



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada
Baja California
Coordinación de Educación e Investigación
Unidad de Medicina Familiar No. 28
Mexicali B.C.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
Facultad de Medicina
Coordinación General de Posgrado e Investigación

TESIS

Características socioculturales y funcionalidad familiar de los aceptantes de vasectomía sin bisturí vs no aceptantes, de la Unidad de Medicina Familiar No.28, Mexicali, Baja California.

Trabajo para obtener diploma de especialista en Medicina Familiar

Presenta:

Dra. Faviola Bojórquez Domínguez

Residente de la Especialidad en Medicina Familiar

Investigador responsable:

Dra. Vanessa Johanna Caro

Investigador temático:

Dr. Efreñ Arturo Murillo Morales

Investigador metodológico:

Dr. Alberto Barreras Serrano

Mexicali, Baja California, diciembre 2022.

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES:

Alumno tesista: Dra. Faviola Bojórquez Domínguez.

Matrícula: 98029468

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 28.

Lugar de trabajo: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Teléfono: (686) 180-44-56

Correo electrónico: faviolaborquezd@gmail.com

Investigador responsable: Dra. Vanessa Johanna Caro

Matricula: 99264825

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud

Institución: UMF No.28 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Teléfono: (555) 55-50, extensión 31409

Correo electrónico: vanessa.caro@imss.gob.mx

Investigador Temático: Dr. Efren A. Murillo Morales

Matricula: 99023633

Médico Familiar certificado en Vasectomía sin Bisturí

Institución: HGP No.31 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Teléfono: (686)1501460

Correo electrónico: dr_arturomurillo@hotmail.com

Investigador Metodológico: Dr. Alberto Barreras Serrano.

Adscripción: Instituto de Investigaciones en Ciencias Veterinarias

Institución: Universidad Autónoma de Baja California.

Teléfono: (686) 225-53-43

Correo electrónico: abarreras@uabc.edu.mx

ÍNDICE

Introducción.....	04
Marco Teórico.....	05
Antecedentes.....	09
Justificación.....	13
Planteamiento del problema.....	14
Objetivos.....	15
Hipótesis.....	15
Material y métodos.....	16
• Diseño del estudio.....	16
• Lugar y fecha	16
• Población	16
• Tamaño de la muestra y muestreo.....	16
• Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	17
• Instrumentos de medición	17
• Definición de variables y operacionalización	18
• Procedimiento	24
• Aspectos éticos y de bioseguridad.....	25
• Análisis estadístico	27
Recursos humanos, materiales, financiamiento y factibilidad.....	27
Resultados	28
Discusión	42
Conclusiones y recomendaciones.....	45
Referencias bibliográficas	47
Anexos.....	51
• Anexo 1. Carta de no inconveniente del director de la unidad.....	51
• Anexo 2. Consentimiento informado	52
• Anexo 3. FACES III	54
• Anexo 4. APGAR familiar	55
• Anexo 5. Hoja de recolección de datos... ..	56
• Anexo 6. Cronograma de actividades.....	58

RESUMEN

Características socioculturales y funcionalidad familiar de los aceptantes de vasectomía sin bisturí vs no aceptantes, de la Unidad de Medicina Familiar No.28, Mexicali, Baja California.

Dra. Faviola Bojórquez Domínguez ¹, Dra. Vanessa Johanna Caro², Dr. Efrén Arturo Murillo Morales³,
Dr. Alberto Barreras Serrano⁴.
IMSS^{1,2,3}, UABC⁴

Introducción: El hombre a través del tiempo, se ha caracterizado por ser el jefe de familia y proveedor; dejando a la mujer la responsabilidad y el cuidado de los hijos. Gracias a los cambios socio demográficos, esta forma de familia tradicional se ha ido modificando para dar lugar a la intervención masculina en la planificación familiar, considerando que al contar con una dinámica familiar favorable la decisión de adoptar un método definitivo como la VSB, será más factible. **Objetivo:** Identificar las características socioculturales y funcionalidad familiar de los aceptantes de vasectomía sin bisturí vs los no aceptantes de la Unidad de Medicina Familiar No.28. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, analítico, comparativo. Se incluyeron 121 varones de 18 a 59 años adscritos a la UMF No. 28 que se realizaron la vasectomía sin bisturí en el periodo de marzo a octubre de 2021, y 132 pacientes que no deseaban el procedimiento, se aplicaron las escalas: FACES III, APGAR familiar, y hoja de recolección de datos para determinación de las características sociodemográficas. **Análisis estadístico:** Las características sociodemográficas se presentaron con ayuda de gráficas de barra y de pastel. El estadístico de prueba para evaluar la hipótesis nula fue Chi-cuadrada. El análisis se apoyó con el paquete estadístico SPSS ver 26. **Resultados:** De los usuarios de vasectomía sin bisturí el 54.54% tenía entre 30 y 39 años de edad, 61.6% eran casados, 42.15% contaban con licenciatura, el 54.55% son proveedores principales, siendo la paridad satisfecha el principal motivo de planificación en ambos grupos. De los no aceptantes del método 45.46% tenían entre 30 y 39 años, 52.27% eran casados, siendo secundaria la escolaridad mas frecuente en un 34.85%, en el 51.52% el paciente y la pareja eran proveedores, y el método de planificación utilizado fue la OTB en el 42.42%. No se observó asociación entre la funcionalidad y la satisfacción familiar de pacientes aceptantes y no aceptantes de vasectomía. **Conclusiones:** Este estudio nos aporta una perspectiva sobre la planificación familiar y funcionalidad familiar desde el punto de vista masculino. Al comparar ambos grupos, pudimos encontrar que los resultados en las variables estudiadas, se semejan. Precisando que los resultados obtenidos en relación a la satisfacción y funcionalidad familiar en ambos grupos no fue lo esperado. **Palabras clave:** características sociodemográficas, planificación familiar, satisfacción y funcionalidad familiar, vasectomía sin bisturí.

MARCO TEÓRICO

El funcionamiento de una familia es valorado por el nivel de satisfacción que perciben sus miembros y es un elemento destacado en los procesos de salud-enfermedad. Cada uno de los integrantes de una familia puede percibirlo de manera distinta según el rol que desempeñan y sus características individuales como la edad, sexo, escolaridad, estado civil, si tienen hijos o no, entre otros. Por lo que se considera que todos estos factores van a influenciar en la forma en que los varones viven su salud reproductiva al participar o no en la planificación familiar, por medio de la vasectomía sin bisturí. ¹

La salud reproductiva es el “estado de completo bienestar físico, mental y social, en los aspectos de la sexualidad y la reproducción en todas las etapas de la vida.” (ENSANUT 2018). Ésta va a incluir la detección de infecciones de transmisión sexual, la capacidad para disfrutar de una vida sexual sin riesgos, así como la de procrear, teniendo la libertad para decidir cuándo y con qué frecuencia hacerlo. Además, incluye el derecho del hombre y la mujer de obtener información y acceso a los métodos anticonceptivos más seguros y de su elección, lo cual se conoce como planificación familiar. ²

La planificación familiar en los hombres es una estrategia que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha implementado desde hace más de 20 años; sin embargo, no ha tenido mucha popularidad entre la población por múltiples barreras de tipo social, cultural, educativas e incluso económicas; se ha observado que los hombres con un nivel académico mayor y estrato social alto son los principales usuarios, sobre todo de métodos definitivos como la vasectomía sin bisturí; de aquí la importancia de una adecuada salud reproductiva y educación sexual, en los niveles educativos, en casa y dentro de los servicios básicos de salud.³

Son pocos los métodos anticonceptivos que pueden utilizarse en los hombres, entre los que destacan el preservativo y la vasectomía.⁴ El primero se utiliza con mayor frecuencia como medio para evitar las infecciones de transmisión sexual ya que su eficacia para la prevención de embarazos puede llegar a ser muy variable dependiendo la forma en que se utilice; es decir, las fallas son relacionadas, principalmente, a la práctica del usuario. Mientras que la vasectomía es un método de anticoncepción definitivo; que, al ser de tipo quirúrgico, no siempre es bien aceptado por los usuarios.⁵

La técnica de vasectomía sin bisturí fue introducida en China por el Dr. Li Shunqiang, la cual consiste en la localización, disección, ligadura y corte de los conductos deferentes a través de una pequeña punción a nivel del rafé escrotal, lo cual disminuye el índice de complicaciones como el sangrado, hematoma o infección.⁶ Por último, las puntas de los conductos son cauterizadas o se puede realizar la trasposición de fascia en el cabo testicular para disminuir la probabilidad de falla anticonceptiva.⁷ Recordando que el varón continúa eyaculando espermatozoides por al menos 3 meses, por lo que posterior a este tiempo es indispensable la realización de un conteo espermático que nos indique azoospermia.⁸

Al realizar la vasectomía sin bisturí pueden existir complicaciones a corto, y largo plazo como el síndrome de dolor crónico el cual puede perdurar por al menos 3 meses y el granuloma espermático que se observa semanas posteriores al procedimiento; dichas patologías no ponen en riesgo la vida y pueden ser manejadas de forma sencilla por el médico. Como complicación a largo plazo se consideraría la falla del método por recanalización, lo cual ocurre en menos del 1% de los pacientes operados.^{9, 10}

La vasectomía es un método anticonceptivo muy seguro y eficaz para aquellos hombres con paternidad satisfecha, no está recomendado en quienes dudan sobre el número de hijos que desean tener, ya que la vasovasostomía no siempre es posible o eficiente para los solicitantes, siendo el motivo principal cuando existe una nueva pareja o matrimonio.^{11,12}

A pesar del bajo costo, la rapidez del procedimiento, el bajo índice de complicaciones y la pronta recuperación; la vasectomía continúa siendo un tabú para muchos hombres y mujeres por considerar la posibilidad de disfunción sexual.¹³ Tal es el caso de México, donde solo constituye el 2% de los métodos utilizados comparado con otros países como China o Estados Unidos donde llega a alcanzar del 5 al 10%.¹⁴

Esto quiere decir que en los países desarrollados el uso de métodos anticonceptivos es elevado, en relación a los que se encuentran en vías de desarrollo. Considerándose como las causas: las falsas creencias por la falta de información en el hombre, su menor acercamiento a las unidades de salud, incluso la falta de promoción por parte de las instituciones. Por lo que, en algunas zonas donde aún existen grandes diferencias de

género, se piensa que la planificación familiar es una tarea la cual debe recaer solo en la mujer, a pesar de que ésta debe ser compartida con la pareja.^{15,16}

Actualmente, en los sectores urbanos de la población, con la introducción de la mujer al mercado laboral, el hombre ha tenido que adaptarse y adoptar un rol distinto, dejar de ser el único proveedor, apoyar a la mujer en el hogar y con el cuidado de los hijos. Lo que ha propiciado situaciones de crisis en la vida conyugal. Destacando que dichos cambios aún no son aplicables en poblaciones rurales o indígenas, donde persiste y es muy marcada la desigualdad de género.¹⁷

Esto nos indica que en nuestra sociedad aún existen conductas estereotipadas de género relacionadas a la sexualidad; es decir, se ha dejado a la mujer en el rol de actriz pasiva en la relación, siendo la encargada de proporcionar el amor romántico, desprovista de deseo sexual, sumisa, aceptante de los mandatos del hombre y responsable de las tareas del hogar y los hijos. Mientras que el hombre se ha destinado a ser el encargado de proveer, dar seguridad y tener un rol activo en las relaciones sexuales, al ser quien presenta el apetito sexual, otorgándole esa sensación de poder al área genital masculina.¹⁸

Estos constructos del ser y deber ser son establecidos por la sociedad, iniciando desde la infancia en el seno familiar, teniendo en cuenta que el patriarcado continúa siendo el clásico prototipo familiar, donde se define la masculinidad como todo aquello que no es femenino. Normalizando conductas relacionadas con la agresividad y violencia lo cual ocasiona un alto costo en la salud y falta de autocuidado en el hombre.¹⁹

Por lo anterior, se puede decir que existe una estrecha relación entre el concepto de masculinidad y el ejercer riesgoso de la sexualidad, el tipo de paternidad y la relación con la pareja. Es decir, una de las fallas más comunes al referirnos a la sexualidad masculina es dejar de lado todos los aspectos relacionados con la procreación y la salud reproductiva, considerando que son asuntos que solo conciernen a la mujer.^{19,18}

En este sentido, es de vital importancia conocer el tipo de relación que se tiene con la pareja, ya que de ello dependerá la forma de desenvolverse de cada individuo, así como las decisiones a tomar. “El modelo de Olson analiza las relaciones familiares y de pareja por medio de tres dimensiones: cohesión, adaptabilidad y comunicación.” Siendo la primera la

forma en que se percibe el apoyo emocional, la segunda se refiere a la capacidad de adaptación al cambio y la tercera es la que regula a las primeras dos. Considerándose que al estar equilibrados la cohesión y la adaptabilidad existe un buen funcionamiento familiar.²⁰

Los factores positivos relacionados a la funcionalidad y satisfacción familiar nos darán como resultado el ejercicio saludable de la sexualidad, lo cual repercute en el fortalecimiento de la relación con la pareja, promoviendo la confianza y la empatía; viéndose reflejado en la crianza de los hijos promoviendo conductas que beneficien la salud.²¹

Por lo tanto, podríamos asegurar que, los pacientes los cuales deciden realizarse una vasectomía sin bisturí cuentan con el apoyo de su pareja para llevar a cabo el procedimiento, además de compartir ciertas características sociales y culturales.²²

ANTECEDENTES

Ramos Salazar, et al., (2015) realizaron un estudio de casos y controles elegidos de manera aleatoria y pareados, para establecer los factores biopsicosociales que influyen en la elección de la vasectomía en usuarios de una UMF. Se seleccionaron 111 hombres: 37 pacientes con vasectomía para el grupo de casos y 74 pacientes sin vasectomía para el de controles. Las variables utilizadas fueron: edad, estado de salud, número de hijos, satisfacción de la paridad, consejería, datos sociodemográficos, tiempo de duración del matrimonio y adicciones. El análisis estadístico se realizó con estadística descriptiva, paramétrica y no paramétrica. En resumen, la proporción de hombres de 30 a 40 años de educación media y superior que se someten a vasectomía es 6 veces mayor y la de hombres de nivel socioeconómico medio y alto es de 4,4 veces.²³

Saeteros Hernández, et al., (2015) llevaron a cabo un estudio descriptivo, analítico y comparativo para poder interpretar las representaciones socioculturales de estudiantes universitarios sobre su ideal de salud sexual y reproductiva. Se seleccionó a los estudiantes por medio de un muestreo sistemático donde participaron 545 estudiantes hombres y mujeres de diferentes facultades divididos en dos grupos. Se recolectó la información a través de un cuestionario auto aplicado. En los resultados hubo homogeneidad en las representaciones socioculturales y los ideales sobre la salud sexual y reproductiva considerando que es un bienpreciado y un derecho que debe ser para todos, manteniendo componentes tradicionales como el contexto heterosexual, valoración al placer y comunicación con necesidad de búsqueda de estabilidad matrimonial futura.²⁴

Otero Rejón, et al., en 2015 hicieron un estudio descriptivo, analítico para conocer el funcionamiento familiar como predictor de la satisfacción marital en hombres y mujeres. La selección fue mediante un muestreo no probabilístico accidental a 559 personas 259 de ellas hombres y 300 mujeres con edad de 21 a 57 años, con un tiempo de relación de pareja de 12.26 años en promedio, al menos un hijo y trabajo remunerado. Se aplicaron las Escalas de Funcionamiento Familiar y el Inventario Multifacético de Satisfacción Marital. Los resultados fueron que en un ambiente familiar en que se percibe la cercanía entre sus miembros y que promueve las relaciones con comunicación, demostraciones de afecto, respeto y apoyo, con el adecuado esparcimiento y recreación, se percibe una relación marital satisfactoria.²⁵

Córdoba Basulto, et al., (2016) elaboraron un estudio retrospectivo, transversal y descriptivo en un consultorio de servicios de urología de la Ciudad de México. Con la finalidad de conocer más sobre las características de los solicitantes de vasectomía sin bisturí, se inició un registro de los datos sociodemográficos de quienes acudían para vasectomía y regresaban para la entrega e interpretación de sus resultados de espermatobioscopía. Se realizó dicho registro desde el último trimestre de 2007 hasta el primer trimestre de 2014. De un total de 531 casos, se encontró el registro de 107 casos de vasectomía sin bisturí y su correspondiente espermatobioscopía. El perfil real de los varones que confirmaron el resultado de azoospermia postvasectomía mediante la espermatobioscopía, incluyó las siguientes características: varones sanos; mayores de edad; con cónyuges principalmente dedicadas al hogar; que ya tenía hijos o que no los tenía ni deseaba tenerlos; predominando los casados o en unión libre por largo tiempo; derechohabientes del sector público, con antecedentes de vida sexual con varias parejas; experiencia en el uso de métodos anticonceptivos no definitivos; con plena convicción de practicarse la vasectomía.²⁶

Zareen, et al., (2016) ejecutaron una investigación para evaluar el conocimiento de los hombres acerca de la vasectomía llamada: Factores sociodemográficos y reproductivos que afectan el conocimiento de hombres casados que aceptan vasectomía; mediante un estudio descriptivo seccional que incluyó a 70 hombres de 25 a 50 años, los cuales realizaron un cuestionario semiestructurado. Como resultado se obtuvo que el 61% tenían entre 30 y 40 años, el 74% contaba con educación superior, el 79% tenía más de 3 hijos, el 60% más de 16 años de casado. Más del 85% contaba con adecuado conocimiento sobre la vasectomía siendo la fuente de información personal médico en el 91.4%. En conclusión, se observó que los pacientes que llevan a cabo el procedimiento cuentan con educación superior, ingresos medios a elevados y con el apoyo de familiares y amigos para la realización del procedimiento.²⁷

Marván, et al., (2017) efectuaron un estudio descriptivo, analítico, comparativo donde se realizaron encuestas para explorar los puntos de vista que preocupan a los mexicanos en relación a la vasectomía. Se reclutaron para la muestra no probabilística 115 hombres adultos mexicanos que vivieran en Xalapa, Veracruz que no tuvieran la Vasectomía y que contaran con al menos 35 años de edad. Se les pidió a los participantes que terminaran la frase: "Si ya no deseara más hijos y me sugirieran la vasectomía, reaccionaría con... o

pensaría que...” Solicitando que respondiera con al menos 5 reacciones diferentes. Se separaron en dos grupos de acuerdo a su nivel educativo, encontrando que en los encuestados con nivel de escolaridad bajo las palabras más utilizadas fueron rechazo, miedo y enojo. Mientras que los que contaban con un nivel educativo superior utilizaron palabras como curiosidad, aceptación e interés. Fueron analizadas las actitudes de los participantes, encontrando de manera más frecuente actitudes negativas (42.6%), ambivalentes (36.5%) y positivas (20.9%). Los resultados indican que los puntos de vista en relación a la vasectomía son negativos para aquellos con un nivel educativo limitado en relación con los que cuentan con una educación superior.²⁸

Rodríguez Mateo, et al. en 2018 efectuaron un estudio descriptivo, analítico, transversal para conocer si las variables familiares interrelacionadas entre sí en el modelo de inestabilidad familiar pueden relacionarse con una nueva variable como la inteligencia emocional para obtener posibles influencias e interacciones. Los instrumentos utilizados fueron tomados del Manual de Instrumentos de evaluación familiar y la Escala de Inteligencia emocional Autoinformada. La muestra corresponde a un grupo de 96 personas que pertenecieran a un grupo familiar y sin dificultad cognitiva. Con las siguientes técnicas de análisis de datos: análisis correlacional entre las variables, la regresión lineal múltiple, análisis de propuesta de modelo estructural y análisis factorial confirmatorio. Obteniendo como resultado que la comunicación familiar, los recursos familiares y la inteligencia emocional se correlacionan positivamente con la satisfacción familiar, mientras que estrés familiar se correlaciona negativamente con la satisfacción familiar al igual que la inestabilidad matrimonial.²⁹

Machen, et al., en 2018 realizaron un estudio descriptivo, analítico, retrospectivo y comparativo de las vasectomías realizadas en el sector urbano vs el rural para conocer la diferencia entre el número de hijos y la edad de los pacientes que se realizan el procedimiento en diferentes tipos de comunidad y medio ambiente. Por medio de un análisis estadístico utilizando regresión lineal para analizar la moda a través del tiempo y utilizando la T de Student para comparar valores. Se aprobó por parte de las dos instituciones y se identificaron 1 565 pacientes operados del 2011 al 2017, excluyéndose aquellos menores de 18 años. Llegando a la conclusión de que los pacientes vasectomizados en el área urbana son mayores y con menos hijos comparado con los pacientes operados en la zona rural.³⁰

Meneses Parra, et al., en 2019 llevaron a cabo una revisión para la búsqueda de factores que inciden en la aceptabilidad de la vasectomía. Durante 2008-2017, las revisiones se realizaron en las bases de datos de PubMed, ProQuest, BioMed Central, Science Direct y Clinical Key. Seleccionaron 39 artículos. Sistematizando y analizando la información dando como resultado tres categorías temáticas: Entorno cultural, Condiciones sociales y Educación e información. Se encontró que existe evidencia de que factores como las creencias, el entorno social y cultural, y la educación e información de los hombres y sus parejas sobre la vasectomía pueden afectar la decisión de utilizar este método.³¹

Pallangyo, et al., (2020) exploraron las percepciones y creencias relacionadas con el uso de la vasectomía en una comunidad rural de Tanzania, por medio de un estudio cualitativo con entrevistas semiestructuradas para la obtención de datos, se reclutaron para la muestra 20 familias casadas o en unión libre con 2 a 6 hijos. Se abordaron temas como la falta de educación, creencias religiosas y la promoción masculina para involucrarse en la planificación familiar. Las mujeres participantes percibieron que el pobre uso de vasectomía está relacionado con el poco conocimiento y mala información acerca del método, asociado a la religión y las barreras socioculturales. Algunas mujeres apoyaron la idea de que sus parejas realizaran el procedimiento mientras que otras no. Se observó la influencia que ejerce la mujer en la elección del método.³²

JUSTIFICACIÓN

La planificación familiar es una de las acciones de salud que se consideran universales, por la importancia de la prevención de embarazos no deseados y las complicaciones que conllevan. Esta responsabilidad debe ser compartida entre los integrantes de una pareja, para poder elegir el método que más convenga a sus intereses.

Que el hombre sea un usuario activo de estos métodos es de vital importancia, sobre todo en países de tercer mundo, donde existe mayor cantidad de población con un nivel social, cultural, económico y educativo bajo, resultando más renuente a la utilización de métodos.

Por lo tanto, este estudio nos brinda herramientas que nos apoyen a identificar cuáles son las características sociales, culturales, así como la funcionalidad de las familias de los varones que aceptan los métodos de planificación familiar en relación a aquellos que no lo aceptan, a pesar de contar con paridad satisffecha.

De esta forma podremos otorgar una mejor orientación y consejería, enfocada a mejorar la aceptabilidad de este método definitivo.

Cuando existe la paternidad satisffecha, lo ideal es la utilización de un método de planificación que sea definitivo como es el caso de la vasectomía sin bisturí. Este es un método que puede tener un mayor alcance, sobre todo en comunidades rurales donde existe mayor marginación, ya que solo requiere un consultorio limpio, instrumental de vasectomía sin bisturí (pinzas de Li, de anillos y tijera), mesa de exploración, lavabo, buena iluminación y un médico familiar capacitado, resaltando que la incidencia de complicaciones transoperatorias (lipotimia, hemorragia, reacción alérgica a la anestesia) abarcan solamente del 1 al 2% de los pacientes sometidos al procedimiento.

En la Unidad de Medicina Familiar No. 28 se cuenta con un consultorio de planificación familiar, donde al menos 1 vez por mes se realizan vasectomías sin bisturí. La enfermera encargada del módulo es quien brinda la orientación y consejería, citando a los pacientes aceptantes la fecha programada de la jornada, donde operan médicos certificados en el procedimiento.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es evidente que la participación del hombre en la planificación familiar es insuficiente en nuestra comunidad, posiblemente por la falta de información científica y el predominio de mitos en relación a la utilización de este método definitivo. Lo que ocasiona un bajo porcentaje de aceptantes, ya que dentro de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 tan sólo se realiza una jornada por mes, operando aproximadamente de 15 a 20 pacientes.

Con la finalidad de buscar estrategias para la promoción, consejería adecuada y aumento en el número de usuarios con paternidad satisfecha de la vasectomía sin bisturí, continuamos estudiando las características de los individuos aceptantes y sus parejas, en relación a los pacientes que no desean realizarse el método a pesar de no querer más descendencia.

Se ha observado en diversos estudios la influencia de la pareja en la aceptación del varón hacia la vasectomía, por lo cual el análisis de la situación de pareja es un factor que nos puede apoyar en la búsqueda de los determinantes para la elección del método.

Parte de la promoción del procedimiento se realiza mediante los pacientes postoperados satisfechos con dicho método; por lo tanto, resulta valioso encontrar las cualidades que éstos comparten y a su vez conocer el tipo de pacientes en los cuales necesitamos llevar a cabo una mejor labor de consejería informada.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las características socioculturales y cómo es la funcionalidad familiar de los aceptantes de vasectomía sin bisturí vs los no aceptantes, de la Unidad de Medicina Familiar No.28, Mexicali, Baja California?

OBJETIVOS

- General:
 - Identificar las características socioculturales y funcionalidad familiar de los aceptantes de vasectomía sin bisturí vs los no aceptantes, de la Unidad de Medicina Familiar No.28
- Específicos:
 1. Describir las características sociodemográficas de la población de estudio: aceptantes y no aceptantes de vasectomía. (Edad, estado civil, escolaridad, ocupación actual, número de hijos vivos, años de relación con la pareja, proveedor principal, motivo para no desear más hijos, método que utilizan actualmente)
 2. Analizar APGAR familiar en pacientes aceptantes y no aceptantes de vasectomía sin bisturí.
 3. Analizar FACES III en pacientes aceptantes y no aceptantes de vasectomía sin bisturí
 4. Asociar la satisfacción familiar con la aceptación del método.
 5. Asociar la funcionalidad familiar con la aceptación del método.

HIPÓTESIS

- Los aceptantes de vasectomía sin bisturí tienen familias funcionales vs los no aceptantes.
- Los aceptantes de vasectomía sin bisturí tienen escolaridad por arriba de la media superior vs los no aceptantes.
- Los aceptantes de vasectomía sin bisturí se perciben como proveedor principal vs los no aceptantes.

HIPÓTESIS NULA

- Los aceptantes de vasectomía sin bisturí tienen familias disfuncionales vs los no aceptantes.

- Los aceptantes de vasectomía sin bisturí tienen escolaridad por debajo de la media superior vs los no aceptantes.
- Los aceptantes de vasectomía sin bisturí no se perciben como proveedor principal vs los no aceptantes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Es un estudio observacional, analítico, comparativo.

Lugar y fecha

Unidad de Medicina Familiar No.28 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Mexicali, Baja California, México. En el periodo de marzo a abril de 2022.

Población

Varones de 18 a 59 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 28 que se realizaron la vasectomía sin bisturí, en el periodo de marzo de 2021 a octubre de 2021 y pacientes NO aceptantes de vasectomía sin bisturí en el periodo de mayo a septiembre de 2022.

Muestra

Pacientes operados de vasectomía sin bisturí de marzo a octubre de 2021: 132 pacientes.

Pacientes masculinos que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 28 que no desean vasectomía sin bisturí, fijándose el número de pacientes en relación a la cantidad de aceptantes: 132 pacientes.

Muestreo

Se incluyen con probabilidad igual a uno todos los pacientes varones de entre 18 a 59 años tanto que se realizaron la vasectomía sin bisturí como aquellos que no desean el procedimiento.

Criterios de inclusión

- Varones de 18 a 59 años de edad con paridad satisfecha y vasectomizados en el Módulo de Planificación familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 28. Que acepten participar previa firma de consentimiento informado.

- Varones de 18 a 59 años de edad con paridad satisfecha sin vasectomía adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 28. Que acepten participar previa firma de consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Pacientes ya operados, que no fueron localizados.

Criterios de eliminación

- Encuestas incompletas.

Instrumentos de medición

- Hoja de recolección de datos que incluya edad, estado civil, escolaridad, ocupación actual, número de hijos vivos, años de relación con la pareja, proveedor principal, motivo para no desear más hijos, método que utilizan actualmente.
- APGAR Familiar. Es un instrumento de evaluación familiar que elaboró Smilkstein en 1978 y luego validada en 1982 mostrando una adecuada consistencia interna (Alfa de Cronbach=0,86). Consta de cinco reactivos, aplicables mediante una breve entrevista a cualquiera de los miembros de una familia. Mide el funcionamiento familiar a través de la satisfacción del entrevistado con su vida en familia, y constituye un instrumento válido y fiable, de utilidad para determinar si la familia representa un recurso para el paciente o si, por el contrario, contribuye a su enfermedad. Los componentes del Apgar familiar son: **adaptabilidad** o apoyo y solidaridad: capacidad de utilizar recursos intrafamiliares y extrafamiliares para resolver situaciones de crisis. **Participación** o compañerismo: capacidad de compartir los problemas y de comunicarse para la toma de decisiones. **Crecimiento**: capacidad de cursar las etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los miembros de la familia. **Afecto**: capacidad de expresar cariño y preocupación por cada miembro de la familia y de demostrar distintas emociones, tanto de bienestar como de emergencia. **Resolución**: capacidad de aplicar los elementos anteriores compartiendo tiempo y recursos especiales y materiales de cada miembro de la familia.
- FACES III. Es la tercer versión de *The Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales*, instrumento desarrollado por David H. Olson y col. en 1985 y basado

conceptualmente en el Modelo circunflejo de sistemas maritales y familiares, concebido por los mismos autores con un coeficiente de confiabilidad de 0.6949 (alfa de Cronbach). Fue desarrollado con la finalidad de facilitar el enlace entre la práctica clínica, la teoría y la investigación con familias. Integra tres dimensiones de la funcionalidad familiar: **Adaptabilidad**: habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles y sus reglas de relaciones en respuesta al estrés situacional o de desarrollo. **Cohesión**: grado de vinculación emocional que tienen los miembros de los sistemas familiares entre sí; grado de autonomía individual que puede experimentar una persona dentro de la familia. **Comunicación**: la cohesión y la adaptabilidad son las dimensiones principales, en tanto que la comunicación favorece el mantenimiento óptimo de las otras dos. Es un instrumento de autoaplicación que evalúa las dos principales funciones a través de 20 reactivos (10 para adaptabilidad y 10 para cohesión). Cuenta con una escala que incluye cinco opciones (nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre, siempre) con valores de 1 a 5. El cuestionario se aplica a personas mayores de 10 años, que sean miembros de familias con hijos y que sepan leer y escribir.

Definición de variables y operacionalización

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador
Edad	Es el tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de una persona o ser vivo, hasta la fecha actual. Puede expresarse en días, meses o años.	Años de vida cumplidos del individuo al momento del estudio.	Cualitativa	Ordinal	Años 1. 20-24 años 2. 25-29 años 3. 30-34 años 4. 35-39 años 5. 40-44 años 6. 45-49 años 7. 50-54 años
Estado civil	Es la situación de convivencia que manifiesta un individuo en relación a su condición familiar.	Situación legal del individuo en relación a su pareja.	Cualitativa	Nominal	1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Divorciado 5. Viudo

Tiempo de relación con la pareja	Periodo determinado que ha transcurrido desde el inicio de relación con la pareja actual.	Años transcurridos de relación con la pareja actual.	Cualitativa	Ordinal	Años 1. 0-4 años 2. 5-9 años 3. 10-14 años 4. 15-19 años 5. 20-24 años 6. 25-29 años 7. 30-34 años
Escolaridad	Periodo de tiempo que un individuo acude a la escuela.	Último grado escolar que cursó el individuo.	Cualitativa	Ordinal	1. Primaria 2. Secundaria 3. Preparatoria 4. Licenciatura 5. Postgrado
Número de hijos	Cantidad de individuos procreados.	Número de hijos referido por el paciente	Cuantitativa	Discreta	1. 2. 3. 4. 5.
Ocupación	Actividad económica que se realiza a cambio de un salario.	Es el tipo de empleo que realiza el individuo, referido durante la entrevista.	Cualitativa	Nominal	1.Universitario, gran comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas, etc. 2.Profesionista técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria, etc. 3.Empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa. 4.Obrero especializado: tractorista, taxista, etc. 5.Obrero no especializado, servicio doméstico, etc.
Método anticonceptivo utilizado	Sustancias, objetos o procedimientos quirúrgicos que permiten llevar un control del número de hijos	Es el tipo de método de planificación familiar que utilizan el paciente y su pareja	Cualitativa	Nominal	1.Condón 2.Anticonceptivos orales 3.Inyección mensual, bimensual o trimestral

	que desea tener una pareja.	durante el interrogatorio. Diagnósticos CIE-10 Z30.0 Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción Z30.2 Esterilización Z30.4 Supervisión del uso de drogas anticonceptivas Z30.5 Supervisión de uso de dispositivo anticonceptivo (intrauterino) Z30.8 Otras atenciones especificadas para la anticoncepción Z30.9 Asistencia para la anticoncepción, no especificada.			4.Parches 5.Dispositivo intrauterino 6.Implante subdérmico 7.Ritmo 8.Espermaticidas 9.Obstrucción tubárica bilateral 10. Ninguno
Proveedor principal	Persona económicamente activa encargada de generar el ingreso familiar.	Es la afirmación del sujeto de estudio durante la entrevista de ser el proveedor económico principal para su núcleo familiar o comparte la responsabilidad de ser proveedor con la pareja actual.	Cualitativa	Nominal	1.Si es proveedor principal 2.No es proveedor principal 3.Ambos son proveedores
Motivo para no desear más hijos	Razón por la cual un individuo no desea mayor descendencia.	Razón por la cual el sujeto no sea tener más hijos.	Cualitativa	Nominal	1.Económico 2.Paridad satisfecha 3.Enfermedad del sujeto de estudio 4.Enfermedad de la pareja 5.Otros (especificar)

<p>Funcionalidad Familiar mediante APGAR familiar</p>	<p>Instrumento de evaluación familiar que mide el funcionamiento familiar a través de la satisfacción del entrevistado con su vida en familia y tiene 5 componentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adaptabilidad • Participación • Crecimiento • Afecto • Resolución <p>Considerando las respuestas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Casi siempre (2 puntos) • Algunas veces (1 punto) • Casi nunca (0 puntos) 	<p>Es la percepción de la satisfacción familiar., evaluado mediante el APGAR</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>1.Familia altamente disfuncional (0-3) 2.Moderada disfunción familiar (4-6) 3.Familia funcional (7-10)</p>
<p>FACES III</p>	<p>La funcionalidad familiar es la interacción de vínculos afectivos entre miembros de la familia, lo que se considera como cohesión; los cuales pueden ser capaces de cambiar la estructura familiar con el fin de superar las dificultades evolutivas familiares lo que se conoce como adaptabilidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nunca (1 punto) • Casi nunca (2 puntos) • Algunas veces (3 puntos) • Casi siempre (4 puntos) 	<p>Es la percepción de la funcionalidad familiar, evaluado mediante el Instrumento FACES III para evaluar percepción de cohesión y adaptabilidad.</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p><u>Cohesión ítems nones:</u></p> <p>1.Disgregada (10-34) 2.Semirrelacionada (35-40) 3.Relacionada (41-45) 4.Aglutinada (46-50)</p> <p><u>Adaptabilidad ítems pares:</u></p> <p>1.Rígida (10-19) 2.Estructurada (20-24) 3.Flexible (25-28) 4.Caótica (29-50)</p> <p>Combinación de ambos ítems:</p> <p>1.Caóticamente disgregada. 2.Flexiblemente disgregada. 3.Estructuralmente disgregada.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre (5 puntos) 	(5)				4. Rígidamente disgregada. 5. Caóticamente semirrelacionada. 6. Flexiblemente semirrelacionada. 7. Estructuralmente semirrelacionada. 8. Rígidamente semirrelacionada. 9. Caóticamente relacionada. 10. Flexiblemente relacionada. 11. Estructuralment e relacionada. 12. Rígidamente relacionada. 13. Caóticamente aglutinada. 14. Flexiblemente aglutinada. 15. Estructuralment e aglutinada. 16. Rígidamente aglutinada.
Vasectomía sin bisturí	Método anticonceptivo definitivo que se realiza por medio de la localización, ligadura, corte y cauterización de las puntas, de los conductos deferentes a través de una punción escrotal.	Es la identificación de los sujetos de estudio mediante el expediente clínico electrónico por medio del diagnóstico de CIE-10 Z30.2 Esterilización	Dicotómica	Nominal	1. Si 2. No	

Procedimiento

Previa aceptación del estudio por el Comité Local de Investigación en Salud, Comité de Ética en Investigación y del director de la unidad médica, mediante el apoyo del investigador responsable, se localizó en el expediente clínico a todos los pacientes masculinos de la base de datos que contaban con el diagnóstico CIE-10 Z30.2 correspondiente a “esterilización”, se identificó a los pacientes que acudieron al módulo de planificación

familiar y se les otorgó consejería pero no aceptaron la vasectomía sin bisturí con el código CIE-10 Z30.0 correspondiente a “consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción”.

Una vez localizada la base de datos se procedió a localizar a los pacientes, invitándolos a participar en el estudio, fueron citados al módulo de planificación familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 donde se realizó la entrevista y se aplicaron las herramientas de estudio. Al acudir el paciente a la cita, se aclararon dudas y se explicó que el protocolo no conllevaba ningún riesgo a su salud o integridad, ya que solo requería del llenado de formatos: hoja de recolección de datos, APGAR Familiar, FACES III, previo llevado del formato de consentimiento informado.

Se puntualizó que como beneficios los pacientes serían más conscientes de su satisfacción y funcionalidad familiar lo que podría ayudarlos a estar complacidos consigo mismos o a mejorar aquellos aspectos que consideraran requerían algún cambio. Expresando que los resultados serían estrictamente confidenciales y solo el paciente y el entrevistador tendrían acceso al resultado de la información obtenida de las herramientas aplicadas. No fue necesario el nombre del paciente ya que se le asignó un folio a cada individuo. Por medio de ese folio el paciente pudo solicitar los resultados de los cuestionarios a la médico residente encargada del estudio.

La información recabada fue capturada en hoja de cálculo del programa Excel. Presentándose los resultados de las características sociodemográficas con ayuda de gráficas de barra y de pastel. Los conteos de las categorías resultantes de la aplicación de los instrumentos APGAR y Faces III se presentaron en tablas de frecuencia individual. La información fue analizada con el apoyo del paquete estadístico SPSS ver 26.

Aspectos éticos

El presente estudio, fue sometido a evaluación del Comité de Ética en Investigación número 2048 (CEI No. 2048) y al Comité local de Investigación en Salud número 204 (CLIS No. 204) ambos con sede en el Hospital General Regional No. 20, Tijuana Baja California.

Se realizó con apego al Código de Núremberg de 1947 y sus 10 normas básicas de las condiciones para la realización de experimentación médica con seres humanos, también a

la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial de 1964, revisada en la 64a Asamblea General, Fortaleza, Brasil en el 2013 sobre los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Conforme a los principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación: respeto, beneficencia y justicia establecidos en el Informe de Belmont de 1979. De acuerdo a la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos, siguiendo los lineamientos del Título Quinto de Investigación para la Salud, que comprende del artículo 96 al 103, en ellos se describen los procedimientos y responsabilidades de los estudios realizados en materia de investigación para la salud. Conforme a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. Incorporando además la Declaración de Taipei (2016) que trata de lograr un equilibrio entre los derechos de las personas que entregan su información o incluso material biológico para investigación y otros propósitos, en base a reglas de confidencialidad y privacidad. Así como los lineamientos del manual de procedimientos para la evaluación, registro y seguimiento de los proyectos de investigación en salud que se realizan en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Incluyendo la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares en su Capítulo II De los Principios de Protección de Datos Personales que nos indica como deber ser el manejo correcto de los datos personales por medio de licitud, consentimiento, información, calidad, finalidad, responsabilidad.

Previa autorización de las autoridades de la unidad, se llevó a cabo la localización y selección de pacientes; y con previa aceptación y firma se aplicó hoja de recolección de datos, APGAR Familiar y FACES III. Guardando en todo momento el respeto al paciente y la estricta confidencialidad ya que solo él y la médico residente encargada del estudio tuvieron acceso al resultado de la información obtenida de las herramientas aplicadas, sin ser necesario en estas últimas el nombre del paciente ya que se le asignó un folio a cada individuo. Como beneficio los pacientes conocieron su funcionalidad y satisfacción familiar percibida, además se les brindó consejería en planificación familiar a los pacientes no aceptantes de la vasectomía; se otorgó una atención personalizada, de calidad, y se brindaron resultados en tiempo y forma de manera estrictamente confidencial.

Aspectos de Bioseguridad

En base al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de la actual investigación se consideró una investigación sin riesgo ya que fue un estudio que empleo técnicas y métodos de investigación documental, no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participaron en el estudio, se aplicaron cuestionarios, entrevistas, y se realizó revisión de expedientes clínicos bajo consentimiento y aceptación de cada paciente. Considerando que existió mayor beneficio en relación al riesgo establecido.

Análisis estadístico

Los datos fueron capturados en una hoja de cálculo empleando el programa Excel. En la descripción de las características sociodemográficas de naturaleza cualitativa: nominal, ordinal, categórica, se construyeron tablas de frecuencia sencillas y de doble entrada, y se presentaron los resultados con ayuda de gráficas de barra y de pastel. Los conteos de las categorías resultantes de la aplicación de los instrumentos APGAR y FACES III para evaluar funcionalidad familiar (Cohesión y Adaptabilidad), se presentaron en tablas de frecuencia individual y considerando dos y hasta tres criterios conjuntamente entre éstos con variables sociodemográficas y con la aceptación (dicotómica) a la vasectomía sin bisturí. El estadístico de prueba para evaluar la hipótesis nula de independencia entre satisfacción familiar (APGAR) y funcionalidad familiar (Faces III) con la aceptación a la vasectomía sin bisturí fue Chi-cuadrada. Los resultados se presentaron con ayuda de gráficas de barra. Cuando la hipótesis nula fue rechazada ($P < 0.05$) las asociaciones se estimaron, para datos organizados en tablas de contingencia, utilizando los coeficientes de contingencia, Phi, y de Cramer. El análisis se apoyó con el paquete estadístico SPSS ver 26.

Recursos Humanos, Materiales, Financiamiento y Factibilidad

El personal requerido fue la médico residente en medicina familiar responsable del estudio quien aplicó y recolectó la información de las herramientas de detección aplicadas, contando con el apoyo de la enfermera del módulo de planificación familiar para la recolección de las historias clínicas de vasectomía de pacientes ya operados. Así como de los médicos vasectomizadores de la UMF No. 28.

El material que se requirió fueron hojas tamaño carta, impresiones, copias fotostáticas, plumas, computadora o laptop con acceso a internet y Office para uso de WORD, EXCELL, POWER POINT. Siendo financiado por la residente a cargo del estudio, por lo que no se generó ningún costo para la institución.

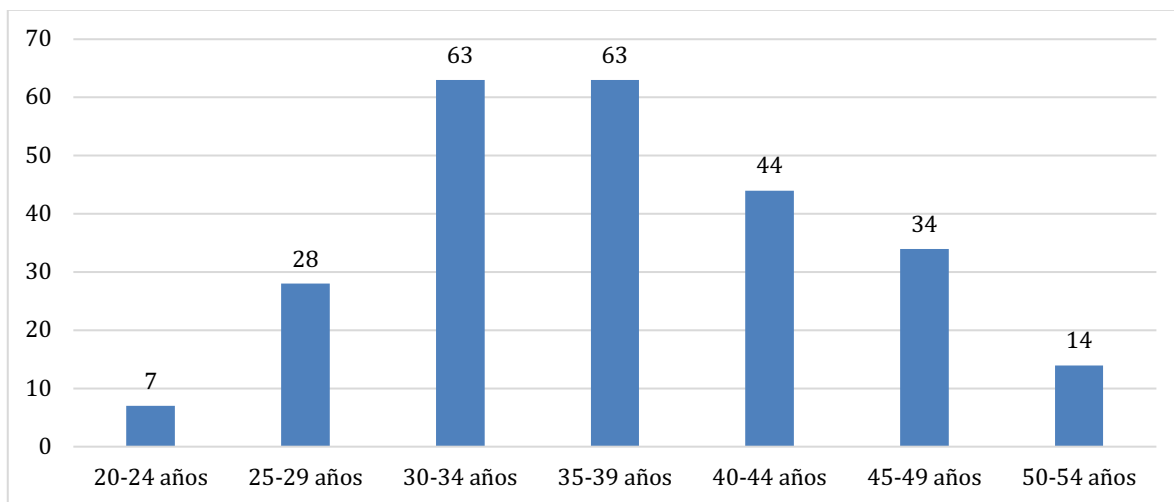
Al contar con un módulo de planificación familiar dentro de la UMF No. 28 donde se realizan vasectomías de manera mensual, fue posible la realización del estudio, ya que se pudo tener acceso a los usuarios de este método, así como a los no aceptantes.

RESULTADOS

La población estudiada de pacientes aceptantes y no aceptantes de vasectomía sin bisturí fue de 253 pacientes de los cuales sus características sociodemográficas se describen a continuación.

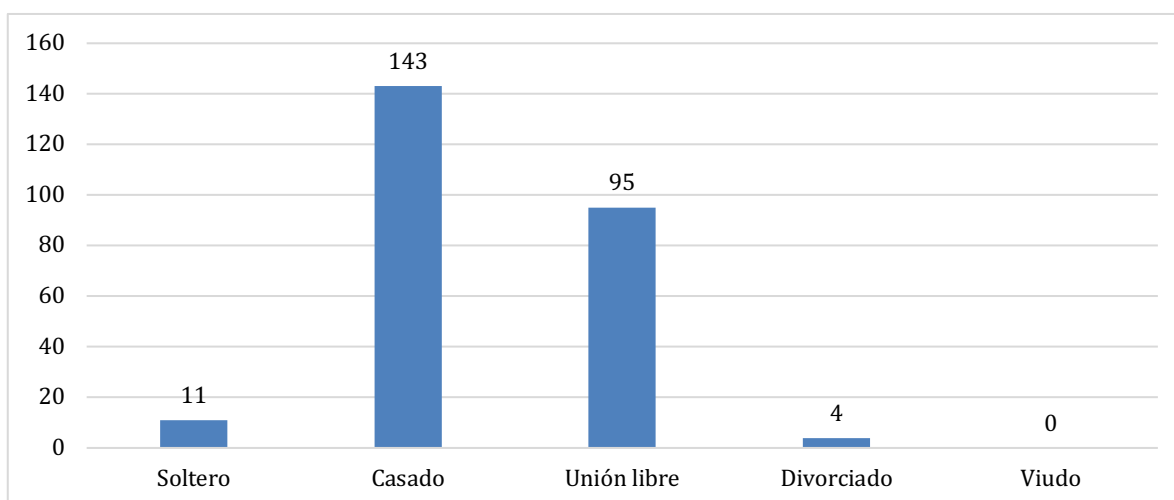
La edad más frecuente fue en las clases 30 a 34 años y de 35 a 39 años con 63 pacientes por igual, siendo tan solo 7 los pacientes del grupo de edad más joven de 20 a 24 años.

Gráfica 1.



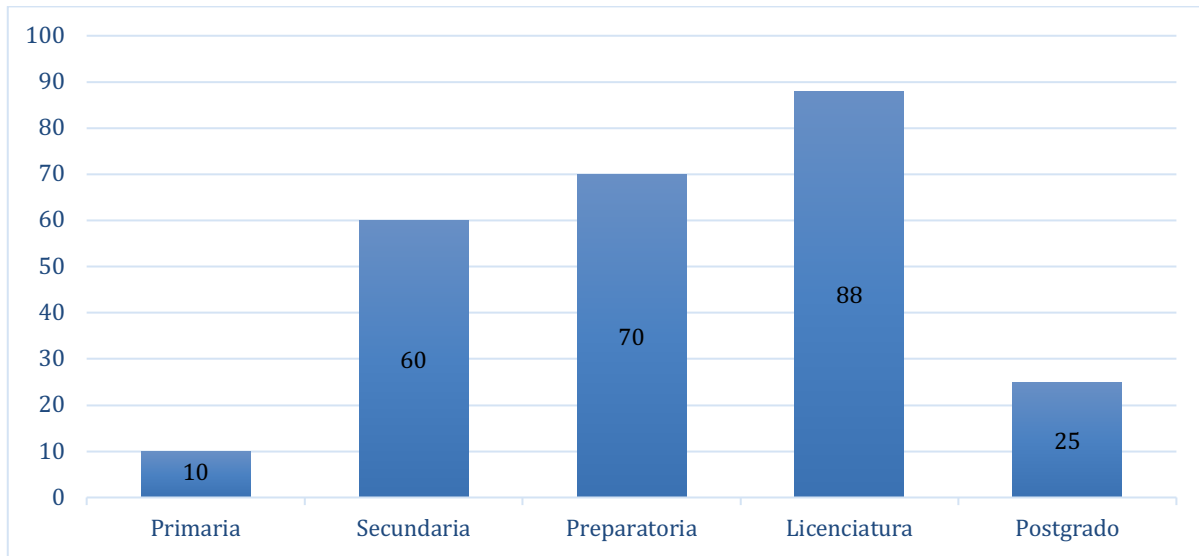
Gráfica 1. Población por Grupos de edad

El estado civil de los pacientes con mayor frecuencia fue principalmente casado con 143 casos, seguido de unión libre con 95 casos. Gráfica 2.



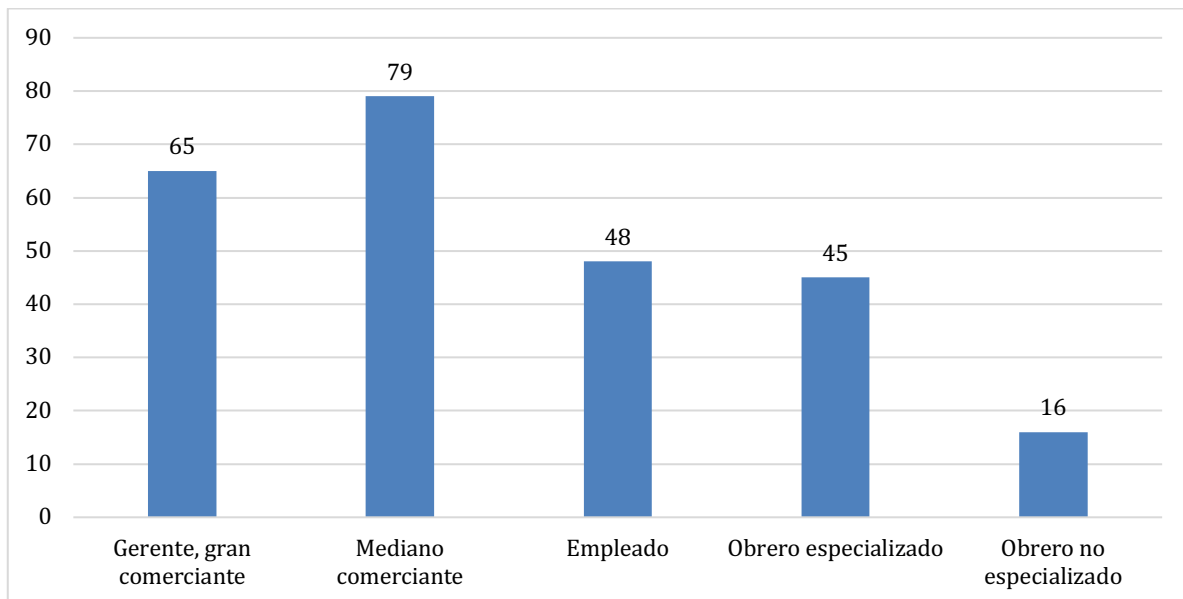
Gráfica 2. Población por Estado civil

La escolaridad que predominó fue la licenciatura con 88 pacientes, seguido de la preparatoria y secundaria con 70 y 60 pacientes, respectivamente. Gráfica 3.



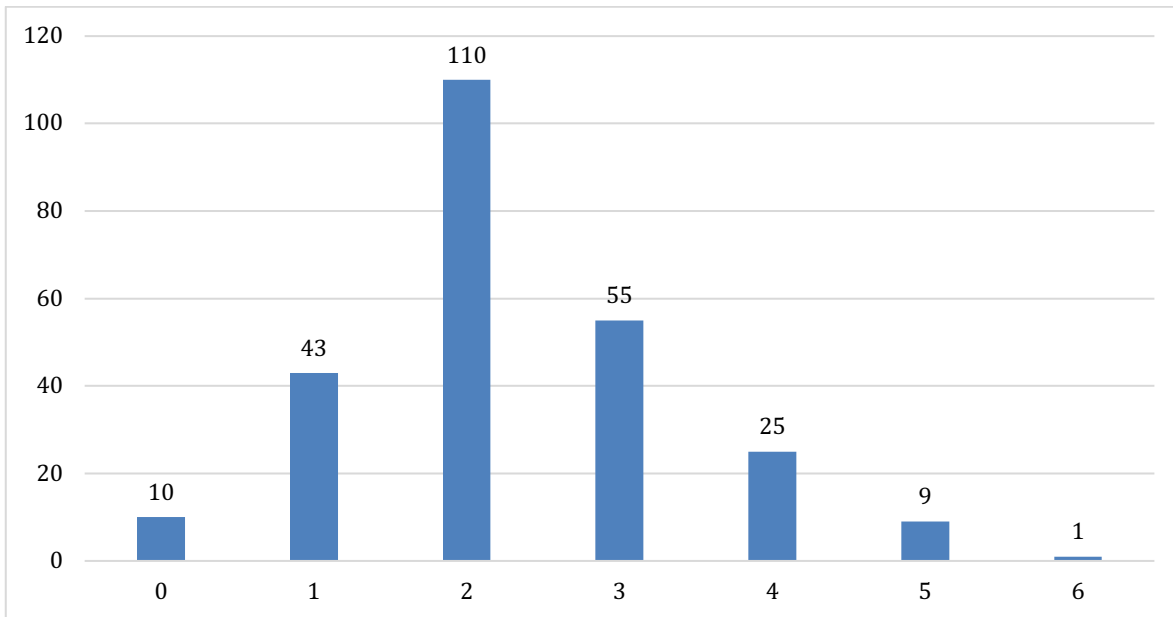
Gráfica 3. Población de acuerdo a la Escolaridad

La ocupación predominante con 79 casos fue medianos comerciantes, seguidos de gerente y gran comerciante con 65 casos. Gráfica 4.



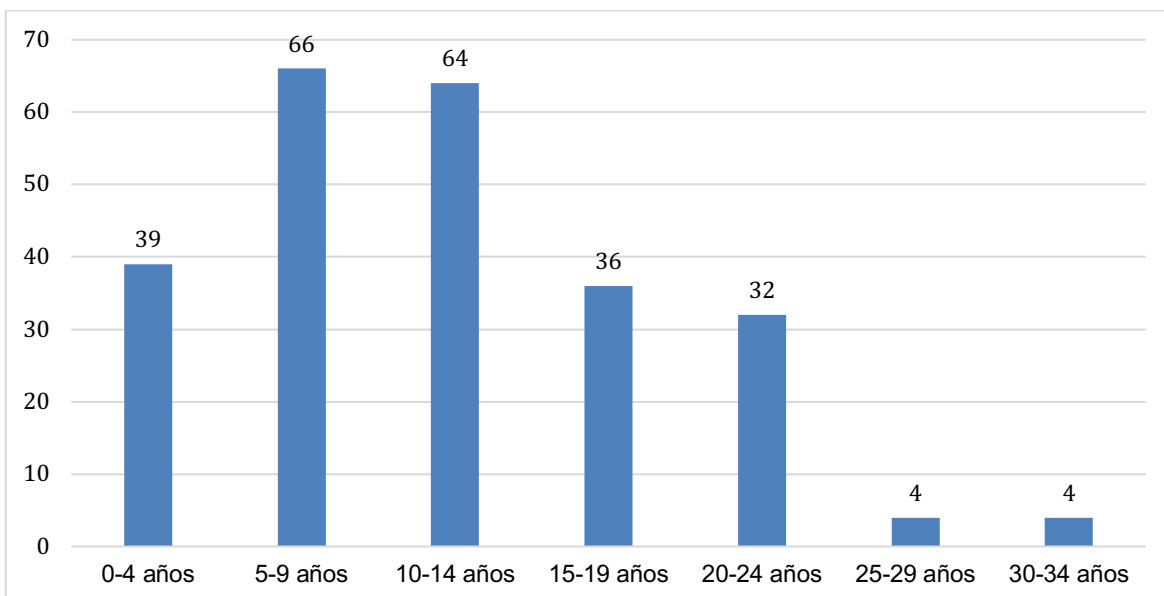
Gráfica 4. Población por Ocupación

El número de hijos vivos en al menos 110 pacientes fue de dos, seguido de tres hijos en las familias de 55 pacientes. Solo 1 caso con seis hijos. Gráfica 5.



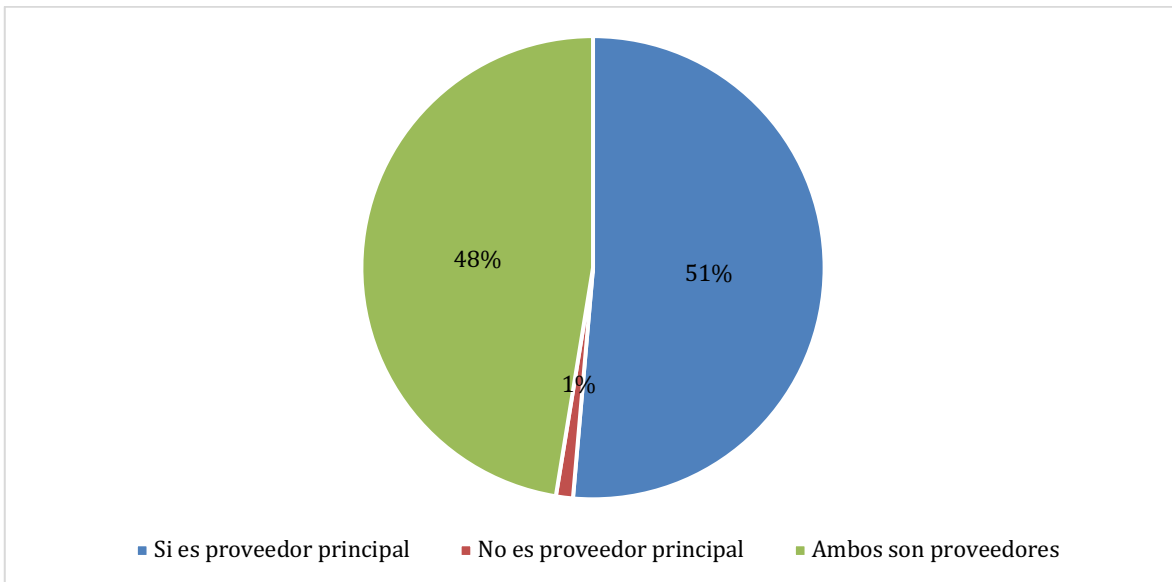
Gráfica 5. Número de hijos vivos

La clase de tiempo de relación con la pareja con mayor frecuencia fue la de los 5 a 9 años con 66 conteos, seguida de la clase 10 a 14 años con 64 conteos. Gráfica 6.



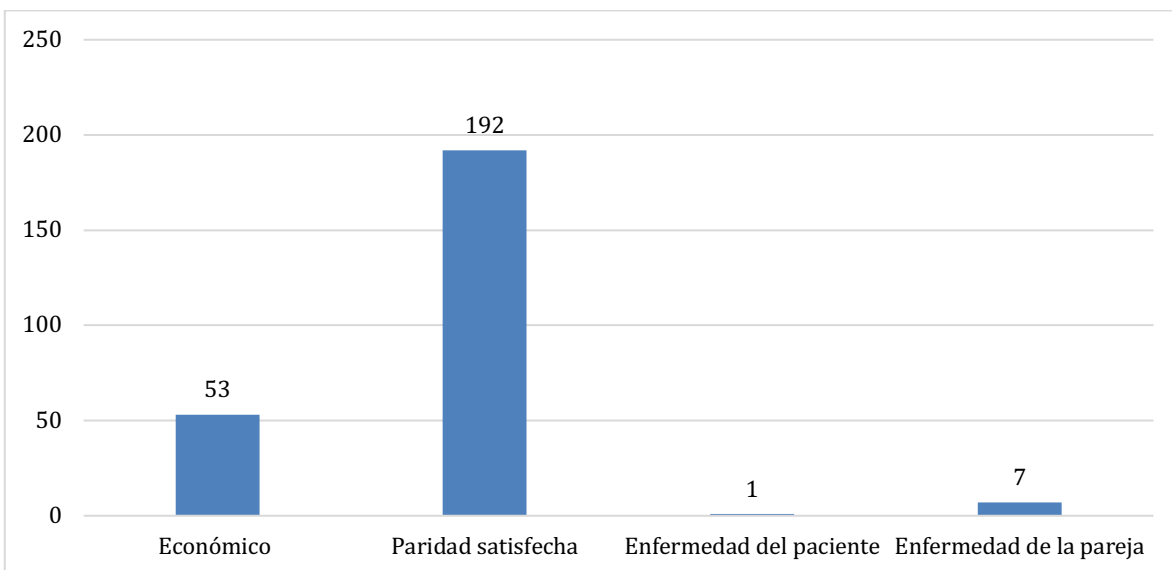
Gráfica 6. Tiempo de relación con la pareja

En las familias de los entrevistados el 51% se percibía como el proveedor principal, mientras que en el 48% ambos eran proveedores. Gráfica 7.



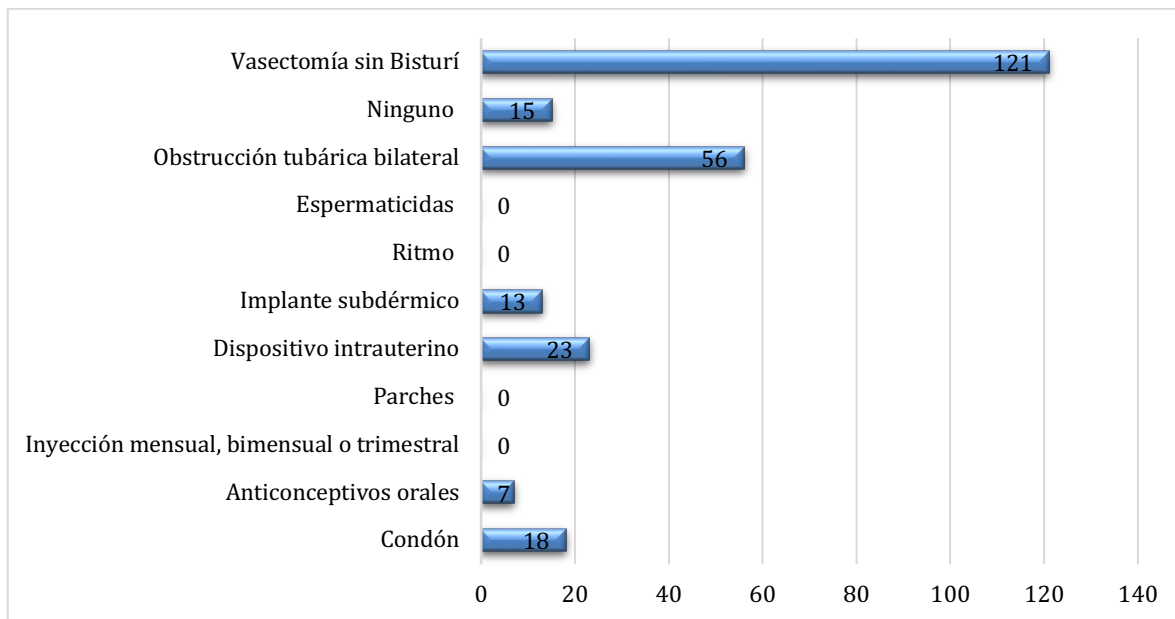
Gráfica 7. Proveedor principal

El motivo para no desear más hijos fue la paridad satisfecha en 192 pacientes, seguido de razones económicas en 53 pacientes. Gráfica 8.



Gráfica 8. Motivo para no desear más hijos

El método de planificación utilizado en la mayoría de los pacientes fue de tipo definitivo con 121 pacientes, mientras que en la población no usuaria de este método la obstrucción tubárica bilateral fue la más utilizada en 56 casos. Gráfica 9.



Gráfica 9. Método de planificación familiar utilizado

Se encontró que el grueso de la población entrevistada usuario y no usuario de vasectomía sin bisturí se encontraba entre los 30 a 39 años de edad con un 54.54% y 45.46% respectivamente; los pacientes operados se encontraban en grupos de edad menores 25 a 29 años en un 18.18%, mientras que los no operados en grupos de edad mayor 40-44 años en un 21.21% y de 45 a 49 años en un 19.70%. Cuadro 1.

Cuadro 1. Edad de aceptantes y no aceptantes de vasectomía sin bisturí

Edad (años)	Aceptantes n (%)	No aceptantes n (%)
20-24	7 (5.79)	0 (0.0)
25-29	22 (18.18)	6 (4.55)
30-34	33 (27.27)	30 (22.73)
35-39	33 (27.27)	30 (22.73)
40-44	16 (13.22)	28 (21.21)
45-49	8 (6.61)	26 (19.70)
50-54	2 (1.65)	12 (9.09)

En relación al estado civil se observó que el 61.6% de los aceptantes y el 52.27% de los no aceptantes del método eran casados, el 28.93% de aceptantes y el 45.45% de no aceptantes se encontraban en unión libre. Cuadro 2.

Cuadro 2. Estado civil de aceptantes y no aceptantes de vasectomía sin bisturí

Estado civil	Aceptantes	No aceptantes
	n (%)	n (%)
Soltero	9 (7.40)	2 (1.52)
Casado	74 (61.60)	69 (52.27)
Unión libre	35 (28.93)	60 (45.45)
Divorciado	3 (2.48)	1 (0.76)
Viudo	0 (0.0)	0 (0.0)

La escolaridad que predominó en el grupo de pacientes aceptantes del método fue la licenciatura con un 42.15% de los pacientes, seguido por preparatoria en un 31.40%, estudios de postgrado en un 13.22%. Por otro lado, en pacientes no aceptantes del método la escolaridad más frecuentemente encontrada fue secundaria con el 34.85%, seguido de licenciatura en el 28.03%, preparatoria en el 24.24%. Cuadro 3.

Cuadro 3. Escolaridad de aceptantes y no aceptantes de vasectomía sin bisturí

Escolaridad	Aceptantes	No aceptantes
	n (%)	n (%)
Primaria	2 (1.65)	8 (6.06)
Secundaria	14 (11.57)	46 (34.85)
Preparatoria	38 (31.40)	32 (24.24)
Licenciatura	51 (42.15)	37 (28.03)
Postgrado	16 (13.22)	9 (6.82)

El mayor número de pacientes aceptantes de vasectomía sin bisturí se encontró en la categoría de medianos comerciantes o profesionistas técnicos con un 34.71%, seguido de gerentes y/o grandes comerciantes con un 32.23%, hubo un 14.88% que eran empleados. De los pacientes no aceptantes del método el 28.03% eran medianos comerciantes, 24.24% obreros especializados, 22.73% empleados. Cuadro 4.

Cuadro 4. Ocupación de aceptantes y no aceptantes de vasectomía sin bisturí

Ocupación	Aceptantes	No aceptantes
	n (%)	n (%)
Gerente, gran comerciante	39 (32.23)	26 (19.70)
Mediano comerciante	42 (34.71)	37 (28.03)
Empleado	18 (14.88)	30 (22.73)
Obrero especializado	13 (10.74)	32 (24.24)
Obrero no especializado	9 (7.44)	7 (5.30)

Los pacientes usuarios de vasectomía sin bisturí tenían en el 42.15% un promedio de 2 hijos, el 20.66% un hijo, 19.86% tres hijos. Los pacientes no operados de vasectomía sin bisturí tenían en el 44.70% dos hijos, el 23.48% tres hijos, 13.64% un hijo. No se encontraron pacientes que tuvieran más de seis hijos. Cuadro 5.

Cuadro 5. Número de hijos de aceptantes y no aceptantes de vasectomía sin bisturí

Número de hijos	Aceptantes	No aceptantes
	n (%)	n (%)
0	8 (6.61)	2 (1.52)
1	25 (20.66)	18 (13.64)
2	51 (42.15)	59 (44.70)
3	24 (19.86)	31 (23.48)
4	8 (6.61)	17 (12.88)
5	4 (3.31)	5 (3.79)
6	1 (0.83)	0 (0.00)

El tiempo de relación con la pareja de pacientes usuarios de vasectomía sin bisturí se encontraba principalmente entre los 5 a 9 años en un 30.09%, de 10 a 14 años en un 29.20% y de 0 a 4 años en el 19.47%, sin encontrarse relaciones mayores a 25 años en este grupo de pacientes. Por otro lado, en el grupo de pacientes no aceptantes de vasectomía el tiempo de relación fue de 5 a 9 años en el 24.24%, 10 a 14 en el 23.48% y de 20 a 24 años en el 18.18%. Cuadro 6.

Cuadro 6. Años de relación con la pareja de aceptantes y no aceptantes de vasectomía sin bisturí

Tiempo de relación con la pareja (años)	Aceptantes n (%)	No aceptantes n (%)
0-4	22 (19.47)	17 (12.88)
5-9	34 (30.09)	32 (24.24)
10-14	33 (29.20)	31 (23.48)
15-19	16 (14.16)	20 (15.15)
20-24	8 (7.08)	24 (18.18)
25-29	0 (0.00)	4 (3.03)
30-34	0 (0.00)	4 (3.03)

Los pacientes operados de vasectomía sin bisturí en el 54.55% eran proveedores principales de la familia, el 42.98% eran proveedores junto con la pareja. En las familias de los pacientes no operados ambos eran proveedores en el 51.52%, y en el 48.48% eran proveedores principales. Cuadro 7.

Cuadro 7. Proveedor principal de aceptantes y no aceptantes de vasectomía sin bisturí

Proveedor principal	Aceptantes n (%)	No aceptantes n (%)
Si es proveedor principal	66 (54.55)	64 (48.48)
No es proveedor principal	3 (2.48)	0 (0.00)
Ambos son proveedores	52 (42.98)	68 (51.52)

Se encontró que, en ambos grupos de pacientes, el motivo para no desear más hijos fue la paridad satisfecha en el 80.17% y 71.97% de los casos respectivamente, seguido del motivo económico en el 13.22% y el 28.03%. Cuadro 8.

Cuadro 8. Motivo para no desear más hijos de aceptantes y no aceptantes de vasectomía sin bisturí

Motivo para no desear más hijos	Aceptantes n (%)	No aceptantes n (%)
Económico	16 (13.22)	37 (28.03)
Paridad satisfecha	97 (80.17)	95 (71.97)
Enfermedad del paciente	1 (0.83)	0 (0.00)
Enfermedad de la pareja	7 (5.79)	0 (0.00)
Otros	0 (0.00)	0 (0.00)

El método de planificación más utilizado en las parejas de pacientes no operados de vasectomía sin bisturí fue la obstrucción tubárica bilateral en un 42.42%, seguido del dispositivo intrauterino con el 17.42%, llama la atención que el 11.36% no utilizaba ningún método a pesar de contar con paridad satisfecha. Cuadro 9.

Cuadro 9. Método de planificación familiar utilizado en las parejas de pacientes no vasectomizados

Método de planificación familiar	No aceptantes n (%)
Condón	18 (13.64)
Anticonceptivos orales	7 (5.3)
Inyección mensual, bimensual o trimestral	0 (0.00)
Parches	0 (0.00)
Dispositivo intrauterino	23 (17.42)
Implante subdérmico	13 (9.83)
Ritmo	0 (0.00)
Espermaticidas	0 (0.00)
Obstrucción tubárica bilateral	56 (42.42)
Ninguno	15 (11.36)

La evaluación de la satisfacción familiar se realizó por medio del APGAR familiar; como se muestra a continuación, la mayor parte de los pacientes entrevistados tanto usuarios como no usuarios de la vasectomía sin bisturí se percibieron satisfechos con su vida familiar considerando a su familia funcional en el 89.26% y 90.91% de los casos respectivamente. Mientas que en el 10.74% y el 9.09% de los casos, la percepción de la satisfacción disminuyó, lo que se tradujo como moderada disfunción. Cuadro 10.

Cuadro 10. APGAR familiar de aceptantes y no aceptantes de vasectomía sin bisturí

APGAR	Aceptantes n (%)	No aceptantes n (%)
Familia altamente disfuncional	0 (0.00)	0 (0.00)
Moderada disfunción familiar	13 (10.74)	12 (9.09)
Familia funcional	108 (89.26)	120 (90.91)

La evaluación de la funcionalidad familiar se llevó a cabo mediante la herramienta FACES III, encontrando que el 18.18% de los pacientes operados de vasectomía sin bisturí percibían a su familia como caóticamente relacionada, el 17.36% caóticamente aglutinada, el 15.70% flexiblemente relacionada y 8.26% estructuralmente relacionada. Mientras que los pacientes no operados percibían a sus familias como caóticamente relacionadas en el 28.13% caóticamente aglutinadas en el 18.75%, caóticamente semirrelacionada en el 12.50% y estructuralmente relacionada en el 8.59%. Cuadro 11.

Cuadro 11. FACES III de aceptantes y no aceptantes de vasectomía sin bisturí

FACES III	Aceptantes	No aceptantes
Tipo de familia	n (%)	n (%)
Caóticamente disgregada	4 (3.31)	1 (0.78)
Flexiblemente disgregada	4 (3.31)	1 (0.78)
Estructuralmente disgregada	1 (0.83)	0 (0.00)
Rígidamente disgregada	0 (0.00)	5 (3.91)
Caóticamente semirrelacionada	9 (7.44)	16 (12.50)
Flexiblemente semirrelacionada	8 (6.61)	9 (7.03)
Estructuralmente semirrelacionada	8 (6.61)	9 (7.03)
Rígidamente semirrelacionada	1 (0.83)	0 (0.00)
Caóticamente relacionada	22 (18.18)	36 (28.13)
Flexiblemente relacionada	19 (15.70)	7 (5.47)
Estructuralmente relacionada	10 (8.26)	11 (8.59)
Rígidamente relacionada	3 (2.48)	1 (0.78)
Caóticamente aglutinada	21 (17.36)	24 (18.75)
Flexiblemente aglutinada	6 (4.96)	5 (3.91)
Estructuralmente aglutinada	5 (4.13)	3 (2.34)
Rígidamente aglutinada	0 (0.00)	0 (0.00)

La herramienta del FACES III, nos permite clasificar a las familias como equilibradas, medias o extremas, para poder identificar las que pueden ser más propensas a la disfunción. Descubriendo que tanto pacientes usuarios de la vasectomía, así como los no usuarios se encontraban en su mayoría clasificados como familias medias y equilibradas en relación a la funcionalidad. Figura 1 y figura 2.

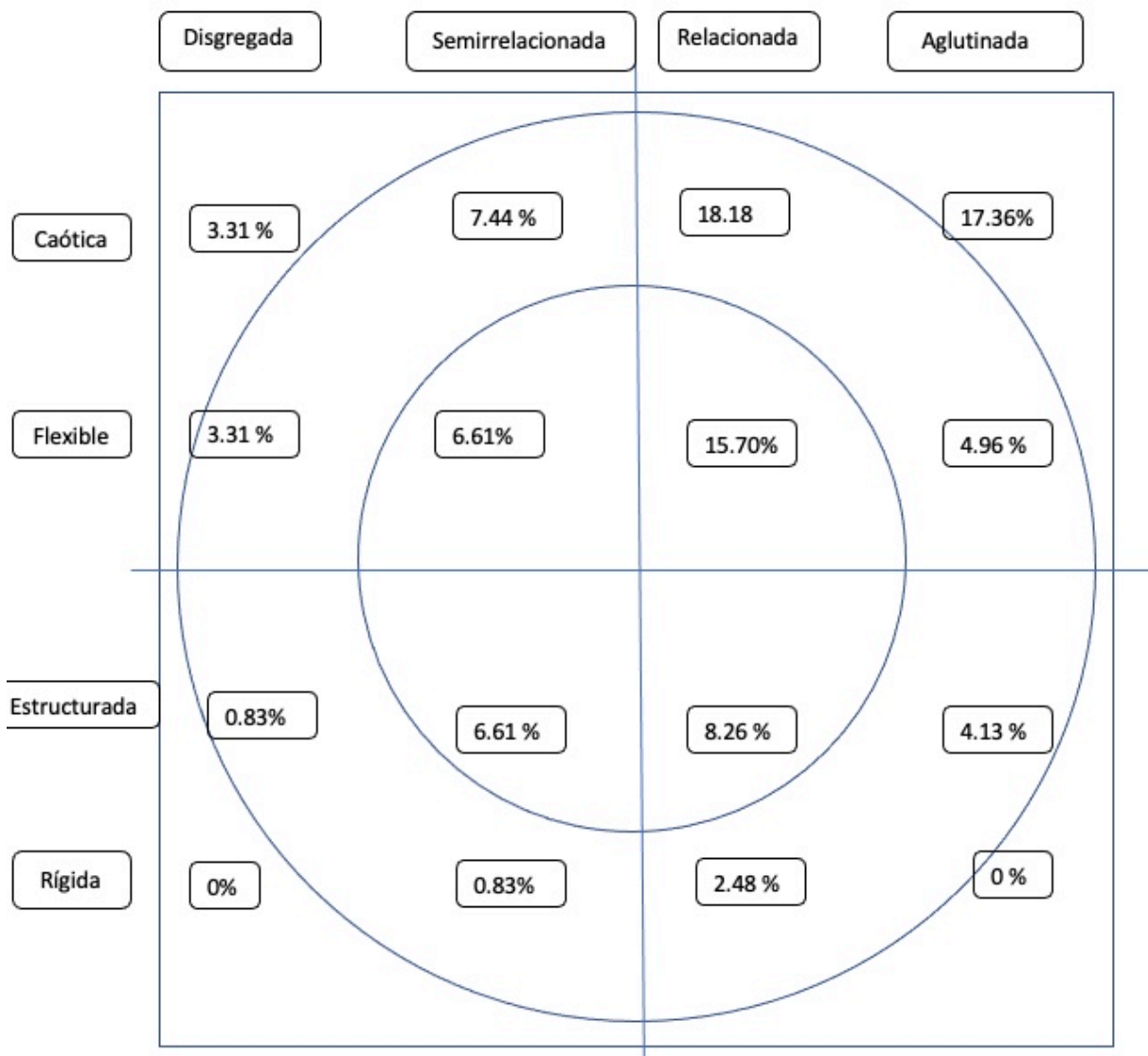


Figura 1. FACES III de Aceptantes de Vasectomía sin bisturí.

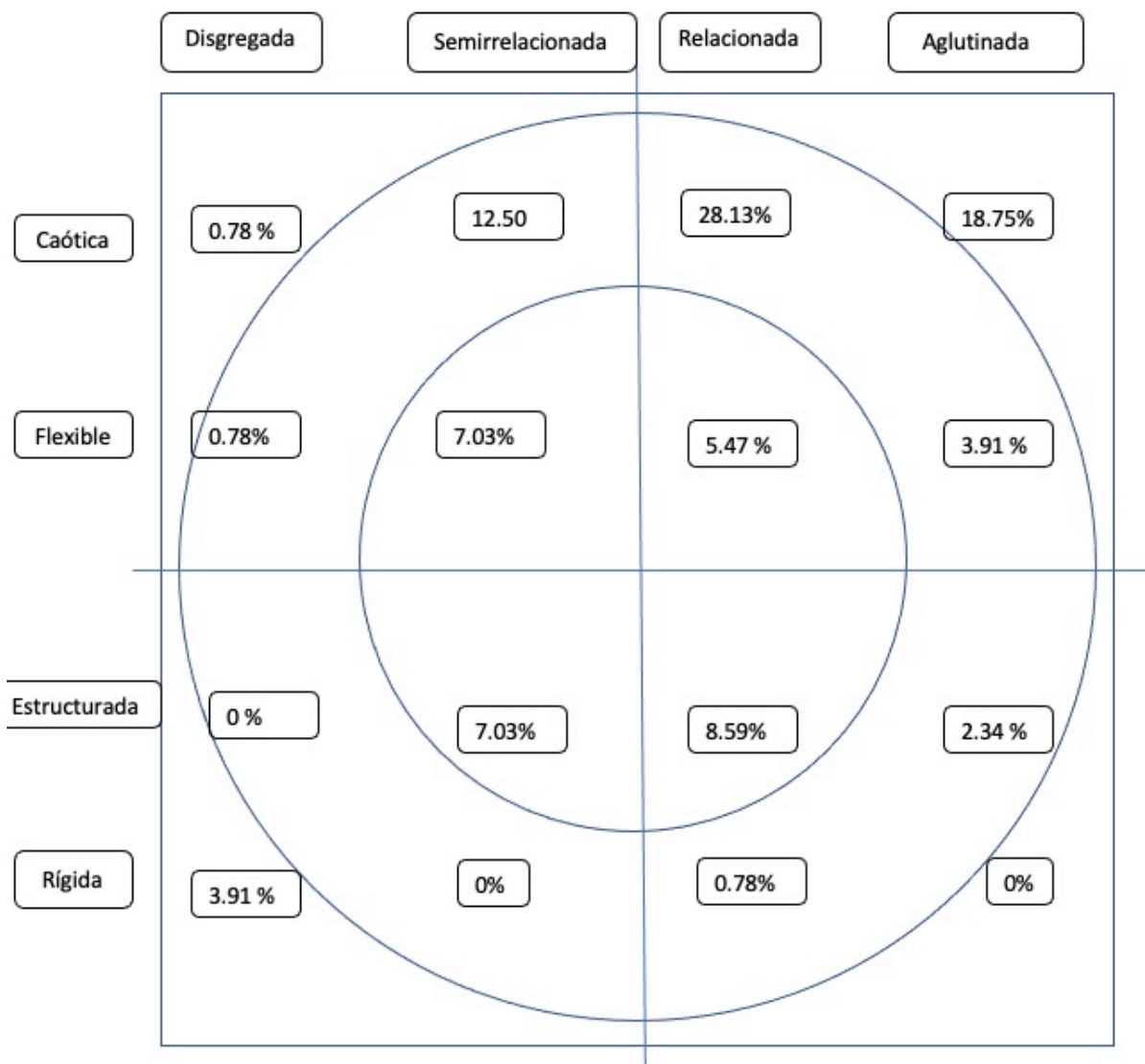


Figura 2. FACES III de No aceptantes de Vasectomía sin bisturí.

No se observó asociación entre el APGAR familiar con los aceptantes y no aceptantes de vasectomía sin bisturí ($P > 0.05$). Por lo que se muestra que son variables independientes. Cuadro 12.

Cuadro 12. Asociación de la Satisfacción Familiar con la aceptación de la vasectomía sin bisturí

	Vasectomía sin bisturí	
	Aceptantes	No aceptantes
APGAR familiar		
• Moderadamente funcional	13	12
• Funcional	108	120

En la Cohesión de la Funcionalidad Familiar con los aceptantes y no aceptantes de vasectomía sin bisturí, no se observó asociación ($P>0.05$). Por lo que se muestra que son variables independientes. Cuadro 13.

Cuadro 13. Asociación de la Cohesión con la aceptación de la vasectomía sin bisturí

	Vasectomía sin bisturí	
	Aceptantes	No aceptantes
Cohesión		
• Disgregada	9	7
• Semirrelacionada	28	36
• Relacionada	54	57
• Aglutinada	32	32

Respecto a la Adaptabilidad de la Funcionalidad Familiar con los aceptantes y no aceptantes de vasectomía sin bisturí, no se observó asociación ($P>0.05$). Por lo cual son variables independientes. Cuadro 14.

Cuadro 14. Asociación de la Adaptabilidad con la aceptación de la vasectomía sin bisturí

	Vasectomía sin bisturí	
	Aceptantes	No aceptantes
Adaptabilidad		
• Rígida	4	6
• Estructurada	28	24
• Flexible	37	23
• Caótica	56	79

Tampoco se observó asociación entre el tipo de familia con los aceptantes y no aceptantes de vasectomía sin bisturí ($P>0.05$). Por lo cual son variables independientes. Cuadro 15.

Cuadro 15. Asociación entre el tipo de familia (funcionalidad familiar) con los aceptantes y no aceptantes de vasectomía sin bisturí.

Tipo de familia	Vasectomía sin bisturí	
	Aceptantes	No aceptantes
Caóticamente disgregada	4	1
Flexiblemente disgregada	4	1
Estructuralmente disgregada	1	0
Rígidamente disgregada	0	5
Caóticamente semirrelacionada	9	16
Flexiblemente semirrelacionada	8	9
Estructuralmente semirrelacionada	8	9
Rígidamente semirrelacionada	1	0
Caóticamente relacionada	22	36
Flexiblemente relacionada	19	7
Estructuralmente relacionada	10	11
Rígidamente relacionada	3	1
Caóticamente aglutinada	21	24
Flexiblemente aglutinada	6	5
Estructuralmente aglutinada	5	3
Rígidamente aglutinada	0	0

DISCUSIÓN

En el presente estudio se incluyeron 253 pacientes usuarios y no usuarios de la vasectomía sin bisturí, encontrando que se corroboraron dos de las tres hipótesis propuestas, ya que los pacientes con vasectomía sin bisturí contaban con una escolaridad mayor en relación con los pacientes no operados, además de que eran proveedores principales, mientras que, en las familias de pacientes sin el procedimiento, ambos eran proveedores. A pesar de estas diferencias, tanto pacientes usuarios y no usuarios del método, se percibían con adecuada funcionalidad en sus familias.

Alrededor del 50% de los pacientes en el estudio contaban con edades entre los 30 a 39 años, siendo licenciatura la escolaridad predominante en pacientes vasectomizados. Destacando el perfil de varones mexicanos que se someten al procedimiento según Hernández Aguilera et al. donde la edad de los pacientes variaba de los 30 a 40 años con nivel educativo superior al bachillerato.² Datos similares a los reportados por Ramos Salazar et al., en 2015 donde la proporción de pacientes sometidos a vasectomía sin bisturí fue 6 veces mayor en hombres de 30 a 40 años de educación media y superior.²³

Más del 90% de los pacientes vasectomizados fueron casados o en unión libre, siendo en el 54.55% proveedores principales del hogar; características relacionadas con la conceptualización de la masculinidad, el ser proveedor y hombre de familia, como lo presentaba Maina BW et al.¹⁹ En el estudio de Córdoba Basulto et al. (2016) de un total de 531 casos de pacientes operados predominaron los pacientes casados o en unión libre por largo tiempo, con cónyuges principalmente dedicadas al hogar.²⁶

En este estudio se observó que los hombres con vasectomía y sin ella, tenían alrededor de 2 hijos (43.48%), y los años de relación con la pareja eran en promedio de 5 a 9 en el 26.94%. Mientras que el estudio de Machen GL et al., coincidía en que el promedio de hijos en pacientes operados es de dos;³⁰ encontramos cifras distintas en el estudio de Zareen et al., donde el 79% de los pacientes en el estudio tenía más de 3 hijos y el 60% más de 16 años de relación con la pareja.²⁷

Se encontró que la ocupación del 34.71% de los pacientes eran profesionistas técnicos o medianos comerciantes, mientras que el 32.23%, profesionistas o grandes comerciantes, siendo menos del 20% los clasificados como obreros. En comparación con el estudio realizado por Hernández Soria, donde el 60% eran obreros y tan solo el 40% profesionistas.

Esta diferencia puede ser dada debido a la zona geográfica donde tuvo lugar el estudio, ya que este último fue realizado en el estado de Michoacán, donde la escolaridad no es por arriba de la media nacional.³⁴

Se evaluó el motivo para no tener más hijos en ambos grupos de pacientes, siendo la paridad satisfecha el motivo predominante, en alrededor del 80% en los pacientes operados. Inclinación semejante al estudio de Ohn Mar et al., donde se puntualizó que en el 70% de los casos la vasectomía fue para los pacientes con paridad satisfecha.³ Mientras que, en el estudio observacional, analítico, transversal de Muñoz Pérez et al., realizado en la ciudad de México en 2016 el 95% de los pacientes que realizaron el procedimiento contaba con el número de hijos deseado.²² Información muy distinta a la encontrada por Meneses Parra, et al., donde la paridad satisfecha fue el motivo para la realización del procedimiento solo en el 50%, mencionando otras razones como una mejor calidad de vida en el 20%, situación económica en el 14%, o por ser un procedimiento de bajo riesgo en el 9,2%.³¹

Dentro de este estudio se observó que los pacientes no usuarios de la vasectomía sin bisturí utilizaban método definitivo en conjunto con su pareja, es decir, la obstrucción tubárica bilateral, por lo tanto junto con los pacientes usuarios de vasectomía sin bisturí, un total de 69.96% de pacientes con paridad satisfecha utilizaban método de planificación definitiva, cifras superiores a las reportadas por ESANUT 2018-19,³³ donde tan sólo el 34.1% utilizaba este tipo de métodos anticonceptivos, siendo superado por el DIU en el 39.6% de los casos.

De manera general, no se observó asociación entre la satisfacción familiar por medio del APGAR y la funcionalidad familiar por medio del FACES III con la aceptación de la vasectomía sin bisturí.

Sin embargo, se encontró que la mayoría de los hombres entrevistados percibían una satisfacción familiar adecuada, así como una buena funcionalidad gracias al equilibrio entre cohesión y adaptabilidad percibidos. Comparando con el estudio de Schoeps et al. donde los hombres entrevistados presentaban una mejor adaptabilidad en relación a la cohesión, manteniendo la funcionalidad percibida de manera media a equilibrada.²⁰

En relación a la satisfacción familiar percibida a través de la escala de APGAR, se encontró que ambos grupos percibían a su familia como funcional en un 90.12%, mientras que solo

el 9.88% la percibía como moderadamente funcional; misma tendencia a la encontrada en el estudio de Hernández Soria, donde el 75% se clasificaba como familia funcional y el 25% como modernamente disfuncional.³⁴ Teniendo en cuenta que esta escala es solamente perceptiva y dependerá de varios factores asociados al entrevistado, por ejemplo: estado de salud individual, familiar, del ciclo evolutivo, situación de crisis, entre otros. Factores no evaluados en estos estudios.

Refiriéndonos a la herramienta del FACES III, el 22.09% de total, se encontró en rango extremo, por lo tanto, más propenso a la disfunción. Cifras distintas a las reportadas en el estudio de Hernández Soria donde solo el 5% se encontraba en rango extremo.³⁴ Al igual que la herramienta mencionada anteriormente, los resultados son perceptivos de cada individuo y pueden variar de acuerdo con la etapa del ciclo vital familiar, la severidad de los estresores presentes en un momento dado, la cosmovisión y los valores propios de cada familia. Usualmente los hombre tienen la tendencia a una cohesión menor en relación con las mujeres u otros miembros de la familia, en este estudio las cifras de cohesión aglutinada en ambos grupos fue de alrededor del 25%, quiere decir que una cuarta parte de la población entrevistada no favorece al desarrollo individual de sus miembros, tienen dependencia entre sí, falta de límites y todas las actividades las comparten. Lo anterior puede deberse al tiempo prolongado laborando, lo cual genera sensación de mayor responsabilidad para con la familia dentro de casa, disminuyendo la independencia de los miembros. Incluso asociado a las modificaciones conductuales de los individuos donde el varón se empieza a transformar en un ser más apegado a la familia.

No se encontró bibliografía que mencione la asociación entre la satisfacción y funcionalidad familiar con la aceptación de la vasectomía.

CONCLUSIONES

Este estudio nos aportó una perspectiva sobre la planificación familiar, satisfacción y funcionalidad familiar desde el punto de vista de los hombres, ya sean usuarios activos o no de la vasectomía sin bisturí.

De los pacientes aceptantes de la vasectomía sin bisturí fue observable que en un porcentaje por arriba del 50% los pacientes tenían entre los 30 y 39 años de edad, el 80% de los sometidos al procedimiento manifestaron contar con paridad satisfecha como principal motivo para la realización de la cirugía, alrededor del 90% percibieron adecuada satisfacción familiar y solo el 20% presentó riesgo de disfunción familiar.

De los pacientes no aceptantes de la vasectomía sin bisturí, fue observable que más del 40% se encontraba entre los 30 y 39 años de edad, el 90% refirió adecuada percepción de la satisfacción familiar y aproximadamente el 20% se encontró con riesgo de disfunción familiar. Aproximadamente el 70% refería paridad satisfecha, pero solo en alrededor del 40% la pareja era usuaria de método definitivo (obstrucción tubárica bilateral), lo cual muestra un deficiente conocimiento sobre los métodos de planificación familiar, así como la necesidad de una adecuada orientación y consejería en este grupo de pacientes.

Al comparar ambos grupos, pudimos encontrar que los resultados en las variables estudiadas, se asemejan. Solo se puntualiza la diferencia, en relación al grado de escolaridad mayor y al ser proveedores principales, de los pacientes del grupo de usuarios de la vasectomía sin bisturí.

Precisando que los resultados obtenidos en relación a la satisfacción y funcionalidad familiar percibida en ambos grupos no era lo esperado, ya que los porcentajes eran similares. Al ser estas herramientas perceptivas, se creía que, al considerarse con un estatus mayor, mejores serían los resultados de dichas escalas.

RECOMENDACIONES

A pesar de que exista un módulo de planificación familiar en la UMF No.28, el médico familiar dentro del consultorio es el primero que debe realizar la captación e invitación de las y los pacientes, recordando que independientemente del sexo de nuestro paciente, se puede ofertar la vasectomía para que se realice la difusión de este método no solo con los varones, sino también con las parejas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ordóñez Azuara Y, Gutiérrez Herrera RF, Méndez Espinoza E, Alvarez Villalobos NA, Lopez Mata D, de la Cruz de la Cruz C. Asociación de tipología familiar y disfuncionalidad en familias con adolescentes de una población mexicana. *Atención Primaria*. 2020 Dec 1;52(10):680–9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656720300743>
2. Hernández Aguilera, Marván Garduño. La vasectomía desde una perspectiva psicosocial. *Perinatología y Reproducción Humana*. 2015 Jan 1;29(1):30–5. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0187533715000084>
3. Ohn Mar S, Ali O, Sandheep S, Husayni Z, Zuhri M. Attitudes towards vasectomy and its acceptance as a method of contraception among clinical-year medical students in a Malaysian private medical college. *Singapore Medical Journal*. 2019 Feb;60(2):97–103.
4. García AA, Hernández LCA, Herrera LAL, Marín GMG, Rivadulla RR. Historia del condón y otros métodos anticonceptivos. *Revista Médica Electrónica*. 2019;41(2):588–97. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=88161>
5. Amory JK. Male contraception. *Fertility and Sterility*. 2016 Nov;106(6):1303–9.
6. Altok M, Şahin AF, Divrik RT, Yildirim U, Zorlu F. Prospective comparison of ligation and bipolar cautery technique in non-scalpel vasectomy. *International Braz J Urol: Official Journal of the Brazilian Society of Urology*. 2015 Nov 1;41(6):1172–7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26742977/>
7. Bhuyan K, Ali I, Sarma G, Das U. No Scalpel Vasectomy (NSV) with Ligation and Excision: A Single Centre Experience. *The Indian Journal of Surgery*. 2015 Dec 1;77(Suppl 3):1038–40. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27011506/>
8. Zini A, Grantmyre J, Chan P. CUA guideline: Vasectomy. *Canadian Urological Association Journal*. 2016;10(7-8):E274–8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5110415/>
9. Yang F, Li J, Dong L, Tan K, Huang X, Zhang P, et al. Review of Vasectomy Complications and Safety Concerns. *The World Journal of Men's Health*. 2020;38.
10. Garretón A, Valzacchi G, Layús O, Damia O. Vasectomía sin bisturí: eficacia de la técnica quirúrgica y adherencia al control postoperatorio No Scalpel Vasectomy: Efficacy of the Surgical Technique and Postoperative Control Adherence. *Rev Arg de Urol*. 2016; 81(1):39–44. Disponible en:

<https://revistasau.org/index.php/revista/article/viewFile/4001/3474#:~:text=El%2026%2C04%25%20no%20volvi%C3%B3>

11. Ostrowski KA, Holt SK, Haynes B, Davies BJ, Fuchs EF, Walsh TJ. Evaluation of Vasectomy Trends in the United States. *Urology*. 2018 Aug;118:76–9.
12. Johnson D, Sandlow JI. Vasectomy: tips and tricks. *Translational Andrology and Urology*. 2017 Aug 1;6(4):704–9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5583057/>
13. Kısa S, Savaş E, Zeyneloğlu S, Dönmez S. Opinions and Attitudes About Vasectomy of Married Couples Living in Turkey. *American Journal of Men's Health*. 2017 May 1;11(3):531–41. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5675235/>
14. White AL, Davis RE, Billings DL, Mann ES. Men's Vasectomy Knowledge, Attitudes, and Information-Seeking Behaviors in the Southern United States: Results From an Exploratory Survey. *American Journal of Men's Health*. 2020 Jul;14(4):155798832094936.
15. Boloña YM, Bernal ZD. Percepciones de los hombres sobre sus necesidades de atención en la Consulta de Planificación Familiar. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2015 Jun 30;41(2). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=65975>
16. Silva WG da, Bernal HL, Cândido FNO, Raimundo PPM, Duarte SJH. O planejamento familiar para homens. *Revista de Enfermagem UFPE on line*. 2018 Nov 6;12(11):3098.
17. Rojas OL. Mujeres, hombres y vida familiar en México. Persistencia de la inequidad de género anclada en la desigualdad social. *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género de El Colegio de México*. 2016 Jan 21;2(3):73.
18. Velázquez MAS, Campos GP, Jiménez CDA, Chavero MS. Prácticas sexuales y anticoncepción en hombres jóvenes: una mirada de género. *Psicología y Salud*. 2017 Feb 14;27(1):19–28. Disponible en: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2433>
19. Maina BW, Sikweyiya Y, Ferguson L, Kabiru CW. Conceptualisations of masculinity and sexual development among boys and young men in Korogocho slum in Kenya. *Culture, Health & Sexuality*. 2020 Dec 8;1–15.
20. Schoeps, Konstanze, González, Remedios, Montoya-Castilla, Inmaculada, Personalidad, relaciones familiares y satisfacción con la vida en parejas casadas.

- Revista Mexicana de Psicología. 2016;33(2):89-100. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243056044001>
21. Uribe Rodríguez, Ana Fernanda, Salud sexual, apoyo social y funcionamiento familiar en universitarios. Revista Virtual Universidad Católica del Norte. 2016; (49):206-229. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194247574012>
 22. Muñoz Pérez, Marco Antonio, López Portillo, Armando, Velasco Morales, Sergio, Conocimientos, actitudes y creencias entorno a la elección de la vasectomía en ecatepec-méxico. Revista Científica Ciencia Médica. 2017;20(2):33-39. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=426054755006>
 23. Ramos-Salazar LV, Castañeda-Sánchez O, López-Ruiz EM. Factores biopsicosociales que influyen en la elección de la vasectomía. Atención Familiar. 2015 Jul 1;22(3):82–6. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-familiar-223-articulo-factores-biopsicosociales-que-influyen-eleccion-S1405887116300578>
 24. Hernández R del CS, Bernal ZD, Ramos GS, Piñero JP. Representaciones socioculturales sobre el ideal de la salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios ecuatorianos. Revista Cubana de Salud Pública. 2015 Aug 17;41(3):459–75. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=60687>
 25. Otero Rejón, María del Pilar, Flores Galaz, Mirta Margarita, Funcionamiento familiar como predictor de la satisfacción marital en hombres y mujeres. Enseñanza e Investigación en Psicología. 2016;21(2):141-152. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29248181004>
 26. Córdoba Basulto D, Elías R, Estrada V, Salvador J, López S, Patricia S, et al. Perfil de varones que confirman azoospermia mediante espermatobioscopia después de la vasectomía sin bisturí. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 2016;19(1). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2016/epi161h.pdf>
 27. Zareen H, Shahzhad S, Salahudin M. Sociodemographic And Reproductive Factors Affecting Knowledge Of Married Men Accepting Vasectomy. Journal of Ayub Medical College, Abbottabad: JAMC. 2016 Apr 1;28(2):323–6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28718551/>
 28. Marván ML, Ehrenzweig Y, Hernández-Aguilera D. Mexican Men's View of Vasectomy. American Journal of Men's Health. 2017 May 1;11(3):610–7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27339767/>

29. Mateo R, Luján Henríquez H, Díaz Bolaños I, Delia C, Trueba R, Carlos J, et al. Satisfacción familiar, comunicación e inteligencia emocional. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 2018;1(1). Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3498/349855553013/349855553013.pdf>
30. Machen GL, Bird ET, Kavoussi PK. Analysis of urban vs. rural vasectomy demographics: a multi-institutional, retrospective comparison. *Translational Andrology and Urology*. 2018 Dec 1;7(6):931–4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30505730/>
31. Angy-Lorena Meneses-Parra. REDIB. redib.org. 2017. Disponible en: https://redib.org/Record/oai_articulo2901842-factores-que-inciden-en-la-aceptabilidad-de-la-vasectom%C3%ADa
32. Pallangyo ES, Msoka AC, Brownie S, Holroyd E. Religious beliefs, social pressure, and stigma: Rural women’s perceptions and beliefs about vasectomy in Pwani, Tanzania. Shiu C-S, editor. *PLOS ONE*. 2020 Mar 20;15(3):e0230045.
33. Shamah- Levy T, Vielma-Orozco E, Heredia Hernandez O, Romero Martínez M, Mojica-Cuevas J, Cuevas-Nasu L, Santaella-Castell JA, Rivera-Dommarco J, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19. Resultados nacionales. 2020. Cuernavaca, México. Instituto Nacional de Salud Pública.
34. Hernández Soria, Adrián. (2014). "Impacto de la vasectomía en la perspectiva de función familiar y la satisfacción sexual". (Trabajo de grado de especialización). Universidad Nacional Autónoma de México, México. Recuperado de <https://repositorio.unam.mx/contenidos/230481>

ANEXOS

1. Carta de no inconveniente del director de la Unidad



GOBIERNO DE
MÉXICO



ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA
DESCONCENTRADA REGIONAL BAJA CALIFORNIA
Unidad de Medicina Familiar No. 28
Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud



Mexicali, Baja California a 06 de diciembre de 2021.

CARTA DE NO INCONVENIENTE
COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 204
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
PRESENTE

Por este medio, me permito hacer de su conocimiento que estoy enterado de la propuesta de investigación titulada:

"Características socioculturales y funcionalidad familiar de los aceptantes de vasectomía sin bisturí vs no aceptantes, de la Unidad de Medicina Familiar No.28, Mexicali, Baja California."

Que, de ser aprobada, no tengo inconveniente en que se lleve a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 28 para lo cual se designa a la Dra. Vanessa Johanna Caro con matrícula 99264825 adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 28 como Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud, en la cual se realizará el análisis de expedientes clínicos y el llenado de hoja de recolección de datos, APGAR familiar y FACES III a pacientes usuarios y no usuarios de vasectomía sin bisturí.

En caso de ser aprobado el proyecto, se brindarán todas las facilidades para el desarrollo del mismo. Sin más por el momento, quedo atento a sus comentarios

Atentamente:

Dr. José Ramiro Herrera López

Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 IMSS



2. Consentimiento informado



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:

Características socioculturales y funcionalidad familiar de los aceptantes de vasectomía sin bisturí vs no aceptantes, de la Unidad de Medicina Familiar No.28, Mexicali, Baja California.

Lugar y fecha:

IMSS UMF No.28 Mexicali, B.C., 2021-2022

Número de registro

R-2022-204-057

Justificación y objetivo del estudio:

Lo estamos invitando a participar en un estudio de investigación titulado "Características socioculturales y funcionalidad familiar de los aceptantes de vasectomía sin bisturí vs no aceptantes, de la Unidad de Medicina Familiar No.28, Mexicali, Baja California" debido a que usted ha acudido al módulo de Planificación Familiar y ya realizó el procedimiento, o acudió a consejería sin ser usuario del método.

El propósito de este estudio es identificar las características socioculturales y funcionalidad familiar de los aceptantes de vasectomía sin bisturí vs los no aceptantes, para poder brindar una mejor atención y consejería según las necesidades específicas de cada paciente.

Para lograr este propósito, al igual que usted participarán en el estudio otros 263 varones.

Su participación es completamente voluntaria, por lo que antes de decidir si desea o no participar, le pedimos que lea la información que a continuación le proporcionamos y si así lo desea puede hacer las preguntas que considere necesarias.

Procedimientos:

Su participación en el estudio consiste en lo siguiente: al iniciar el estudio, se le entrevistará en un consultorio en donde será invitado a participar libremente y se le informará ampliamente sobre los detalles del procedimiento de esta investigación con sus riesgos y beneficios. Si decide participar en el estudio se le entregarán 3 formularios: hoja de recolección de datos, APGAR familiar y FACES III, los cuales solo serán utilizados para fines de la investigación.

Beneficios

Conocer la funcionalidad y satisfacción familiar percibida, lo cual ayudará a reforzar la relación familiar y a mejorar los aspectos que requieran modificaciones. Además de consejería en planificación familiar para los pacientes no aceptantes de la vasectomía.

Posibles riesgos y molestias:

Dentro de esta investigación no existen riesgos a la salud, ya que no se requiere uso de medicamentos o laboratorios, solamente es necesaria la información que nos brinde. En caso de tener alguna duda en relación a la información solicitada, se pueden aclarar y en cualquier momento puede decidir no continuar con el llenado de los formularios.

Información sobre resultados:

Una vez terminado el estudio se informará sobre los resultados obtenidos de manera confidencial.

Participación o retiro: Su participación en el estudio es totalmente voluntaria, y en caso de que acepte participar y posteriormente desea retirarse del estudio, lo puede hacer en cualquier momento que usted lo decida sin que eso afecte su atención médica en el instituto.

Compromiso como investigador: Brindar una atención personalizada y de calidad, aclarando dudas relacionadas a la realización de este estudio, así como brindar resultados en tiempo y forma de manera estrictamente confidencial.

Privacidad y confidencialidad: Su información personal no será pública ni se utilizará en presentaciones o publicaciones que se deriven de este estudio y se guardará siempre la confidencialidad de su información.

Declaración de consentimiento para la participación en el estudio:
Después de haber leído y habiéndose me explicado todas mis dudas de este estudio:

	No acepto participar en este estudio.
	Si acepto participar en este estudio y que se tome la información necesaria solo para este estudio.
	Si autorizo que se tome la información necesaria para este estudio y estudios posteriores hasta por 3 años.

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

Investigador Responsable	Dra. Vanessa Johanna Caro, Médico Familiar, Adscrito a UMF No. 28, BC. Mat. 99264825, correo: vanessa.caro@imss.gob.mx
Investigador Principal	Dra. Faviola Bojórquez Domínguez, Residente de Medicina Familiar de segundo año, adscrito a la UMF No. 28, BC. Mat. 98029468, correo: faviolabojoquezd@gmail.com

Colaboradores:	Dr. Efren Arturo Murillo Morales, Médico Familiar, Adscrito a HGP No. 31, BC. Mat 99023633, correo: dr_arturomurillo@hotmail.com Dr. Alberto Barrera Serrano, Investigador Ordinario "C" Definitivo TC de UABC, correo: abarreras@uabc.edu.mx
----------------	---

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión Local de Ética de Investigación del CLIS 204 del IMSS: Blvd. Díaz Ordaz esquina Lázaro Cárdenas s/n La Mesa, Tijuana Baja California CP 22450. Tel. Conmutador 664 6296350 Ext.31315. Correo electrónico: antonio.molina@imss.gob.mx

Nombre y firma del participante	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma
Clave: 2810-009-013	

3. FACES III

1. Nunca	2. Casi nunca	3. Algunas veces	4. Casi siempre	5. Siempre
-----------------	----------------------	-------------------------	------------------------	-------------------

Describe su familia:

- 1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí
 - 2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas
 - 3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia
 - 4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina
 - 5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos
 - 6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad
 - 7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia
 - 8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas
 - 9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia
 - 10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos
 - 11. Nos sentimos muy unidos
 - 12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones
 - 13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente
 - 14. En nuestra familia las reglas cambian
 - 15. Con facilidad podemos planear actividades en familia
 - 16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros
 - 17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones
 - 18. En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad
 - 19. La unión familiar es muy importante
 - 20. Es difícil decir quién hace las labores del hogar
-

4. APGAR Familiar

	Casi siempre (2)	Algunas veces (1)	Casi nunca (0)
Adaptabilidad: ¿está satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación crítica?			
Participación: ¿le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma en que participa con Ud. en la resolución de ellos?			
Crecimiento: ¿su familia respeta sus decisiones y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida?			
Afecto: ¿está satisfecho de la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sean de bienestar o malestar?			
Resolución: ¿le satisface la cantidad de tiempo que Ud. y su familia pasan juntos?			

5. Hoja de recolección de datos

Hoja de recolección de datos		
1	No. Folio	
2	Edad	
3	Estado civil	1. Soltero 2. Casad 3. Unión libre 4. Divorciado 5. Viudo
4	Escolaridad	1. Primaria 2. Secundaria 3. Preparatoria 4. Licenciatura 5. Postgrado
5	Ocupación actual	1. Universitario, gran comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas, etc. 2. Profesionista técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria, etc. 3. Empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa. 4. Obrero especializado: tractorista, taxista, etc. 5. Obrero no especializado, servicio doméstico, etc.
6	Número de hijos vivos	
7	Años de relación con la pareja	
8	Proveedor pincipal	1. Si es proveedor principal. 2. No es proveedor principal 3. Ambos son proveedores
9	Motivo para no desear mas hijos	1. Económico 2. Paridad satisfecha 3. Enfermedad del sujeto de estudio 4. Enfermedad de la pareja 5. Otros (especificar)

10	Método que utilizan actualmente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Condón 2. Anticonceptivos orales 3. Inyección mensual, bimensual o trimestral 4. Parches 5. Dispositivo intrauterino 6. Implante subdérmico 7. Ritmo 8. Espermaticidas 9. Obstrucción tubárica bilateral 10. Ninguno
11	Vasectomía sin bisturí	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No
12	APGAR FAMILIAR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Familia altamente disfuncional (0-3) 2. Moderada disfunción familiar (4-6) 3. Familia funcional (7-10)
13	FACES III	<p>Cohesión ítems nones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Disgregada (10-34) 2. Semirelacionada (35-40) 3. Relacionada (41-45) 4. Aglutinada (46-50) <p>Adaptabilidad ítems pares:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rígida (10-19) 2. Estructurada (20-24) 3. Flexible (25-28) 4. Caótica (29-50) <p>Combinación de ambos ítems:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Caóticamente disgregada. 2. Flexiblemente disgregada. 3. Estructuralmente disgregada. 4. Rígidamente disgregada. 5. Caóticamente semirrelacionada. 6. Flexiblemente semirrelacionada. 7. Estructuralmente semirrelacionada. 8. Rígidamente semirrelacionada. 9. Caóticamente relacionada. 10. Flexiblemente relacionada. 11. Estructuralmente relacionada. 12. Rígidamente relacionada. 13. Caóticamente aglutinada. 14. Flexiblemente aglutinada. 15. Estructuralmente aglutinada. 16. Rígidamente aglutinada.

6. Cronograma de actividades

	Diciembre 2020 - diciembre 2021	Diciembre 2021-abril 2022	Mayo- julio 2022	Agosto- septiembre 2022	Octubre 2022	Noviem bre 2022	Diciembre 2022
Elaboración del protocolo	X						
Registro en SIRELCIS		X					
Recolección de datos			X	X			
Captura en base de datos				X			
Análisis de resultados					X	X	
Discusión de resultados						X	
Conclusiones							X
Entrega							X