

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES

CENTRO DE CIENCIAS BIOMEDICAS



**LA COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE Y SU ASOCIACIÓN CON LA  
ACEPTACIÓN DE VASECTOMÍA EN LOS HOMBRES DERECHOHABIENTES  
AL IMSS DE 20-59 AÑOS EN LA CIUDAD DE AGUASCALIENTES**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:  
DRA. EDNA MARICELA CASTILLO AGUILAR

ASESORA:  
MCSS. YOLANDA VERONICA MARTINEZ

AGUASCALIENTES, AGUASCALIENTES FEBRERO 2010



**APROBACION DEL TRABAJO DE TITULACION.**

**DR. PRESIDENTE DEL COMITÉ DE TITULACION.**

**PRESENTE.**

Por medio de la presente le informo que el residente de Medicina Familiar del HGZ No. 1 del IMSS de la Delegación Aguascalientes,

**Dra. Edna Maricela Castillo Aguilar**

Ha cumplido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

La comunicación médico-paciente y su asociación con la aceptación de vasectomía en los hombres derechohabientes al IMSS de 20-59 años en la ciudad de Aguascalientes

Número de Registro: **R-2009-101-9** del Comité Local de Investigación en Salud Núm. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: TESIS

El Residente Edna Maricela Castillo Aguilar, asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconveniente de que se haga definitiva ante el comité que usted preside, para que sea nombrado el jurado de su evaluación. Sin otro particular agradezco a usted que se sirva presente y quedo de usted.

  
ATENTAMENTE,  
MCSS Yolanda Verónica Martínez

Ccp. Dr. Marco Antonio López Montoya. Coordinador Delegacional de Enseñanza  
Ccp. Dra. Martha E. Trujillo Avalos. Coordinador Delegacional de Investigación en salud  
Ccp. Dr. José Francisco Martínez Velazquez. Coordinador de Educación e Investigación médica.  
Ccp. Dra. Ana Hortencia López Ramírez. Coordinador de la Especialidad de Medicina Familiar.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**APROBACION DEL TRABAJO DE TITULACION.**

Aguascalientes, Ags. a 29 de julio de 2010

**DRA. MARTHA ELENA TRUJILLO AVALOS**  
**COORDINADORA DE INVESTIGACION EN SALUD**

Por medio de la presente le informo que el residente de Medicina Familiar del HGZ No. 1 del IMSS de la Delegación Aguascalientes,

**Dra. Edna Maricela Castillo Aguilar**

Ha cumplido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

La comunicación médico-paciente y su asociación con la aceptación de vasectomía en los hombres derechohabientes al IMSS de 20-59 años en la ciudad de Aguascalientes

Número de Registro: **R-2009-101-9** del Comité Local de Investigación en Salud Núm. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: TESIS

El Residente Edna Maricela Castillo Aguilar, asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconveniente de que se haga definitiva ante el comité que usted preside, para que sea nombrado el jurado de su evaluación. Sin otro particular agradezco a usted que se sirva presente y quedo de usted.

ATENTAMENTE.  
MCSS Yolanda Verónica Martínez



ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

LA COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE Y SU ASOCIACIÓN CON LA ACEPTACIÓN DE VASECTOMÍA EN LOS HOMBRES DERECHOHABIENTES AL IMSS DE 20-59 AÑOS EN LA CIUDAD DE AGUASCALIENTES

TESIS PAR OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:  
DRA. EDNA MARICELA CASTILLO AGUILAR

DIRIGIDO POR:  
MCSS YOLANDA VERONICA MARTINEZ

SINODALES

PRESIDENTE: \_\_\_\_\_  
SECRETARIO: \_\_\_\_\_  
VOCAL 1: \_\_\_\_\_  
VOCAL 2: \_\_\_\_\_  
VOCAL3: \_\_\_\_\_

  
**DR. ARMANDO SANTACRUZ**  
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS BIOMEDICAS

  
**DRA. MARTHA E. TRUJILLO AVALOS**  
COORDINACION DELEGACIONAL DE INVESTIGACION EN SALUD



**DRA. EDNA MARICELA CASTILLO AGUILAR  
PASANTE DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR No. 1  
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.**

Por medio de la presente se le informa que una vez que su trabajo de tesis titulado:

**“LA COMUNICACIÓN MEDICO-PACIENTE Y SU ASOCIACION CON  
LA ACEPTACION DE VASECTOMIA EN LOS HOMBRES  
DERECHOHABIENTES AL IMSS DE 20-59 AÑOS EN LA CIUDAD DE  
AGUASCALIENTES”**

Ha sido revisado y aprobado por su tutor, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de Especialidad en Medicina Familiar.

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

**A T E N T A M E N T E  
“SE LUMEN PROFERRE”  
Aguascalientes, Ags., Julio 20 del 2010**

  
**DR. ARMANDO SANTACRUZ TORRES  
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

c.c.p. C.P. Ma. Esther Rangel Jiménez  
Jefa del Departamento de Control Escolar  
c.c.p. Dra. Yolanda Verónica Martínez  
Asesor

## AGRADECIMIENTOS

A Dios por siempre iluminarme, por darme la fuerza en los momentos más difíciles.

A mi papá por todas sus enseñanzas, por su ejemplo de integridad, de dedicación, por todo lo que a lo largo de la vida ha hecho por mí, pero sobre todo por su amor.

A mi hermana Paola por ser siempre mi amiga y compañera de vida, por haber cuidado de Montse que es mi principal tesoro, para lograr mi meta

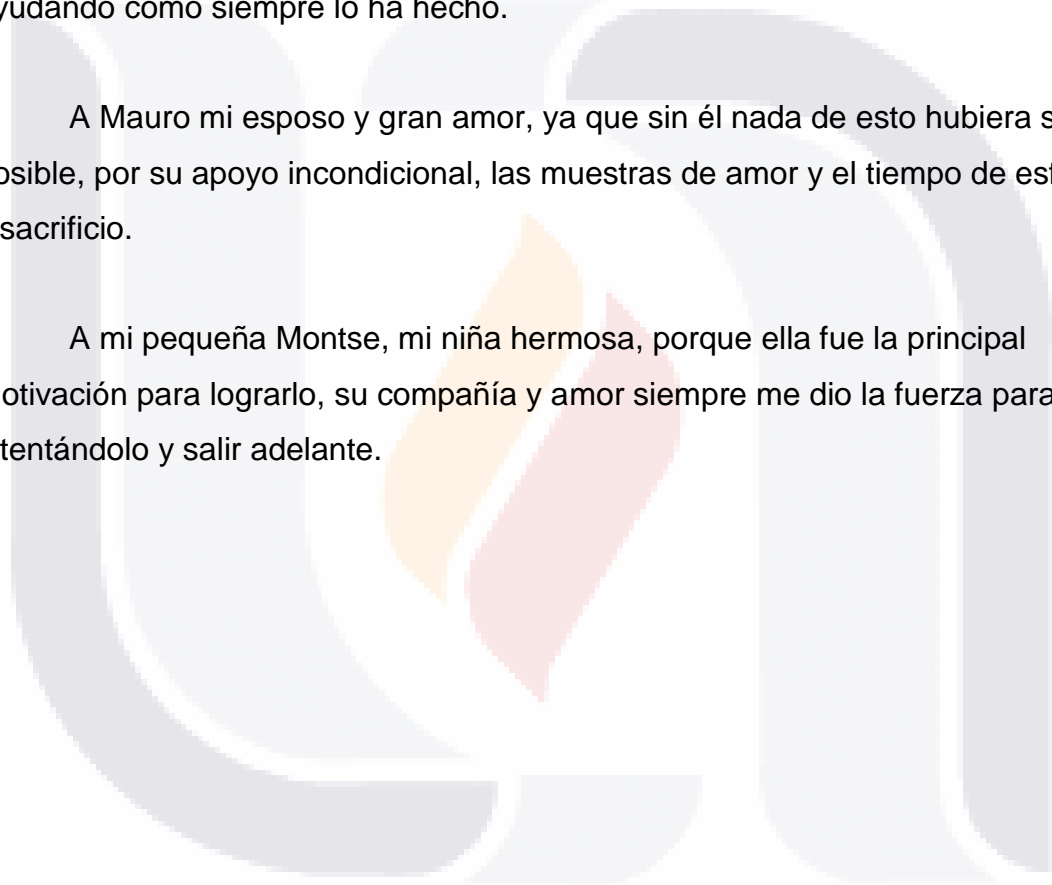
A mi asesora la maestra Yolanda Verónica Martínez porque a pesar de tener tantas ocupaciones siempre se dio tiempo para ayudarme y guiarme.

## DEDICATORIA

A Mami ya que se que desde donde esta me sigue cuidando, guiando y ayudando como siempre lo ha hecho.

A Mauro mi esposo y gran amor, ya que sin él nada de esto hubiera sido posible, por su apoyo incondicional, las muestras de amor y el tiempo de esfuerzo y sacrificio.

A mi pequeña Montse, mi niña hermosa, porque ella fue la principal motivación para lograrlo, su compañía y amor siempre me dio la fuerza para seguir intentándolo y salir adelante.



## RESUMEN

**TITULO:** La comunicación medico paciente y su asociación con la aceptación de vasectomía en los hombres derechohabientes al IMSS de 20-59 años en la ciudad de Aguascalientes.

**INTRODUCCION:** La comunicación médico-paciente es parte esencial de la práctica médica y es una destreza que todo médico debe poseer, sin embargo se ha detectado que los problemas en la comunicación son muy comunes. Se ha observado que una buena comunicación puede tener un impacto benéfico sobre las diferentes metas de salud en los paciente mas no se ha estudiado su efecto sobre la aceptación de vasectomía la cual ha tenido un incremento muy discreto en comparación con la oclusión tubaria bilateral en las mujeres e incluso ha alcanzado una meseta en los últimos años.

**OBJETIVO:** Identificar la asociación que existe entre comunicación médico-paciente y aceptación de vasectomía en la población derechohabiente en edad de 20-59 años en la ciudad de Aguascalientes.

**MATERIAL Y METODOS:** Se realizará un estudio transversal comparativo en los hombres derechohabientes de 20-59 años en Aguascalientes que sean derechohabientes al IMSS y que acudan a la consulta de orientación de vasectomía, se les aplicará un cuestionario de comunicación médico-paciente y su decisión de aceptación de vasectomía, se excluirá aquellos pacientes que no acepten participar en el estudio o que no contesten el cuestionario en forma completa.

**RESULTADOS:** En los 189 pacientes la media de edad fue de 35.4, en el nivel de estudio se encontró que 99.4% tienen algún grado de instrucción, 91% estaban casados, la media en el número de hijos fue de 3, con un promedio de edad del hijo menor de 2.4. Se encontró que el 94.7% usaban ellos o su pareja algún método de planificación familiar, siendo el DIU el mas utilizado. El 78.3% sí tenía conocimiento de la vasectomía siendo proporcionada por personal de salud en 52.9% de los casos. En cuanto a los comentarios se negativos se mencionaron problemas relacionados a la sexualidad, miedo al dolor, fallas del procedimiento entre otros y de estos comentarios al 56.6% no le afectaban en su toma de decisión de aceptación de vasectomía mientras que al 43.3% si. En cuanto a los comentarios positivos se mencionaron que es un método confiable, ya no se tienen más hijos, es rápido, no es necesaria incapacidad ni hospitalización, como vida sexual más tranquila entre otros, y en el 78.3% afectan en la toma de decisión, mientras que al 21.7% no lo afecta; 59.3% aceptarían la vasectomía mientras que el 40.7% no lo aceptarían, 89.9% cuenta con el apoyo de la esposa. Las barreras para aceptar fueron miedo al dolor, temor a mal desempeño sexual, falta de tiempo, temor a que el procedimiento falle, miedo a enfermarse, entre otros. Las principales motivaciones fueron situación económica adversa, no tener más hijos, salud de la esposa, vida sexual mas tranquila, mejorar la calidad de vida de la familia, rapidez del procedimiento. El 77.8% mencionaron que la comunicación fue buena y el 22.2% dijeron que fue mala. En la asociación de la comunicación médico paciente y la aceptación de vasectomía encontramos que los pacientes que mencionaron tener buena comunicación 64.4% si aceptaría la vasectomía mientras que 35.4% no la aceptaría y de los paciente quienes tuvieron mala comunicación médico paciente 40.5% si aceptaría la vasectomía, y el 59.5% no la aceptaría.

**CONCLUSION:** Existe una asociación entre comunicación médico paciente y aceptación de vasectomía ya que quienes calificaron su comunicación como buena tenían mayor posibilidad de aceptar la vasectomía, por lo que se considera necesario mejorar las técnicas de comunicación por parte de los médicos.

**PALABRAS CLAVE:** “comunicación médico-paciente” y “aceptación de vasectomía”.



## INDICE DE CONTENIDO

CARTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE TITULACION	i, ii
CARTA DE PRESENTACION A SINODALES	iii
CARTA DEL DECANO	iv
AGRACECIMIENTOS	v
DEDICATORIA	vi
RESUMEN	vii
INDICE DE CONTENIDO	viii
I.    INTRODUCCION	1
II.   ANTECEDENTES CIENTIFICOS	3
III.  PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA	7
IV.   JUSTIFICACION	13
V.    MARCO TEORICO	14
VI.   OBJETIVOS	25
VII.  HIPOTESIS	25
VIII. MATERIAL Y METODOS	26
-  Diseño de estudio	26
-  Universo de trabajo	26
-  Población de estudio	26
-  Unidad de observación o análisis	26
-  Criterios de inclusión	26
-  Criterios de no inclusión	27
-  Criterios de exclusión	27
-  Definición de grupos	27
-  Identificación de pacientes	27
-  Tipo de muestreo	27
	viii

- Tamaño de la muestra	27
- Logística	28
- Definición de variables	28
- Captura de datos	28
- Validez de instrumento	28
- Análisis de datos	31
- Prueba piloto	31
- Sesgos y limitaciones del estudio	32
IX. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD	33
X. RESULTADOS	34
XI. DISCUSION	40
XII. CONCLUSION	44
XIII. SECCION DE ANEXOS	45
1. INSTRUMENTO	46
2. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	49
3. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	50
4. OPERACIONALIZACION DE CONCEPTOS	51
XIV. BIBLIOGRAFIA	55

## I. INTRODUCCION

Un problema grave que aqueja a los sectores más pobres de la sociedad que habitan generalmente en zonas rurales y en zonas urbanas marginadas, es el rezago en cuanto a la atención en salud y planificación familiar.

Algunos expertos consideran que el poco involucramiento de los hombres para el control definitivo de la fertilidad se debe a creencias y actitudes negativas sobre la vasectomía. Incluso atribuyen la baja prevalencia de usuarios de ese método a la falta de promoción e información, a la poca disponibilidad y acceso de los servicios de salud reproductiva y a la escasez de médicos capacitados en la técnica. Otros dan por sentado que es la combinación de fenómenos enraizados en la cultura, como el machismo y la influencia religiosa.

En el mundo, sólo 5 % de los hombres es aceptante de un método anticonceptivo; la vasectomía es uno de los menos conocidos y menos utilizados y sólo es importante como método de planificación familiar en seis países desarrollados: Estados Unidos, Nueva Zelanda, Australia, Gran Bretaña, Canadá y países Bajos; y en tres países en desarrollo: China, India y Corea del Sur. En América Latina y Medio Oriente, en donde a pesar de los vaticinios de que los hombres no la aceptarían por temor a la castración o pérdida de la masculinidad, los estudios indican que cuando reciben información adecuada, aun en culturas muy diversas, eligen la esterilización.

En nuestro país la demanda de vasectomía ha crecido lenta y gradualmente: de 0.6 % del total de parejas usuarias en 1976, a 1.4 % en 1992; en comparación con 8.9 y 43.3% para la oclusión tubaria bilateral para el mismo periodo.

Obtener de los pacientes la historia médica es el procedimiento más importante en el actuar del médico. Elaborar una historia clínica completa y clara depende de una buena comunicación médico-paciente. La destreza de comunicación del médico puede mejorar con atención y práctica durante la entrevista médica.

Identificar la verdadera preocupación del paciente en la consulta no solo es ineficiente, sino que también impide proponer un diagnóstico y tratamiento. La pobre comunicación afecta negativamente la satisfacción y las metas del paciente. Aunque el número de quejas sobre la comunicación médico-paciente no es muy elevado,

fundamentalmente se asocia a las unidades del IMSS. Al preguntar a los usuarios por la calidad en general, se ha encontrado un elevado por ciento de satisfacción, sin embargo, con preguntas más específicas se encuentran evidencias de insatisfacción

Las tres funciones de la comunicación médico paciente son las siguientes: 1) construir una efectiva relación médico-paciente, 2) evaluar los problemas del paciente 3) manejar los problemas del paciente. En la primera función se emplean destrezas enfocadas sobre el dominio emocional del encuentro; en la segunda se usa la técnica de recolección de datos; en la tercera la destreza de adherencia al manejo (educación, negociación, motivación).

Para la mayoría de los pacientes uno de los factores más importantes en la calidad de la atención es la comunicación médico-paciente, que es el sustento de una buena estructura diagnóstica y terapéutica.

Por lo tanto al no llevar en los consultorios una adecuada comunicación médico-paciente orientada a la vasectomía será difícil que la población por sí sola acuda buscando esta opción en la forma de planificar la familia ya que se considera una actividad designada a la mujer, además de los temores del hombre con respecto al procedimiento como abatimiento de la libido, disfunción eréctil, debilidad física potencial entre otros.

Después de conocer la importancia de una buena comunicación médico paciente pretendemos con este estudio identificar si existe asociación entre comunicación médico-paciente y aceptación de vasectomía por parte de los derechohabientes en edad de 20-59 años de la ciudad de Aguascalientes.

## II. ANTECEDENTES CIENTIFICOS

En el 2004, Mira L. Katz y colaboradores realizaron un estudio transversal sobre la comunicación médico-paciente y las pruebas de screening de cáncer colorrectal en Carolina del Norte para examinar su asociación, con una población de hombres y mujeres mayores de 50 años, muestra de 397 personas y tipo de muestreo por conveniencia. Se formaron grupos focales con temas relacionados a cáncer colorectal y barreras y motivaciones a pruebas de screening, utilizando la información para el cuestionario del grupo de encuestados enfocándose en temas de salud en general, comunicación médico-paciente, conocimiento de los riesgos Ca colorectal, y realización de pruebas de screening. En los resultados de los grupos focales se mencionó en forma importante la comunicación médico-paciente. A los encuestados se les aplicó un cuestionario de 3 ítems de comunicación médico-paciente encontrando que 75% tenían buena comunicación, 10% pobre comunicación, y 13% resultados regulares; en los primeros predominó el sexo femenino y con más probabilidad de haberse realizado pruebas de screening en el tiempo recomendado comparado con los otros. También se aplicó un cuestionario de 7 ítems para conocimiento de cáncer colorectal encontrando que en 57% fue adecuado con más probabilidad de haber completado un screening y 43% como inadecuado. Se encontró que el adecuado conocimiento es estadísticamente significativo para el grupo de buena comunicación y no para los otros, concluyéndose que quienes consideraron su comunicación como buena y con adecuado conocimiento tienen mayores probabilidades de haber completado recientemente un screening que los que tienen buena comunicación e inadecuado conocimiento. (13)

Beck R, y colaboradores en el 2002 realizaron un meta-análisis de la comunicación médico-paciente en el cuidado primario con objetivo de determinar el comportamiento verbal o no verbal del médico relacionado con efectos favorables en las metas del paciente, incluyendo estudios publicados en inglés con una muestra de 22 artículos recolectados de Medline y Psycinfo de 1975-2000. Los comportamientos verbales fueron clasificados de acuerdo al modelo descrito por Bird y Cohen-Cole de las 3 funciones de la entrevista médica y para la clasificación de comportamiento no verbal fue usado el proyecto descrito por Harrigan y Rosenthal. Comportamientos verbales con asociación positiva a metas de salud fueron la empatía, dar confianza y apoyo, que el paciente de su punto de vista, dar explicaciones, más tiempo para educación en salud, discutir tratamientos, cortesía, escuchar, hablar al nivel de los pacientes,

clarificar enunciados; y los de asociación negativa aceptación pasiva, interacción negativa social-emocional, comportamiento formal, interrupciones, recolección de información sin retroalimentación, mostrarse irritado, nervioso, con ansiedad o tensión. En cuanto a comportamientos no verbales se encontraron algunas asociaciones significativas como balanceo de cabeza del médico, inclinarse hacia adelante, y comportamientos asociados desfavorablemente incluyen mirada fija, inclinarse hacia atrás, cruzar brazos. (8)

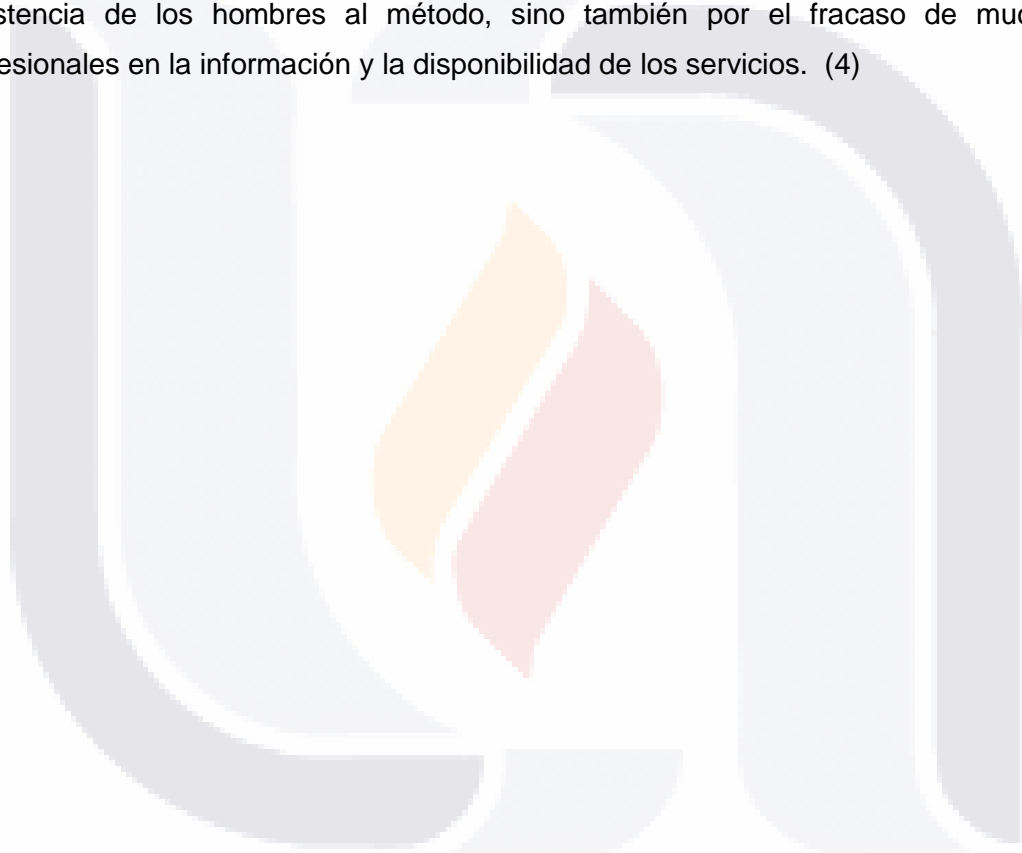
En 1995, Stewart M realizó un análisis sobre la comunicación médico-paciente efectiva y metas de salud, con el objetivo de evaluar varios estilos de comunicación en la salud del paciente e identificar las características de una excelente comunicación, se formaron 2 grupos en uno médicos y pacientes recibieron intervenciones para mejorar la comunicación y en otro ocurrieron naturalmente las variaciones evaluándose en relación a metas de salud, incluyendo pacientes de todas edades y médicos excluyendo a los no especialistas, con una muestra de 21 artículos de la base de datos de Medline de 1983-1993. Se encontró en estudios enfocados a la historia clínica que preguntar al paciente acerca de sus sentimientos afecta el estrés del paciente; mostrar apoyo y empatía en el estrés psicológico y resolución de síntomas; que el paciente exprese sus sentimientos afecta en la limitación de rol y limitación física; la percepción de una discusión completa del problema a la resolución de síntomas. En los estudios de la discusión del plan de manejo, un paciente mas animado en hacer preguntas afecta en la ansiedad, limitación de rol y limitación física; el paciente que obtiene información de sus médicos influye en el estatus funcional y psicológico; al paciente que se le da mas información afecta al dolor, función, disposición y ansiedad; el médico que da información clara con soporte emocional influye en el estrés psicológico, resolución de síntomas y presión sanguínea. En estudios de otros aspectos, después de una consulta positiva los pacientes fueron más saludables 2 semanas después que los que recibieron una consulta negativa, concluyendo que las metas de salud pueden mejorar con buena comunicación médico-paciente, y que la comunicación efectiva ejerce influencia positiva no solo sobre la salud emocional del paciente también en la resolución de síntomas, estatus funcional y psicológico y control del dolor. (10)

García Moreno y colaboradores en el 2005 en México realizaron un análisis acerca de la aceptación y rechazo de vasectomía en hombres del medio rural, cuyo objetivo fue conocer los factores que influyen en la participación de planificación familiar, identificar el patrón de comportamiento reproductivo de hombres que aceptan la vasectomía y

caracterizar las expectativas en relación a masculinidad y vasectomía. Se formaron tres grupos: sin decisión, rechazantes o no aceptantes y aceptantes con una muestra de 349 hombres. Los datos se recolectaron por entrevistas en 2 etapas, en la primera los rechazantes asumieron que la anticoncepción es responsabilidad de la mujer, con aceptación de multiparidad, consideraban que la fuente de información es con frecuencia inexperta (médico joven) o que no existe la vivencia (mujeres), temor al desempeño sexual y a la operación, idea de mutilación o castración, arraigo a costumbres familiares o religiosas, rechazo por parte de la pareja, el estigma social; los aceptantes mencionaron el ofrecer educación y mejores posibilidades a la familia, utilizaron un método anticonceptivo antes de operarse, la información que recibieron fue considerada insuficiente, tardía, sin resolver dudas, opinaron que el personal de salud debe ser de preferencia del sexo masculino, influyó el amor a la pareja quien participó en su decisión y la posibilidad de un ejercicio sexual despreocupado. En la segunda etapa se encontró que los motivos principales para realizar la vasectomía fueron reproducción satisfecha, factor económico adverso, la esposa que no quería o podía tener más hijos; la fuente de información fue personal de salud, familiar, amigo, medios de comunicación y se concluyó que los factores que influyen de manera negativa en la decisión de aceptar la vasectomía son más que los que la alientan mostrando que los procesos en salud sexual y reproductiva aun propician la inequidad de género. (3)

En el 2007 Bunce A. y colaboradores realizaron un análisis acerca de los factores que afectan la aceptabilidad de vasectomía en Tanzania, cuyo objetivo fue describir los factores con una población de hombres (o sus esposas) que se hayan realizado la vasectomía y los usuarios potenciales, de 33 o mas años con al menos 4 hijos y deseo de no tener más y habían usado (o sus esposas) algún método anticonceptivo en los pasados 6-24 meses y usuarios de OTB con realización del procedimiento de 6-24 meses atrás, el tamaño de la muestra fue de 122 personas, con entrevistas y formación de grupos focales, los datos fueron recolectados entre julio y agosto del 2004; en los resultados se encontraron 6 principales factores que contribuyen en hacer la decisión: económico que fue el más mencionado, siendo importante el poder solventar la educación de los hijos; influencia de la pareja indicando que las esposas juegan un rol importante en la decisión, que no reciban métodos de planificación familiar que pueden ser dañinos o no ser sometidas a OTB y el deseo no tener problemas con más embarazos y nacimientos; religión cuya opinión acerca de la vasectomía varía mucho de acuerdo a las diferentes denominaciones, y pueden tener en algunos hombres un papel importante; disponibilidad y reputación del médico ya

que se mencionó su poca disponibilidad como una razón para rechazar el procedimiento, además que tenga buena reputación y credibilidad; desconocer el futuro ya que les preocupa arrepentirse en caso de muerte de sus hijos o contraer segundas nupcias con preocupación de infidelidad; conocimiento y entendimiento de la vasectomía ya que la falta de información o no entendimiento contribuye a que muchas personas rechacen la vasectomía, sugiriendo que se realicen campañas de educación y que los hombres que se han realizado el procedimiento eduquen a la comunidad, promover los beneficios a largo plazo de la vasectomía, algunos sugieren un consultorio o centro dedicado a la planificación familiar para hombres. Entre sus conclusiones se comentó que el bajo uso de vasectomía no es enteramente por la resistencia de los hombres al método, sino también por el fracaso de muchos profesionales en la información y la disponibilidad de los servicios. (4)





### III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El estado de Aguascalientes tiene una población total de 1 065 416 habitantes de los cuales 51.62% son mujeres y 48.37% son hombres; de esa población 60.29% son derechohabientes al IMSS. En cuanto al nivel de estudio nos encontramos que el porcentaje de alfabetismo en hombres mayores de 15 años es de 96%; de esta población el 4.4% tiene ningún tipo de instrucción, 12.9% tiene primaria incompleta, 17.4% tiene primaria completa y 63.8% tiene cualquier tipo de preparación posprimaria. (1)

De las diferentes consultas que se otorgaron en las unidades de medicina familiar (UMF) de la delegación Aguascalientes, 22,483 son de planificación familiar de estas 10.25% se otorgaron a hombres entre 20-59 años. En las UMF se otorgaron diferentes métodos de planificación familiar observando que 97.3% de los métodos son utilizados por mujeres de las cuales el 34.7% utilizan hormonales orales, 23.9% hormonales inyectables, 28.6% DIU y el 10.1% OTB, mientras que solo el 2.7% (472) de hombres se realizaron la vasectomía. (2)

Aún cuando el porcentaje de pacientes con vasectomía en México es bajo se cuenta con una serie de normativas entre las que tenemos la norma oficial mexicana de planificación familiar que en su apartado 6.6 describe todo lo relacionado con la vasectomía. También se cuenta con las guías técnicas de planificación familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social. Las unidades donde se realiza la vasectomía en esta ciudad es en la UMF 1, UMF 7, UMF 9, UMF 10 siendo llevado a cabo el procedimiento por médicos familiares quienes han sido capacitados para realizarlo.

El crecimiento anual de la población es de 90 millones de personas y ocurre sobretodo en países pobres. El mundo desarrollado solo crece 0.3% al año mientras que el resto lo hace a una tasa de casi 2% anual. De continuar así México para el año 2025 podría llegar a 135 millones y a 160 millones para el año 2050. (3) En los últimos 20 años México tuvo un cambio notable en la fecundidad. Las estimaciones del incremento en la práctica de la anticoncepción explican 75% del descenso de las tasas globales de fecundidad y al respecto la participación femenina es muy importante. (3) Los organismos gubernamentales y no gubernamentales así como las organizaciones internacionales de salud han reconocido la necesidad de incluir a los hombres en los servicios de salud reproductiva, (4) pero en nuestro país la participación por parte de

los hombres en el control de la natalidad no ha tenido un ascenso considerable ya que la demanda de vasectomía ha crecido lenta y gradualmente de 0.65% en 1976 a 1.4% en 1992 en comparación con 8.9% a 43.3% de la OTB. (3) Se ha observado que a nivel mundial el número de usuarios de la vasectomía ha alcanzado una meseta en los últimos años; los números estimados de parejas usuarios de vasectomía en 1982 fue de 33 millones y se incrementó a 42 millones en la década siguiente, sin embargo de 1990 al 2001 el número de parejas usuarios de vasectomía se incrementó solo en un millón y se han estimado 43 millones de parejas. (4) En cuanto a la ciudad de Aguascalientes encontramos que en 1993 se realizaron 685 OTB y 282 vasectomías, mientras que el 2007 se realizaron 1447 OTB y solo 532 vasectomías. Haciendo una comparación en los métodos quirúrgicos de planificación familiar encontramos que la OTB tiene 20 veces mayores complicaciones, 10 a 37 veces más fallas y es 3 veces más costosa que la vasectomía (5) y a pesar de saber que la vasectomía tiene menor número de complicaciones y es más segura, se realiza poco en comparación con la OTB. (6)

Aunque el número de quejas sobre la comunicación médico-paciente no es muy elevado, fundamentalmente se asocia a las unidades del IMSS. Al preguntar a los usuarios por la calidad en general, se ha encontrado un elevado por ciento de satisfacción, sin embargo, con preguntas más específicas se encuentran evidencias de insatisfacción. (7)

La comunicación médico-paciente frecuentemente ha sido juzgada por ser inadecuada. Se ha encontrado que los pacientes consideran la comunicación como una de las principales competencias que un médico debe poseer y frecuentemente consideran la destreza de comunicación de su médico como insatisfactoria. (8)

Para la mayoría de los pacientes uno de los factores más importantes en la calidad de la atención es la comunicación médico-paciente, que es el sustento de una buena estructura diagnóstica y terapéutica. En algunos estudios se ha considerado que en las consultas del IMSS algunos pacientes están insatisfecho con la atención, destacando la relevancia de la relación médico-paciente, indicando que no existe contacto visual, perciben al profesional como distante, se considera que no se les da una explicación adecuada del problema de salud que padece o se usa un vocabulario técnico que el paciente no entiende, además que se les trata con regaños por el incumplimiento terapéutico. (9)

Por lo tanto al no llevar en los consultorios una adecuada comunicación médico-paciente orientada a la vasectomía será difícil que la población por sí sola acuda buscando esta opción en la forma de planificar la familia ya que se considera una actividad designada a la mujer, (4), (6) además de los temores del hombre con respecto al procedimiento como abatimiento de la libido, disfunción eréctil, debilidad física potencial entre otros. (3)

Se ha demostrado que los problemas en la comunicación médico-paciente son extremadamente comunes, observando que 50% de los problemas psicosociales y psiquiátricos no son identificados, los médicos interrumpen a sus pacientes en promedio 18 segundos después de iniciada la descripción de sus problemas, 54% de los problemas de los pacientes y 45% de sus preocupaciones no fueron preguntadas por sus médicos, que los pacientes y sus médicos no están de acuerdo sobre el problema principal en 50% de las visitas y que los pacientes están insatisfechos con la información dada por sus médicos. (10), (11).

También se ha observado la importancia de mejorar la destreza clínica de comunicación ya que los beneficios sobre la práctica médica son demostrables, ya que los pacientes que entienden a sus médicos, tendrán más conocimiento de sus problemas de salud, entenderán sus opciones de tratamiento, modificaran sus estilos de vida y tendrán un mayor apego al tratamiento; en efecto, las investigaciones han mostrado que una efectiva comunicación médico-paciente puede mejorar la salud del paciente tanto como mucho medicamentos. (12)

Por años un pensamiento común fue que la comunicación médico-paciente era generalmente adecuada y no fue causa de preocupación. Sin embargo, la evidencia reciente muestra lo contrario. Numerosas demandas de fracaso de la comunicación médico-paciente han sido hechas a las autoridades y los encabezados de la prensa declaran que es urgente la necesidad para los médicos comunicarse mejor con sus pacientes. (10) Muchas de las demandas hechas a los médicos no se deben a problemas de competencia clínica sino que surgen de errores en la comunicación. (11)

Entre los factores que pueden influir en la comunicación médico-paciente y la aceptación de vasectomía tenemos que existen médicos que no permiten ni alientan a los paciente a externar preguntas o pacientes con dificultades de comunicación o limitaciones culturales que no logran expresar sus dudas o temores (11), médicos quienes no dedican tiempo a educar a sus paciente (11), además el sexo masculino

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

tiene más dificultades en la comunicación en comparación con las mujeres (13), una adecuada capacitación a los médicos y personal relacionado con la vasectomía (3), (14), algunos médicos utiliza un lenguaje técnico y poco claro para los pacientes sin permitirle entendimiento (11), por otra parte hay pacientes quienes consideran a la fuente de información inexperta (médico joven) o que no existe la vivencia (mujer) (3), otros factores que pueden influir es el poco conocimiento por parte de la población general acerca del procedimiento y la poca información sobre este método anticonceptivo (3),(4), las ideas populares de hombres y mujeres acerca de la vasectomía entre las que se incluye el considerar la vasectomía igual a castración, que disminuirá el desempeño y el deseo sexual, temor a perder la confianza en el esposo, (3), (4), la falta de apoyo social, falta de apoyo familiar principalmente de la esposa (4), los conceptos religiosos en relación a los métodos de planificación familiar (3),(4), poco personal capacitado para realizar la vasectomía (3), además que se da priorización a los métodos de planificación familiar en la mujer (4).

Se ha observado que las metas de salud pueden ser mejoradas al tener una buena comunicación médico-paciente (10), (11), así como el paciente se involucra de una manera más activa en las decisiones de su salud; (7), (10) sin embargo no se han encontrado investigaciones sobre el efecto de una buena la comunicación médico-paciente en asociación a la aceptación de vasectomía.

Se ha descrito como buena comunicación aquella en la que exista empatía por parte del médico, que de su apoyo al paciente, que lo aliente a externar sentimientos y dudas, así como que el médico de buenas explicaciones, una información clara, hablando en un nivel que el paciente entienda. (10)

Entre los estudios relacionados encontramos trabajos como el de García Moreno J. y colaboradores quienes realizaron un estudio exploratorio y etnográfico con grupos focales sobre la aceptación de vasectomía en el medio rural, encontrando que la información sobre vasectomía es inoportuna e incompleta y que factores como el amor a la pareja, reproducción satisfecha, situación económica adversa tuvieron un papel relevante para la aceptación de vasectomía; la expectativa del desempeño sexual fue la limitante más poderosa para quienes rechazaron la vasectomía. (3)

Hendrix N. W. y colaboradores en otro estudio demostraron las ventajas de la vasectomía en relación a la OTB. (5)

Beck y colaboradores realizaron un estudio de análisis sobre la comunicación médico-paciente en el cuidado primario, cuyo objetivo fue determinar comportamientos verbales y no verbales valorados en estudios empíricos con respuestas favorables a las metas de tratamiento de pacientes encontrando que comportamiento centrado en el paciente, tomar en cuenta el punto de vista del paciente, explicación por parte del médico, el aspecto psicosocial, incrementar el tiempo de educación así como inclinarse hacia adelante, tienen una asociación positiva con las metas de salud; por otro lado se encontró que la aceptación pasiva por parte del paciente, comportamiento formal, muchas preguntas biomédicas, comportamiento directivo, así como también inclinarse hacia atrás, cruzar los brazos tiene una asociación negativa en las metas de salud. (8)

Stewart M. realizó un estudio de análisis sobre la efectiva comunicación médico-paciente y las metas de salud cuyo objetivo fue evaluar el efecto de varios estilos de comunicación en la salud del paciente e identificar las características de una excelente comunicación encontrando que las metas de salud pueden ser mejoradas con una buena comunicación médico-paciente, sugiere que la comunicación efectiva ejerce una influencia positiva no solo sobre la salud emocional del paciente, también en la resolución de síntomas, estado funcional y psicológico y control del dolor. (10)

Katz y colaboradores realizaron un estudio transversal de la asociación de comunicación médico-paciente y pruebas de screening de cáncer colorrectal en hombres y mujeres afroamericanos encontrando que aquellos pacientes con buena comunicación y adecuado conocimiento son más probables ha haber completado las pruebas de screening en comparación de aquellos que tienen mala comunicación e inadecuado conocimiento. (13)

El propósito de este estudio es identificar si existe asociación entre comunicación médico-paciente y aceptación de vasectomía por parte de los derechohabientes en edad de 20-59 años y dicha información será proporcionada a los médicos relacionados con la vasectomía para que sea de su conocimiento como la comunicación médico-paciente se asocia con la aceptación de vasectomía y de esta manera en un futuro implementar medidas de acuerdo a los resultados obtenidos.

Los conceptos utilizados en este trabajo son comunicación médico-paciente y aceptación de vasectomía.

Y la pregunta del presente trabajo es ¿Qué asociación existe entre la comunicación médico-paciente y la aceptación de vasectomía en los hombres derechohabientes al IMSS de 20-59 años de la ciudad de Aguascalientes?



#### **IV. JUSTIFICACION**

Se ha visto que la aceptación de vasectomía ha aumentado muy poco a nivel mundial e incluso en los últimos años ha tenido una meseta, de igual manera en la ciudad de Aguascalientes la aceptación de vasectomía es baja en comparación con métodos de planificación familiar en la mujer; a través de numerosos estudios se han comprobado los beneficios de la buena comunicación médico-paciente sobre las distintas metas en salud, más a nivel internacional no se ha realizado algún estudio de la asociación entre la comunicación médico-paciente y la aceptación de la vasectomía.

Sería importante y de mucho beneficio para la institución incrementar el número de hombres aceptantes de vasectomía ya que su costo en relación al método definitivo de planificación familiar en la mujer, oclusión tubaria bilateral (OTB) vemos que la vasectomía es tres veces menos costosa implicando una reducción en el presupuesto dedicado a este rubro. En cuanto a la población el beneficio estriba en que la vasectomía es más segura que la OTB tanto en salud como método de planificación familiar definitivo ya que se ha comprobado que la OTB tiene 20 veces mayores complicaciones y 10 a 37 veces más fallas que la vasectomía.

Para la aceptación de vasectomía influyen numerosos factores como desconocimiento del procedimiento, temor de efectos adversos después del procedimiento, factores culturales, religiosos, entre otros, más es importante estudiar si la buena comunicación médico-paciente realmente puede o no ser asociado a la aceptación de vasectomía.



## V. MARCO TEORICO

Identificar la verdadera preocupación del paciente en la consulta no solo es ineficiente, sino que también impide proponer un diagnóstico y tratamiento. La pobre comunicación afecta negativamente la satisfacción y las metas del paciente. El paciente se queja que su médico no lo escucha, está apurado o no le permite participar en su cuidado. Los médicos se quejan que están apurados y el tiempo es insuficiente con sus pacientes. Obtener de los pacientes la historia médica es el procedimiento más importante en el actuar del médico. Elaborar una historia clínica completa y clara depende de una buena comunicación médico-paciente. La destreza de comunicación del médico puede mejorar con atención y práctica durante la entrevista médica (13). En 1991 se realizó un consenso en Toronto sobre comunicación médico-paciente donde se menciona que se tienen suficientes datos de que los problemas en la comunicación médico-paciente son extremadamente comunes y que tienen efectos adversos en el manejo del paciente; posteriormente en 1999 se reunieron guías y representantes de educación médica superior y representantes de organizaciones en el consenso de Kalamazoo con el objetivo de identificar y especificar la forma de facilitar la enseñanza y evaluación de comunicación, encontrando que los elementos esenciales de la comunicación médico-paciente son: construir la relación como la fundamental tarea de la comunicación, apertura a la discusión, recolectar información, entender la perspectiva del paciente, compartir información, alcanzar acuerdos sobre problemas y planes y dar seguimiento. (11), (14) La Academia Americana sobre médicos y pacientes adoptó una estructura funcional para la entrevista médica basada en “el modelo de las tres funciones de la entrevista médica”. (13)

Este modelo fue desarrollado primero por Bird y Cohen-Cole y modificado por Lazare y se ha utilizado como base teórica para la comunicación médico-paciente. Las tres funciones de este modelo son las siguientes: 1) construir una efectiva relación médico-paciente, 2) evaluar los problemas del paciente 3) manejar los problemas del paciente. En la primera función se emplean destrezas enfocadas sobre el dominio emocional del encuentro; en la segunda se usa la técnica de recolección de datos; en la tercera la destreza de adherencia al manejo (educación, negociación, motivación) y este es el modelo que tomaremos como base para el presente trabajo y será descrito en los siguientes párrafos.



En la **primera función** que es construir una efectiva relación médico paciente (**función afectiva**) los médicos construyen la relación atendiendo el dominio emocional de los problemas del paciente. La experiencia de enfermedad arrastra intensas emociones para pacientes y familiares. La manera en la cual el médico responde a las emociones comunes asociadas a enfermedad determinará la calidad de relación médico-paciente, afectando esto la adherencia y adaptación del paciente e influye en el curso psicológico y las metas de la enfermedad.

Algunos estudios indican que los pacientes quienes están más satisfechos con sus médicos tienen más adherencia a las recomendaciones de tratamiento y los médicos que tienen más destreza en el dominio emocional de los pacientes tienen más satisfechos a sus pacientes. Los proveedores del cuidado de la salud quienes han sido capacitados en destreza de entrevista han mostrado que son más capaces en detectar y manejar el estrés emocional en sus pacientes.

Las investigaciones documentan la relevancia de la relación médico-paciente para las metas de salud que emanan de la perspectiva teórica llamada “el modelo biopsicosocial de la enfermedad”. Esta revisión de la enfermedad asegura que las variables psicológicas y sociales juegan un rol clave en el desarrollo, curso y metas de toda la enfermedad. Un principio básico del modelo biopsicosocial de la enfermedad es que el cuidado óptimo será llevado a cabo por médicos quienes estén concientes de las dimensiones sociales de enfermedad y tengan la destreza en la evaluación y manejo de estas variables. El modelo de las 3 funciones de la entrevista médica ha sido únicamente diseñada para servir como el vehículo para aplicar el modelo biopsicosocial en la práctica clínica.

Es seguro que muchos médicos poseen habilidades intuitivas para responder a las emociones del paciente. En muchas situaciones, ayudar a pacientes quienes están ansiosos o tristes puede simplemente requerir el uso de la destreza empática “natural”. Como Peabon puntualiza en un artículo: “Una de las cualidades esenciales de los médicos es interesarse en la humanidad, porque el secreto de cuidado del paciente es cuidando a los pacientes”; pero esta habilidad intuitiva puede no ser suficiente y demanda más conocimiento y destreza del dominio emocional de la construcción de la relación médico-paciente.

Los médicos quienes se comunican mejor, tendrán pacientes que entienden mejor su enfermedad y tendrán más adherencia al tratamiento. La no-adherencia al tratamiento

es un gran problema en la práctica médica, cientos de estudios indican que entre 22% y 72% de los pacientes no siguen las indicaciones de su médico.

La relación médico-paciente es la piedra angular de la clínica médica. Los pacientes esperan de sus doctores que tengan conocimientos y sean técnicamente competentes, pero ellos también quieren y necesitan que sus doctores den apoyo y sean emocionalmente capaces. Entonces, el médico con buena destreza de comunicación hará frente a situaciones de problemas emocionales de mejor manera, de acuerdo a la primera función de la entrevista médica.

Un aspecto importante en la construcción de la relación son los comportamientos no verbales del médico. La postura y movimientos corporales, expresión facial, tono de voz y velocidad para hablar, y el espacio entre doctor y paciente pueden tener un efecto más allá que cualquier palabra que pueda ser pronunciada. Si hay una disyunción entre los enunciados verbales de preocupación y comportamiento no verbal del médico (por ejemplo que indique aburrimiento), el mensaje no verbal usualmente prevalecerá en la mente del paciente.

El comportamiento no verbal de los pacientes es una llave a su vida emocional, muchos de ellos expresan su estado emocional a través de expresiones faciales, postura del cuerpo, movimientos, tono de voz, inflexiones y manifestaciones físicas de actividad del sistema nervioso autónomo (sudoración de palmas o enrojecimiento de la cara).

La empatía es otro aspecto importante; es el término que indica la apreciación, entendimiento y aceptación de una persona a alguna situación emocional de cualquier otro. El comportamiento no verbal puede algunas veces comunicar empatía más efectivamente que los enunciados de preocupación.

Los componentes operacionales de la empatía son reflexión y legitimización que pueden ser usadas para facilitar la respuesta del clínico a la respuesta del estrés emocional del paciente. La reflexión se refiere al enunciado o comentarios del médico ante una observación de sentimientos o emociones en el paciente. Los comentarios reflexivos generalmente ayudan al médico a comunicar empatía ante la preocupación por la situación del paciente. En términos prácticos, tales comentarios del médico usualmente permiten al paciente hablar más acerca de sus sentimientos. Algunas veces el médico tiene resistencia a usar comentarios reflexivos para alentar al

paciente a expresar sus sentimientos más profundamente ya que siente que abre una caja de Pandora de emociones. Si los pacientes en este punto indican que ellos no desean discutir sus reacciones emocionales, el médico puede respetar este deseo. Sin embargo es importante que el médico no confunda su propio deseo de evitar temas emocionales con la interferencia de los deseos del paciente de evitar estos temas.

Algunos médicos pueden creer que la atención al dominio emocional de los pacientes incrementa el tiempo de entrevista; las investigaciones indican que la comunicación empática mejorar numerosas metas de importancia sin incrementar el tiempo de la entrevista.

La legitimización o validación está cercanamente relacionada con la reflexión pero indica una intervención que comunica aceptación de la experiencia emocional del paciente.

Otro aspecto importante en la primera función es el apoyo personal, en donde el médico deja al paciente conocer que esta ahí, personalmente, y quiere ayudarlo debiendo ser un enunciado honesto o de lo contrario no será efectivo.

La asociación es otro punto de la construcción de relación en donde el paciente está más satisfecho con el médico y con más probabilidad que se adhiera a las recomendaciones de tratamiento.

La **segunda función** del modelo propuesto por Bird y Cohen-Cole es evaluar los problemas del paciente (**función regulativa**), tiene por meta coleccionar de forma precisa y suficiente datos relevantes del paciente tan eficientemente como sea posible. Se menciona a la entrevista como más importante que el examen físico o exámenes de laboratorios para hacer diagnóstico.

Recolectar información precisa en un tiempo eficiente es también reconocida como una meta universal para los médicos aunque ocasionalmente estas 2 metas (precisión y brevedad) pueden oponerse.

La segunda función requiere la habilidad para escuchar bien y para solicitar información del paciente; su importancia radica en la aceptación que la historia médica da el 60 a 80% de la información necesaria para hacer un diagnóstico.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Aquí el comportamiento no verbal de los médicos tiene un poderoso efecto sobre el flujo de la información. Los pacientes usualmente continuarán hablando cuando sienten que sus médicos están escuchando; los médicos quienes miran a sus pacientes con una atenta e interesada postura del cuerpo tendrán más probabilidad de crear confidencialidad y confianza que doctores quienes se retiran atrás del escritorio, se ven perezosos en un silla, toman café mientras hablan, tratan de escribir o leer mientras también tratan de escuchar. El apropiado contacto con los ojos, escuchar bien al paciente y una postura adecuada del cuerpo es crucial.

En cuanto al estilo de las preguntas, las abiertas son particularmente cruciales en la apertura de la entrevista. La literatura apoya el uso de preguntas abiertas(o no directas) como el más importante y eficiente vehículo para adquirir un preciso y completo entendimiento de los problemas del paciente. Este tipo de preguntas invita al paciente a usar su propio juicio en decidir que temas y problemas enfatizar. Las preguntas abiertas invitan a los pacientes a describir sus problemas usando su propio vocabulario y su experiencia de los síntomas, así el médico tendrá un mejor entendimiento. Usando cuestionamientos abiertos al inicio de la entrevista, el médico puede aprender más acerca de la percepción, la mayor preocupación, el contexto y quizá el más profundo significado del problema del paciente. Tal información será invaluable para el médico en el desarrollo de la hipótesis del diagnóstico y las estrategias del manejo.

Después de una fase inicial no directiva el médico debe hacer progresivamente preguntas mas enfocadas a explorar las hipótesis específicas del diagnóstico realizando después preguntas cerradas para que de esta forma se reduzca el centro de la narración. Otorgando al paciente la oportunidad de describir el mismo sus quejas en una manera indirecta, el médico experimentado puede desarrollar hipótesis de diagnóstico y reconocer modelos que son relevantes para el problema del paciente.

Los médicos quienes dejan a sus pacientes completar su enunciado abierto tienen acceso a una lista de problemas mas precisa y completa y en aquellos a quienes les permitieron completar su enunciado abierto lo hicieron en menos de 60 segundos.

Cualquier comentario o comportamiento por parte del entrevistador que anima al paciente a continuar hablando en un manejo abierto puede ser considerado un facilitador, como sería “dígame más acerca de sus dolores de cabeza”; otro puede ser

inclinarse la cabeza como afirmación, silencio atento, repetir las últimas palabras que el paciente dijo que frecuentemente invita a seguir hablando.

Para entender lo que quieren decir los pacientes y entender las piezas de una narrativa coherente del problema del paciente, los médicos deben usar las preguntas de clarificación y directiva. Durante la fase no directiva de la entrevista, los médicos pueden encontrar la necesidad de interrumpir el flujo de información de los pacientes para clarificar ambigüedades o para dirigir el proceso.

Es importante comprobar la historia periódicamente; el lenguaje está repleto de significados complejos que puede ser fácilmente mal interpretado, además los médicos frecuentemente tienen información incorrecta de sus pacientes. La memoria del médico puede no ser precisa, y la atención puede vagar cuando el paciente dice algunas cosas importantes. Comprobar la información implica solo unos pocos segundos, pero es importante ya que ayuda al médico a revisar qué ha sido escuchado y qué necesita explorar más, además tranquiliza al paciente porque siente que el doctor está interesado en adquirir un entendimiento preciso del problema.

El médico debe examinar problemas ya que muchos pacientes están ansiosos o avergonzados acerca de discutir sus preocupaciones y las pueden dejar hasta el final de la entrevista, cuando el médico ha terminado la sesión, tales situaciones son comunes, recientes estudios indican que ello ocurre en 20 a 35 % de las entrevistas.

La **tercera función** es manejar los problemas del paciente (**función informativa**) se utiliza para educar a los pacientes y motivarlos a adherirse al tratamiento, siendo tal vez la más compleja de las tres funciones; para su éxito se requiere el uso de destrezas educativas, de negociación, y motivación en la entrevista.

La tercera función concierne al flujo de información del médico al paciente. Muchos factores intervienen con el éxito de la transferencia de esta información como la ansiedad del paciente, que el médico utilice un vocabulario totalmente técnico, confusión o malentendido del paciente. Es posible que los médicos creen que han “educado” a sus pacientes, en cuanto solo han adquirido cerca del 50% de la información relevante. Se ha comprobado que solo 22% a 72% de las recomendaciones de los médicos son seguidas, entre las que se incluyen adherencia a la medicación, compromiso, modificaciones del estilo de vida. Una destreza del médico es usar estrategias motivacionales para comportamientos adaptativos de

salud. Sin embargo, debe ser puntualizado que el uso de la destreza más hábil no garantiza el éxito, al igual el más efectivo motivador puede ser ineficiente con algunos pacientes.

Esta función se relaciona con el esfuerzo del médico para influir el comportamiento del paciente; educación acerca de la enfermedad, negociación y mantenimiento del plan de tratamiento y motivación de paciente.

La educación al paciente acerca de la enfermedad abarca 6 pasos: 1) buscar las ideas del paciente acerca de la etiología, 2) dar un diagnóstico básico, 3) responder a los sentimientos acerca del diagnóstico 4) comprobar el entendimiento del paciente de la enfermedad, 5) dar detalles del diagnóstico, y 6) comprobar el entendimiento del paciente al problema.

El paciente usualmente tiene una idea acerca de la causa de sus síntomas y es apropiado para el médico obtener esta información en etapas tempranas del proceso de la entrevista. Varios estudios han mostrado su asociación con el mejoramiento de las metas clínicas. Para obtener la perspectiva del paciente, el médico puede utilizar preguntas abiertas.

Después de buscar las preocupaciones básicas del paciente, se le debe dar la información básica del diagnóstico. Es importante dar esta información breve y claramente ya que el paciente al encontrarse muy ansioso puede no recordar la información que se le ha dado, uno o dos enunciados pueden ser suficientes.

El paciente frecuentemente responderá emocionalmente a las noticias del diagnóstico, en especial si son malas noticias; esta respuesta puede ser solo no verbal y encontrarse silenciosos, verse triste, temeroso o ansioso, pueden llorar o hacer muchas preguntas. El médico debe dejar claro que estas expresiones son aceptables y entendibles. Para conocer estas emociones el médico debe dejar al paciente verbalizar sus temores acerca de su enfermedad.

Muchos paciente ya tienen conocimiento acerca de su enfermedad y si el médico no lo pregunta se puede invertir mucho tiempo en decir algo que el paciente ya conoce, de igual manera esta información puede estar equivocada, es importante preguntarlo para corregir a tiempo. El médico debe dar los detalles acerca del diagnóstico utilizando un lenguaje claro y con enunciados cortos; el médico debe detenerse frecuentemente



TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

para comprobar el entendimiento del paciente y hacer preguntas. Es importante estar seguro que el paciente ha entendido lo que se le ha dicho y después preguntar si tiene dudas acerca de su enfermedad.

Para la negociación y mantenimiento del plan de tratamiento será necesario determinar lo que el paciente conoce acerca del tratamiento, el médico debe describir las opciones de tratamiento en una forma clara, siendo importante comprobar el entendimiento del paciente de las opciones de tratamiento; ya que el paciente ha entendido en una forma clara las opciones de tratamiento el médico debe preguntar al paciente que está dispuesto a hacer y a lo que se compromete. El desarrollo de plan de tratamiento debe ser negociado con el paciente; cada parte del plan debe estar trabajado en muy explícito detalle y que sea claro tanto para el médico como para el paciente, una vez que el plan ha sido descrito y preferentemente escrito es importante anticipar problemas y encontrar soluciones; si el paciente puede llegar a las ideas para resolver los problemas el mismo la oportunidad de éxito será grande, sin embargo si los paciente no mencionan los problemas comunes el médico debe mencionarlos. Después de que el plan ha sido desarrollado, es necesario revisar las intenciones de apegarse al tratamiento; muchos paciente no se apegarán al tratamiento si ellos no son parte activa de programa de mantenimiento y prevención de recaídas; esto requiere visitas de seguimiento para vigilar la adherencia del paciente y resolver cualquier problema que el paciente pueda tener con el programa de tratamiento.

La motivación es un punto muy importante ya que muchos pacientes entienden su enfermedad y el tratamiento pero aun tiene problemas para adherirse al plan de manejo. Hay 7 pasos básicos en la secuencia de motivación que los médicos pueden usar para ayudar a sus pacientes para adherirse al plan de tratamiento. Dependiendo de la severidad de la situación clínica, algunos de estos pasos pueden ser abreviados u omitidos: 1) comprobar la adherencia cuidadosamente, 2) dar diagnóstico específico de problemas de adherencia, 3) ofrecer apoyo, asociación y respeto, 4) preguntar preferencias personales de tratamiento y frases de compromiso, 5) negociar de soluciones, 6) afirmar tiempo y seguimiento de tratamiento, 7) responder a las emociones.

El médico debe ayudar al paciente a admitir problemas que ellos pudieran tener sin causar vergüenza o humillación sabiendo que siendo menos juicioso será más productivo.

Una vez que el paciente ha indicado que puede haber algunas dificultades en el mantenimiento del plan de tratamiento, el médico debe intentar clarificar el problema específico que existe. Los problemas más comunes son los olvidos de los medicamentos o los efectos colaterales así como problemas con el entendimiento del programa. Si el paciente deja claro que no considera por ejemplo dejar de fumar el médico debe aceptar esta posición y no debe gastar tiempo y energía en infructíferos enunciados motivacionales hacia el paciente; solo cuando el paciente indica interés en cambiar su comportamiento el médico puede ayudarlo a desarrollar un plan de trabajo.

Cuando el paciente empieza a hablar con el médico acerca de sus dificultades, el médico puede indicar al paciente entendimiento del problema y legitimizar los sentimientos del paciente. Es importante también que el médico respete todo lo que el paciente haya logrado.

Para que el paciente y el médico desarrollen un nuevo plan, es importante que el paciente se comprometa a tratar otra vez, ayudándole el médico a desarrollar su propia elección autónoma. Investigaciones indican que la probabilidad de adherencia es mas alta si el paciente produce la idea a que el médico sugiera el plan. Al mismo tiempo, otros valores como la responsabilidad, la familia, el daño de su salud puede ayudar a que el paciente se comprometa.

Una vez que el paciente indica que está dispuesto a tratar de nuevo, el médico puede empezar a preguntar las ideas del paciente acerca del nuevo programa, ya que si el paciente desarrolla ideas tiene más altas probabilidades de éxito. El médico debe respetar estas ideas y ejercitar los detalles específicos del programa siendo en ocasiones necesario ofrecer algunas ideas, ya que el paciente puede proponer ideas que no son reales o médicamente no medibles, también puede proponer ideas que probablemente no sean efectivas. El programa más específico y concreto es el que tiene más probabilidad de tener éxito. Cuando el plan ha sido establecido, el médico debe preguntar al paciente sus intenciones específicas en cuanto al seguimiento.

Más esfuerzos motivacionales despertarán más emociones en el paciente que incluyen ansiedad, tristeza, enojo, humillación, alegría. Cuando el médico notifica una emoción, particularmente si interfiere con la negociación puede regresar a la destreza de construcción de relación y responder a las emociones del paciente. (15)



En cuanto a la aceptación de vasectomía encontramos 6 principales factores que contribuyen en la decisión de realizarse la vasectomía: económicos, influencia de la esposa, religión, disponibilidad del procedimiento y reputación, incertidumbre del futuro, conocimiento y entendimiento de la vasectomía.

La economía es uno de los principales factores encontrados, ya que existen beneficios al tener una familia pequeña pudiendo cubrir mas fácilmente las necesidades básicas como comida, cuidado de la salud y educación, siendo este último una de las más fuertes motivaciones para elegir la vasectomía ya que teniendo una familia más pequeña permite a los padre enviar a todos sus hijos a la escuela permitiéndoles así tener una mejor vida.

La influencia de la esposa juega un rol importante en la decisión de la vasectomía, el deseo de detener los ciclos de embarazos y nacimientos y de no someter a sus esposas a métodos de planificación familiar o a la cirugía de oclusión tubaria, además de los efectos adversos producidos por los métodos de planificación familiar en las mujeres como sangrados irregulares, mareo, aumento de peso y pérdida del deseo sexual, además que comparado con la oclusión tubaria la vasectomía es un procedimiento menor. La aprobación de las esposas es vista como la llave para realizar la vasectomía ya que la mayoría de los hombres discute esta decisión con su esposa, así como también del rechazo ya que muchas mujeres no están de acuerdo con el procedimiento por la pérdida de la confianza de sus esposos por acciones futuras y preocupaciones por la pérdida de la habilidad sexual de sus esposos. A pesar de la importancia de la influencia de las esposas, en forma general los casos en los que la esposa fuera la primera en proponer el tema de la vasectomía el hombre tienden a negarse.

Las actitudes hacia la contracepción y vasectomía varía por las denominaciones religiosas, ya que algunas están a favor y la promueven y otras en contra, y aunque la percepción de la importancia de la religión es clara, el grado en el cual actualmente influye en la decisión de las personas es menor; en algunas personas la religión juega una parte muy importante en la decisión de no realizarse el procedimiento, en otras en cambio se han realizado estos procedimientos a pesar de estar en contra su iglesia.

Otro factor que influyen en la aceptación de vasectomía es la disponibilidad ya que algunos hombres posponen la realización del procedimiento por dificultades para obtener el servicio, en comunidades lejanas donde no se cuenta con el servicio es

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

necesario tener médicos que realicen el procedimiento, así como contar con el equipo necesario.

Otra barrera que afecta la aceptación fue la incertidumbre de los efectos que podría tener la vasectomía en sus interacciones familiares, como el hecho de que algunos de los hijos muera o en el caso de contraer matrimonio nuevamente y ya no tener la posibilidad de concebir mas hijos con su nueva esposa, también algunas preocupaciones como cambios en el desempeño sexual. Algunas esposas temen la pérdida de confianza en sus esposos hacia la fidelidad y es una barrera para la vasectomía pues temen que el hombre al realizarse la vasectomía se volverá más promiscuo pues ya no existirá la posibilidad de embarazar a otras mujeres y esto les dará rienda suelta para la infidelidad sin observar las consecuencias.

La poca información, el poco entendimiento y los rumores acerca del proceso de la vasectomía contribuye a que mucha gente este poco dispuesta a la opción de la vasectomía. Muchos clientes de la vasectomía y sus esposas frecuentemente relatan que la prioridad para no hacerse el procedimiento es que estaban preocupados por los rumores del decremento del desempeño o deseo sexual. Algunos habían escuchado que los efectos eran inmediatos y otros que venían con el tiempo y estas creencias hacen que el hombre pospongan el procedimiento, rumores adicionales son que la vasectomía es igual a castración, creer que causa cáncer, creer que el esperma acumulado en el cuerpo tendrá efectos adversos, temor que la vasectomía causa aumento de peso y debilidad física, La más común de las razones por la que no se realizan la vasectomía fue en general el poco conocimiento del procedimiento. (4)

## VI. OBJETIVOS

### Objetivo general:

Identificar la asociación que existe entre la comunicación médico-paciente y aceptación de vasectomía en la población derechohabiente en edad de 20-59 años en la ciudad de Aguascalientes.

### Objetivos específicos:

- Identificar la comunicación médico-paciente en las consultas de orientación de vasectomía.
- Identificar la aceptación de vasectomía en la población de estudio.
- Valorar la asociación existente entre la comunicación médico-paciente y la aceptación de vasectomía.

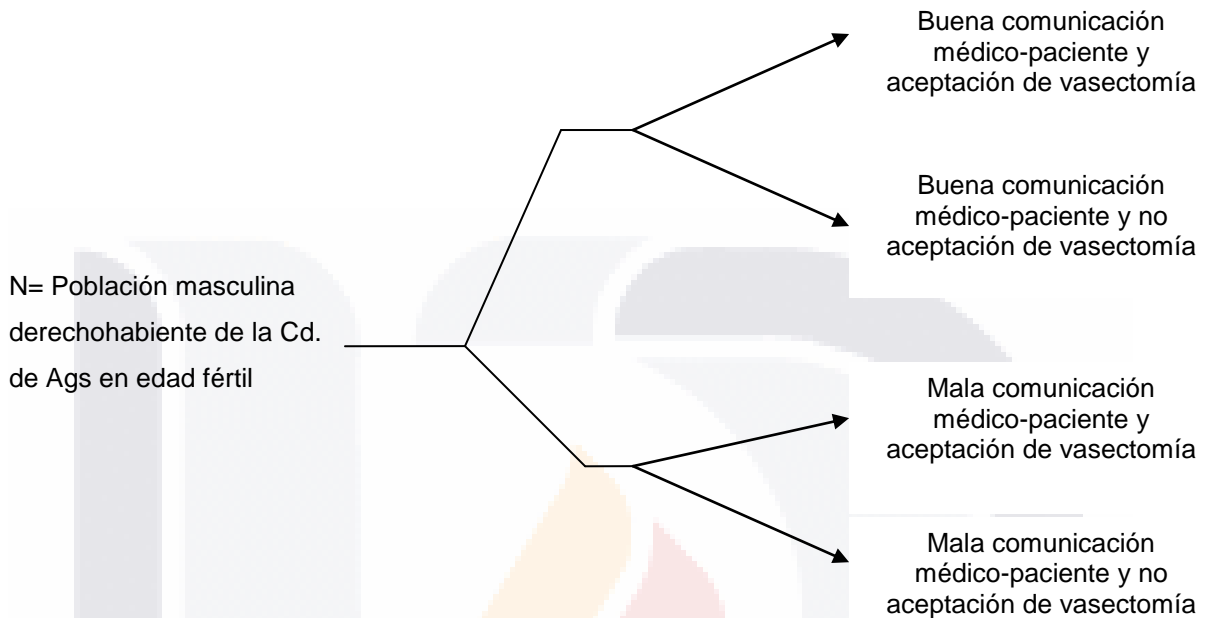
## VII. HIPOTESIS

La buena comunicación médico-paciente aumenta la probabilidad de que los pacientes derechohabientes en edad de 20-59 años en la ciudad de Aguascalientes acepten la vasectomía.

## VIII. MATERIAL Y METODOS

### Diseño del estudio

Transversal comparativo. (17)



### Universo de trabajo

Hombres derechohabientes en edad de 20-59 años en la ciudad de Aguascalientes. (18)

### Población de estudio

Hombres derechohabientes en edad de 20-59 años en la ciudad de Aguascalientes.

### Unidad de observación o análisis

Hombre derechohabiente en edad de 20-59 años en la ciudad de Aguascalientes que acude a la consulta de orientación de vasectomía.

### Criterios de inclusión

- Que sean derechohabientes al IMSS adscritos a las UMF de la ciudad de Aguascalientes.
- Hombres de 20-59 años.
- Que acudan a la consulta de orientación de vasectomía.

### **Criterios de no inclusión**

- Que no tengan paridad satisfecha.

### **Criterios de exclusión**

- Que no acepten participar en el estudio.
- Que no contesten el cuestionario de forma completa.

### **Definición de grupos**

1. El primer grupo estará formado por pacientes donde se encuentre que existió buena comunicación médico-paciente y hayan aceptado la realización de vasectomía.
2. El segundo grupo estará formado por pacientes los cuales hayan tenido una buena comunicación médico-paciente y no aceptaron la vasectomía.
3. El tercer grupo estará formado por aquellos pacientes quienes tuvieron una mala comunicación médico-paciente y hayan aceptado la vasectomía.
4. El cuarto grupo estará formado por pacientes quienes tuvieron una mala comunicación médico-paciente y no hayan aceptado la vasectomía.

### **Identificación de pacientes**

Pacientes que acuden a la orientación de vasectomía con los médicos familiares capacitados para realizar el procedimiento en las UMF 1, 7, 9,10.

### **Tipo de muestreo**

No probabilístico, por conveniencia. (19)

### **Tamaño de la muestra**

Para un estudio transversal comparativo mediante la fórmula propuesta por Fleiss se requiere de los siguientes valores: frecuencia esperada del efecto entre los no expuestos en la población de estudio (se estima que un 16.7% de los pacientes que no han sido expuestos a una buena comunicación médico paciente presenten un efecto negativo en la aceptación de vasectomía); riesgo relativo hipotético asociado con la exposición que pudiera ser de importancia biológica o de salud pública que justifique su detección es de 2.8; nivel de significancia deseado ( $\alpha = 0.05$ ); y el poder del estudio deseado ( $1-\beta = 0.80$ ). Con estos valores se calculó una muestra de 182 pacientes.

## **Logística**

Se presentará el protocolo al personal de las Unidades de Medicina Familiar 1, 7, 9, 10 con la finalidad de que lo conozcan, además se les solicitará su participación una semana antes de comenzar el trabajo de campo.

Se acudirá a las unidades de medicina familiar antes mencionadas en los horarios y en los consultorios designados para la orientación de vasectomía y después que los pacientes salgan de la consulta se les invitara a participar en el proyecto mediante la carta de consentimiento informado solicitándole autorizar su participación.

Al paciente que acepte participar, y en el momento de este primer contacto, se le entrevistará mediante un cuestionario estructurado para obtener datos sobre la comunicación médico-paciente y su decisión de aceptación de vasectomía con una duración aproximada de 10 minutos.

### **Definición de variables**

Comunicación médico-paciente: Proceso mediante el cual se logra construir y mantener una buena relación medico paciente a través del rapport para obtener información que ayude a diagnosticar los problemas del paciente, educarlo y motivarlo en su tratamiento.

Aceptación de vasectomía: Recibimiento o aprobación en forma voluntaria de la vasectomía.

### **Captura de datos.**

La captura de datos se realizará dentro del programa EPI Info 6.04.

### **Validez de instrumento**

La validez de contenido, aparente y de constructo se realizo como parte del proyecto de indicadores de la calidad de la atención médica en paciente diabéticos en varias etapas.

La primera etapa consistió en dar la validez de contenido; un grupo de expertos integrado por diabetólogos, médicos del primer nivel de atención y psicólogos desarrollaron un cuestionario para medir la comunicación médico paciente usando un panel de consenso. El contenido de este cuestionario estuvo basado en la teoría de

las tres funciones que valora el desarrollo del rapport “función afectiva”, la educación del paciente “función regulativa” y la obtención de información “función informativa”. En el cuestionario se formularon 19 preguntas y fueron identificados por los expertos 4 dominios: Función afectiva, desarrollar rapport (VIII2SUM, VIII3SUM), función regulativa, educación al paciente (VIII7MIE, VIII8ELM), función informativa, obtener información (VIII14, VIII16), satisfacción (VIII18, VIII19). La selección de ítems se realizó con un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax, la escala se construyó con 4 factores con un total de 8 ítems, dos ítems por factor.

Los expertos estuvieron de acuerdo que el cuestionario tenía una buena validez de contenido.

La segunda fase del desarrollo del cuestionario fue la fase de validez aparente. Se realizó un grupo focal en donde los entrevistadores exploraron que los pacientes entendieran el cuestionario en sus dos formas de aplicación: entrevista y auto administrado. Debido a problemas de lectura por parte de los pacientes en el cuestionario auto administrado, se decidió utilizar la entrevista. Para aplicar el cuestionario se utilizó una muestra de 30 pacientes diabéticos, se le pidió que identificaran ítems ambiguos y basados en sus respuestas, algunas de las preguntas fueron formuladas nuevamente para eliminar frases ambiguas.

La fase final consistió en dar soporte para la validez de constructo. Se realizó un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax para explorar si las preguntas por dominio eran válidas en relación a la validez de contenido. Un ítem se correlaciono con un dominio si el análisis factorial fue mayor de 0.4. Este análisis factorial de los 4 factores con eigenvalues  $> 1$ , explica 84% de la varianza de toda la escala.

ITEMS	DOMINIOS DE LA COMUNICACIÓN MEDICO-PACIENTE				Communality
	Satisfacción	Función Afectiva	Función Regulatoria	Función Informativa	
Su médico familiar le saluda amablemente	0.198	0.867	0.190	-0.209	0.870
Su médico familiar le pone atención mientras le explica lo que le pasa	0.378	0.745	0.223	-0.216	0.795
Su médico familiar le da importancia a sus preguntas	0.448	0.363	0.303	-0.567	0.746
Su médico le da toda la información que usted espera	0.282	0.243	0.275	-0.842	0.923
Usted recomendaría su médico a sus amigos	0.845	0.253	0.247	-0.250	0.902
Le gustaría que este médico familiar le atendiera en sus próximas consultas	0.855	0.286	0.199	-0.241	0.910
Mientras su médico familiar lo examina le explica lo que le está haciendo	0.169	0.237	0.771	-0.270	0.751
El médico familiar le explica la razón por la cual el tratamiento es el mejor para usted	0.223	0.144	0.856	-0.142	0.824
<b>Variabilidad</b>	<b>1.9862</b>	<b>1.7202</b>	<b>1.6799</b>	<b>1.3345</b>	<b>6.7208</b>
<b>% var</b>	<b>0.248</b>	<b>0.215</b>	<b>0.210</b>	<b>0.167</b>	<b>0.840</b>

Los resultados del análisis de componentes principales fueron analizados por los expertos en literatura, los cuales confirmaron la estructura del cuestionario dando como resultado la validez de constructo.

Además se utilizó el alpha de Cronbach para el análisis de confiabilidad la cual fue aceptable (alpha = 0.90) y los resultados por dominio fueron los siguientes:



<b>Dominios de la comunicación medico paciente</b>	<b>Alpha de Cronbach</b>
<u>Función afectiva. Desarrollar rapport</u>	
Su médico familiar le saluda amablemente	0.7889
Su médico familiar le pone atención mientras le explica lo que le pasa	
<u>Función informativa. Obtener información</u>	
Su médico familiar le da importancia a sus preguntas	0.7832
Su médico le da toda la información que usted espera	
<u>Satisfacción</u>	
Usted recomendaría su médico a sus amigos	0.9066
Le gustaría que este médico familiar le atendiera en sus próximas consultas	
<u>Función regulativa</u>	
Mientras su médico familiar lo examina le explica lo le está haciendo	0.7190
El médico familiar le explica la razón por la cual el tratamiento es el mejor para usted	
<b>Todos los ítems en conjunto</b>	<b>0.9040</b>

Cada preguntad se midió sobre una escala de Likert de 5 puntos (20). Para valorar la comunicación, se sumarán los puntos obtenidos de los ítems y se dividirán entre 8, cuando se obtengan valores de 1-2 se considerará que existió mala comunicación, al obtener un valor de 3 se considerará que la comunicación fue indiferente y con valores de 4-5 se considerará que hubo buena comunicación médico-paciente.

### **Análisis de datos.**

En un nivel descriptivo para todas las variables (escolaridad, ocupación, estado civil, uso de métodos de planificación familiar en el momento actual, conocimiento del procedimiento, fuente de información, comentarios positivos y negativos, si estos afectan en la decisión, aceptación de vasectomía, apoyo de la esposa, comunicación médico-paciente) se obtendrán valores absolutos y porcentajes.

Para las variables de tipo cuantitativo (edad del encuestado, edad de los hijos, número de hijos) se obtendrá la media y su desviación estándar.

En el nivel analítico se valorará el ORc (Odds Ratio Crudo) como estimador de Riesgo relativo (RR) que tiene el paciente de no aceptar el método de planificación familiar de vasectomía cuando estuvo expuesto a mala comunicación médico-paciente. Para cada ORc se estimará el I.C. (intervalo de confianza) del 95%.

Si el OR es mayor de 1 y el I.C. no incluye la unidad, la asociación entre la mala comunicación médico-paciente y no aceptación de vasectomía será positiva y se

considerará un factor de riesgo. Si el OR es menor de 1 y el I.C. no incluye la unidad, la asociación entre la mala comunicación médico-paciente y la no aceptación de vasectomía será positiva y se considerará un factor protector.

Si el OR es igual a 1, no hay asociación entre la mala comunicación médico-paciente y la aceptación de vasectomía.

#### **Prueba piloto.**

Se realizará una prueba piloto por el personal participante en el estudio con los instrumentos seleccionados para la recolección de la información (instrumento de medición para las características sociodemográficas, para la medición de la comunicación medico-paciente, la aceptación de vasectomía y factores relacionados con su aceptación en 20 hombres que acudan a la consulta de orientación de vasectomía. Se acudirá a las UMF 1, 7, 9, 10 donde se realiza esta orientación de vasectomía en los consultorios y horarios designados; se identificará a los pacientes con la asistente del consultorio, se invitará a participar a los pacientes explicando su colaboración mediante la carta de consentimiento informado, pidiéndole su firma. Una vez que acepte se le aplicarán las encuestas de características sociodemográficas y comunicación médico-paciente. Se utilizara una hoja que contenga las respuestas para facilitar al entrevistado la forma de contestar. La persona encargada de realizar las entrevistas será la Dra. Edna Castillo.

#### **Sesgos y limitaciones del estudio**

La característica principal de este tipo de estudio es que tanto la exposición como el efecto están determinados en un mismo punto o periodo en el tiempo. Debido a lo anterior, existe ambigüedad potencial acerca de la dirección de la causalidad. (21)

## **IX. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD**

El proyecto requiere básicamente de recursos humanos para la aplicación de las 182 encuestas, que se realizarán como ya se describió anteriormente en las UMF siendo llevado a cabo el financiamiento por el autor interesado.

La realización del estudio no conlleva a mayor problema ya que sólo se requiere un pequeño espacio físico, las copias de la encuesta y un lápiz.

El costo de la encuesta es de aproximadamente 1 peso por persona en fotocopias, recursos del investigador.

Es factible la aplicación de encuestas en las unidades de medicina familiar, posterior a que los pacientes tengan la consulta de orientación de vasectomía.



## X. RESULTADOS

En el cuadro 1 se encuentran las características socioeconómicas de los 189 pacientes encuestados y tenemos que la media de edad fue de 35.4  $\pm$ 5.0 años (rango de edad: 25 a 56 años). En cuanto al nivel de estudio se encontró que 99.4% (n=188) tienen algún grado de instrucción desde primaria hasta profesionistas y solo una persona era analfabeta (0.5%). La mayoría de los participantes estaban casados representado el 91% (n=172). La ocupación de los participantes fue la siguiente: 81.5% (n=154) mencionaron ser empleados, 8.5% (n=16) técnicos, 6.3% (n=12) agentes, asesores, supervisores de ventas y 3.7% (n=7) profesionales. En el número de hijos la media fue de 3.0  $\pm$ 0.93 hijos (rango en el número de hijos de 1-6). El promedio de edad del hijo menor fue de 2.4  $\pm$ 1.71 años (rango de 0-8 años).

Cuadro 1. Características socioeconómicas

<b>VARIABLES</b>	
<b>Edad</b> * media (DE)	35.4(5.0)
<b>Nivel de estudio</b> n (%)	
Analfabeta sin escolaridad	1 (0.5%)
Primaria	18 (9.5%)
Secundaria	66 (34.9%)
Técnico profesional	42 (22.2%)
Preparatoria	16 (8.5%)
Profesional	46 (24.3%)
<b>Estado civil</b> n (%)	
Soltero	1 (0.5%)
Casado	172 (91.0%)
Unión libre	9 (4.8%)
Divorciado	4 (2.1%)
Separado	3 (1.6%)
<b>Ocupación actual</b>	
Empleados	154 (81.5%)
Técnicos	16 (8.5%)
Agentes, asesores, supervisores de ventas	12 (6.3%)
Profesionales	7 (3.7%)
<b>Número de hijos</b> + media (DE)	3.06 (0.934)
<b>Edad del hijo menor</b> $\Delta$ media (DE)	2.45 (1.718)

\* rango de edad 25-56 años

+ rango en el número de hijos 1-6 hijos

$\Delta$  rango en la edad del hijo menor 0-8 años

En el cuadro 2 se muestra el uso de métodos de planificación familiar y se encontró que solo el 5.3% (n=10) no usaban métodos de planificación familiar mientras que el 94.7% (n=179) usaban ellos o su pareja algún método de planificación familiar. El DIU lo utilizaban el 32.8% (n=62), 21.7% (n=41) anticonceptivos orales, 18.5% (n=35) preservativos, 9.5% (n=18) implante subdérmico, 6.9% (n=13) anticonceptivos inyectables, el 5.3% (n=10) métodos naturales.

Cuadro 2. Métodos de planificación familiar

<b>VARIABLE</b>	
<b>Uso actual de métodos de planificación n (%)</b>	
Si	179 (94.7%)
No	10 (5.3%)
<b>Método de planificación familiar n (%)</b>	
DIU	62 (32.8%)
Anticonceptivos orales	41 (21.7%)
Preservativos	35 (18.5%)
Implante subdérmico	18 (9.5%)
Anticonceptivos inyectables	13 (6.9%)
Métodos naturales	10 (5.3%)
Ninguno	10 (5.3%)

En el cuadro 3 mostramos el conocimiento de la vasectomía por parte de los paciente y se encontró que 21.7% (n=41) no conocía el procedimiento de la vasectomía, mientras que el 78.3% (n=148) sí lo conocía, de estos últimos 52.9% (n=100) les fue proporcionada la información por personal de salud, 14.8% (n=28) por un familiar o amigo y 10.6% (n=20) obtuvieron la información por los medios de comunicación.

Cuadro 3. Conocimiento de la vasectomía

<b>VARIABLE</b>	
<b>Conocimiento del procedimiento n (%)</b>	
Si	148 (78.3%)
No	41 (21.7%)
<b>Otorgo información n (%)</b>	
Personal de salud	100 (52.9%)
Familiar o amigo	28 (14.8%)
Medios de comunicación	20 (10.6%)
Nadie	41 (21.7%)

En el cuadro 4 se muestran los comentarios positivos y negativos que la población encuestada ha escuchado del resto de la población acerca de la vasectomía. En los comentarios negativos encontramos que el 29.1% (n=55) hicieron mención a problemas relacionados la sexualidad, 23.8% (n=45) no habían escuchado ningún resultado negativo, 14.8% (n=28) hizo mención al dolor provocado por el procedimiento, 8.5% (n=16) mencionaron que el procedimiento puede fallar, 7.9% (n=15) habían escuchado que puede ocasionar cáncer, 2.6% (n=5) que la persona deja de ser hombre con la vasectomía, 2.6% (n=5) mencionaron que se puede acumular espermatozoides dentro del cuerpo, 2.1% (n=4) mencionaron que podían tener cambios con su carácter, 1.6% (n=3) mencionaron que la planificación familiar es cosa de mujeres, 1.6% (n=3) que puede afectar la producción de hormonas

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

masculinas, 1.1% (n=2) escucharon que el procedimiento es semejante a la castración, 1.1% (n=2) hablaron acerca de limitaciones religiosas, 1.1% (n=2) mencionaron las burlas de las personas, 0.5% (n=1) mencionaron que hay muchos comentarios negativos, 0.5% (n=1) que puede dejar dolor crónico, 0.5% (n=1) que puede producir enfermedades, 0.5% (n=1) que no protege contra enfermedades de transmisión sexual. De estos comentarios negativos al 56.6% (n=107) no lo afectan en su toma de decisión de aceptación de vasectomía, mientras que al 43.3% (n=82) si afectan.

En cuanto a los comentarios positivos el 23.8% (n=45) de los participantes mencionaron que es un método confiable, 16.9% (n=32) que ya no se tienen más hijos, 13.8% (n=26) que es un método rápido, 12.7% (n=24) no mencionó ningún comentario positivo, 5.3% (n=10) que no es necesaria una incapacidad, 4.2% (n=8) que no es doloroso, 4.2% (n=8) que se lleva una vida sexual más tranquila 4.2% (n=8) mencionaron a la salud de la mujer, 3.7% (n=7) que no es necesaria la hospitalización, 2.6% (n=5) que no se utiliza bisturí, 2.1% (n=4) mencionó la utilización de anestesia local, 2.1% (n=4) se englobaron como otros (se tiene una pronta recuperación, no afecta el desempeño sexual, es un procedimiento ambulatorio, es reversible), 1.6% (n=3) que ayuda a la economía familiar, 1.6% (n=3) que no tiene complicaciones y 1.1% (n=2) que no es necesario mucho reposo.

De los anteriores mencionados encontramos que al 78.3% si afectan estos comentarios en el proceso de su toma de decisión de aceptación de vasectomía, mientras que al 21.7% no lo afectan.

Cuadro 4. Comentarios positivos y negativos acerca de la vasectomía

<b>VARIABLE</b>	
<b>Comentarios negativos n (%)</b>	
Sexualidad	55 (29.1%)
Ninguno	45 (23.8%)
Dolor	28 (14.8%)
Fallas probables con el método	16 (8.5%)
Predisposición a cáncer	15 (7.9%)
Deja de ser hombre	5 (2.6%)
Acumulación de esperma	5 (2.6%)
Relacionados con el carácter	4 (2.1%)
Son cosas de mujeres	3 (1.6%)
Afecta producción de hormonas masculinas	3 (1.6%)
Ideas de castración	2 (1.1%)
Motivos religiosos	2 (1.1%)
Burlas de la comunidad	2 (1.1%)
Comentarios negativos de la gente	1 (0.5%)
Dolor crónico	1 (0.5%)
Posibilidad de enfermar	1 (0.5%)
No protege de enfermedades sexuales	1 (0.5%)
<b>Afectan estos comentarios n (%)</b>	
Si	82 (43.3%)
No	107 (56.6%)
<b>Comentarios positivos</b>	
Método confiable	45 (23.8%)
Ya no se tienen más hijos	32 (16.9%)
Método rápido	26 (13.8%)
Ningún comentario positivo	24 (12.7%)
No es necesaria una incapacidad	10 (5.3%)
No es doloroso	8 (4.2%)
Vida sexual tranquila	8 (4.2%)
Salud de la mujer	8 (4.2%)
No es necesaria la hospitalización	7 (3.7%)
No se utiliza bisturí	5 (2.6%)
Utilización de anestesia local,	4 (2.1%)
Otros	4 (2.1%)
Ayuda a la economía familiar	3 (1.6%)
No tiene complicaciones	3 (1.6%)
No es necesario mucho reposo.	2 (1.1%)
<b>Afectan estos comentario n (%)</b>	
Si	148 (78.3%)
No	41 (21.7%)



En el cuadro 5 se muestra la que de los 189 pacientes encuestados 59.3% (n=112) aceptarían la vasectomía como método de planificación familiar, mientras que el 40.7% (n=77), no lo aceptarían. El 89.9% (n=170) cuentan con el apoyo de la esposa en la decisión tomada y el 10.1% (n=19), no cuentan con su apoyo.

Cuadro 5. Aceptación de vasectomía

<b>VARIABLE</b>	
<b>Decisión de aceptación de vasectomía</b>	
n (%)	112 (59.3%)
Aceptar	77 (40.7%)
No aceptar	
<b>Apoyo de la esposa n (%)</b>	
Si	170 (89.9%)
No	19 (10.1%)

En el cuadro 6 se muestran las barreras y motivaciones que tiene la población encuestada para la aceptación de vasectomía. Las principales barreras mencionadas por los encuestados se encontró que 29.1% (n=55) no mencionó alguna barrera, 23.8% (n=45) miedo al dolor, 18% (n=34) refirieron temor al un mal desempeño sexual, 9.5% (n=18) mencionó la falta de tiempo, 8.5% (n=16) mencionó temor a que el procedimiento falle, 4.8% (n=9) miedo a enfermar, 1.6 (n=3) no estaba seguro si aún desea tener más hijos, 1.6% (n=3) temor a la operación, 1.1% (n=2) mencionó temor a la pérdida de algún hijo, 1.1% (n=2), falta de apoyo de la esposa, y 1.1% (n=2) temor a las críticas de las personas. En cuanto a las principales motivaciones 48.1% (n=91) hizo mención al hecho de no tener más hijos, 12.2% (n=23) mencionó la salud de la esposa, 12,2% (n=23), mención la situación económica adversa, 8.5% (n=16) el tener una vida sexual tranquila, 7.4% (n=14) no mencionaron ninguna motivación, 6.9% (n=13) mencionaron la posibilidad de dar una mejor calidad de vida a su familia, el 2.1% (n=4) que el procedimiento es rápido 1.6% (n=3) mencionó que es un método de planificación familiar efectivo y confiable, 0.5% (n=1) el no tener que faltar al trabajo, y el 0.5% (n=1) que el procedimiento no tiene complicaciones.

Cuadro 6. Barreras y motivaciones para la aceptación de vasectomía

<b>VARIABLE</b>	
<b>Principales barreras n (%)</b>	
Ninguno	55 (29.1%)
Miedo al dolor	45 (23.8%)
Mal desempeño sexual	34 (18.0%)
Falta de tiempo	18 (9.5%)
Fallas como método de planificación	16 (8.5%)
Miedo a enfermar	9 (4.8%)
No estar seguro si aun se quieren más hijos	3 (1.6%)
Temor al procedimiento	3 (1.6%)
Temor que a la muerte de un hijo no se pueda procrear otro hijo	2 (1.1%)
Falta de apoyo de la esposa	2 (1.1%)
Criticas de los demás	2 (1.1%)
<b>Principales motivaciones n (%)</b>	
No tener más hijos	91 (48.1%)
Salud de la esposa	23 (12.2%)
Situación económica	23 (12.2%)
Vida sexual tranquila	16 (8.5%)
Ninguna	14 (7.4%)
Calidad de vida	13 (6.9%)
Es rápido	4 (2.1%)
Es efectivo o confiable	3 (1.6%)
No se necesita faltar al trabajo	1 (0.5%)
No tiene complicaciones	1 (0.5%)

En el cuadro 7 se muestra la que en cuanto a la comunicación médico paciente 77.8% (n=147) mencionaron que la comunicación fue buena, mientras el 22.2% (n=42) dijeron que la comunicación fue mala. En la asociación de la comunicación médico paciente y la aceptación de vasectomía encontramos que los pacientes que mencionaron tener buena comunicación 64.4% (n=95) si aceptaría la vasectomía mientras que 35.4% (n=52) no la aceptaría. De los paciente quienes tuvieron mala comunicación médico paciente 40.5% (n=17) si aceptaría la vasectomía, y el 59.5% (n=25) no la aceptaría.

Cuadro 7. Comunicación médico paciente y aceptación de vasectomía

<b>COMUNICACIÓN MEDICO PACIENTE</b>	<b>Aceptación de vasectomía</b>	
	<b>Si n (%)</b>	<b>No n (%)</b>
<b>Buena comunicación</b>	95 (64.4%)	52 (35.4%)
<b>Mala comunicación</b>	17 (40.5%)	25 (59.5%)

oR= 2.6 (1,26-5.76)  
p=0.005

## XI. DISCUSION

Lograr un estudio con hombres acerca de los métodos de planificación familiar es una tarea y reto de sumo interés, dada la dificultad para explorar e indagar las motivaciones personales para aceptar o no un método anticonceptivo definitivo, que conlleva la necesidad de romper con ideas o paradigmas basados en estereotipos de género, familiares y sociales ligados a cierto tipo de construcción y ejercicio de la masculinidad.

En cuanto a las características sociodemográficas encontramos en nuestro estudio una media de edad de 35.4 años similar a otros estudios como el de Bunce A. y colaboradores con una media de edad de 33 años y el estudio realizado por García Moreno y colaboradores con una edad promedio de 35 años. En cuanto al nivel de estudio nosotros encontramos un 0.5% de analfabetismo, mientras que en el estudio de García se encontró un 8.6% de analfabetismo entre la población aceptante pero hay que tomar en cuenta que este estudio fue realizado en un medio rural mientras que nuestro estudio se realizó en un medio urbano pudiendo influir esto en el grado de estudio de la población. No encontramos estudios para realizar una comparación del estado civil de los aceptantes de la vasectomía. En nuestro estudio encontramos un número promedio de hijos de 3 similar al de García Moreno y col con un promedio de 4 hijos.

De igual forma quienes han analizado la relación de los estereotipos de género con las prácticas sexuales y las conductas anticonceptivas, refieren que cuando los hombres expresan expectativas y actitudes negativas hacia la planificación familiar, siguen con mayor apego los roles estereotipados de su género, que se apoyan en valores que atribuyen la responsabilidad del cuidado de los hijos y de la anticoncepción a la mujer, esto apoya lo encontrado en nuestro estudio ya que de la población encuestada solo el 5.3% (n=10) no usaban métodos de planificación familiar mientras que el 94.7% (n=179) usaban ellos o su pareja algún método de planificación familiar, mientras que en el estudio de García y col 40.8 % no usaron ningún método y el 59.2 % de los hombres participaba en acciones de planificación familiar siendo los métodos más usados por ellos o su pareja fueron el dispositivo intrauterino, 27.1 %; los hormonales, 20.6 %; y el condón, 5.5 %, destaca que 15.1 % prefirió usar un método natural, mientras que en nuestro estudio 32.8% utilizaban DIU, 27.13% (n=41) utilizaban

hormonales, 18.5% (n=35) utilizaban preservativos y el 5.3% (n=10) métodos naturales.

Cabe mencionar que la baja aceptación de la vasectomía se ha asociado con la poca información de las personas sobre este método anticonceptivo, por lo que debe proporcionarse información adecuada a las características y necesidades de los usuarios potenciales.

En el estudio de García y colaboradores se encontró que cuando los encuestados eligieron una sola fuente de información sobre la vasectomía, dijeron que fue el personal de salud en 74% mientras que en nuestro estudio fue de 52.9%, García y colaboradores encontraron que en 5% de los casos la información fue dada por un familiar o amigo mientras nosotros encontramos que en 14.8% fue dada la información por un familiar o amigo, y finalmente ellos encontraron que el 0.5% de los casos obtuvo la información a través de los medios de comunicación y en nuestro estudio se encontró que 10.6% obtuvieron la información por este medio.

En el estudio de García y colaboradores se mencionaron como aspectos negativos hacia la vasectomía que la anticoncepción es responsabilidad principalmente de la mujer, se encontró un franco temor al desempeño sexual posterior al procedimiento, particularmente como abatimiento de la libido, disfunción eréctil, debilidad física potencial así como la idea que tienen de mutilación o castración, arraigo a costumbres familiares o religiosas de rechazar procedimientos quirúrgicos, persistencia del concepto "natural" como lo normal o esperado (capacidad reproductiva, por ejemplo) que sin ninguna intervención declina y el rechazo a la vasectomía por parte de la pareja que comparte sus temores en el mismo sentido, aspecto de suma relevancia fue también el estigma social que padecerían. En nuestro estudio se mencionaron como aspectos negativos problemas relacionados la sexualidad, miedo al dolor provocado por el procedimiento, algunos mencionaron el procedimiento puede fallar, otros mencionaron que puede ocasionar cáncer, así como que la persona deja de ser hombre con la vasectomía, y que se puede acumular esperma dentro del cuerpo en menor proporción mencionaron que se pueden tener cambios con su carácter, que la planificación familiar es cosa de mujeres, que se puede afectar la producción de hormonas masculinas, ideas que el procedimiento es semejante a la castración, limitaciones religiosas, y burlas de las personas, la presencia de dolor crónico, que

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

puede producir enfermedades y que no protege contra enfermedades de transmisión sexual.

En cuanto a comentarios positivos García y col encontraron que se comentó la situación económica, así como la posibilidad de dar una mejor educación y reducir el número de hijos por familia, la perspectiva de un mejor nivel de vida y un ejercicio sexual despreocupado. Opinaron que la estigmatización social del vasectomizado es común, que no les afecta porque proviene de la ignorancia y que el bienestar familiar es su principal interés. En nuestro estudio encontramos que la población mencionó como resultados positivos que es un método confiable ya que no se tienen más hijos, que es un procedimiento rápido, que no es necesaria una incapacidad, no es doloroso, que no es necesaria la hospitalización, al igual que el estudio anterior se mencionó la vida sexual más tranquila, no se utiliza bisturí, que se ayuda a la economía familiar, que no tiene complicaciones y que no es necesario mucho reposo.

No se encontraron estudios que evaluaran la relación entre comentarios positivos y negativos pero nosotros encontramos que en mayor número de personas influyen los resultados positivos que los negativos en el proceso de toma de decisión. Así mismo no se encontraron estudios que valoraran la aceptación de vasectomía en alguna población.

En cuanto a la participación de la esposa o pareja en la decisión tomada se encontró en nuestro estudio que el 89.9% cuentan con el apoyo de la esposa y en el estudio de García y col 74% de los hombres manifestaron que en la decisión de operarse participó su esposa.

En cuanto a las barreras para aceptar la vasectomía nosotros encontramos que los hombres manifestaron miedo al dolor, temor al un mal desempeño sexual, la falta de tiempo, temor a que el procedimiento falle, miedo a enfermar, a la operación, temor a la pérdida de algún hijo, falta de apoyo de la esposa, y temor a las críticas de las personas. En el estudio de García y col se encontraron como principales barreras, información adversa, la religión, el temor al desempeño sexual, que la planificación familiar está orientada a la mujer, idea de daño físico y carencia de información. En cuanto a las principales motivaciones se hizo mención al hecho de no tener más hijos, la salud de la esposa, la situación económica adversa, una vida sexual tranquila, la posibilidad de dar una mejor calidad de vida a su familia, que el procedimiento es

rápido que es un método de planificación familiar efectivo y confiable, el no tener que faltar al trabajo, y que el procedimiento no tiene complicaciones. Mientras que García y col encontraron que se mencionó que con menos hijos se tiene un mayor poder adquisitivo, la posibilidad de mejorar el bienestar familiar y un ejercicio sexual más libre. En el estudio de Bunce A. y col se encontró que como principales motivaciones para realizarse la vasectomía se mencionó el factor económico; la influencia de la pareja indicando que las esposas juegan un rol importante en la decisión, que no reciban métodos de planificación familiar que pueden ser dañinos o no ser sometidas a OTB; la religión cuya opinión acerca de la vasectomía varía mucho de acuerdo a las diferentes denominaciones, y pueden tener en algunos hombres un papel importante; la disponibilidad del médico además que tenga buena reputación y credibilidad; el desconocer el futuro ya que les preocupa arrepentirse en caso de muerte de sus hijos o contraer segundas nupcias con preocupación de infidelidad; conocimiento y entendimiento de la vasectomía ya que la falta de información o no entendimiento contribuye a que muchas personas rechacen la vasectomía.

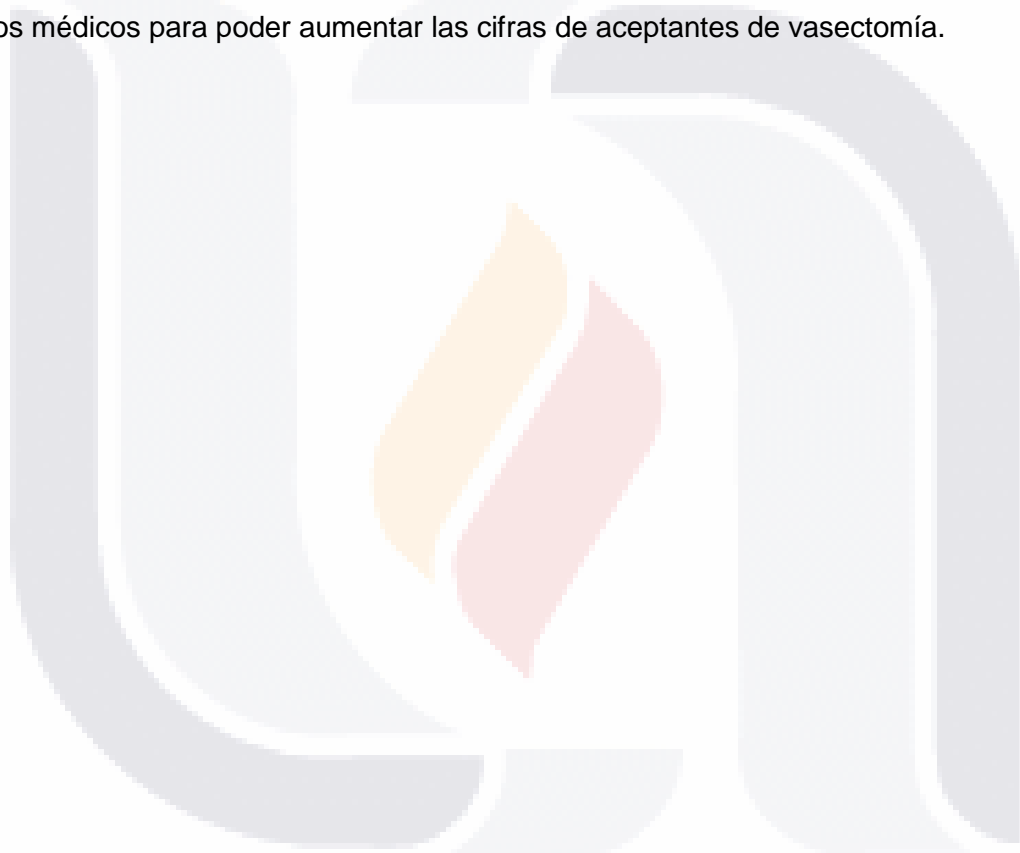
En cuanto a la comunicación médico-paciente en el estudio de Mira L. Katz y col a los encuestados se les aplicó un cuestionario de 3 ítems de comunicación médico-paciente encontrando que 75% tenían buena comunicación, 10% pobre comunicación, y 13% resultados regulares mientras que en nuestro estudio se encontró que 77.8% mencionaron que la comunicación fue buena, mientras el 22.2% dijeron que la comunicación fue mala.

No se encontraron estudios que asociaran la comunicación médico paciente y la aceptación de vasectomía, nosotros encontramos que los pacientes que tienen una buena comunicación tienen mayor posibilidad de aceptar la vasectomía que aquellos que mencionaron que la comunicación fue mala.

## XII. CONCLUSION

En base a lo obtenido en nuestro estudio podemos concluir que si existe una asociación en la comunicación médico paciente y aceptación de vasectomía ya que los pacientes quienes calificaron su comunicación médico paciente como buena tenían mayor posibilidad de aceptar la vasectomía como método definitivo de planificación familiar, mientras los que tuvieron una mala comunicación, tenían menor posibilidad de aceptar la vasectomía.

Por lo anterior se considera necesario mejorar las técnicas de comunicación por parte de los médicos para poder aumentar las cifras de aceptantes de vasectomía.





### **XIII. ANEXOS**

1. Instrumento de evaluación.
2. Cronograma de actividades.
3. Carta de consentimiento informado.
4. Operacionalización.



## INSTRUMENTO DE MEDICION PARA LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y LA ACEPTACION DE VASECTOMIA

1. Fecha de entrevista \_\_\_\_\_  
  día      mes      año
  
2. Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
  día      mes      año
  
3. Edad en años \_\_\_\_\_
  
4. Nivel de estudios alcanzado por el encuestado  
1. analfabeta            2. analfabeta sin escolaridad            3. primaria  
4. secundaria  
5. técnico profesional            6. preparatoria            7. profesional
  
5. Estado civil actual  
1. soltero            2. casado            3. unión libre  
4. divorciado            5. viudo            6. separado
  
6. Ocupación actual \_\_\_\_\_
  
7. Número de hijos \_\_\_\_\_
  
8. Edad del hijo menor \_\_\_\_\_
  
9. Usted y su pareja usan actualmente otro método de planificación familiar.  
1. Sí            2. No.
  
10. Cuál método de planificación familiar usan actualmente.  
1. Preservativo            2. Anticonceptivos orales            3. Anticonceptivos inyectables  
4. DIU  
5. Métodos naturales
  
11. Conoce usted el procedimiento de la vasectomía.  
Sí            No

Si la respuesta anterior es Sí continuar con pregunta 2, si es no continuar con la pregunta 3.

12. Quién le proporcionó información acerca del procedimiento de la vasectomía.  
Personal de salud            Familiar o amigo            Medios de comunicación

13. Qué comentarios negativos ha escuchado usted en la población general respecto a la vasectomía \_\_\_\_\_

14. Afectan estos comentarios en su proceso de toma de decisión de la realización de vasectomía.

Sí No

15. Qué comentarios positivos ha escuchado usted en la población general respecto a la vasectomía \_\_\_\_\_

16. Afectan estos comentarios en su proceso de toma de decisión de la realización de vasectomía

Sí No

17. ¿Cuál será su decisión?

Aceptar la vasectomía No aceptar la vasectomía

De acuerdo a su respuesta anterior

18. Cuenta con el apoyo de su esposa en su decisión.

Sí No

19. Principal barrera que usted tiene hacia la realización de vasectomía.  
\_\_\_\_\_

20. Principal motivación que usted tiene hacia la realización de vasectomía  
\_\_\_\_\_

#### COMUNICACION MEDICO PACIENTE

Es importante para nosotros, conocer lo que usted piensa de la atención médica que se le otorga.

La información que nos proporcione, servirá para mejorar la calidad de la atención médica que se le brinda, por lo que le pedimos conteste francamente cada una de las siguientes preguntas. Agradecemos de antemano su atención y participación.

Para cada una de las siguientes preguntas le pedimos que vea la hoja de respuestas, y nos responda con que frecuencia vive usted la experiencia que se le pregunta.

Por ejemplo; vea usted la hoja de respuestas y dígame;

Con que frecuencia el camión que la lleva a su casa tarda mucho en pasar.

(-) 1 –  
2 – 3 –  
4 – 5

Con que frecuencia acude a las citas con su médico familiar puntualmente.

(+) 5 –  
4 – 3 –  
2 – 1

Con las siguientes 8 preguntas queremos saber la forma como **le trata** su médico familiar durante la consulta.

Le pido que piense en **todas** las consultas que ha recibido por su médico familiar y me responda las veces que a usted le pasa la experiencia que se le pregunta.

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca	Calificación
V. 2. Su medico familiar <b>le saluda</b> amablemente (+)	5	4	3	2	1	
V. 3. Su medico familiar <b>le pone atención</b> mientras le explica lo que le pasa (+)	5	4	3	2	1	
V. 7. Mientras su medico familiar lo examina <b>le explica</b> lo que le está <b>haciendo</b> (+)	5	4	3	2	1	
V. 8. El medico familiar <b>le explica</b> la razón por la cual el tratamiento es el <b>mejor</b> para usted (+)	5	4	3	2	1	
V. 14. Su medico familiar <b>le da importancia</b> a sus preguntas (+)	5	4	3	2	1	
V. 16. Su medico <b>le da</b> toda la <b>información</b> que usted <b>espera</b> (+)	5	4	3	2	1	
V. 18. Usted <b>recomendaría</b> su médico a sus amigos (+)	5	4	3	2	1	
V. 19. Le gustaría que este medico familiar <b>le atendiera</b> en sus <b>próximas</b> consultas (+)	5	4	3	2	1	

**CRONOGRAMA**

2007

2008

2009

ACTIVIDAD	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	
AGO																							
Elección de tema	X																						
Búsqueda de información		X	X	X																			
Elaboración del Protocolo					X	X	X	X	X														
Construcción y evaluación de instrumentos									X														
Prueba piloto																			X				
Identificación y selección de pacientes																X							
Recolección de datos																			X	X	X		
Construcción de bases de datos																X							
Captura y procesamiento de datos																			X	X	X		
Análisis de Datos																					X	X	
Reporte																							
Final																					X	X	X

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Aguascalientes, Aguascalientes mayo 2009

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado “La comunicación médico-paciente y su asociación con la aceptación de vasectomía en los hombres derechohabientes del IMSS de 20-59 años en la ciudad de Aguascalientes”.

Registrado ante el Comité Local de Investigación o CNIC con el número

El objetivo del estudio es identificar la asociación que existe entre comunicación médico-paciente y aceptación de vasectomía en la población derechohabiente en edad de 20-59 años en la ciudad de Aguascalientes.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en el llenado de una encuesta sobre la comunicación médico-paciente llevada a cabo en la consulta de planificación familiar, así como dar una respuesta acerca de mi decisión de realizarme o no la vasectomía.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio que son tiempo invertido en contestar la encuesta, sin otras repercusiones en la salud, ni en los servicios otorgados por el instituto

El Investigador Responsable se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades 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. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

\_\_\_\_\_

Nombre y firma del paciente

\_\_\_\_\_

Nombre, firma y matrícula del investigador responsable

Número de teléfono en el cual pueda comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio 044 449 188 6457

Testigos

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

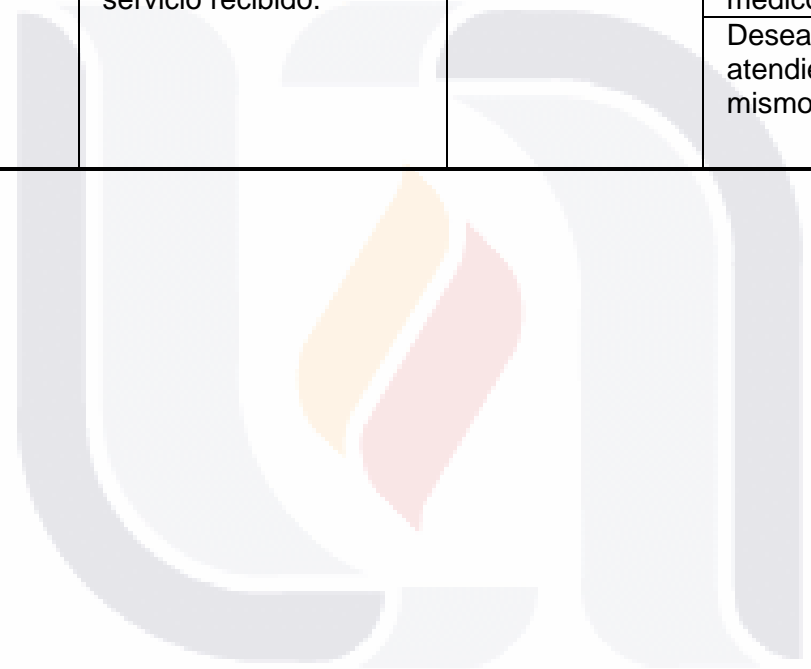
OBJETIVO GRAL	DEFINICION	DIMENSIONES	VARIABLES	INDICADORES	ÍTEM
Identificar la asociación que existe entre la comunicación médico-paciente y aceptación de vasectomía en la población derechohabiente en edad de 20-59 años en la ciudad de Aguascalientes.	<b>Comunicación en la relación médico-paciente:</b> Proceso mediante el cual se logra construir y mantener una buena relación médico paciente a través del rapport para obtener información que ayude a diagnosticar los problemas del paciente, educarlo y motivarlo en su tratamiento.	<b>Función afectiva:</b> Se refiere a que el médico debe construir una relación con el paciente, empleando un conjunto de habilidades de respuesta emocional, a través de la amabilidad y disposición emocional para que exista la confianza, el interés y el respeto entre el médico y el paciente.	Amabilidad	Saludar con amabilidad	1. Su MF consulta sin saludarle 2. Su MF le saluda amablemente.
			Interés	Poner atención cuando el paciente explica lo que le pasa	3. Su MF le pone atención mientras le explica lo que le pasa.
				Animar al paciente a hablar acerca de sus problemas personales.	5. Su MF le hace preguntas muy personales
			Confianza	Preocuparse por la situación personal del paciente.	4. Cuando va con su MF siente que puede contarle cualquier tipo de problema.
			Respeto	Tratar en forma respetuosa al paciente.	6. Su médico familiar lo revisa bruscamente.
					13. Su médico familiar se porta en forma respetuosa y profesional con usted.
			Disposición emocional	Dedicar tiempo suficiente a la consulta.	12. Le parece que su médico familiar tiene prisa cuando le esta atendiendo



OBJETIVO GRAL	DEFINICION	DIMENSIONES	VARIABLES	INDICADORES	ÍTEM
		<p><b>Función regulativa:</b> se refiere a la habilidad de los médicos para recopilar información de los problemas de los pacientes con precisión y eficiencia y que sirve para formular un diagnóstico.</p>	<p>Recopilación de signos, síntomas y problemas del paciente</p> <p>Precisión y eficiencia</p>	<p>Describir lo que hace cuando lo examina.</p> <p>Describir el tratamiento en base a los problemas del paciente.</p> <p>Hacer diagnósticos precisos y eficientes.</p>	<p>7. Mientras su MF lo examina le explica lo que le esta haciendo</p> <p>8. El médico familiar le explica la razón por la cual el tratamiento es el mejor para usted.</p> <p>9. Le parece que su MF hace sus diagnóstico a la ligera</p>

OBJETIVO GRAL	DEFINICION	DIMENSIONES	VARIABLES	INDICADORES	ÍTEM
		<p><b>Función informativa:</b> Se refiere a la transferencia de información en forma clara del médico al paciente y viceversa, para educar, motivar y negociar con el paciente su adherencia al tratamiento.</p>	Negociación a la adherencia al tratamiento	Realizar un plan de tratamiento anticipando problemas buscando soluciones. y	10. Su MF le da un tratamiento difícil de cumplir
				Proponer tratamiento en base a sus necesidades y da opciones.	11. Su MF toma en cuenta sus necesidades individuales para darle un tratamiento
				Confirmar la adherencia al tratamiento.	17. Su MF lo regaña porque no se cuida
			Claridad de lenguaje	Hablar con claridad y sencillez.	15. Su MF usa palabras difíciles de entender.
			Informar	Otorgar la información esperada.	16. Su MF le da toda la información que usted espera
				Responder a todas las preguntas del paciente.	14. Su médico familiar le da importancia a sus preguntas.

OBJETIVO GENERAL	DEFINICION	DIMENSIONES	VARIABLES	INDICADORES	ÍTEM
		<p><b>Satisfacción:</b> Es el grado de adecuación entre las expectativas y la percepción final del servicio recibido.</p>	<p>Percepción del servicio recibido</p>	<p>Sugerir a los amigos del paciente que se atiendan con ese medico.  Desear que lo siga atendiendo el mismo medico.</p>	<p>18. Usted recomendaría su medico a sus amigos.  19. Le gustaría que el MF le atendiera en sus próximas consultas.</p>



## IXV. BIBLIOGRAFIA

1. INEGI. Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática: II Censo Nacional de Población y Vivienda. México 2005.
2. [www.imss.gob.mx](http://www.imss.gob.mx)
3. García J, Solano LM. Aceptación y rechazo de vasectomía en hombres del medio rural. Rev. Med IMSS 2005; 43(3):205-214.
4. Bunce A, Guest G, Searing H, Frajzyngier V, Riwa P, Kanama J, Achwal I. Factors affecting vasectomy acceptability in Tanzania. International Family Planning Perspective 2007 Mar; 33(1):13-21.
5. Hendrix N, Cahua S, Morrison J, Sterilitazion and its consequences. Obstetrical and Gynecological Survey 1999 Dec; 54(12):766-77.
6. Ringheim, K. Factors that determine prevalence of use of contraceptive methods for men. (Review). Studies in family planning 1993 Mar-Apr; 24(2):87-99.
7. Valdez-Salgado R, Molina-Leza J, Solís Torres C. Aprender de lo sucedido. Análisis de las quejas presentadas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Salud Pública de México, 2001 Sep-Oct; 43(5):444-454.
8. Beck R, Daughtridge R, Sloane P. Physician-Patient Communication in the primary care office: A systematic review. JABFP 2002 Jan-Feb; 15(1):25-38.
9. Campos-Navarro R, Afganís-Juárez EN, Torres D. Calidad de los servicios de medicina familiar según adultos mayores del sureste de la ciudad de México. Archivos de medicina familiar 2006 May-Ago; 8(1):131-136.
10. Steward M, Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. American Med Association Journal 1995 May; 152(9):1423-1433.
11. Simpson M, Buckman R, Steward M, Maguire M, Lipkin M, Novack D and Till J. Doctor-patient communication: The Toronto Consensus Statement. BJM 1991 Nov; 303:1385-1387.

12. Travakine J, Ruchinskas R, Alonzo G, Patient-Physician Communication: Why and How, JAOA 2005 Jan; 105(1):13-18.

13. Katz M, James A, Pignone M, Hudson M, Jackson E, Oates V, Campbell M. Colorectal cancer screening among African American church members: A qualitative and quantitative study of patient-provider communication. BMC Public Health 2004, 4:62.

14. Hobman S, Ram P, Muijtjens A, van der Vleuten C, Grol R. Effective improvement of doctor-patient communication: a randomised controlled trial. British Journal of General Practice 2006; 56: 580-586.

13. Barrier P, James T., Jensen N. Two words to improve physician-patient communication: what else? Mayo Clin Proc. 2003; 78:211-214.

14. Makoul G, Essential Elements of Communication in Medical Encounters: The Kalamazoo Consensus Statement. Academic Medicine abril 2001, 76(4): 390-393.

15. Cole S, Bird J. The medical interview. The Three-function approach. Editorial Mosby. Segunda Edición, 2000. P.p 3-48.

16. Coordinación de investigación médica. Diseño y Conducción de proyectos de investigación en sistemas de salud. P.p. 110-113.

17. Kleinbaum DG, Kupper LL and Morgenstern H. Epidemiologic research. Ed. Van Nostrand Reinhold, New York 1982. P.p. 65 – 67.

18. de Canales F, de Alvarado E, Pineda E. Metodología de la Investigación. Editorial Limusa Noriega S.A. de C.V. 1990. P.p. 145-159.

19. Coordinación de investigación médica. Diseño y Conducción de proyectos de investigación en sistemas de salud P.p. 216-239.

20. Prado-Aguilar C, Martínez Y, Segovia-Bernal Y, Reyes-Martínez R, Arias-Ulloa R. Performance of two questionnaires to measure treatment adherence in patient with Type-2 Diabetes. BMC Public Health 2009, 9:38.

21. Koepsell TD, Weiss NS. Epidemiologic methods. New York: Oxford; 2003.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS



TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS