- ¿ A qué religión pertenece?

Especifique _____

37.- ¿ En la religión que profesa esta permitido el uso de algún método de planificación familiar?

1) Sí 2) No

¿Porqué? _____

38.- ¿ Cree usted que esto es correcto?

1) Sí 2) No

¿Porqué? _____

III - BIOLÓGICOS

39.- ¿ De los hijos que tiene alguno(s) de ellos tienen alguna enfermedad grave ?

1) Sí 2) No

Especifique _____

40.- ¿ Tiene algún hijo que haya muerto ? 1) Sí 2) No

41.- ¿ De que murió? _____

42.- ¿ Su esposa tiene alguna enfermedad ?

1) Sí

2) No

Especifique _____

¿Qué tratamiento tiene actualmente? Especifique _____

43.- ¿ Usted tiene alguna enfermedad ?

1) Sí

2) No

Especifique _____

44.- ¿Desea continuar usted teniendo más hijos?

1) Sí

2) No

¿Por qué? _____

IV.- ECONÓMICOS

45.- La casa donde vive es ?

1) Propia 2) Rentada 3) Prestada

46.- ¿ Cuántas personas viven en total en su casa ?

47.- ¿ Cuántos cuartos para dormir tiene su casa ?

48.- ¿ El piso de la casa es de ?

1) Tierra 2) Cemento 3) Madera 4) Ladrillo

49.- ¿ Dispone de agua potable ?

1) Dentro de la vivienda 2) Dentro del terreno 3) Hidrante público 4) No dispone

50.- ¿ Si no dispone de agua entubada, en donde la toma ?

1) Pozo 2) Río 3) Aljibe

51.- ¿ La eliminación de excretas en donde se realiza ?

1) Drenaje 2) Fosa séptica 3) Letrina 4) Ras del suelo

52.- ¿ Cuenta con luz eléctrica ?

1) Sí 2) No

53.- ¿Cuál es su ocupación principal? _____

54.- ¿ Cuánto es lo que gana en promedio al mes ?

Especifique _____

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55.- ¿Hasta que grado estudio?

1.- Analfabeta 2 - Sabe leer y escribir 3.- Primaria

4.- Secundaria 5.- Técnico 6.- Bachillerato 7.- Otro _____

56.- ¿Cuál fue el total de años de estudio? especifique

55

56

GRADO DE SATISFACCION PARA LOS PACIENTES VASECTOMIZADOS

57.- ¿Se siente satisfecho por la decisión de haber aceptado realizarse la vasectomía ?

1) Sí 2) No

Especifique _____

57

58.- ¿Ha tenido algún problema de salud relacionado con el hecho de haberse realizado la vasectomía ?

1) Sí 2) No

Especifique _____

58

59.- ¿Su esposa y familiares más cercanos estuvieron de acuerdo de que Ud. se haya hecho la vasectomía ?

1) Sí 2) No

Especifique _____

59

60.- ¿Cómo fue el trato por parte del personal médico y de enfermería cuando le realizaron la vasectomía ?

1) Excelente 2) Bueno 3) Regular 4) Malo 5) Muy malo

61.- ¿Le informaron sobre las ventajas y las complicaciones de la cirugía?

1) Sí 2) No

Especifique _____

60

61

FECHA DE ENTREVISTA

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DÍA		MES		AÑO	

TIEMPO TOTAL DE LA ENTREVISTA

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------