



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA

Unidad de Medicina Familiar No. 57 La Ceiba
Mérida, Yucatán. México.

**CAUSAS DE NO ACEPTACION DE LA VASECTOMIA EN USUARIOS DE 20 A 50
AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.50
CONKAL DEL IMSS DEL ESTADO DE YUCATÁN**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

M. C. Myrna Soledad Lugo Muñoz.

MERIDA, YUCATÁN, MÉXICO. 2008



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.

**CAUSAS DE NO ACEPTACION DE LA VASECTOMIA EN USUARIOS DE 20 A 50
AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 50
CONKAL DEL IMSS DEL ESTADO DE YUCATÁN**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

M. C. MYRNA SOLEDAD LUGO MUÑOZ.

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

DRA. DEISY TERESA CETZ MUGARTE.
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES
DEL IMSS EN MERIDA YUCATÁN.

DR. JOSE EDUARDO MEDINA LORIA
ASESOR DE METODOLOGÍA DE TESIS
MEDICO FAMILIAR. M. en C. ADESCRITO A LA UMF No. 13 CHUBURNA
MERIDA, YUCATÁN.

DRA. DEISY TERESA CETZ MUGARTE
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES
DEL IMSS EN MERIDA YUCATÁN

DR. ROLANDO DIAZ CASTILLO
COORDINADOR DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN EN SALUD

MERIDA, YUCATÁN, 2008

**CAUSAS DE NO ACEPTACION DE LA VASECTOMIA EN USUARIOS DE 20 A 50
AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.50
CONKAL DEL IMSS DEL ESTADO DE YUCATÁN**

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

PRESENTA:

M. C. MYRNA SOLEDAD LUGO MUÑOZ

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

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

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

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

**“AUNQUE UNA TESIS HUBIERE SERVIDO PARA EXAMEN
PROFESIONAL Y HUBIESE SIDO APROBADA POR EL H.
SINODO SOLO SU AUTOR ES RESPONSABLE DE LAS
DOCTRINAS EN ELLA EMITIDAS”**

AGRADECIMIENTOS.

A DIOS:

POR LA OPORTUNIDAD DE DARMEL TIEMPO PARA REALIZARME
COMO PROFESIONISTA Y PODER BRINDAR UN MEJOR SERVICIO A MI
PACIENTE.

A MI FAMILIA:

MIGUEL, ABRIL Y MICHELLE POR SU TIEMPO, SU PACIENCIA, AMOR Y
DEDICACIÓN DE HABER TERMINADO ESTE NUEVO CICLO EN MI VIDA.

A MI PROFESORA TITULAR, ASESORA, Y MAESTROS:

LOS CUALES ME CONDUJERON Y ESTIMULARON PARA LOGRAR EL
OBJETIVO DE SER MEDICO FAMILIAR

A MI COMPAÑERO:

MARCO, POR LOS SINSABORES Y ALEGRÍAS QUE VIVIMOS JUNTOS
PARA LOGRAR NUESTRA META.

A MI ASESOR:

M. en C. JOSE EDUARDO MEDINA LORIA
POR SU INVALUABLE APOYO EN LA REALIZACION DE ESTA TESIS.

A. H. SÍNODO
CON TODO RESPETO.

ÍNDICE

Marco teórico.....	1
Planteamiento del problema.....	6
Justificación.....	7
Objetivos.....	8
Metodología.....	9
Resultados.....	16
Discusión.....	21
Conclusiones.....	22
Bibliografía.....	24
Anexos.....	26

MARCO TEORICO

La vasectomía es la cirugía para “ligar los conductos” (conductos deferentes) de un hombre para producir esterilidad permanente, evitando la emigración de los espermatozoides de los testículos. La vasectomía es un método anticonceptivo permanente para el hombre que consiste en la oclusión quirúrgica bilateral de los conductos deferentes. Su efectividad brinda una protección anticonceptiva mayor al 99 por ciento. Su mecanismo de acción es un procedimiento que impide el paso de los espermatozoides. La vasectomía es un método definitivo, entendiendo esto como la imposibilidad de procrear más hijos. Aun siendo un método definitivo, en contadas ocasiones se frustra porque los extremos de los conductos que se cortan llegan a recanalizarse. Es una operación sencilla, rápida que ocasiona mínimas molestias, no necesita hospitalización ni impide regresar pronto a sus actividades normales, además esta exenta de complicación por el método; sin embargo existen riesgos de toda operación como la infección. La vasectomía no es causante de cáncer de la próstata o de testículos, y no afecta la eyaculación ni la erección. Se indica como control definitivo de la fertilidad en aquellos hombres en edad fértil con vida sexual que desean un método permanente de anticoncepción, en las siguientes condiciones: Fecundidad satisfecha y/o deseo de no tener más hijos. Razones médicas de él o de su pareja. Las técnicas quirúrgicas empleadas son: Tradicional con bisturí o Lí, sin bisturí, en ambas técnicas puede utilizarse la electrofulguración para bloquear los conductos deferentes. Hasta ahora es el método anticonceptivo más efectivo que se aplica a este género (1,2). No obstante su uso varía de acuerdo al país o al continente analizado, aunque algunos autores señalan que el método es muy utilizado ya que a nivel mundial más de 41 millones de hombres tiene vasectomía (1). Por su parte, Vernon (3), (citando a Liskin) et al. refiere que entre el 0.7% y el 1% de los hombres de países Latinoamericanos y del Caribe han hecho uso del citado método de contracepción, siendo México en conjunto con Brasil y Guatemala de los pocos que hasta 1991 alcanzan ese 1%. Kincaid et al. (4) citando a otros autores, señalan que aproximadamente más de 41 millones de hombres vasectomizados, aproximadamente tres cuartas partes se concentran en China e India, países en los que sus gobiernos han mantenido vigentes los apoyos a los programas de esterilización definitiva. Citan que China, entre 1971 y 1981, esterilizó de esta forma a poco más de 30 millones de hombres explicando así el

11% de todos los métodos de anticoncepción utilizados por ese país, superado solo por el uso de dispositivo intrauterino (42% del género femenino) y por la oclusión tubárica (salpingoclasia) (38%). Banerjee (5) señala, en una comunidad urbana de West Bengala (India), que la vasectomía es el segundo método de esterilización más utilizado (6.5%) por las parejas, después de la salpingoclasia.

Entre individuos de género masculino de los Estados Unidos de Norteamérica (EUA) la vasectomía como método de anticoncepción ha variado en todo el país en los últimos 15 años; para el año de 1991 cerca de medio millón de hombres se la realizó con una tasa de 10.3 procedimientos por cada 1000 hombres de entre 25 y 49 años (6), cifra que se mantuvo en el año de 1995 en el que se realizaron aproximadamente 494 mil, resultando en una tasa de 9.9 procedimientos por 1000 hombres de entre 25 y 49 años (7). El Centro para el Control de Enfermedades de Atlanta reportó en el 2005 que durante el año 2002 su frecuencia fue baja en un 5% o 6% en estados como las Islas Vírgenes o el Distrito de Colombia, alta como el 32% en Hawai o Montana (8).

Por otra parte, países africanos como Kenia hacen escaso uso de la vasectomía como método de control de la natalidad, pues entre 1992 y 1994 el gobierno de ese país al implementar un plan de promoción de su uso a través de programas de radio y televisión, logró incrementarlo en un 12.5% de 400 pacientes en 1992 a 825 pacientes en el curso de los siguientes seis meses de haber iniciado la difusión del plan) (3).

En México (3, 9,10) son diversos los datos epidemiológicos que existen al respecto y parece ser que es el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Secretaria de Salubridad y Asistencia

(SSA) y la Dirección General de Salud Reproductiva (DGSR), son las que están al frente del procedimiento. La primera institución (3,10) ha dado un repunte en los últimos 25 años si se toma en cuenta que realizó entre 1980 y 1988 menos de 5 mil, cifra que se ve incrementada para el año de 1989 a poco más de 6 mil, año en que se proyectó un programa para abrir cuando menos un centro de entrenamiento y de realización de vasectomía en cada estado del país, de tal forma que para 1994 tiene 44 centros establecidos, 93 clínicas de consulta externa habilitadas y 116 médicos no cirujanos entrenados para la realización del procedimiento; así, para 1993 el número de vasectomías se elevó a cerca de 17 mil, haciendo hincapié en que desde 1989 la mayor parte de tales centros ha hecho uso de la técnica sin bisturí (de Li Shu-Quiang). Este programa abate incluso la relación de procedimientos de oclusión tubárica en mujeres al pasar de 21: 1 en 1989 a solo 10:1 para el citado 1993.

Por su parte la Dirección General de Salud Reproductiva desde 1993 hasta la fecha ha establecido más de 75 centros de capacitación técnica tanto en las entidades federativas como en el Distrito Federal y ha apoyado desde entonces la apertura de más de ellos de tal forma que para el año de 2005 contaba con 169 unidades médicas debidamente equipadas para ofrecer la vasectomía. Desde su inicio, la citada DGSR a incrementado su frecuencia de realización al pasar de menos de mil entre 1989-1993 (vasectomía tradicional) a más de 7 mil por año (vasectomía sin bisturí) para totalizar en más de 37 mil para el período 1993 a 1999, aunque cabe señalar que más del 90% se han realizado en el período de 1996-99 (9).

La aceptación para su realización, parece depender de al menos cuatro a seis factores (3). Que suelen acompañar la potencial adopción de cualquier procedimiento innovador por parte de los usuarios. **El primer** factor según cita Vernon (3), es la aceptación de la paternidad/maternidad satisfecha (si se ha alcanzado o excedido el número de hijos) y el deseo de no seguir utilizando métodos de anticoncepción temporales; **el segundo** y quizá uno de los más importantes, es la búsqueda de información acerca de todo lo concerniente a la vasectomía, información que, contrariamente al que rechaza la vasectomía, el individuo que ha aceptado practicársela tiene acceso a ella porque la recopila entre amigos o conocidos ya vasectomizados, entre personal de la salud, a partir de los medios informativos e incluso a partir de actividades de promoción de la salud en las instituciones respectivas, aunque la pareja sexual parece ser la persona que determina si el hombre la lleva al cabo o no (3).

El tercer factor (3) tiene que ver con el proceso de evaluación general que hace el potencial usuario sobre la vasectomía y está relacionado con “la satisfacción del cliente”. Tomando en cuenta tanto las ventajas como las desventajas del procedimiento, entre éstas algunas reales (11-15) y otras no comprobadas hasta ahora (11,16-19).

Entre las ventajas se citan la permanencia y la efectividad del procedimiento (11,15), su sencillez técnica, su facilidad y rapidez de realización (ya que puede ser practicada por médicos urólogos y médicos no cirujanos con entrenamiento) (7,10), especialmente cuando se le compara con la salpingoclasia (3). Otro aspecto ventajoso del individuo ya vasectomizado es el afectivo al considerar que el haberse realizado el procedimiento estará contribuyendo a mantener el estado de salud óptimo de su pareja, quien ya no tendrá que pasar por más embarazos; incluso parece que desarrolla un deseo de sentirse

participativo o de colaboración (3); además, al aceptar el hombre realizársela, parece tratar de manifestar de esa forma los sentimientos que lo vinculan con su pareja (3,10).

Entre las desventajas probadas o no, del potencial usuario, es evaluar antes de realizarse la vasectomía, el procedimiento en sí, como son: el dolor posquirúrgico (12,20), complicaciones propias del procedimiento, indistintamente de cuál sea la técnica utilizada (10,15), la probabilidad de un embarazo no deseado en el curso de los siguientes meses o años postvasectomía (3,13), la probable disminución de su relación sexual o la calidad de la misma (19), las relacionadas con el desarrollo de cáncer de próstata o testicular o incluso enfermedad cardiovascular, patologías en las que la vasectomía no ha podido ser asociado con algunas de ellas. (11,16-18) Sin embargo, Vernon (3), señala que hasta 52% de los vasectomizados indican que su actividad sexual ha mejorado después del procedimiento. En el mismo contexto, autores brasileños (19) concluyen que la vasectomía causa un impacto positivo en diversos aspectos de la función sexual, especialmente en el deseo y la satisfacción. Varios de los aspectos desventajosos de la vasectomía han sido englobadas por Sandlow et al. (20) como aspectos psicológicos (usualmente por falta de información profesional) que impiden al potencial usuario hacer uso del procedimiento.

El cuarto factor está relacionado con la adopción del proceso, un aspecto que suele depender de la efectividad de las estrategias adoptadas por los sistemas de salud interesados en el control de la natalidad y obviamente, de la disponibilidad de la infraestructura necesaria para proporcionar los servicios en donde son requeridos. Vernon (3), cuando analiza este aspecto del proceso de decisión que llevan al cabo tres países latinoamericanos, entre ellos México, determina con ciertas limitaciones (proporcionadas por los diseños de los diversos estudios), que tanto las campañas publicitarias en radio, televisión y prensa, como los programas de intervención planificados y promocionados por las instituciones de salud de cualquier país, son los medios adecuados que sirven de apoyo continuo para mantener la vigencia del procedimiento, de lo contrario éste tenderá a disminuir en su frecuencia, especialmente cuando dejan de aplicarse a determinados estratos de la sociedad como la rural. Este autor igualmente señala que la baja prevalencia que pudiera estar teniendo la realización de la vasectomía, no depende de la disminución de la demanda en sí, sino del escaso apoyo a los servicios e incluso de la existencia de pocos centros especializados encargados de dar la atención médica (3).

Y por último, **otros factores** que podrían ser considerados de notoria importancia en la aceptación o el rechazo de la vasectomía en el área rural o citadino, son el socioeconómico, el sociocultural, y sociodemográfico (3,5,21), ya que se ha podido documentar que aquellos que aceptan practicársela tienen al menos educación secundaria, provienen de familias pequeñas y tienden a vivir en ciudades grandes (3); Banerjee por su parte (5), ha documentado que el rechazo a algún método permanente (salpingoclasia o vasectomía) disminuye conforme mayor edad tiene el potencial usuario, en el aspecto religioso cuando se propone a parejas musulmanas, entre parejas con más de 3 hijos vivos, en las que el esposo tiene baja escolaridad, y en las que la mujer trabaja, así como parejas con bajo ingreso económico, datos que concuerdan con los encontrados por García-Moreno et al en México (21).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existe la oferta para realizar gratuitamente la vasectomía en múltiples unidades del Sector Salud, y no se ha aceptado por la población blanco, por lo que es necesario conocer las causas de este rechazo y estar en la posibilidad de establecer estrategias para su aceptación, motivo por el cual hacemos el siguiente planteamiento.

¿Cuáles son las causas de no aceptación de la vasectomía en usuarios de 20 a 50 años de edad que acuden a la Unidad de Medicina Familiar no. 50 Conkal del IMSS del Estado de Yucatán?

JUSTIFICACION

Hasta el año 2003, en México por cada 21 mujeres que se realiza salpingoclasia un hombre se practica vasectomía como procedimiento de control de la natalidad.

La planificación familiar es un problema que involucra no solamente a la mujer, sino también a su pareja sexual quien por motivos de tipo cultural, religioso o de creencias particulares, así como por la falta permanente de información, información adecuada o completa, muchas veces el hombre es reacio a aceptar que lleve al cabo la parte activa del control de la natalidad, especialmente cuando se le propone un método quirúrgico definitivo como la vasectomía.

Es especialmente cierto que en el medio rural la tasa de aceptación o indecisión para hacerse la vasectomía puede llegar a ser mayor al 60% debido que predominan la marginación, exceso de tabúes sobre los métodos de planificación y escasa información del procedimiento.

Un primer punto necesario para tratar de incrementar el número de individuos de entre 20 y 50 años, que acepten la vasectomía como método de planificación familiar es determinar el nivel de conocimiento sobre la misma, tarea que puede lograrse a través de la aplicación de encuestas dirigidas con cuyos resultados las instituciones de salud encargadas de proporcionar este servicio puedan planificar estrategias de intervención efectivas que aporten a estos usuarios la suficiente información que les ayude a despejar las dudas y temores que el método de planificación pueda generar.

En la población de estudio de Conkal y áreas circunvecinas, tienen acceso a los programas de planificación familiar (vasectomía) los usuarios derechohabientes, sin embargo ésta no se aprovecha.

Por lo cual consideramos indispensable conocer las causas de no aceptación de la vasectomía para poder establecer estrategias.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar cuales son las causas de no aceptación de la vasectomía en los usuarios de 20 a 50 años de edad que acuden a una UMF del área rural del estado de Yucatán.

Objetivos específicos:

- 1.- Determinar la frecuencia de aceptación, y rechazo de la vasectomía.
- 2.- Identificar las causas de rechazo de la vasectomía.
- 3.- Identificar las causas de aceptación de la vasectomía.
- 4.- Calcular el porcentaje de las causas más frecuentes de no aceptación de la vasectomía

METODOLOGIA

Tipo del estudio: Prospectivo, transversal, tipo encuesta descriptiva.

Población: Usuarios derechohabientes de 20 a 50 años que acuden a los servicios de la UMF No. 50 del IMSS de Conkal, Yucatán. Durante el período comprendido de febrero a septiembre del 2007.

Período del estudio: Febrero a Septiembre de 2007

Criterios de selección de los participantes:

Inclusión.

- Usuario masculino.
- De 20 a 50 años de edad
- Que tenga al menos un año de residencia en Conkal, o región circunvecina.
- Casados o en unión libre
- Que tengan cuando menos un hijo
- Cuyas parejas estén en edad fértil y sin salpingoclasia.
-

Criterios de no inclusión.

- Hombres que no hablen español
- Hombres vasectomizados
- Que acudan a consulta para control de enfermedad crónica.

Criterios de eliminación:

- Participantes que no contesten al menos 90 % de las preguntas de la encuesta

Variables a analizar: Toma en cuenta las que diversos autores analizan también en encuestados mexicanos: (3,21) edad, escolaridad, estado civil, tiempo de residencia en la región, ocupación, método de planificación que utiliza la pareja, planificación de los hijos, número de gestaciones, cantidad actual de hijos, edad en la que procreó el primer hijo, reproducción satisfecha, conocimiento acerca de la vasectomía, de quien obtuvo la información, aceptación y causas de adhesión a la misma

Definiciones conceptuales y operativas de las variables.

- Edad. En años cumplidos. Analizada como variable numérica continua
- Escolaridad. Etapas escolares que el encuestado cursó independientemente si concluyó o no la profesional. Analizada como variable numérica discreta
- Estado civil. El que actualmente tiene el encuestado. Analizada como variable categórica nominal.
- Tiempo de residencia en la región. Años viviendo de manera estable en la zona geográfica, área de influencia del hospital rural. Analizada como variable numérica discreta.
- Ocupación. Tipo de trabajo actual con el que el encuestado consigue el sustento económico de su familia y el propio. Analizada como variable categórica nominal.
- Método de planificación que lleva la pareja. Se refiere antes que nada si usa alguno. Si la respuesta es afirmativa, se investigará cuál es el que ha estado utilizando a partir de la última gestación. Analizada como variable categórica nominal.
- Individuo que la emplea. Se refiere a qué miembro de la pareja es usuario de algún método de planificación familiar en los últimos dos meses. Analizada como variable categórica nominal.
- Número de gestaciones. Número de embarazos cuyos productos nacieron vivos, abortados o mortinatos. Analizada como variable numérica discreta.
- Número planeado de hijos. Se refiere a los que la pareja actual acordó tener. Analizada como variable numérica discreta.
- Número de hijos. Los que tienen o ha tenido la pareja en el curso de su vida conyugal, incluyendo los vivos y nacidos vivos que han fallecido (mayores de 30 días). Analizada como variable numérica discreta.
- Edad del encuestado al tener su primer hijo. Años cumplidos que tenía cuando procreó la pareja(s) o fueron intervenidas quirúrgicamente. Analizada como variable numérica continua.
- Reproducción satisfecha. Se refiere si en el momento de la entrevista el encuestado percibe que su paternidad ha sido satisfecha. Analizada como variable categórica nominal.

- Conocimiento acerca de la vasectomía. Investiga si el encuestado sabe que existe la vasectomía como método de planificación familiar. Esta variable será subdividida en otras: cómo se realiza, sus ventajas, desventajas, y complicaciones.
- De quien obtuvo la información sobre la vasectomía. Aplicada solo a los que tienen nociones sobre el procedimiento. Indaga sobre la forma que obtuvieron la información. Analizada como variable categórica nominal.
- Aceptación de la vasectomía. Investiga si el encuestado la aceptaría o no. Analizada como variable categórica nominal.
- Causas de aceptación. Investiga las razones por las que el encuestado la aceptaría. Analizada como variable categórica nominal.
- Causas de rechazo o de duda. Investiga las razones por las que el encuestado no la acepta hasta ahora. Analizada como variable categórica nominal.

METODO

Posterior a la aprobación del anteproyecto por parte de las autoridades del Comité Local de Investigación, la encuesta (anexo 1) será aplicada por el investigador a todo individuo del género masculino que acuda al hospital como acompañante, visitante o como paciente. Se solicitará consentimiento verbal y escrito para participar, previa explicación del objetivo de estudio y del destino de los datos, haciéndole saber que la misma es anónima y los datos serán tratados confidencialmente.

La encuesta está conformada principalmente por datos obtenidos de dos reportes, uno nacional (21) y otro internacional (3) que versan sobre aspectos demográficos relacionados con la aceptación o el rechazo a la vasectomía en México. Contiene reactivos de respuesta cerrada en la que el entrevistador solo deberá seleccionar la respuesta del participante. Tiene además otro tipo de reactivos que incluye respuestas cerradas/abiertas en caso de que el dato aportado por el participante no sea incluido, entre los reactivos a seleccionar; además, se incluyen reactivos de respuesta únicamente abierta para dar cabida a algunos datos demográficos (variables numéricas continuas o discretas) y la oportunidad al entrevistado de que exponga las ventajas, o desventajas, sus razones de porqué aceptaría, rechazaría o dudaría de practicarse la vasectomía.

En la presente investigación, no es necesaria la validación de la encuesta ya que no está siendo utilizada como instrumento que explora un diagnóstico sino solo como formato, a partir del cuál se formará una base de datos; se hace hincapié en que su estructuración se apega a datos objetivos tomados de la literatura sobre el tema (3, 5,21). Su aplicación la harán tanto el investigador principal (MC Lugo-Muñoz) como otros Médicos Generales o incluso los Médicos Familiares que laboran en la unidad médica, sede del estudio.

Tamaño de la muestra y análisis de la información: Para determinar el tamaño de muestra, se aplica la fórmula para una proporción sencilla propuesta por Dawson-Saunders y Trapp (22):

$$N = \left(\frac{Z_{\alpha} \sqrt{\pi_0 (1-\pi_0)} - (Z_{\beta}) \sqrt{\pi_1 (1-\pi_1)}}{\pi_1 - \pi_0} \right)^2$$

Donde: Z_{α} es el valor z de dos colas de la distribución normal, en el que α es 1.96; π_0 es la proporción de individuos que en la investigación de García-Moreno y Solano-Sainos (Rev Med IMSS 2005; 43: 205-14) rechazan la vasectomía (32% o 0.32); Z_{β} es el poder de la muestra (90%) y su valor z es de 1.64; π_1 es la proporción de entrevistados que se espera rechacen la vasectomía (22% o 0.22) (reducción del rechazo de cerca del 30% respecto a la frecuencia de aquellos autores), datos con los que se obtiene un tamaño de muestra de 240 participantes. La selección de la muestra se hará en forma probabilística, por conveniencia.

Los datos obtenidos serán tratados con estadística descriptiva e inferencial. A las variables numéricas continuas se les aplicará análisis de varianza de una vía (ANOVA) dado que se espera que se formen tres grupos de análisis: aceptantes, rechazantes e indecisos de la vasectomía. De obtenerse datos numéricos sesgados, se aplicará entonces prueba de U de MannWhitney. Los datos categóricos serán analizados con Ji cuadrada (χ^2) para determinar la independencia de las variables que pudieran fungir como factores de aceptación, rechazo o indecisión. Se utilizarán intervalos de confianza del 95% (IC 95%). Los datos serán analizados con el paquete estadístico SPSS 12.0 (SPSS Inc. Chicago, Ill).

Factibilidad y aspectos éticos. El presente estudio cumple con las consideraciones formuladas en la declaración de Helsinki y su modificación de Tokio para los trabajos de investigación biomédica en sujetos humanos; se apega a las consideraciones formuladas en la Normas de Investigación para la Salud de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos y al instructivo para la operación de la Comisión de Investigación Científica y de los Comités Locales de Investigación del IMSS.

Se firmará la carta de consentimiento informado y aceptación del estudio (No necesario, puesto que no habrá intervención alguna y con la sola explicación del propósito de la investigación, el potencial encuestado puede rechazar o aceptar participar) (Anexo 2).

Recursos humanos: Residente del tercer año del Curso de Especialización en Medicina Familiar Semipresencial, Médicos Generales asignados a los otros consultorios de Medicina Familiar de la población en estudio que laboran en la UMF

#50 de Conkal, Yucatán, del Instituto Mexicano del Seguro Social, personal de medicina preventiva.

Recursos materiales.

- Hojas para aplicación del cuestionario.
- Plumas
- Computadora.
- Software estadístico

Financiamiento. El estudio se realizará con recursos materiales aportados por el investigador y recursos propios de la UMF #.50 del IMSS de Conkal Yucatán, especialmente sus instalaciones físicas (consultorios, sala de espera).

Difusión. El propósito fundamental del estudio, es realizar una investigación aplicada a la problemática palpada en la consulta externa, cumplir con el requisito en opción al Diploma del Curso de Especialización en Medicina Familiar. Modalidad Semipresencial, Posteriormente, se planteará la posibilidad de reestructurar el escrito para tratar de publicarlo en una revista clínica.

ESCALA DE MEDICION DE LAS VARIABLES

Variable	Tipo	Categoría	Unidades de Medición
Edad.	Cuantitativa	Discreta	Años cumplidos.
Escolaridad. secundaria, etc.	Cualitativa	Nominal	Primaria,
Estado civil.	Cualitativa	Nominal	Casado Unión libre.
Tiempo de residencia.	Cuantitativa	Numérica	Años
Ocupación. oficinista, etc.	Cualitativa	Nominal	Campesino,
Método de planificación. dispositivo, etc.	Cualitativa	Nominal	Hormonales,
Individuo usuario del M.P.F.	Cualitativa	Nominal	Hombre/Mujer
Número planeado de hijos.	Cuantitativa	Discreta	1, 2,3, etc.
Número de gestaciones.	Cuantitativa	Discreta	1, 2,3, etc.
Número actual de hijos.	Cuantitativa	Discreta	1, 2,3, etc.
Edad en la que procreo al primer hijo.	Cuantitativa	Discreta	16... 20 años, etc.
Reproducción satisfecha.	Cualitativa	Nominal	Si / No
Conocimiento acerca de la vasectomía	Cualitativa	Nominal	Si / No
De quien obtuvo la información sobre la IMSS, etc.	Cualitativa	Nominal	Pareja, amigo,
Vasectomía.			
Aceptación de la vasectomía.	Cualitativa	Nominal	Si/No/No sé
Causas de aceptación. completa, etc.	Cualitativa	Nominal	Paternidad
Causas de rechazo o duda. que es, etc.	Cualitativa	Nominal	Miedo, desconoce

RESULTADOS

Se entrevistó a un total de 199 individuos de los cuales se eliminó una encuesta por no contar con la información completa. La edad promedio de los encuestados fue de 34.6 años (+/- 7.85).

Respecto a la escolaridad la mayoría cursó hasta la secundaria y solo una mínima parte son analfabetas. (Gráfica 1). El 53.2 % de los encuestados refirió ser empleado y el 46.7% refirieron ser obreros. La mayoría de las personas participantes son casados (93.9%) y solo el 6.1% vive en unión libre. El 6.6% de los encuestados reside hace menos de un año en la región, el 11.5% entre 1 y 5 años y el 81.9% hace 6 años. Entre los métodos de planificación familiar el 28.8% no llevan algún método, mientras que el 35.4% citó la OTB (Gráfica 2). El 55.87% de las parejas entrevistadas mencionó a la mujer como la que habitualmente usa algún método anticonceptivo. (Gráfica 3)

En relación con el número de gestaciones que las parejas han procreado son en promedio dos hijos, seguidos de los que tuvieron tres, (Gráfica 4). El 42.4% de las parejas planeo tener dos hijos y el 33.8% tres hijos (Gráfica 5).

También se puede mencionar el número total de hijos incluidos los fallecidos, en los que el 33 % tiene 2, el 24.4% tuvo tres, el 23.4% uno y el 29.8 % de los encuestados el primer hijo antes de los 21 años.

En cuanto a la reproducción el 40.4% menciona que no había sido satisfecha, el 49.5% que sí y el 10.1 % que no lo sabe aún. El 87.4 % conoce que existe la vasectomía como método de planificación familiar mientras que el 7.6% lo desconoce. El 5.1 % ha escuchado algo al respecto. La mayoría de los individuos que conocen de la vasectomía saben que se realiza en los testículos. Mientras que el 5.1% mencionó que la vasectomía se realiza en el pene. También la mayor parte de los encuestados señaló que la principal ventaja de tener vasectomía es la de no tener más hijos y entre las posibles desventajas llama la atención que algunos mencionaron aumento de peso y otros que produce cáncer, éstos últimos representaron 1.5% de los encuestados.

El 41.9% de los entrevistado escucho hablar de la vasectomía de alguna institución del gobierno, el 15.2% de algún amigo, de la radio o televisión, el 4.5% lo escuchó de su

pareja. El 54.5% de los encuestados no aceptaría realizarse la vasectomía mientras que el 29.3 % afirmó que si aceptaría. El 16.2 % tiene dudas. Entre las principales razones de aceptar la vasectomía es para no tener más hijos y la principal razón por la que se rechaza es por su carácter irreversible

Respecto a que si la religión impide realizarse la vasectomía la mayoría mencionó que no (99.9%), así como también el 99% negó que al realizarse la vasectomía deje de ser viril.

La vasectomía actualmente es uno de los métodos de planificación familiar que menos se utiliza, debido a que la gran mayoría de las ocasiones la falta de información adecuada es un factor importante en la utilización del mismo, y esto se pone de manifiesto en el presente estudio.

Entre la causa de no aceptación de la vasectomía en la mayoría de los encuestados (54.5%) manifestó la falta de información adecuada de la misma, aunque la gran mayoría tiene nivel de escolaridad secundaria.

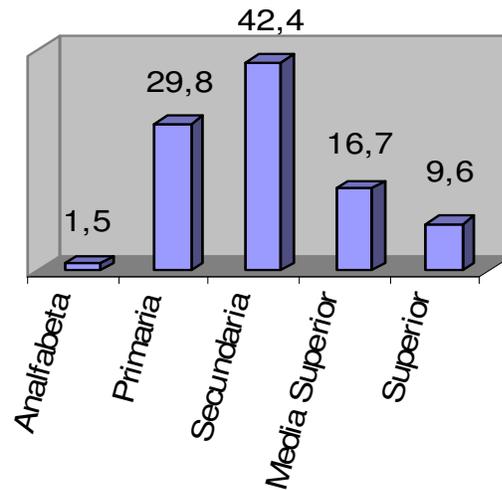
El porcentaje de pacientes que aceptaría la vasectomía solo alcanza un tercio de los entrevistados y entre los factores más frecuentes de la aceptación o rechazo de la vasectomía, se encuentra la preocupación del cuidado a la pareja o alcanzar la paternidad satisfecha, sin embargo los pacientes que en definitiva no aceptarían la vasectomía, refieren causas que involucran el machismo al mencionar que la planificación familiar es para las mujeres (OTB), el 90% de los que no aceptarían es por ser irreversible.

Situación que refleja la necesidad de mayor difusión en cuanto a la vasectomía como método de planificación familiar.

En este estudio se incluyeron pacientes de la consulta externa de medicina familiar sin importar el motivo por el cual acudían a consultar, considerándose al médico familiar como primer contacto y que tiene la oportunidad de difundir la vasectomía como el método de planificación de primer orden a la población masculina que señale paridad satisfecha, involucrándolos con un método definitivo.

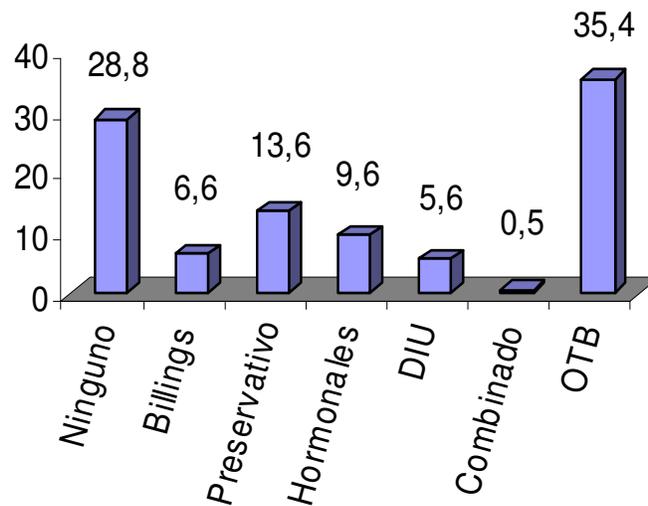
Es importante señalar que de todos los pacientes incluidos en el estudio ninguno de ellos tenía vasectomía.

Gráfica 1. Porcentaje por escolaridad



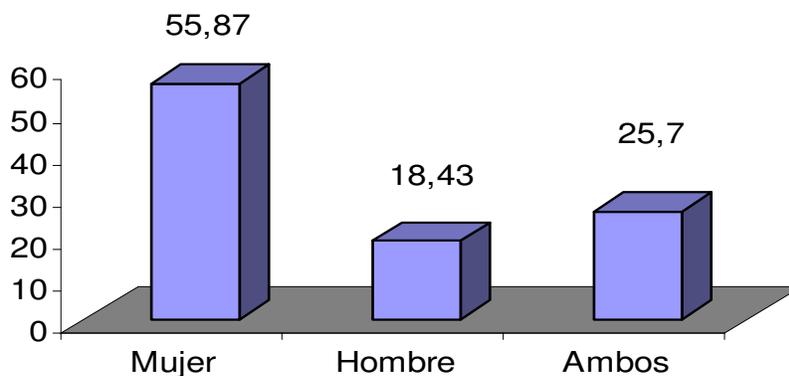
Fuente: Encuestas realizadas a masculinos derechohabientes de la UMF. 50. CONKAL YUC

Gráfica 2. Métodos de planificación familiar actualmente utilizados



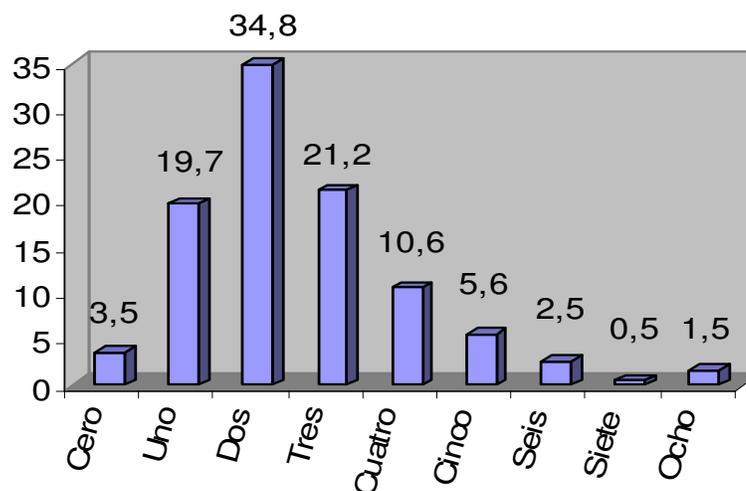
Fuente: Encuestas realizadas a masculinos derechohabientes de la UMF. 50. CONKAL YUC

Gràfica 3. Miembro de la pareja que actualmente utiliza algùn método anticonceptivo



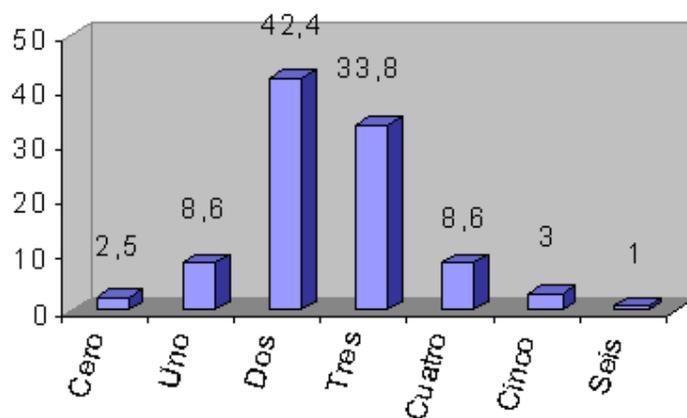
Fuente: Encuestas realizadas a masculinos derechohabientes de la UMF. 50. CONKAL .YUC

Gràfica 4. Número de gesta



Fuente: Encuestas realizadas a masculinos derechohabientes de la UMF. NO. 50. CONKAL .YUC

Gráfica 5. Número de hijos planeados



Fuente: Encuestas realizadas a masculinos derechohabientes de la UMF. NO. 50. CONKAL.YUC

DISCUSION

Se presentaron 199 encuestas, para determinar las causas de no aceptación y/o rechazo de la vasectomía, donde se observo que la edad promedio de los entrevistados es de 34.6 años.

Los participantes de este estudio muestran características clínico epidemiológicas similares, además de la edad promedio referida, ser del medio rural, en su mayoría casados y algunos en unión libre

Al comparar los resultados obtenidos en investigaciones nacionales e internacionales encontramos que Banerjee menciona entre los factores de poca aceptación de la vasectomía en el medio rural la baja escolaridad, la religión y parejas con 3 hijos o más. En estas últimas influyendo también mayor edad e ingreso económico. En nuestro estudio se observo que una mínima parte es analfabeta (1.5%), la religión no resulto impedimento y en cuanto al número de hijos las parejas con dos o tres si aceptarían realizársela debido a que consideran que su paternidad ya fue satisfecha,

Vernon por su parte determina que las limitantes en la no aceptación de la vasectomía son debido a la falta de información y a la paternidad satisfecha; en nuestro estudio encontramos que solo un tercio de los encuestados no tiene información por desconocimiento de la vasectomía como método de planificación, y referente a la paternidad satisfecha menos de la mitad de nuestros encuestados resulto con paternidad satisfecha y en contraposición al investigador la mitad de ellos no la tiene aun satisfecha.

En México la investigación de García-Moreno, et. al, concuerda con las causas de no aceptación y/o rechazo de nuestro estudio en las que se identifican masculinos del medio rural, falta de información y mayor edad. Como dato relevante a diferencia de este autor encontramos falta de responsabilidad del varón en ser usuario de la vasectomía responsabilizando solo a la pareja de algún método de planificación.

En nuestra investigación la aceptación y/ o rechazo de la vasectomía concuerda con estudios nacionales e internacionales como lo es la falta de información.

CONCLUSIONES

Las conclusiones del siguiente estudio encontradas en la población son las siguientes. Hace falta difusión acorde a la idiosincrasia de la población, y optimizar los recursos, que tanto las campañas publicitarias en radio, televisión y prensa, como los programas de intervención planificados y promocionados por las instituciones de salud de cualquier país, son los medios adecuados que sirven de apoyo continuo para mantener la vigencia del procedimiento, de lo contrario éste tenderá a disminuir en su frecuencia, especialmente cuando dejan de aplicarse a determinados estratos de la sociedad como la rural.

Por último la importancia en la aceptación o el rechazo de la vasectomía en el área rural o ciudadano, son el socioeconómico, el sociocultural, y sociodemográfico. Se ha documentado que aquellos que aceptan practicársela tienen al menos educación secundaria, provienen de familias pequeñas y tienden a vivir en ciudades grandes por su parte se ha documentado que el rechazo a algún método permanente (salpingoclasia o vasectomía) disminuye conforme mayor edad tiene el potencial usuario.

Considerando lo anterior es de suma importancia realizar las siguientes acciones:

1. - Insistir en este tipo de métodos y romper el tabú que impera en la población masculina. A través de información (trípticos, rortafolios, platicas. sesiones. y extramuros.
2. - Dar información a población y áreas circunvecinas, ya que todavía se niegan al cambio, ya que en la investigación realizada me pude dar cuenta que a pesar de tener un nivel académico superior todavía existen barreras de origen (familia, machismo, costumbres, etc.)
3. - Actualizar al personal multidisciplinario que proporciona atención al usuario para dar una mejor información sobre la vasectomía.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La veracidad de las respuestas se limita a la seriedad con que los pacientes respondieron el cuestionario.

RECOMENDACIONES

- Mayor difusión sobre vasectomía en la población usuaria.
- Incrementar asesorías dirigidas sobre vasectomía en la población blanco.
- Establecer estrategias para vasectomía en paciente con paternidad satisfecha.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Vogelson KM. Male contraception. (Revisado 26 noviembre de 2005), disponible en: www.gfmer.ch/Medical_education_En/PGC_RH_2005/pdf/Male_contraception
2. - Haldar N, Cranston D, Turner E, MacKenzie I, Guillebaud J. How reliable is a vasectomy Long-term follow-up of vasectomised men. *Lancet* 2000; 356: 43.
3. - Vernon R. Operations research on promoting vasectomy in three Latin American countries. *Int Fam Plann Perspectives* 1996; 22: 26-31.
4. - Kincaid L, Payne-Merritt A, Nickerson L, De Castro- Buffington S, Paulo P-de Castro M, Martin-de Castro B. Impact of mass media vasectomy promotion campaign in Brazil. *Int Fam Plann Perspectives* 1996; 22: 169-75.
5. - Banerjee B. Socioeconomic and cultural determinants on acceptance of permanent methods of contraception. *J Fam Welfare* 2004; 50: 54-8.
6. - Marquette CM, Koonin LM, Antarsh L, Gargiullo PM, Smith JC. Vasectomy in the United States, 1991. *Am J Pub Health* 1995; 85: 644-9.
7. - Haws JM, Morgan GT, Pollack AE, Koonin LM, Magnani RJ, Gargiullo PM. Clinical aspects of vasectomies performed in the United States in 1995. *Urology* 1998; 52: 685-91.
8. - Bensyl DM, Iuliano D, Carter M, Santelli J. Contraceptive use. United States and territories, behavioral risk factor surveillance system. (Revisado 28 noviembre de 2005), disponible en: www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5406a1.htm
- 9.- Dirección General de Salud Reproductiva. Secretaría de Salud, México. Salud reproductiva. (Revisado 28 diciembre de 2005), disponible en: www.salud.gob.mx/dgsr/planificacion_familiar/vasectomia/
- 10.- Prieto Díaz-Chávez E, Méndez-Castoreña R, Medina-Chávez JL, Trujillo-Hernández B, Vázquez C. Vasectomía sin bisturí. Experiencia de 10 años. *Rev Med IMSS* 2004; 42: 337-41.
11. - Schwingl PJ, Guess HA. Safety and effectiveness o vasectomy. *Fertility and Sterility* 2000; 73: 923- 36.
12. -Christiansen CG, Sandlow JI. Testicular pain following vasectomy: a review of postvasectomy pain syndrome. *J Andrology* 2003; 24: 293-8.
- 13.- Jamieson DJ, Costello C, Trussell J, Hillis SD, Marchbanks PA, Peterson HB, et al. The risk of pregnancy after vasectomy. *Obstet Gynecol* 2004; 103: 848-50.

14. - Deneux-Tharoux C, Kahn E, Nazareli H, Sokal DC. Pregnancy rates after vasectomy: a survey of US urologists. *Contraception* 2004; 69: 401-6.
- 15.- Labrecque M, Nazerali H, Mondor M, Fortin V, Nasution M. Effectiveness and complications associated with 2 vasectomy occlusion techniques. *J Urology* 2002; 168: 2495-8.
- 16.- Stanford JL, Wicklund KG, McKnight B, Daling JR, Brawer MK. Vasectomy and risk of prostate cancer. *Cancer Epidemiol, Biomarkers & Prevention* 1999; 8: 881-6.
- 17.- Bernal-Delgado E, Latour-Pérez J, Pradas-Arnal F, Gómez-López LI. The association between vasectomy and prostate cancer: a systematic review of the literature. *Fertility and Sterility* 1998; 70: 191- 200.
- 18.- Manson JE, Ridker PM, Spelsberg A, Ajani U, Lotufo PA, Hennekens CH. Vasectomy and subsequent cardiovascular disease in US physicians. *Contraception* 1999; 59: 181-6.
- 19.- Bertero E, Hallak J, Gromatzky C, Lucon AM, Arap S. Assessment of sexual function in patients undergoing vasectomy using the International Index of Erectile Function. *Int Braz J Urol* 2005; 31: 452-8.
20. - Sandlow JI, Westfeld JS, Maples MR, Scheel KR. Psychological correlates of vasectomy. *Fertility and Sterility*. 2001; 75: 544-8.
- 21.- García-Moreno J, Solano-Sainos LM. Aceptación y rechazo de vasectomía en hombres del medio rural. *Rev Med IMSS* 2005; 43: 205-14.
22. - Dawson-Saunders B, Trapp RG, editors. Estimación y Comparación de Proporciones. En: Dawson-Saunders B, Trapp RG. *Bioestadística Médica*. México, DF: El Manual Moderno, 1993: 165-86.

Anexo 1.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Conkal, Yucatán a _____ de _____ de 2007.

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado **“Causas de no aceptación de la Vasectomía en usuarios de 20 a 50 años de edad que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No.50 Conkal del IMSS del Estado de Yucatán”**

Registrado ante el Comité local de Investigación médica con el número 3202. El objetivo de este estudio es determinar, las causas de no aceptación sobre la vasectomía de los que asisten al IMSS (Unidad de Medicina Familiar No. 50 de Conkal) y áreas circunvecinas.

Se me ha explicado que mi participación solo consistirá en responder un cuestionario; además, se me ha aclarado que no existe riesgo alguno para mi salud, puesto que NO se me aplicará medicamento o droga alguna.

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de la encuesta, así como los beneficios de la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de no contestar la pregunta que incomode a mi persona o con la que no esté de acuerdo sin que afecte la atención médica que recibo de parte del Instituto Mexicano del Seguro Social de Conkal.

El investigador principal me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Nombre y Firma del paciente

MC Myrna Soledad Lugo Muñoz
8577447

Testigo

Testigo

Anexo 2.

Causas de no aceptación de la vasectomía en usuarios de 20 a 50 años de edad, que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 50 Conkal del IMSS del Estado de Yucatán.

Instrucciones para el encuestador: Encerrar en un círculo o escribir sobre la línea la respuesta del encuestado.

1.- Edad. _____

2.- Escolaridad:

0.- Analfabeta (no sabe leer ni escribir)

1.- Solo primaria (completa o no)

2.- Hasta secundaria (completa o no)

3.- Media superior (completa o no)

4.- Superior (Licenciatura, carrera técnica, ingeniería, etc.)

3.- Estado civil:

1.- Casado

2.- Unión libre

4.- Tiempo de residencia en la región (CONKAL o región circunvecina) _____ años.

5.- Ocupación:

1.- Campesino

2.- Burócrata (maestro, ingeniero, oficinista, sanitarista,

3.- Comerciante

4.- Otro _____

6.- Método de planificación del que actualmente es usuario la pareja:

0.- Ninguno

1.- Billings (ritmo)

2.- Preservativo

3.- Hormonales (sean ingeridos, inyectados, por vía subcutánea)

4.- Dispositivo intrauterino

5.- Combinación de dos o más (¿Cuáles?) _____

6.- Otro _____

7.- Quien de la pareja usualmente utiliza alguno:

1.- La mujer (más frecuentemente)

2.- El hombre (más frecuentemente)

3.- Ambos (casi por igual)

8.- Número de gestaciones de la pareja (mujer) _____ (incluya abortos)

9.- Número de hijos que la pareja planeó _____

10.- Número de hijos de la pareja (nacidos, incluidos los fallecidos)_____

11.- Edad del encuestado cuando su pareja procreó el primer hijo _____

12.- La reproducción ya ha sido satisfecha (¿ya no piensan tener más hijos?)

0.- No

1.- Si

2.- No sabe aún

13.- ¿Sabe (el encuestado) que existe un método de planificación llamado vasectomía?

0.- No

1.- Si

2.- Ha escuchado algo al respecto

Si la respuesta es el inciso 1 o 2:

14.- ¿Sabe (el entrevistado) en que parte de su cuerpo se le debe realizar?

0.- No

1.- Si. Se pregunta en que parte de su cuerpo: (Pene, testículos, o abdomen)

2.- No sabe

15.- ¿Conoce (el entrevistado) alguna ventaja para él o su pareja, de tener vasectomía?

0.- No

1.-

Si

(¿Cuál?) _____, _____, _____

16.- ¿Conoce (el entrevistado) alguna desventaja para él o su pareja, de tener vasectomía?

0.- No

1.-

Si

(¿Cuál?) _____, _____, _____

17.- ¿Ha escuchado (el entrevistado) de alguna complicación (aguda, en a largo plazo) debido a la vasectomía?

0.- No

1.-

Si

(¿Cuál?) _____, _____, _____

18.- ¿De quién escuchó lo que sabe sobre vasectomía?

1.- De su pareja

2.- De algún amigo

3.- De algún conocido

4.- De algún trabajador (a) de la salud (alguna campaña promocional)

5.- De alguna institución de salud (IMSS, ISSSTE, SSA)

6.- De la radio o la televisión

7.- De otro medio _____

19.- ¿Aceptaría realizarse la vasectomía)

0.- No

1.- Si

2.- Tiene dudas

Si la respuesta es 1 (Si):

20.- ¿Por qué razones la aceptaría? _____

—

Si la respuesta es 0 (No) o 2 (Tiene dudas):

21.- ¿Por qué razones la rechaza (o ¿por qué duda de hacérsela)? _____

22.- ¿Cree el (encuestado) que la Religión que profesa impida realizarse la vasectomía?

0.- No

1.- Si

23.- ¿Cree el (encuestado) que al realizarse la vasectomía deja de ser viril?

0.- No

1.- Si