



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

**“REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE LA VASECTOMÍA EN PAREJAS
DE PACIENTES MULTÍPARAS QUE ACUDIERON AL HOSPITAL GINECO-
OBSTÉTRICO ISIDRO AYORA EN EL AÑO 2019. QUITO – ECUADOR”**

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

AUTOR: DR. GABRIEL ALBERTO MOLINA CEVALLOS

DIRECTORA DE TESIS: DRA. MARIA ISABEL PALACIOS

DIRECTOR METODOLÓGICO: ALEXIS RIVAS PhD

QUITO, 2020

DEDICATORIA

“El hombre nunca sabe de lo que es capaz hasta que lo intenta”

Charles Dickens

Dedico esta tesis en primer lugar a mi Dios, porque me ha preservado la vida hasta poder alcanzar y culminar mi sueño tan anhelado de ser Médico, Cirujano, y Ginecólogo; Porque Él siempre ha transformado mis tardes grises en amaneceres, y mis penumbras en Luz y me ha dado la fe suficiente para saber que todo lo puedo con Él de la mano.

A mi familia, en especial a esos pequeños ángeles con los que vivo cada día mi Gabriel y María Eduarda, tesoros de mi vida, y aquellos ángeles que ya han partido que me enseñaron un poco más sobre lo Celestial mientras me dedicaba a esta tarea de investigar. A mi maravillosa esposa Ana Fernanda que con su compañía, pensamientos y frases de aliento y amor me impulso a seguir adelante y a no desmayar en esta difícil tarea.

A todas aquellas personas especiales que me han acompañado a lo largo de esta jornada entre ellos familiares, amigos, profesores, que han puesto los cimientos de muchas maneras para permitirme alcanzar este logro. Todos ellos han sido un fuerte pilar, sin duda un soporte invaluable durante los días de trabajo.

AGRADECIMIENTO

Le doy gracias a Dios por su compañía, por su bondad, por darme luz, conocimiento, y haberme llenado de experiencias y vivencias del día a día que me enriquecieron la mente y el corazón.

Le agradezco de todo corazón a mi amada esposa Ana Fernanda por ser mi ángel en esta jornada. Por su paciencia, por su entrega total y apoyo incondicional, porque gracias a todo su amor, aliento, trabajo, y energía he podido culminar con éxito mi tan anhelado sueño.

Un agradecimiento especial a mis hijos adorados Gabriel y María Eduarda que me han entregado toda su ternura durante estos años, y me han acompañado y han sacrificado de su comodidad por permanecer junto a mí en todos los lugares en los que he servido.

Agradezco desde lo más profundo de mi corazón a mis padres Gabriel y Martha por su amor, preocupación, apoyo y consejo porque soy un reflejo de lo que ellos me han enseñado desde niño. También tengo sentimientos de mucha gratitud a mis suegros Fernando y Ana Lucía por ser un apoyo incondicional, por su solidaridad hacia mí en todo momento y en los más duros recorridos de mi profesión.

A mis Abuelitos Hernán y Martha y mis tíos Jaime, María Gracia, Hernán y Giannella, Santiago y Verónica, pues sin ellos nada de lo que he logrado hubiera sido posible.

A la Universidad por ser un centro que me abrió las puertas conjuntamente con sus docentes, haciendo de mí un mejor profesional y ser humano.

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA	ii
ÍNDICE DE CONTENIDO	iv
ÍNDICES DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	ix
ÍNDICE DE ANEXOS	x
RESUMEN	xi
ABSTRACT.....	xii
CAPÍTULO I	13
INTRODUCCIÓN	13
CAPÍTULO II	15
MARCO TEÓRICO.....	15
2.1. GENERALIDADES	15
2.2. MARCO JURÍDICO.....	17
2.2.1. DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	17
2.2.2. FUNDAMENTO JURÍDICO	18
2.2.3. LEGISLACIÓN DE ECUADOR	19
2.2.4. MARCO SOCIODEMOGRÁFICO.....	20
2.3. CONTEXTO BIOLÓGICO	21
2.3.1. REPRODUCCIÓN HUMANA	21
2.3.2. FISIOLOGÍA	21
2.4. CONTEXTO SOCIOCULTURAL.....	24
2.4.1. ANTROPOLOGÍA	24
2.4.2. TIPOS DE SOCIEDAD	25
2.4.3. ROLES DE LA REPUBLICA EN LA SOCIEDAD	26
2.4.4. LA SOCIEDAD DE ECUADOR	27
2.4.5. PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y ANTICONCEPCIÓN.....	27

2.4.6. DEFINICIÓN DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO	29
2.4.7. HISTORIA DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.....	29
2.4.8. EFICACIA DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.....	31
2.4.9. ELEGIBILIDAD DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO.....	32
2.4.10. RESTRICCIONES SOCIALES Y CULTURALES.....	33
2.4.11. CONDICIÓN DE LA ELEGIBILIDAD SEGÚN EL GÉNERO	34
2.5. VASECTOMÍA EN EL CONTEXTO BIOLÓGICO.....	35
2.5.1. ESTADÍSTICAS.....	36
2.5.2. CONSEJERÍA AL PACIENTE.....	37
2.5.3. ANATOMÍA.....	38
2.5.4. PREPARACIÓN PREOPERATORIA	39
2.5.5. TÉCNICAS QUIRÚRGICAS.....	39
2.5.5. TÉCNICA CONVENCIONAL (DE SCHMIDT)	40
2.5.5. TÉCNICA DE VASECTOMÍA PERCUTÁNEA (SIN BISTURÍ, O DE LI SHUNQIANG O NO-SCALPEL VASECTOMY).....	41
2.5.6. OTRAS TÉCNICAS DE VASECTOMÍA	43
2.5.7. CUIDADOS POSOPERATORIOS	43
2.5.8. SEGUIMIENTO	44
2.5.9. COMPLICACIONES Y MORBILIDADES ASOCIADAS.	46
2.6. VASECTOMÍA Y ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	47
2.7. FALLA DEL MÉTODO.....	47
2.8. VASECTOMÍA EN EL CONTEXTO ANTROPOLÓGICO (SOCIOCULTURAL).....	48
2.9. PARTICIPACIÓN DEL HOMBRE EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR.....	49
CAPÍTULO III.....	51
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	51
3.1. JUSTIFICACIÓN	51
3.2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	52

3.3. OBJETIVOS	52
3.3.1. OBJETIVO GENERAL.....	52
3.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	52
CAPÍTULO IV	53
METODOLOGÍA.....	53
4.1. ENFOQUE Y TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	53
4.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	54
4.3. SELECCIÓN DE LOS INFORMANTES	54
4.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	55
4.5. ENTREVISTAS.....	55
4.6. ANÁLISIS CUALITATIVO	56
4.7. CARACTERIZACIÓN DEL PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	56
4.8. DEFINICIÓN DE CATEGORÍAS	58
4.9. TABLA DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES CUALITATIVAS	59
4.10. LIMITACIONES	64
CAPÍTULO V	66
PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO.....	66
5.1. DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO	66
5.2. ETNIA.....	67
5.3. NIVEL DE INSTRUCCIÓN	68
5.4. NACIONALIDAD.....	69
5.5. LUGAR DE RESIDENCIA.....	70
5.6 RELIGIÓN QUE PROFESAN	71
CAPÍTULO VI.....	72
ANÁLISIS CUALITATIVO	72
6.1. PERFIL DE LOS INFORMANTES	72
6.2. INDICADORES CUALITATIVOS	81
6.3. DEFINICIÓN DE CATEGORÍAS EMPLEADAS PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN	82
6.4. CODIFICACIÓN DE INDICADORES	84
<i>6.6 Una intervención quirúrgica que se le hace al hombre para conseguir la esterilización.....</i>	<i>86</i>
6.6.1. TESTIMONIOS MÁS EMBLEMÁTICOS SOBRE CONOCIMIENTO DE LA VASECTOMÍA.....	89

6.7. <i>El momento oportuno bueno ya cuando piensa uno qué está completa la familia...</i>	91
6.7.1. TESTIMONIOS MÁS EMBLEMÁTICOS SOBRE USO DE LA VASECTOMÍA	93
6.8. <i>¿Lo típico es que las mujeres se cuidan no?</i>	95
6.8.1. TESTIMONIOS MÁS EMBLEMÁTICOS SOBRE MITOS Y CREENCIAS ...	105
6.9. <i>Que sea gratis quizás y qué sé pueda hacer en cualquier lugar público...</i>	107
6.9.1. TESTIMONIOS MÁS IMPORTANTES EN RELACIÓN A BARRERAS PARA ACCEDER A LA VASECTOMÍA.....	110
6.10. <i>...No creo que es importante si es qué es para el hombre. porque ese no es el problema. no ve qué la qué sé embaraza es la mujer</i>	112
6.10.1. TESTIMONIOS MÁS EMBLEMÁTICOS PERCEPCIÓN SOCIO-CULTURAL.....	121
6.11. <i>Bueno qué seguros de qué ya no queremos y...ciento por ciento decididos</i>	124
6.11.1. PRINCIPALES TESTIMONIOS EMBLEMÁTICOS PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y EQUIDAD	127
CAPÍTULO VI.....	130
CONCLUSIONES	130
RECOMENDACIONES.....	133
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	139
ANEXOS	145

ÍNDICES DE TABLAS

Tabla 1. Variables Sociodemográficas	57
Tabla 2. Operacionalización de las Categorías	58
Tabla 3. Operacionalización de las Variables	59
Tabla 4. Perfil de los informantes	72
Tabla 5. Categorías utilizadas para la integración de información	82
Tabla 6. Codificación de indicadores de la investigación.....	84
Tabla 7. Conocimiento sobre la vasectomía como método de planificación familiar	89
Tabla 8. Uso de la vasectomía como método de planificación familiar definitivo.....	93
Tabla 9. Mitos y creencias sobre la vasectomía.....	105
Tabla 10. Barreras para acceder a la vasectomía	110
Tabla 11. Percepciones socioculturales en torno a la vasectomía	121
Tabla 12. Consideraciones en torno a la vasectomía en termino de equidad	127

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribución de los informantes por género	66
Figura 2. Distribución de los informantes según autoidentificación étnica.....	67
Figura 3. Nivel de instrucción de los entrevistados	68
Figura 4. Nacionalidad de los Informantes	69
Figura 5. Lugar de residencia de los informantes	70
Figura 6. Religión que profesan.....	71
Figura 7. Indicadores cualitativos de la investigación	81
Figura 8. Concepto de vasectomía	86
Figura 9. Conocimiento sobre la vasectomía	90
Figura 10. Uso de la vasectomía	92
Figura 11. Uso de la vasectomía por parte de los informantes	94
Figura 12. Mitos y Creencias	96
Figura 13. Mitos y Creencias sobre la vasectomías.....	106
Figura 14. Barreras existentes.....	107
Figura 15. Barreras para acceder a la vasectomía.....	111
Figura 16. Cultura, Machismo, Religión y Opinión de terceros.....	112
Figura 17. Percepciones socioculturales y vasectomía.....	122
Figura 18. Planificación familiar y equidad.....	124
Figura 19. Entorno familiar y pareja.....	128

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INFORMANTES PARTICIPANTES ADULTOS	145
ANEXO 2. ENTREVISTA PARA LA OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN	147

RESUMEN

La vasectomía es un procedimiento de esterilización definitiva en el hombre, ambulatorio y de rápida recuperación, siendo de uso limitado en Ecuador. Es necesario identificar las percepciones socioculturales y aquellas barreras que existen que impiden hacer uso de este método de planificación familiar considerando que en el contexto de la reproducción humana este se transforma a la par de la evolución del contexto histórico respondiendo al lugar, la condición social, los aspectos culturales y religiosos.

Objetivo: identificar las barreras y las facilidades para realizarse la vasectomía, de las parejas de pacientes multíparas que acudieron al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora de Quito en el año 2019.

Metodología

La investigación que se presenta responde a un estudio de tipo cualitativo. Fueron identificadas categorías de análisis en torno a la temática de estudio y se usó una entrevista semiestructurada, a partir de la cual fueron identificados los mitos y creencias en torno a la vasectomía en 34 parejas entrevistadas que acudieron a la consulta de

Resultados

Existe un limitado conocimiento e información en relación a la vasectomía como método de esterilización definitiva para el hombre. Las percepciones socioculturales en torno a la vasectomía se relacionan con el vigor, desempeño sexual, cambio en el semen y aumento de peso. Prevalcen la necesidad económica para optar por la vasectomía antes que la religión. El machismo es un condicionante que deja a un lado al hombre dado que los programas de salud se dirigen principalmente a la mujer. Los factores socioculturales y económicos inciden en la toma de decisión para acceder a la vasectomía.

Conclusiones: es necesario incorporar la práctica de la vasectomía a escala nacional, preparar al personal médico para asumir los procedimientos, brindar información sobre el método a las parejas, y promover la salud sexual y reproductiva en un contexto de equidad y derechos sexuales y reproductivos.

Palabras claves: Derechos sexuales, Derechos reproductivos, Machismo, Planificación familiar, Vasectomía

ABSTRACT

Vasectomy is a definitive sterilization procedure in man, outpatient and fast recovery, being of limited use in Ecuador. It is necessary to identify the socio-cultural perceptions and those barriers that exist that prevent the use of this family planning method considering that in the context of human reproduction this is transformed along with the evolution of the historical context responding to the place, the social condition, Cultural and religious aspects.

Objective: to identify the barriers and facilities to perform the vasectomy, of the couples of multiparous patients who attended the Isidro Ayora Obstetric Gynecological Hospital of Quito in 2019.

Methodology

The research presented responds to a qualitative study. Categories of analysis around the subject of study were identified and a semi-structured interview was used, from which the myths and beliefs about vasectomy were identified in 34 interviewed couples who attended the consultation of

Results

There is limited knowledge and information regarding vasectomy as a definitive sterilization method for man. Sociocultural perceptions around vasectomy are related to vigor, sexual performance, semen change and weight gain. The economic need to opt for vasectomy prevails over religion. Machismo is a condition that leaves man aside since health programs are mainly aimed at women. Sociocultural and economic factors influence the decision to access the vasectomy.

Conclusions: it is necessary to incorporate the practice of vasectomy at national level, prepare medical personnel to assume the procedures, provide information about the method to couples, and promote sexual and reproductive health in a context of equity and sexual and reproductive rights.

Keywords: Sexual rights, Reproductive rights, Machismo, Family planning, Vasectomy

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El trabajo de investigación que se presenta titulado “Representaciones sociales sobre la vasectomía en parejas de pacientes multíparas que acudieron al hospital gineco-obstétrico Isidro Ayora en el año 2019. Quito – Ecuador”, tuvo por objetivo Identificar las barreras y las facilidades para realizarse la vasectomía, de las parejas de pacientes multíparas que acudieron al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora de Quito en el año 2019.

Datos comparativos llevados adelante por ENSANUT entre el uso de ligadura y la vasectomía en Ecuador indican que apenas un 0.3% en hombre/casados se ha llevado a cabo la vasectomía, a pesar de que quirúrgicamente la vasectomía es un procedimiento ambulatorio y de más bajo costo que con respecto a la ligadura en mujeres.

Es necesario indagar cuales son las percepciones socioculturales que existen en torno al uso de la vasectomía, así como el conocimiento sobre este método, dado que en el marco de la promoción de los derechos sexuales y reproductivos debe ser estimulada la participación del hombre en el control de fertilidad. Desde el punto de vista de la planificación le corresponde al Estado brindar oportunidades de control de fertilidad que sean accesibles, además de otorgar información oportuna a las familias para garantizar el acceso a métodos de planificación familiar.

La realización de este estudio abre ante la mirada del profesional las barreras que existen hacia el uso de la vasectomía que se pasan por alto en el momento de atender una consulta, y dar respuesta a las inquietudes de las parejas, a través de la investigación cualitativa ha sido posible tener un acercamiento desde una perspectiva más humana conociendo las diferentes visiones, creencias, miedos que un grupo de parejas tiene en torno a la vasectomía.

De allí que es a través de un estudio etnográfico que fue posible adentrarse a la realidad de estas parejas y generar un análisis a partir de su discurso y de las representaciones sociales que integra el conocimiento y la percepción en torno a la vasectomía desde sus referentes socioculturales.

De allí que la presente investigación se ha organizado en los siguientes capítulos:

Capítulo I recoge la Introducción al tema

Capítulo II presenta las bases conceptuales y los antecedentes de investigación relacionados con el tema de investigación

Capítulo III. describe el problema de investigación, así como los objetivos de la investigación

Capítulo IV presenta la metodología de la investigación, el diseño de la investigación, la selección de los informantes, la técnica de investigación, definición de categorías y las limitaciones de la investigación

Capítulo V describe el perfil sociodemográfico de los informantes

Capítulo VI desarrolla el análisis cualitativo

Para finalmente presentar las conclusiones y recomendaciones generadas a partir de los hallazgos de la investigación

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. GENERALIDADES

La salud reproductiva es un tema de gran trascendencia para la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cual ha abarcado gran importancia durante la última década transcurrida. Se la define como aquella condición de bienestar físico, mental y social vinculada al sistema reproductivo; abordando los mecanismos de la procreación y el funcionamiento del aparato reproductor en todas las etapas de la vida. Sin embargo, dicha definición llega a ser un tanto reduccionista pues la reproducción enmarca aspectos mucho más amplios, como lo son el derecho a procrear hijos, un embarazo sin riesgo, el uso de métodos anticonceptivos, interrupción del embarazo, tratamientos contra la infertilidad y cuidados preventivos relacionados con el sistema reproductor. (Hernández-Aguilera & Marván-Garduño, 2015), (Organizacion Mundial de la Salud, 2019a)

De hecho, el nivel de acceso a la salud sexual y reproductiva refleja de manera sinérgica algunos de los principales indicadores del nivel de desarrollo de un país; por ejemplo, el nivel educativo de la población, las desigualdades entre zonas urbanas y rurales, pobreza y marginación, u otros factores que sitúan a ciertos grupos en condiciones desfavorables y de vulnerabilidad, como los grupos indígenas, las enraizadas inequidades de género, o las propias características de la edad como la juventud o la vejez, que condicionan de forma directa el acceso a servicios vinculados a la salud reproductiva. (Consejo Nacional de Población de México, 2016)

Garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos es de fundamental importancia, ya que se consolidan como derechos humanos en tanto protegen la vida y la integridad de las personas. Asimismo, incluyen el derecho de todos los individuos a acceder libres de coerción, discriminación y violencia, al más alto nivel posible de salud sexual, incluido el acceso a métodos anticonceptivos seguros, eficaces, asequibles y oportunos; a solicitar, recibir y difundir información relacionada con la sexualidad; incluye también el

derecho a la educación sexual integral; el respeto a la integridad corporal; la elección libre de pareja; derecho a decidir ser sexualmente activo o no; a las relaciones sexuales consensuadas; al matrimonio libre de coerción; el derecho a decidir si tener hijos o no, y cuándo; y ejercer una vida sexual satisfactoria, segura y placentera. (Consejo Nacional de Población de México, 2016)

Por otro lado, al hablar de salud reproductiva, es fundamental enmarcar el papel de la planificación familiar, la cual permite a las personas decidir el número de hijos que desean y en qué momento tenerlos. De esta manera se pueden evitar riesgos para la salud como los asociados a un embarazo a corta edad o a edad avanzada, así como a abortos voluntarios. Así mismo, con la planificación familiar se tiene un control sobre el crecimiento poblacional con el fin de evitar efectos negativos sobre la economía, medio ambiente y alcanzar mejores niveles de desarrollo, considerando esta como una política pública actual; pues dentro de uno de los contextos antropológicos antiguos esto representaba un estándar de bienestar socio económico y plenitud social cultural. (Hernández-Aguilera & Marván-Garduño, 2015)

Dentro de los derechos a defenderse en el ámbito de la salud reproductiva, la elección de un método anticonceptivo es una decisión compleja que aun presenta dificultades en la moderna sociedad. Los proveedores de servicios médicos tienen un rol importante en el suministro de información y apoyo en la toma de decisiones de los pacientes sobre los métodos anticonceptivos a través de dicho asesoramiento, garantizando el acceso efectivo a una amplia gama de métodos modernos, basados en evidencia científica y con pertinencia cultural. (Dehlendorf, 2019) (Organización Mundial de la Salud, 2019a)

Dentro del amplio y heterogéneo grupo de métodos anticonceptivos, la vasectomía es el modo más eficaz de anticoncepción masculina permanente y el único método ampliamente disponible y aprobado hasta la actualidad para este género. El procedimiento implica la interrupción u oclusión de cada conducto deferente y generalmente se realiza de forma ambulatoria bajo anestesia local, sin presentar mayores complicaciones en comparación con otros métodos quirúrgicos. Lamentablemente, la sesgada ideología que muchos

hombres aun manejan, cuestiona socialmente la efectividad y beneficios de dicho procedimiento. (Viera, 2017)

2.2. MARCO JURÍDICO

2.2.1. DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Se puede definir a los derechos sexuales como aquellos que involucran la capacidad de disfrutar de una vida sexual libremente elegida, satisfactoria, sin violencia ni riesgos. En cambio, lo derechos reproductivos son aquellos que involucran la posibilidad de decidir en forma autónoma, responsable y sin discriminación si tener o no tener hijos, el número de hijos y el espaciamiento entre sus nacimientos; para lo que se debe disponer de información suficiente y los medios adecuados. (Provenzano & Chera, 2015)

Entre los derechos en materia de sexualidad y reproducción, se menciona la posibilidad de que todas las personas puedan ejercer un control libre sobre su sexualidad y reproducción, lo cual incluye, entre otros elementos, el poder acceder a centros de salud para recibir información acerca salud sexual y reproductiva, así como los métodos de contracepción, para decidir sobre cuántos hijos se quieren tener. (Amnistía Internacional, 2019)

La Organización Mundial de la Salud hace algunas recomendaciones respecto a las medidas principales que permiten garantizar que la información y servicios de anticoncepción recibida en las instituciones de salud tomen en cuenta los derechos humanos, para ello recomienda velar porque exista disponibilidad, fácil acceso, aceptabilidad, servicios de calidad sin discriminación al proporcionar información y servicios de anticoncepción. (Organización Mundial de la Salud, 2019b)

En Ecuador, se ha diseñado el “Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva”, por parte del Estado, con enfoque de derechos, reconociendo a los individuos como titulares de derechos fundamentales, reconocidos universalmente y que son inalienables, intransferibles, irrenunciables, los cuales a su vez también generan obligaciones por parte

del Estado. Con este enfoque los ciudadanos participan de las políticas públicas y contribuye a fortalecer los derechos, promueve a salud pública como un área de interés social y respecto a los derechos sexuales y los derechos reproductivos, se fundamentan en los derechos humanos universales los cuales toman en cuenta la libertad, dignidad e igualdad de cada persona. (Ministerio de Salud Pública, 2017)

Los derechos sexuales y derechos reproductivos establecidos en el “Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva” se pueden evidenciar en las actividades en materia de salud sexual y reproductiva desarrolladas con calidad y dirigido a todas las personas, sin ninguna discriminación. En el Ecuador, este ejercicio pleno de los derechos sexuales y derechos reproductivos se afecta en gran medida por factores económicos, de orden social, de género y étnicas y su mayor evidencia se observa en las diferentes tasas de fecundidad que registran los diferentes grupos poblacionales, un desequilibrio entre el porcentaje de la fecundidad deseada y fecundidad observada, el embarazo en adolescentes, las características del acceso a métodos anticonceptivos, entre otros. (Ministerio de Salud Pública, 2017)

2.2.2. FUNDAMENTO JURÍDICO

Tanto los derechos sexuales como los reproductivos son el marco jurídico desde el cual se orienta la acción de las y los profesionales de la salud. A tal punto que son reconocidos como derechos humanos básicos, y son una parte inalienable, integral e indivisible de los mismos. De hecho, estos integran el disfrute de un conjunto de otros derechos que hace tiempo se encuentran reconocidos como derechos humanos, tanto por la Constitución Nacional, como por la legislación nacional e internacional. (Provenzano & Chera, 2015).

El objetivo principal de implementar y manejar constitucionalmente estos derechos es, en sí, reducir significativamente los riesgos inherentes al proceso reproductivo; evitar, en la medida de la posible, embarazos de alto riesgo y disminuir embarazos no planificados que muchas veces terminan en condiciones riesgosas como un aborto provocado y/o muerte materna. (Provenzano & Chera, 2015).

Hay que recordar que estos son parte integrante del marco normativo de los derechos humanos, por lo cual tienen características propias de los mismos. En otras palabras, son inherentes a todas las mujeres y varones sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social. Cabe recalcar que la responsabilidad de respetarlos, de garantizarlos y de prevenir su vulneración le corresponde a las instituciones del Estado; tales como los servicios de salud. (Provenzano & Chera, 2015).

2.2.3. LEGISLACIÓN DE ECUADOR

El reconocimiento de algunos derechos sexuales y reproductivos en Ecuador, se inician en la Constitución de 1998, donde se redefinen los derechos humanos así como su impacto en aspectos sociales. En este documento se logra plantear la necesidad del reconocimiento de algunos derechos específicos en esta materia sexual, dado que el ejercicio de tales derechos forma parte de áreas complejas de la sociedad donde se habían manifestado injusticias en cuanto a la libertad e integridad y calidad de vida del ciudadano. (Garbay, 2006).

El artículo 32 de la Constitución de la República del Ecuador del 2008, establece a la salud como un derecho que está garantizado por el Estado, a través de una serie de políticas en conjunto con la posibilidad de acceso permanente, oportuno e inclusivo a los diferentes programas y servicios establecidos con la finalidad de promover la atención integral de salud, así como la salud sexual y la reproductiva. Esta atención se fundamenta en los principios universales del hombre que incluyen la equidad, solidaridad, calidad, eficiencia, eficacia, interculturalidad y bioética, teniendo presente así también un enfoque de género y generacional. (Asamblea Constituyente, 2008).

2.2.4. MARCO SOCIODEMOGRÁFICO

Desde el año 2013 los nacimientos en Ecuador no presentan la misma tendencia de años anteriores, con una tendencia a la disminución del número de nacimientos, lo cual es posible que se deba a la desviación de las prioridades de la pareja en materia de procreación hacia otros aspectos en su vida. Por otra parte, para el período 2010-2014, al menos el 65% de los nacimientos fueron registrados fuera del matrimonio, fundamentalmente en mujeres solteras o en unión, este aspecto mostró un incremento del 6.23% para el año 2014 (Instituto Latinoamericano de la Familia, 2016).

Respecto a la fecundidad en Ecuador, existen datos de su evolución desde 1990, los resultados muestran una tasa con tendencia decreciente. Se han realizado varios intentos para explicar la evolución de las tendencias que manifiestan los fenómenos demográficos y poder establecer sus consecuencias, siendo una de las teorías más usadas la que se basa en la transición demográfica, donde elementos como la mortalidad y fecundidad juegan un papel fundamental. En el caso de Ecuador, las sociedades antiguas presentaban alta fecundidad por necesidad de supervivencia, luego se fueron limitando los nacimientos dada las mejoras en cuanto a la supervivencia. Sin embargo, desde finales de siglo XX, la limitación de los nacimientos de hijos no deseados comenzó un alza vertiginosa, que hasta la fecha no ha sido compensada, con un descenso mantenido de la fecundidad, correlacionada con el proceso de modernización de la sociedad. (Lanchimbaa & Medina, 2011).

En la actualidad, el total nacidos vivos registrados en Ecuador hasta el año 2016 fue de 292,659, con una tasa de natalidad de 18.55. El número de miembros promedios por familia fue de 4 personas. Para el año 2018 el número de nacimientos vivos fue de 293.139. (INEC, 2019).

2.3. CONTEXTO BIOLÓGICO

2.3.1. REPRODUCCIÓN HUMANA

El proceso de la reproducción humana ha despertado gran interés desde tiempos históricos y a su vez, ha presentado cambios no solo en el ámbito biológico, sino también, en el aspecto social y cultural. Una de las primeras descripciones de este evento la realizó Hipócrates en el siglo V, cuando refería que la generación de nuevos seres se deriva de la unión de la eyaculación del macho y de la ovulación de la hembra. En la época actual sabemos que este proceso se deriva de una compleja y bien engranada sucesión de eventos biológicos, donde la unión del espermatozoide y el óvulo, juegan el papel fundamental, pero están regulados por diferentes factores fisiológicos. (Rojas, y otros, 2015).

Inicialmente, los gametos, como células base de la vida, forman parte del sistema endocrino, el cual libera diferentes hormonas y es capaz de controlar las funciones de todo el organismo, jugando un papel importante en la fisiología reproductiva gonadal que implica intrincadas interacciones entre factores hormonales, metabólicos, epigenéticos y bioculturales, cuya coordinación modula el desarrollo de estas mismas células (Verschuren, Enzlin, Dijkstra, Geertzen, & Dekker, 2010).

Existen dos procesos claves en la reproducción sexual: la síntesis de esteroides y la producción de gametos. La ovogénesis y la espermatogénesis son procesos endocrinos que comprenden una integración entre distintos componentes, y que está finamente controlada por el eje hipotálamo-hipófisis-gonadal (HHG), y es el pilar fundamental en la regulación endocrina de la función reproductiva y el comportamiento sexual. (Cabrera, 2016).

2.3.2. FISIOLÓGÍA

El control hormonal del aparato reproductor femenino sigue el mismo esquema común a toda la endocrinología. El eje hipotálamo-hipófisis-gonadal controla la síntesis hormonal

ovárica a través de factores liberadores (GnRH) y hormonas gonadotrópicas (LH, FSH); los esteroides ováricos ejercen una retroalimentación negativa sobre el hipotálamo y la hipófisis. (Hall, 2016).

En el hipotálamo se producen los factores liberadores que determinan la emisión de hormonas específicas de la adenohipófisis; se depositan en la eminencia media y por la circulación porta Hipotálamo-Hipófisis pasan a la adenohipófisis donde estimulan la liberación y síntesis de las gonadotropinas hipofisarias que son la hormona Luteinizante o LH y la hormona Folículo Estimulante o FSH . (Hall, 2016).

El hipotálamo constituye una compleja asociación de elementos celulares y tractos nerviosos que combinan la actividad secretora y neuronal. Está ubicado en la base del cerebro por debajo del tálamo y sobre la pared lateral del tercer ventrículo. La hipófisis presenta dos lóbulos de distinto origen embriológico. El lóbulo anterior o adenohipófisis y el lóbulo posterior o neurohipófisis. La primera regula las funciones del ovario mediante la producción de las hormonas FSH y LH, estas hormonas actúan directamente sobre los ovarios y también en forma indirecta mediante los sistemas de retroalimentación. (Hall, 2016).

Por otra parte, los ovarios son estructuras ovales que se encuentran a los lados del útero. Están fijados a este por medio del ligamento ovárico. Estos están constituidos por tres subunidades endocrinamente activas. El folículo, el cuerpo lúteo y la medula. Estas tres subunidades producen hormonas en proporciones distintas. Particularmente de estrógenos y progesterona. (Hall, 2016)

Los estrógenos son hormonas esteroideas producidas por la granulosa del folículo, el cuerpo lúteo y la placenta, si hay embarazo. Su síntesis se realiza a partir del colesterol. El estrógeno más potente es el estradiol. Las acciones que desarrolla son diversas; entre ellas se encuentra: Crecimiento y desarrollo de los órganos sexuales femeninos, proliferación del endometrio durante el ciclo sexual, crecimiento de los conductos mamarios y son, en parte, responsables del desarrollo de los senos durante la pubertad. (Hall, 2016).

Los estrógenos favorecen los depósitos de grasa en senos, glúteos y caderas. Además, estimulan la actividad osteoblástica y por tanto ayudan a una adecuada mineralización ósea. Ello explica que la osteoporosis en la mujer suele sobrevenir tras la menopausia. (Hall, 2016).

Los estrógenos causan relajación del músculo liso arteriolas, incrementan el colesterol de HDL y disminuyen el colesterol de LDL, lo que explicaría la menor incidencia de enfermedad cardiovascular que presentan las mujeres con relación a los varones, especialmente antes de la menopausia. (Hall, 2016).

Su contraparte, la progesterona es también una hormona esteroidea. Es sintetizada por el cuerpo lúteo y la placenta, si hay embarazo. La progesterona es la responsable de los cambios secretores del endometrio antes estudiados. Sobre las mamas, dicha hormona estimula el desarrollo de los lóbulos, siendo su acción, por tanto, complementaria a la de los estrógenos. Además, es termógena y probablemente responsable de la elevación de la temperatura basal que experimentan las mujeres tras la ovulación. (Hall, 2016).

En base a este contexto fisiológico, en la mujer, se da una señal en la hipófisis, para que el organismo comience a desarrollar una serie de cambios: Crecimiento de las mamas o senos, aparición de vello púbico, la primera regla o menarquia. En cambio, en el hombre se da el crecimiento testicular, del pene, aparición de vello púbico y las primeras eyaculaciones o salida de semen. Cuando estos cambios suceden, el hombre y la mujer comienzan a tener una atracción física, que permitirá el que ambos se unan en una relación sexual. El hombre y la mujer sentirán la necesidad de que sus órganos sexuales sean estimulados y al introducir el pene, en la vagina ambos experimentaran una contracción y relajación repentina de los órganos sexuales, que brindaran placer y se conoce como orgasmo. (Cabrera, 2016).

El hombre al depositar el semen en el interior de la vagina permitirá que millones de espermatozoides, que vienen en el líquido seminal, recorrerán su ruta a través del útero y trompas de Falopio para llegar a una zona conocida como el ámpula, para realizar la

concepción en la cual el óvulo se unirá a un espermatozoide para originar, un embrión, que después de 9 meses de embarazo llegarán a dar una nueva vida. Todo esto, relata a la reproducción, a breves rasgos, desde un punto de vista biológico. (Hall, 2016).

2.4. CONTEXTO SOCIOCULTURAL

2.4.1. ANTROPOLOGÍA

El contexto antropológico de la reproducción posee un marcado impacto social que engloba cambios simples y complejos dentro de distintas ideologías geográficas alrededor del mundo. Todo esto aparentemente dificultaría entenderlo desde un punto de vista cultural, sin embargo, la clave está en comprender el rol de la natalidad y la mortalidad dentro de una sociedad en un determinado tiempo; tomando en cuenta que existen variables internas que pueden generar cambios para bien o para mal. (Miller, 2016).

Desde un punto de vista social, la salud sexual se basa en modos de reproducción, los cuales representan pautas dominantes acerca de cambios en una población. Esto implica la relación entre tasas de natalidad y mortalidad en un determinado territorio a lo largo de la historia. Si tomamos en cuenta que en cada época el comportamiento poblacional fluctúa, podemos discernir que los modos de reproducción se adaptan a las condiciones de vida actuales para esa línea temporal. Por tal motivo, ningún modelo (cazador/recolector, agricultura e industrial) tendrá la verdad absoluta durante toda la historia de la humanidad. (Miller, 2016).

Sin embargo, independientemente del modelo a utilizarse, estos serán “trípodes” en armonía, buscando representar 3 pilares: 1) Un modelo de reproducción estratificado que sea directamente proporcional a la economía de una región, 2) El grado de envejecimiento en relación con la población económicamente útil y por ultimo 3) Los avances y logros médicos. Es en este último punto, en donde el ámbito salubrista toma cartas en el asunto

para abordar políticas públicas aplicables y sujetas a cambios, en relación a la salud reproductiva. (Miller, 2016).

Es irrefutable el hecho de que la cultura influye notablemente en el modo de reproducción de una población. Incluso, la misma representa un punto sustancial para entender por qué la fertilidad es y será siempre considerada un indicador de bienestar global. Lamentablemente, el sesgo cultural en cuanto a roles masculinos y femeninos ha generado razonamientos inversos que han llegado a vulnerar y tergiversar los verdaderos derechos sexuales y reproductivos de las personas; delegando toda la participación reproductiva a la mujer y deslindando de responsabilidades a los hombres. (Miller, 2016).

Y es en este específico punto de quiebre, en donde el control sobre la natalidad no encuentra un equilibrio. No por el hecho de que, cultural y simultáneamente, dicho parámetro sea dadiva y carga socioeconómica a la vez para cada país; sino, por la falta de interés e intervención activa por parte del hombre en cuanto a cuidados anticonceptivos para evitar el crecimiento exponencial actual de la población con relación a la materia prima disponible. (Miller, 2016).

2.4.2. TIPOS DE SOCIEDAD

La sociedad se puede definir como el conjunto de seres humanos que viven bajo un sistema de gobierno, leyes y cultura determinada. Algunas de sus funciones son la supervivencia del grupo, la mejora de la calidad de vida, la educación, sanidad y formación. Algunas de las características de la sociedad son el sentido de semejanza entre los individuos, la interdependencia entre los seres humanos, la cooperación, la división de labores, entre otras. Como especie, somos seres sociales que vivimos nuestras vidas en compañía de otros seres humanos. Nos organizamos en varios tipos de agrupaciones sociales, tales como bandas nómadas, pueblos, ciudades y países, en los que trabajamos, comerciamos, jugamos, nos reproducimos e interactuamos de muchas otras maneras. (Andersen & Taylor, 2008).

La historia y la evolución de la sociedad humana ha sido uno de los campos fundamentales para el estudio de las ciencias sociales, desde la antropología, historia, arqueología y la sociología, Por siglos, esa estructura social humana ha presentado grandes cambios. En este sentido, para su análisis se ha utilizado el paradigma de su organización económica y la gestión de sus recursos. Este paradigma está compuesto por una serie de elementos que le confieren una característica específica. Desde la época de la prehistoria hasta llegar a la contemporánea, la organización social de los seres humanos ha pasado por fases muy bien diferenciadas, proporcionando la historia de esta una información valiosa acerca de las sociedades antiguas, con elementos que han permitido una mejor comprensión de la cultura actual . (Clutton-Brock, West, Ratnieks, & Foley, 2009).

La evolución implica modificaciones en algunos aspectos de los seres vivos de una generación a otra, para lo cual es necesaria la presencia de variaciones entre las personas que conforman una población. La evolución, por lo tanto, evidencia las relaciones y mecanismos por medio de los cuales los organismos, donde se incluyen los seres humanos, han llegado a ser lo que actualmente son, entender los procesos que intervienen en esa gran variedad, incluyendo las tasas de extinción y de recuperación, de esta manera es posible adquirir la información que permita valorar las acciones propias. (Torrealba-Burrial, 2009).

2.4.3. ROLES DE LA REPUBLICA EN LA SOCIEDAD

El rol de un gobierno ante la sociedad incluye la vigilancia y corrección de las fallas económicas, evitar abusos inherentes a la vida de los ciudadanos en sociedad, fomentando la libre. En concordancia, en materia de los principios básicos de todo Estado, se debe tener presente la defensa de los derechos individuales para lograr que cada ciudadano logre sus metas y en el sector económico, la defensa e incentivo de los medios de producción, entre otros. (Colmenarez, 2019).

Desde un punto de vista clásico, el concepto de Estado resalta su función como proveedor de bienes y servicios para uso y disfrute de la población, con un rol dirigido hacia el ámbito social para asegurar que los ciudadanos tengan las condiciones mínimas necesarias para

una vida sana en sociedad. A nivel social, la mayoría de los países se encuentran en crisis económica, de estas deben surgir nuevas estrategias que permitan proteger a los más pobres para superar el estado vulnerable en el que se encuentran, desde ingresos económicos, educación, vivienda, capacitación, situación de trabajo, equipos necesarios y acceso a la salud. (Ponce, 2012).

2.4.4. LA SOCIEDAD DE ECUADOR

Ecuador es un país que se caracteriza por una gran diversidad humana, climática, geográfica y ambiental con perfiles culturales y políticos que le son propios a cada región. En el ámbito religioso, permaneció dividido por más de un siglo logrando en la actualidad una igualdad de creencias en este aspecto, aceptándose las diferencias que puedan presentarse al asumir elementos fundamentales tales como el derecho al pensamiento libre. Por otra parte, la diferencia de género, manifiesta en términos de desigualdad, marcó la sociedad ecuatoriana durante mucho tiempo, donde el hombre se ha considerado superior a la mujer y con esa base se organizó la sociedad y el Estado. Gracias a la lucha de la mujer para disminuir esa desigualdad, en la actualidad se ha logrado aceptar este aspecto de la realidad social del país. Sin embargo, la mayor desigualdad de Ecuador se encuentra en el aspecto económico, con buena parte de la población en extrema pobreza y una minoría con grandes riquezas, generando a su vez, grandes diferencias entre clases sociales. (Ayala, 2002).

2.4.5. PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y ANTICONCEPCIÓN

Como ya hemos mencionado, la salud reproductiva abarca ciertos derechos humanos ya reconocidos en leyes nacionales, documentos internacionales y otros acuerdos de consenso pertinentes. Se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos de decidir libre y responsablemente la cantidad de hijos(as) que desean tener, el espaciamiento de los embarazos y la planificación familiar, y de tener la información y los medios para hacerlo, y el derecho de alcanzar el mejor estándar de salud sexual y reproductiva. (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Entre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) acordados por los estados en 2001, la meta 5b requirió lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva. Al final de ese período, se notificó que la prevalencia mundial de los anticonceptivos era del 64 % (41 % en países de bajos ingresos) y que la demanda no satisfecha de planificación familiar a nivel mundial era del 12 % (22 % en países de bajos ingresos) (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Ahora, entre los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), las metas 3.7 y 5.6 demandan el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, y a los derechos reproductivos y de salud sexual y reproductiva, respectivamente, para 2030. La atención de la salud sexual y reproductiva, incluidos los servicios de planificación familiar y la información, se reconoce no solo como una intervención clave para mejorar la salud de los hombres, las mujeres y los infantes, sino como un derecho humano (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Se deben tener en cuenta ciertos aspectos de los criterios sociales, de conducta y otros criterios no médicos, en particular la preferencia de la persona usuaria. La provisión de opciones anticonceptivas de manera que se respeten y se ejerzan los derechos humanos requiere ayudar a las personas a tomar decisiones informadas por sí mismas. Sin embargo, a las mujeres se las suele despojar de sus elecciones, o estas suelen estar impuestas o limitadas por factores sociales, económicos y culturales, sean directos o indirectos. Desde el punto de vista de las mujeres, las elecciones se realizan dentro de un marco temporal, social y cultural particular; las elecciones son complejas, multifactoriales y están sujetas a cambios. La toma de decisiones sobre los métodos anticonceptivos, generalmente, requiere un equilibrio entre las ventajas y las desventajas de los diferentes métodos, que varían en función de las circunstancias, las percepciones y las interpretaciones individuales (Organización Mundial de la Salud, 2018).

No existe un método anticonceptivo único que satisfaga las necesidades de todas las personas. Algunos métodos protegen contra el embarazo mejor que otros. Además, algunos métodos también protegen contra las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida el

virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Cada método tiene ventajas, desventajas y efectos secundarios distintos, y ciertos métodos tal vez no sean apropiados para algunas mujeres o algunos hombres (Dirección General de Salud Reproductiva, 2019).

Por consiguiente, la selección de un método debe basarse en las necesidades y las preferencias de cada paciente. También es importante que los pacientes estén completamente informados acerca de los métodos y que su decisión en cuanto a comenzar a usar o a seguir usando un método en particular sea voluntaria (Dirección General de Salud Reproductiva, 2019).

2.4.6. DEFINICIÓN DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO

Los métodos anticonceptivos son todos aquellos capaces de evitar o reducir las posibilidades de un embarazo, sea impidiendo la fecundación o inhibiendo la ovulación. Pueden utilizarse desde la primera relación sexual y durante toda la vida fértil de la persona. El uso del preservativo, que también protege de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), si es usado de forma correcta, es recomendable para toda la vida sexualmente activa. (Provenzano & Chera, 2015)

Existe una gran variedad de métodos anticonceptivos de uso habitual que se acomodan a las distintas situaciones de las mujeres y de las parejas. En la actualidad, no existe ningún anticonceptivo contraindicado sólo por la edad; sin embargo, las características inherentes de cada uno de ellos los hacen más o menos idóneos para cada situación. (Provenzano & Chera, 2015)

2.4.7. HISTORIA DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Desde la antigüedad, se conoce el uso de formas de regulación de la natalidad, incluso en los pueblos originarios de América. El desarrollo de la ciencia occidental sobre métodos de prevención en relación a la vida sexual se remonta a fines del siglo XIX, con el uso del

látex para la fabricación de preservativos, con el objetivo de evitar las famosas “enfermedades venéreas.”, antiguamente llamadas. (Provenzano & Chera, 2015)

Por otro lado, los avances en investigación permitieron, a partir del desarrollo de la píldora hace ya cincuenta años, descubrir nuevas formulaciones hormonales que disminuyen al máximo los riesgos y los efectos desfavorables. Incluso, en algunos casos, en la actualidad su uso llega a ser protector para la salud de la mujer. Sin embargo, no llegan a ser del todo efectivos en cuanto a margen de seguridad, tomando en cuenta el progresivo incremento de enfermedades de transmisión sexual y las conductas de riesgo sexuales que la sociedad ha adoptado. (Provenzano & Chera, 2015).

Como dato a destacarse, en la década del ‘60 del siglo XX se desarrolló el primer dispositivo intrauterino (DIU) de plástico médicamente aceptado, que en los ‘70 incorporó el cobre con el objetivo de mejorar las características anticonceptivas, al utilizar mecanismos que actúan antes de la fecundación del óvulo. Asimismo, en la década del ‘80 se sumó la liberación de Levonorgestrel y posteriormente se han ido “perfeccionando” dichos métodos hormonales, sean simples o combinados. (Provenzano & Chera, 2015).

Clasificación de los métodos anticonceptivos

Según el mecanismo de acción, los anticonceptivos se clasifican en la siguiente manera: (Provenzano & Chera, 2015).

Anticonceptivos de barrera: Mediante un mecanismo físico impiden el acceso de los espermatozoides, evitando así su unión con el óvulo. Entre ellos se destacan los preservativos masculinos, femeninos y diafragmas.

Anticonceptivos hormonales: Impiden la concepción mediante acciones sobre el eje hipotálamo-hipófiso-gonadal, o por acción local inhibiendo el ascenso de espermatozoides. Se pueden clasificar de varias maneras: a) Por su composición entre métodos hormonales combinados y solo de progestágeno, b) Por su mecanismo de acción entre anovulatorios y

no anovulatorios; c) Y finalmente por su vía de administración en orales, inyectables, dérmicos, subdérmicos, vaginales e intrauterinos.

Métodos intrauterinos: Corresponden a dispositivos flexibles que se colocan dentro de la cavidad uterina y actúan por mecanismos locales de alteración del medio uterino que lo hacen desfavorable para la fecundación. Entre ellos se destaca el DIU de cobre y el de liberación (compuesto de progestágeno).

Anticoncepción quirúrgica: Métodos prácticamente irreversibles. En la mujer corresponde a la ligadura de trompas de Falopio y en el hombre a la vasectomía.

Anticonceptivos químicos: Estos actúan como espermicidas; destacándose las cremas, jaleas, tabletas y esponjas.

Anticonceptivos naturales: Se basan en variaciones fisiológicas producidas durante el ciclo menstrual de la mujer para evitar la unión del óvulo y el espermatozoide, sin alterar las condiciones naturales que la posibilitan. Entre estos métodos podemos nombrar al método de la lactancia amenorrea (MELA), calendario, moco cervical, temperatura basal, sintotérmico, etc.

2.4.8. EFICACIA DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

La eficacia anticonceptiva de los distintos métodos puede variar enormemente de una persona a otra debido a que, según la forma de administración del método, existen variaciones que son operador dependiente. Por ende, la eficacia está relacionada con el uso correcto y consistente del método anticonceptivo elegido. Por otro lado, desde un punto de vista estadístico, la eficacia se la puede determinar por el Índice de Pearl, que se mide por el número de embarazos por cada cien mujeres al año que utilizan un determinado método (Provenzano & Chera, 2015).

Como dato a recordar, la mayoría de las usuarias y de los usuarios tienden a hacer más efectivo el método a medida que adquieren mayor experiencia en su uso (Provenzano & Chera, 2015).

2.4.9. ELEGIBILIDAD DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO

A través de los Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone recomendaciones basadas en la evidencia en cuanto a las condiciones en las que una persona puede usar métodos anticonceptivos en forma segura; actualizando el criterio médico de elegibilidad utilizado en la provisión de todos los anticonceptivos: hormonales, DIU, métodos de barrera, MBCF, coito interrumpido, MELA, anticoncepción quirúrgica y anticonceptivos de emergencia. (Organización Mundial de la Salud, 2019a).

Para establecer los Criterios médicos de elegibilidad, la Organización Mundial de la Salud se basa en 4 pilares fundamentales: las condiciones de salud relevantes de cada paciente, la evidencia científica actual de cada método, las etapas de la vida como condiciones modificantes de cada método y servicios necesarios para la atención en relación al uso del método. (Organización Mundial de la Salud, 2019a).

Las condiciones que afectan la elegibilidad para el uso de cada método anticonceptivo se ordenaron en una clasificación de cuatro categorías; en donde las categorías 1 y 2 no implican riesgo, mientras que las categorías 3 y 4 distinguen cierto grado de riesgo por lo cual se recomienda otro método anticonceptivo. Por ende, es esencial realizar una atenta y cuidadosa historia clínica para tomar una adecuada decisión. (Soriano, Rodenas, & Moreno, 2010).

Para la anticoncepción quirúrgica no hay ningún trastorno médico que restrinja de manera absoluta la elegibilidad de una persona para la esterilización, aunque algunas condiciones y circunstancias indican que deben tomarse ciertas precauciones (Provenzano & Chera, 2015). Su categorización es diferente, abordando los siguientes puntos:

A (Aceptar): no hay razones médicas para negar la esterilización a una persona en esta condición.

C (Cuidado): el procedimiento normalmente se realiza en condiciones de rutina, pero con preparación y precauciones adicionales.

R (Retrasar): el procedimiento debe retrasarse hasta que la condición sea evaluada y/o corregida. Deben proveerse métodos temporales alternativos de anticoncepción.

E (Especial): el procedimiento debe llevarse a cabo en lugares que cuenten con cirujanas/os y personal experimentados, y el equipo necesario para proveer anestesia general y demás apoyo médico de respaldo. Estas condiciones requieren además la capacidad de decidir sobre el procedimiento más apropiado y el régimen de anestesia. Deben ofrecerse métodos temporales alternos de anticoncepción, si es necesario referir al/la usuario/a o si hay cualquier otro retraso. (Organización Mundial de la Salud, 2015).

2.4.10. RESTRICCIONES SOCIALES Y CULTURALES

La elección en cuanto a un tipo de método anticonceptivo específico se basa fundamentalmente en la evidencia científica disponible y lo adecuado del mismo tomando en cuenta lo adecuado o no para la paciente y su pareja, de allí se desprende la importancia del médico para indicar el método más adecuado para cada caso, proporcionando información sobre las distintas opciones pero manteniendo respeto al deseo y opinión del paciente y su pareja, tomando en cuenta los factores socioculturales que los rodean. (Soriano, Rodenas, & Moreno, 2010).

Es necesario que se establezcan oportunidades igualitarias para hombres y mujeres de acceder a información, educación y prestación de servicios de salud sexual y reproductiva, así como la posibilidad de adquirir y obtener los anticonceptivos, factores que se asocian principalmente con el tema de superar los niveles de pobreza. Aunado a lo anterior, se interponen las inequidades sobre la mujer para ejercer su sexualidad y controlar la reproducción, en este sentido, pese a la persistencia del orden patriarcal y las sociedades sexistas extremas y jerárquicas, se ha logrado un avance para que la mujer solvente el

papel de subordinación y su actitud de sumisión a los privilegios masculinos, por lo general asumiendo la anticoncepción desde una posición disminuida y limitada (Lundgren, Gribble, Greene, Emrick, & de Monroy, 2005).

Un porcentaje importante de personas de ambos sexos parecen tener conocimiento en materia de métodos anticonceptivos, sin embargo, en acto sexual se interponen algunos elementos normativos sociales y construcciones de género que limitan y ponen obstáculos al uso de los anticonceptivos, específicamente en el caso de las mujeres, quienes socialmente serían señaladas si cargan un preservativo para cuidarse ante un encuentro sexual casual o no planificado, por su parte los hombres se ven obligados por la sociedad a no desaprovechar un acto sexual casual aunque no tenga como protegerse en ese momento para evitar un embarazo o contagiarse de alguna patología de transmisión sexual. (INPPARES, 2009).

2.4.11. CONDICIÓN DE LA ELEGIBILIDAD SEGÚN EL GÉNERO

Las mujeres siempre han sido el blanco principal de los programas de salud reproductiva y muy poco se centran en los hombres. El Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) se ha pronunciado respecto a la responsabilidad y la participación del hombre en cuanto a la salud reproductiva. Por otra parte, aunque existe un consenso de compromiso de los gobiernos para cumplir programas de salud reproductiva y el respeto por los derechos sexuales y reproductivos, existen obstáculos en esta materia. El nuevo enfoque pretende priorizar la equidad y la igualdad de género para que las mujeres puedan tomar decisiones propias en cuanto a la reproducción, para empoderarlas y eliminar la subordinación social que presentan desde épocas antiguas para que logren ser las protagonistas en cuanto a sus propias decisiones. (Ramos, 2006).

La gran mayoría de métodos anticonceptivos se han confeccionado para las mujeres, adicionalmente, los programas de planificación familiar se dirigen principalmente a la mujer, quien socialmente debe aceptar decisiones bajo amenaza o por miedo a ser víctima de abandono, violencia o rechazo, siendo muchas dependientes de forma económica de sus parejas, limitándola en cuanto a las decisiones acerca de cuántos hijos y cuándo tenerlos.

Una gran variedad de factores hacen que el hombre objete la planificación familiar, algunos por el deseo de tener más hijos, otros rechazan los métodos anticonceptivos modernos, algunos tienen temor a la infidelidad de la pareja si están protegidos contra un embarazo de que sus mujeres, otros pretenden mantener control sobre el comportamiento de sus pareja y un grupo esgrime razones de orden religioso. (Aspilcueta-Gho, 2013).

Existe una amplia variedad de situaciones en términos de planificación familiar y en el tipo de métodos anticonceptivos usados entre los países de América Latina y el Caribe y al interior de éstos, una disparidad que refleja inequidades que repercuten mayormente en las personas más vulnerables. Ahondando en la disponibilidad de los dispositivos intrauterinos (DIU), los autores observan que esta es alta generalmente en el sector privado, pero limitada en el sector público, en el que las mujeres más vulnerables reciben atención. La elección de anticonceptivos depende de los proveedores de salud y de las políticas públicas. Otro hallazgo de la investigación señala que la esterilización es un procedimiento ampliamente extendido en algunos países, lo que puede indicar que “las mujeres acaban recurriendo a un método irreversible para evitar las limitaciones en el acceso o las dificultades en el uso relacionado con otros tipos de anticonceptivos modernos. (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

2.5. VASECTOMÍA EN EL CONTEXTO BIOLÓGICO

Se puede definir a la vasectomía como un procedimiento de anticoncepción definitiva que consiste en la ligadura de los conductos deferentes a nivel escrotal con el fin de impedir el pasaje de espermatozoides proveniente del epidídimo. (Anthony J Viera, 2019)

Dicho procedimiento ha sufrido modificaciones significativas a través de los años; incluido los equipos, materiales, y los métodos de anestesia también han evolucionado. Mientras los cirujanos experimentados pueden preferir sus propios enfoques para la vasectomía, es recomendable que los cirujanos obtengan educación médica continua enfocada en varios temas en vasectomía, desde técnicas quirúrgicas hasta nuevos estudios en revistas actuales revisadas por pares y guías clínicas. (Zini, 2016).

2.5.1. ESTADÍSTICAS

Más de 30 millones de parejas en todo el mundo utilizan la esterilización masculina como método anticonceptivo; sin embargo, se realizan aproximadamente el doble de esterilizaciones femeninas en comparación con vasectomías. Aunque involucrar a los hombres en la planificación familiar ha sido durante mucho tiempo un objetivo importante, en gran medida ha sido difícil de alcanzar, incluso en nuestra época, pese a la disponibilidad global de información y aclaración de mitos sobre dicho procedimiento. (Sánchez-Molano, 2019).

La vasectomía es ampliamente elegida en regiones y países con alto desarrollo socioeconómico, e igualdad de género; es decir, lugares donde hombres y mujeres comparten responsabilidades anticonceptivas por igual. Por esta razón, su uso difiere notablemente entre regiones y países del mundo. Por ejemplo, la prevalencia de vasectomía en África es del 0,01 %, con menos de 100 000 hombres que acceden a ella. De los 54 países africanos, solo 10 informan el uso de la vasectomía, y solo Suazilandia (0,3 %), Botsuana (0,4 %) y Sudáfrica (0,7 %) exceden el 0,1 % de prevalencia (Sánchez-Molano, 2019).

Por otro lado, la prevalencia de vasectomía en América del Norte rodea el 12 % y en Oceanía y Europa del Norte corresponde al 11 %. De hecho, en Canadá es el método más utilizado, con una prevalencia del 22 % y representa el 31 % del uso de métodos modernos. Entre otros datos estadísticos Reino Unido (21 %), Corea del Sur (16,8 %) y España (7,5 %) tienen perfiles similares, con una prevalencia de vasectomía que oscila entre el 17 y el 21 %, y esta comprende entre el 24 y el 27 % del uso de métodos modernos (Sánchez-Molano, 2019).

Dentro de nuestra realidad, en América del Sur, Colombia, con 3 %, es el segundo país con la prevalencia más alta de vasectomía después de Brasil, con un 5 %. Es importante destacar que estas diferencias se han reducido en América Latina y el Caribe, ya que la vasectomía ha aumentado 60 veces en 25 años y 4 veces en los últimos 15 años. Sin

embargo, todavía existe una necesidad global de aumentar la disponibilidad de la vasectomía, y abordar la subutilización de los servicios de anticoncepción por parte de los hombres. Lamentablemente en Ecuador aun no existen cifras exactas sobre la vasectomía pese a los programas del Ministerio de Salud Pública, en donde se fomentan campañas para vasectomía. (Sánchez-Molano, 2019).

En cuanto a complicaciones, la tasa de fracaso temprano de la vasectomía (presencia de espermatozoides móviles en la eyaculación a los 3-6 meses después de la vasectomía) está en el rango de 0.3 a 9% y la tasa de falla tardía está en el rango de 0.04–0.08%. La técnica de vasectomía sin bisturí está asociada con un menor riesgo de complicaciones postoperatorias tempranas y el uso de cauterización o interposición facial reducirá el riesgo de falla anticonceptiva. (Zini, 2016).

2.5.2. CONSEJERÍA AL PACIENTE

El médico debe discutir a detalle con el paciente acerca del procedimiento a realizarse y sobre consecuencias del mismo. Además, el médico debe corroborar al 100% si el paciente entendió todos los riesgos y beneficios que conlleva dicho procedimiento, así como responder cualquier pregunta o duda que tenga el mismo (Anthony J Viera, 2019). La entrevista médica con el paciente debe cubrir los siguientes puntos:

-Convicción de que el paciente se abstiene voluntariamente de reproducción. (En caso de duda puede ser útil introducir un período de reconsideración).

-Información del estado de salud del paciente y de cualquier contraindicación o aumento de riesgo de complicaciones.

-Discusión sobre la técnica de vasectomía que se utilizará, incluyendo las ventajas y desventajas, la posibilidad de recanalización y el objetivo de una esterilidad permanente después del procedimiento.

-Consideración de la edad del paciente (en especial si es joven) y la ausencia de una relación como contraindicaciones relativas para la vasectomía.

-Discusión sobre las alternativas a la vasectomía, así como las posibles complicaciones, tasa de éxito y la posibilidad de fracaso. (Insistir en la necesidad de adoptar medidas anticonceptivas hasta que se demuestre la esterilidad, así como la necesidad de análisis del semen a los 3 meses después de la operación).

-Entrega de información (de lo posible escrita) sobre el procedimiento de análisis del semen y cómo se comunican los resultados; recalando que no se puede dar garantías al 100% de una esterilidad permanente y que la recanalización puede suceder con poca frecuencia.

-Entrega de información adicional por escrito y permitir al paciente que estudie la información y pueda discutirla con su pareja.

-Obtención de consentimiento informado por escrito. (Moreno, 2013)

2.5.3. ANATOMÍA

Cada testículo es una glándula en forma lisa, oval, que se apoya en una especie de “saco” llamado escroto y está conectado por sus vasos sanguíneos, nervios y conductos deferentes, los mismos que corren en conjunto dentro del denominado cordón espermático. Un testículo contiene varios tubos largos en los que los espermatozoides se crean y posteriormente se canalizan en el epidídimo, órgano en forma de coma de fijación suave en la parte superior y posterior de cada testículo. (Anthony J Viera, 2019).

Asimismo, los testículos también tienen la importante función de producir testosterona y otras hormonas masculinas. Estas hormonas son transportadas fuera de los testículos a través de los vasos sanguíneos, por lo que esta función no se ve afectada por la vasectomía que solo interrumpiría el flujo de espermatozoides. El esperma se produce en el interior de

los testículos en un conjunto de células especializadas, tomando en cuenta que el ciclo de maduración de los espermatozoides es de unos 90 días. Esto significa que los espermatozoides que se producen hoy en día no estarán listos para la eyaculación durante unos tres meses. (Anthony J Viera, 2019).

El epidídimo recoge el espermatozoides, que con el tiempo de viaje a través de los conductos deferentes para unirse a la vesícula seminal. El espermatozoides puede ser almacenada hacia el final de los conductos deferentes por muchas semanas antes de ser liberado durante la eyaculación. Ambas vesículas seminales vacían, en conjunto con secreciones de la glándula prostática, fuera del pene a través de la uretra. (Anthony J Viera, 2019).

2.5.4. PREPARACIÓN PREOPERATORIA

Antes de la vasectomía, mediante la historia clínica se debe evaluar las anomalías en el desarrollo sexual y el historial de lesiones genitales y / o cirugía. Además, el paciente debe tener un examen genital completo para confirmar la presencia de un solo conducto deferente y testículo en cada lado y la ausencia de anomalías anatómicas. Los pacientes con antecedentes de testículo solitario, cirugía genital extensa y / o anomalías anatómicas (como un conducto deferente no palpable) deben derivarse a un urólogo. (Anthony J Viera, 2019)

2.5.5. TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

La vasectomía puede realizarse de manera ambulatoria y bajo anestesia local aunque puede ser necesario otro tipo de anestesia en situaciones específicas. Básicamente la técnica consistirá en la exposición de los conductos deferentes a través de una o dos incisiones. Para lograr la discontinuidad de los conductos se pueden aplicar diferentes técnicas, entre las cuales se destacan la técnica convencional (de Schmidt) y la técnica de vasectomía percutánea (sin bisturí, o de Li Shunqiang o No-scalpel vasectomy). (Moreno, 2013).

2.5.5. TÉCNICA CONVENCIONAL (DE SCHMIDT)

Esta técnica puede realizarse a través de dos incisiones, una a cada lado del rafe escrotal medio o bien a través de una incisión única que permita el acceso a ambos conductos deferentes. El instrumental necesario para la vasectomía es: pinzas de campo, bisturí, mosquitos, tijeras, pinzas de Allis, electrobisturí y material de sutura. (Moreno, 2013).

Con el paciente en decúbito supino se procede a la desinfección de toda la zona genital, pene, escroto, cara interna de los muslos y zona suprapúbica con solución antiséptica. Se fija el conducto deferente entre el pulgar y el índice y se inyecta el anestésico en la vecindad del mismo, completando la anestesia con inyección subcutánea entre el polo superior del testículo y el anillo inguinal externo; en el segmento recto del deferente se incide la piel con bisturí sobre el habón formado por la anestesia hasta llegar a la fibrosa común. Se fija el deferente con pinzas de Allis y se hace la disección roma con mosquito curvo de un segmento del mismo envuelto en la fibrosa común. Mediante tijeras pequeñas de disección se libera el deferente de su vaina adventicia, intentando respetar la arteria deferencial. (Moreno, 2013).

A continuación, se secciona el deferente con bisturí o tijeras y se electrocoagula uno o dos centímetros de la mucosa del extremo distal del deferente con bisturí de aguja fina. El segmento distal es enterrado en la vaina perideferencial, esencial para prevenir las recanalizaciones espontáneas, y el proximal se deja libre y sin coagular. (Moreno, 2013).

Esto facilita que se forme un granuloma espermático, evitándose la presión retrógrada del extremo proximal, lo que podría comportar la rotura del tubo epididimario y la formación de una obstrucción a nivel más proximal, dificultándose la posible anastomosis futura; disminuyendo así las molestias testiculares y epididimarias tras la cirugía. Algunos autores consideran que dejar el muñón libre no varía la incidencia de formación de granuloma (Moreno, 2013).

A continuación, se realiza la técnica en el otro deferente, que podrá exteriorizarse por la misma incisión o bien a través de una nueva. Finalmente se sutura el dartos y la piel. La utilización de ligaduras de seda u otro material para sellar la luz deferencial puede originar fístulas, necrosis o granulomas incontrolados. La sección de un segmento de deferente no aporta ninguna ventaja para asegurar la eficacia de la vasectomía, no obstante, suele realizarse para tener una cobertura legal posterior, aunque dicho aspecto dificultaría una reanastomosis futura. (Moreno, 2013).

Cabe recalcar que es importante respetar la arteria deferencial, pero en caso de sección se debe ligar ambos extremos, pues caso contrario se produciría probablemente un hematoma importante que obliga en muchas de las ocasiones a su drenaje. Además, se debe recordar que la oclusión de la arteria deferencial, si la arteria testicular está intacta, no afecta al testículo. (Moreno, 2013).

2.5.5. TÉCNICA DE VASECTOMÍA PERCUTÁNEA (SIN BISTURÍ, O DE LI SHUNQIANG O NO-SCALPEL VASECTOMY)

Fue introducida en China por el Dr. Li Shunqiang en 1975. En este procedimiento se aíslan y ligan los conductos deferentes, el cual se asocia a una menor tasa de complicaciones tempranas; tales como hematomas, infección, menos dolor en el postoperatorio, entre otras. El instrumental necesario está formado, además del que se precise para la anestesia local, por dos instrumentos especiales: una pinza circular de agarre del deferente y un disector curvo afilado. Se debe disponer también de unas tijeras y sutura. (Moreno, 2013).

Es importante tener el escroto a una temperatura ambiental (puede conseguirse aproximando el foco de la mesa de operaciones), ya que de estar frío provocaría una contracción de la piel escrotal y del músculo cremáster, dificultando la realización. La infiltración anestésica no debe producir demasiado edema anestésico de la piel y tejido subcutáneo que rodea al deferente. Se identifica el deferente y se fija con la técnica de los

tres dedos: situar el dedo medio por debajo del mismo y los dedos índice y pulgar por encima. (Moreno, 2013).

Se coloca el deferente en la línea media del escroto, haciendo un pequeño habón de uno o dos cm³ por encima del deferente, utilizando sólo 1 o 1,5 ml de anestesia local. Se tira suavemente del cordón y se angula una aguja de 27 x 1,25 a 45° para que se coloque paralela y cercana al deferente en dirección al anillo inguinal. Se introducen de 2 a 4 ml de anestésico. Se repite el proceso en el otro deferente. (Moreno, 2013).

Sujetando el deferente con la técnica de los tres dedos, se manipula por debajo del habón cutáneo. Se abre la pinza de fijación circular y se aplica sobre el deferente perpendicularmente a la piel. Se cierra la pinza presionando el conducto deferente con la ayuda del dedo medio por debajo del mismo, quedando así el conducto dentro de la pinza, y se observa la piel y el deferente protruyendo a través de la pinza. (Moreno, 2013).

Se visualiza el deferente con el uso del disector curvo afilado y al abrir las pinzas se puede puncionar la piel y el tejido subcutáneo hasta el deferente con uno de los brazos del disector (que debe estar a 45° respecto al deferente). Entonces se saca el disector, se juntan los dos brazos y se introduce en el lugar de la punción exterior hasta el mismo vaso. (Moreno, 2013).

Al abrir el disector se visualiza el deferente. Una vez visible el deferente, es oblicuado por el brazo derecho del disector y se rota unos 180°, al mismo tiempo que se retira la pinza circular para que el deferente pueda salir al exterior, consiguiendo una exposición de 2 ó 3 cm del mismo. El disector puede utilizarse para apartar las fascias y los vasos del deferente. (Moreno, 2013).

Se realiza la sección del deferente y se cauteriza la mucosa como en la técnica anterior. Se puede hacer interposición de tejido entre los dos extremos. Algunos cirujanos prefieren ligar los extremos, incluso ligar el extremo testicular sobre sí mismo. Posteriormente se reposicionan los dos cabos en el escroto y se reinicia el proceso en el conducto

contralateral. Normalmente no es necesaria ninguna sutura cutánea ya que el ojal que se ha realizado no sangra y por la misma contracción de la piel se produce su correcta cicatrización. (Moreno, 2013).

2.5.6. OTRAS TÉCNICAS DE VASECTOMÍA

Oclusión química del deferente: Se trata de una técnica desarrollada en China por el Dr. Li Shunqiang desde el año 1972. No implica incisión alguna y se basa en la punción del escroto y vaina del conducto deferente con una aguja, seguida de la inyección en la luz de éste de un compuesto de fenol y cianoacrilato. Este producto inyectado coagula y forma un tapón en la luz del deferente, bloqueando el paso de los espermatozoides. La tasa de fallo de esta técnica es superior a la vasectomía, y no está descartado la ausencia de toxicidad o carcinogenicidad del producto. (Moreno, 2013).

Oclusión reversible de los deferentes: Se están realizando investigaciones sobre dispositivos que puedan ser insertados en el deferente y que posteriormente puedan ser extraídos con el fin de recuperar la fertilidad. El dispositivo más utilizado es el de Shung, que consiste en dos tapones de silicona flexible unidos mediante un hilo de nylon trenzado. Los dos tapones se insertan en el interior de la luz de cada conducto ayudado por una aguja, quedando el nylon fuera de la vaina. Posteriormente, cuando se quiere recuperar la fertilidad, se hacen dos pequeñas incisiones en el conducto y se retiran los dos tapones. (Moreno, 2013).

2.5.7. CUIDADOS POSOPERATORIOS

El vendaje y el soporte escrotal se mantienen al menos durante 48 horas después de la cirugía. Se recomienda igualmente aplicar de forma intermitente una bolsa de hielo al escroto durante 24 a 48 horas para ayudar a disminuir la incomodidad y la hinchazón. (Anthony J Viera, 2019).

El dolor posterior al procedimiento varía con la técnica y la experiencia del cirujano y puede ocurrir hasta en un 30% de los pacientes, pero generalmente es auto limitado. El acetaminofén o el ibuprofeno generalmente proporcionan suficiente analgesia, aunque ocasionalmente se necesitan analgésicos opioides de leve a moderada potencia. Las instrucciones postoperatorias deben revisarse en conjunto con el paciente. El dolor leve, edematización y hematomas son normales durante los primeros dos o tres días. (Anthony J Viera, 2019).

Se recomienda reposo en cama o actividad suave durante las primeras 24 horas después de una vasectomía. El paciente puede regresar al trabajo (sin esfuerzos) dos o tres días luego de la operación, pero debe abstenerse de realizar trabajos pesados, deportes o levantar objetos durante al menos una semana. Igualmente se debe evita la actividad sexual durante una semana. (Anthony J Viera, 2019).

Por otro parte, se debe recordar al paciente y a su pareja que usen un método anticonceptivo alternativo hasta que el análisis de semen haya confirmado la ausencia de espermatozoides en la eyaculación. Dado que los espermatozoides se almacenan a lo largo de todo el conducto deferente y en la vesícula seminal, la interrupción del conducto no produce esterilidad inmediata, y se requieren varias eyaculaciones para evacuar todos los espermatozoides. (Anthony J Viera, 2019).

2.5.8. SEGUIMIENTO

La desaparición de los espermatozoides en el líquido eyaculado está más correlacionada con el número de eyaculaciones, que con el intervalo de tiempo posterior a la vasectomía. Después de 12 a 15 eyaculaciones, el 90% de los hombres vasectomizados, será azoospermico. Independientemente de la frecuencia eyaculatoria, el 80% será azoospermico a las 6 semanas. (Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, 2019).

El testeo debe comenzar por lo menos a las 8 semanas post vasectomía, ya que éste es el tiempo mínimo necesario para completar la expulsión de los espermatozoides, dependiendo del número de eyaculaciones y de la edad del hombre. (Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, 2019).

En algunos países en donde no es posible la realización del examen de esperma en forma masiva, se recomienda un número determinado de eyaculaciones antes de permitir abandonar el método anticonceptivo previamente utilizado. (Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, 2019).

La recomendación del International Planned Parenthood Federation en los casos en que el semen no se puede testear, es usar algún método seguro de anticoncepción por lo menos durante 20 eyaculaciones, mientras que otros autores recomiendan un lapso de 6 a 12 semanas. (Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, 2019).

Por otra parte, la Sociedad Británica de Andrología recomienda que los pacientes reciban una "autorización especial" para suspender otros métodos anticonceptivos, siguiendo el asesoramiento adecuado, siempre que tengan un recuento bajo de espermatozoides ($<10,000 / \text{mL}$), todos los espermatozoides sean inmóviles, hayan transcurrido siete meses desde la vasectomía, y ha habido un mínimo de 24 eyaculaciones. (Anthony J Viera, 2019).

Sin embargo, la Asociación Americana de Urología establecen que los pacientes pueden dejar de usar otros métodos anticonceptivos cuando el examen de una muestra de semen fresca post-vasectomía bien mezclada, no centrifugada muestra azoospermia o solo espermatozoides no móviles raros (definidos como la presencia de $\leq 100,000$ espermatozoides no móviles / ml en examen microscópico de al menos 50 campos de alta potencia). (Anthony J Viera, 2019).

2.5.9. COMPLICACIONES Y MORBILIDADES ASOCIADAS.

Una baja frecuencia de complicaciones se asocia con la vasectomía. Diferentes definiciones de las complicaciones en la literatura han dado lugar a diferentes frecuencias:

-Sangrado postoperatorio y hematoma: 4-22%.

-Infecciones: 0,2-1,5%; generalmente, las infecciones son leves y se limitan a la zona de la herida, pero se ha notificado la enfermedad de Fournier.

-Dolor escrotal crónico: 1-14%, normalmente leve, pero a veces requiere tratamiento del dolor o cirugía.

-Recanalización temprana, persistencia de espermatozoides móviles en el eyaculado para la cual se indica reoperación: 0,2-5,3%.

-Recanalización tardía tras haber conseguido el aclaramiento seminal: 0,03- 1,2%. (Xavier, 2018).

-Vasectomía y el cáncer de próstata.

-Diversos estudios no han sido concluyentes en cuanto a un posible aumento de la incidencia de cáncer de próstata, sin embargo numerosas investigaciones señalan que no habría asociación alguna entre la vasectomía y el cáncer de próstata. (Xavier, 2018).

-Tres estudios evaluaron la asociación entre la vasectomía y el cáncer de la próstata. Zhu y colaboradores, utilizaron un patrón de comparación en una población en la cual la vasectomía era una práctica común. El informe no demostró ninguna asociación entre la vasectomía y el cáncer de próstata. (Xavier, 2018).

2.6. VASECTOMÍA Y ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Algunas investigaciones llevadas a cabo en monos mostraban que la vasectomía podía acelerar la aterosclerosis. A partir de esa experiencia en animales, se han llevado a cabo numerosos estudios para determinar si podría tener las mismas consecuencias en el hombre. Liskin y colaboradores no encontraron diferencias significativas en las tasas de enfermedad cardiovascular, enfermedad aterosclerótica, hipertensión arterial, infarto agudo de miocardio o enfermedad coronaria, ni se encontraron diferencias significativas en la tensión arterial sistólica o diastólica post vasectomía. Diversos estudios apoyan estos hallazgos. La incidencia de enfermedad cardiovascular o enfermedad coronaria no aumenta luego de la vasectomía más que el aumento normal atribuible al envejecimiento, como lo demuestran diversos estudios con seguimiento a largo plazo -10 a 15 años. (Xavier, 2018).

2.7. FALLA DEL MÉTODO

No hay duda de que la vasectomía es más segura que la esterilización tubárica, debido a que es menos cruenta y se lleva a cabo con anestesia local. La tasa de fallas para la vasectomía durante el primer año es de 9.4 por cada 1000 procedimientos, pero sólo de 11.4 por 1000 a los dos años, tres y cinco años. (Jamieson et al., 2004).

La razón de la falla es el coito sin protección demasiado pronto después de la vasectomía, la oclusión incompleta de los vasos deferentes o la recanalización. (Awsare et al., 2005),(Cunningham, 2010).

La falla de la vasectomía puede ser definida como ausencia de azoospermia en el análisis de semen, o ante la presencia de un embarazo. La falla puede tener su origen: durante la operación, durante relaciones sexuales sin protección luego del procedimiento, cuando todavía quedan espermatozoides en el tracto reproductivo y en una recanalización espontánea del conducto deferente. (Xavier, 2018).

Aproximadamente la tasa de falla para todas estas causas varía entre el 0 y el 2 %. Falla durante la operación: pueden ocurrir porque se ocluye la estructura equivocada dejando uno o los dos conductos deferentes intactos, o porque el conducto se ocluye inadecuadamente. Cuando esto ocurre se encuentran espermatozoides tempranamente en el espermograma de control. Raramente la causa de la falla es causada por la duplicación congénita de uno o ambos vasos deferentes. (Xavier, 2018).

Relaciones sexuales sin protección: antes que los reservorios seminales se hayan vaciado de esperma, constituye la causa más frecuente de falla.

Recanalización del conducto: puede ser temprana o alejada del procedimiento. La recanalización temprana fue descrita por primera vez en 1969. Se reconoce por el espermograma post vasectomía que primero puede ser azoospermico, pero rápidamente en sucesivos exámenes se observa el aumento del número de espermatozoides. La recanalización tardía es reconocida como tal, a partir de 6 casos reportados en 1984. Generalmente se presenta como resultado de un embarazo, varios meses o años después de haber tenido dos espermogramas azoospermicos. Cuando en esas circunstancias se analiza el semen se observa la presencia de espermatozoides móviles. (Xavier, 2018).

2.8. VASECTOMÍA EN EL CONTEXTO ANTROPOLÓGICO (SOCIOCULTURAL)

En sociedades que persisten con un régimen sumamente patriarcal, es frecuente que se valore la procreación elevada por lo que intentar introducir el tema de la planificación familiar suele provocar desequilibrios de poder en las parejas, lo que resalta la importancia de asesorarlas fomentando el dialogo. En este sentido, se ha logrado determinar que la mejor comunicación entre las de pareja se asocia a un mayor uso de los métodos anticonceptivos (Zegarra, 2011).

Existen una serie de mitos encaminados a obstaculizar la planificación familiar, específicamente en cuanto al uso de los métodos anticonceptivos, todos han sido objeto de falsas creencias y miedos, desde el uso de la píldora, los métodos de barrera, inyecciones,

dispositivos intrauterinos y el tratamiento quirúrgico tanto femenino como masculino, en este último caso, las principales razones erradas que se manifiestan incluyen: el miedo a que los hombres pierdan su hombría, disminución de la capacidad de erección, pérdida del deseo sexual y la posibilidad de que posterior a la vasectomía el hombre se vuelva homosexual. (Zegarra, 2011).

La vasectomía, en el tema de la planificación familiar, es el método menos usado y menos conocido, entre otros aspectos por lo poco involucrados que están los hombres en el tema, por las creencias, actitudes negativas y miedos que presentan hacia los anticonceptivos, y más aún hacia la vasectomía, otros elementos incluyen la postura machista, miedo a perder la hombría, su virilidad e incluso la potencia sexual. No se puede descartar, además la oferta limitada de métodos anticonceptivos diseñados para los hombres, siendo las únicas alternativas el preservativo, el coito interrumpido y la vasectomía. En contraposición, los efectos positivos de la vasectomía incluyen Un efecto positivo derivado del procedimiento es que las parejas aumentan la frecuencia sexual al superar el miedo al embarazo, las mujeres cambian su percepción hacia sus parejas por asumir la responsabilidad del control de natalidad, aunque algunas pueden sentir temor a las relaciones extramaritales. Sin embargo, es innegable la necesidad de darle un giro a la planificación familiar involucrando cada vez más al hombre en materia de salud reproductiva como una prioridad para la salud. (Hernández-Aguilera & Marván-Garduño, 2015).

2.9. PARTICIPACIÓN DEL HOMBRE EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

El recurso a la vasectomía como método anticonceptivo, por ser una práctica que se realiza en el cuerpo masculino, es un objeto de análisis privilegiado para explorar las formas que adopta la presencia de los hombres en el ámbito de la salud reproductiva. El interés puesto en este tema nace de la necesidad de romper con la inmediata asociación que se establece entre la reproducción y su regulación, y las mujeres y lo femenino. Surge, también, del deseo de introducir el tema de la participación masculina en la anticoncepción, tanto en los análisis de la salud sexual y reproductiva como en los debates ciudadanos. (Vigoya, 2014).

La reproducción humana es un ámbito en el cual se manifiestan de forma muy aguda las desigualdades de género. Para las mujeres, estas desigualdades se traducen en numerosos y diversos obstáculos en las decisiones sexuales y reproductivas, en la presión que reciben para conformarse a las expectativas sociales relacionadas con la maternidad, y en la orientación casi exclusiva de los programas de planificación familiar y de los estudios de salud reproductiva hacia éstas últimas. Para los hombres, se expresan en su débil participación en la contracepción y en la atención del parto, en el menor desarrollo de la tecnología anticonceptiva masculina, y en su invisibilidad en los análisis de las decisiones contraceptivas y/o reproductivas. (Vigoya, 2014).

Las orientaciones sexistas de las políticas y los programas de los organismos prestatarios de este tipo de servicios han tenido cierta incidencia en estas decisiones. Un estudio realizado en una de las principales instituciones de salud en México hace más de una década (Figuroa, 1998) mostró con gran agudeza las diferencias en las reacciones que suscitan la ligadura de trompas y la vasectomía en el personal médico. Mientras la primera no despierta prácticamente ninguna reticencia ni contraindicación, no sucede lo mismo con la segunda. Aunque en Colombia no existen estudios de este tipo, se puede pensar, teniendo en cuenta el elevado número de ligaduras de trompa practicado desde los inicios del programa de esterilización y el débil porcentaje de vasectomías, que los organismos prestatarios de estos servicios en Colombia no son muy distintos de los mexicanos. (Vigoya, 2014).

Si bien se han desarrollado algunas estrategias para involucrar al varón en el ámbito de la reproducción, éstas parecer haber estado más orientadas por la búsqueda de una mayor efectividad demográfica que por la promoción de una mayor participación masculina en las prácticas anticonceptivas. (Vigoya, 2014).

CAPÍTULO III

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

3.1. JUSTIFICACIÓN

La investigación que se presenta tiene por finalidad identificar las barreras, y falsas creencias sobre la vasectomía con miras a que sirva de instrumento para orientar a los diferentes especialistas, planificadores y gestores de las políticas de salud en lo que respecta a los programas de planificación familiar en Ecuador, reconociendo la dimensión humana en relación a los constructos culturales que están implícitos en las decisiones de las parejas cuando recurren a un método de esterilización definitivo.

Según la encuesta en nutrición y salud que se ha realizado en el Ecuador –ENSANUT- la esterilización tubárica es el método anticonceptivo de elección para las mujeres ecuatorianas con un 32.3% en mujeres casadas/unidas, en comparación con la vasectomía en un 0,3% en hombres casado/unidos (MSP Ecuador, 2012). En la práctica el método de esterilización definitiva está dirigido al género femenino, miles de mujeres entran a quirófano por este motivo en el postparto o en el transquirúrgico de su cesárea enfrentándose y exponiéndose a las complicaciones propias de la cirugía por medio de una laparotomía, por otra parte, dentro de este grupo se encuentran pacientes que tienen alto riesgo clínico quirúrgico por comorbilidades asociadas.

Las razones de la diferencia abismal entre la opción de la vasectomía con respecto a la esterilización tubarica en Ecuador responde a diferentes causas entre las que se pueden mencionar: desconocimiento por parte de las parejas del método de la vasectomía, la orientación de los programas públicos exclusivamente para realizar la ligadura en la mujer resultando en la atención sanitaria pública exclusivamente para la mujer, a pesar de que la vasectomía es un método ambulatorio que involucra menores costos. Los derechos sexuales y reproductivos involucran tanto a los hombres como a las mujeres, por ello es fundamental empoderar a los hombres haciéndoles comprender su responsabilidad en el

rol de la planificación familiar, y así evitar que las mujeres continúen exponiéndose a los riesgos que la salpingoclasia conlleva.

3.2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Pregunta de Investigación

¿Cuáles son las barreras y las facilidades para realizarse la vasectomía, en las parejas de pacientes multíparas que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora de Quito en el año 2019?

3.3. OBJETIVOS

3.3.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar las barreras y las facilidades para realizarse la vasectomía, de las parejas de pacientes multíparas que acudieron al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora de Quito en el año 2019.

3.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Describir y analizar el nivel de conocimiento y la visión que tienen las parejas que acudieron al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora de Quito sobre la vasectomía como método de planificación familiar.

Identificar las barreras y las facilidades para acceder a la vasectomía como método de planificación familiar definitivo.

Describir factores socioeconómicos, culturales y étnicos que influyen en la toma de decisiones para acceder a la vasectomía como una alternativa de planificación familiar

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1. ENFOQUE Y TIPO DE INVESTIGACIÓN

Los estudios de naturaleza cualitativa centran el interés en la experiencia humana, considerando que en este tipo de estudio se produce un conocimiento ideográfico dado que la generalización que se encuentra es en el caso y no sobre una población; mediante el estudio cualitativo se logra una nueva mirada, donde interviene la construcción personal del investigador junto a la de los participantes (De La Cuesta, 2015).

La investigación llevada adelante es cualitativa, la cual hace referencia a diferentes caracteres, que identifica los atributos de un grupo en particular, a partir de los cuales se describe, procura comprenderse, encontrando explicaciones a fenómenos sociales bien sea de un grupo o de un individuo (Cerdeña, 2011). También se conoce establece que en la investigación cualitativa se busca construir el conocimiento basado en la realidad social, desde la particularidad y la visión de quienes la vivencian; en ese sentido ha de asumirse un carácter dialógico considerando como elementos que conforman el análisis las creencias, los sentimientos, y la forma de pensar que en conjunto conforman el conocimiento de la realidad de la que se es parte como expresión de la sociedad González (2013).

Por otra parte, al hacer referencia a la teoría de las representaciones sociales están integradas al conocimiento del sentido común permitiendo que el sujeto interprete su realidad, siendo un conocimiento social: imágenes que conforman conjunto de significados, siendo a su vez un sistema de referencia a partir de los cual se puede interpretar los diferentes sucesos, se conforman categorías que permiten clasificar los fenómenos estableciendo así teorías sobre los individuos y su realidad (Cuevas Cajiga & Mireles Vargas, 2016).

4.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El área de estudio se ubicó en la Maternidad Isidro Ayora, siendo el grupo de interés de la investigación parejas de pacientes multíparas que accedieron a los servicios de salud de la maternidad durante el año 2019. Fueron entrevistadas las parejas que se encontraban en maternidad a quienes se les explicó el fin de la investigación y accedieron a participar en la entrevista

4.3. SELECCIÓN DE LOS INFORMANTES

En el caso de los estudios cualitativos no existe una muestra como se establece en la investigación cuantitativa dado que no se busca una representación con respecto a la población, en el caso de los estudios cualitativos los sujetos se denominan informantes que comparten una experiencia y otorgan una información particular (Cuevas Cajiga & Mireles Vargas, 2016).

En la presente investigación los informantes fueron escogidos siguiendo criterios de pluralidad y diversidad para abarcar el mayor espectro posible en relación considerando la autoidentificación étnica, al ser una investigación no probabilística, es así como en la investigación existe representatividad de diferentes etnias reconocidas en Ecuador, mestizo, indígena, afrodescendiente, blanco a través de las parejas que participaron en la investigación.

Las parejas fueron entrevistadas en conjunto, y de forma individual, es decir solo hombre y solo mujer como una forma de evitar sesgos y dar mayor libertad de expresión a cada uno previniendo así conflictos de pareja que pudieran suscitarse durante la entrevista. En el caso de la variable étnica se ha establecido el concepto de autoidentificación, permitiendo que cada sujeto se autocalifique con relación a su pertenencia étnica siendo las siguientes categorías reconocidas en Ecuador: mestizos, indígenas, afroecuatorianos, blancos, montubios, mulatos y negros. Dentro del grupo de las parejas entrevistadas participaron dos parejas extranjeras, en total fueron 4 extranjeros y 30 ecuatorianos.

En total fueron 34 parejas que aceptaron participar en la investigación a través del consentimiento informado las cuales asistieron a la Maternidad Isidro Ayora, siendo el grupo de interés de la investigación parejas de pacientes multíparas que accedieron a los servicios de salud de la maternidad.

4.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de Inclusión:

Pacientes mayores de 30 años.

Pacientes Multíparas.

Pacientes que desean un método de planificación familiar quirúrgico definitivo.

Pacientes que desean responder la entrevista.

Criterios de Exclusión:

Pacientes menores de 30 años.

Pacientes primigestas.

Pacientes que desean un método de planificación familiar no quirúrgico, no definitivo.

Pacientes que no desean responder la entrevista.

4.5. ENTREVISTAS

La entrevista se define como “una conversación que se propone con un fin determinado distinto al simple hecho de conversar” (Díaz, García, Martínez, & Varela, 2013, pág. 162). Se puede traducir como una conversación cercana con los participantes de la investigación logrando recabar información a partir de sus realidades y experiencias.

Las entrevistas se realizaron a treinta y cuatro parejas que acudieron a la maternidad por consulta durante el período, conociendo de primera fuente el conocimiento que tenían sobre la vasectomía como procedimiento de planificación familiar, las creencias, mitos, así como los miedos inherentes al procedimiento quirúrgico y aquellos asociados al vigor sexual.

4.6. ANÁLISIS CUALITATIVO

Para el análisis cualitativo fue seguido el siguiente procedimiento:

- Se estableció un código para cada entrevista
- Fueron identificadas en el discurso de los informantes las diferentes categorías establecidas para la generación del análisis
- Se seleccionaron los trozos para representar la perspectiva de los sujetos entrevistados con relación a cada categoría
- Se generó una nube de palabras para identificar la recurrencia de palabras relacionadas con cada una de las categorías
- Fueron representados los diferentes sentidos en el discurso de los informantes en un diagrama de Giddens (2000) sintetizando así la representación que tenía este grupo de informante en función de cada una de las categorías previamente definidas.

El procedimiento descrito responde a los parámetros señalados por Rivas (2019)

4.7. CARACTERIZACIÓN DEL PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Para la descripción del perfil sociodemográfico de los entrevistados se tomó en consideración el siguiente conjunto de variables:

Tabla 1. Variables Sociodemográficas

Variable	Definición Operacional	Indicador	Instrumento
Edad	Edad cronológica del paciente	Años	Frecuencia Porcentaje
Sexo	Biológico del paciente	Femenino Masculino	Frecuencia Porcentaje
Número de hijos (Fecundidad)	Número de hijos que tiene una mujer, en este caso en una determinada familia	Un hijo Dos hijos Tres hijos	Frecuencia Porcentaje
Etnia	Autoidentificación étnica	Mestizo Blanco Mulato Afroecuatoriano Negro Indígena Montubio	Frecuencia Porcentaje
Lugar de nacimiento	Lugar donde nació o de origen del paciente	Provincia	Frecuencia Porcentaje
Lugar de residencia	Lugar donde habita la persona en los últimos 6 meses	Urbano Rural	Frecuencia Porcentaje
Ocupación	Profesión u ocupación que tiene la persona al momento	Ocupación o Profesión	Frecuencia Porcentaje

Escolaridad	Tiempo en años de estudio en una escuela	Tiempo transcurrido medido en años	Frecuencia Porcentaje
Condición Socioeconómica	Medida de situación social, ingresos, situación u ocupación	Dólares	Dólares
Religión	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad	Católico Evangélico Cristiano Testigo de Jehová Ateo otro	Frecuencia Porcentaje

Fuente: datos de la investigación, 2019

Realizado por: Dr. Gabriel Molina

4.8. DEFINICIÓN DE CATEGORÍAS

Se presenta a continuación la Operacionalización de las categorías establecidas en la investigación, su definición operacional, indicadores e instrumento:

Tabla 2. Operacionalización de las Categorías

Categoría	Definición Operacional	Indicador	Instrumento
Vasectomía	Es una intervención quirúrgica que esteriliza a los hombres de modo definitivo	Pensamientos Tabúes Miedos Creencias	Entrevista
Salpingoclasia	Es una intervención quirúrgica que esteriliza	Laparoscopia Laparotomía	Entrevista

	a las mujeres de modo definitivo		
Barreras	Obstáculo para impedir el paso a la realización de un método	Físicas Sociales Religiosas Sexuales Tabú Políticas Otras	Entrevista
Facilidades	Condiciones que predisponen a realizarse un método	Acceso Políticas Servicios	Entrevista
Métodos de Planificación familiar	Es una herramienta usada con la finalidad de evitar la concepción	Hormonales Quirúrgicos Barrera Naturales Ninguno	Entrevista

Fuente: datos de la investigación, 2019

Realizado por: Dr. Gabriel Molina

4.9. TABLA DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES CUALITATIVAS

Tabla 3. Operacionalización de las Variables

CATEGORÍA	DEFINICIÓN	CARACTERO O SUBCATEGORÍA	FUENTE
MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR- VASECTOMÍA	“Es un método de anticoncepción masculina permanente para aquellos	Conocimiento sobre la vasectomía Uso de la vasectomía como método de	Entrevista semiestructurada

	<p>hombres que no quieren más hijos.</p> <p>A través de una punción o una pequeña incisión en el escroto, el proveedor ubica ambos conductos que transportan el esperma al pene (conductos deferentes) y los secciona o bloquea mediante ligadura o aplicando calor o electricidad (cauterización).</p> <p>. Actúa cerrando el paso a través de ambos conductos deferentes, impidiendo el pasaje de los espermatozoides del semen. Se eyacula el</p>	<p>planificación familiar</p>	
--	--	-------------------------------	--

	<p>semen, pero no puede generar embarazo” (Organización mundial de la Salud, 2011).</p>		
<p>MITOS SOBRE LOS RIESGOS DE LA VASECTOMÍA</p>	<p>“Los temores que se han asociado a la vasectomía son en su mayoría de índole sexual, ante la idea de que cualquier procedimiento que tenga que ver con los genitales es una amenaza a la función sexual, y por lo tanto, se convierte en una preocupación por el desempeño sexual, a sentirse menos hombre, la posible disminución de la libido, y de la potencia sexual, pérdida del</p>	<p>Miedo a la cirugía y postoperatorio</p> <p>Cambios en el esperma</p> <p>Aumento de peso</p> <p>Desempeño sexual: virilidad. Pérdida del placer, disfunción eréctil</p>	<p>Entrevista semiestructurada</p>

	<p>placer propio o de la pareja, así como la posibilidad de una disfunción eréctil y dolor” (Hernández & Marvan, 2015).</p>		
<p>ACCESO A LA VASECTOMÍA EN LOS SERVICIOS DE SALUD</p>	<p>Oferta del servicio en los centros de salud público y privados como método de planificación familiar y control de la natalidad definitivo (Ministerio de Salud Pública, 2017)</p>	<p>Barreras en los servicios de salud</p> <p>Acceso económico</p>	<p>Entrevista semiestructurada</p>
<p>PERCEPCIONES SOCIOCULTURALES Y RELIGIOSAS</p>	<p>“El pobre involucramiento de los hombres para el control de la fertilidad se debe a creencias y actitudes negativas sobre la vasectomía; desde una visión</p>	<p>Religión</p> <p>Machismo: sentirse menos hombre, infidelidad</p> <p>Opinión de terceros</p>	<p>Entrevista semiestructurada</p>

	<p>sociocultural, la creencia de que ocasionará disminución o la pérdida del deseo sexual está muy arraigada y se relaciona con una combinación de fenómenos enraizados en la cultura, como el machismo y la influencia religiosa”</p> <p>(Muñoz, López, & Velasco, 2017)</p>		
<p>PAREJA Y ENTORNO FAMILIAR</p>	<p>Al hablar de salud reproductiva, es necesario enmarcar el papel de la planificación familiar, la cual permite a las personas decidir el número de</p>	<p>Equidad en el control de natalidad</p>	<p>Entrevista semiestructurada</p>
		<p>Dinámica de pareja: deseo de no tener más hijos, muerte de la pareja, cambio de pareja</p>	

	hijos que desean y en qué momento tenerlos (Hernández & Marvan, 2015).		
--	---	--	--

Fuente: datos de la investigación, 2019

Realizado por: Dr. Gabriel Molina

4.10. LIMITACIONES

La realización de este estudio fue un tiempo hermoso para mí porque se pudo obtener un amplio historial de razones, causas, motivaciones, desmotivaciones y las verdaderas barreras y facilidades hacia la vasectomía que como profesional uno pasa por alto en el momento de dar una consulta, de responder una pregunta o de proponer una solución.

En este apartado me gustaría citar las limitaciones que surgieron en medio de todo el proceso investigativo y como algunas de ellas se convirtieron en una oportunidad para descubrir y considerar aspectos que inicialmente no se tomaron en cuenta para esta tesis.

Quisiera empezar mencionando que inicialmente no hubo una adecuada aceptación de algunos hombres para acceder a la entrevista, en las primeras parejas entrevistadas los hombres se tornaban un poco esquivos y no querían enfrentar las preguntas frente a sus esposas.

Por otro lado, tuve que acudir a un área de consulta externa donde podía encontrar a las parejas juntas de una forma más fácil y más tiempo. Puesto que en la hospitalización el horario de visitas que es apenas de 45 min no me permitía el tiempo suficiente para poder presentar la entrevista sin ir a demasiada prisa.

Otra limitación fue que, al entrevistarme con los jefes de servicio, indicaron que la demanda de pacientes que hacía uso de métodos de planificación familiar había disminuido pues el

Ministerio de Salud había indicado que un Hospital de tercer nivel no puede hacer ligaduras, las mismas deben ser resueltas en el segundo nivel de atención. Adicionalmente se me mencionó que los insumos no estaban llegando sino limitadamente. Esto dio paso a que tuviera que buscar no solo en el servicio de Ginecología del Hospital pacientes que deseaban métodos definitivos de planificación, sino en los otros servicios que se hallan más enfocados a pacientes obstétricas como la sala de Obstetricia General conocida como Sala C del Hospital y el área de Patología Obstétrica; esto no solo visto como limitante sino como algo enriquecedor para el estudio pues tomó en cuenta pacientes con situaciones como enfermedades obstétricas y otro tipo de patologías que muchas veces obligan al uso de la ligadura como método de planificación familiar definitiva y no dejan ninguna alternativa ni siquiera para poder pensar en optar por una vasectomía.

Una situación particular con gente de escasos recursos y estudios fue la falta de entendimiento de las preguntas al entrevistarles por lo que tenía que preguntar y explicar las preguntas de forma más sencilla y usando un lenguaje más común lo cual limitó un poco el tiempo de las entrevistas.

Nuestra cultura encierra y tiene arraigado el machismo que como tal limita la expresión abierta de la mujer en temas sexuales y de pareja. Y el hombre mismo se siente en el poder de decidir por la esposa lo cual un poco fue resuelto cuando se tuvo a los entrevistados por separado en el momento de las entrevistas.

Rememorando la investigación solo puedo decir que tuve la suerte de que la misma haya permitido que las personas tengan una nueva perspectiva del rol del hombre en la planificación familiar a pesar de sus creencias, de sus conocimientos de sus mitos y de su falta de información que quizás se encuentra entre una de las principales limitantes para que el hombre acceda a la vasectomía.

Debe existir una mejor coordinación entre la Universidad, el Ministerio de Salud Pública, que favorezca la ejecución de las investigaciones de los estudiantes

CAPÍTULO V

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

5.1. DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO

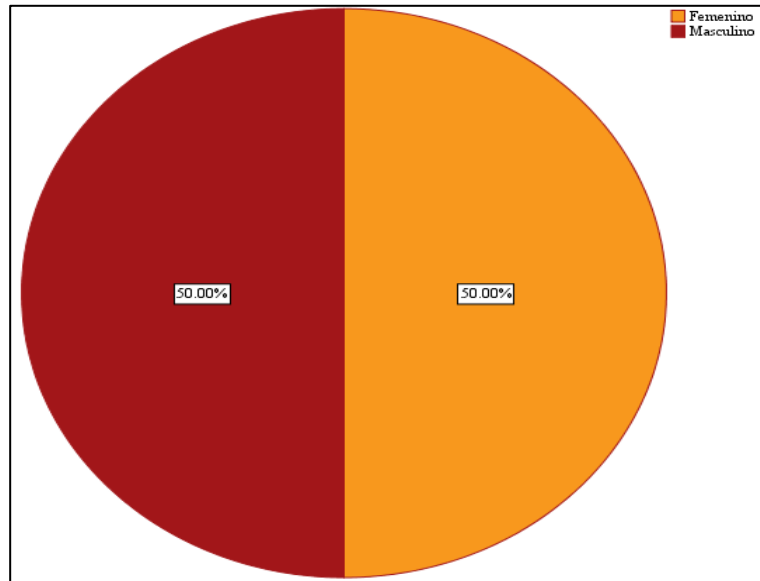


Figura 1. Distribución de los informantes por género

50% de los informantes son hombres, y 50% mujeres dado que fueron entrevistadas parejas de esposos para conocer su perspectiva en torno a la vasectomía como método de planificación familiar.

5.2. ETNIA

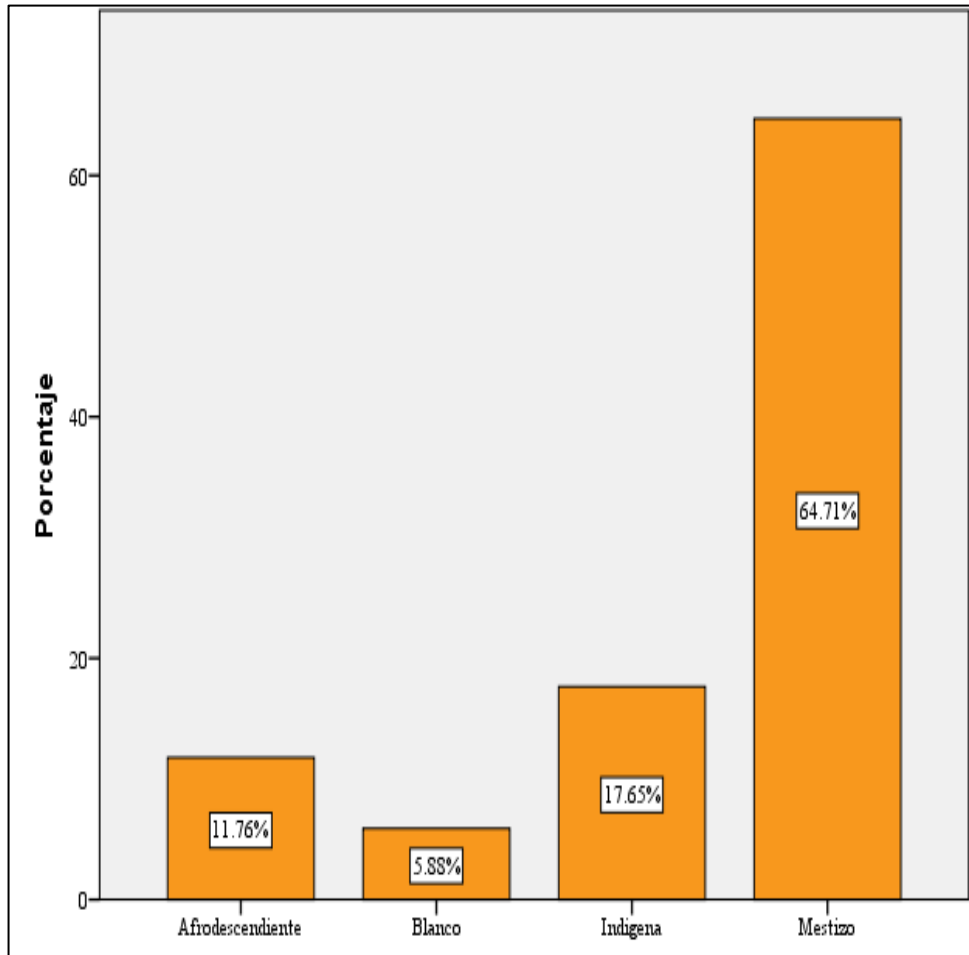


Figura 2. Distribución de los informantes según autoidentificación étnica

En lo que respecta a la autoidentificación étnica el 65% de los informantes se reconocen mestizos, un 18% Indígena, un 12% afrodescendiente y un 6% blanco.

5.3. NIVEL DE INSTRUCCIÓN

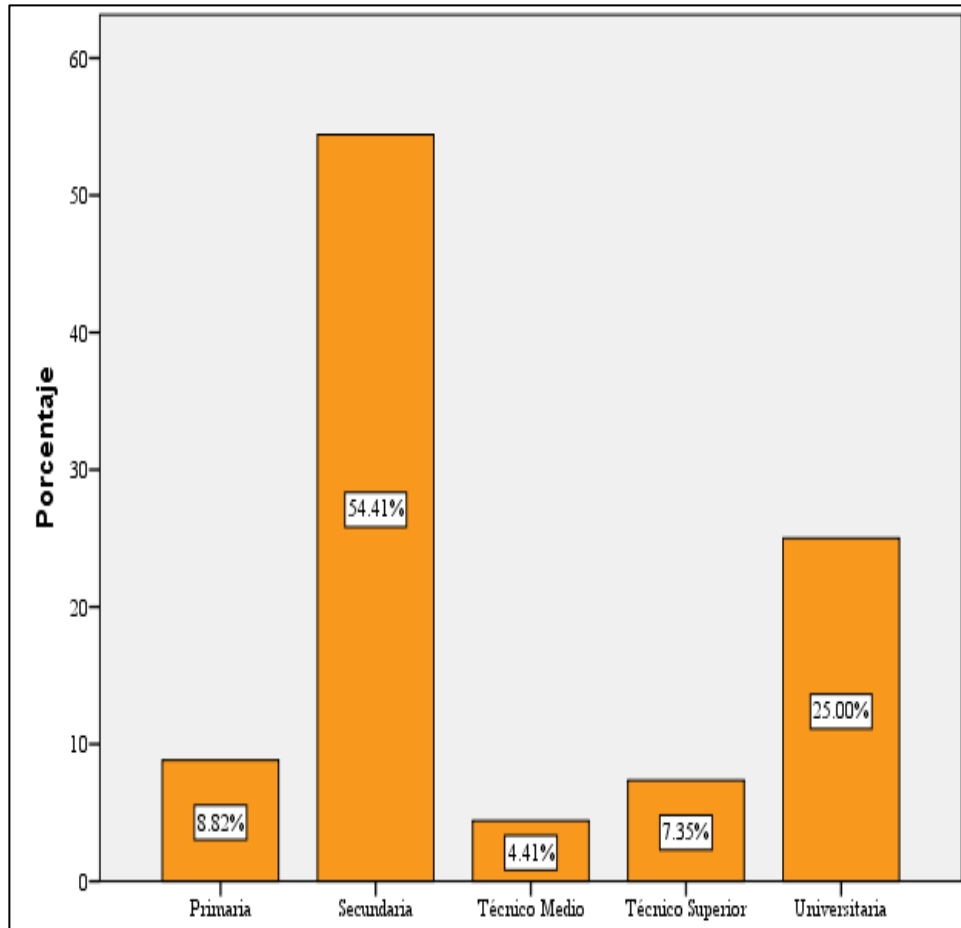


Figura 3. Nivel de instrucción de los entrevistados

En relación al nivel de instrucción de los informantes 54% logro la secundaria, 25% alcanzo tercer nivel de educación, 9% primaria, 7% Técnico superior y un 4% Técnico medio.

5.4. NACIONALIDAD

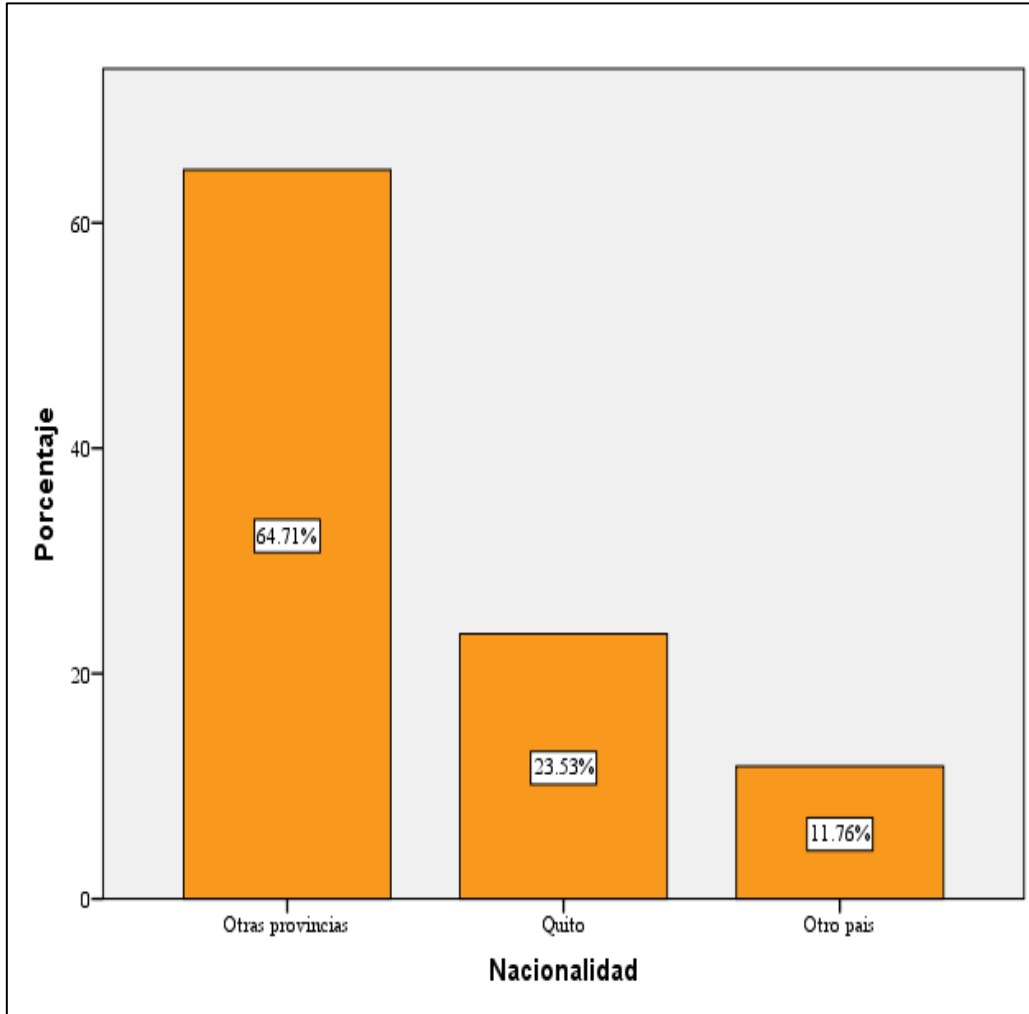


Figura 4. Nacionalidad de los Informantes

65% de los informantes nacieron en otras provincias diferentes a Quito, 24% son originarios de Quito y un 13 % provienen de otros países, específicamente Cuba y Venezuela.

5.5. LUGAR DE RESIDENCIA

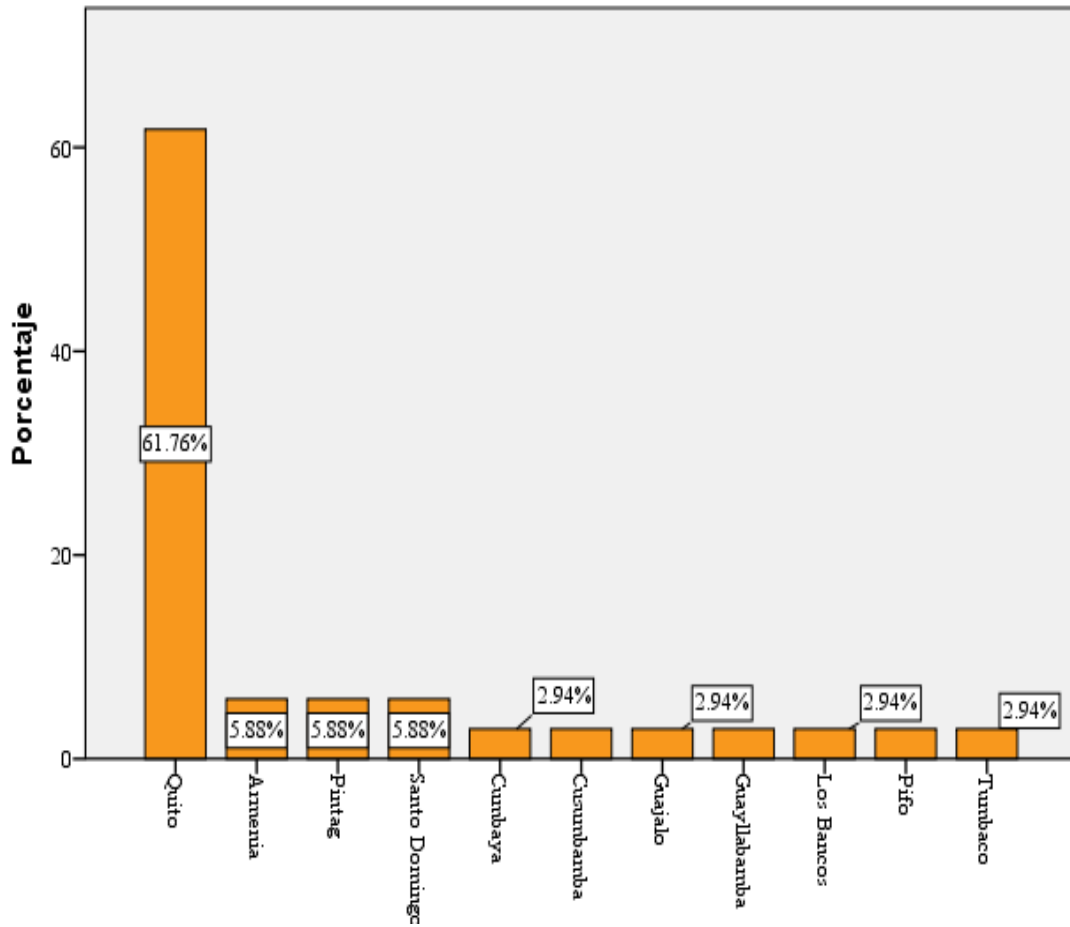


Figura 5. Lugar de residencia de los informantes

El 62% de los informantes tienen su lugar de residencia en Quito, 6% en Armenia, 6% en Pintag, 6% en Santo Domingo, 3% radican en Cumbaya, 3% en Curumbamba, 3% en Guajalo, 3% en Guayllabamba, 3% en Los Bancos, 3% en Pifo, 3% en Tumbaco.

5.6 RELIGIÓN QUE PROFESAN

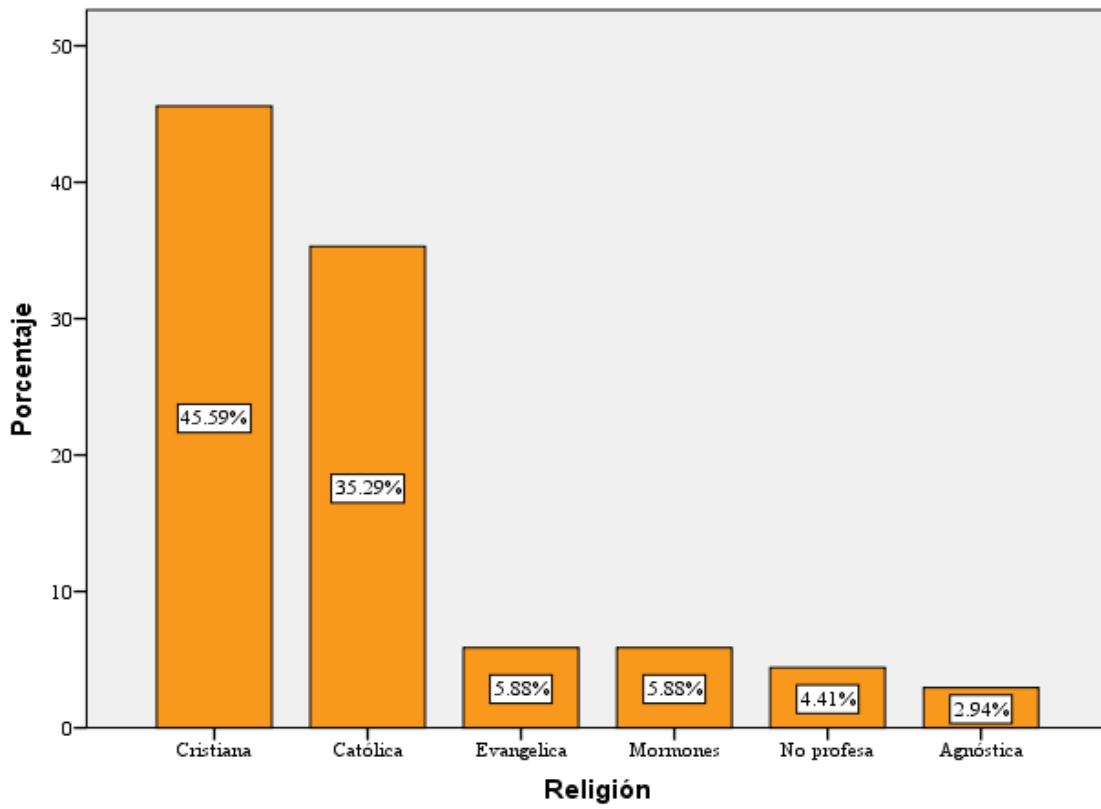


Figura 6. Religión que profesan

Un 46% de los informantes son cristianos, mientras que un son 35% católicos, 6% son mormones, 4% No profesa ninguna religión y un 3% son agnósticos.

CAPÍTULO VI

ANÁLISIS CUALITATIVO

6.1. PERFIL DE LOS INFORMANTES

Tabla 4. Perfil de los informantes

Código	Resumen de la postura de la pareja ante la vasectomía	Percepción de la Mujer	Percepción del hombre
EVPC1	Pareja con nivel de ingreso salario básico, 3 hijos, educación secundaria sin culminar, profesan la religión cristiana. Se autoidentifican mestizos. La mujer expresa que estaría de acuerdo, el hombre no ya que asocia a pérdida de virilidad y desempeño sexual.	EVPC1/F Existe desconocimiento del procedimiento, la religión no limita su selección de un método de planificación, es su pareja que no acepta la vasectomía como método de control de natalidad.	EVPC1/M Se retiró durante el proceso de la entrevista
EVPC2	Afrodescendientes. Profesan la religión cristiana. Con 3er nivel de instrucción. Tres hijos. El hombre no se realizaría la vasectomía por miedo a pérdida de masculinidad. La mujer considera que la ayudaría a la planificación de los hijos. A pesar de que en su religión les han dicho que tengan los hijos que Dios mande, consideran que deben planificar a sus hijos	EVPC2-F Quisiera dejar de tomar pastillas ya que ha tenido efectos adversos	EVPC2-M Considera que con la vasectomía compromete su órgano sexual, en cambio en la ligadura se compromete el útero de la mujer sin afectar los genitales de la mujer
EVPC3	Pareja con bachillerato culminado y hombre nivel tecnológico. Mestizos, con dos hijos. Profesan la religión de la iglesia de Jesucristo de los últimos	EVPC3-F Considera que existen métodos anticonceptivos sencillos y efectivos por lo que no sería necesario usar este tipo de tratamiento	EVPC3-M Lo consideraría solo si alguna vez tomando la decisión a la esposa se le complique una ligadura o si fuera más económico. Sin

	días por lo que no optarían por ese método definitivo		embargo, ratifica que no optaría por la vasectomía
EVPC4	Universitarios ambos, identificación étnica blancos. Religión católica. 2hijos	EVPC4-F La vasectomía ayudaría a tener seguridad, dejar las pastillas anticonceptivas, además de ser menos invasivo para el hombre	EVPC4-M Ante la vasectomía el temor de no poder tener más hijos en caso de tener otra pareja. Lo consideraría al tener los hijos deseados, considerando si es menos riesgoso
EVPC5	Pareja, mujer profesa la religión católica, hombre cristiano, bachillerato concluido, 3 hijos. Autoidentificación étnica mestizos. Piensan que tener control natal no va en contra del designio de Dios, Acordaron usar la vasectomía teniendo una sexualidad más libre sin temor de procrear hijos	EVPC5-F Antes de que su esposo se hiciera la vasectomía le preocupaba la respuesta sexual posterior a la intervención	EVPC5-M Se realiza la vasectomía por no querer tener más hijos; y para que la esposa no sufriera por los anticonceptivos
EVPC6	Afrodescendientes, 2 hijos, mujer religión católica, hombre cristiano, mujer bachillerato culminado, hombre tercer nivel	EVPC6-F Usar la vasectomía sería una gran ventaja,	EVPC6-M Nunca se le ocurriría hacerlo
EVPC7	Pareja, mujer afrodescendiente, hombre mestizo, cuatro hijos. Profesan la religión católica. Mujer culminó el bachillerato. Hombre tercer nivel. Al considerar no tener más hijos recurrieron a la ligadura, no conocían la vasectomía como método de planificación definitiva.	EVPC7-F Piensa que Dios deja que se elija lo mejor para la familia. En cuanto a usar la vasectomía considera que es un método más seguro que la ligadura, sin embargo siente temor ante cualquier cirugía que comprometa la vida del esposo y afrontar sola la crianza de la familia	EVPC7-M Temor a que no funcione el órgano sexual masculino, se engorda y la actividad sexual. En caso de usar la vasectomía lo haría por la seguridad de la esposa y la economía del hogar
EVCP8	Pareja de autoidentificación étnica mestizos. Bachillerato culminado. 2 hijos. Religión cristiana. La religión no les permite este tipo de control, ante lo cual	EVCP8-F Si tuviera partos normales y él toma la decisión estaría asumiendo la responsabilidad. En caso de que fuera cesárea estaría de acuerdo en que	EVCP8-M Considera que debe haber un dialogo de pareja, si se hace la vasectomía hacerlo con responsabilidad. Manifiesta temor ante

	no están de acuerdo. De usar el método tiene que ver con que el hombre se ocupe y no solo la mujer	la ligan, así su esposo no se haría la vasectomía. Tiene temor de que exista secuela producto de quien realiza la intervención	la operación, el especialista y que pueda quedar mal. También optaría por la vasectomía cuando no deseen tener más hijos
EVPC9	Pareja de autoidentificación étnica indígena, un hijo, profesan la religión católica. Mujer con nivel técnico, hombre bachillerato. Consideran que el hombre también puede ayudar, en cuanto a la religión piensan que tienen derecho en la planificación por encima de la religión. Pensarían en el método al tener dos a tres hijos	EVPC9-F Expone que sería bueno que el hombre se realice la vasectomía, aunque la tradición no toma en cuenta al hombre. Piensa que podría ser afectado, la incomodidad, estaría molesto, prefiere entonces sufrir para que él esté bien. Puede estar más disponible en conseguir otras mujeres ya que no dejaría huellas.	EVPC9-M Optaría por la vasectomía para Proteger a la mujer ante un procedimiento quirúrgico
EVPC10	Pareja, mujer mestiza, hombre blanco. 2 hijos. Cristianos ambos. Mujer culminó el bachillerato. Hombre tercer nivel. En un futuro considerarían un método de planificación definitivo más adelante, ambos considerarían la vasectomía	EVPC10-F Considera que su esposo haría la vasectomía porque en su país de origen es una práctica normal	EVPC10-M No tiene problema en practicarse la vasectomía, su temor es que hallan complicaciones en la intervención
EVPC11	Pareja, mujer indígena y hombre mestizo con 3 hijos, practicantes de la religión católica con secundaria incompleta. La mujer se había ligado y recurre al centro de salud para recanalización por el deseo de tener otro hijo. Temor ante el dolor que pueda causar la intervención	EVPC11-F Ella al tener una cesárea optó por ligarse, con la vasectomía le preocupa que tenga relaciones extramatrimoniales	EVPC11-M La preocupa que la vasectomía afecte el vigor sexual, podría significar una ventaja si mantiene relaciones extramaritales
EVPC12	Pareja autoidentificación étnica mestiza, religión católica.	Se ligó al tener por cesárea el último hijo, no tenían información sobre la vasectomía	Nunca antes habían escuchado sobre la vasectomía, considera que no se haría la intervención, piensa que puede quedar estéril y que no tenga

			buen desempeño sexual
EVPC13	Pareja de origen étnico indígena, 2 hijos, bachillerato culminado. Nunca habían escuchado de la vasectomía, se enteró a causa de tener las plaquetas bajas, fue informada en el centro de atención. Consideran que puede cambiar el carácter y afectar el desempeño sexual.	EVPC13-F Al tener las plaquetas bajas no puede quedar embarazada de nuevo, piensan buscar algo más aparte de la vasectomía por el miedo del esposo a la intervención	EVPC13-M No tolera ver sangre, así que tiene miedo a las intervenciones quirúrgicas. Sin embargo, dada la situación de la esposa lo pensaría
EVPC14	Pareja mestiza con dos hijos, de religión católica. Ambos con tercer y cuarto nivel educativo. Consideraron la vasectomía, pero luego se ligó la mujer aprovechando la cesárea	EVPC14-F Se ligó en la cesárea, aunque previamente su pareja fue a averiguar por la vasectomía. Considera que este tipo de método se puede usar cuando la familia está completa.	EVPC14-M Pudo haberse realizado la vasectomía ya que considera que son tabú los que existen alrededor del procedimiento. Hubiera realizado la vasectomía de no ocurrir la cesárea de su esposa, así disfrutaría más de su sexualidad sin temor a otro embarazo de su esposa
EVPC15	Mujer, con un solo hijo, mestiza, de religión agnóstica, tercer nivel. Considera que el control de natalidad es un trabajo de pareja, por lo que la vasectomía se presenta como alternativa compartiendo la responsabilidad, teniendo el derecho de decidir cuándo se desea un embarazo. El momento oportuno para optar por la vasectomía sería cuando se llegue a límite de hijos deseados	EVPC15-F Mujer que decide tener un hijo por fertilización in vitro. Periodista interesada en el tema de investigación El temor como mujer es que el hombre podría ser infiel ya que no dejaría huella. También el hombre podría saber si se le es fiel en caso de que tenga una relación extramatrimonial. Piensa que el temor del hombre se relacionaría con el desempeño sexual	EVPC15-M
EVPC16	Pareja, mujer de origen étnico indígena y hombre mestizo, 2 hijos. Religión	EVPC16-F Piensa que su pareja por temor no se hubiera	EVPC16-M No conocía del procedimiento, piensa

	<p>evangélica. Mujer con bachillerato completo, hombre con primaria incompleta.</p> <p>Nunca antes habían escuchado sobre la vasectomía, la mujer se ligó por preclamsia y alto riesgo de volver a salir embarazada no les plantearon otra opción</p>	<p>realizado la vasectomía, en relación al desempeño sexual se realiza la ligadura por el alto riesgo ante un embarazo</p>	<p>que de haberlo sabido hubiera ayudado a que la esposa no sufriera por tener hijos pequeños</p>
EVPC17	<p>Pareja, mujer indígena, hombre mestizo. La mujer no profesos ninguna religión, El hombre es católico. Tienen cuatro hijos</p> <p>Consideraron que se hiciera la vasectomía, sin embargo, nunca les llamaron. La ginecóloga les explico, por lo tanto conocen del procedimiento.</p>	<p>EVPC17-F</p> <p>Decidió ligarse debido a una enfermedad y la obligatoriedad de no tener más hijos</p>	<p>EVPC17-M</p> <p>Pensó realizar la vasectomía llenaron formularios, pero no los llamaron, lo haría para aliviar la salud de la esposa. Manifiesta temor de que pudiera afectar el desempeño sexual. Llamaron primer de la maternidad para ligar a la esposa</p>
EVPC18	<p>Pareja de autoidentificación étnica mestizos, practican la religión cristiana. 4 hijos. Ambos con secundaria incompleta. A ambos les explicaron del método, el temor principal es que luego el hombre sufriera impotencia sexual. Al conocer el procedimiento el esposo se realizó la vasectomía.</p> <p>La religión está en contra del uso de estos métodos, sin embargo decidieron hacer el procedimiento</p>	<p>EVPC18-F</p> <p>Con cuatro hijos decidió que tenían que tener un control definitivo, no le hicieron ligadura a que tuvo partos normales. Considera que el procedimiento es económico y al controlar el número de hijos también se ahorra. Su pareja la considero al tomar la decisión</p>	<p>EVPC18-M</p> <p>Se realizó la vasectomía. Al conocer en el centro médico a un trabajador le facilitaron en un mismo día la intervención. Luego de realizarse nota menos esperma, el resto de las funciones siguen con normalidad. La intervención fue publicada</p>
EVPC19	<p>Pareja autoidentificación étnica mestizo, son cristianos y tienen 3 hijos. Tienen escaso conocimiento sobre la vasectomía. La mujer opina que es una nueva técnica para no tener hijos sin embargo pocos la utilizan, los hombres no se</p>	<p>La mujer fue sometida a una histerectomía, piensa que su esposo no se hubiera realizado la vasectomía por considerar que pudo afectarse su hombría y se afectaría su carácter. Sería importante que el hombre apoyara a la mujer con la vasectomía</p>	<p>Considera que las costumbres en Ecuador están cambiando. Se haría la vasectomía ya que tienen los hijos deseados si no le hubieran realizado la histerectomía a su esposa</p>

	pondrían nunca en el puesto de la mujer, ahora usando la vasectomía los hombres ya no podrían dejar hijos regados		
EVPC20	Pareja, mujer mestiza profesa la religión cristiana, hombre mulato profesa la religión católica. 3 hijos. Con tercer nivel de instrucción.	EVPC20-F Los anticonceptivos temporales le estaban haciendo daño, no tenían claro si la vasectomía era gratuita, así que por referencia de una amiga decidió hacerse la ligadura en un centro de salud	EVPC20-M En palabras del entrevistado “la oportunidad de ser feliz”, al haber tenido los hijos deseados y la mujer se puede liberar de las pastillas anticonceptiva o de los implantes. No tendría ningún miedo porque conoce personas que se han realizado
EVPC21	Pareja, mujer autoidentificación étnica mestiza, hombre blanco. Ambos mormones. 4 hijos. Mujer bachillerato culminado, hombre 3er nivel de educación. Miedo al dolor durante la intervención y en la recuperación, ambos consideran que la decisión la tomarían si están seguros que no desean tener más hijos	EVPC21-F Ante la vasectomía tiene conocimiento de que hay un poco de dolor, y que no afecta la sexualidad. Sin embargo, piensa que no hay diferencia entre la ligadura y la vasectomía por lo que quiere que su ginecóloga le practique la ligadura, pero también han acordado en la pareja que se practique la vasectomía.	EVPC21-M Considera que optaría por la vasectomía, siendo su único temor el dolor que pueda sentir. En pareja están considerando recurrir a este procedimiento
EVPC22	Pareja con autoidentificación étnica indígena, religión católica. Cinco Hijos. Bachillerato sin culminar. Desconocen la vasectomía, piensan que podría doler “las partes íntimas”. No desean tener más hijos y eso está por encima de la religión	Considera que por ser la ligadura el procedimiento que más se realiza debe ser más económico por eso están considerando hacerla. También tiene prohibido por el medico tener otro hijo por tener presión alta. Le preocupa además que al hacerse la vasectomía le pase algo y le deje con cinco hijos	Al no conocer sobre el procedimiento no sabe si lo realizaría. Piensa que la ligadura es más fácil y rápido.

EVPC23	<p>Pareja, mestizos ambos, dos hijos. Mujer evangélica, hombre católico. Bachillerato completo.</p> <p>Ambos con temor de que sea afectado por el uso de la vasectomía p</p>	<p>EVPC23-F</p> <p>La esposa prefiere hacerse la ligadura ya que llegar a la maternidad le ha costado tiempo</p>	<p>EVPC23-M</p> <p>Piensa que la vasectomía durante la cirugía genera dolor, luego no podría tener sexo normal y sería incomodo hablar con la esposa del tema sexual. Además escogerían la ligadura por ser más barato, por tener más experiencia los médicos.</p>
EVPC24	<p>Pareja de autoidentificación étnica mestizo, religión cristiana, dos hijos. 3er nivel de estudios.</p> <p>Se realizaron la ligadura debido a que fue más fácil el proceso, no recibieron información con respecto a la vasectomía. Con respecto a la vasectomía tendrían miedo de que se hincharan los genitales, Manifiestan no conocer el procedimiento</p>	<p>Debido a las profesiones de ambos no disponen del tiempo suficiente para atender a sus hijos. Optaron por la ligadura por haber recibido solo de la ligadura</p>	<p>Considera que la religión no se opone a la planificación ya que financieramente los hijos son una fuerte carga y se procura asistirlos en todo</p>
EVPC25	<p>Pareja autoidentificación étnica indígena. Católicos. Bachillerato incompleto. 6 hijos</p> <p>Desconocimiento de la vasectomía</p>	<p>EVPC25-F</p> <p>Necesita un control natal definitivo, la agricultura no les da lo suficiente y por eso hizo los trámites para la ligadura</p>	<p>EVPC25-M</p> <p>No se haría la vasectomía ante el dolor o que no tenga desempeño sexual y su pareja se recienta</p>
EVPC26	<p>Pareja, origen étnico mestizo, profesan la religión cristiana, bachillerato sin concluir. 3 hijos.</p> <p>El hombre considera que es obligación de la mujer cuidarse para no quedar</p>	<p>EVPC26-F</p> <p>Hará la ligadura valorando que es gratuita. No conoce nada sobre la vasectomía. Le daría miedo que le pase algo a su pareja en una intervención quirúrgica</p>	<p>EVPC26-M</p> <p>Considera que no es importante conocer sobre la vasectomía, ya que se embaraza la mujer es ella la que debe protegerse. Su religión se opone a todo los que sea</p>

	embarazada. La mujer asume un rol pasivo		anticonceptivo pero igual la gente busca cuidarse
EVPC27	Pareja, mujer de origen étnico indígena y hombre mestizo. Cristianos de religión. Secundaria incompleta. 3 hijos Ambos desconocen sobre la vasectomía	La mujer fue ligada anteriormente recurre a consulta por cáncer de cérvix en estadio temprano para realizar colposcopia y probable conización. Se les dificultó conseguir un turno para ser atendida. Presentó complicaciones obstétricas y tiene problemas en la vejiga	Pensaría usarla porque vio como sufrió su esposa, pero en ese momento la opción fue la ligadura
EVPC28	Pareja de autoidentificación étnica mestizos, profesan la religión cristiana. Bachillerato culminado. Tiene 3 hijos. La pareja no conoce el procedimiento de la vasectomía	En los centros solo le han hablado de que la mujer debe cuidarse, uso implante, pastillas y ahora la van a ligar, En cuanto que su esposo se haga la vasectomía le daría miedo que le pase algo y puede ser afectado el desempeño sexual. Lo otro es que puede tener relaciones extramaritales	Piensa que es un procedimiento nuevo, que disminuye el desempeño sexual. No lo haría porque sería como ser mandado por la mujer
EVPC29	Pareja, mujer afrodescendiente y hombre mestizo. 3 hijos. Religión católica y cristiano respectivamente. Secundaria completa. Indican que deberían informar a las mujeres cuando asisten a los controles sobre este procedimiento	Se hizo la ligadura había conseguido la cita. En caso de que lo hubieran considerado piensa que su pareja no se haría la vasectomía. Y si la hiciera tendría temor a que pase algo en la intervención	Tendría miedo ante la vasectomía por el dolor que pueda generar y si luego se generen problemas sexuales
EVPC30	Pareja, mestizos. Mujer evangélica, hombre cristiano. Bachillerato sin culminar. Un hijo. Mínimo conocimiento sobre la vasectomía. Han decidido por la ligadura. Piensan que falta información	Temor a que quede afectado el pene, que decaiga el ánimo. Que la deje por otra pareja luego	Tendría miedo ante la anestesia y su edad no sabe si se lo permite.
EVPC31	Pareja, identificación étnica mestizos, 2 hijos, son ateos, con instrucción de 3er nivel. Tienen conocimiento sobre la	Sería una ventaja para la mujer, y debe ser una decisión de pareja. Al no tener suficiente información optaron por la	Considera que sería ventajoso para él hacerse la vasectomía ya que los métodos le

	vasectomía y piensan que se debe difundir. Lo considerarían cuando ya sientan que tienen los hijos que desean. No tienen conocimiento de si el procedimiento se realiza en centros de salud pública	ligadura por las buenas referencias del centro donde tienen abierto el procedimiento	resultan incómodos a la esposa
EVPC32	Pareja, mujer mestiza, hombre autodefinición como negro, Ambos practica la religión cristiana. Tienen dos hijos. Piensan	Piensa que pue	Teme por el efecto de la intervención
EVPC33	Pareja, mestiza, cristianos, 3 hijos, 3er nivel educativo, profesan la religión cristiana	Mujer, en proceso de ligadura, desconoce del procedimiento y consideró que ya habían decidido por la intervención para ella	Hombre, reconoce que la intervención en para no procrear, no estaría dispuesto a realizar la vasectomía ya que su esposa fue ligada
EVP34	Pareja, mestizos, 4 hijos, religión cristiana. Mujer tecnólogo, hombre bachiller	Mujer con complicación en la ligadura, desconocía sobre la vasectomía	Hombre, poco dispuesto a responder. Desconoce del procedimiento

Fuente: datos de la investigación, 2019

Realizado por: Dr. Gabriel Molina

6.2. INDICADORES CUALITATIVOS

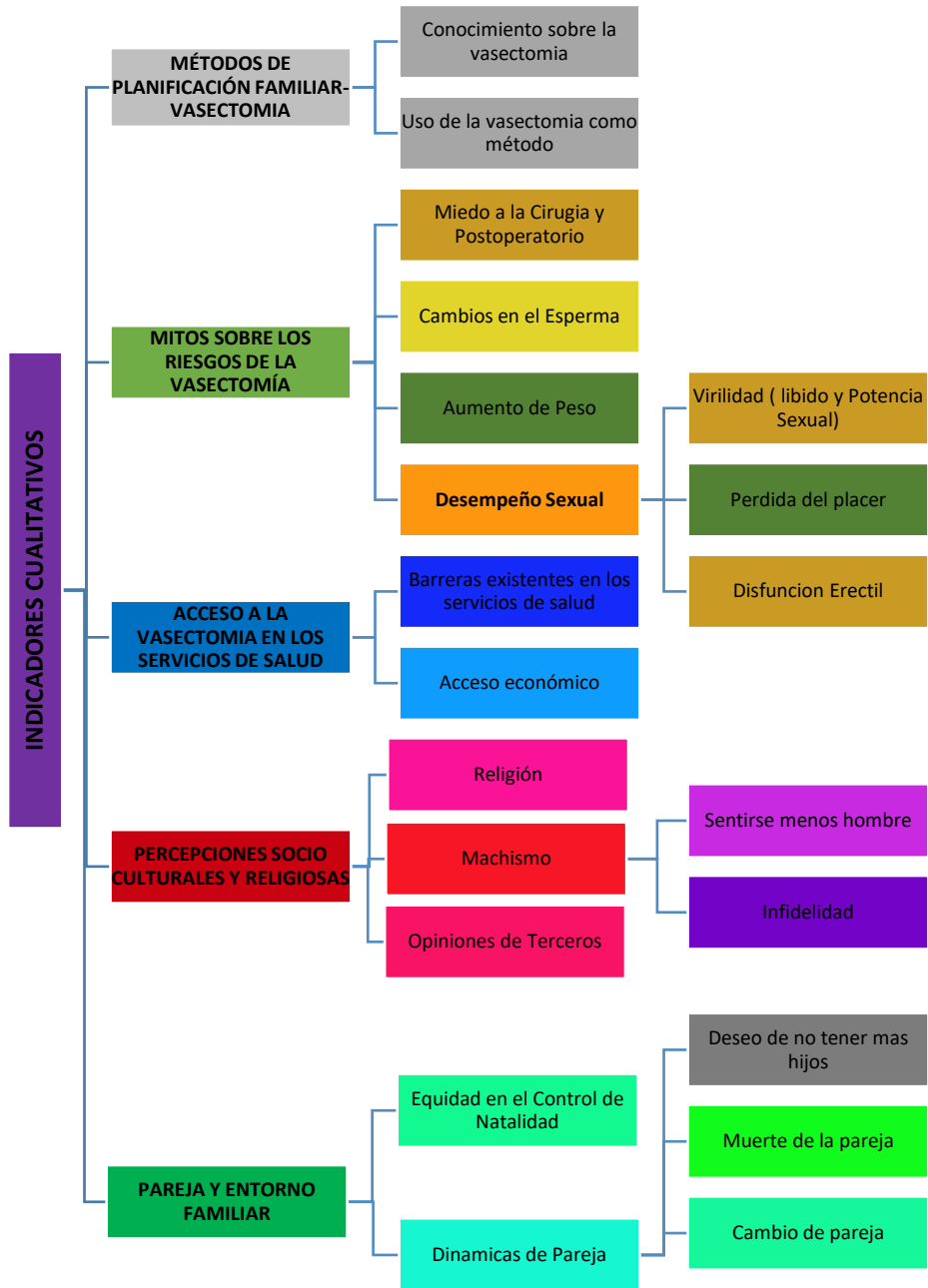


Figura 7. Indicadores cualitativos de la investigación

Fuente: datos de la investigación, 2019

Realizado por: Dr. Gabriel Molina

6.3. DEFINICIÓN DE CATEGORÍAS EMPLEADAS PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN

Tabla 5. Categorías utilizadas para la integración de información

1	Conocimiento sobre la vasectomía (CONOCI&VASEC)	Es la información que los entrevistados tienen sobre el método de planificación familiar masculino de carácter definitivo que en ocasiones se menciona como un procedimiento enfocado al corte, ligadura, cierre o desconexión de la parte productora del semen en el tracto genital con la vía que toma el mismo para su evacuación y fertilización posterior en el tracto femenino
2	Uso de la vasectomía como método (USO&VASEC)	Es el hecho consumado de haberse realizado una cirugía en el hombre que le permite quedar en esterilidad inducida para evitar la fecundación de su pareja
3	Miedo a la cirugía y postoperatorio (MITO&MIE&QX&POSTQX)	Es el temor que los entrevistados tienen la realización del procedimiento que puede ser interpretado como consecuencias del mismo, el carácter invasivo, el dolor, el tiempo de la cirugía, cuan reversible es el método comparable a la ligadura en la mujer, así como quien y donde se realiza la vasectomía
4	Cambios en el esperma (MITO&CAMBIO&ESPERM)	Hace referencia al temor de que la configuración material en cuanto al color del semen cambie
5	Aumento de peso (MITO&CAMBIO&PESO)	Es la creencia de los entrevistados de que hay un aumento de peso luego de realizarse el procedimiento de vasectomía

6	Desempeño sexual (MITO&SEX)	Es el temor de que el rendimiento sexual cambie pudiendo manifestarse como una falta de deseo sexual, disminución de la frecuencia coital, y de la capacidad de tener un orgasmo, sentirse hombre
7	Barreras existentes en los servicios de salud (BARRERAS&VASEC)	Se refiere a todas las dificultades encontradas que impiden que el hombre llegue a realizarse el método de la vasectomía desde lo administrativo, como el desarrollo de las consultas, falta de información, falta de acceso por temas geográficos o por falta de buena orientación de la parte medica hacia el paciente
8	Acceso económico (ACCESO&VASEC)	Es la dificultad que la gente tiene para poder realizarse la vasectomía fuera del contexto de la gratuidad
9	Religión (RELG&VASEC)	Se refiere al conjunto de creencias religiosas con respecto a la realización de la vasectomía como un método definitivo de planificación familiar, su prohibición, o el peso que tiene la religión en la decisión de optar o no por la misma
10	Machismo (MACHIS&VASEC)	Se refiere a las creencias y actitudes de los hombres que discriminan o hacen de menos a un mujer, y de aquellas actitudes de la mujer que reafirman las practicas machistas
11	Opinión de terceros (OPI&TERCEROS)	Hace referencia a la intervención de amigos, familiares, vecinos o conocidos para dar su punto de vista sobre la planificación familiar siendo tomados o no en cuenta en las decisiones de las parejas en este caso para realizarse la vasectomía
12	Equidad en el control de natalidad (IGUALDAD&CON&NATAL)	Es el sentido de igualdad en la relación de pareja y de responsabilidad al practicar el control de natalidad mediante anticonceptivos
13	Dinámica de Pareja (DINAMI&PAREJA)	Son todas las condiciones que implican cambios y decisiones un tanto obligadas en la realización de

	métodos de planificación familiar definitiva siendo estos por enfermedad inherente de la madre o discapacidad del padre o ambos o puede aún involucrar cambios en el sentido de separaciones o deseo genésico en nuevas parejas
--	---

Fuente: datos de la investigación, 2019

Realizado por: Dr. Gabriel Molina

6.4. CODIFICACIÓN DE INDICADORES

Tabla 6. Codificación de indicadores de la investigación

1	(CONOCI&VASEC)	Conocimiento sobre la vasectomía
2	(USO&VASEC)	Uso de la vasectomía como método
3	(MITO&MIE&QX&POSTQX)	Miedo a la cirugía y postoperatorio
4	(MITO&CAMBIO&ESPERM)	Cambios en el esperma
5	(MITO&CAMBIO&PESO)	Aumento de peso
6	(MITO&DSEX)	Desempeño sexual
7	(BARRERAS&VASEC)	Barreras existentes en los servicios de salud
8	(ACCESO&VASEC)	Acceso económico
9	(RELG&VASEC)	Religión
10	(MACHIS&VASEC)	Machismo
11	(OPI&TERCEROS)	Opinión de terceros

12	(IGUALDAD&CON&NATAL)	Equidad en el control de natalidad
13	(DINAMI&PAREJA)	Dinámica de Pareja

Fuente: datos de la investigación, 2019

Realizado por: Dr. Gabriel Molina

El conocimiento sobre la vasectomía como método de planificación familiar fue descrito por los informantes logrando identificar en el discurso las implicaciones que tiene dicho procedimiento para el control de natalidad, expresado en las siguientes frases:

¿La vasectomía es cuando cortan los conductos entre los testículos y creo hay un órgano en que hay una parte que producen semen no? entonces esto evita que pasen los espermatozoides en la eyaculación no?

(Testimonio de pareja afrodescendiente, cristianos, 3 hijos)

...Sé que es una intervención, en donde cortan los conductos deferentes del aparato reproductor masculino.

(Testimonio pareja mestiza, iglesia de los últimos días, dos hijos)

... Ehhh conocemos que es un método anticonceptivo casi que definitivo y muy seguro porque conozco gente que le ha fallado quizás no le cortaron bien... jajá.

(Testimonio pareja mestiza, católicos, 3 hijos)

...La vasectomía es una intervención quirúrgica que se le hace al hombre para conseguir la esterilización, donde se interviene los órganos sexuales masculinos, para que no sea posible procrear.

(Testimonio pareja afrodescendiente. católicos, cuatro hijos)

Las parejas tienen conocimiento en relación a que es un procedimiento quirúrgico donde se cortan los conductos deferentes que se realiza a los hombres el cual interrumpe el paso de los espermatozoides.

En contraste pudo apreciarse el desconocimiento sobre la existencia de este procedimiento en un grupo importante de las parejas entrevistadas, tal y como se aprecia en las siguientes citas:

...Ni idea nunca he escuchado sino es por esto qué me cuenta mi esposa bueno no sabría qué sería.

(Testimonio hombre, indígena, 2 hijos)

...No señor no sabemos qué es eso ni escuchado también

(Testimonio pareja, indígenas, 6 hijos)

...No, no sé qué es eso

(Testimonio hombre, mestizo, cristiano, 3 hijos)

...Bueno de verdad nunca en mi vida he escuchado qué es una cirugía?. Ah ya, ya entendí... no vea la verdad nunca he sabido

(Testimonio hombre, mestizo, cristiano, 3 hijos)

Otro aspecto que enunciaron las parejas entrevistadas tuvo que ver con la necesidad de que exista mayor difusión sobre la vasectomía y los aspectos que están involucrados en el procedimiento quirúrgico, para así poder tener un mejor conocimiento sobre puntos específicos de su realización, esto queda evidenciado en las siguientes frases:

...Ósea si podría ser conocer los métodos, creo que sé podría saber más y así poder tomar decisiones correspondientes en cada caso por esto importaría

(Testimonio hombre, afrodescendiente, mestizo, cuatro hijos)

...Es muy importante porque sé en la sociedad sé conoce más de una ligadura qué de una vasectomía entonces si sería interesante saber o hacer un estudio de hombres qué sé han hecho la vasectomía a ver si alguno de ellos qué a pesar de qué sé ha operado ha tenido hijos.

(Testimonio hombre mestizo, cristiano, 2 hijos)

... Además, para retirar el mito qué tienen qué solo las mujeres deben ligarse y qué los hombres tal vez van a perder su masculinidad su sexualidad va a ser

diferente entonces sí se debe tener más información por medio de comunicación y así las personas no tengan ninguna duda sobre este método

(Testimonio mujer, mestiza, cristiana, 2 hijos)

En relación al conocimiento que las parejas tienen con respecto a este método anticonceptivo algunos de los entrevistados reconocen que es un método adecuado de planificación familiar definitivo para el hombre, y como una opción que muchas veces no se ha tomado en cuenta por parte de las parejas, en el cual a través de un procedimiento quirúrgico se interrumpe el paso de los espermatozoides, mientras que en otros es desconocido el método, o se han enterado de la existencia del mismo debido a situaciones donde la vida de la mujer está comprometida y en esas circunstancias han recibido algún tipo de información por parte de los médicos que en tales condiciones les han recomendado o han citado a la vasectomía como alternativa ideal.

6.6.1. TESTIMONIOS MÁS EMBLEMÁTICOS SOBRE CONOCIMIENTO DE LA VASECTOMÍA

Tabla 7. Conocimiento sobre la vasectomía como método de planificación familiar

<i>... consiste en cortar el canal entre el testículo y el pene para que no salga el espermatozoide</i>
<i>...Corte de los conductos deferentes del aparato reproductor masculino</i>
<i>... es una intervención quirúrgica que se le hace al hombre para conseguir la esterilización</i>
<i>...procedimiento por el cual el hombre ya no tiene la capacidad de procrear hijos</i>

Fuente: datos de la investigación, 2019

Realizado por: Gabriel Molina



Figura 9. Conocimiento sobre la vasectomía

Adaptado de: Influencias culturales y materiales que inciden sobre la salud siguiendo el modelo sistémico de Guiddens (2000)

Realizado por: Dr. Gabriel Molina

Se evidencia que un grupo de los informantes tienen nociones claras sobre la vasectomía como método anticonceptivo para el hombre, definiéndola como una intervención quirúrgica, de bajo riesgo, y de más sencilla realización que conlleva a la esterilización del hombre producto del corte de los conductos deferentes del aparato reproductor masculino. Este procedimiento posibilita que sea el hombre el que responsablemente asuma un compromiso en torno al control de la natalidad de la pareja.

Es crucial hacer notar que los mismos informantes consideran la importancia de que se debería brindar información sobre la vasectomía a fin de que se pueda conocer como

método de planificación familiar, y ser parte de los métodos usados por las parejas en la actualidad. Durante las entrevistas muchos se asombraron al comentarles y explicarles un poco más sobre el procedimiento pues para muchos fue la primera vez que habían escuchado de tal posibilidad en la vida de los hombres.

De esta forma en una sociedad donde predomina un enfoque machista se dirige las campañas de educación sexual y métodos de planificación familiar a las mujeres, quienes son las que asisten mayoritariamente a los centros de salud, los materiales impresos son reproducidos para brindar información sobre los métodos de planificación familiar en su mayoría se dirigen a la mujer, omitiendo en la información la importancia de la participación del hombre, y la existencia de la vasectomía como método de planificación familiar. Otro aspecto que hay que considerar es que las incidencias de las actividades de información son localizadas y generalmente se encuentran en manos de los especialistas.

Se requiere que la información sobre los métodos de planificación familiar sea tratada desde la perspectiva de género y que desde la etapa de escolaridad la información se difunda en especial en lo que tiene que ver con la vasectomía procedimiento que para muchas parejas es desconocido.

6.7. EL MOMENTO OPORTUNO BUENO YA CUANDO PIENSA UNO QUÉ ESTÁ COMPLETA LA FAMILIA...

Método de Planificación Familiar- Uso de la vasectomía

La consideración de las parejas entrevistadas en relación con el uso de la vasectomía estuvo asociada a la edad reproductiva y satisfacción plena en la procreación, en aquellos casos en que exista una enfermedad en la mujer asociada a los partos o limitaciones en el uso de anticonceptivos también se considerada como una opción por parte del hombre en aras de proteger a su pareja. Estas ideas se expresan en los párrafos que se presentan a continuación:

...En mi caso y con mi esposa el ya no querer más hijos nuestras profesiones no nos permiten tener mucho tiempo para ellos EVPC23P8

(Testimonio pareja mestiza, evangélicos, dos hijos)

Si sería importante para ya cuando la pareja este un poco más decidida o cuando ya no quiera tener hijos entonces ahí se haría o se practicaría para poder evitar embarazarse (Pareja mestiza, ateos, 2 hijos)

Otro elemento que las parejas enuncian está relacionado con la equidad y participación conjunta en la toma de decisiones para el control de natalidad, reflejado en los siguientes fragmentos de las entrevistas:

...Yo pienso que sí. Así también nos ayudan a las mujeres, no solamente la mujer sino también el hombre puede evitar.

(Testimonio pareja, mestizos, cristianos, 3 hijos)

...Porque hay algunos métodos que tal vez para las mujeres ehhh como estorba o no se tal vez como las inyecciones es algo que no es seguro porque hay muchas veces que no lo recordamos y creo que la vasectomía es da también más igualdad como de género.

(Testimonio mujer afrodescendiente, católica, 2 hijos)

6.7.1. TESTIMONIOS MÁS EMBLEMÁTICOS SOBRE USO DE LA VASECTOMÍA

Tabla 8. Uso de la vasectomía cómo método de planificación familiar definitivo

<i>Se usa cuando en una pareja, cuando ya llegan al límite de niños que han deseado tener</i>
<i>...creo que la vasectomía es da también más igualdad como de género</i>
<i>...y algún tipo de enfermedad que no les va a permitir vivir el tiempo necesario para poder tener un hijo</i>

Fuente: datos de la investigación, 2019

Realizado por: Gabriel Molina



Figura 11. Uso de la vasectomía por parte de los informantes

Adaptado de: Influencias culturales y materiales que inciden sobre la salud siguiendo el modelo sistémico de Guiddens (2000)

Realizado por: Gabriel Molina

El conocimiento que tenga la pareja sobre los métodos de planificación familiar, específicamente en relación a la vasectomía es el primer nivel de concienciación para la toma de decisiones por parte de la pareja al asumir responsablemente su sexualidad y procreación. Una vez que el conocimiento está presente en lo que concierne al procedimiento, así como las implicaciones tanto en el hombre como en la mujer que establecen un vínculo familiar podrán evaluar el uso de la vasectomía como método de

planificación familiar y darle la importancia en el rol como una opción acertada en ciertas condiciones.

Se pone en evidencia la importancia de que se dirijan campañas de información y concienciación sobre el uso de la vasectomía como método de planificación familiar de forma tal que al momento de que la pareja considere que han satisfecho su deseo de ser padres de forma tal que coloquen en la balanza la ligadura y la vasectomía, pudiendo escoger el segundo método como opción dentro de un contexto de naturalidad y practica recurrente una vez que la mayoría de la población conozca del procedimiento.

6.8. ¿LO TÍPICO ES QUE LAS MUJERES SE CUIDAN NO?

Mitos sobre los riesgos de la Vasectomía

En torno a la vasectomía como método de planificación familiar se encuentran asociados una serie de mitos, principalmente relacionados con la virilidad del varón encontrando que muchos de estos mitos surgen por la falta de información. (Fernández, Ruydiaz, Baza, Berrio, & Rosales, 2014). La reafirmación de mitos se soporta entre otras cosas por ejemplo en los programas de control de natalidad los cuales se dirigen exclusivamente a la mujer sin considerar que la planificación familiar es un hecho compartido.

Reconocer mitos desde lo sociocultural en relación a la vasectomía brinda una perspectiva sobre aquellos factores que en sí mismo son barreras para asumir este método en forma natural por las parejas, donde el hombre asuma un rol activo en la pareja en torno al control de natalidad; por lo tanto también puede ayudar a guiar la actuación del personal de salud y de la direccionalidad que deben tener los programas de planificación familiar, de forma tal que a través de la educación cada vez más los hombres asuman la vasectomía como un método de control de la natalidad.

Los miedos y creencias identificados tuvieron que ver con: los miedos asociados al procedimiento quirúrgico durante y en el post-operatorio, con respecto a las creencias y mitos se relacionó con él la virilidad en relación al desempeño sexual, cambio en el esperma y aumento de peso.

Miedos asociados a la vasectomía durante el procedimiento quirúrgico

En relación a la cirugía prevalecen miedos que se produce ante una intervención quirúrgica:

Le da miedo a las agujas todo eso. Solo la vasectomía me dijo que no se va a hacer porque en el trabajo si le habían hecho la propuesta (Testimonio mujer, afrodescendiente, cristiana, tres hijos)

...No sé uy él le tiene miedo a todas las agujas los hospitales sino pregúntele. Ahorita si viene a los hospitales porque estoy aquí, pero uhh sino no pisa nunca uno

(Testimonio mujer mestiza, católica, 3 hijos)

El miedo ante las intervenciones quirúrgicas es frecuente en los pacientes generando ansiedad y resistencia para acceder a un tratamiento ambulatorio como la vasectomía, diferentes estudios demuestran que ante una intervención y tener que enfrentarse a una situación relacionada con la incertidumbre se puede tornar en una sensación de amenaza generando preocupación, por lo que es importante contar con una preparación psicológica del paciente. (Cázares de León, Vinaccia, Quiceno, & Montoya, 2016).

Además del miedo ante una intervención quirúrgica, se encontró que en general para los entrevistados existe el miedo al dolor que pueda ser producido por la intervención:

Bueno si me daría quizás un poco el dolor quizás, es qué no sé qué más les pasa a los hombres qué sé hacen. Me asusta un poco bueno si bastante la aguja q van a usar el corte no sé si me dolería.

(Testimonio hombre, indígena, católicos, 2 hijos)

Creo qué les pasa las cosas de costumbre no ósea por ejemplo el dolor en los genitales las molestias de orinar de pujar, pero no creo qué les dura mucho no

(Testimonio mujer, cristiana, 3 hijos)

No creemos qué habría ventaja creo igual que la ligadura digo yo, porque el dolor ha de ser igualmente difícil

(Testimonio hombre, mestizo, evangélico, dos hijos)

Estudios como el realizado por Córdoba et. al. encontraron que en hombres vasectomizados las principales quejas fueron el dolor durante la intervención y la recuperación en casa (Córdoba, Sapíen, Valdepeña, Patiño, & Castellanos, 2011), coincidiendo con lo expresado por los entrevistados.

El miedo a los posibles riesgos que desencadene en muerte del paciente o secuelas por fallas en el procedimiento, procesos alérgicos desencadenados por los medicamentos y efectos por la anestesia también integran los diferentes temores ante la vasectomía:

...si por mí no hay problema si es qué ella tiene pensamientos fuertes de qué ella no quiere hacer yo no tengo problema, o sea qué haya complicaciones eso no más

(Testimonio, hombre, mestizo, católico 3 hijos)

...tenía temor a eso segundo nunca había entrado a una operación en un quirófano tenía más temores de temas médico clínico de cosas como la anestesia

(Testimonio hombre, mestizo, cristiano, dos hijos)

Bueno como tal el temor la anestesia un poquito porque soy alérgico ah amm algunas drogas y siempre me pongo un poco tenso de hecho tengo mi registro de alérgicos, pero siempre asoma una qué otra droga adicional a la qué no tolero y claro ahí podría haber quedado pues

(Testimonio hombre, mestizo, católico, dos hijos)

Si la usaría porque vi como sufrió mi esposa ósea para ayudarle no por suerte digo yo no me toca porque claro si paso grave paso orinando sangre un mes luego creo porque la vejiga sé lesiono ya hace unos 4 años, si me tocara la usaría, pero con miedo a morirme también

(Testimonio hombre, indígena, cristiano, 3 hijos)

La vasectomía como todo procedimiento quirúrgico amerita la intervención de un equipo técnico especialista y en un ambiente con las condiciones requeridas para realizar el procedimiento, la valoración del paciente es de gran importancia a fin de que se detecte condiciones particulares que deban ser consideradas a la hora de realizar el procedimiento. Los miedos y creencias que establecieron los informantes con respecto al postoperatorio se aprecian a continuación:

Miedo el si tiene miedo...porque un compañero se hizo eso, se le han hinchado las partes (Testimonio mujer, afrodescendiente, cristiana, tres hijos)

Si tengo un amigo... no nada qué sé inflama bastante el área del wiki jajaja de la cirugía jajaja. Nada qué sé inflama bastante los testículos o algo así, nada qué sé inflama por ahí bastante

(Testimonio hombre, afrodescendiente, católico, cuatro hijos):

En este caso el miedo está asociado a una posible inflamación de los genitales masculinos asociado a dolor, llama la atención que la opinión es una referencia en torno a la experiencia de terceras personas.

También el miedo en el postoperatorio se asocia a que luego se desee tener descendencia con la pareja o en nuevas relaciones considerando que es un método definitivo, quedando expresado en los siguientes diálogos de las entrevistas:

no dormía así, quiso luego tener un hijo y ya no podía...

(Testimonio mujer, afrodescendiente, cristiana, tres hijos)

En tema de salud no habría ningún miedo, sino que a lo largo si algún rato falla el matrimonio saber que no se va poder tener hijos con otra persona y no crear una nueva familia eso es el miedo que daría

(Testimonio hombre, blanco, religión católica, dos hijos)

Las parejas informantes se encuentran en un rango de edad de 25 a 35 años encontrándose en plena edad reproductiva, si bien la mayoría acude al centro de salud en razón de acceder a un método de control de natalidad, lo hacen por la ligadura ya que en esta existe la posibilidad de recanalizar los conductos, mientras que en la vasectomía las parejas lo asocian como un procedimiento definitivo, por lo que consideran que luego de una intervención en el hombre deseen volver a procrear o ante una posible ruptura y reinicio de una nueva relación no puedan tener descendencia.

Las secuelas posteriores o complicaciones que surjan fue otro de los aspectos considerados por los informantes, tal y como se presenta a continuación:

El temor sería que tal vez le hagan algo mal a él o que tal vez el sienta dolor

(Testimonio mujer, afrodescendiente, católica, dos hijos)

Eso les dicen qué les cae el cáncer qué no sé, qué no sé haga porque eso es malo y ya no puede, qué ya no le funciona como es, entonces ya tiene miedo

(Testimonio mujer, indígena, católica, 3 hijos)

Consideran que existe la posibilidad de que ante una práctica errada pueda existir secuelas y adquirir enfermedades como el cáncer producto de la vasectomía, en este último caso la opinión se basa en la información dada por una tercera persona.

Cirugía y Postoperatorio, seguridad ante el procedimiento

Una parte de los informantes con información sobre la vasectomía manifestaron las ventajas o beneficios de asumirlo como método de planificación familiar, considerando que es un procedimiento no invasivo, sin efectos, de rápida recuperación tal y como se aprecia en las siguientes opiniones de las parejas entrevistadas:

...porque es un método anticonceptivo y prácticamente no es algo muy invasivo ni complicado por lo que conocemos no? entonces creo que es importante saber los pros y los contras

(Testimonio mujer, mestiza, católica, 3 hijos)

Yo siento que estaría bastante bueno que me haya hecho la vasectomía porque es un método mucho menos invasivo que realizar una ligadura a la mujer

(Testimonio hombre, mestizo, católico, 3 hijos)

Ósea el motivo fue como ya lo dije la planificación familiar, que buscábamos algo que en mi persona no tuviera efectos secundarios, estábamos claros que el efecto secundario de la vasectomía no iba a ser o era trascendental

(Testimonio mujer, mestiza, católica, 3 hijos)

Lo que escuche concerniente a eso es de que no tarda mucho y se le hace un corte solamente en la parte de abajo en la genitalia y le corta el canal y ya listo entonces como dijo mi esposa tiene un día de libre, así como para descansar para recuperar eso

(Testimonio hombre, afrodescendiente, católico, cristiano, 2 hijos)

En este grupo de entrevistados se observa como el manejo de la información sobre la vasectomía genera seguridad ante la escogencia del método, siendo una muestra de la importancia que tiene la difusión sobre las ventajas de la vasectomía en los programas de planificación familiar.

Creencias y mitos sobre los efectos de la vasectomía

Desempeño sexual: virilidad (libido-potencia sexual)

El miedo que teníamos nosotros como pareja y bueno yo como esposa ehh ... si es que tendría yo como esposa es si es que sexualmente las condiciones de mi esposo iban a cambiar o no

(Testimonio mujer, mestiza, católica, 3 hijos)

Me decidiría por la vasectomía porque hay menos riesgo y es más económica, por lo menos es lo que sé ha escuchado, mi temor sería que la actividad sexual reduzca y que se vea afectado en la pareja y qué ya no pueda ni estar satisfecho ni satisfacerla a mi esposa

(Testimonio hombre, afrodescendiente, católico cuatro hijos)

...no sé si sé afectaría algo, pero quizás le duela tal vez y ya no pueda tener relaciones normales por un tiempo no sé bien. No, no sé qué más la verdad. Bueno pienso que, si le pasaría algo en el tema sexual, ahí si preferiría hacerme la ligadura

(Testimonio mujer, indígena, católica dos hijos)

Eh no rendir bien, qué no pueda tener el sexo bien, ósea normal luego

(Testimonio hombre, católico, cuatro hijos)

...yo no me operara después me vaya a dar algo de dolor, o mis partes ya no funciona bien y la mujer luego se canse de mí

(Testimonio hombre, indígena, católico, seis hijos)

En cuanto al mito de que la vasectomía influye en el desempeño sexual se evidenció a través de las entrevistas que tanto para el hombre, como para la mujer es un aspecto importante relacionado con la sexualidad de la pareja. En ese sentido los miedos están asociados a la pérdida del vigor sexual, de la frecuencia y de la posible insatisfacción de la pareja desde el punto de vista sexual.

Estudios relacionados con la percepción en torno al desempeño sexual y la vasectomía se han encontrado resultados similares, tal y como se expone en un trabajo de investigación llevado a cabo por Fernández (2014), donde se expone que el mito más común ante la vasectomía es el desempeño sexual asociado a los órganos genitales donde una intervención sobre estos órganos directamente perjudica el desempeño sexual.

Si bien el mito más común se relaciona con el desempeño sexual, en la vasectomía no existe la posibilidad de que se presenten problemas con la erección penénea. Por otra parte el mito que asocia la impotencia a la vasectomía expresa el miedo de que la masculinidad esté vinculada a los órganos genitales y que cualquier intervención sobre ellos pueda perjudicar el desempeño sexual.

Cambios en el esperma

...menos esperma menos esperma...eso no más, no nada

(Testimonio hombre, mestizo, cristiano, cuatro hijos)

No sé pienso que quizás sus niveles de testosterona bajan y así también sé mueren los espermatozoides y nada más ya no sé podría fecundar a la pareja y quizás por eso que baja la testosterona habría consecuencia quizás sé les provoquen menos placer no se

(Testimonio hombre, mestizo, cuatro hijos)

...el hombre puede tener coágulos de sangre o que su semen puede tener sangre

(Testimonio mujer, mestiza, iglesia de Jesucristo de los últimos días, dos hijos)

Se aprecia que la creencia en torno a la reducción de la cantidad de esperma producto de la vasectomía está presente, el esperma se asocia a vigor sexual con relación a la cantidad, también los entrevistados indican que los espermatozoides mueren y al ocurrir baja los niveles de testosterona, además de indicar que pueden generarse coágulos en el semen a partir de la vasectomía.

Otros estudios han encontrado resultados similares, donde pacientes en un 25% consideraron que es afectada la eyaculación en una investigación realizada en el Hospital Vicente Corral Moscoso, y en un estudio adelantado por la universidad de Ambato 28,9% opinó que su condición sexual se vería afectada. (Collaguazo & Guzmán, 2017).

Aumento de peso

Dentro de los mitos el aumento de peso producto de la vasectomía fue el de menor recurrencia expresados en las siguientes opiniones:

De lo que sé es que a los animales los engorda no sé si pasa lo mismo con los hombres. a los animales les engorda bastante cuando los capan. mejor salud no creo y además imagino que los niveles de testosterona han de bajar no? entonces te vuelves más sensible

(Testimonio hombre, afrodescendiente, cristiano, tres hijos)

Qué se engordan y su actividad sexual es más baja. Una pana que sé hizo, ahora si claro qué subió de peso bastante, pero no sé bueno debe ser diferente entre uno y otro no sé

(Testimonio hombre, afrodescendiente, católico, cuatro hijos)

Aquellos entrevistados que consideraron que producto de la vasectomía ocurre un aumento de peso relacionaron a la vasectomía con el proceso de castración en los animales y un efecto en la actividad sexual que disminuye.

6.8.1. TESTIMONIOS MÁS EMBLEMÁTICOS SOBRE MITOS Y CREENCIAS

Tabla 9. Mitos y creencias sobre la vasectomía

<i>El temor sería que tal vez le hagan algo mal a él o que tal vez el sienta dolor</i>
<i>La vasectomía es un método menos invasivo que realizar una ligadura a la mujer</i>
<i>Que la actividad sexual reduzca y que se vea afectada la pareja, qué ya no pueda ni estar satisfecho ni satisfacerla a mi esposa</i>
<i>El hombre puede tener coágulos de sangre o que su semen puede tener sangre</i>
<i>Qué se engordan y su actividad sexual es más baja</i>

Fuente: datos de la investigación, 2019

Realizado por: Dr. Gabriel Molina



Figura 13. Mitos y Creencias sobre la vasectomía

Adaptado de: Influencias culturales y materiales que inciden sobre la salud siguiendo el modelo sistémico de Guiddens (2000)

Realizado por: Dr. Gabriel Molina

Más información creo yo qué nos digan aquí se hace es así, y qué nos den gratuitamente la posibilidad de qué nuestros hombres se enteren digo yo. nunca nadie nos ha hablado

(Testimonio mujer, indígena, católica, un hijo)

Claro me hubieran explicado no pero ya está, hubiera tenido más información, pero ya no sé pudo.

(Testimonio mujer, mestiza, católica, 3 hijos)

Si me hubiera gustado qué sé haga, o ver otro método. les faltó un poco de información. O no hacer el sino ver otro método. Nos faltó bastante información y claro ósea bastante porque con ellos decir por esta enfermedad ya no puedes tener hijos hagamos la ligadura esa fue la única salida qué me dieron. Si hubiese sabido por lo menos quizás yo no lo hacia

(Testimonio mujer, afrodescendiente, católica, dos hijos)

En relación al aspecto económico, el valor monetario para optar por un método definitivo para el control de natalidad tiene un peso importante a la hora de tomar la decisión por parte de las parejas que consideren asumirlo. Esto se refleja en las opiniones de las parejas entrevistadas:

La única facilidad que me gustaría es el costo la economía que sea más barato que los otros métodos. ósea que este alcance del bolsillo de uno.

(Testimonio hombre, mestizo, iglesia de Jesucristo de los últimos días, dos hijos)

Contentos de saber que existe un método que se puede aplicar al esposo sin recurrir a un riesgo más alto como el nosotras corremos tanto en el parto o la cesárea, y claro con un método más barato y sencillo que la ligadura

(Testimonio mujer, afrodescendiente, mestiza, cuatro hijos)

Yo como pareja nos sentiríamos muy bien porque aparte de ser barato es menos riesgoso para la mujer porque en si la ligadura es más complicada que una vasectomía y más que todo es cambiar la mente de las personas y este mito de que solo la mujer tiene que hacerse ya no debería ser así en la actualidad

(Testimonio hombre, mestizo, cristiano, dos hijos)

También a través de las entrevistas se evidencio que para las parejas hablar de vasectomía supone varias creencias como la de que es un procedimiento altamente costoso y que principalmente se realiza en instituciones de salud privada:

no se mucho más motivado a hacerlo porque yo pienso que en realidad no sé qué es como una cirugía entonces debe tener un costo elevado

(Testimonio hombre, indígena, mestizo, tres hijos)

Eso no eso puede ser como puede costar un millón la ligadura y 10 centavos la vasectomía, la cosa es que tengan acceso gratuito en el sistema público ahora en la privada si hay diferencias de precio no importa por el sistema público debe ser gratuito tal como es la ligadura, claro mismos derechos porque no.

(Testimonio mujer, mestiza, agnóstica, un hijo)

Bueno no tengo plata para hacer ver fuera no entonces toco esperar. No creo que tenemos para hacer privado entonces público, aquí en la maternidad ligadura es más fácil

(Testimonio mujer, indígena, católica, seis hijos)

Por otra parte, existe algunas opiniones de las parejas donde prevalece el factor riesgo indistintamente del precio:

Bueno yo no me haría tanto lio por el aspecto económico pero lo que sí me importaría sería el método menos riesgoso, si la ligadura es menos riesgosa o si la vasectomía es menos riesgosa tiene menor cantidad de secuelas yo estaría dispuesto a hacerlo y creo que mi esposa también

(Testimonio mujer indígena, no profesa ninguna religión, cuatro hijos)

Es importante resaltar que el acceso a la vasectomía en el servicio público de Ecuador es de reciente data y está contemplado en el Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017-2021 que promueve el MSP sin embargo, la práctica de la ligadura como método definitivo tiene una escasa difusión sobre todo porque tradicionalmente el que ha sido usado es la ligadura, se suma que las parejas suponen que el procedimiento se realiza única y exclusivamente en los servicios de salud privados.

6.9.1. TESTIMONIOS MÁS IMPORTANTES EN RELACIÓN A BARRERAS PARA ACCEDER A LA VASECTOMÍA

Tabla 10. Barreras para acceder a la vasectomía

<i>La vasectomía solo se realiza en centros privados y es altamente costoso</i>
<i>Información sobre las ventajas y lugares donde se realiza es limitada</i>
<i>Las respuestas a las solicitudes son tardías por lo que se termina escogiendo el procedimiento más accesible</i>
<i>La consideración del factor riesgo puede ser priorizado sobre el valor económico</i>

Fuente: datos de la investigación, 2019

Realizado por: Gabriel Molina

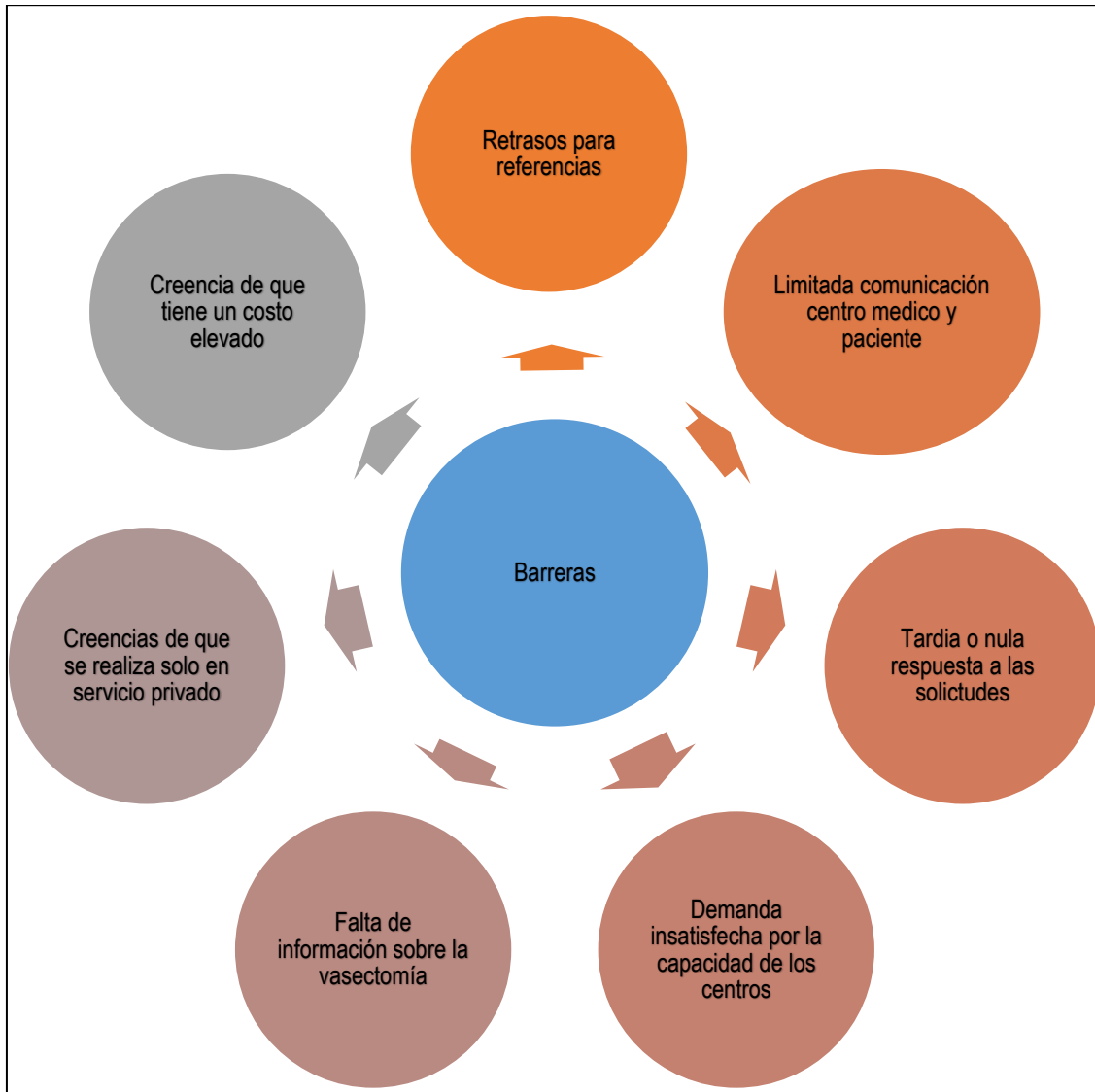


Figura 15. Barreras para acceder a la vasectomía

Adaptado de: Influencias culturales y materiales que inciden sobre la salud siguiendo el modelo sistémico de Guiddens (2000)

Realizado por: Dr. Gabriel Molina

La información sobre el acceso de la vasectomía en los servicios de salud es limitada en las parejas entrevistadas, incluso asumen que tiene un valor económico importante y que se realiza en los centros de servicio privado, esto contradice la información promocionada en cuanto a que desde el 2017 en Ecuador se viene impulsando la vasectomía en los centros de salud público. En aquellas parejas que intentaron acceder al procedimiento encontraron

La Religión como elemento determinante en la toma de posiciones y decisiones ante la planificación familiar

Diferentes religiones colocan el tema de la planificación familiar en tela de juicio, lo que determina que sus seguidores asuman posturas según la religión que profesan, en algunos casos no está permitido interferir con los procesos de fecundidad por lo tanto en muchos casos parejas que siguen exactamente estos preceptos tienden a tener un grupo familiar con un mayor número de hijos que en aquellos casos de parejas que igualmente practica una religión pero se deja abierta la opción de usar o no un método de control de natalidad.

Bueno yo soy católico en mi religión no permiten métodos de planificación de forma definitiva porque en mi religión es cerrarse a la vida y qué es cerrarse a la vida es ya no tener hijos, pero yo en este punto no estoy de acuerdo porque tanto la mujer como el hombre se pueden hacer ligadura o vasectomía entonces más bien es un dialogo de pareja, pero mi religión no lo permite, pero en ese punto no estoy de acuerdo (Testimonio hombre, mestizo, cristiano, dos hijos)

Bueno pienso que mi religión se opone a todo esto de las anticonceptivas. Pero en el mundo de ahora como que la religión esta desactualizada porque la gente busca cuidarse ósea hasta el preservativo estaría prohibido para la religión

(Testimonio hombre, mestizo, cristiano, tres hijos)

Mi religión si se opone o no, no importa mucho creo que esto de planificación es de uno como pareja

(Testimonio mujer, mestiza, cristiana, cuatro hijos)

Mediante investigaciones un factor interviniente es la postura de la iglesia oponiéndose a la legalización y aplicación de la vasectomía, aludiendo que es una intervención que mutila una parte del cuerpo, además sostienen que no cura, sino que anula el funcionamiento del organismo, siendo una violación al derecho humano de la integridad corporal; por otro lado exponen que no modifica las condiciones de pobreza y que la intervención médica no es una medida adecuada para afrontar situaciones sociales y económicas desfavorables (Camacho, 2013)

Si bien diferentes religiones en torno a la vasectomía no favorecen el uso del método en el caso de los informantes de la presente investigación en el grupo de parejas entrevistadas las posturas estuvieron principalmente orientadas a efectuar un control de natalidad sin considerar que esto va en contra de su fe, en algunos casos se expone que debe comunicarse a los representantes de sus religiones, prevalece el sentido de la importancia de efectuar un control de progenie en términos de brindarles calidad y atención que requiere de recursos económicos.

Machismo en la pareja y nuevas percepciones que evidencian una transformación

A través del relato de los informantes se identificaron elementos cargados de prácticas culturales siendo uno de los más relevantes el relacionado con el machismo, en ese sentido dentro de las parejas participantes en el estudio se encontró que la mayoría de los hombres entrevistados exponen que el control de la natalidad es inherente a la mujer y esta debe asumir los diferentes métodos desde los temporales hasta los definitivos pudiendo observar este constructo cultural en los siguientes fragmentos de diálogos:

Tal vez a qué si no funcionaba yo le deje. Como son machistas si me ha dicho muchas veces qué me ha dicho que si tal vez el sé hace la vasectomía y no funciona me voy a buscar otra persona le voy a dejar porque soy más joven qué el entonces son miedos qué tienen como hombres

(Testimonio mujer, indígena, no profesa religión, cuatro hijos)

Miedo a mi ninguno, como le digo no creo que me pueda hacer nada porque no soy yo el que sé va a embarazarse entonces creo que es una cuestión de la mujer, pero si a mí me tocara no creo que me hiciera porque quien mantiene la casa? ósea como me tocaría dejar el trabajo

(Testimonio mujer, mestiza, cristiana, tres hijos)

También existe un fuerte componente machista relacionado con la aceptación de las infidelidades entre la pareja cuando sobre todo las mujeres hacen referencia a que con la vasectomía el hombre no tendría hijos fuera del entorno de la pareja, de igual forma algunos hombres en su relato hacen un símil entre la vasectomía y la libertad que esta les podría otorgar:

Los miedos creo que más son para la mujer ya que siempre va a pensar en la infidelidad la cual a al saber que no va a tener hijos fuera, pero que puede seguirle siendo infiel o que sé yo, pero depende mucho de cómo se lleva la pareja y ese sería el miedo de algunas mujeres la desconfianza que vayan a pensar que como ya no pueden tener más hijos pueden tener muchas mujeres y sean otros problemas mas no es el problema de los hijos.

(Testimonio mujer, mestiza, cristiana, dos hijos)

Yo creo que sería el tema de la infidelidad yo creo que si esa sería la visión de mis amigas eso pensaría todo el mundo, él podría ser infiel con más facilidad, pero bueno...

(Testimonio mujer, mestiza, agnóstica, un hijo)

Ósea esa es la famosa cirugía que se hacen los hombres para ser infieles con el permiso de sus esposas jeje... no, no es esa que les cortan el conducto de donde pasa el esperma

(Testimonio mujer, mestiza, atea, dos hijos)

Bueno no creo que tenga mucho qué ver eso, no me importa en realidad. Me incitarían al mal jaja como ya no puedes tener hijos eres como quien dice no hay riesgo de hijos en otras relaciones, pero así no soy yo

(Testimonio hombre, mestizo, cristiano, dos hijos)

La mujer también reafirma el machismo y asume en muchas ocasiones que es a ella a quien le corresponde controlar la natalidad mediante los diferentes métodos sean temporales o permanentes:

Bueno ahora qué no está mi esposo si le puedo decir –jajaja- es qué yo creo que él no sé haría la vasectomía no porque si en el no existe ese tipo de cosas, me tuve que ligar hace algunos años, pero claro ya sabe usted a los hombres no les gusta hacerse nada por su hombría no, y también porque son muy machistas no creo que contemplan si quiera esa posibilidad no...

(Testimonio mujer, mestiza, cristiana, tres hijos)

Jamás jajaja no pues es qué yo le conozco es bien machista y cobarde para el dolor

(Testimonio mujer, mestiza, cristiana, tres hijos)

Jamás se haría es muy machista eso no le dijo no –jaja- es qué claro usted que cree que él les va decir a sus amigos qué va...

(Testimonio mujer, afrodescendiente, tres hijos)

mmm no sé haría él es de pensamiento un poco machista cree que eso es responsabilidad de la mujer y punto y aquí me tiene si me gustaría qué un poco los hombres cambien no su modo de ser, pero bueno pasara tiempo.

(Testimonio mujer, mestiza, cristiana, cuatro hijos)

Por otro lado, el machismo se refleja en el hombre y su idea de ser más o menos hombre en función de su sexualidad, por ello el considerar practicarse la vasectomía pasa por el tamiz de si potencialmente puede estar comprometida su hombría:

Por los varones umm bueno un poco como que chuta como le explico ósea los varones es como que ósea como qué sé les va la hombría al varón no si se hace el varón la vasectomía es como qué yo eso no yo no me hago es más como que chuta el machismo ahí está el machismo del hombre es por eso entonces por eso. A mí me han dicho el mandarina se burlan pero algunos no dicen nada

(Testimonio hombre, mestizo, cristiano, cuatro hijos)

... dolor, talvez lo que dice de la sexualidad todo esto talvez no se considerando las ventajas no creo que sería tan malo porque en el peor de los casos tener hijos regados por ahí no es que sea tan bueno ya de por si te libras de ese hecho. Y también si es que tu esposa queda embarazada sabes que jejeje. en realidad, ese no es tu hija ósea creo que tiene muchas ventajas en realidad eres un hombre libre de compromiso Creo que se ve como que pierdes masculinidad.

(Testimonio hombre, afrodescendiente, cristianos, tres hijos)

Estudios han demostrado que el bajo nivel de participación del hombre en el control de la fertilidad está asociado a creencias en relación a la vasectomía, y está implícita la perspectiva sociocultural, esta sobre todo presente la creencia de que existiría pérdida del

deseo sexual y esto a su vez se relaciona con el machismo (Muñoz, López, & Velasco, 2017).

Con la llegada del nuevo siglo los patrones de comportamiento en torno a los roles en la pareja progresivamente han ido modificándose creándose las condiciones para que cada vez más un mayor número de hombres asuman la corresponsabilidad junto a la mujer, también el hombre toma un rol de protector hacia su pareja lo que lo impulsa a considerar la posibilidad de realizarse la vasectomía como método definitivo para evitar hijos.

Si preferimos en general algo que no le afecte a mi esposa ella tenía temor. yo no soy machista

(Testimonio hombre, mestizo, cristiano, tres hijos)

Yo siento que estaría bastante bueno que me haya hecho la vasectomía porque es un método mucho menos invasivo que realizar una ligadura a la mujer y el precio también dependió o influyó mucho y considero que no soy una persona machista que diga que la mujer es la que debe cuidarse no, no tengo esa ideología ni nada de esas cosas por el estilo

(Testimonio hombre, mestizo, cristiano, tres hijos)

Si lo optaría justamente por eso en todo caso yo tengo esa visión porque mi familia mis papas y abuelos son machistas al máximo pues. También algo de parte tenemos en la sexualidad no solamente la mujer

(Testimonio hombre, indígena, católico, tres hijos)

La participación del hombre y asumir la realización de la vasectomía produce un efecto en el mujer en el sentido de que se mejora la opinión de estas sobre su pareja, los perciben más responsables, ocurre una revalorización como personas y logran relaciones sexuales más satisfactorias (Montalvo, 2015).

La cultura y el machismo se entretene en la institucionalidad por lo tanto es importante que se generen mecanismos que transformen prácticas de inequidad en los entornos institucionales. En las parejas entrevistadas estas ideas se representan:

Como dije en un comienzo no yo creo que el mundo está cambiando si, si recién aquí en el Ecuador se aprobó una ley de libre género si lo estamos viendo ahora es palpable la unión de hombre con hombre mujer con mujer porque no no ? yo creo que esos tabús hay que empezar a dejar a un lado obviamente que el país en si como país es todavía machista creo que hay regiones o lugares donde que son machistas se puede poner el ejemplo de México donde son machistas y donde ellos tiene a parte de sus esposas otras relaciones y se les ve muy bien no y que tengan 4 mujeres y un montón de hijos no entonces es un hombre el súper poderoso y súper macho el mundo está cambiando esta está cambiando a un siglo donde también vemos como hay cambios en el medio ambiente y no, no creo que afecte

(Testimonio hombre, mestizo, cristiano, tres hijos)

Ha sido estudiado que los programas dirigidos hacia la salud reproductiva se han centrado en la mujer, siendo un determinante de inequidad, si bien a nivel mundial se ha avanzado para que los gobiernos direcciones políticas de salud reproductiva con una visión de derechos sexuales y reproductivos, en la práctica siguen existiendo obstáculos para afianzar esas políticas. Por ello sigue siendo necesario impulsar la igualdad de oportunidades y de acceso en todas las esferas de la vida, ofreciendo adecuados servicios de salud sexual y reproductiva en condiciones de igualdad de género. (Aspilcueta-Gho, 2013).

Opiniones de terceros

Dentro de la trama cultural los nexos con otros integrantes sean de la familia o del entorno inmediato de la comunidad en ocasiones tiene un peso preponderante en la dinámica de las familias y dentro de esta de las parejas, algunos temas como lo relacionado con la

sexualidad de la pareja puede ocurrir que sea manejo intimidante como un espacio reservado para la pareja. Esto puede ser apreciado en las siguientes opiniones registradas a través de las entrevistas:

Nada porque creo que realizarse la vasectomía es algo personal que no tiene por qué estar contando a las demás personas

(Testimonio mujer, mestiza, iglesia de Jesucristo de los últimos días, dos hijos)

Creo que es algo personal creo que si decidimos contarle a alguien seria con gente de mucha confianza y mmm creo que sería algo como nuevo y de cierta forma como novedoso, pero creo que quizás también actuarían de una forma como mmm pensando como que chévere que mi esposo esté dispuesto a hacerse y ayudarme a mí para evitar tener que tomar tantas pastillas y esas cosas.

(Testimonio mujer, mestiza, iglesia de Jesucristo de los últimos días, dos hijos)

Siempre ha habido una percepción mala de este tipo de operación en los hombres, ya que el concepto de la vasectomía está unido a riesgo y a burlas de otros hombres a parte de ley van a pensar qué soy mandarina o sometido o algo así.

(Testimonio hombre, mestizo, católico, cuatro hijos)

Siempre ha habido una percepción mala de este tipo de operación en los hombres, ya que el concepto de la vasectomía está unido a riesgo y a burlas de otros hombres a parte de ley van a pensar qué soy mandarina o sometido o algo así

(Testimonio hombre mestizo, católico, cuatro hijos)

Para muchos hombres el acudir a consulta médica para realizarse el diagnóstico del tacto rectal, o realizarse la vasectomía, puede ser visto como una debilidad e incluso un comportamiento gay, también en las creencias esta que se origine un cambio hacia las conductas homosexuales, aparezca debilidad, también al no poder tener hijos es asociado a la pérdida de la virilidad, por lo tanto, ante los ojos de los demás es asumir comportamientos considerados inadecuados (Montalvo, 2015).

6.10.1. TESTIMONIOS MÁS EMBLEMÁTICOS PERCEPCIÓN SOCIO-CULTURAL

Tabla 11. Percepciones socioculturales en torno a la vasectomía

<i>La religión se opone al uso de los anticonceptivos. Pero en el mundo de ahora como qué la religión esta desactualizada porque la gente busca cuidarse</i>
<i>...ese sería el miedo de algunas mujeres la desconfianza qué vayan a pensar que como ya no pueden tener más hijos pueden tener muchas mujeres</i>
<i>...no sé haría él es de pensamiento un poco machista cree que eso es responsabilidad de la mujer y punto</i>
<i>...como qué sé les va la hombría al varón no si se hace el varón la vasectomía es como qué yo eso no yo no me hago</i>
<i>...siento que estaría bastante bueno que me haya hecho la vasectomía porque es un método mucho menos invasivo que realizar una ligadura a la mujer</i>

Fuente: datos de la investigación, 2019

Realizado por: Gabriel Molina

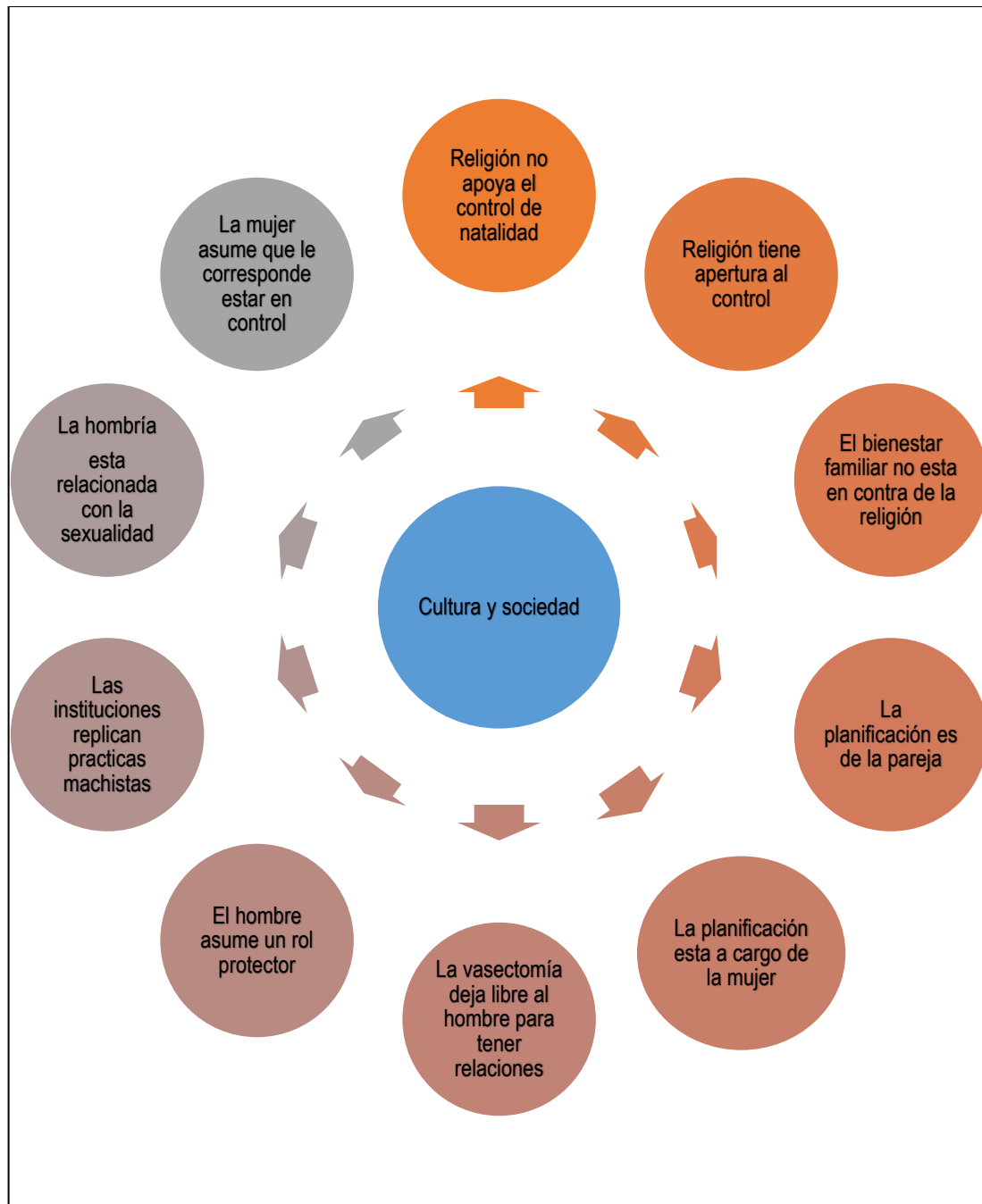


Figura 17. Percepciones socioculturales y vasectomía

Adaptado de: Influencias culturales y materiales que inciden sobre la salud siguiendo el modelo sistémico de Guiddens (2000)

Realizado por: Gabriel Molina

Las practicas comunes son asumidas a través del entorno cultural, el tema de la anticoncepción ha sido ligado a la mujer y en consecuencia métodos y políticas de control de fertilidad la colocan como único sujeto dejando a un lado al hombre.

La religión si bien en estos últimos años ha flexibilizado su postura en torno a las prácticas de control de natalidad, sigue siendo una institución cuya influencia en las parejas sigue siendo determinante, sin embargo, la situación social y económica hace que las parejas asuman el control de natalidad como una vía para garantizar condiciones a su progeñe.

El machismo es un determinante en la baja participación del hombre en la acción para asumir la vasectomía sobre todo porque culturalmente la virilidad está asociado al órgano reproductor masculino y cualquier intervención es asumida como una pérdida de esta.

Ahora bien, para algunos de los informantes la vasectomía fue considerada como una oportunidad para sostener relaciones extramatrimoniales, siendo también parte de la cultura machista. Lo que opinen terceras personas también se encuentra en la trama cultural, sobre todo en cuanto a que al practicarse la vasectomía el hombre podría ser catalogado como quien pierde su potencia sexual y masculinidad.

Creo que justamente como mencionamos antes el ya saber si nos quedamos con los hijos que tenemos o queremos más, pero creo que quizás queremos más jaja no lo hemos discutido

(Testimonio, mujer, blanca, católica, dos hijos)

Si ya hemos decidido esto es porque ya estamos contentos con nuestra planificación familiar entonces creo que me sentiría tranquila y que es bastante mmm ósea que estamos planificando de una forma correcta o bien en nuestra familia

(Testimonio, mujer, blanca, católica, dos hijos)

Bueno de pronto el mayor temor sería no sé hubiera sido sé hace uno la vasectomía y de pronto dice porque no tuvo otro hijo no, o no sé a veces como hay relaciones inesperadas en las que va mal no hay estabilidad y bueno que la ehh con la nueva pareja no pueda tener hijos otra vez. Pero no, no miedo a otras cosas o a qué diga la sociedad

(Testimonio hombre, mestizo, cristiano, cuatro hijos)

Me decidiría creo yo por lo que le paso a mi esposa ósea cuando estuvo en la cirugía una doctora salió y nos dijo que si tiene otro bebé sé muere entonces ante ese temor nos vimos ya obligados como quien dice a qué ya completemos pues el número de nuestros hijos. Antes creo que cuando nos casamos teníamos pensado tener cuatro hijos familias grandes como nuestros papas, pero no sé estuvo muy difícil por varias cosas y mas eso no la salud

(Testimonio, hombre, mestizo, cristiano, tres hijos)

La dinámica de pareja expresa en conjunto en el discurso de los informantes expresa la necesaria comunicación y el dialogo, la toma de decisión conjuntamente y el apoyo entre

los integrantes de la pareja ante la presencia de algún tipo de enfermedad sobre todo en la mujer donde el hombre podrá asumir el control de fertilidad mediante la vasectomía.

Equidad en el Control de Natalidad

Porque hay algunos métodos que talvez para las mujeres ehhh como estorba o no se talvez como las inyecciones es algo que no es seguro porque hay muchas veces que no lo recordamos y creo que la vasectomía es da también más igualdad como de género para que no seamos solo las mujeres las que tengamos que cuidarnos.

(Testimonio mujer, afrodescendiente, católica, dos hijos)

Bueno yo creo que sería un poco la igualdad. Pero aquí me tiene como digo no conseguimos ni información ni nada donde hacerse la vasectomía y cuando nos dijeron que no cubría el ministerio nos enteramos por mi amiga de este lugar y nos ayudó a entrar

(Testimonio mujer, mestiza, cristiana, tres hijos)

Bueno aquí en el país sería por un poco el sentido de igualdad no y de qué complacer un poco a la mujer por sus partos creo yo, pero en mi familia en Cuba sería más por iniciativa propia

(Testimonio hombre, mulato, católico, tres hijos)

mmm bueno no me causaría ninguna molestia al final todos somos iguales y si hay una una alternativa tanto como para el hombre como para la mujer sería cuestión de hablar y ver que llegamos un consenso como pareja para ya tomar una decisión ya definitiva y no tendría problema o inconveniente

(Testimonio hombre, blanco, católico, dos hijos)

...creo que es un trabajo entre el hombre y la mujer ósea los dos hacen el bebé, no es solo responsabilidad de la madre, entonces y yo creo que es una alternativa nueva para qué el hombre también tenga la responsabilidad y el derecho de

decidir cuando una mujer se embaraza de él o no y por eso su importancia también

(Testimonio mujer, mestiza, agnóstica, un hijo)

Bueno yo creo que, si me deja realizarme no, pero qué debo hablarlo con mi esposa y llegar a algún tipo de consenso acuerdo o algo que estemos los dos con argumentos y todo

(Testimonio hombre, mestizo, católico, dos hijos)

Pues yo pienso que tanto la mujer como el hombre tenemos los mismo derechos y responsabilidades en la vida familiar y en la sexualidad entonces por mi si se diera a llegar el caso estaría bien

(Testimonio hombre, mestizo, iglesia de Jesucristo de los últimos días, dos hijos)

Si bien la participación del hombre para la realización de la vasectomía es muy escasa, a través de este grupo de parejas se aprecia que se está en frente de un cambio cultural entorno al rol del hombre y la mujer en el control de la fertilidad; ya que enuncian igualdad de derechos, consenso, participación y decisión.

6.11.1. PRINCIPALES TESTIMONIOS EMBLEMÁTICOS PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y EQUIDAD

Tabla 12. Consideraciones en torno a la vasectomía en termino de equidad

<i>Posible rupturas entre las parejas condiciona asumir la vasectomía por la limitación de tener descendencia</i>
<i>Satisfacción por la planificación de la familia en forma correcta y consensuada</i>
<i>Seguridad en asumir la vasectomía cuando el deseo de tener hijos en la pareja llegue a su término y las condiciones socioeconómicas lo permitan</i>

Fuente: datos de la investigación, 2019

Realizado por: Dr. Gabriel Molina

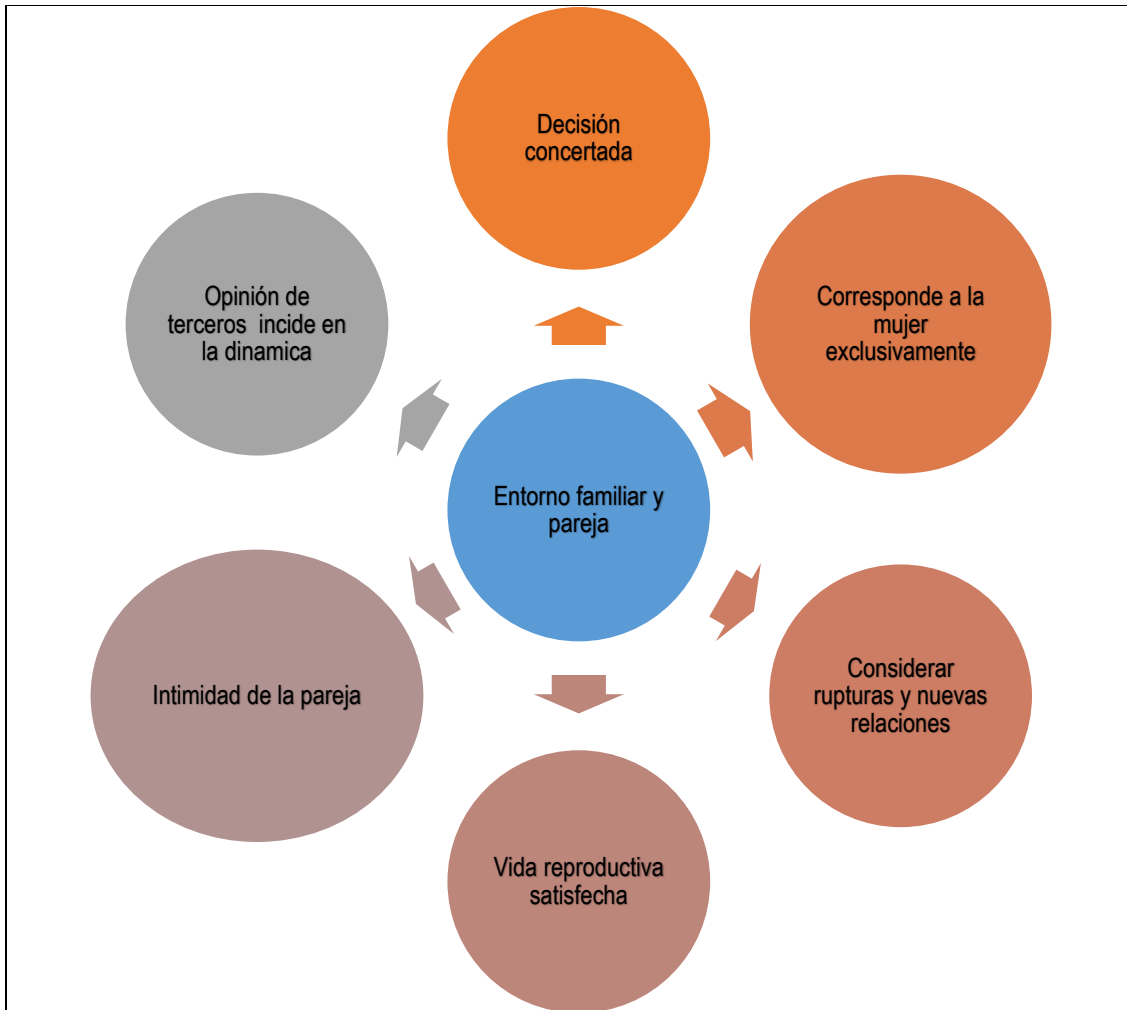


Figura 19. Entorno familiar y pareja

Adaptado de: Influencias culturales y materiales que inciden sobre la salud siguiendo el modelo sistémico de Guiddens (2000)

Realizado por: Gabriel Molina

En el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva se establece que estos forman parte de los derechos humanos basados en la igualdad por ello se ha propuesto el desarrollo de medidas que atiendan las inequidades y desigualdad abordándolo desde el enfoque de género y sexualidad integral.

En cuanto a la práctica de la vasectomía, las parejas establecen como paso que la antecede el deseo satisfecho de la procreación de hijos, y en aquellos casos donde la relación de

pareja se hubiese mantenido en el tiempo, de forma tal de que sientan que se mantendrán como núcleo no necesitando iniciar nuevas relaciones de pareja. También ante enfermedad el hombre se mostró proclive a hacerse la vasectomía en caso de que fuera la solución como método de control de fertilidad.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

En relación al nivel de conocimiento y la visión que tienen las parejas que acudieron al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora de Quito sobre la vasectomía como método de planificación familiar se obtuvieron los siguientes resultados:

-En cuanto a los métodos de planificación familiar y vasectomía, específicamente en lo concerniente a conocimiento y uso de la vasectomía, existe un gran número de entrevistados con falta de información en lo que respecta a la vasectomía como método, al procedimiento, al lugar donde esta se realiza, así como el especialista que realiza la intervención.

-La información sobre el método es crucial para poder tomar la decisión de vasectomizarse, el deseo de procreación colmado es la piedra angular para que una pareja se decida por optar por un método de planificación familiar definitivo sea vasectomía o ligadura

-La falta de información es una gran limitante para el acceso a la vasectomía ya que el desconocimiento de esta incide en que las parejas asuman que el procedimiento de esterilización permanente es solo la ligadura.

En lo que respecta a los mitos sobre los riesgos de la vasectomía se encontró lo siguiente:

-El principal mito que tienen las parejas cuando se habla de vasectomía se relaciona con la parte física del hombre en dos ámbitos, el primero con respecto al dolor físico y el segundo relacionado con cambios de algún tipo en el comportamiento sexual.

-En relación a las creencias y miedos el mayor temor del hombre en torno a hacerse la vasectomía tiene que ver con el dolor y en el caso de la mujer cuando el esposo va a hacerse la vasectomía tienen que ver con el tema sexual posterior a la intervención.

-Algunos hombres consideraron que la vasectomía hace que el semen tenga algún cambio en su conformación física o que haya cambios del peso en los hombres que se someten a procedimiento.

-A pesar de que en el Ecuador la gente es creyente y apegada al tema religioso por medio de diferentes denominaciones cuando se habla de planificación familiar la religión no es un impedimento y no tiene tanto peso como por ejemplo sí lo tiene el tema económico.

-El machismo es una limitante para el uso de la vasectomía y tanto la sociedad y las prácticas de salud favorecen este entorno en las parejas al dejar de lado al hombre cuando se habla de planificación familiar.

Con respecto a las barreras y las facilidades para acceder a la vasectomía como método de planificación familiar definitivo se obtuvo lo siguiente:

-Dentro de los principales pensamientos que se tiene del procedimiento es un alto costo y que no se realiza a nivel del Ministerio de Salud sino únicamente de forma privada

-Cuando una pareja busca un método de planificación familiar llegar a realizarse la vasectomía toma mucho más tiempo que llegar a realizarse a la ligadura

-Los sistemas de referencia del Ministerio de Salud tienen un limitado alcance en el tema de la esterilización masculina ya que no se conoce el proceso de referencia

a un centro de atención especializada cuando se habla de vasectomía en los usuarios del Hospital.

Los factores socioeconómicos, culturales y étnicos que influyen en la toma de decisiones para acceder a la vasectomía como una alternativa de planificación familiar pueden resumirse en los siguientes:

-Para muchas mujeres la vasectomía se convierte en un instrumento de equidad al hablar de planificación familiar

-Cuando existen enfermedades en la mujer que contraindican un futuro embarazo jamás se piensa en la vasectomía como una opción para evitar el mismo sino únicamente la ligadura

-Se puede decir que muchas parejas concuerdan en que la vasectomía es un procedimiento más sencillo y menos invasivo que la ligadura

-La infidelidad es una de las preocupaciones más relevantes que tiene las esposas cuando un hombre se hace la vasectomía

-Hay circunstancias que suceden en las parejas que condiciona el uso de la vasectomía como lo son las enfermedades, muerte de uno de los cónyuges y formación de nuevos hogares o pensar que las relaciones matrimoniales no son para siempre

-En general se podría pensar en la vasectomía cuando está colmado el deseo genésico en la pareja o cuando su situación económica se vea comprometida.

RECOMENDACIONES

El presente permitió tener una perspectiva amplia de la realidad del entorno social y médico con respecto a los métodos de planificación familiar en particular cuando se hace referencia a aquellos de carácter definitivo.

Por ello es posible generar un conjunto de recomendaciones en función de los diferentes ámbitos que están involucrados, tanto en el perfil sanitario, así como en el social, es decir en las parejas que acuden a los diferentes centros de atención a nivel del país.

Recomendaciones para la Administración Sanitaria Ministerio de Salud Pública

-Socializar el presente estudio con el ministerio de Salud Pública para poder conocer la realidad que se vive en Ecuador en lo referente a los métodos definitivos de planificación familiar también

-Elaborar guías centradas en la capacitación de los usuarios y personal de salud en lo referente a planificaron familiar masculino

Personal de Estadística

-Socializar la presente investigación al personal de Estadística de los diferentes centros y subcentros de salud, así como hospitales de mayor complejidad y que se encargan de realizar la tarea resolutoria en lo referente a las cirugías de esterilización masculina con la finalidad de conocer el entorno social en que se manejan las diferentes parejas, para entender la premura con la se debe facilitar el agendamiento de los turnos y facilitar el acceso a los diferentes usuarios.

-Priorizar y generar una categorización preferencial al rol de la planificación familiar masculina en miras de disminuir los riesgos, y costes en este ámbito.

-Identificar factores de riesgo social en los usuarios que acuden con hojas de referencia y contrareferencia solicitando la vasectomía para realizar un agendamiento preferencial

-Incentivar desde el personal de estadística de los diferentes centros y subcentros a los usuarios que solicitan la vasectomía con información escrita y grafica sobre la intervención para facilitar conocimientos, ganar tiempo, para que el momento que sea atendido por personal médico haya una noción más amplia sobre el método y se pueda resolver todas las dudas en lo referente al procedimiento

-Direccionar adecuadamente a los pacientes a un centro de esterilización masculina para que evite pasos innecesarios por otros centros de atención que quitan tiempo para acceder al procedimiento.

Médicos Rurales Y Médicos Generales

-Socializar la presente investigación a los médicos rurales de los diferentes centros y subcentros de salud, con la finalidad de conocer el entorno social en que se manejan las diferentes parejas de nuestro medio, para entender la premura con la se debe facilitar las referencias a los centros de esterilización masculina del país.

-Incentivar a los médicos rurales a realizar estudios que permitan identificar los riesgos sociales y médicos de las parejas de sus áreas de trabajo mediante visitas domiciliarias enfocados a promover la vasectomía como método de elección.

-Incentivar a los hombres en la realización de la vasectomía mediante charlas educativas que sean enfocadas a conocer los beneficios del procedimiento.

-Elaborar en la comunidad un foro trimestral enfocado únicamente a responder preguntas sobre métodos de planificación familiar definitiva. Las preguntas podrán ser escritas, anónimas, o habladas todo con la finalidad de llegar a responder todas las dudas e inquietudes sobre estos temas en los usuarios.

-Facilitar la referencia al usuario indicando sobre los beneficios de la vasectomía como método de planificación familiar

Personal de Centros y Subcentros de Salud

-Promover el uso de la vasectomía mediante Charlas de la institución

-Elaborar programas o talleres para fomentar el desarrollo de conocimientos y prácticas sobre la vasectomía

Especialistas en Ginecología y Obstetricia

-Facilitar en la primera consulta información y programación quirúrgica inmediata

-Elaborar programas o talleres para fomentar el desarrollo de conocimientos y prácticas sobre la vasectomía para obstétricas, médicos ginecólogos, y urólogos además de médicos familiares.

Especialistas en Urología

-Socializar esta investigación en los servicios Hospitalarios

-Organizar un centro dedicado a la esterilización masculina en cada región del país supervisada por su servicio

-Facilitar en la primera consulta información y programación quirúrgica inmediata

-Elaborar programas o talleres para fomentar el desarrollo de conocimientos y prácticas sobre la vasectomía obstétricas, médicos ginecólogos, y urólogos además de médicos familiares

-Elaborar en un futuro programas de adiestramiento quirúrgico para médicos familiares, gineco obstetras y anestesiólogos para realizar la vasectomía en zonas distantes y que tengan dificultad de acceso para acudir a centros de mayor complejidad. Dicho proyecto podría ser llevado a cabo en un centro dedicado a Esterilización masculina de cada región.

A la pareja

-Acudir a los centros y subcentros para solicitar información correspondiente a la vasectomía y otros métodos de planificación.

-Participar activamente en foros de discusión en los sistemas de salud donde pueden realizar preguntas referentes a la vasectomía, así como otros métodos de planificación familiar.

-Ser instrumentos de difusión luego de haber sido pacientes y usado a la vasectomía como método definitivo de planificación familiar.

A los Hombres

-Tomar participación activa en el rol de la planificación familiar es decir acompañar a su esposa y buscar métodos exclusivos para él.

-Acudir a consulta de medicina general solicitando información sobre métodos que puede usar para planificación familiar y hablar abiertamente sobre la vasectomía

-Buscar información de fuentes adecuadas esto es personal sanitario, educadores populares, personal de organizaciones no gubernamentales sobre la vasectomía

-Incentivar a los hombres mediante financiación de una inscripción y/o una matrícula escolar o un bono para útiles escolares de su ultimo hijo una vez que se haya sometido a la vasectomía, todo esto anterior mediante convenios entre organizaciones externas de apoyo y el gobierno

A las mujeres

-Incentivar a sus esposos a realizarse la vasectomía

-Llevar a sus esposos a su control ginecológico anual para citología el cual se convierte una gran oportunidad para que el médico dé información en lo referente a la vasectomía

-Fomentar entornos de dialogo con otras mujeres para crear planes y foros donde se pueda hablar de vasectomía

Representantes de Derechos Sexuales y Reproductivos

Ongs, colectivos, asociaciones, educadores populares

-Establecer convenios con los ministerios para favorecer programas de educación escolar como compensación a las parejas que usan la vasectomía como método de planificación familiar

-Fomentar charlas referentes a la vasectomía en los diferentes entornos sociales

-Apoyar en la financiación de los exámenes prequirúrgicos a los pacientes que se realizarán la vasectomía con el afán de agilizar los mismos y no esperar las largas filas del laboratorio del hospital y así descongestionar el sistema sanitario

-Proveer de los insumos necesarios para la realización de la vasectomía a cambio de servicio en tiempo o donaciones por parte de los que serán usuarios, esto con fines de evitar las suspensiones quirúrgicas en los hospitales por la falta de insumos

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amnistía Internacional. (2019). *Derechos sexuales y reproductivos*. Obtenido de <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/temas/derechos-sexuales-reproductivos/>
- Andersen, M., & Taylor, H. (2008). *Sociology. Understanding a Diverse Society* (4ta ed.). Thomson Learning.
- Anthony J Viera, M. M. (17 de Septiembre de 2019). *Vasectomy*. Obtenido de UpToDate: https://www.uptodate.com/contents/vasectomy?search=vasectomia&source=search_result&selectedTitle=1~68&usage_type=default&display_rank=1#H1
- Asamblea Constituyente. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Obtenido de https://www.oas.org/juridico/mla/sp/ecu/sp_ecu-int-text-const.pdf
- Aspilcueta-Gho, D. (2013). Rol del varón en la anticoncepción, como usuario y como pareja. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 30(3), 480-6. Obtenido de https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpmesp/v30n3/a18v30n3.pdf
- Ayala, E. (2002). *Ecuador: Patria de todos. La nación ecuatoriana, unidad en la diversidad*. Obtenido de <http://www.uasb.edu.ec/UserFiles/File/ecuador%20patria%20enrique%20ayala.pdf>
- Cabrera, M. (2016). Endocrinología y reproducción. *Revista cubana de endocrinología*. Obtenido de <http://revendocrinologia.sld.cu/index.php/endocrinologia/article/view/13/11>
- Camacho, G. (2013). *Vasectomía y ligadura de trompas, debate medico social*. Recuperado el 29 de diciembre de 2019, de <https://germancamacholopez.wordpress.com/2013/05/23/vasectomia-y-ligadura-de-trompas-debate-medico-social-o-religioso-2/>
- Cázares de León, F., Vinaccia, S., Quiceno, J., & Montoya, B. (2016). Preparación psicológica para la intervención quirúrgica: Revisión sistemática de la literatura. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 10(2), 73-85. Recuperado el diciembre de 2019, de <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v10n2/1900-2386-psych-10-02-00073.pdf>

- Cerda, H. (2011). *Los elementos de la investigación cómo reconocerlos, diseñarlos y construirlos*. Bogotá: Magisterio. Recuperado el diciembre de 2019
- Clutton-Brock, T., West, S., Ratnieks, F., & Foley, R. (2009). The evolution of society. *Philosophical Transactions of The Royal Society B*, 364(1533), 3127–3133. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2781882/>
- Collaguazo, D., & Guzmán, N. (2017). *Conocimientos y Creencias sobre la vasectomía en usuarios d ela consulta externa*. Universidad de Cuenca, Cuenca. Recuperado el diciembre de 2019, de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/28235/3/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACI%C3%93N.pdf>
- Colmenarez, W. (2019). *¿Qué rol debe tener el Estado en la sociedad?* Obtenido de <https://misesreport.com/el-rol-que-debe-tener-el-estado-en-la-sociedad/>
- Consejo Nacional de Población de México. (Noviembre de 2016). *Situación de la Salud Sexual y Reproductiva*. Obtenido de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/237216/Cuadernillo_SSR_RM.pdf
- Córdoba, D., Sapién, J., Valdepeña, R., Patiño, S., & Castellanos, H. (2011). Vasectomía: reseña de 25 años en el Centro de Cirugía Ambulatoria del ISSSTE. *Rev Esp Med Quir*, 16, 33-38. Recuperado el diciembre de 2019
- Cuevas Cajiga, Y., & Mireles Vargas, O. (2016). Representaciones sociales en la investigación educativa. Estado de la cuestión: producción, referentes y metodología. *Perfiles Educativos*, 38(153), 65-83. Recuperado el diciembre de 2019, de <https://www.redalyc.org/pdf/132/13246712005.pdf>
- De La Cuesta, C. (2015). La calidad de la Investigación cualitativa: de evaluarla a lograrla. *Texto Contexto Enferm*, 24(3), 883-890. Recuperado el diciembre de 2019, de http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/es_0104-0707-tce-24-03-00883.pdf
- Dehlendorf, C. (2019). Asesoramiento y selección de anticonceptivos para mujeres. *UpToDate*.
- Díaz, L., García, U., Martínez, M., & Varela, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*, 2(7), 162-167. Recuperado el diciembre de 2019, de <https://www.redalyc.org/pdf/3497/349733228009.pdf>
- Dirección General de Salud Reproductiva. (30 de Septiembre de 2019). *Introducción a los métodos anticonceptivos: Información general*. Obtenido de Salud: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7202.pdf>

- Fernández, S. (enero-junio de 2014). Percepción de los hombres ante la aceptación o rechazo de la vasectomía. Cartagena 2013. *Duazary*, 1(11), 22-29.
- Fernández, S., Ruydiaz, K., Baza, G., Berrio, D., & Rosales, Y. (2014). Percepción de los hombres ante la aceptación o rechazo de la vasectomía. *Duazary, Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 11(1). Recuperado el diciembre de 2019
- Garbay, S. (2006). *Derechos sexuales y derechos reproductivos en la normativa constitucional e Internacional*. Obtenido de <http://portal.uasb.edu.ec/UserFiles/369/File/PDF/CentrodeReferencia/Temasdeanálisis2/derechossexualesyreproductivos/articulos/marcojuridicodrsusgarbay.pdf>
- Giddens, A. (2000). *Sociología* (4ta ed.). Madrid, España: Alianza. Obtenido de <https://es.slideshare.net/heae2002/anthony-giddens-sociologia-7364054>
- Gonzales, E. (2013). Acerca del estado de la cuestión o sobre un pasado reciente en la investigación cualitativa con enfoque hermenéutico. *Unipluriuniversidad*, 13(1), 60-63. Recuperado el diciembre de 2019
- Guiddens, A. (2000). *Sociología*. Alianza Editorial. Recuperado el 15 de enero de 2020, de https://perio.unlp.edu.ar/catedras/system/files/anthony_giddens_-_sociologia.pdf
- Hall, G. y. (2016). *TRATADO DE FISIOLÓGÍA MÉDICA*. MADRID: S.A. ELSEVIER ESPAÑA.
- Hernández, R., & Marvan, M. (junio-marzo de 2015). La vasectomía desde una perspectiva psicosocial. *Perinatología y Reproducción humana*, 29, 30-35. Recuperado el diciembre de 2019, de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0187533715000084>
- Hernández-Aguilera, R., & Marván-Garduño, M. (2015). La vasectomía desde una perspectiva psicosocial. *Perinatología y Reproducción Humana*, 29(1), 30-35.
- INEC. (2019). *Ecuador en cifras*. Obtenido de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacimientos_y_defunciones/
- INPPARES. (2009). *Conocimiento y Percepción de Riesgo Adolescentes ITS VIH SIDA Arequipa, Lambayeque y Lima*.
- Instituto Latinoamericano de la Familia. (2016). *Ecuador Familia en Cifras*. Obtenido de https://www.utpl.edu.ec/sites/default/files/2017/folleto_familia_en_cifras_2016_enero_2017_digital.pdf
- Lanchimbaa, C., & Medina, P. (2011). *Fecundidad en el Ecuador y su relación con el entorno social y evolutivo*. Obtenido de

- https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios_Socio-demograficos/Fecundidad13.pdf
- Lundgren, R., Gribble, J., Greene, M., Emrick, G., & de Monroy, M. (2005). Cultivating men's interest in family planning in rural El Salvador. *Studies in family planning*, 36(3), 173-88. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16209176>
- Miller, B. (2016). *Antropología cultural*. Madrid: PEARSON EDUCACION S.A.
- Ministerio de Salud Pública. (2017). *Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017-2021*. Obtenido de <https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SS%20Y%20SR%202017-2021.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2017). *Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 217-221*. Quito. Recuperado el diciembre de 2019, de <https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SS%20Y%20SR%202017-2021.pdf>
- Montalvo, Y. (2015). *Factores Protectores que influyen en la aceptabilidad de la vasectomía en algunos miembros de las Fuerzas Armadas del Perú*. Universidad San Martín de Porres, Lima. Recuperado el 15 de enero de 2020, de http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/handle/usmp/2302/montalvo_y.pdf;jsessionid=EE917285F91A4C3BA8AC658640BC89EF?sequence=3
- Moreno, M. Q. (2013). ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA MASCULINA: VASECTOMÍA (2013). *PROTOCOLOS SEGO/SEC*, 10 (diez).
- Muñoz, M. A., López, A., & Velasco, S. (2017). Conocimientos, Actitudes y Creencias en torno a la elección de la Vasectomía en ECATEPEC. *Revista Científica Ciencia Médica*, 20(2), 33-39. Recuperado el diciembre de 2019, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332017000200006&lng=es&tlng=es.
- Organización mundial de la Salud. (2011). *Planificación familiar*. Recuperado el diciembre de 2019, de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44074/9780978856304_spa.pdf;jsessionid=5C2A93C706B01D1CB70FB98A0CFA15FE?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos*. Obtenido de https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/Ex-Summ-MEC-5/es/

- Organización Mundial de la Salud. (2018). Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. *Organización Mundial de la Salud Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas*.
- Organización Mundial de la Salud. (29 de Septiembre de 2019a). *Salud reproductiva*. Obtenido de https://www.who.int/topics/reproductive_health/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2019b). *Recomendaciones de la OMS sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes* . Obtenido de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312341/9789243514604-spa.pdf?ua=1>
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *La gran disparidad en el acceso a métodos anticonceptivos refleja inequidades sociales en los países de América Latina y el Caribe*. Obtenido de https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=546:la-gran-disparidad-en-el-acceso-a-metodos-anticonceptivos-refleja-inequidades-sociales-en-los-paises-de-america-latina-y-el-caribe-2&Itemid=215&lang=es
- Ponce, F. (2012). *Rol social del Estado*. Obtenido de <https://www.reeditor.com/columna/4109/27/sociologia/rol/social/estado>
- Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. (2 de Octubre de 2019). *ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VARONES*. Obtenido de Vasectomía: http://www.ossyr.org.ar/PDFs/2008_Guia_contracepcion_quirur_varones.pdf
- Provenzano, B., & Chera, S. (2015). *Métodos anticonceptivos - Guía para profesionales de la salud*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.
- Ramos, M. (2006). La salud sexual y la salud reproductiva desde la perspectiva de género. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 23(3), 201-220. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342006000300010&script=sci_abstract
- Rivas, A. (2019). *Análisis Cualitativo y Representaciones Sociales. Pautas para su desarrollo. Presentación Power Point*. Pontificia Universidad Católica. Recuperado el diciembre de 2019
- Rojas, J., Chávez-Castillo, M., Olivar, L., Calvo, M., Mejías, J., & Rojas, M. (2015). Physiologic Course of Female Reproductive Function: A Molecular Look into the Prologue of Life. *Journal of Pregnancy*. Obtenido de <https://www.hindawi.com/journals/jp/2015/715735/>

- Sánchez-Molano, S. M. (2019). Vasectomías en Colombia: ¿cómo adaptar los servicios de salud a las necesidades de los hombres? *scielo*.
- Soriano, H., Rodenas, L., & Moreno, D. (2010). Criterios de Elegibilidad de Métodos Anticonceptivos. Nuevas Recomendaciones. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 3(3). Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2010000300009
- Torrealba-Burrial, A. (2009). *Teoría de la evolución y sociedad: 150 años y una nota de atención*. (J. Barriobuena, Ed.) Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/261133061_Teoría_de_la_evolucion_y_sociedad_150_anos_y_una_nota_de_atencion
- Verschuren, J., Enzlin, P., Dijkstra, P., Geertzen, J., & Dekker, R. (2010). Chronic disease and sexuality: a generic conceptual framework. *Journal of sex research*, 47(2), 153-70. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20358458>
- Viera, A. J. (2017). Vasectomía. *uptodate*.
- Vigoya, M. V. (2014). Sexualidad, Salud y Sociedad. *REVISTA LATINOAMERICANA*.
- Xavier, P. N. (2018). BARRERAS PARA LA VASECTOMÍA COMO MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LOS VARONES DE 18 A 55 AÑOS DE EDAD DE LAS COOPERATIVAS DE TAXIS DEL CANTÓN TENA. *UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO*.
- Zegarra, T. (2011). *Mitos y métodos anticonceptivos* (1era ed.). Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos PROMSEX. Obtenido de http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D337.pdf
- Zini, A. (2016). CUA guideline: Vasectomy. *GUIDELINE*.

ANEXOS



ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INFORMANTES PARTICIPANTES ADULTOS

La presente investigación es conducida por: DR. GABRIEL ALBERTO MOLINA CEVALLOS. El propósito de esta ficha de consentimiento informado es proveer a los participantes en esta investigación una clara explicación del proceso que se realizará, así como el papel que usted desempeñará en ella.

A través del presente instrumento se pretende:

1. **Identificar las barreras y las facilidades** para realizarse la vasectomía como método de planificación familiar en las parejas de las pacientes multíparas que acudieron al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora de Quito
2. **Describir factores socioeconómicos y culturales que limitan a la vasectomía** como alternativa de planificación familiar en las parejas de las pacientes multíparas que acudieron al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora de Quito
3. **Describir y analizar el nivel de conocimiento y la visión que tienen las parejas** de las pacientes multíparas que acudieron al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora de Quito sobre la vasectomía como método de planificación familiar.

Si usted accede a participar en este estudio se le pedirá una entrevista la misma que será grabada en formato de voz. **El tiempo que le tomará es de aproximadamente 25 minutos entre usted y su pareja.**

La participación en este proyecto de investigación es estrictamente voluntaria. Le garantizamos la confidencialidad de la información obtenida, la misma que será usada ***únicamente*** para los fines de investigación y no implica la divulgación de su identidad en ningún caso.

Si tiene alguna duda sobre este **proyecto puede hacer preguntas en todo momento que así lo desee.**

De igual manera puede retirarse de la investigación en cualquier momento de la entrevista sin que esto tenga ninguna implicación que lo perjudique.

Agradecemos su colaboración.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación. He sido oportunamente informado (a) que el objetivo de este estudio es estrictamente académico.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación no será usada para ningún otro propósito que no sea el del estudio, sin mi previo consentimiento.

He sido informado (a) que puedo hacer preguntas en cualquier momento y que puedo retirarme de la investigación el momento que considere que deba hacerlo, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Nombre y Firma del Participante

Nombre y Firma de su Pareja

Fecha _____ Día/mes/año

Datos del Investigador:

Gabriel Alberto Molina Cevallos, Doctor En Medicina.

Dirección de Domicilio: Conjunto Limonar 1 Lote 80 Lumbisí - Cumbayá.

Teléfono Celular: 099-252-6943

Teléfono Convencional: 023-80-6341

Email: gabrielmolinacevallos@gmail.com / gabrielmolinacevallos1@gmail.com



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador

ANEXO 2. ENTREVISTA PARA LA OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN



Pontífice Universidad Católica del Ecuador

Postgrado de Ginecología y Obstetricia

Representaciones sociales sobre la vasectomía en parejas de pacientes multíparas que acudieron al Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora en el año 2019. Quito – Ecuador

Esta investigación es realizada por el *Md Gabriel Alberto Molina Cevallos*, estudiante del Postgrado de Ginecología y Obstetricia de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. El propósito de este estudio es describir y analizar el nivel de conocimiento y la visión que tienen las parejas que acudieron al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora de Quito sobre la vasectomía como método de planificación familiar. Identificar las barreras y las facilidades para acceder a la vasectomía como método de planificación familiar definitivo. Y describir factores socioeconómicos, culturales y étnicos que influyen en la toma de decisiones para acceder a la vasectomía como una alternativa de planificación familiar.

A continuación, realizaré esta entrevista, la cuál será grabada digitalmente, para conocer lo anteriormente descrito. La información que proporcione será confidencial y de mucha utilidad para la investigación.

Muchas gracias.

Si desea más información puede comunicarse en cualquier momento con:

Datos del Investigador:

Gabriel Alberto Molina Cevallos, Doctor En Medicina.

Dirección de Domicilio: Conjunto Limonar 1 Lote 80 Lumbisí - Cumbayá.

Teléfono Celular: 099-252-6943

Teléfono Convencional: 023-80-6341

Email: gabrielmolinacevallos@gmail.com / gabrielmolinacevallos1@gmail.com

Ficha Socio demográfica

Edad	Etnia	Ocupación
Sexo	Lugar de Nacimiento	Instrucción
Número de Hijos	Lugar de residencia	
Condición Socioeconómica	Religión	

Entrevista Semiestructurada:

Preguntas a la Pareja en Conjunto

1. ¿Qué conocen sobre la vasectomía?
2. ¿Por qué sería importante conocer sobre la vasectomía?
3. ¿Qué miedos surgirían en ustedes si se les propone realizarse la vasectomía como método de planificación definitivo?
4. ¿Cuáles serían las ventajas para ustedes como pareja de realizarse la vasectomía?
5. ¿Qué opina su religión y creencias de realizarse la vasectomía como un método de planificación familiar?
6. ¿Qué facilidades en general les gustaría tener para acceder a la vasectomía?
7. ¿Qué le han dicho que les pasa a aquellos pacientes que se hacen la vasectomía?
8. ¿Cuál sería el momento oportuno para ustedes como pareja decidirse por utilizar un método de planificación familiar definitiva?
9. ¿Cómo se sentirían en el aspecto económico, y social si es que conocieran que la vasectomía es un método más barato y sencillo que la ligadura?
10. ¿Cuál sería el motivo por el que usarían o no, este método anticonceptivo?

Preguntas al Esposo

1. ¿Cómo se siente al respecto a la posibilidad de que usted use un método de planificación definitiva y no su pareja?
2. ¿Conoce usted donde se realiza una Vasectomía y qué tipo de especialista la realiza?
3. ¿Qué piensa qué sucedería respecto a su sexualidad si se hace la vasectomía?
4. ¿Qué piensa qué sucedería con respecto a su carácter si se hace la vasectomía?
5. ¿Cómo cree que sería visto por sus amigos y conocidos si se realiza la vasectomía?
6. ¿Cómo se sentiría si su esposo se realiza la vasectomía?
7. ¿Por qué desearía optar por la vasectomía antes que por la ligadura?
8. ¿Por qué desearía optar por la ligadura antes que por la vasectomía?
9. ¿Cuál sería su temor de someterse a la vasectomía?
10. ¿Cómo se sentiría si es que su esposa le pidiera que usted se realice la vasectomía para poder controlar el número de hijos que tienen?

Preguntas a la Esposa

1. ¿Cómo se siente al respecto a la posibilidad de que su esposo use un método de planificación definitiva y no su pareja?
2. ¿Conoce usted donde se realiza una Vasectomía y qué tipo de especialista la realiza?
3. ¿Qué piensa qué sucedería respecto a su sexualidad si su esposo se hace la vasectomía?
4. ¿Qué piensa qué sucedería con respecto al carácter de su esposo si se hace la vasectomía?
5. ¿Cómo cree que sería visto por sus amigas y conocidas si se realiza la vasectomía?
6. ¿Cómo se sentiría si su esposo se realiza la vasectomía?
7. ¿Por qué desearía optar por la vasectomía antes que por la ligadura?

8. ¿Por qué desearía optar por la ligadura antes que por la vasectomía?
9. ¿Cuál sería su temor si su esposo decide someterse a la vasectomía?
10. ¿Cree usted que su pareja se realizaría la Vasectomía como método definitivo de planificación familiar? ¿Si o No? ¿Y Por qué?