

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**CARRERA DE MEDICINA**

“CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES PERCIBIDOS POR PARTE DE LOS ESTUDIANTES DE SÉPTIMO Y DÉCIMO SEMESTRE DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA ACERCA DE LA VASECTOMÍA COMO MÉTODO ANTICONCEPTIVO DURANTE UN PERIODO DE 4 MESES “.

Disertación previa a la obtención del título de médico

**Ivonne Elizabeth Quispe Guanoluisa**

Director: Dr. Héctor Montalvo

Quito, Ecuador

2024

## **DEDICATORIA**

Este logro es el resultado de un arduo camino, lleno de desafíos y sacrificios. En cada paso de esta trayectoria, he contado con la paciencia y el amor incondicional de mi familia, a quienes dedico este trabajo con el más profundo y sincero agradecimiento y cariño.

A mi padre, José Quispe, su perspicacia y tenacidad me han inculcado la importancia del esfuerzo constante y la persistencia. Tu ejemplo de fortaleza y sabiduría han sido una fuente de inspiración para mi vida. Te agradezco por tus palabras de aliento, por depositar tu confianza en mí, especialmente durante los momentos más complicados, y por ser mi guía.

A mi madre, Rosa Guanoluisa, con su sacrificio y amor incondicional me han permitido cumplir mis sueños. Eres la base, motivación y luz que ha iluminado mis pasos. Agradezco por tu apoyo constante y por cada gesto de amor que ha hecho posible alcanzar este logro.

A mis hermanos, David, Oscar y Andrés, por ser mis compañeros de aventuras. Gracias por recorrer esta etapa junto a mí, por compartir mi felicidad y consolarme en mis tristezas. Cada uno de ustedes ha cumplido un rol fundamental en mi formación académica y personal. Su confianza en mí me ha dado la fuerza para seguir adelante.

Este logro es compartido, pues cada uno de ustedes ha contribuido de una forma especial. Es por ello que les agradezco por ser mi refugio y por hacerme sentir que, con ustedes junto a mí lado, no hay sueño inalcanzable.

## AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Dios, por ser mi fuerza y mi sustento. Su presencia en mi vida me ha permitido superar los desafíos y me ha dado firmeza para cumplir mi propósito.

A José Quispe, le agradezco por ser mi inspiración y modelo para seguir, por enseñarme el valor de la dedicación y el trabajo duro. A Rosa Guanoluisa, gracias por tu cuidado, amor incomparable, enseñanzas y trabajo duro durante toda tu vida, que ha sido un ejemplo y la base de mis logros.

A mis hermanos, David, por ser un ejemplo de disciplina que me han inspirado a dar lo mejor de mí. A Oscar, tu compañía y tus palabras de aliento han sido esenciales en los momentos difíciles. Gracias por ser mi cable de conexión a tierra cuando las cosas se complican. A Andrés, mi confidente, gracias por tu lealtad, cariño incondicional y tus consejos que me motivan a ser mejor.

A Stephanie, gracias por compartir mis alegrías y mis tristezas, tu amistad incondicional me ha permitido encontrar una fuente de esperanza en los días grises. Me has enseñado que incluso en esos días se puede encontrar felicidad y aprendizaje. A los amigos que la universidad y el internado me permitió conocer, gracias por su apoyo invaluable y su cariño, su amistad es un tesoro que valoro profundamente.

A mi tutor de tesis, el Dr. Héctor Montalvo, le agradezco por su guía y compromiso en este proyecto de investigación. Gracias por confiar en mis capacidades durante este proceso. Su orientación ha sido crucial para la culminación de esta tesis.

## ÍNDICE

DEDICATORIA .....	ii
AGRADECIMIENTO .....	iii
RESUMEN .....	ix
ABSTRACT.....	xii
CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO .....	3
2.1    GENERALIDADES .....	3
2.1.1    Antecedente Internacional .....	3
2.1.2    Situación de los derechos sexuales y reproductivos en el Ecuador .....	4
2.1.3    Planificación familiar.....	6
2.1.4    Rol del hombre en la planificación familiar. ....	7
2.1.5    Cultura y fecundidad.....	8
2.2    Métodos Anticonceptivos .....	10
2.2.1    Clasificación .....	10
2.2.1.1    Tipos para mujeres.....	10
2.2.1.2    Tipos para hombres.....	20
2.3    Vasectomía.....	23
2.3.1    Situación de Vasectomía a nivel mundial .....	23
2.3.2    Promoción de la vasectomía en el Ecuador .....	25

2.3.3	¿Qué es la vasectomía? .....	26
2.3.4	Historia.....	26
2.3.5	Indicaciones para realizarse la vasectomía .....	30
2.3.6	Contraindicaciones.....	31
2.3.6.1	Relativas.....	31
2.3.7	Preoperatorio.....	31
2.3.8	Procedimiento Quirúrgico.....	32
2.3.9	Técnicas Quirúrgicas .....	33
2.3.9.1	Convencional .....	33
2.3.9.2	Sín Bisturí .....	33
2.3.10	Realización del procedimiento.....	35
2.3.11	Postoperatorio .....	36
2.3.12	Eficacia .....	37
2.3.13	Falla del método.....	38
2.3.14	Complicaciones.....	38
2.3.15	Comorbilidades.....	39
2.3.16	Reversibilidad .....	41
2.3.17	Costos.....	42
2.4	Actitudes y creencias acerca de la vasectomía .....	42
2.4.1	Perspectiva de los hombres.....	42

2.4.2	Perspectiva de las mujeres .....	49
CAPÍTULO III PROBLEMA Y OBJETIVOS.....		54
3.1	JUSTIFICACIÓN .....	54
3.2	PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	56
3.3	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	58
3.4	OBJETIVOS .....	58
3.5	HIPOTESIS.....	59
CAPÍTULO V METODOLOGÍA .....		59
4.1	TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO.....	59
4.2	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	60
4.3	POBLACIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA .....	66
4.4	CRITERIOS DE SELeCCIÓN .....	67
4.4.1	CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	67
4.4.2	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN .....	67
4.5	RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	67
4.6	ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	69
4.7	ASPECTOS BIOÉTICOS .....	69
CAPÍTULO V RESULTADOS .....		71
CAPÍTULO VI DISCUSIÓN .....		116
6.1	CONOCIMIENTOS.....	119

6.2	ACTITUDES .....	124
	CAPÍTULO VII CONCLUSIONES.....	136
	CAPÍTULO VIII RECOMENDACIONES .....	137
	BIBLIOGRAFÍA .....	139
	ANEXOS .....	149

**LISTA DE FIGURAS**

Figura 1.....	71
Figura 2.....	72
Figura 3.....	73
Figura 4.....	74
Figura 5.....	75
Figura 6.....	76
Figura 7.....	77
Figura 8.....	78
Figura 9.....	79
Figura 10.....	80
Figura 11.....	81
Figura 12.....	82
Figura 13.....	83
Figura 14.....	84
Figura 15.....	85
Figura 16.....	86
Figura 17.....	87
Figura 18.....	88
Figura 19.....	89
Figura 20.....	90
Figura 21.....	91

Figura 22.....	92
Figura 23.....	93
Figura 24.....	94
Figura 25.....	95
Figura 26.....	96
Figura 27.....	97
Figura 28.....	98
Figura 29.....	99
Figura 30.....	100
Figura 31.....	101
Figura 32.....	102
Figura 33.....	103
Figura 34.....	104
Figura 35.....	105
Figura 36.....	106
Figura 37.....	107
Figura 38.....	108
Figura 39.....	109
Figura 40.....	110
Figura 41.....	111
Figura 42.....	112
Figura 43.....	113
Figura 44.....	114
Figura 45.....	115

## **RESUMEN**

### **Introducción**

La vasectomía es una intervención segura y eficaz que consiste en cortar los conductos deferentes para interrumpir el paso de los espermatozoides e impedir que éstos sean expulsados por medio de la eyaculación. El Ecuador ocupa el tercer lugar dentro de los países en América Latina que emplean la vasectomía como método anticonceptivo. De acuerdo con estudios del INEC, el 33% de mujeres se inclinan por la ligadura tubárica y solo el 0,3% por la esterilización masculina. Esto ocurre debido a diversas creencias y actitudes negativas que influye en la decisión de acceder a la vasectomía, siendo el miedo y la vergüenza las razones principales. En una sociedad machista, la vasectomía es vista como un procedimiento que hará menos hombre a quien acceda a realizarse. Asimismo, en cuanto a la virilidad, creen que habrá una disminución de la libido sexual, disfunción eréctil e incluso dolor. De modo que, el nivel de educación de los estudiantes contribuirá con promoción de la vasectomía y la participación de los hombres en la planificación familiar.

### **Objetivos**

Determinar el nivel de conocimiento, las percepciones, barreras y actitudes que tienen los estudiantes de décimo semestre de la PUCE acerca de la vasectomía como método anticonceptivo.

### **Métodos**

El tipo de diseño de la investigación es descriptivo con un enfoque mixto y un abordaje fenomenológico. El estudio se realizará en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, donde el universo son los estudiantes de la facultad de medicina y la población de interés a estudiar serán los alumnos que estén cursando el séptimo y décimo semestre de la carrera de medicina,

que son aproximadamente 240 personas. Después, se aplica una fórmula para calcular el tamaño muestral de una población finita, donde se obtuvieron 148 participantes, que se elegirán mediante un muestro aleatorio simple. Los estudiantes que formarán parte del estudio serán hombres y mujeres que acepten participar de forma voluntaria. Por otro lado, los datos serán recopilados mediante una fuente de información primaria, utilizando un cuestionario con preguntas cerradas realizado con Google Forms. El software que se implementará para analizar los resultados obtenidos del estudio será el paquete estadístico SPSS versión 27.

## **Resultados**

Los resultados del estudio sugieren que hay una necesidad imperiosa de mejorar los conocimientos y actitudes hacia la vasectomía como método anticonceptivo entre los estudiantes de medicina. La promoción de la vasectomía debería enfocarse en derribar mitos y proporcionar información basada en evidencia sobre su seguridad y efectividad, especialmente considerando que una gran proporción de los estudiantes aún no ha formado familias y podría beneficiarse de una planificación familiar informada y eficaz.

## **Conclusiones**

Los conocimientos y actitudes de los estudiantes de medicina hacia la vasectomía están influenciados por varios factores demográficos y culturales. La baja proporción de estudiantes con hijos y la predominancia de mestizos y católicos indican que hay una mezcla de factores personales y culturales que afectan la percepción de la vasectomía. Es fundamental que las estrategias educativas y de sensibilización aborden estos factores específicos para mejorar la aceptación y el conocimiento sobre la vasectomía como una opción válida y efectiva para la planificación familiar. Además, se deben considerar las diferencias entre zonas urbanas y rurales para asegurar un acceso equitativo a la información y los servicios de salud reproductiva.

**Palabras clave**

Métodos anticonceptivos, factores psicosociales, servicios de planificación familiar, vasectomía, estudiantes de medicina.

## **ABSTRACT**

### **Introduction**

Vasectomy is a safe and effective procedure that involves cutting the vas deferens to block the passage of sperm and prevent them from being expelled during ejaculation. Ecuador ranks third among Latin American countries in the use of vasectomy as a contraceptive method. According to INEC studies, 33% of women prefer tubal ligation, whereas only 0.3% opt for male sterilization. This discrepancy is due to various negative beliefs and attitudes influencing the decision to undergo a vasectomy, with fear and shame being the primary reasons. In a patriarchal society, vasectomy is perceived as a procedure that diminishes a man's masculinity. Additionally, there are concerns about virility, including reduced sexual libido, erectile dysfunction, and even pain. Therefore, the education level of students will contribute to the promotion of vasectomy and male participation in family planning.

### **Objectives**

To determine the level of knowledge, perceptions, barriers, and attitudes of tenth-semester PUCE students regarding vasectomy as a contraceptive method.

### **Methods**

This research employs a descriptive design with a mixed-methods approach and a phenomenological framework. The study will be conducted at the Pontifical Catholic University of Ecuador, targeting medical faculty students, specifically those in their seventh and tenth semesters, approximately 240 individuals. A formula for calculating the sample size of a finite population will be applied, resulting in 148 participants selected through simple random sampling. Both male and female students who voluntarily agree to participate will be included. Data will be collected from a primary information source using a closed-ended questionnaire

administered via Google Forms. The results will be analyzed using SPSS version 27 statistical software.

## **Results**

The study results indicate an urgent need to improve knowledge and attitudes towards vasectomy as a contraceptive method among medical students. Promotion efforts should focus on dispelling myths and providing evidence-based information regarding the safety and effectiveness of vasectomy. This is especially crucial considering that a significant proportion of the students have not yet started families and could benefit from informed and effective family planning.

## **Conclusions**

The knowledge and attitudes of medical students towards vasectomy are influenced by various demographic and cultural factors. The low proportion of students with children and the predominance of mestizo and Catholic backgrounds suggest a mix of personal and cultural influences affecting the perception of vasectomy. Educational and awareness strategies must address these specific factors to improve acceptance and knowledge about vasectomy as a valid and effective family planning option. Additionally, differences between urban and rural areas should be considered to ensure equitable access to reproductive health information and services.

## **Keywords**

Contraceptive methods, psychosocial factors, family planning services, vasectomy, medical student.

## CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN

La vasectomía es una intervención quirúrgica considerada un método anticonceptivo seguro y eficaz que implica la sección y ligadura de los conductos deferentes para impedir el paso de los espermatozoides y, por lo tanto, evitar la fecundación durante la eyaculación (Viera Anthony, 2021). A pesar de su eficacia y seguridad, su adopción en América Latina, incluido Ecuador, sigue siendo limitada, predominando la ligadura tubárica entre las opciones de esterilización.

En Ecuador, las estadísticas revelan una baja aceptación de la vasectomía como método anticonceptivo. Según estudios del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, solo el 0,3% de las mujeres eligen la esterilización masculina, en contraste con el 33% que optan por la ligadura tubárica (Vergara, 2017). Esta diferencia en la aceptación puede explicarse por un conjunto de percepciones y posturas desfavorables hacia la vasectomía. Estas incluyen temores y sentimientos de pudor, que están profundamente arraigados en el contexto sociocultural y en conceptos erróneos sobre lo que significa ser hombre y la potencia sexual masculina.

En este escenario, es fundamental considerar cómo los futuros médicos perciben y se posicionan frente a la vasectomía. El grado de comprensión y las opiniones de los estudiantes de medicina sobre este procedimiento son cruciales, ya que pueden tener un impacto significativo en cómo se promueve y se acepta este método anticonceptivo en la sociedad.

La formación médica es clave para desmitificar y proporcionar información precisa y científicamente respaldada sobre la vasectomía. Este enfoque educativo puede ser instrumental para lograr una distribución más equilibrada de las responsabilidades en planificación familiar entre ambos sexos.

Esta investigación se propone evaluar el grado de conocimiento, las percepciones, los obstáculos y las actitudes hacia la vasectomía como método anticonceptivo entre los estudiantes de medicina de séptimo y décimo semestre en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE). El estudio pretende identificar las áreas de información y las resistencias existentes, con el fin de establecer una base sólida para desarrollar estrategias educativas efectivas. Las mismas que estarán orientadas a aumentar la aceptación y el uso de la vasectomía, contribuyendo así a una planificación familiar más equilibrada y consciente.

## CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

### 2.1 GENERALIDADES

#### 2.1.1 *Antecedente Internacional*

En Ginebra, en el año 1974, la Organización Mundial de la Salud se reunió con un grupo de expertos en sexualidad para tratar el tema de: Capacitación y Tratamiento en cuestiones de sexualidad humana. En dicha reunión se trataron puntos acerca del papel de la sexología en los programas de salud, programas de enseñanza y tratamiento en la sexualidad, modelos de atención y consejería para diferentes contextos socioculturales, entre otros. Dentro del informe final se definió por primera vez a la salud sexual, como la relación positiva y enriquecedora entre los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser humano que permitan potenciar la personalidad, la comunicación y el amor a través del placer (Organización Mundial de la Salud, 2018; Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud, 2000).

Años más tarde, La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) en 1994, estableció que la salud reproductiva es un estado de bienestar físico, mental y social, no únicamente la ausencia de enfermedades. En el que el individuo tiene la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos junto con la libertad para decidir la frecuencia y el momento de la vida para procrear (Organización Mundial de la Salud, 2018). Además, mediante el programa de acción de la CIPD, se reconoció el rol del hombre en la sexualidad y salud reproductiva. De esta manera, se promovió y alentó al hombre a ser responsable con su comportamiento sexual, planificación familiar junto con la prevención de embarazos no deseados, paternidad y labores domésticas con la ayuda de la información, educación y leyes de

empleo (Meneses Angy & Cristancho Sandra, 2019; Organización de las Naciones Unidas, 2014; Prieto-Campos et al., 2022).

En el 2004, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la estrategia mundial de salud reproductiva de la OMS que estableció cinco aspectos acerca de la salud sexual y reproductiva, siendo el principal objetivo el promover la salud sexual. La OMS, en el 2006 publicó la definición de salud sexual, sexo, sexualidad y derechos sexuales. Más tarde, en 2010, definieron los cinco factores que influyen en la salud sexual:

1. La legislación, las políticas y los derechos humanos
2. La educación
3. La sociedad y la cultura
4. La economía
5. Los sistemas de salud.

En el 2015, la OMS difundió un informe sobre la salud sexual, los derechos humanos y la legislación con el fin de mejorar la salud sexual mediante la armonización de las leyes y políticas a nivel nacional e internacional. En septiembre del mismo año, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó los objetivos de Desarrollo Sostenible que garantizará y promoverá el bienestar para todos en todas las edades a nivel mundial. La meta establecida permitirá el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, en el 2030 (Organización Mundial de la Salud, 2018).

### ***2.1.2 Situación de los derechos sexuales y reproductivos en el Ecuador***

La salud es un derecho irrevocable en el que intervienen determinantes sociales, culturales, económicos y políticos. De acuerdo con lo establecido en la Constitución de la

República del Ecuador en el 2008, el estado es responsable de instaurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva para garantizar la salud integral y la vida de las mujeres. Asimismo, en base al artículo. 358 y 359, el sistema de salud asegurará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles a través de la inclusión y equidad social promoviendo la participación ciudadana (Constitución de la Republica del Ecuador, 2008).

Para ello, se creó el “Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 – 2021”, que tiene como objetivo lograr la inclusión, igualdad y el respeto de los derechos humanos considerando la diversidad etaria, étnica, cultural, sexo y género (Vergara, 2017).

En el Ecuador, el acceso a la salud, los derechos sexuales y reproductivos se ven afectadas por las inequidades económicas, sociales, de género y étnicas. Como muestra de lo mencionado, existe un desequilibrio entre la tasa de fecundidad global (TGF) según el área geográficas de residencia. En el 2018, Morona Santiago tuvo una tasa global de fecundidad del 3,7% en mujeres entre los 15 y los 49 años. En el año 2021, la provincia de Orellana tuvo 21,6 nacidos vivos y Pichincha contó con 10,5 recién nacidos vivos por cada 1.000 habitantes (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2018b).

Según el nivel de instrucción de la madre, la TGF en las mujeres sin instrucción fue de 4.4 y de 2.1 en las madres que tienen un nivel de educación superior. Según el nivel socioeconómico, el número de hijos en las familias de escasos recursos es de 4, sin embargo, en los hogares de clase social alta fue de 2 hijos (Vergara, 2017).

El Ecuador es el tercer país de América Latina con la tasa más alta de embarazos en adolescentes de 10 a 19 años. Según los datos del INEC 2018, la edad promedio de la primera relación sexual en los hombres entre los 12 y 24 años fue a los 16, donde el 53,8% de hombres

utilizó anticoncepción. En las mujeres, con los mismos rangos de edad, fue a los 18 años, y el 43,7% utilizó un método anticonceptivo (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2018a).

De igual forma, la probabilidad de acceder y conocer acerca de los métodos anticonceptivos depende del nivel educativo y la edad, aquellas mujeres con nivel de instrucción superior presentan un 99,2% de conocimiento sobre la planificación familiar. De acuerdo con la edad, porcentaje es menor con un 88,1% en el grupo de 15 a 24 años (Andrade et al., 2008). Por este motivo, las enfermedades de transmisión sexual se han incrementado (Vergara, 2017).

Asimismo, la salud sexual y salud reproductiva en personas con discapacidad es limitada puesto se tiende a infantilizarlos o creer que son seres asexuales. Además, existen barreras con los espacios físicos, actitudes negativas hacia la población y políticas que dificultan el acceso a los sistemas de salud. En el país existen un total de 471,205 personas con discapacidad, entre ellas 206.714 son mujeres, 264.463 son hombres y 28 pertenecen a la comunidad LGTBI (Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades, 2022).

### ***2.1.3 Planificación familiar***

En 1968, en la primera Conferencia Internacional sobre Derechos Humanos, la planificación familiar fue considerada un derecho humano que permita concientizar a las personas acerca de la posibilidad de elegir el número de hijos que desea o no tener, el momento adecuado para convertirse en padres, el intervalo entre cada nacimiento, la libertad de opinión y expresión acerca de la sexualidad. La planificación familiar abarca temas sobre la educación sexual, prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, asesorías antes de la concepción, embarazo, parto y posparto a través del acceso a los métodos anticonceptivos y tratamientos de reproducción asistida (Organización de las Naciones Unidas, 2014).

#### **2.1.4 Rol del hombre en la planificación familiar.**

Pese a que la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo promovió la equidad de género en el ámbito familiar, reproductivo y comunitario, la realidad en la que nos encontramos refleja la escasa conciencia y ausente participación de los hombres en la reproducción y sexualidad. Los servicios de salud están dirigidos, en su mayoría, a atender los requerimientos de las mujeres sin considerar la consejería e información a sus parejas. Esto ha repercutido en el incremento de las percepciones negativas y desinterés en los hombres debido a que cumplen el rol de acompañantes y no de protagonistas (Aspilcueta-Gho, 2013; Vilma et al., 2016; Wilson et al., 2018).

Acercas de la asistencia a la consulta ginecológica, el 58% de los hombres no suelen acompañar a sus parejas por diversas razones como: falta de tiempo por horario laboral, las consultas de anticoncepción son únicamente para mujeres, desmotivación y desconocimiento de la importancia de la planificación familiar. El 30,8 % expresó que asistían a la consulta por compromiso y el 12,0 % por obligación. Mientras que, únicamente el 2,6 % mencionó que participaba por voluntad propia (Vilma et al., 2016).

Por otra parte, a los hombres se les ha excluido de las encuestas sobre salud sexual y reproductiva, por lo que se ha creado una barrera social. Esto se ve apoyado con la escasa literatura y menor desarrollo de los métodos anticonceptivos masculinos. De acuerdo con la OMS, existen 21 métodos anticonceptivos, de los cuales solo 3 están dirigidos a los hombres: vasectomía, condón y coito interrumpido (Sánchez Sandra et al., 2019).

A pesar del desarrollo de medidas que permiten el acceso a beneficios y oportunidades para contrarrestar las desigualdades de género, en nuestra sociedad el sexismo está

profundamente consolidado en la educación de los niños y los jóvenes (Aspilcueta-Gho, 2013; Vilma et al., 2016; Wilson et al., 2018). Esta problemática ha ocurrido desde la antigüedad cuando el hombre era el que tomaba las decisiones y la mujer se encargaba de procrear y criar a sus hijos (Sánchez Sandra et al., 2019). En el siglo XIV, el coito interrumpido era el principal método de planificación familiar empleado por los hombres. Sin embargo, era considerado una práctica inmoral asociada con la promiscuidad y prostitución (Aspilcueta-Gho, 2013).

A raíz de esto, la tasa de natalidad ha incrementado junto con los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual (Aspilcueta-Gho, 2013). Como indicó España en su estudio sobre el conocimiento participación de los hombres en la prevención de los embarazos, 24 % de los hombres universitarios, de las carreras de ingenierías, no tienen conocimientos acerca de la planificación familiar. El 10%, no usa ningún método anticonceptivo dado que consideran que no es para hombres. De la población total, el 50% afirmó que el lugar donde recibieron información sobre planificación familiar fue en las escuelas (España et al., 2019).

### ***2.1.5 Cultura y fecundidad***

La cultura interviene en la ideología acerca de las prácticas sexuales y la fertilidad. Las creencias y los tabúes impiden que las personas hablen sobre la sexualidad, sexo y reproducción. Bronislaw Malinowski fue quién escribió por primera vez, en el año 1929, acerca de las técnicas sexuales, magia amorosa, sueños eróticos, entre otros. No obstante, debido al auge de las enfermedades de transmisión sexual, en la actualidad el estudio de la relación de la cultura y la sexualidad se ha ido abordando con mayor profundidad (Miller, 2016).

Una hipótesis común es que la alta tasa de natalidad depende de la frecuencia de las relaciones sexuales, la misma que varía dependiendo de cada cultura. Por ejemplo, los hindúes

tienen intimidad 2 veces por semana, mientras que los americanos tienen de 2 a 3 veces. Esta diferencia ocurre debido a la influencia de la religión, dado que el hinduismo fomenta la abstinencia, y la creencia del complejo del semen perdido, puesto que los varones hindúes creen que por cada orgasmo la cantidad y calidad del semen se altera. En base a esto, la India debería tener una baja natalidad, sin embargo, es mayor en comparación a otras partes del mundo (Miller, 2016).

Desde años atrás, se han desarrollado métodos directos e indirectos para la mujer con el fin de controlar la natalidad. Dentro de los directos están: las hierbas y píldoras que usaban las comadronas o los herbolarios. Por otro lado, los largos periodos de lactancia se ubican dentro de los métodos indirectos. En Afganistán, el 72% del total de métodos directos se empleaba para aumentar la natalidad, 22% contraceptivo y el 6% para provocar un aborto. Los métodos para desencadenar un aborto consistían realizar actividades que ponían en riesgo el embarazo como: dar golpes en el vientre, saltar desde lugares elevados, trabajo duro, no ingerir alimentos, introducir objetos y sustancias para causar una hemorragia y posterior a esto un aborto (Miller, 2016).

El papel que desempeña el hombre dentro de la paternidad es menos destacado que el de la madre. Una vez que nace el niño, la sociedad ha establecido que el cuidado de los bebés es predominante responsabilidad de las mujeres. Pero a pesar de lo mencionado, en la zona aka de la república centroafricana, los hombres aka, son padres afectuosos y amables encargados del cuidado de los niños. En esta región, no existe la violencia contra las mujeres, prevalece la igualdad de género y son un apoyo para sus parejas. Por esta razón, se ha determinado que la participación paterna varía transculturalmente (Miller, 2016).

## 2.2 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

La eficacia de cada método se determina por el número de embarazos habidos en un año por cada 100 mujeres. Se clasifican en:

Muy eficaces (entre 0 y 0,9 embarazos por cada 100 mujeres)

Eficaces (entre 1 y 9 embarazos por cada 100 mujeres)

Moderadamente eficaces (entre 10 y 19 embarazos por cada 100 mujeres)

Menos eficaces (20 o más embarazos por cada 100 mujeres).

### 2.2.1 Clasificación

#### 2.2.1.1 Tipos para mujeres

- *Anticonceptivos orales combinados (AOC)*

Los anticonceptivos orales combinados contienen progestina y estrógenos en una sola pastilla. Estos se clasifican en función de la concentración de estas hormonas y pueden ser monofásicos, bifásicos o trifásicos. Al inhibir la ovulación, espesar el moco cervical y alterar el revestimiento uterino, evitan que el óvulo fecundado se implante. Si se toman correctamente, los anticonceptivos orales combinados se consideran teóricamente muy eficaces, con una tasa de embarazo no deseado de menos de 1 por cada 100 usuarias en el primer año de uso (Vásquez & Ospino, 2020; World Health Organization & Johns Hopkins, 2022).

Incluso después de los 35 años, las mujeres sanas y sin historial de tabaquismo pueden seguir usando anticonceptivos orales combinados. Sin embargo, hay contraindicaciones para su uso en mujeres con enfermedades cardiovasculares preexistentes, predisposición a formar coágulos sanguíneos, obesidad severa, hipercolesterolemia, tumores hepáticos, adenoma

hepático, cirrosis grave del hígado y cáncer de mama (Vásquez & Ospino, 2020; World Health Organization & Johns Hopkins, 2022).

Los efectos secundarios de los anticonceptivos orales combinados incluyen náuseas, alteraciones en el estado de ánimo, sensibilidad en los senos y aumento de peso. Es importante destacar que cada mujer puede experimentar efectos secundarios de manera diferente, y es crucial consultar a un médico si se presentan efectos secundarios significativos. Además, es importante tener en cuenta que estos anticonceptivos no protegen contra enfermedades de transmisión sexual, por lo que se recomienda usar preservativos como forma adicional de protección (Vásquez & Ospino, 2020; World Health Organization & Johns Hopkins, 2022).

Los anticonceptivos orales combinados se toman una vez al día durante 21 días seguidos, seguidos de un descanso de 7 días para permitir que la menstruación ocurra. Para garantizar la eficacia de las píldoras, es fundamental tomarlas a la misma hora todos los días. Existe un protocolo específico que se debe seguir para reducir el riesgo de embarazo en caso de olvidar una pastilla. Además, es importante tener en cuenta las interacciones farmacológicas que pueden afectar la eficacia de los anticonceptivos orales, como cuando ciertos medicamentos interactúan con los anticonceptivos orales, lo que puede reducir su eficacia (Vásquez & Ospino, 2020; World Health Organization & Johns Hopkins, 2022).

- ***Píldoras con progestágeno solo***

Las píldoras con progestágeno solo, también conocidas como minipíldoras o anticonceptivos orales de progestágeno solo (AOP), son una forma de anticoncepción que contiene dosis bajas de progestágeno, sin estrógenos. Estas píldoras son ideales para mujeres que amamantan o que no pueden utilizar métodos anticonceptivos con estrógenos. Su mecanismo de

acción incluye el engrosamiento del moco cervical para bloquear la llegada de espermatozoides al óvulo y la distorsión del ciclo menstrual, lo que afecta la liberación de óvulos de los ovarios. La efectividad de las píldoras con progestágeno solo varía según la usuaria, siendo menos efectivas en mujeres que no amamantan, con aproximadamente 7 embarazos por cada 100 usuarias durante el primer año si se usan de manera habitual (World Health Organization & Johns Hopkins, 2022).

En cuanto a quién puede usarlas, las píldoras con progestágeno solo son adecuadas para mujeres que amamantan, así como para aquellas que no pueden tomar anticonceptivos con estrógenos debido a ciertas condiciones médicas. Sin embargo, existen contraindicaciones para su uso en mujeres con enfermedades cardiovasculares preexistentes, tendencia a formar coágulos sanguíneos, obesidad severa, tumores hepáticos, entre otras condiciones específicas. Es esencial consultar con un profesional de la salud para determinar la idoneidad de este método anticonceptivo (World Health Organization & Johns Hopkins, 2022).

En relación con los efectos secundarios, las píldoras con progestágeno solo pueden causar efectos como sangrado intermitente, cambios en el ciclo menstrual, sensibilidad en los senos, entre otros. Cada mujer puede experimentar estos efectos de manera diferente, por lo que es crucial comunicar cualquier síntoma adverso al médico. En términos de efectividad, cuando se toman diariamente a la misma hora, estas píldoras son altamente efectivas para prevenir el embarazo, especialmente en mujeres que amamantan. Es importante seguir las indicaciones de uso para garantizar su eficacia.

En cuanto a su uso, las píldoras con progestágeno solo deben tomarse todos los días a la misma hora para asegurar su efectividad. En caso de olvido de una pastilla, se deben seguir las

instrucciones específicas para minimizar el riesgo de embarazo. Estas píldoras son una opción anticonceptiva conveniente y segura, siempre y cuando se sigan las indicaciones de uso y se mantenga una comunicación abierta con el proveedor de atención médica para abordar cualquier inquietud o efecto secundario (World Health Organization & Johns Hopkins, 2022).

- ***Inyectables con progestágeno solo***

Los inyectables con progestágeno solo son una forma de anticoncepción que contiene una hormona similar a la progesterona natural producida en el cuerpo de la mujer. Estos inyectables se administran por vía intramuscular o subcutánea cada 2 a 3 meses y actúan principalmente impidiendo la ovulación y espesando el moco cervical para bloquear el paso de los espermatozoides (Rodríguez et al., 2003; World Health Organization & Johns Hopkins, 2022).

Pueden ser utilizados por mujeres sanas que desean evitar o espaciar sus embarazos, incluyendo mujeres mayores de 18 años y mujeres que amamantan a partir de las 6 semanas después del parto. Sin embargo, existen algunas contraindicaciones, como en mujeres con enfermedades cardiovasculares, tendencia a formar coágulos sanguíneos, tumores hepáticos, entre otras condiciones específicas (Rodríguez et al., 2003; World Health Organization & Johns Hopkins, 2022)

En cuanto a su efectividad, los inyectables con progestágeno solo tienen una tasa de fallo menor al 1% si se administran a tiempo, 96 de cada 100 mujeres no se quedarán embarazadas. Incluso algunos estudios indican que proporcionan protección eficaz rápidamente, en la mayoría de las mujeres a los 3 días después de la inyección. Además de su alta eficacia, ofrecen otras ventajas como privacidad, prevención a largo plazo reversible, no interferencia con el coito y no acumulación en el cuerpo, la fertilidad se recupera en 4 meses con el acetato de

medroxiprogesteron de depósito (AMPD) y 1 mes con el enantato de noretindrona (EN-NET)(Rodríguez et al., 2003; World Health Organization & Johns Hopkins, 2022).

Los efectos secundarios más comunes incluyen cambios en el patrón de sangrado menstrual, como sangrado irregular, manchado o amenorrea. Otros efectos pueden ser dolor de cabeza, mareos, aumento de peso, entre otros. Generalmente estos efectos son pasajeros y disminuyen gradualmente. Para su uso, la primera inyección se aplica entre el día 1 y 5 del ciclo menstrual, y luego cada 3 meses con la inyección de AMPD o cada 2 meses con la inyección EN-NET (Rodríguez et al., 2003; World Health Organization & Johns Hopkins, 2022).

- ***Inyectables mensuales o anticonceptivos inyectables combinados (AIC)***

Los inyectables combinados son una forma de anticoncepción que contiene dos hormonas, un progestágeno y un estrógeno, similares a las hormonas naturales progesterona y estrógeno presentes en el cuerpo de la mujer. También se les conoce como anticonceptivos inyectables combinados (AIC). Existen dos combinaciones principales: acetato de medroxiprogesteron (AMP) con cipionato de estradiol, y enantato de noretisterona (EN-NET) con valerato de estradiol. Estos inyectables actúan principalmente impidiendo la ovulación (World Health Organization & Johns Hopkins, 2022).

La eficacia de los inyectables combinados es alta, 97 de cada 100 usuarias no se quedarán embarazadas si se administran a tiempo cada mes, el tiempo para recuperar su fertilidad luego de suspender el anticonceptivo es de 5 meses. Acerca de los efectos secundarios, los más comunes incluyen cambios en el patrón de sangrado menstrual, como sangrado irregular o prolongado y amenorrea. Otros efectos pueden ser cefaleas, mareos, aumento de peso, entre otros.

Generalmente estos efectos son pasajeros y disminuyen gradualmente (World Health Organization & Johns Hopkins, 2022).

Pueden ser utilizados por mujeres sanas cualquiera que sea su edad, incluidas las adolescentes y las mujeres mayores de 40 años, si se han cursado un aborto, con anemia, VIH, varices, si fuma y tiene menos de 35 años, Sin embargo, existen algunas contraindicaciones, como en mujeres con enfermedades cardiovasculares, tendencia a formar coágulos sanguíneos, infección hepática, tumor hepático, hipertensión, diabetes de larga data con complicaciones, antecedentes de accidente cerebrovascular o infarto, cáncer de mama. Aunque se ha demostrado que existen menos riesgo en comparación con los anticonceptivos orales combinados (World Health Organization & Johns Hopkins, 2022).

Para su uso, la primera inyección se aplica en cualquier momento del mes, si ocurre durante los primeros 7 días de la menstruación no requiere un método adicional, caso contrario se lo debe implementar. En comparación con los inyectables de progestágeno solo, los inyectables combinados tienen menos efectos sobre la tensión arterial, la coagulación, el metabolismo lipídico y la función hepática a corto plazo (World Health Organization & Johns Hopkins, 2022).

- ***Implantes***

Los implantes anticonceptivos son dispositivos pequeños y flexibles que se insertan debajo de la piel del brazo y liberan progesterona para prevenir el embarazo. Existen diferentes tipos de implantes anticonceptivos: de etonogestrel con una duración de hasta 3 años, de levonorgestrel que puede durar hasta 5 años. Estos implantes son altamente efectivos al prevenir el embarazo al inhibir la ovulación, espesar el moco cervical y adelgazar el revestimiento del

útero, lo que dificulta la implantación del óvulo fecundado (World Health Organization & Johns Hopkins, 2022).

Los implantes anticonceptivos son adecuados para las mujeres en edad fértil que desean una anticoncepción reversible y a largo plazo. No obstante, pueden no ser adecuados para mujeres con ciertas condiciones médicas, como antecedentes de trombosis aguda o embolia pulmonar, sangrado vaginal sin causa aparente, enfermedad hepática grave, cáncer de mama, entre otras (World Health Organization & Johns Hopkins, 2022).

La efectividad refleja que usando este método ocurre menos de un embarazo en 1 de cada 100 mujeres. Sobre los efectos secundarios, los implantes pueden causar cambios en el patrón menstrual, como sangrado irregular o ausencia de menstruación, cefalea, acné que puede mejorar o empeorar, cambios de humor, variabilidad del peso y sensibilidad en los senos (World Health Organization & Johns Hopkins, 2022).

Para su uso, el implante debe colocarse por un profesional de la salud de forma ambulatoria, se inserta debajo de la piel de la cara interna del brazo no dominante, posterior a haber colocado anestesia para evitar que sienta dolor al insertar el implante (World Health Organization & Johns Hopkins, 2022).

- ***DIU***

**Cobre:** El dispositivo intrauterino de cobre es un pequeño armazón de plástico flexible con hilos de cobre enrollados alrededor. Su mecanismo de acción se basa en que el cobre altera el ambiente uterino, dificultando la supervivencia de los espermatozoides y la implantación del óvulo fecundado. Los DIU de cobre pueden ser utilizados por la mayoría de las mujeres en edad

reproductiva, incluyendo nulíparas y adolescentes (World Health Organization & Johns Hopkins, 2022).

Existen algunas contraindicaciones como las infecciones pélvicas activas, cáncer cervical o uterino, enfermedad trofoblástica gestacional, malformaciones uterinas, sangrado vaginal inexplicado y alergia al cobre. Respecto a los efectos secundarios, los más comunes incluyen sangrado menstrual más abundante y prolongado, calambres y dolor durante la menstruación (World Health Organization & Johns Hopkins, 2022). Otros efectos menos frecuentes son la expulsión parcial o total del DIU, perforación uterina y enfermedad inflamatoria pélvica. Adicionalmente, la efectividad de los DIU de cobre es muy alta, con una tasa de fallo menor al 1% en el primer año de uso. La colocación se realiza durante la menstruación o en los primeros días después de un aborto o parto. El tiempo de duración es de 10 años, proporcionando una anticoncepción segura y efectiva durante ese período, pues se han registrado menos de 1 embarazo por cada 100 usuarias (World Health Organization & Johns Hopkins, 2022).

**Levonorgestrel:** El dispositivo intrauterino (DIU) de levonorgestrel es un pequeño dispositivo en forma de T que libera progesterona en el útero para prevenir el embarazo, espesando el moco cervical, inhibiendo la ovulación y adelgazando el revestimiento del útero, lo que dificulta la implantación del óvulo fecundado. Este DIU es altamente efectivo, ocurre 2 embarazos por cada 1.000 mujeres y puede permanecer en su lugar durante 5 años (World Health Organization & Johns Hopkins, 2022).

El DIU de levonorgestrel es adecuado para la mayoría de las mujeres en edad fértil que desean una anticoncepción a largo plazo y reversible. Sin embargo, no es recomendado para

mujeres con antecedentes de cáncer de útero o cuello uterino, enfermedad hepática grave o sangrado vaginal inexplicado (World Health Organization & Johns Hopkins, 2022).

Acerca de los efectos secundarios, los DIU de levonorgestrel pueden causar cambios en el patrón menstrual, como sangrado irregular, manchado o ausencia de menstruación. Otros efectos secundarios comunes incluyen cefalea, sensibilidad en los senos, acné, quistes ováricos, aumento de peso, cambios de estado de ánimo (World Health Organization & Johns Hopkins, 2022).

- ***Esterilización femenina***

La esterilización femenina es un método permanente de control de la natalidad que impide que una mujer quede embarazada. Este procedimiento, conocido también como ligadura de trompas, consiste en bloquear o cortar las trompas de Falopio, las cuales transportan los óvulos desde los ovarios hasta el útero. Al bloquear estas trompas, se evita que los espermatozoides lleguen a los óvulos, impidiendo la fertilización. Existen varios métodos para realizar esta intervención, incluyendo el uso de anillos, clips, electrocauterización o secciones de las trompas (World Health Organization & Johns Hopkins, 2022).

La esterilización es adecuada para mujeres que están seguras de no querer más hijos en el futuro. Generalmente, se recomienda a aquellas que han completado su familia o que tienen razones médicas que desaconsejan futuros embarazos. Sin embargo, no es aconsejable para mujeres jóvenes que podrían cambiar de opinión sobre tener hijos más adelante, así como para aquellas que tienen dudas sobre la permanencia del procedimiento (World Health Organization & Johns Hopkins, 2022).

Este procedimiento es uno de los métodos anticonceptivos más efectivos, con una tasa de éxito superior al 99%. Sin embargo, como con cualquier procedimiento quirúrgico, existen

posibles efectos secundarios y riesgos. Entre los efectos secundarios más comunes se incluyen dolor abdominal, infección, o reacciones adversas a la anestesia. En casos raros, puede ocurrir un embarazo ectópico si la esterilización falla (World Health Organization & Johns Hopkins, 2022).

La esterilización femenina puede realizarse a través de varios métodos, siendo los más comunes la laparoscopia y la minilaparotomía. En la laparoscopia, se realiza una pequeña incisión en el abdomen por la cual se introduce un laparoscopio para visualizar las trompas de Falopio y proceder a su bloqueo o corte. La minilaparotomía, por otro lado, es una técnica que generalmente se realiza poco después del parto, mediante una pequeña incisión en la parte inferior del abdomen (World Health Organization & Johns Hopkins, 2022).

- ***Método de la amenorrea de la lactancia (MELA)***

La amenorrea de la lactancia es un método natural que se basa en la supresión de la ovulación debido a la lactancia materna frecuente y exclusiva. Este fenómeno ocurre por la liberación de prolactina, hormona que inhibe la ovulación. La ausencia de menstruación (amenorrea) durante este período indica que la mujer no está ovulando y, por lo tanto, es menos probable que quede embarazada. Este método puede ser una opción de planificación familiar efectiva durante los primeros seis meses posparto si se cumplen ciertos criterios específicos (World Health Organization & Johns Hopkins, 2022).

Para que este método sea efectivo, es crucial que la madre amamante al bebé con frecuencia, al menos cada cuatro horas durante el día y cada seis horas durante la noche, sin suplementar con fórmula o alimentos sólidos. No es adecuado para mujeres que no pueden o no desean amamantar de manera exclusiva o aquellas que ya han experimentado el regreso de su

menstruación, ya que la eficacia del método disminuye significativamente en estas circunstancias (World Health Organization & Johns Hopkins, 2022).

En términos de efectividad, cuando se realiza correctamente, la amenorrea de la lactancia es más del 98% efectiva en los primeros seis meses posparto. La principal causa de falla del método es la introducción de alimentación suplementaria o la reducción de las sesiones de lactancia, lo que puede reactivar la ovulación (World Health Organization & Johns Hopkins, 2022).

#### **2.2.1.2 Tipos para hombres**

- ***Preservativo masculino***

Los preservativos masculinos son una forma de anticoncepción de barrera que se ajusta al pene en erección y actúa como una funda delgada que evita el contacto entre el semen y la pareja, reduciendo así la posibilidad de embarazo y protegiendo contra las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH. Son seguros, económicos y ampliamente disponibles, siendo efectivos cuando se utilizan correctamente. Además, son de un solo uso y se recomienda el uso de lubricantes a base de agua o silicona para aumentar la protección y prevenir roturas o deslizamientos (World Health Organization & Johns Hopkins, 2022).

Respecto a quién puede usarlos, los preservativos masculinos pueden ser utilizados por hombres de todas las edades, excepto por aquellos que son sensibles o alérgicos al látex, en cuyo caso se pueden optar por preservativos de poliuretano. También, es importante destacar que los hombres que presentan dificultades para mantener la erección pueden encontrar que el preservativo se cae o no se ajusta correctamente. Por otro lado, las ventajas de los preservativos masculinos incluyen su accesibilidad, efectividad para prevenir embarazos y enfermedades de

transmisión sexual, facilidad de uso y la posibilidad de ser combinados con otros métodos anticonceptivos (World Health Organization & Johns Hopkins, 2022).

Con relación a los efectos secundarios, los preservativos masculinos no presentan efectos secundarios hormonales y son seguros de usar. Sin embargo, es importante tener en cuenta que pueden presentar riesgos de rotura si se almacenan incorrectamente o si se utilizan de manera inadecuada. En términos de efectividad, cuando se utilizan correctamente, los preservativos masculinos tienen una efectividad del 85% al 95% para prevenir embarazos. Para su uso adecuado, se deben verificar la fecha de caducidad, colocar el condón de manera correcta y utilizar uno nuevo en cada relación sexual, evitando su reutilización para garantizar su eficacia (World Health Organization & Johns Hopkins, 2022).

- ***Esterilización masculina (vasectomía)***

La vasectomía es un procedimiento quirúrgico de esterilización masculina que consiste en la sección y ligadura de los conductos deferentes, impidiendo así la liberación de espermatozoides durante la eyaculación. Es un método anticonceptivo permanente y definitivo, por lo que está indicado para hombres que han decidido no tener más hijos. Sin embargo, no se recomienda para aquellos que están indecisos sobre la paternidad futura. (Auguet, 2024; Correa, 2019).

Los efectos secundarios de la vasectomía suelen ser leves e incluyen hinchazón, moretones y molestias en la zona genital, que generalmente desaparecen en pocos días. Aunque es un procedimiento seguro, como cualquier cirugía, existen riesgos potenciales como infección, hematomas o dolor crónico en la zona. (Auguet, 2024; Correa, 2019).

En términos de efectividad, la vasectomía se considera altamente confiable como método anticonceptivo, con una tasa de fracaso menor al 1%. Sin embargo, la eficacia no es inmediata y se requiere un período de tiempo o un número específico de eyaculaciones para asegurarse de que no queden espermatozoides en el sistema reproductivo. Se recomienda utilizar métodos anticonceptivos adicionales durante este período para evitar embarazos no deseados (Auguet, 2024; Correa, 2019).

El procedimiento de vasectomía se realiza generalmente de forma ambulatoria y bajo anestesia local. Consiste en la sección y ligadura de los conductos deferentes, los cuales transportan los espermatozoides desde los testículos hasta la uretra. Esta intervención suele ser rápida y con una recuperación relativamente sencilla, permitiendo a la mayoría de los hombres retomar sus actividades normales en pocos días (Auguet, 2024; Correa, 2019).

- ***Coito interrumpido***

El coito interrumpido, también conocido como método de la marcha atrás o retiro, es una forma de anticoncepción en la que el hombre retira el pene de la vagina de la mujer antes de eyacular, con el objetivo de evitar que el semen entre en contacto con los genitales femeninos y así prevenir un embarazo. Este método no requiere dispositivos ni fármacos, por lo que puede usarse en cualquier momento, es una opción para parejas que no desean quedar embarazadas, pero que tampoco les importaría que sucediera (World Health Organization & Johns Hopkins, 2022).

Sin embargo, no es un método recomendado debido a su baja efectividad, 20 de cada 100 mujeres quedan embarazadas en el primer año que implementan este método. La efectividad depende de la capacidad y voluntad de ambos miembros de la pareja para usarlo correctamente

en cada acto sexual. Algunos hombres pueden tener dificultad para utilizar este método, ya que requiere mucho control y buena sincronización para retirar el pene antes de eyacular. Si la pareja decide usarlo, se les sugiere que usen otro método anticonceptivo hasta que el hombre considere que puede usar el coito interrumpido correctamente en cada acto sexual (World Health Organization & Johns Hopkins, 2022).

## **2.3 VASECTOMÍA**

### **2.3.1 Situación de Vasectomía a nivel mundial**

A pesar de que la vasectomía es un método de planificación familiar seguro, de bajo costo, simple y eficaz, continúa teniendo una baja prevalencia. En el 2015, las cifras indican que solo el 21% de los anticonceptivos usados a nivel mundial representaban a los métodos anticonceptivos masculinos, dado que alrededor de 45 millones de parejas, en todo el mundo, escogen la vasectomía como método de planificación familiar (Temach et al., 2017)(Ayele et al., 2021). Existen cinco países en donde la proporción de este método es similar o mayor con las cifras de esterilización femenina: Bután, Dinamarca, los Países Bajos, Nueva Zelanda y el Reino Unido (Pile, 2008).

Respecto a su prevalencia, varía dependiendo de la distribución geográfica: La incidencia de la esterilización masculina mediante vasectomía exhibe una heterogeneidad significativa entre diversas naciones. En Canadá, la tasa de adopción alcanza el 22,0%, mientras que China y el Reino Unido presentan una prevalencia del 21,0%. India, Tailandia, Corea y los Estados Unidos muestran una incidencia aproximada del 12,0%. En contraste, Filipinas y Cuba registran una tasa marginal del 0,1% (Meneses Angy & Cristancho Sandra, 2019).

La Organización Mundial de la Salud ha documentado un incremento moderado en la utilización de métodos anticonceptivos modernos a escala global, evolucionando del 54,0% en 1990 al 57,4% en 2015. En la región de América Latina y el Caribe, la tasa de adopción se ha mantenido estable en un 66,7% (Meneses Angy & Cristancho Sandra, 2019).

En el contexto colombiano, los datos epidemiológicos derivados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2015 indican que la prevalencia de la vasectomía como método de planificación familiar se sitúa en el 3,6% de la población masculina en edad reproductiva.

Estos datos sugieren una variabilidad considerable en la aceptación y utilización de la vasectomía como método anticonceptivo permanente entre diferentes poblaciones, lo cual puede estar influenciado por accesibilidad a servicios de salud, factores socioculturales, y políticas de planificación familiar de cada región.

En los años de 1982 a 1991 la prevalencia de la vasectomía aumentó de 33 millones a 41,5 millones. No obstante, en Estados Unidos se ha evidenciado una disminución del uso de la vasectomía en los años del 2002 a 2017 a causa del aumento del uso de anticonceptivos reversibles de acción prolongada (Zhang & Eisenberg, 2022). La variación geográfica es otro indicador asociado a esta problemática. En las regiones norcentrales y occidentales de los EE. UU la prevalencia fue de 0,64% y 0,60%, respectivamente, en comparación con el noreste, debido a que el número de inmigrantes es mayor a diferencia de lo que ocurre en la zona norcentral. Adicional a esto, la tasa más alta de hombres vasectomizados fue en los grupos de 35 a 44 años (Ostrowski et al., 2018).

En América Latina el uso de métodos de planificación familiar modernos continúa siendo bajos en países de ingresos bajos por lo que las muertes maternas y neonatales continúan siendo

un tema controversial. El mayor temor de los hombres para acceder a la vasectomía es el impacto que esta desencadena en la virilidad.

### ***2.3.2 Promoción de la vasectomía en el Ecuador***

El Ecuador ocupa el tercer lugar dentro de los países en América Latina que emplean la vasectomía como método anticonceptivo. De acuerdo con estudios del INEC, el 33% de mujeres se inclinan por la ligadura tubárica y solo el 0,3% por la esterilización masculina. A pesar de ellos, en los últimos años, la vasectomía ha ganado popularidad en Ecuador como método anticonceptivo. Según datos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, la tasa de vasectomías realizadas ha incrementado significativamente, pasando de un promedio de 200 procedimientos anuales en 2018 a más de 500 en 2022. Esta tendencia se debe en parte a las campañas de concienciación promovidas por el gobierno que buscan educar a la población sobre los beneficios y la seguridad de la vasectomía como método de planificación familiar (Vergara, 2017).

En comparación con otras naciones del contexto latinoamericano, Ecuador exhibe una tasa de adopción de la esterilización masculina mediante vasectomía significativamente inferior. En contraste, países como Colombia y Brasil muestran una mayor prevalencia de este procedimiento anticonceptivo permanente (Vernon, 1996).

Datos proporcionados por la Asociación Colombiana de Urología indican que en Colombia se realizan anualmente más de 15,000 intervenciones de vasectomía. Brasil, por su parte, registra una incidencia aún mayor, superando los 20,000 procedimientos por año (Vernon, 1996).

En comparación con países desarrollados como Estados Unidos y Canadá, la brecha es aún más evidente. En Estados Unidos, se realizan aproximadamente 500,000 vasectomías anuales, lo que refleja una mayor aceptación y disponibilidad del procedimiento. La diferencia en los números subraya la necesidad de continuar con los esfuerzos de educación y accesibilidad en Ecuador para alcanzar niveles similares de aceptación y ofrecer a las parejas una opción segura y efectiva de control de natalidad (Prieto-Campos et al., 2022).

### **2.3.3 *¿Qué es la vasectomía?***

Es el procedimiento permanente, seguro y más efectivo que la esterilización femenina. Consiste en bloquear los conductos deferentes e impedir el transporte de los espermatozoides desde el epidídimo al pene (Organización Mundial de la Salud, 1994; Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, 2019; Shih et al., 2011; Viera Anthony, 2021; World Health Organization & Johns Hopkins, 2022). Sin embargo, ha sido menos utilizado que la esterilización femenina, menos del 3 % de las mujeres casadas confían en la vasectomía como método de anticoncepción. Es 8 veces más común en Asia y 15 veces en América Latina y el Caribe (Shih et al., 2011).

### **2.3.4 *Historia***

La historia de la vasectomía es un fenómeno complejo y multifacético que ha provocado controversias médicas, sociales y legales durante más de un siglo. El término "vasectomía" es un nombre inapropiado, ya que implica la escisión de sólo una parte del conducto deferente y se ha utilizado para describir una variedad de procedimientos que incluyen vasectomía parcial, transección vasal, vasoligación y oclusión vasal (Sheynkin, 2009).

En el año 335 antes de Cristo, Herófilo fue quién describió por primera vez a los testículos, el epidídimo, el conducto deferente, las vesículas seminales, la arteria y la vena espermáticas. No fue hasta 1641-1673 donde Regnier de Graaf realizó el primer trabajo experimental acerca de los conductos deferentes. En 1678 en su libro *De Vivorum Organis Generationi Inservientibus* detalla que los conductos deferentes son un cuerpo con un gran nervio, redondo, blanco, duro que presenta una cavidad (Sheynkin, 2009).

Los primeros trabajos experimentales y clínicos sobre vasectomía se remontan al siglo XIX, la vasectomía fue un tema de interés debido a los conceptos e indicaciones erróneas y falsas creencias, el uso clínico de la vasectomía se remonta a la década de 1880 como procedimiento alternativo a la castración para el tratamiento de la hipertrofia prostática. Entre 1893 y 1900 Harrison fue el primer médico que identificó la posibilidad de restablecer la continuidad de las porciones del conducto deferente (Sheynkin, 2009).

En el siglo XX, la vasectomía fue recomendada como tratamiento de prevención de la epididimitis. Sin embargo, con el avance de las técnicas quirúrgicas y nuevos antibióticos, la epididimitis disminuyó notablemente por lo que se desaconseja esta práctica médica de uso rutinario en las cirugías prostáticas (Sheynkin, 2009).

El concepto de vasectomía como fuente de rejuvenecimiento surgió a principios del siglo XX, particularmente a través del trabajo de Eugen Steinach, un fisiólogo austriaco. La investigación de Steinach sugirió que la vasectomía podría conducir al rejuvenecimiento al estimular la producción de células germinales en el testículo opuesto, devolviendo así a los animales viejos a una condición funcional. Esta idea se popularizó aún más con la realización del "procedimiento de Steinach" en personas notables como Sigmund Freud y W.B. Yeats, quien

informó efectos ambiguos pero positivos sobre su vitalidad y creatividad después del procedimiento (Sheynkin, 2009).

Sin embargo, la popularidad del rejuvenecimiento mediante vasectomía disminuyó gradualmente después del aislamiento de la testosterona en 1935, lo que llevó a una mejor comprensión del sistema endocrino y su papel en el envejecimiento. En 1951, destacados defensores del procedimiento de Steinach, como Norman Haire, aceptaron que su creencia en las consecuencias rejuvenecedoras de la vasectomía era errónea (Sheynkin, 2009).

El concepto de vasectomía como fuente de rejuvenecimiento refleja una fascinante intersección de perspectivas médicas, científicas y sociales sobre el envejecimiento y la vitalidad. Si bien tuvo sus defensores y figuras notables que afirmaban efectos positivos, la idea perdió gradualmente credibilidad científica a medida que avanzaban los conocimientos sobre endocrinología y envejecimiento (Sheynkin, 2009).

La vasectomía se ha asociado históricamente con la esterilización eugenésica, particularmente a principios del siglo XX. El concepto de utilizar la vasectomía con fines eugenésicos surgió a finales del siglo XIX, y sus defensores abogaban por el uso de la vasectomía para impedir la reproducción de individuos considerados "no aptos" o "defectuosos" por la sociedad (Sheynkin, 2009).

El Dr. Harry Sharp, una figura destacada en la historia de la vasectomía, realizó la primera esterilización eugenésica mediante vasectomía en 1899, ofreciendo el procedimiento a un recluso del Reformatorio del Estado de Indiana para detener la masturbación excesiva. Esto marcó el comienzo de una serie de vasectomías realizadas con fines eugenésicos, con Sharp

abogando por el uso de la vasectomía para prevenir la reproducción de criminales habituales y violadores (Sheynkin, 2009).

El aspecto eugenésico de la vasectomía cobró mayor impulso con la aprobación de leyes de esterilización en varios estados de los Estados Unidos, que autorizaban la vasectomía para la esterilización involuntaria de individuos diagnosticados como "no mejorables". Para 1917, 15 estados de los Estados Unidos habían aprobado leyes que autorizaban la vasectomía para diversas condiciones eugenésicas (Sheynkin, 2009).

La asociación histórica de la vasectomía con la esterilización eugenésica refleja la intersección de perspectivas médicas, sociales y legales sobre el control de la población, la herencia y la aptitud social. También subraya las complejidades éticas y morales que rodean el uso de la vasectomía con fines eugenésicos (Sheynkin, 2009).

La vasectomía se ha utilizado como método de control poblacional y planificación familiar en diversos contextos a lo largo de la historia. En particular, la India lanzó un programa masivo en 1952, convirtiéndose en el primer país del mundo en hacer de la vasectomía una política gubernamental oficial para el control de la población. Esta iniciativa tenía como objetivo abordar los desafíos de una población en rápido crecimiento y brindar una alternativa a la esterilización femenina (Sheynkin, 2009).

Durante el período de emergencia de la India (1975-1977), el gobierno hizo un esfuerzo extraordinario para reducir la población, lo que dio como resultado que casi el 7% de todas las parejas indias fueran esterilizadas en dos años, con casi 6,2 millones de vasectomías realizadas en 1976. Sin embargo, esta tarea se logró a través de medios innegablemente coercitivos, con la

policía, los maestros de escuela y otros empleados del gobierno participando en el reclutamiento de hombres para someterse a la vasectomía (Sheynkin, 2009).

El uso histórico de la vasectomía para el control de la población y la planificación familiar refleja los esfuerzos globales más amplios para gestionar el crecimiento demográfico y promover la salud reproductiva. También destaca las consideraciones éticas y las controversias que rodean la implementación de programas de vasectomía para el control de la población, particularmente en el contexto de medidas coercitivas (Sheynkin, 2009).

Los aspectos legales y éticos de la vasectomía han sido importantes, y se han planteado preocupaciones sobre su legalidad y la exposición del cirujano a posibles demandas por negligencia. El número de vasectomías realizadas anualmente aumentó con los años, llegando a 526.501 en 2002 en los Estados Unidos. La historia de la vasectomía está marcada por una compleja interacción de factores médicos, sociales, legales y éticos, lo que la convierte en un fenómeno históricamente significativo y en evolución (Sheynkin, 2009).

### ***2.3.5 Indicaciones para realizarse la vasectomía***

Todos los hombres pueden someterse a la vasectomía, pues es un método anticonceptivo seguro. Independientemente si:

- No tiene hijos o tiene pocos
- Esté casado o no
- No tenga el permiso del cónyuge
- Sea joven
- Posee anemia drepanocítica (anemia de células falciformes);

- Riesgo de infección por el VIH u otras ITS, siga o no tratamiento antirretroviral (Velez et al., 2021; World Health Organization & Johns Hopkins, 2022).

### **2.3.6 *Contraindicaciones***

#### **2.3.6.1 *Relativas***

- Presencia de un hematoma escrotal
- Infección genitourinaria o de la ingle
- Granuloma espermático
- diátesis hemorrágica
- anomalía anatómica local: varicocele, hidrocele, masa escrotal, criptorquidia
- Filariasis
- Elefantiasis (por imposibilidad de palpar el conducto)
- Tumor intraescrotal
- Desórdenes de la coagulación
- Hernia inguinal (Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, 2019; Viera Anthony, 2021)

### **2.3.7 *Preoperatorio***

El profesional de salud debe abordar acerca de los riesgos, las complicaciones y los efectos a largo plazo sobre la vasectomía. Antes del procedimiento quirúrgico, es necesario investigar las anomalías en el desarrollo sexual y antecedentes de cirugías y lesiones genitales (Viera Anthony, 2021). No es imprescindible que los hombres se realicen las pruebas de laboratorio como un análisis de la concentración de hemoglobina, control de los niveles de

colesterol o de la función hepática, ni comprobar la tensión arterial (World Health Organization & Johns Hopkins, 2022).

En el examen físico del paciente se debe realizar un chequeo genital completo para corroborar la presencia de un conducto deferente único y la presencia de un testículo a cada lado, con el fin de identificar anomalías estructurales (Viera Anthony, 2021).

Los hombres deben evitar el consumo de aspirinas o AINES 7 días antes de la cirugía debido a que aumenta el riesgo de sangrado posterior al procedimiento (Viera Anthony, 2021).

### **2.3.8 Procedimiento Quirúrgico**

El procedimiento se realiza con anestesia local y usualmente en un consultorio médico o en un centro quirúrgico ambulatorio. Varios métodos pueden utilizarse para ocluir los conductos deferentes:

1. Ligadura con suturas que absorben o no absorben
2. Coagulación (eléctrica, bipolar, térmica o monofásica)
3. Usar clips (Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, 2019; Shih et al., 2011)

La mayoría de las vasectomías se realizan mediante ligadura y extirpación, esto implica cortar y extraer un pequeño trozo de la porción recta de cada conducto deferente y luego atar los dos extremos restantes de los conductos deferentes. La tasa de fracaso de este procedimiento es baja. Por otro lado, en comparación con el método anterior, la aplicación de calor o electricidad al extremo de cada conducto tiene una tasa de fracaso aún menor (Velez et al., 2021).

El riesgo de fracaso de la vasectomía se puede reducir aún más atando o cauterizando el extremo cortado del conducto deferente y luego envolviéndolo con una fina capa de tejido que rodee los conductos deferentes a lo que se denomina interposición fascial. No se recomienda bloquear los conductos deferentes con una pinza ya que aumenta las posibilidades de embarazo (World Health Organization & Johns Hopkins, 2022).

En relación con el uso de antibióticos profilácticos, estos no se requieren durante la vasectomía a menos que el paciente tenga un alto riesgo de infección como es el caso de aquellas personas de edad avanzada, estado nutricional deficiente, tabaquismo, uso crónico de esteroides, inmunodeficiencia y extrapolación de catéter, infecciones coexistentes a distancia y larga hospitalización (Velez et al., 2021).

### **2.3.9 Técnicas Quirúrgicas**

#### **2.3.9.1 Convencional**

El procedimiento consiste en realizar una o dos incisiones escrotales bilaterales con el bisturí, de aproximadamente 1 cm, con el fin de exponer la vaina del conducto deferente y cortar un segmento para bloquear el paso de los espermatozoides. Los extremos del conducto se pueden ligar o cauterizar. Posterior a esto, se reintroduce los conductos al escroto y se procede a cerrar con suturas absorbibles o seda no absorbible (Organización Mundial de la Salud, 1994; Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, 2019; Viera Anthony, 2021; World Health Organization & Johns Hopkins, 2022).

#### **2.3.9.2 Sin Bisturí**

La vasectomía, desde una perspectiva quirúrgica, ha evolucionado para incluir varios pasos diferentes: anestesia, administración y aislamiento del conducto deferente del escroto y

oclusión del conducto. Actualmente, el bloqueo vasal con 5–8 ml de lidocaína sin epinefrina y un calibre de 25 o 27 de 1 1/2 pulgadas es la anestesia predominante para una vasectomía sin bisturí (Viera Anthony, 2021).

La vasectomía sin bisturí es la técnica desarrollada por Li Shun Quiang, es el método más recomendado a nivel mundial. Consiste en realizar una pequeña punción en el escroto para llegar a los conductos deferentes media el empleo de una pinza con punta delgada que permite penetrar la piel y otra para sostener el conducto. La técnica de anestesia requiere en infiltrar la piel únicamente con una sola punción. Una vez finalizado el procedimiento no se requieren puntos para cerrar la piel. Esta técnica ha demostrado una disminución del dolor, generación de hematomas, menos riesgo de infección, así como tiempo reducido para la realización del procedimiento. (Organización Mundial de la Salud, 1994; Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, 2019; Viera Anthony, 2021; World Health Organization & Johns Hopkins, 2022).

El uso de la crema EMLA (mezcla eutéctica de anestésicos locales) sola o como complemento de la anestesia por infiltración, la anestesia amortiguadora, el bloqueo del cordón espermático, la técnica del inyector de chorro sin aguja y una mini-inyección son mejoras a esta técnica para reducir el dolor durante la vasectomía (Shih et al., 2011).

Para corroborar que el procedimiento se haya realizado con éxito en el caso de haber realizado una única incisión el cirujano debe tirar suavemente de los conductos deferentes extirpados para asegurarse de que ambos conductos deferentes estén cerrados. Esto hace que el testículo ascienda correspondientemente (Velez et al., 2021).

### ***2.3.10 Realización del procedimiento***

Posición: Haga que el paciente se recueste decúbito supino. Colocar el pene en la parte inferior del abdomen, se limpia con una solución antiséptica para reducir el riesgo de infección. Posterior se procede a cubrir el área alrededor del escroto con un campo estéril (Viera Anthony, 2021) (Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, 2019).

Anestesia: aísle el conducto deferente y usando la mano no dominante y la técnica de los tres dedos, (Correa, 2019) colóquelo en la mitad entre la punta del testículo y la base del pene, lo más superficialmente posible debajo del rafe medio de la piel escrotal en la parte anterior. Inyecte el anestésico local sin epinefrina en una dosis de 0,5 a 1 ml creando un habón sobre el conducto deferente (Viera Anthony, 2021) (Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, 2019).

A continuación, realice un bloqueo del nervio vascular para anestesiar los tejidos profundos de la siguiente manera. Mientras el conducto deferente está bajo tensión, la aguja se avanza aproximadamente 2-3 cm a través de la piel escrotal anestesiada a lo largo de la vaina del conducto deferente, pero no dentro del conducto deferente, hacia el anillo inguinal, y se inyectan 0,5 ml de anestésico en el tejido rodeando el canal (Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, 2019) (Viera Anthony, 2021).

Acceso a los conductos deferentes: Para exponer el conducto deferente, la técnica tradicional utiliza una pequeña incisión, menos de 1 cm, a través de la piel y el tejido subcutáneo. Para la técnica sin bisturí, se perfora la piel del escroto con cuidado de no atravesar el conducto con una pinza hemostática para mosquitos afilada. Se extienden ambas puntas de la pinza

hemostática para hacer una abertura de aproximadamente el doble del ancho del conducto (Viera Anthony, 2021) (Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, 2008).

Corte o bloqueo de los conductos deferentes: Una vez que los conductos deferentes están expuestos, se realiza una escisión de un segmento de 10 a 15 mm de longitud (Viera Anthony, 2021).

Cierre de la incisión: Después de realizar el corte se inspecciona el tejido perivascular para detectar sangrado. El método convencional se coloca una o dos suturas absorbibles en la piel del escroto. Pero, con la técnica sin bisturí no requieren el cierre de la piel, se pueden aplicar adhesivos cutáneos si fuera el caso (Viera Anthony, 2021).

### ***2.3.11 Postoperatorio***

El cuidado postoperatorio de la vasectomía involucra varios aspectos clave. Una vez finalizada la vasectomía el paciente es enviado a casa con un vendaje y soporte escrotal por 48 horas. Se recomienda a los pacientes que descansen durante las primeras 24 horas después del procedimiento y que realicen actividades ligeras durante los próximos dos o tres días. Se debe evitar levantar objetos pesados, practicar deportes y realizar actividad sexual durante al menos una semana. Si los pacientes experimentan aumento del dolor, sangrado en el lugar de la incisión, hinchazón significativa o fiebre posterior a los 3 días de haberse sometido a la vasectomía deben buscar atención médica (Viera Anthony, 2021) (Correa, 2019).

También es fundamental que los pacientes y sus parejas utilicen métodos anticonceptivos alternativos hasta que un análisis de semen confirme la ausencia de espermatozoides en la eyaculación, lo que suele ocurrir después de tres meses. Esto es importante porque los

espermatozoides aún pueden estar presentes en los conductos deferentes después del procedimiento (Viera Anthony, 2021).

### **2.3.12 Eficacia**

Una desventaja es que la esterilización después de la vasectomía no es inmediata. Los espermatozoides almacenados en el aparato reproductivo, en la porción distal al conducto deferente interrumpido tarda alrededor de tres meses o 20 eyaculaciones para su liberación completa. La American Urological Association recomienda un análisis seminal postoperatorio a las ocho a 16 semanas para documentar la esterilidad (Hancock et al., 2016)

Presenta una eficacia del 99%, para confirmar la eficacia se debe realizar un análisis de semen tres meses después de la intervención o el paciente debe haber tenido al menos 20 eyaculaciones posterior a la vasectomía puesto que la azoospermia se logra con el aumento del número de eyaculaciones (Velez et al., 2021).

Para ello se requiere examinar una muestra en fresca a través de la observación directa por el microscopio. Si se evidencia la presencia de espermatozoides móviles luego de tres meses, se debe solicitar una prueba en uno o dos meses (Viera Anthony, 2021).

Las Sociedad Británica de Andrología y la Asociación Estadounidense de Urología recomiendan que los pacientes sometidos a una vasectomía deben recibir la autorización para discontinuar el uso otros métodos anticonceptivos siempre que se compruebe, luego de haber transcurrido siete meses posvasectomía, el recuento de <math><10\ 000/\text{mL}</math> de espermatozoides inmóviles en un examen microscópico de al menos 50 campos de alta potencia, y con un mínimo de 24 eyaculaciones (Hancock et al., 2016).

Por lo contrario, la Federación Internacional de Planificación de la Familia recomienda utilizar un método seguro en los casos en que no sea posible realizar pruebas de semen durante al menos 20 eyaculaciones, mientras que otros autores recomiendan un retraso de 6 a 12 semana.

### ***2.3.13 Falla del método***

La tasa de falla para la vasectomía durante el primer año es de 9.4 por cada 1 000 procedimientos, pero es de solo 11.4 por 1 000 a los dos, tres y cinco años (Hoffman Barbara et al., s/f). Existe múltiples motivos que desencadenan la falla de la intervención entre ellos: coito sin protección demasiado posterior a la cirugía, problemas durante la intervención que provocan que los conductos deferentes no se ocluyen completamente. O debido a la recanalización de los conductos originado por formación de un nódulo en los extremos donde se realizó la oclusión (Organización Mundial de la Salud, 1994).

La vasectomía se considera un fracaso si se confirman espermatozoides móviles en el examen de seguimiento, si ha habido un número suficiente de eyaculaciones mayor a 20 y han transcurrido más de 3 meses desde el procedimiento (Viera Anthony, 2021). La presencia de espermatozoides inmóviles es un indicativo de la muerte reciente de espermatozoides móviles puesto que existió un retraso entre la eyaculación y el análisis en el laboratorio, razón por la que no es un signo definitivo de la infertilidad.

### ***2.3.14 Complicaciones***

Las complicaciones de la vasectomía incluyen hematoma, que es la complicación más común, dolor crónico y riesgo de síndrome de dolor postvasectomía. El hematoma implica sangrado y/o formación de coágulos de sangre. es la complicación más común asociada con la vasectomía. Aproximadamente el 15% de los hombres informan dolor crónico después de la

vasectomía, y el 2% experimenta un dolor intenso que afecta su calidad de vida. El sitio anatómico que sangra con mayor frecuencia es el plexo venoso pampiniforme (Viera Anthony, 2021).

El riesgo de síndrome de dolor postvasectomía es motivo de preocupación, se caracteriza por dolor escrotal crónico, sordo que empeora con la eyaculación, que persiste durante un período prolongado después del procedimiento. El síndrome es distinto del malestar postoperatorio normal y puede afectar significativamente la calidad de vida de algunas personas. Es causado por la epididimitis congestiva crónica debido a que la producción de líquido testicular se acumula en el epidídimo (Correa, 2019).

Otras complicaciones pueden incluir: la infección, es menos frecuente cuando se emplea la técnica sin bisturí. Los granulomas de esperma se presentan como un bulto pequeño y duro que se forma como resultado del escape de espermatozoides desde el extremo cortado del conducto deferente. Esto puede provocar una reacción inflamatoria que provoque la formación del granuloma. Son asintomáticos y eventualmente pueden ser reabsorbidos por el cuerpo. Sin embargo, se han asociado con mayores tasas de dolor posvasectomía y recanalización de los conductos deferentes debido a la respuesta inflamatoria inducida por la reacción antigénica a los espermatozoides. Y la recanalización, aunque son menos comunes (Viera Anthony, 2021).

### ***2.3.15 Comorbilidades***

Se han planteado preocupaciones sobre los posibles vínculos entre la vasectomía y unas ciertas enfermedades. Sin embargo, estas no han sido comprobadas. A través de un estudio observacional se demostró que no existe evidencia de que la vasectomía esté asociada con un mayor riesgo de asma, diabetes mellitus, enfermedad de la tiroides, esclerosis múltiple, miastenia

gravis, enfermedad inflamatoria intestinal, atrofia testicular, espondilitis anquilosante o artritis reumatoide (Viera Anthony, 2021).

Acerca del cáncer de próstata, Un estudio publicado en 2017 en el Journal of Clinical Oncology, que analizó los datos de más de 364,000 hombres durante 30 años, encontró que aquellos con vasectomía tenían apenas un 1% más de riesgo que los hombres sin vasectomía. Otro estudio prospectivo del European Prospective Investigation Into Cancer and Nutrition (EPIC) con 84,000 participantes también descartó una asociación entre la vasectomía y un mayor riesgo de cáncer de próstata. Por lo tanto, la evidencia científica actual indica que la vasectomía no aumenta el riesgo de cáncer de próstata y que los hombres sometidos a este procedimiento no tienen más probabilidades de desarrollar esta enfermedad que aquellos que no se han realizado la vasectomía (Byrne et al., 2017; Siddiqui et al., 2014)

Por otro lado, según un artículo de Infobae, los pacientes que han sido sometidos a la vasectomía presentan un doble riesgo de desarrollar cálculos renales, y este riesgo puede persistir hasta 14 años después de la cirugía (Secin, 2022). No obstante, para la formación de cálculos renales influyen los factores de riesgo asociados con esta cirugía, como la obesidad y el consumo excesivo de alcohol. Por lo tanto, no existe evidencia que corrobore la relación mencionada anteriormente, por lo que, para reducir el riesgo de cálculos renales, es fundamental que los pacientes que se someten a una vasectomía mantengan una dieta equilibrada y un estilo de vida saludable (Viera Anthony, 2021).

#### **2.3.15.1 A corto plazo**

- Dolor e hinchazón que desaparecen luego de 1 a 2 semanas sin tratamiento.
- Infección alrededor de la incisión.

- Hemorragia bajo la piel del escroto.

#### **2.3.15.2 A largo plazo**

- Problemas psicológicos en pacientes que durante la asesoría presentaban problemas sexuales, conyugales o psicológicos
- La incidencia de enfermedad cardiovascular no aumenta luego de la vasectomía.
- Infecciones del riñón, vejiga, epididimitis u orquitis luego de 2 años tras haberse realizado la vasectomía (Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, 2019).

#### **2.3.16 Reversibilidad**

La reversión de una vasectomía, vasovasostomía, implica la reconexión de los conductos deferentes que fueron cortados o bloqueados durante el procedimiento a través de técnicas microquirúrgicas. La tasa de éxito varía entre el 50% y el 70%. Aunque, estas cifras varían mientras transcurre el tiempo entre la vasectomía y la reversión (Medicina de Johns Hopkins, s/f).

Existen varios factores que pueden influir en la reversibilidad de la vasectomía. Uno de los factores más fuertes que puede predecir una futura solicitud de reversión es un cambio en el estado civil. Los hombres que no tienen hijos y los que optaron por este método después de los 30 años son grupos con menor probabilidad de solicitar una reversión. Sin embargo, no se encontró ninguna correlación entre la religión, el número de matrimonios o la ocupación y un mayor índice de reversión (Viera Anthony, 2021).

El éxito de la reversibilidad no está garantizado debido a que este procedimiento depende de factores como: el tiempo transcurrido desde la vasectomía, la edad del paciente, la experiencia

del cirujano y el método de vasectomía utilizado. La tasa de éxito disminuye notablemente cuando ha transcurrido más de 3 años posterior al procedimiento, varios estudios indican una tasa de permeabilidad de 71% y una tasa de embarazo del 30% para los hombres que se sometieron a vasovasostomía después de 15 años de la esterilización (Viera Anthony, 2021).

### **2.3.17 Costos**

Una vasectomía es un procedimiento quirúrgico seguro y efectivo para la anticoncepción permanente en hombres. En términos de costos, el precio de una vasectomía puede variar dependiendo de varios factores, como la ubicación geográfica, el proveedor de servicios médicos, el tipo de anestesia utilizada y si se incluyen consultas preoperatorias y seguimiento postoperatorio (Meneses Angy & Cristancho Sandra, 2019)

## **2.4 ACTITUDES Y CREENCIAS ACERCA DE LA VASECTOMÍA**

### **2.4.1 Perspectiva de los hombres**

#### **2.4.1.1 Paridad satisfecha**

Diversas investigaciones han destacado que alcanzar el número deseado de hijos o la paridad satisfecha influye significativamente en la determinación de realizarse la vasectomía. Estudios han demostrado que hombres con dos o más hijos, siendo un factor importante el sexo de los hijos, y que han logrado su paridad deseada son más propensos a optar por este método de esterilización masculina. Esta relación se ha observado en diferentes contextos, tanto en países desarrollados como en países en desarrollo (Collaguazo & Guzmán, 2017; Rivera et al., 2021; Soto et al., 2023).

La satisfacción de la paridad como factor determinante en la elección de la vasectomía destaca la influencia de factores socioculturales, educativos y económicos en la toma de

decisiones reproductivas masculinas. Esta relación evidencia la complejidad de las decisiones anticonceptivas y la importancia de brindar información y apoyo adecuados para que las parejas tomen decisiones informadas y acordes a sus circunstancias individuales (Collaguazo & Guzmán, 2017; Rivera et al., 2021; Soto et al., 2023). Sin embargo, puede resultar sorprendente que existen hombres que presentan una crisis después del nacimiento de un primogénito y consideran la vasectomía como método anticonceptivo (Muñoz et al., 2017; White Kari et al., 2022).

Los estudios en México y otros países latinoamericanos revelan que el perfil predominante del hombre que opta por la vasectomía corresponde a individuos con un nivel educativo superior al promedio nacional, que se encuentran en la tercera década de vida o más, con tres hijos o menos, residentes en zonas urbanas, y que han utilizado previamente otros métodos anticonceptivos antes de elegir la vasectomía como opción definitiva (Hernández, 2015).

Asimismo, el estudio realizado en Colombia reveló que los varones que considerarían practicarse la vasectomía una vez alcanzado el número deseado de hijos se encontraban en un rango de edad entre los 20 y 25 años. Por otra parte, las mujeres cuya edad promedio rondaba los 30 años y cuyo estado civil era de casadas, no manifestaron inconvenientes en aceptar que su pareja se sometiera al procedimiento de vasectomía (Vega & Ortiz, 2019).

#### **2.4.1.2 Ocupación**

Existe la percepción de que la vasectomía es un procedimiento destinado a personas débiles que desempeñan trabajos ligeros, ya que después de realizárselo requerirán de un período prolongado de reposo para su recuperación, lo cual afectaría su rendimiento laboral. Además, se

asume que la intervención conlleva un costo elevado, por lo que solo sería accesible para aquellas personas que gozan de un alto estatus económico (Vega & Ortiz, 2019).

#### **2.4.1.3 Consciencia ambiental social**

Los hombres ven la vasectomía como una forma de ayudar al medio ambiente, para evitar tener más hijos o para tener el número deseado de hijos (Rivera et al., 2021). De la misma manera, al optar por la vasectomía, los hombres tienen la seguridad de contar con una protección anticonceptiva eficaz y un control sobre la natalidad, lo que les brinda la certeza de no enfrentar la situación inesperada de un embarazo no planificado (Hernández, 2015).

#### **2.4.1.4 Planificación Familiar**

Desde otra perspectiva, la vasectomía contribuye a reducir la desigualdad de oportunidades que enfrentan las mujeres en diversos ámbitos del desarrollo personal y profesional debido al riesgo de un embarazo no planificado. De este modo, la decisión de realizarse una vasectomía cobra sentido dentro del proyecto de vida en pareja, y se relaciona con otras decisiones que se toman en diferentes contextos, ya sean familiares, laborales o sociales (Hernández & Marván, 2015; Moreno, 2019).

Por el contrario, existen hombres que consideran que la anticoncepción es responsabilidad únicamente de las mujeres (Ruydiaz et al., 2017). Por lo que aquellas parejas que deciden optar por este procedimiento son vistos como valientes, solidarios, respetados y considerados (Moreno, 2019). En la comunidad ghanesa, los hombres indican que la vasectomía es un tipo de método de gestión de la planificación familiar, reconocen a la vasectomía llamándola "castración" o el "método del cinturón". A pesar de ello, todos los hombres tienen la idea errónea de que la

vasectomía era un método reversible que combinaba y bloqueaba el flujo de esperma (Appiah et al., 2018).

La vasectomía puede ser vista como una herramienta clave para desafiar los roles tradicionales de la masculinidad. Más allá de enfrentar las presiones sociales que buscan disuadir a los hombres de tomar esta decisión, la vasectomía representa una negociación en campos como la lucha por la equidad de género. Asimismo, este procedimiento revela la existencia de una nueva forma de masculinidad que trasciende las ideas convencionales sobre cómo debe ser y comportarse un hombre (Moreno, 2019).

#### **2.4.1.5 Economía**

La razón principal para que los hombres deseen acceder a la vasectomía es debido a la estabilidad económica, el equilibrio de la carga anticonceptiva con la pareja y el enfoque en compartir tiempo de calidad con la familia actual (Rivera et al., 2021). Adicionalmente, si la pareja es ama de casa, el riesgo de que el hombre se opere de vasectomía quintuplica. Esto se debe a que, a diferencia del hombre, la mujer toma el factor económico como motivación para que el hombre se opere, ya que, al ser la encargada de administrar los gastos familiares, un mayor número de hijos implica un mayor número de gastos, lo que podría influir en el hombre para considerar operarse (Muñoz et al., 2017).

#### **2.4.1.6 Transmisión de enfermedades genéticas**

Existen hombres que optan por someterse a la vasectomía sin haber tenido descendencia debido a su preocupación por las enfermedades hereditarias que podrían afectar a sus futuros hijos (Soto et al., 2023).

#### **2.4.1.7 Mejorar las relaciones sexuales**

Los hombres consideran que vasectomía puede mejorar las relaciones sexuales y reducir el riesgo de embarazos no deseados, lo que puede tener un impacto positivo en su vida y la de sus parejas (Rivera et al., 2021). El procedimiento ofrece la posibilidad de evitar las cargas y complicaciones que pueden estar asociadas con otros métodos anticonceptivos usados por sus parejas (Moreno, 2019). No obstante, algunos hombres han afirmado que no podrían tener relaciones sexuales satisfactorias con una mujer debido a una vasectomía (Hernández & Marván, 2015).

En la cultura ghanesa, existe una fuerte resistencia hacia la vasectomía, ya que es percibida como un procedimiento equivalente a la castración que pondría fin a la vida sexual del hombre. La destreza sexual es muy valorada en esta comunidad, al punto que los hombres invierten en todo tipo de productos y sustancias con la promesa de mejorar su desempeño íntimo. Debido a esta mentalidad arraigada, es probable que muchos hombres ghaneses ni siquiera contemplen someterse a este tipo de intervención en el futuro (Appiah et al., 2018)

#### **2.4.1.8 Mitos**

Los hombres experimentan miedo a los procedimientos quirúrgicos situados en la región genital debido a la posible pérdida de virilidad o vigor sexual. Desde una perspectiva sociocultural, la creencia de que hay una reducción o pérdida del deseo sexual está profundamente arraigada y relacionada con una combinación de fenómenos culturales, como la influencia de la masculinidad y la religión (Rivera et al., 2021).

El estudio llevado a cabo en Ecuador permitió identificar las principales creencias que reducen la aceptabilidad de la vasectomía entre los hombres, destacando los temores

relacionados con una posible afectación en el desempeño sexual y la aparición de disfunción eréctil.

Otros estudios destacan las creencias acerca de las posibles consecuencias negativas que han escuchado, como el riesgo de cáncer, debilidad física, problemas para orinar, cambios en la personalidad, acumulación de semen en el cuerpo con efectos adversos, pérdida o aumento de peso, pérdida de vello corporal y disminución de la libido. Además, hay personas que opinan que la vasectomía puede influir en la personalidad de un hombre lo que puede tener un impacto negativo en su masculinidad (Hernández & Marván, 2015a, 2015b). Otros piensan este procedimiento está dirigido exclusivamente para las personas privadas de la libertad (Appiah et al., 2018)

#### **2.4.1.9 Miedos**

Los varones pueden albergar una diversidad de temores relacionados con la cirugía de vasectomía, entre los que se encuentran el miedo a lo desconocido, el temor a despertar durante el procedimiento quirúrgico, el recelo a no recobrar la consciencia tras la intervención, así como el miedo a posibles negligencias por parte del personal médico (Vega & Ortiz, 2019).

En Ghana, existe un gran temor entre los hombres de perder la capacidad de tener una erección. Además, el término utilizado para referirse a la vasectomía es el mismo que se emplea para describir la castración de animales, lo cual implica que, al igual que los animales castrados, los hombres sometidos a este procedimiento no podrían desarrollar órganos sexuales funcionales en la edad adulta. Asimismo, los hombres se preocupan, pues al someterse a la vasectomía, sus esposas buscarían satisfacer sus necesidades sexuales con otros hombres. Esto provocaría que ellos perdieran el respeto y la autoridad dentro de sus propios hogares (Appiah et al., 2018).

#### **2.4.1.10 Masculinidad**

Según las nociones tradicionales de masculinidad, los hombres se enfrentan al riesgo de ser ridiculizado y considerado menos hombre por los demás varones debido a su condición de esterilidad. Existe una noción arraigada que vincula la verdadera hombría con la capacidad reproductiva. Esta mentalidad, heredada de generaciones pasadas, establece que mientras más mujeres e hijos tenga un hombre, mayor será su estatus y reconocimiento como un hombre de verdad dentro de una jerarquía masculina idealizada. En otras palabras, se cree que el número de descendientes determina qué tan macho es considerado un hombre (Moreno, 2019)

Igualmente, en relación con la salud masculina, persisten concepciones erróneas. Se sostiene incorrectamente que procedimientos como el tacto rectal y la vasectomía pueden conducir a conductas homosexuales, lo cual se cree que debilita al hombre (Vega & Ortiz, 2019).

#### **2.4.1.11 Nivel educativo y desconocimiento.**

El desconocimiento y la falta de promoción de este método anticonceptivo crea una brecha que imposibilita el acceso a este procedimiento siendo las clases sociales más bajas las menos favorecidas. De acuerdo con estudios realizados en Etiopia, el 63,4 % de personas que se realizan la vasectomía tiene una educación universitaria o superior y el 43,6 % no. Esto implica que los pacientes que poseen una educación superior pueden acceder fácilmente a información sobre sus aspiraciones de fertilidad, pueden decidir ser más conscientes de ella y usarla evitando así una variedad de ideas erróneas y crear un impacto positivo en la actitud de los hombres hacia la vasectomía (Degu et al., 2020).

Una investigación realizada en países africanos mostró que aproximadamente tres cuartas partes de los hombres encuestados habían escuchado sobre la vasectomía en algún momento,

siendo sus amigos la principal fuente de información. De igual modo, el 21,5 % recibió información a través de proveedores de atención médica y el 12,3 % mediante la radio. Sin embargo, solo el 60,8% de aquellos que tenían conocimiento previo sobre el procedimiento lograban definirlo correctamente. Se evidenció que los hombres que habían recibido educación moderna tenían un mejor entendimiento acerca de la vasectomía en comparación con el resto (Temach et al., 2017).

Acerca de los profesionales de salud, un estudio realizado entre ginecólogos residentes nigerianos, encargados de brindar asesoramiento en planificación familiar, reveló que, si bien la mayoría poseía un conocimiento adecuado sobre la vasectomía, un 20% consideraba que los hombres nigerianos no aceptarían este procedimiento como un método viable, ya que percibían la oclusión tubárica bilateral como la opción más apropiada para un método permanente (Hernández, 2015).

Únicamente el 41.3% de los médicos manifestó que recomendaría la vasectomía como un método definitivo, mientras que un 65% se abstuvo de hacerlo, atribuyendo su decisión a factores culturales, religiosos y psicológicos. Los hallazgos resaltan el papel fundamental que desempeña el personal de salud en la elección del método anticonceptivo más adecuado para las parejas, así como la influencia que ejercen al recomendar una opción sobre otra (Hernández, 2015).

## **2.4.2 *Perspectiva de las mujeres***

### **2.4.2.1 Educación**

El nivel de educación permite que tanto los hombres como las mujeres conozcan sobre los métodos anticonceptivos. Según un estudio realizado en Tanzania, refleja que para las mujeres

un hombre con poco o ninguna educación cree que tener varios hijos es un reflejo de bienestar o abundancia. Los hombres más educados se preocupan por ahorrar dinero, evitar familias numerosas e intervenir en la planificación familiar para brindarles una mejor calidad de vida a su familia (Pallangyo et al., 2020).

Acorde al nivel de conocimiento de las mujeres acerca de la vasectomía, manifiesta que ellas consideraron la vasectomía un procedimiento riesgoso, ya que implicaba la intervención en los órganos reproductivos de los hombres, lo que provocaba miedo para ellas, sus esposos y la comunidad (Pallangyo et al., 2020)

#### **2.4.2.2 Creencias religiosas**

Las doctrinas de las iglesias siguen girando en torno a tres principios fundamentales: la sumisión de la mujer ante el hombre, la visión de que el único fin legítimo de las relaciones sexuales es la procreación, y el rechazo al uso de métodos anticonceptivos "antinaturales" y a la esterilización, considerada como un pecado. Otras religiones, en especial las protestantes, también prohíben el uso de anticonceptivos, fundamentándose en el pasaje bíblico del Génesis que expresa: "Fructificad y multiplicaos, y llenad la tierra, y sojuzgadla" (Vega & Ortiz, 2019).

Un estudio llevado a cabo en Ecuador sobre las barreras para el uso de la vasectomía reveló que su baja aceptación estaba vinculada a creencias religiosas. El 83% de la población, que seguía la religión cristiana, consideraba la vasectomía un pecado (Vega & Ortiz, 2019)

A pesar de que en América Latina la religión no parece tener un efecto directo sobre el uso de anticonceptivos, en ciertos países sí ejerce una influencia significativa en la disponibilidad de estos métodos. En algunas comunidades, los factores religiosos son señalados como la causa de la baja prevalencia en el uso de anticonceptivos, especialmente en áreas con niveles

educativos deficientes y donde aún persisten tabúes en torno a temas de sexualidad y planificación familiar (Vega & Ortiz, 2019).

En Tanzania, las mujeres consideran que, los hombres que se han realizado la vasectomía están en contra de los planes de Dios, pues de acuerdo con sus creencias, Dios establece el número de hijos para cada hogar. En el islam, decidir realizarse la esterilización masculina conlleva una preocupación para las mujeres. Esto porque en esta religión se permite a un hombre tener múltiples esposas, y cada una tiene diferentes preferencias en cuanto al número de hijos deseados (50). (Pallangyo et al., 2020)

Una investigación realizada en Ghana que analizó la vasectomía desde el punto de vista femenino reveló que, en una sociedad con fuertes influencias socioculturales y religiosas como la ghanesa, el acto de dar a luz es considerado una actividad de gran prestigio. Por esta y otras razones, las mujeres tienden a desaprobado la vasectomía, especialmente cuando perciben que este procedimiento pone en duda la masculinidad de sus parejas (Appiah et al., 2018)

#### **2.4.2.3 Estigma social**

En Tanzania, los hombres con un mayor número de hijos son consideradas personas orgullosas, respetables poderosos. Sin embargo, las personas que habían optado por la vasectomía son juzgados constantemente, pues para la comunidad son hombres dominados por sus esposas y con falta de dominio y poder en su hogar (Pallangyo et al., 2020).

Un estudio encontró que las mujeres que utilizaban métodos anticonceptivos temporales no estaban dispuestas a adoptar uno permanente como la vasectomía, ya que el 88.44% optó por la oclusión tubárica bilateral. En contraste, las parejas que habían elegido la vasectomía tenían un nivel educativo más alto, eran más jóvenes, tenían menos hijos y contaban con mayores ingresos.

Un hallazgo destacable es que el 35% de las mujeres cuyas parejas se habían sometido a la vasectomía preferían mantener en secreto el hecho de que sus esposos se habían realizado este procedimiento (Hernández, 2015).

La situación de los miembros de las fuerzas armadas respecto a la anticoncepción es un problema evidente que repercute en su desempeño laboral, su crecimiento profesional y su vida familiar. Los elementos que influyen en esta cuestión abarcan el uso del uniforme, el ego masculino, la atracción hacia las mujeres y el salario (Ruydíz et al., 2017).

#### **2.4.2.4 Machismo**

Desde tiempos remotos, prevalecía la creencia equivocada de que el hombre era la autoridad suprema en la familia. Solo él gozaba de ciertos privilegios, mientras que la madre se veía como ama de casa o cuidadora del hogar, siendo el padre quien tomaba las decisiones. Por lo que la la planificación familiar era destinada únicamente para las mujeres, de manera que, ese pensamiento se ha transmitido por generaciones. En la actualidad, esta ideología es una barrera sociocultural para que los hombres accedan a la esterilización masculina. Quienes se la realizan pierden su estatus en la sociedad y autoridad (Vega & Ortiz, 2019).

#### **2.4.2.5 Promiscuidad**

La vasectomía es percibida como un factor que promueve la promiscuidad, al incentivar un comienzo precoz de la vida sexual y la falta de respeto hacia la mujer. Los monoteístas sostienen que el sexo debe ocurrir únicamente dentro del matrimonio y con el objetivo de la reproducción, rechazando el uso de métodos anticonceptivos, ya que consideran que estos fomentan la promiscuidad y el pecado (Vega & Ortiz, 2019).

#### **2.4.2.6 Vivencias**

Las principales quejas de sus parejas una vez que se realizan la vasectomía tienen que ver con: dolor durante la intervención y recuperación en casa; inflamación; molestia por ser intervenido por una mujer y no un hombre; arrepentimiento de la intervención debido a limitaciones temporales por el dolor como no poder caminar, manejar y cargar cosas pesadas. Por otro lado, al considerar la formación de una familia, las mujeres no solo piensan en el deseo de ser madres, sino también en las capacidades necesarias para asegurar el sustento y la educación de sus hijos (Ruydías et al., 2017).

#### **2.4.2.7 Relación con la pareja**

Las mujeres cuyas parejas se han practicado la vasectomía han expresado sentimientos de aprecio y satisfacción, ya que este procedimiento les brinda la tranquilidad de que sus compañeros no tendrán la posibilidad de engendrar más hijos en caso de una eventual separación. Asimismo, reportan que la vasectomía conlleva un aumento en el placer sexual para ambos miembros de la pareja y una mayor frecuencia en las relaciones íntimas al eliminar el temor al embarazo, liberándolas a ellas de la necesidad de consumir anticonceptivos. Perciben la decisión de sus parejas como una muestra de valentía, responsabilidad y un alejamiento de actitudes machistas (Hernández, 2015; Vega & Ortiz, 2019). De igual modo, la elección de realizarse una vasectomía es una decisión de pareja que frecuentemente necesita ser abordada en el entorno familiar (Asare et al., 2017; Ruydías et al., 2017).

## CAPÍTULO III PROBLEMA Y OBJETIVOS

### 3.1 JUSTIFICACIÓN

El Ecuador ocupa el tercer lugar dentro de los países en América Latina que emplean la vasectomía como método anticonceptivo. De acuerdo con estudios del INEC, el 33% de mujeres se inclinan por la ligadura tubárica y solo el 0,3% por la esterilización masculina (Vergara, 2017). Dado que la fertilidad de los hombres dura toda la vida y la de las mujeres aproximadamente hasta los 50 años, se requiere una protección eficaz contra los embarazos no deseados (Organización Mundial de la Salud, 1994). Razón por la cual, el estudio pretende identificar las barreras, actitudes y percepciones de los estudiantes de medicina que interferirían en el rechazo o aceptación de este método anticonceptivo.

Las cifras mencionadas son un indicativo que refleja la baja participación e importancia que le dan los hombres a la planificación familiar. Por lo que esta investigación contiene un valor teórico que permitirá contribuir con la divulgación del tema a la sociedad a través de charlas en los Centros de Salud y una mejor preparación de los estudiantes para que puedan informar y promover el interés en sus pacientes acerca de los beneficios, costos, técnicas quirúrgicas, efectividad y contraindicaciones de la vasectomía. De esta manera los hombres podrán formar parte del control de natalidad y acceder de forma libre y voluntaria a este método, sin temores ni tabúes.

En Ghana, las mujeres tienen una perspectiva negativa acerca de la vasectomía, pues consideran que este método anticonceptivo convierte a los hombres en promiscuos e infieles, por lo que son más propensos a contraer enfermedades de transmisión sexual. Esta ideología se ha fomentado por las supersticiones y los conceptos erróneos compartidos por las mujeres de la

comunidad y la falta de información de los servicios de salud (Asare et al., 2017). En el Ecuador existen escasos estudios acerca de la perspectiva que tienen las mujeres referentes a la participación de sus parejas en la anticoncepción por medio de la vasectomía, en esas investigaciones las participantes han sido mujeres primíparas. La posición de las mujeres, estudiantes de Medicina, no se considera acerca de los prejuicios, momento para emplear este método anticonceptivo con su pareja y los factores que influyen en su aceptación, porque muchas personas consideran que la anticoncepción es responsabilidad de ellas.

Por otro lado, a través de este estudio podremos identificar cuanto se conoce sobre la esterilización masculina y verificar si el conocimiento de los estudiantes es acorde al nivel en que se encuentran. Si no, los resultados permitirán que los docentes de la institución se enfaticen y se amplie la información sobre el tema, antes de ingresar al internado rotativo. La necesidad de profundizar en el tema en los estudiantes de medicina es para que la comunidad obtenga información de calidad ya que en el país la desinformación abruma a la población como los mitos y creencias. Esto para disminuir la mortalidad materna, los embarazos no deseados y mejorar las cifras de desnutrición y la calidad de vida de los niños.

Por último, las investigaciones que se han realizado acerca de la vasectomía son estudios únicamente cualitativos y están dirigidos al personal médico. Cabe destacar que estos miden el conocimiento o las actitudes negativas, sin considerar los aspectos positivos (Hernández & Marván, 2015a). Es por ello por lo que el estudio tiene un valor metodológico, dado que tiene un enfoque mixto que permitirá profundizar en el tema al obtener información acerca del conocimiento y las actitudes que tienen los estudiantes sobre la vasectomía. Por lo tanto, el tema de estudio es factible y de interés público. Además, a nivel económico, se requiere poca

inversión, pues los participantes serán los estudiantes de la carrera de Medicina de la PUCE, siendo este un lugar de fácil acceso para recolectar información. Los resultados podrán servir como base para futuras investigaciones que ayuden a promover la vasectomía en la atención primaria.

### **3.2 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

La vasectomía es un método anticonceptivo que implica un bajo riesgo y permite a los hombres ser partícipes de la responsabilidad de la anticoncepción (Organización Mundial de la Salud, 1994). Según los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el 2002 187 millón de mujeres en el mundo han optado por la oclusión tubárica bilateral mientras que solo entre 40 y 50 millones de hombres eligieron la vasectomía. Se estima que, en los Estados Unidos, los hombres entre 20 y 24 años y los mayores de 40 años, solo el 1% y el 20%, respectivamente, eligen la vasectomía (Rivera et al., 2021).

En Ecuador, en el año 2021 se registraron 251.106 nacidos vivos, en donde por cada 1.000 habitantes existen 14,2 recién nacidos vivos. Este es un valor que cuatriplifica la tasa de natalidad de la población (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2018b). Se evidencia que no hay una compensación proporcional al progreso de la modernización y la disminución de la fecundidad, ya que, desde la prehistoria, los métodos de control de la natalidad han estado mayormente dirigidos hacia las mujeres. Lo que incrementa la falta de participación y reconocimiento del papel que desempeña el hombre en la planificación familia (Miller, 2016).

Del mismo modo, existe una baja promoción de la esterilización masculina por parte de los proveedores de salud a la población, pues la sociedad considera que el control de natalidad es responsabilidad de las mujeres. En base a los resultados del INEC, en el 2012 apenas 1.415

personas consultaron acerca de la vasectomía como una opción de método de planificación familiar. Además, en la encuesta realizada el 2004, se identificó que los métodos anticonceptivos más conocidos por las mujeres ecuatorianas de 15 a 49 años son: la píldora, la esterilización femenina, el condón, el dispositivo intrauterino y los inyectables. Y solo la tercera parte de la población conoce los métodos vaginales, la esterilización masculina y el implante (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2004). De tal modo que, en el aspecto educativo es fundamental conocer el grado de conocimientos que tienen los estudiantes en séptimo nivel, semestre en el que reciben clases acerca de los diferentes métodos anticonceptivos, y los estudiantes de décimo semestre que están próximos a ingresar al internado rotativo de tal manera que en el futuro puedan para apoyar y asesorar a sus pacientes en la toma de decisiones acerca de la vasectomía.

Existen diversas creencias y actitudes negativas que influye en la decisión de acceder a la vasectomía, la principal es el miedo. En una sociedad machista, la vasectomía es vista como un procedimiento que hará menos hombre a quien acceda a realizarse. Asimismo, en cuanto a la virilidad, creen que habrá una disminución de la libido sexual, disfunción eréctil e incluso dolor (Hernández, 2015). El nivel de educación contribuye con la poca información y participación de los hombres en la planificación familiar. En Etiopia, los hombres que tiene un nivel de educación superior al secundario tienen seis veces más probabilidad conocer sobre la vasectomía en comparación con los que no asistieron a la educación formal (Temach et al., 2017). La religión, ha sido un impedimento para realizarse la esterilización masculina, pues se considera que los hombres que se la realizan están en contra del plan de Dios. Otras religiones como el islam ven a la vasectomía como una barrera para tener múltiples esposas (Pallangyo et al., 2020).

La planificación familiar y el control de la natalidad son aspectos cruciales para la salud reproductiva y el bienestar social. Sin embargo, a pesar del avance de la modernización y la disminución de la fecundidad, persiste una descompensación en la distribución de la responsabilidad en la anticoncepción, evidenciando un sesgo histórico en la orientación de los métodos de control de la natalidad hacia las mujeres. En el contexto de la Pontificia Universidad Católica, y más ampliamente en el entorno ecuatoriano, es esencial explorar y comprender en profundidad los conocimientos, actitudes, barreras y facilitadores que los estudiantes de último semestre de la carrera de medicina tienen respecto a la vasectomía como método anticonceptivo.

En definitiva, la vasectomía es un método anticonceptivo que contribuirá con el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos permitiendo que las parejas gocen de una vida sexual satisfactoria y segura, dado que las parejas podrán solicitar y recibir información relacionada con la educación sexual. Además, accederán a otra opción de planificación familiar segura, eficaz y asequible. De tal forma que se podrá ponerle fin al sesgo cultural, establecido por la sociedad, respecto a los roles masculinos y femeninos (Vértiz, 2016).

### **3.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son los conocimientos y actitudes que perciben los estudiantes de séptimo y décimo semestre de la carrera de medicina de la Pontificia Universidad Católica con respecto a la vasectomía como método anticonceptivo?

### **3.4 OBJETIVOS**

**OBJETIVO GENERAL:**

Determinar el nivel de conocimiento, las percepciones, barreras y actitudes que tienen los estudiantes de décimo y séptimo semestre de la PUCE acerca de la vasectomía como método anticonceptivo.

#### OBJETIVO ESPECÍFICOS:

- Evaluar el grado de aceptación o rechazo sobre la vasectomía entre los estudiantes de séptimo y décimo semestre de medicina.
- Identificar los factores psicosociales que influyen en la decisión de acceder a la vasectomía entre los estudiantes de medicina.
- Determinar la opinión de las mujeres en relación con la vasectomía, como método anticonceptivo en la pareja.
- Comparar el nivel de conocimiento que poseen los estudiantes de séptimo y décimo nivel y determinar si están acorde al semestre que están cursando.

### 3.5 HIPOTESIS

Un conocimiento más profundo sobre la vasectomía entre los estudiantes de séptimo y décimo semestre de medicina de la Pontificia Universidad Católica se asocia con actitudes más positivas hacia este método anticonceptivo, lo que promueve una mejor participación de los hombres en la planificación familiar, contribuyendo a una responsabilidad equitativa en la anticoncepción en relación con el género.

## CAPÍTULO V METODOLOGÍA

### 4.1 TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

El tipo de diseño del estudio es descriptivo transversal con un enfoque cuantitativo.

## 4.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala	Tipo
Edad	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.		Media	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 18-22</li> <li>▪ 23-25</li> <li>▪ &gt;26</li> </ul>	Cuantitativo discontinua
Sexo	Conjunto de características que tienen los individuos de una especie.		Porcentaje	Masculino Femenino	Cualitativo nominal
Semestre	Periodo académico de seis meses.		Porcentaje	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Séptimo</li> <li>▪ Décimo</li> </ul>	Cualitativo nominal
Pareja	Relación que se establece de común acuerdo entre dos personas, basada en el interés y el afecto, para interactuar y compartir un periodo de tiempo.		Porcentaje	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si</li> <li>▪ No</li> </ul>	Cualitativo nominal
Hijos	Descendiente directo de un animal o de una persona. Los hijos pueden ser biológicos o fruto de la adopción	-Tiene hijos	Porcentaje	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si</li> <li>▪ No</li> </ul>	Cualitativo nominal
		- Número de hijos	Media	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 0</li> <li>▪ 1-2</li> <li>▪ &gt;3</li> </ul>	Cuantitativo discontinua
Etnia	Comunidad de personas que tienen una ascendencia común y comparten rasgos culturales, lingüísticos, religiosos, etc.		Porcentaje	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mestizo</li> <li>▪ Afroamericana</li> <li>▪ no</li> <li>▪ Montubio</li> <li>▪ Indígena</li> </ul>	Cualitativo nominal
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 creyente reconoce una relación con la divinidad	-Diversidad	Porcentaje	Católico <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cristiano</li> <li>▪ Ateo</li> <li>▪ Testigo de Jehová</li> <li>▪ Agnóstico</li> <li>▪ Mormón</li> <li>▪ Otros</li> </ul>	Cualitativo nominal
			Porcentaje		
Zona de residencia	Lugar o domicilio en el que se reside.		Porcentaje	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Urbana</li> <li>▪ Rural</li> </ul>	Cualitativo nominal

Método anticonceptivo	Sustancias, objetos o procedimientos usados para prevenir el embarazo.	-Uso -Tipo	Porcentaje Porcentaje	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si</li> <li>▪ No</li> <li>▪ Naturales</li> <li>▪ Barrera</li> <li>▪ Hormonales</li> <li>▪ Definitivos</li> </ul>	Cualitativo nominal Cualitativo nominal
La vasectomía consiste en extraer los conductos eferentes situados en el escroto.	Método definitivo, que tiene como finalidad evitar el embarazo.		Porcentaje	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si</li> <li>▪ No</li> </ul>	Cualitativo nominal
Los testículos del hombre vasectomizado dejan de producir espermatozoides.	Método definitivo, que tiene como finalidad evitar el embarazo.		Porcentaje	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si</li> <li>▪ No</li> </ul>	Cualitativo nominal
La vasectomía puede no ser adecuada para hombres con problemas psicológicos.	Método definitivo, que tiene como finalidad evitar el embarazo.		Porcentaje	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si</li> <li>▪ No</li> </ul>	Cualitativo nominal
El paciente debe usar un método de anticoncepción transitorio durante una semana posterior a la cirugía.	Método definitivo, que tiene como finalidad evitar el embarazo.		Porcentaje	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si</li> <li>▪ No</li> </ul>	Cualitativo nominal
¿Considera que realizarse la vasectomía es costoso?	El coste o costo es el valor monetario de los consumos de factores que supone el ejercicio de una actividad económica destinada a la producción de un bien, servicio o actividad.		Porcentaje	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si</li> <li>▪ No</li> </ul>	Cualitativo nominal
La vasectomía es un procedimiento	ventaja es una superioridad o una mejoría de algo o		Porcentaje	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si</li> <li>▪ No</li> </ul>	Cualitativo nominal

sencillo, realizado por una sola persona, dura aproximadamente 15 minutos, se puede realizar en un dispensario médico.	alguien respecto de otra cosa o persona. Puede definirse como una condición favorable que algo o alguien tiene				
¿La vasectomía es un procedimiento reversible?	Es la capacidad de volver al punto de partida después de un proceso		Porcentaje	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si</li> <li>▪ No</li> </ul>	Cualitativo nominal
La vasectomía tiene menos complicaciones que la esterilización femenina.	Agravamiento de una enfermedad o de un procedimiento médico.		Porcentaje	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si</li> <li>▪ No</li> </ul>	Cualitativo nominal
La vasectomía influye en la eyaculación masculina.	Método definitivo, que tiene como finalidad evitar el embarazo.		Porcentaje	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si</li> <li>▪ No</li> </ul>	Cualitativo nominal
La vasectomía afecta la erección y el deseo sexual.	Método definitivo, que tiene como finalidad evitar el embarazo.		Porcentaje	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si</li> <li>▪ No</li> </ul>	Cualitativo nominal
La vasectomía aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares.	Método definitivo, que tiene como finalidad evitar el embarazo.		Porcentaje	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si</li> <li>▪ No</li> </ul>	Cualitativo nominal
La técnica de vasectomía percutánea (sin bisturí, o de Li Shunqiang) consiste en realizar dos incisiones, una a cada lado del rafe escrotal medio.	Método definitivo, que tiene como finalidad evitar el embarazo.		Porcentaje	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si</li> <li>▪ No</li> </ul>	Cualitativo nominal
El paciente debe realizarse un	Método definitivo, que tiene como finalidad evitar el embarazo.		Porcentaje	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si</li> <li>▪ No</li> </ul>	Cualitativo nominal

espermatoograma antes de la cirugía.					
El paciente puede regresar al trabajo luego de 7 días de la operación, pero debe abstenerse de realizar trabajos pesados.	Método definitivo, que tiene como finalidad evitar el embarazo.		Porcentaje	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si</li> <li>▪ No</li> </ul>	Cualitativo nominal
Se recomienda suspender otro método anticonceptivo si hay un conteo de espermatozoides <10,000 / mL, inmóviles luego de siete meses con un mínimo de 24 eyaculaciones.	Método definitivo, que tiene como finalidad evitar el embarazo.		Porcentaje	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si</li> <li>▪ No</li> </ul>	Cualitativo nominal
Conoce un lugar donde realizan la vasectomía.	Método definitivo, que tiene como finalidad evitar el embarazo.		Porcentaje	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si</li> <li>▪ No</li> </ul>	Cualitativo nominal
Ud. se realizaría la vasectomía o consentiría el uso de la vasectomía en su pareja.	El consentimiento es un concepto jurídico que hace referencia a la voluntad entre dos o varias personas para aceptar derechos y obligaciones. (aprobar la concreción de algo, condescender, tener por cierto algo, otorgar, permitir, etc.)		Porcentaje	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si</li> <li>▪ No</li> </ul>	Cualitativo nominal

<p>Que le motivaría a acceder a la vasectomía.</p>	<p>Operación quirúrgica en la que se extirpa el conducto deferente de los órganos sexuales masculinos para conseguir la esterilización.</p>		<p>Porcentaje</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aumento de la actividad sexual.</li> <li>▪ Previene los embarazos no deseados.</li> <li>▪ Las mujeres no tienen que usar anticonceptivos.</li> <li>▪ Método eficaz para dejar de gastar en otros métodos anticonceptivos.</li> <li>▪ Oportunidad para el hombre de ser responsable de la planificación familiar.</li> <li>▪ Conciencia ambiental.</li> </ul>	<p>Cualitativo nominal</p>
<p>Razones por las que no se realizaría la vasectomía.</p>	<p>Intervención es la acción y efecto de intervenir. Este verbo hace referencia a diversas cuestiones. Intervenir puede tratarse del hecho de dirigir los asuntos que corresponden a otra persona o entidad.</p>		<p>Porcentaje</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cáncer</li> <li>▪ Impotencia sexual.</li> <li>▪ Cambios en la personalidad.</li> <li>▪ Acumulación de semen en el cuerpo con efectos negativos.</li> <li>▪ Pérdida o aumento de peso.</li> </ul>	<p>Cualitativo nominal</p>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Miedo a las complicaciones</li> <li>▪ Pérdida de la libido.</li> <li>▪ Miedo a la cirugía.</li> <li>▪ Porque promueve la promiscuidad.</li> <li>▪ La planificación familiar es únicamente para mujeres.</li> </ul>	
Después de cuantos hijos se realizaría la vasectomía o consentiría que su pareja lo realice.	Método definitivo, que tiene como finalidad evitar el embarazo.		Porcentaje	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1</li> <li>▪ 2</li> <li>▪ &gt;3</li> <li>▪ No me realizaría.</li> </ul>	Cualitativo nominal
Qué edad considera que es la ideal para realizarse una vasectomía.	Método definitivo, que tiene como finalidad evitar el embarazo.		Porcentaje	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ninguna</li> <li>▪ 18-22</li> <li>▪ 23-29</li> <li>▪ &gt;30</li> </ul>	Cualitativo nominal
Considera la religión es un impedimento para acceder a la vasectomía.	Método definitivo, que tiene como finalidad evitar el embarazo.		Porcentaje	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sí</li> <li>▪ No</li> </ul>	Cualitativo nominal
Considera que el nivel de educación influye en la decisión de acceder a la vasectomía o consentir el uso en su pareja.	Método definitivo, que tiene como finalidad evitar el embarazo.		Porcentaje	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si</li> <li>▪ No</li> </ul>	Cualitativo nominal
Considera que las personas que viven en zonas urbanas pueden acceder con mayor facilidad que	Método definitivo, que tiene como finalidad evitar el embarazo.		Porcentaje	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si</li> <li>▪ No</li> </ul>	Cualitativo nominal

las zonas rurales.					
Considera que realizarse la vasectomía interfiere con su masculinidad o la de su pareja.			Porcentaje	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si</li> <li>▪ No</li> </ul>	Cualitativo nominal
Cree que hay discriminación de género al momento de elegir anticoncepción ?	Percepción respecto de la igualdad los géneros frente al uso de anticoncepción.		Porcentaje	Si No	Cualitativo nominal
La anticoncepción debería ser una obligación de las mujeres solamente.	Método definitivo, que tiene como finalidad evitar el embarazo.		Porcentaje	Si No	Cualitativo nominal
Considera que la vasectomía promueve la promiscuidad.	Conducta o comportamiento de la persona que cambia con frecuencia de pareja sexual buscando únicamente el placer.		Porcentaje	Si No	Cualitativo nominal
Le gustaría que su pareja participe en la planificación familiar y opte por realizarse la vasectomía.	conjunto de actividades, procedimientos dirigidos a mujeres y hombres en edad fértil, como la información, educación, orientación/consejería.		Porcentaje	Si No	Cualitativo nominal
Promocionaría la vasectomía.	Promover y divulgar productos, servicios, bienes o ideas		Porcentaje	Si No	Cualitativo nominal

#### 4.3 POBLACIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

El universo del tema de investigación son los estudiantes de la facultad de medicina y la población de interés a estudiar son los alumnos que estén cursando el séptimo y décimo semestre

de la carrera de medicina. Una vez obtenido la lista con el número de estudiantes, 240 personas, se aplica la fórmula para calcular el tamaño muestral de una población finita. Esto determina que para el estudio se requiere una muestra de 148 personas, los mismos que serán escogidos a través de un muestro aleatorio simple.

#### **4.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN**

##### ***4.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN***

- Aceptación de los participantes.
- Hombres y mujeres
- Séptimo y décimo semestre
- Facultad de medicina

##### ***4.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN***

- Estudiantes de otra universidad
- Estudiantes que no deseen participar

#### **4.5 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

La lista y los correos institucionales de los estudiantes que están cursando el séptimo y décimo semestre los obtendré a través de la secretaria de la facultad de medicina. Una vez obtenido esa información procederé a seleccionar a los alumnos que serán parte de la muestra, mediante de un muestreo aleatorio simple. El método será por sorteo, identificaré a cada integrante de la población mediante números consecutivos. Después, ingresaré los datos a una página web, que me permitirá identificar los participantes que formarán parte de la muestra.

Después, contactar con los participantes será la investigadora principal, Ivonne Quispe. Los estudiantes recibirán en su correo institucional un enlace que los llevará a la página web donde encontrarán el consentimiento informado y el cuestionario a realizar. El instrumento que se utilizará para recopilar la información será un cuestionario, estructurado con preguntas cerradas, se elaborará empleando la plataforma Google Forms.

Esta herramienta tendrá tres secciones: la primera contiene preguntas sobre la información de los participantes. La segunda evaluará los conocimientos acerca de la vasectomía y consta de 16 preguntas. Se otorgará una puntuación de 1 o 0 dependiendo si la respuesta es correcta o incorrecta con la finalidad de establecer si los estudiantes tienen un conocimiento bajo, medio o alto si el puntaje es  $<5$ , de 6 a 10 o  $> 11$  respectivamente. El último componente determina las actitudes de los estudiantes hacia la vasectomía, consta de 16 preguntas. Si responde 8 o más preguntas con un SÍ, se califica como una actitud positiva. Sin embargo, menos de 7 preguntas refleja una actitud negativa. El tiempo aproximado para resolver el cuestionario es de 30 minutos.

El propósito es reunir 148 cuestionarios para analizar los datos sobre el nivel de conocimiento y los factores que influyen en la aceptación o rechazo de los estudiantes de medicina. Los resultados serán manejados con responsabilidad y garantizando la confidencialidad de la información, pues se utilizará una contraseña que solo conocerá el equipo de investigación. Para desvincular la información obtenida del participante y evitar exponer los datos personales se utilizará un código, usando la primera letra de su nombre y apellido en el momento de llenar la encuesta. Por lo que ni el investigador podrá conocer la identidad del

participante, esto garantiza que no se divulgarán datos en reportes o publicaciones y que los resultados generales no se difundirán sin consentimiento.

#### **4.6 ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

El software que se implementé en el estudio fue el paquete estadístico SPSS versión 27, con el que recopilé y analicé los datos numéricos, los cuales están presentados por medio de gráficos estadísticos. Para determinar si existe una relación entre las variables: el nivel de conocimiento con el semestre cursado y el género con las actitudes hacia la vasectomía implementé el programa OpenEpi para obtener el chi cuadrado a través de las tablas 2 x2 y medir la significancia.

#### **4.7 ASPECTOS BIOÉTICOS**

Para mantener la privacidad y el riesgo mínimo de los estudiantes se creará una base de datos que solo el investigador y tutor tendrán acceso, para evitar que la información sea utilizada por terceras personas. Para salvaguardar la autonomía de los estudiantes, se proporcionará el consentimiento informado, el mismo indispensable, pues mediante el documento se le dará una explicación clara del proceso que se realizará, el tiempo aproximado que durará el cuestionario o entrevista, el papel del participante en la investigación y la confidencialidad de la información obtenida. Además, el documento corroborará que la participación fue voluntaria.

Para desvincular la información obtenida del participante y evitar exponer los datos personales se utilizará un código, usando la primera letra de su nombre y apellido al llenar la encuesta. Por lo que ni el investigador podrá conocer la identidad del participante, esto garantiza que el nombre no sea mencionado en reportes o publicaciones.

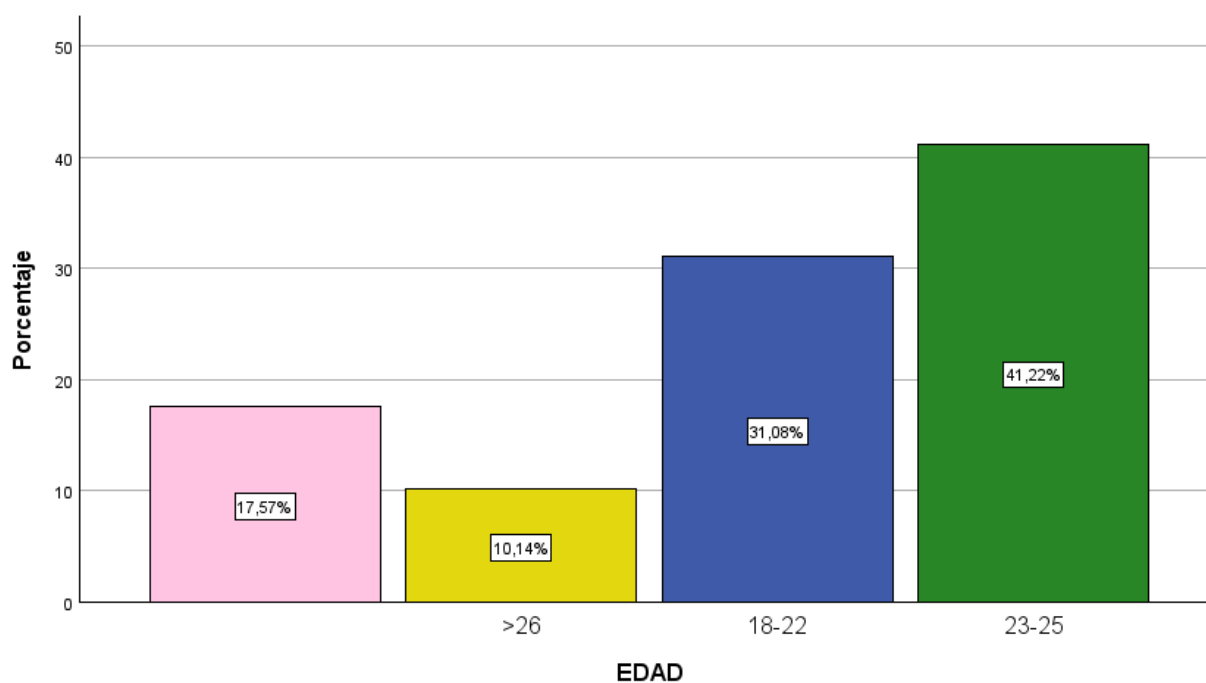
Previo al desarrollo de esta investigación, se presentó el protocolo que se aprobó por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH) según el oficio CEISH-303-2023 del 05 de mayo de 2023 con código EO-53-2023, V1.

## CAPÍTULO V RESULTADOS

### 5.1 DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

**Figura 1.**

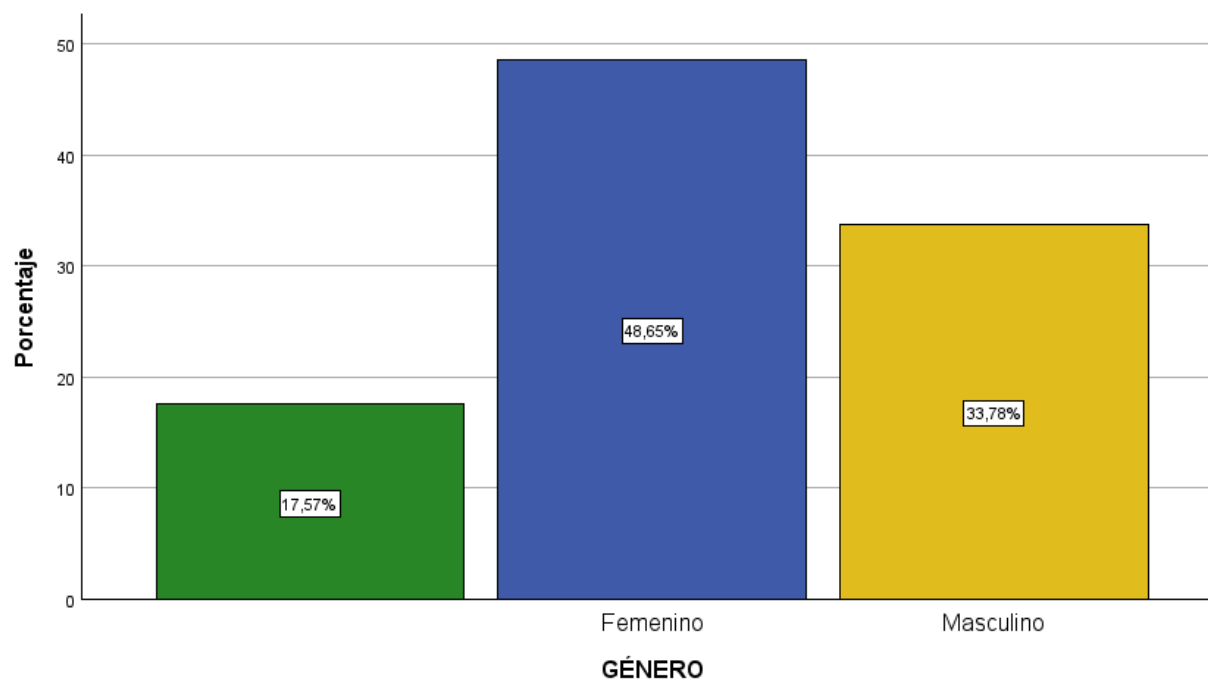
*Distribución de los participantes en función de la edad.*



Respecto a la edad de los participantes encuestados el 5.06% tienen más de 26 años, siendo una minoría significativa. El 40.51% representa a los estudiantes con una edad entre los 23 a 25 años, esta es la categoría con la mayor representación. El 37.97% representa a los estudiantes con una edad entre los 18 a 22 años. El 17,57% representa a los estudiantes que no aceptaron participar en la encuesta.

**Figura 2.**

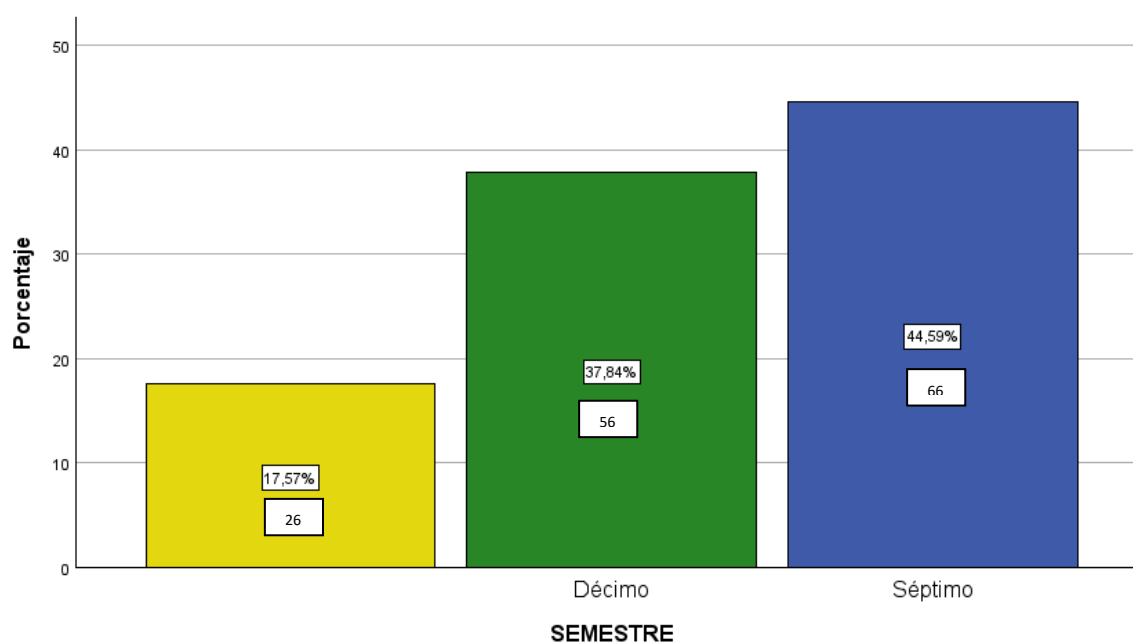
*Distribución de los participantes en función del género.*



Respecto al género de los participantes encuestados se observa que el 48.65% de los participantes son mujeres, constituyendo el grupo mayoritario. Los hombres representan el 33.78% de la muestra, mientras que el 17.57% restante corresponde a los estudiantes que no aceptaron participar en la encuesta.

**Figura 3.**

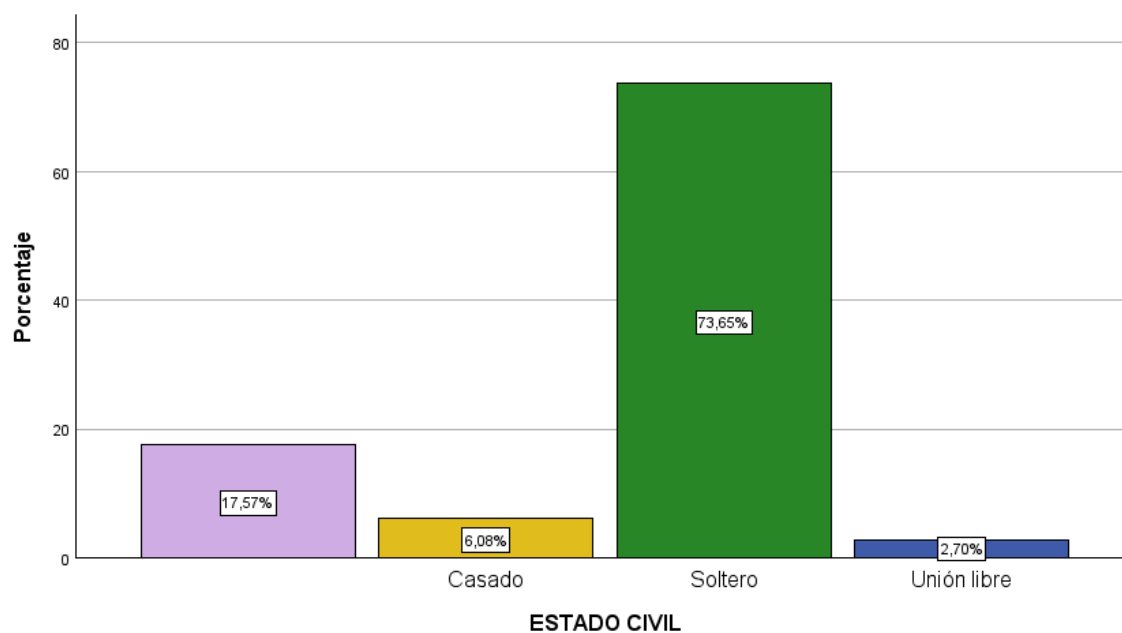
*Distribución de los participantes en función del semestre.*



Respecto al semestre que cursan los participantes encuestados, se observa que el 44.59% de los participantes están en el séptimo semestre, mientras que el 37.84% se encuentran en el décimo semestre. Además, un 17.57% restante corresponde a los estudiantes que no aceptaron participar en la encuesta.

**Figura 4.**

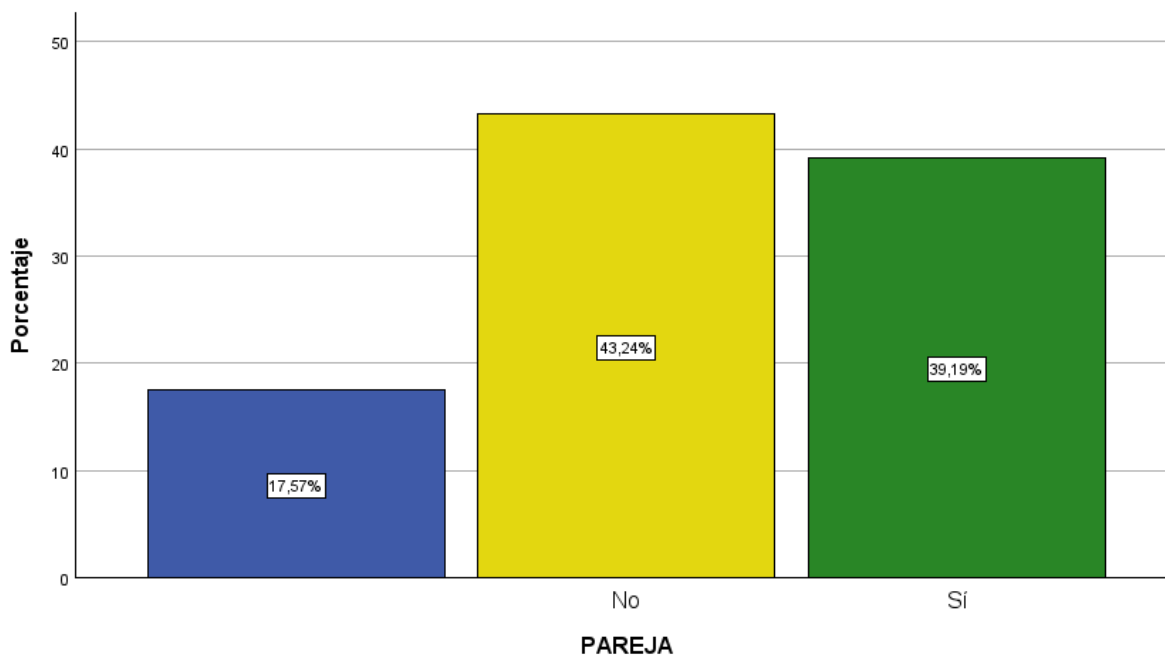
*Distribución de los participantes en función del estado civil.*



Respecto al estado civil de los participantes encuestados, se observa que la mayoría de los encuestados, un 73.65%, son solteros, este grupo representa la mayor proporción de la muestra. Por otro lado, el 6,08% de los participantes están casados, un 2.70% están en unión libre. El 17.57% restante corresponde a los estudiantes que no aceptaron participar en la encuesta.

**Figura 5.**

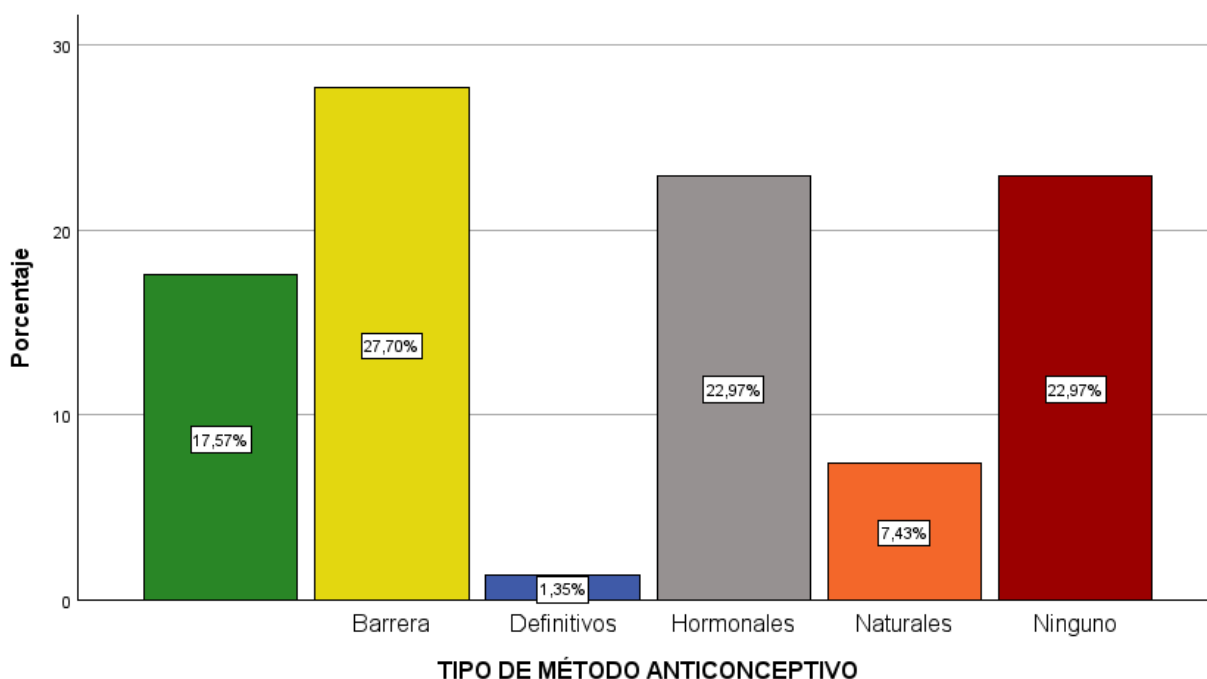
*Distribución de los participantes en función de la pareja sentimental.*



Respecto a si participantes encuestados tienen una pareja sentimental, se observa que la mayoría de los encuestados, un 43.24 %, no tienen pareja. Por otro lado, el 39,19% de los participantes si la tienen. El 17.57% restante corresponde a los estudiantes que no aceptaron participar en la encuesta.

**Figura 6.**

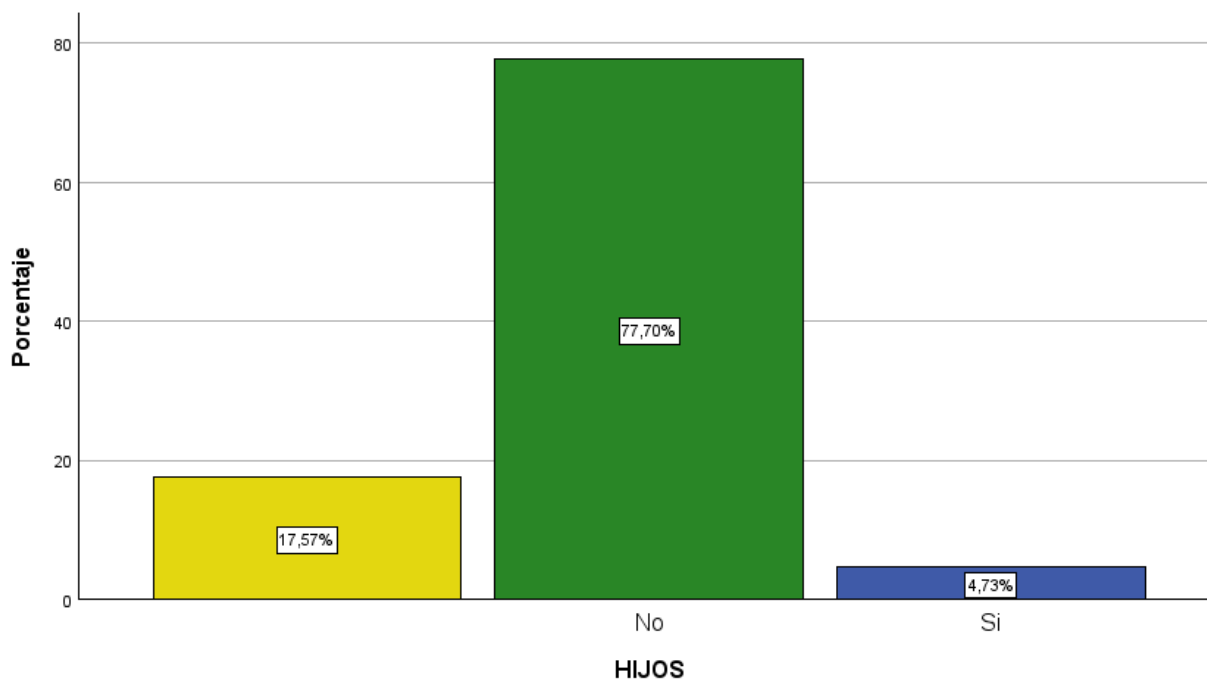
*Distribución de los participantes de acuerdo con el método anticonceptivo que emplea si ya han iniciado su vida sexual.*



Respecto al tipo de método anticonceptivo que ocupan los participantes encuestados, se observa que la mayoría de los encuestados, un 27,70 % emplean los métodos de barrera. Se evidencia que el 22,97% ocupan los métodos hormonales y el mismo porcentaje de participantes no utilizan ningún método anticonceptivo. Por otro lado, el 7,43% de los encuestados emplean métodos naturales. Solo el 1,35 % han accedido a un método definitivo. Se refleja que el 22,97% de los participantes no ha iniciado su vida sexual por lo que no ocupan ningún método anticonceptivo. El 17.57% restante corresponde a los estudiantes que no aceptaron participar en la encuesta.

**Figura 7.**

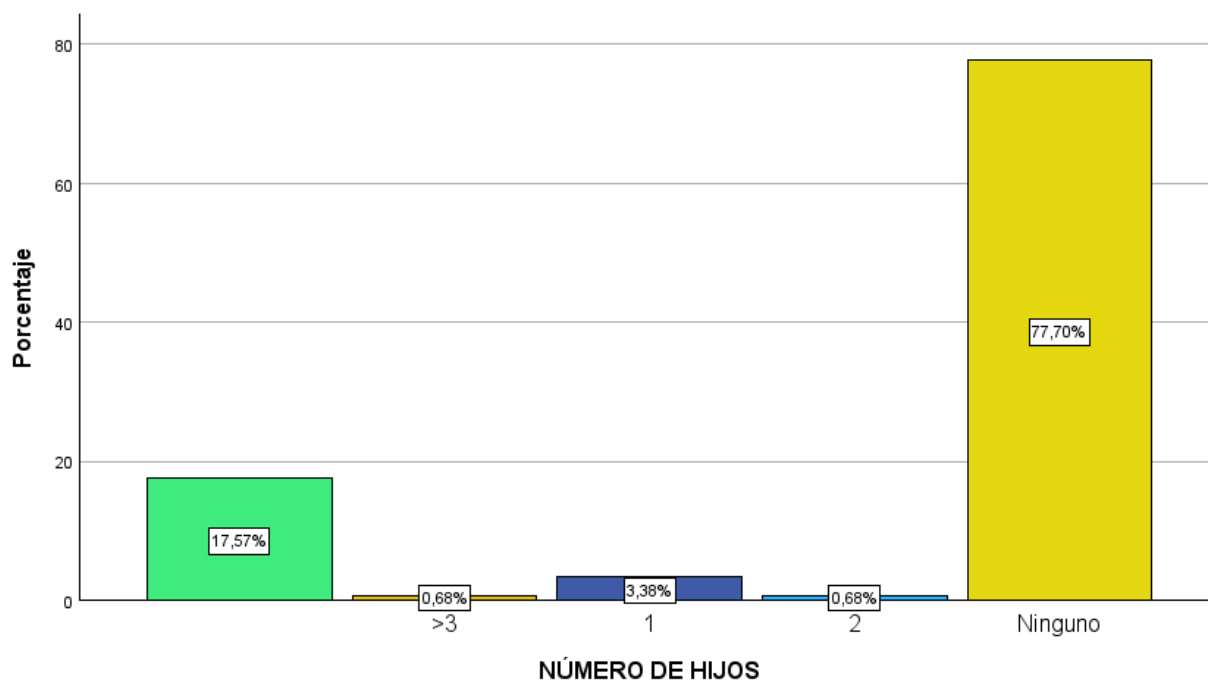
*Distribución de los participantes en función de si tienen hijos.*



Respecto si los participantes encuestados tienen hijos, se observa que un 77.70 %, no tienen hijos. En cambio, el 4,73% de los participantes si la tienen. El 17.57% restante corresponde a los estudiantes que no aceptaron participar en la encuesta.

**Figura 8.**

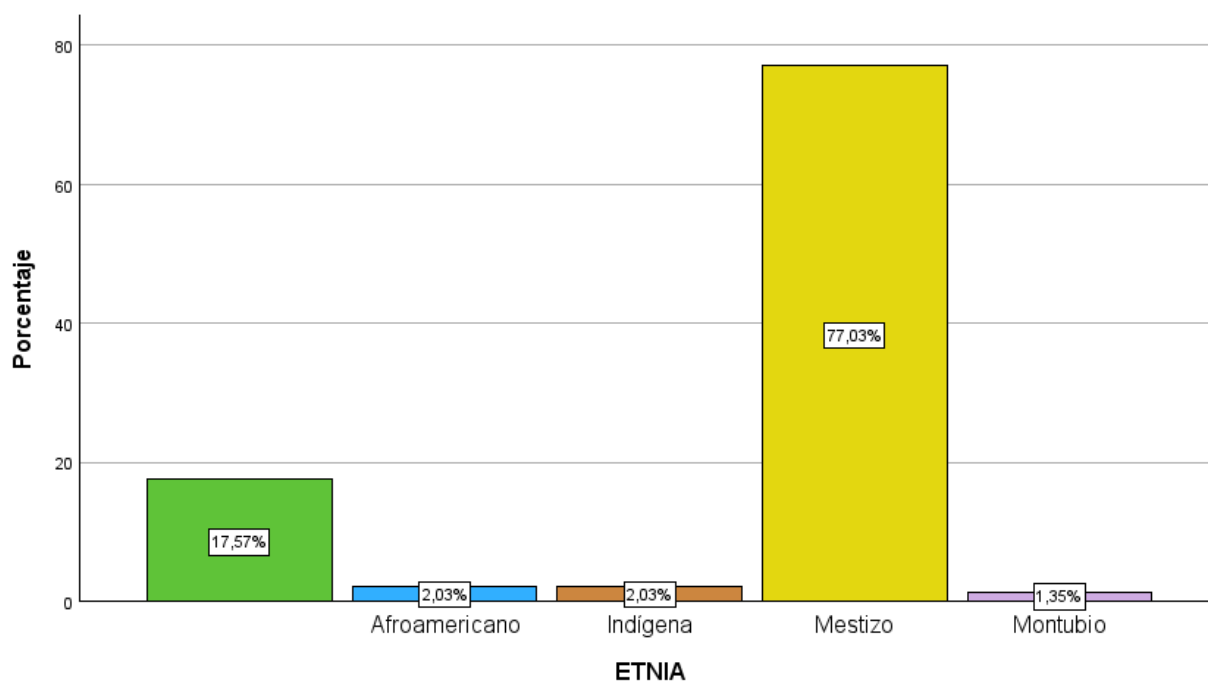
*Distribución de los participantes en función del número de hijos.*



Respecto al número de hijos que los participantes encuestados, se observa que un 77.70 %, no tienen hijos. Al contrario, 0,68% tienen más de 3 hijos, el 3,38% de los participantes tienen un hijo y el 0,68% tienen 2 hijos. El 17.57% restante corresponde a los estudiantes que no aceptaron participar en la encuesta.

**Figura 9.**

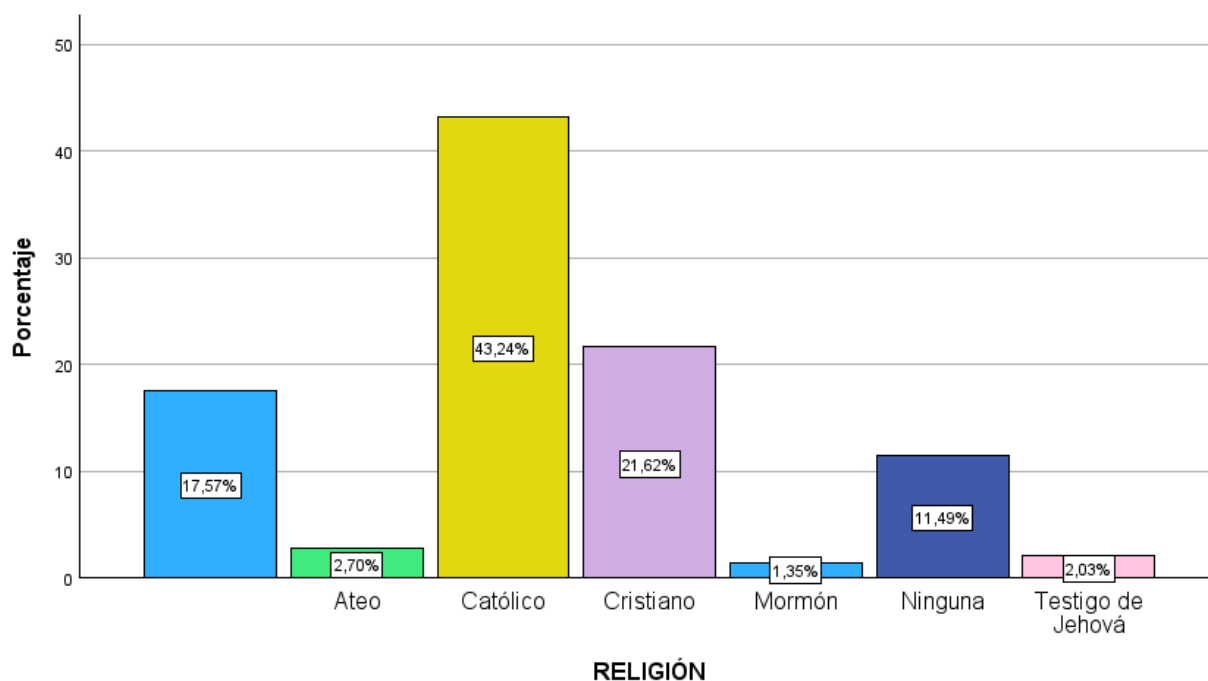
*Distribución de los participantes en función de la etnia.*



Respecto a la etnia de los participantes encuestados, se observa que un 77.03 % son mestizos. El 2,03% se identifican como indígenas, el 1,35% son montubios y el 2,03% son afroamericanos. El 17.57% restante corresponde a los estudiantes que no aceptaron participar en la encuesta.

**Figura 10.**

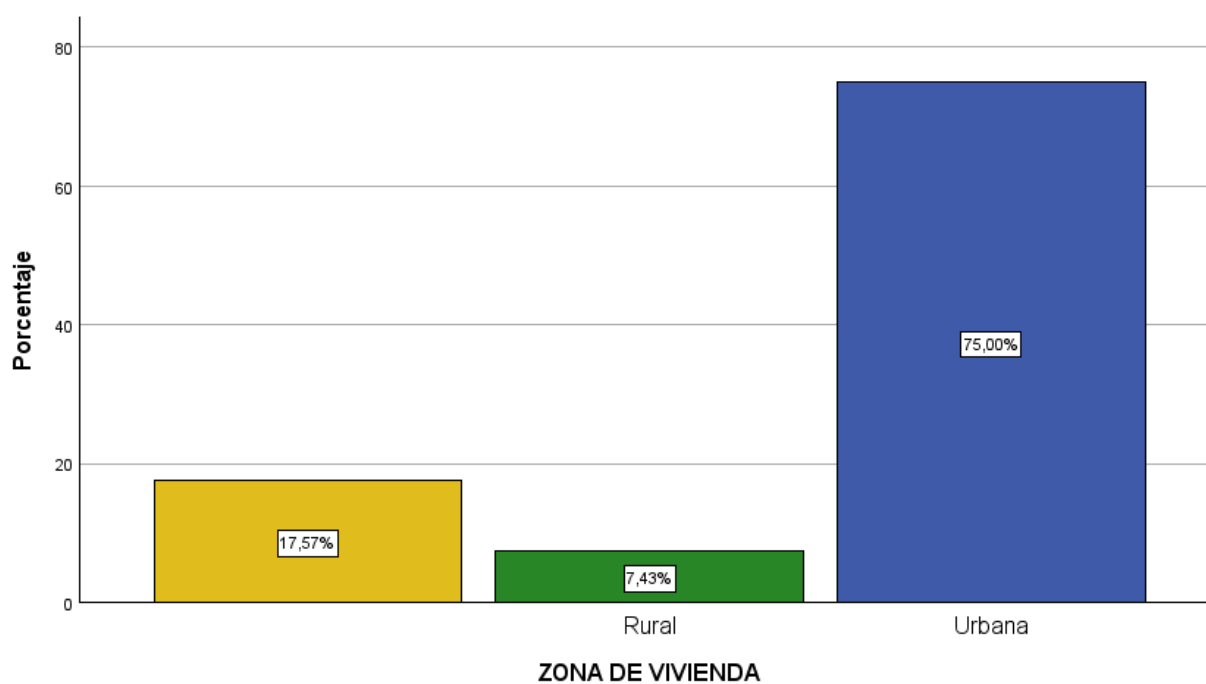
*Distribución de los participantes en función de la religión.*



Respecto a la religión de los participantes encuestados, se observa que un 43.27 % son católicos, 21,62% son cristianos y el 11,49% no practican ninguna religión. La categoría con menos porcentaje son los ateos que representan el 2, 70% y el mormón con 1, 35%. El 17.57% restante corresponde a los estudiantes que no aceptaron participar en la encuesta.

**Figura 11.**

*Distribución de los participantes en función de la zona de vivienda.*

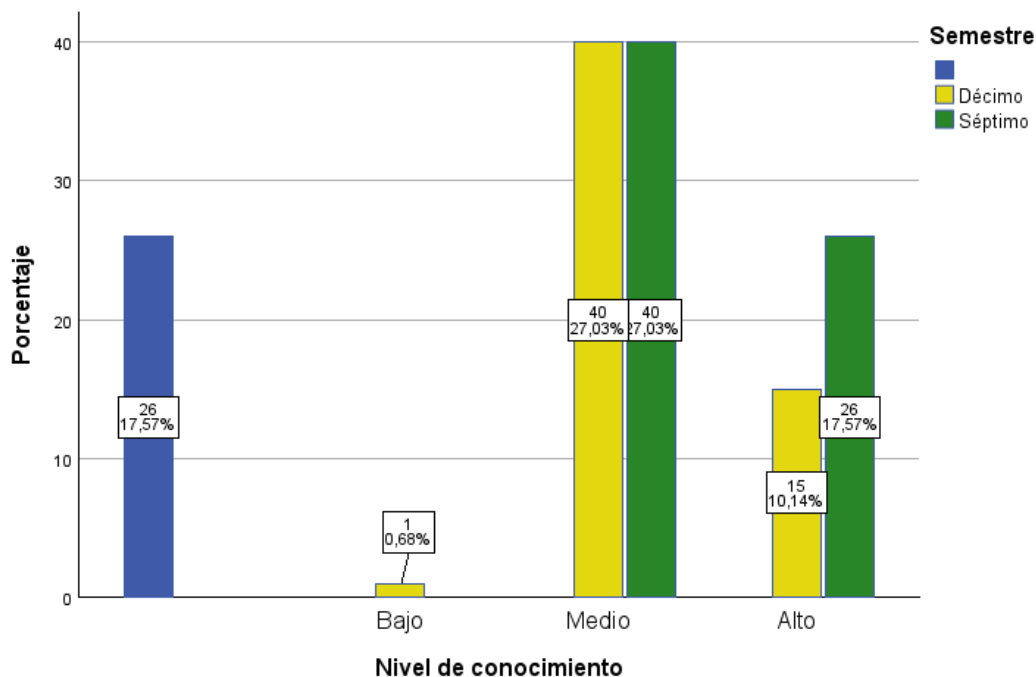


Respecto a la zona de vivienda de los participantes encuestados, se observa que un 75.00% vive en la zona urbana. En cambio, el 7,43% de los participantes viven en una zona rural. El 17.57% restante corresponde a los estudiantes que no aceptaron participar en la encuesta.

## 5.2 CONOCIMIENTO DE LA VASECTOMÍA

**Figura 12.**

*Nivel de conocimientos de los estudiantes de décimo y séptimo semestre.*



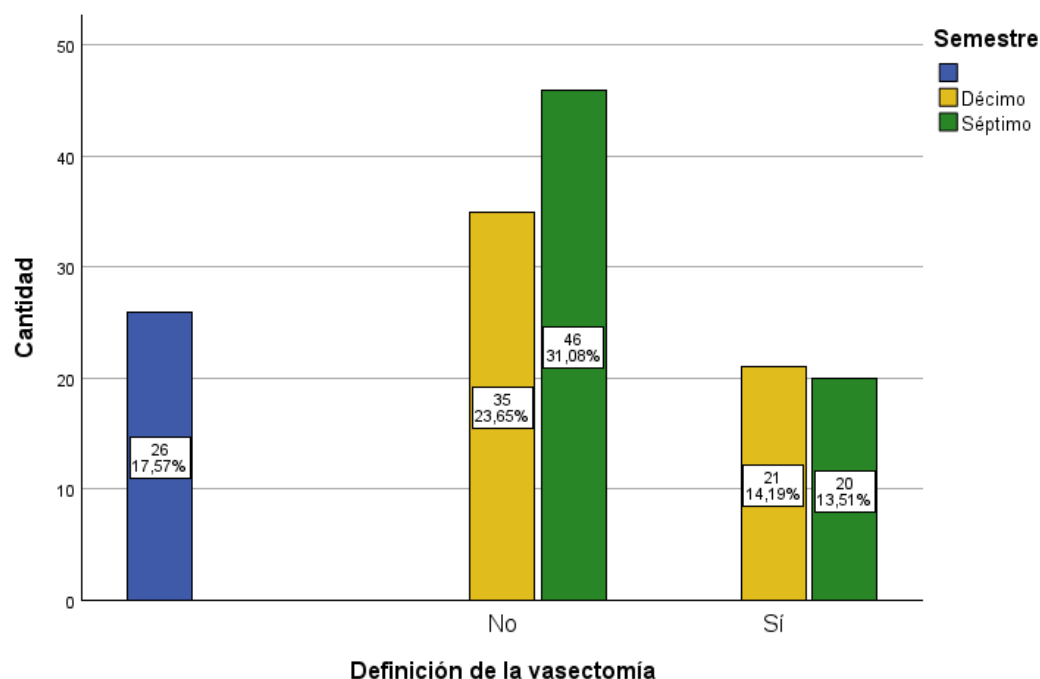
En el estudio para determinar el nivel de conocimiento de los estudiantes sobre la vasectomía mediante varias preguntas, que se detallan más adelante, se encontró lo siguiente:

De los estudiantes de séptimo semestre, 26 tienen un nivel de conocimiento alto, 40 un conocimiento medio. En el décimo semestre, 15 estudiantes tienen un conocimiento alto, 40 un conocimiento medio 1 participante un nivel de conocimiento bajo. Se calculó el valor de chi cuadrado de 3.13 con un valor de P de 0.208.

Dado que el valor de P es mayor que el nivel de significancia de 0.05, no hay suficiente evidencia para afirmar que existe una diferencia significativa en el conocimiento sobre la vasectomía entre los estudiantes de séptimo y décimo semestre.

**Figura 13.**

*Relación entre el semestre y el nivel de conocimiento sobre la definición de la vasectomía.*



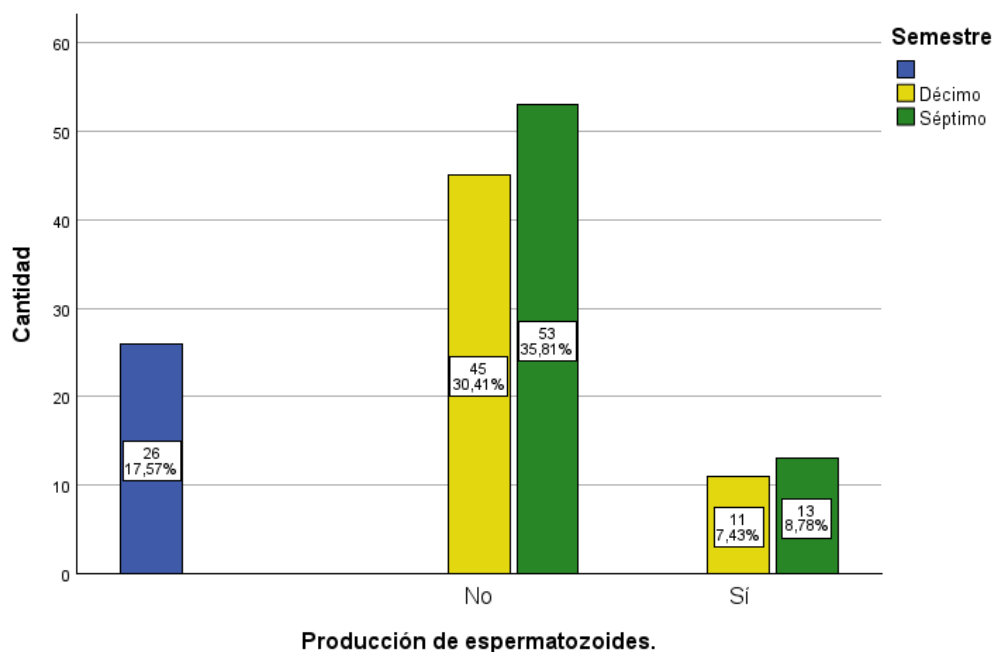
Dentro de las preguntas para determinar el grado de conocimiento se abordó el tema sobre la definición de la vasectomía, se encontró los siguientes datos:

De los estudiantes de séptimo semestre, 46 conocen en que consiste la vasectomía, 20 no conocen la definición de este procedimiento. En el décimo semestre, 35 estudiantes conocen la definición y 21 no lo saben. Se calculó un valor de chi cuadrado de 0,703 con un valor de P de 0.2008.

Dado que el valor de P es mayor que el nivel de significancia de 0.05, no hay evidencia para confirmar que existe una diferencia significativa en el conocimiento sobre la definición de la vasectomía entre los estudiantes de séptimo y décimo semestre.

**Figura 14.**

*Relación entre el semestre y el nivel de conocimiento sobre la producción de espermatozoides.*



En el estudio realizado para evaluar el nivel de conocimiento sobre la producción de espermatozoides posterior a la vasectomía entre estudiantes de séptimo y décimo semestre, se encontró lo siguiente:

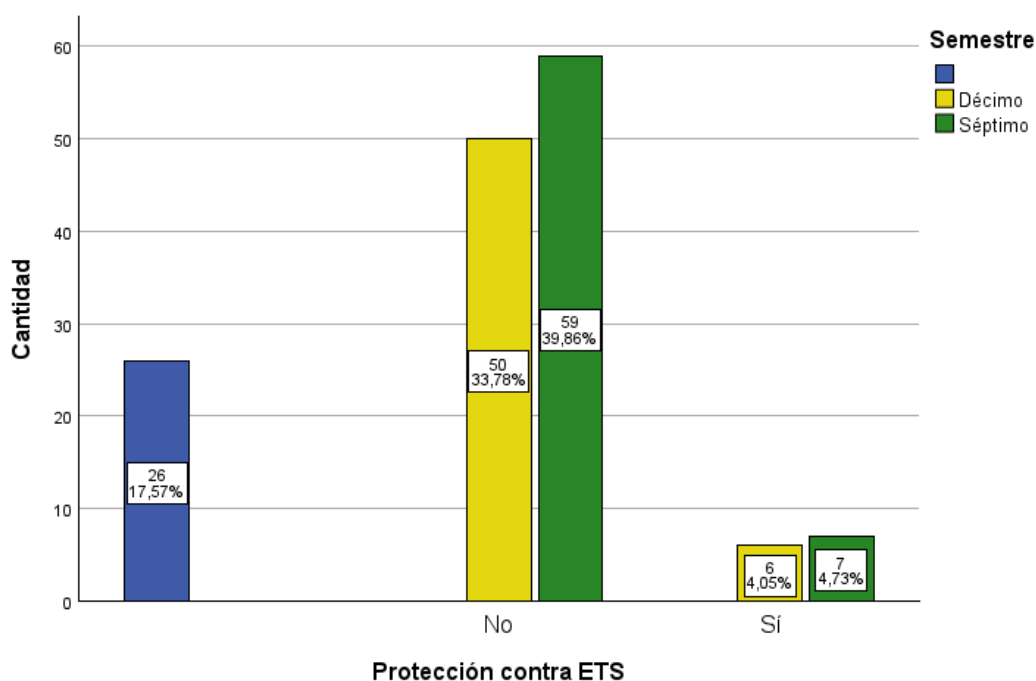
De los estudiantes de séptimo semestre, 13 indicaron que se deja de producir espermatozoides y 53 indicaron que la producción no se ve afectada. En el décimo semestre, 11 estudiantes también indicaron que la producción sí se ve afectada luego de la vasectomía, pero 45 participantes mencionaron que no existe alteración. Se calculó un valor de chi cuadrado de 0,00005614 con un valor de P de 0.4970.

Dado que el valor de P es mayor que el nivel de significancia de 0.05, no hay evidencia suficiente para afirmar que existe una diferencia significativa en el conocimiento sobre la

producción de espermatozoides, posterior a la vasectomía, entre los estudiantes de séptimo y décimo semestre.

**Figura 15.**

*Relación entre semestre y el nivel de conocimiento sobre la protección contra las ETS.*



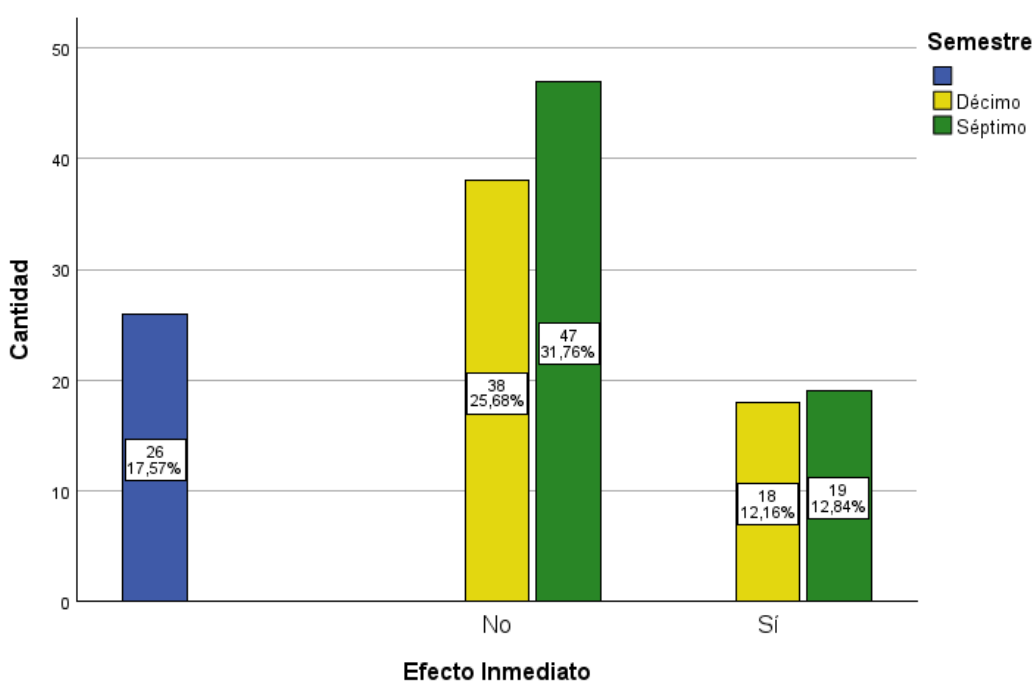
Respecto al nivel de conocimiento sobre la protección de la vasectomía contra las ETS entre estudiantes de séptimo y décimo semestre, se encontró lo siguiente:

De los estudiantes de séptimo semestre, 7 indicaron que la vasectomía sí protege contra las ETS, 59 participantes indicaron lo contrario. En el décimo semestre, 6 estudiantes también indicaron que la vasectomía sí brinda protección contra las ETS y 50 personas mencionaron que proporciona ninguna protección. Se calculó un valor de chi cuadrado de 0,0003727 con un valor de P de 0.492.

Dado que el valor de P es mayor que el nivel de significancia de 0.05, no que existe diferencia significativa entre el conocimiento sobre la protección contra las ETS de la vasectomía entre los estudiantes de séptimo y décimo semestre.

**Figura 16.**

*Relación entre el semestre y el nivel de conocimiento sobre la eficacia de la vasectomía.*



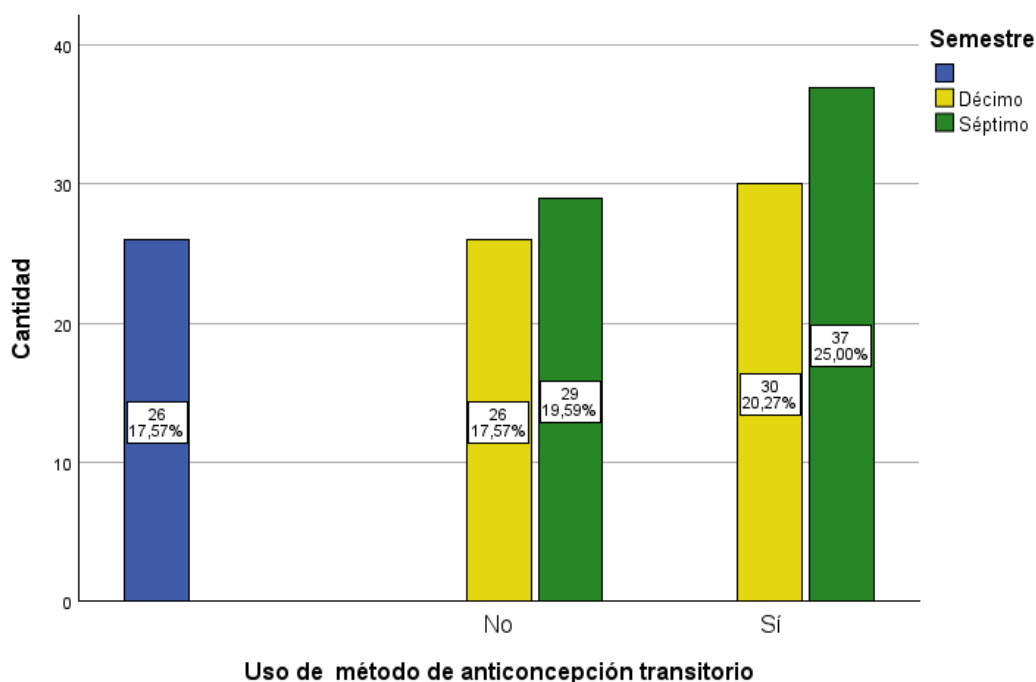
Respecto al nivel de conocimiento sobre la eficacia de la vasectomía entre estudiantes de séptimo y décimo semestre, se encontró los siguientes datos:

De los estudiantes de séptimo semestre, 19 indicaron que el efecto de la vasectomía es inmediato, 47 participantes indicaron lo contrario. En el décimo semestre, 18 estudiantes también indicaron que la vasectomía tiene un efecto anticonceptivo inmediato y 38 personas que el efecto no es inmediato. Se calculó un valor de chi cuadrado de 0,1614 con un valor de P de 0.3439.

Dado que el valor de P es mayor que el nivel de significancia de 0.05, indica que no existe una base sólida para afirmar que hay una diferencia significativa entre los estudiantes de décimo y séptimo semestre sobre el conocimiento acerca de la eficacia de la vasectomía.

**Figura 17.**

*Relación entre el semestre y el nivel de conocimiento sobre el uso de un método de anticoncepción transitorio posterior a la cirugía.*



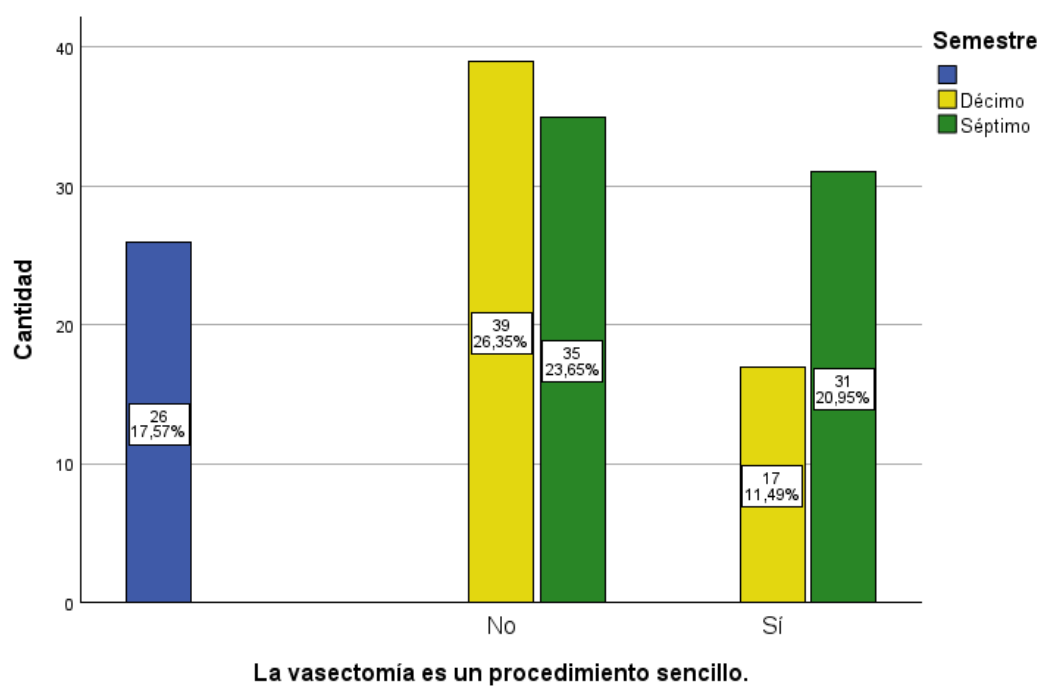
Respecto al nivel de conocimiento sobre el uso de un método anticonceptivo luego de la vasectomía entre estudiantes de séptimo y décimo semestre, se encontró los siguientes datos:

De los estudiantes de séptimo semestre, 37 indicaron sí se debe usar un método anticonceptivo, 29 participantes indicaron lo contrario. En el décimo semestre, 30 estudiantes también indicaron que sí es necesario el uso de un método anticonceptivo, 26 respondieron que no se debe usar. Se calculó un valor de chi cuadrado de 0,07582 con un valor de P de 0.3915

Dado que el valor de P es mayor que el nivel de significancia de 0.05, indica no hay evidencia suficiente para afirmar que existe una diferencia significativa en el conocimiento sobre el uso de un método anticonceptivo adicional luego de realizarse la vasectomía entre los estudiantes de séptimo y décimo semestre.

**Figura 18.**

*Relación entre el semestre y el nivel de conocimiento del grado de dificultad de la vasectomía.*



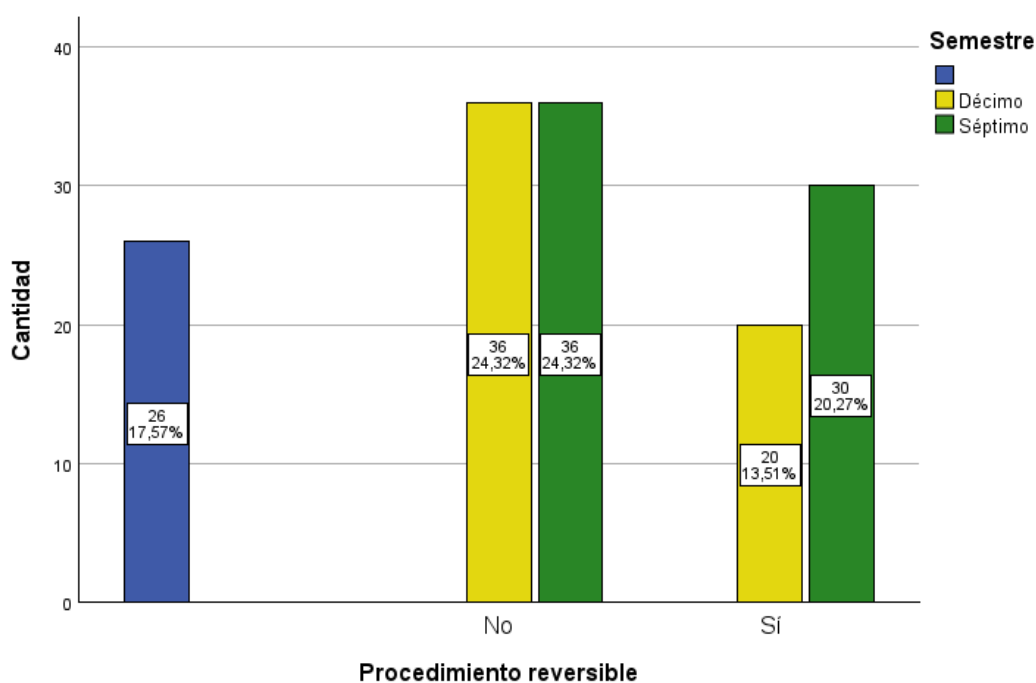
En el estudio realizado para evaluar el nivel de conocimiento sobre el grado de dificultad de la vasectomía entre estudiantes de séptimo y décimo semestre, se encontró lo siguiente:

De los estudiantes de séptimo semestre, 31 indicaron la vasectomía es un procedimiento sencillo, 35 que es un procedimiento complicado. En el décimo semestre, 17 estudiantes también indicaron que la vasectomía es sencilla y 39 respondieron que es un procedimiento complejo. Se calculó un valor de chi cuadrado de 3.503 con un valor de P de 0.030.

Dado que el valor de P es menor que el nivel de significancia de 0.05, se observa una evidencia suficiente para afirmar que existe una diferencia significativa entre el conocimiento de estudiantes de séptimo y décimo semestre sobre el grado de dificultad de la vasectomía.

**Figura 19.**

*Relación entre el semestre y el nivel de conocimiento sobre la reversibilidad de la vasectomía.*



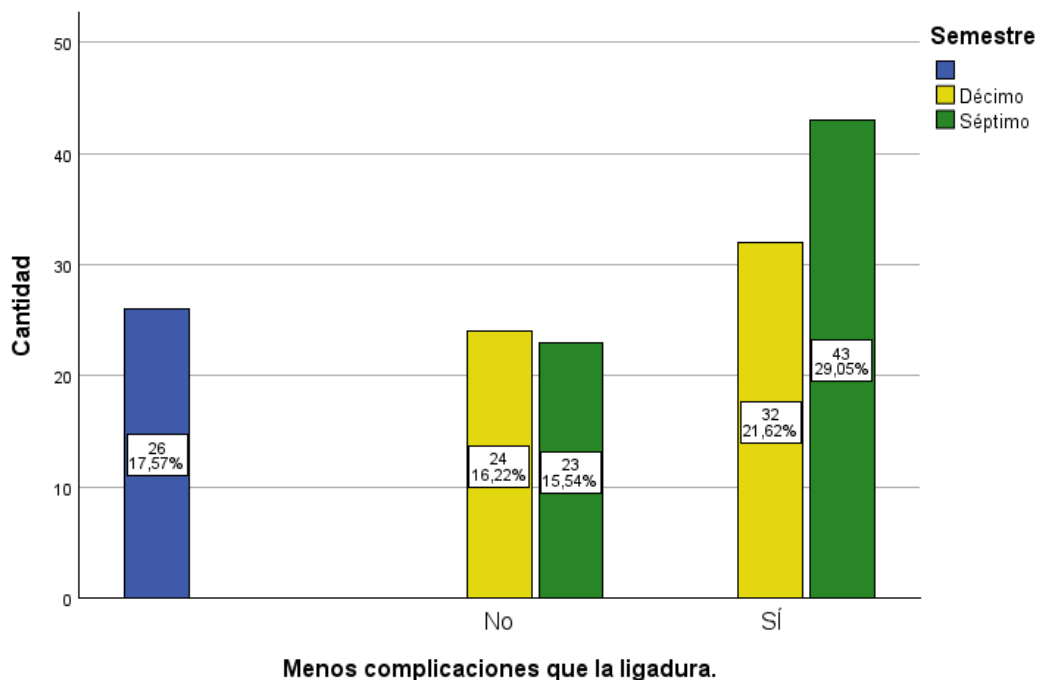
En el estudio realizado para evaluar el nivel de conocimiento sobre la reversibilidad de la vasectomía entre estudiantes de séptimo y décimo semestre, se encontró lo siguiente:

De los estudiantes de séptimo semestre, 36 indicaron que la vasectomía no es reversible y 30 que sí es reversible. En el décimo semestre, 36 estudiantes también indicaron que la vasectomía no es reversible y 20 que sí es reversible. Se calculó un valor de chi cuadrado de 1.188 con un valor de P de 0.138.

Dado que el valor de P es mayor que el nivel de significancia de 0.05, no hay evidencia suficiente para afirmar que existe una diferencia significativa en el conocimiento sobre la reversibilidad de la vasectomía entre los estudiantes de séptimo y décimo semestre.

**Figura 20.**

*Relación entre el semestre y nivel de conocimiento sobre las complicaciones de la vasectomía en comparación con la esterilización femenina.*



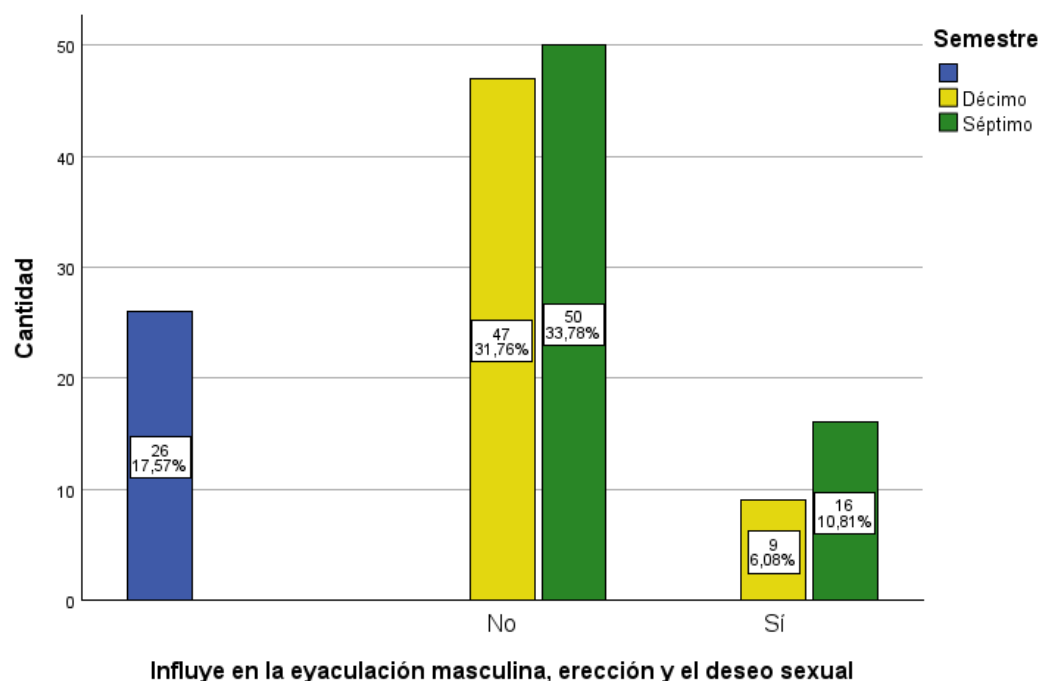
Respecto al conocimiento sobre las complicaciones de la vasectomía comparado con la esterilización femenina entre estudiantes de séptimo y décimo semestre, se encontró lo siguiente:

De los estudiantes de séptimo semestre, 43 indicaron que la vasectomía presenta menos complicaciones que la ligadura, 23 indicaron lo contrario. En el décimo semestre, 32 estudiantes también indicaron que la vasectomía tiene menos complicaciones y 24 respondieron que las complicaciones son mayores que la esterilización femenina. Se calculó un valor de chi cuadrado de 0.8205 con un valor de P de 0.182.

Dado que el valor de P es mayor que el nivel de significancia de 0.05, no hay evidencia suficiente para afirmar que existe una diferencia significativa en el conocimiento acerca de las complicaciones de la vasectomía en comparación con la esterilización femenina entre los estudiantes de séptimo y décimo semestre.

**Figura 21.**

*Relación entre el semestre y nivel de conocimiento sobre la influencia de la vasectomía en la eyaculación masculina, erección y el deseo sexual.*



Con respecto al nivel de conocimiento sobre la influencia de la vasectomía en la eyaculación, erección y deseo sexual entre estudiantes de séptimo y décimo semestre, se encontró lo siguiente:

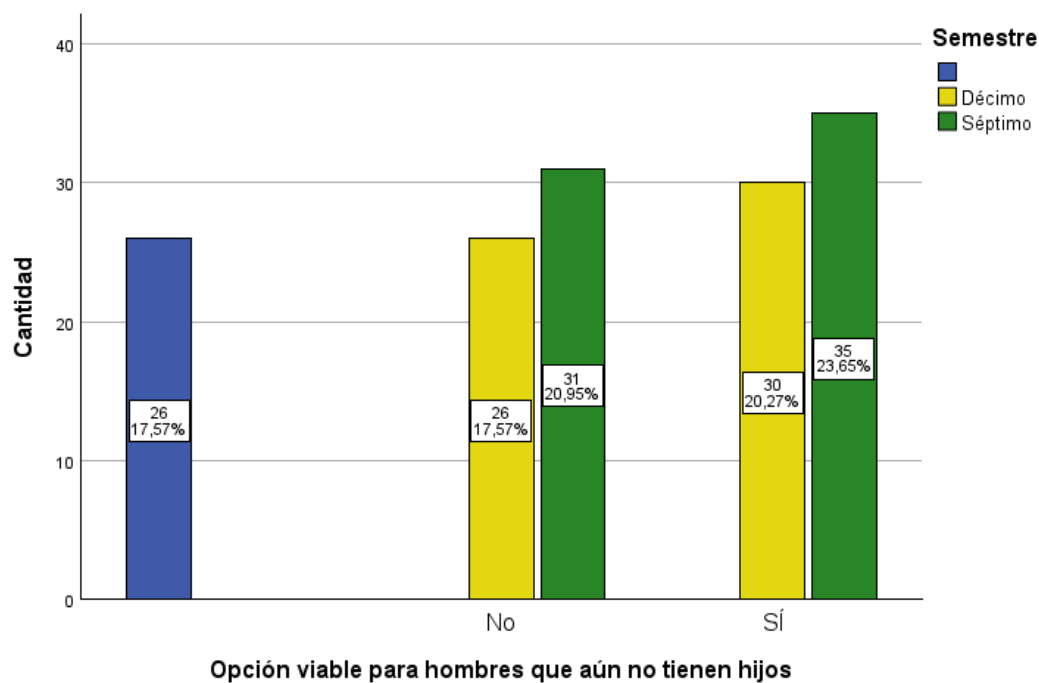
De los estudiantes de séptimo semestre, 16 indicaron que la vasectomía sí influye y 50 respondieron lo contrario. En el décimo semestre, 9 estudiantes también indicaron si existe dicha

influencia, pero 47 estudiantes respondieron que no influye. Se calculó un valor de chi cuadrado de 1.241 con un valor de P de 0.133.

Dado que el valor de P es mayor que el nivel de significancia de 0.05, no hay evidencia suficiente para afirmar que existe una diferencia significativa en el conocimiento sobre el impacto de la vasectomía en la eyaculación, la capacidad de erección y el deseo sexual del hombre entre los estudiantes de séptimo y décimo semestre.

**Figura 22.**

*Relación entre el semestre y el nivel de conocimiento sobre quien puede acceder a la vasectomía.*



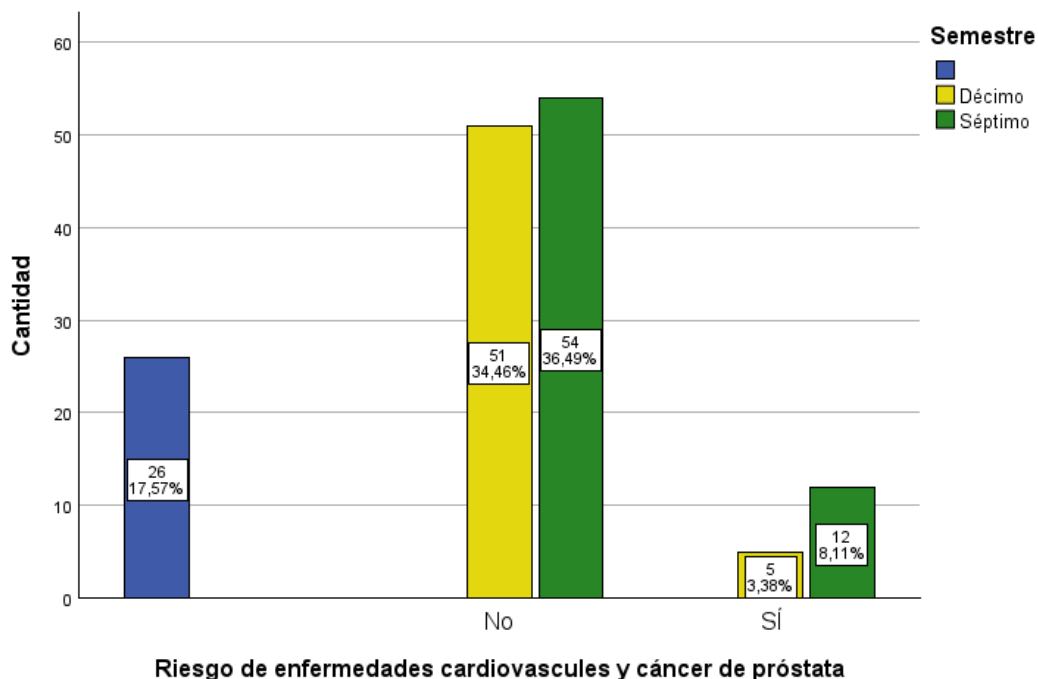
Acerca del nivel de conocimiento sobre la viabilidad para que un hombre sin hijos se realice la vasectomía, entre estudiantes de séptimo y décimo semestre, se encontró lo siguiente:

De los estudiantes de séptimo semestre, 35 indicaron que la vasectomía no es reversible y 31 que sí es reversible. En el décimo semestre, 30 estudiantes también indicaron que la vasectomía no es reversible y 26 que sí es reversible. Se calculó un valor de chi cuadrado de 0,003564 con un valor de P de 0.476.

Dado que el valor de P es mayor que el nivel de significancia de 0.05, no hay evidencia suficiente para afirmar que existe una diferencia en el conocimiento sobre criterios de elegibilidad para la vasectomía entre los estudiantes de séptimo y décimo semestre.

**Figura 23.**

*Relación entre el semestre y el nivel de conocimiento sobre el riesgo de enfermedades cardiovasculares y cáncer de próstata.*



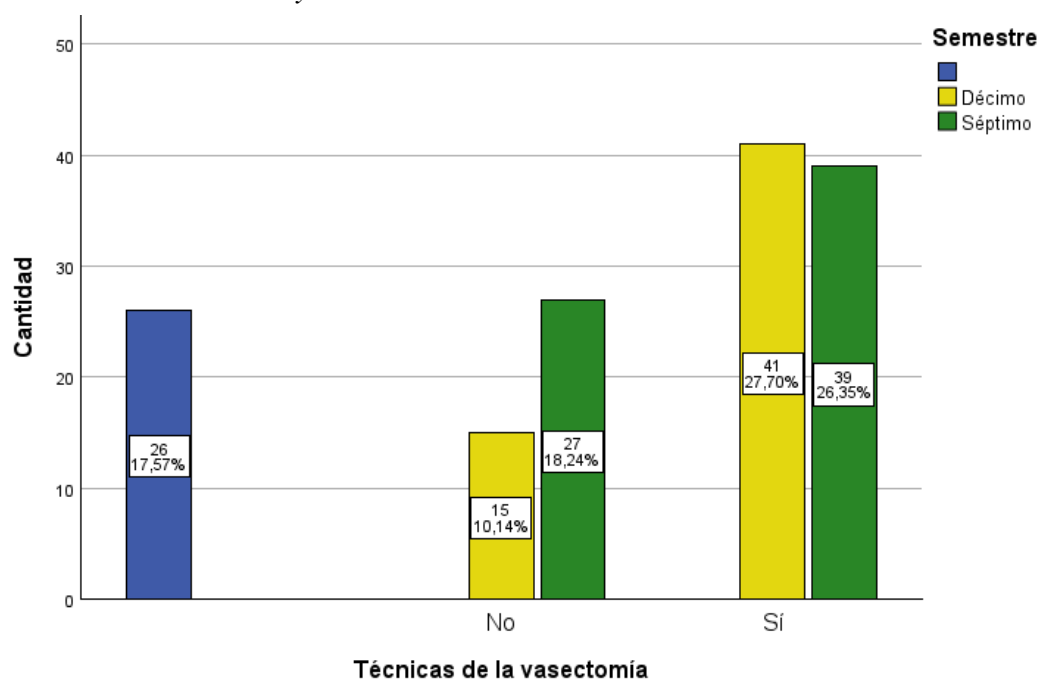
Con respecto a si la vasectomía aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares y cáncer de próstata entre estudiantes de séptimo y décimo semestre, se encontró lo siguiente:

De los estudiantes de séptimo semestre, 12 indicaron que la vasectomía no es reversible y 54 que sí es reversible. En el décimo semestre, 5 estudiantes también indicaron que la vasectomía no es reversible y 51 que sí es reversible. Se calculó un valor de chi cuadrado de 2,163 con un valor de P de 0.070.

Dado que el valor de P es mayor que el nivel de significancia de 0.05, no hay evidencia suficiente para afirmar que existe una diferencia significativa en el conocimiento sobre conocimiento sobre las enfermedades mencionadas y su relación con la vasectomía, entre los estudiantes de séptimo y décimo semestre.

**Figura 24.**

*Relación entre el semestre y el nivel de conocimiento sobre las técnicas de vasectomía.*



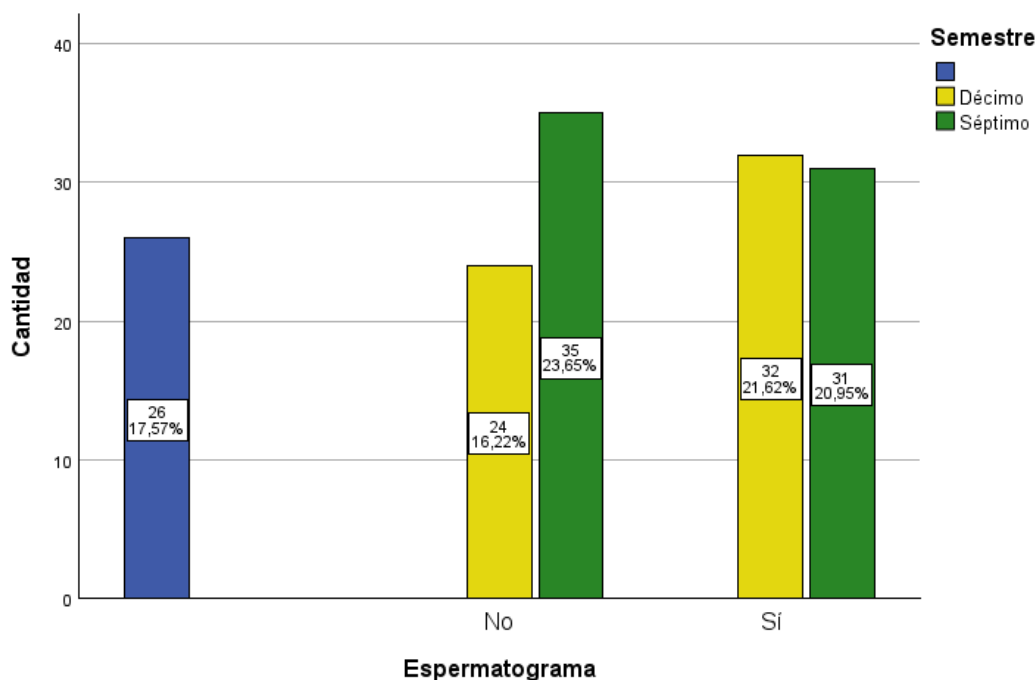
Con respecto al conocimiento sobre la técnica de vasectomía percutánea (sin bisturí, o de Li Shunqiang) entre estudiantes de séptimo y décimo semestre, se encontró lo siguiente:

De los estudiantes de séptimo semestre, 39 conocen sobre esta técnica, 27 no saben cómo se realiza esta técnica quirúrgica. En el décimo semestre, 41 estudiantes también conocen sobre esta técnica y 15 no. Se calculó un valor de chi cuadrado de 2,677 con un valor de P de 0.050.

Dado que el valor de P es igual que el nivel de significancia de 0.05, se determina que hay evidencia suficiente para afirmar que existe una diferencia entre el nivel de conocimiento acerca de la técnica sin bisturí, para realizar la vasectomía, entre los estudiantes de séptimo y décimo semestre.

**Figura 25.**

*Relación entre el semestre y el nivel de conocimiento sobre la realización de un espermograma antes de la cirugía.*



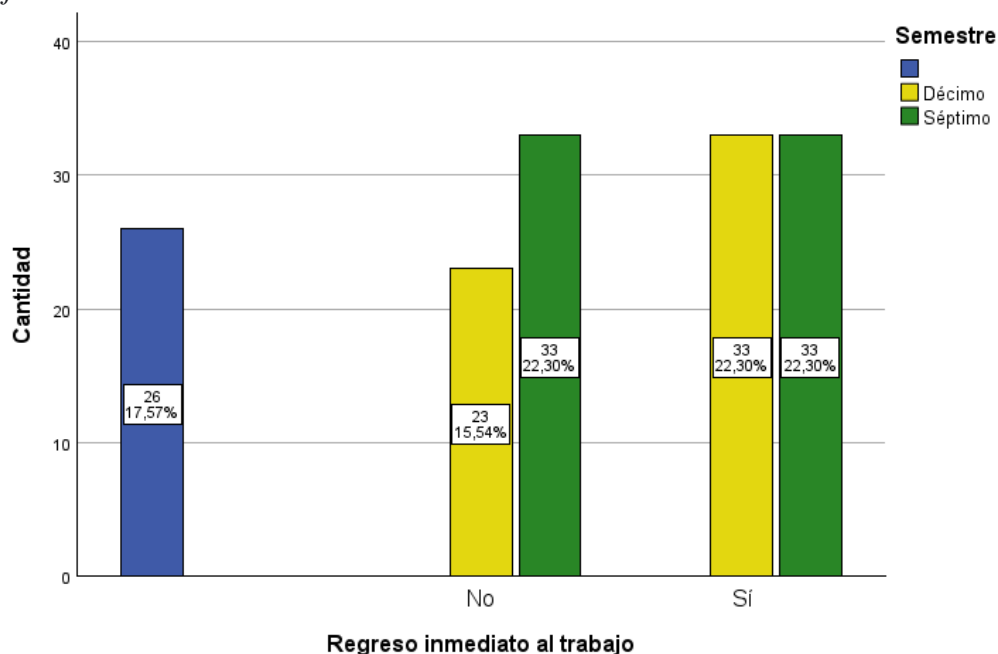
Con respecto al conocimiento sobre la indicación de realizarse un espermograma antes de la cirugía, entre estudiantes de séptimo y décimo semestre, se encontró lo siguiente:

De los estudiantes de séptimo semestre, 31 indicaron que sí se debe realizar un espermograma y 35 que no. En el décimo semestre, 32 estudiantes también indicaron el espermograma es un requisito antes de una realizarse la vasectomía y 24 respondieron que no. Se calculó un valor de chi cuadrado de 1,255 con un valor de P de 0.131

Dado que el valor de P es mayor que el nivel de significancia de 0.05, no hay evidencia suficiente para afirmar que existe una diferencia significativa en el conocimiento sobre la realización del espermograma previo a la vasectomía entre los estudiantes de séptimo y décimo semestre.

**Figura 26.**

*Relación entre el semestre y el nivel de conocimiento sobre cuándo debe regresar el paciente al trabajo.*



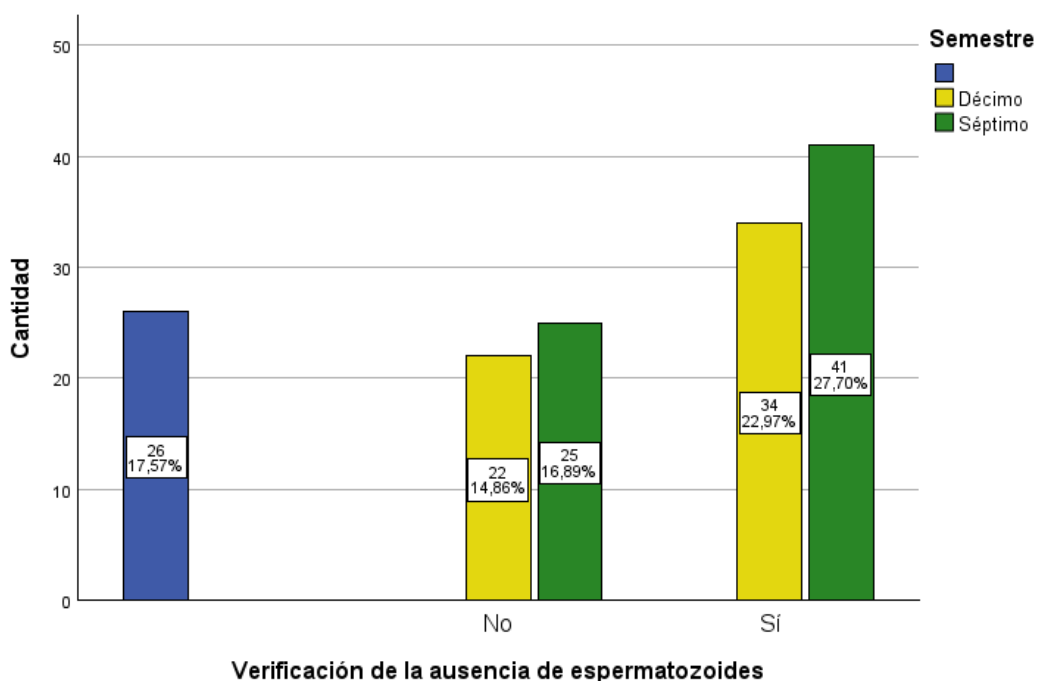
Con respecto al conocimiento sobre el tiempo de reposo luego de la vasectomía entre estudiantes de séptimo y décimo semestre, se encontró lo siguiente:

De los estudiantes de séptimo semestre, 33 indicaron que el regreso al trabajo debe ser inmediato y 33 que no. En el décimo semestre, 33 estudiantes también indicaron que sí debe regresar a las actividades inmediatamente y 23 respondieron que no. Se calculó un valor de chi cuadrado de 0.972 con un valor de P de 0.162

Dado que el valor de P es mayor que el nivel de significancia de 0.05, no hay evidencia suficiente para afirmar que existe una diferencia significativa en el conocimiento sobre el tiempo de reposo posterior a la vasectomía entre los estudiantes de séptimo y décimo semestre.

**Figura 27.**

*Relación entre el semestre y el nivel de conocimiento sobre cuando retirar el método anticonceptivo transitorio.*



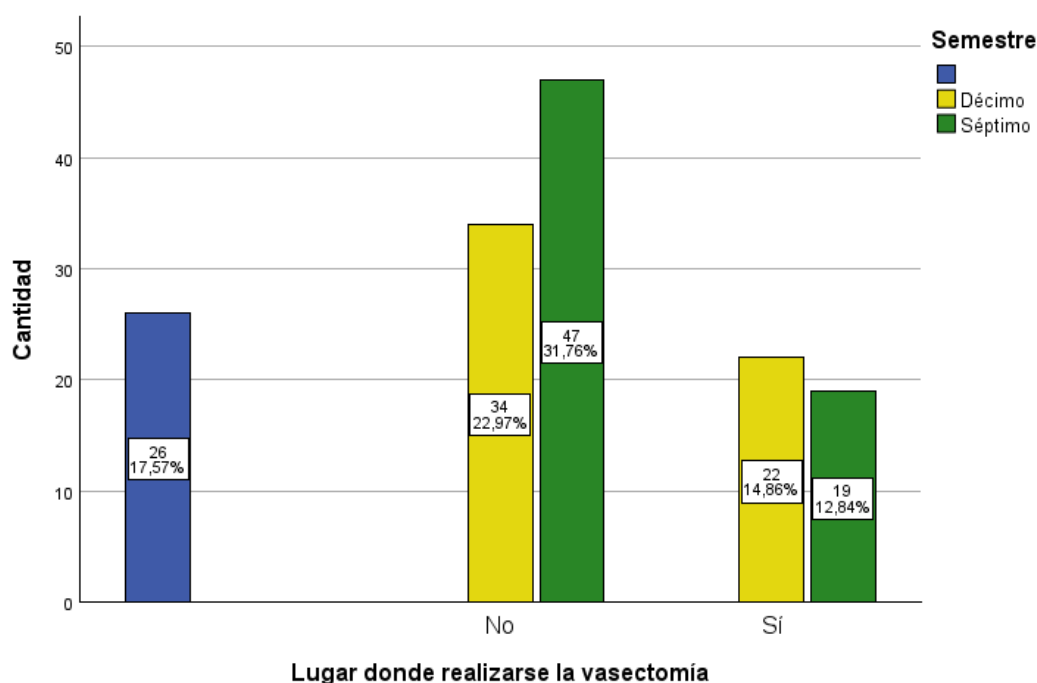
Con respecto al conocimiento sobre las características del espermograma para verificar la efectividad de la vasectomía y retirar el método anticonceptivo transitorio entre los estudiantes de séptimo y décimo semestre, se encontró lo siguiente:

De los estudiantes de séptimo semestre, 41 indicaron que se debe suspender el método anticonceptivo luego de verificar un conteo de espermatozoides  $< 10,000/\text{ml}$ , 25 participantes indicaron que no se debe suspender el método. En el décimo semestre, 34 estudiantes también indicaron que sí se debe retirar luego de verificar el conteo de espermatozoides mencionado, pero 22 respondieron que no. Se calculó un valor de chi cuadrado de 0,025 con un valor de P de 0.436.

Dado que el valor de P es mayor que el nivel de significancia de 0.05, no hay evidencia suficiente para afirmar que existe diferencia en el conocimiento sobre las características del espermograma para corroborar la efectividad de la vasectomía entre los estudiantes de séptimo y décimo semestre.

**Figura 28.**

*Relación entre el semestre y el nivel de conocimiento sobre el lugar donde realizarse la vasectomía.*



Con respecto al conocimiento sobre el lugar donde realizarse la vasectomía entre estudiantes de séptimo y décimo semestre, se encontró lo siguiente:

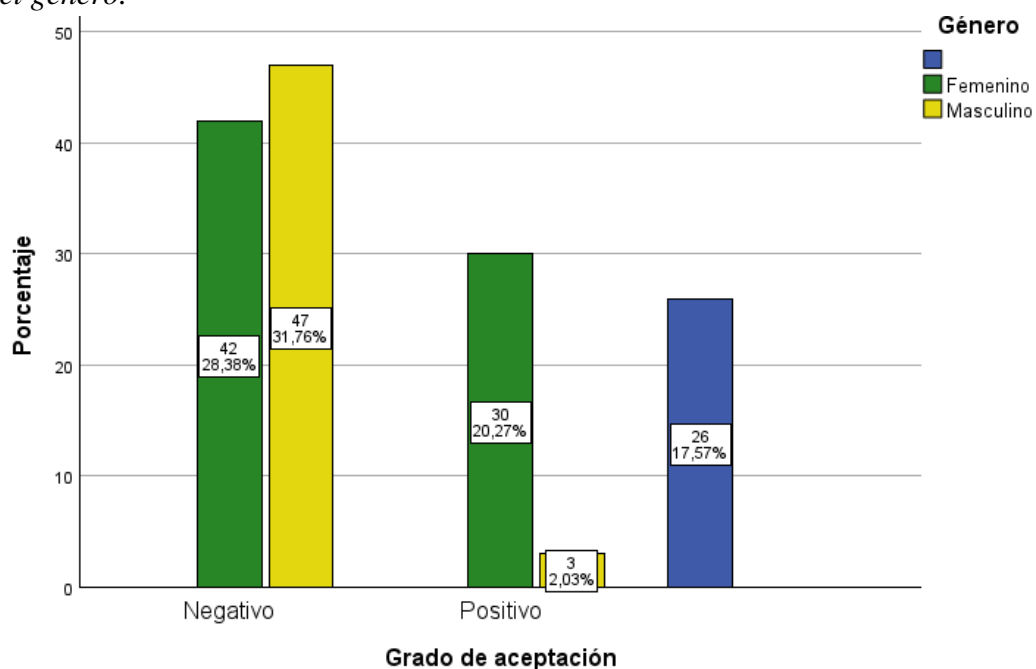
De los estudiantes de séptimo semestre, 19 indicaron sí conocen un lugar y 47 que no. En el décimo semestre, 22 estudiantes también indicaron saben dónde realizan la vasectomía y 34 respondieron que no. Se calculó un valor de chi cuadrado de 1,49 con un valor de P de 0.110.

Dado que el valor de P es mayor que el nivel de significancia de 0.05, no hay evidencia suficiente para afirmar que existe una diferencia significativa en el conocimiento sobre el lugar donde podrían realizarse la vasectomía entre los estudiantes de séptimo y décimo semestre.

### 5.3 ACTITUD ACERCA DE LA VASECTOMÍA

**Figura 29.**

*Distribución de los participantes en función de si aceptan o rechazan la vasectomía de acuerdo con el género.*



En el estudio realizado para evaluar el grado de aceptación o rechazo de la vasectomía de acuerdo con el género, se encontró lo siguiente:

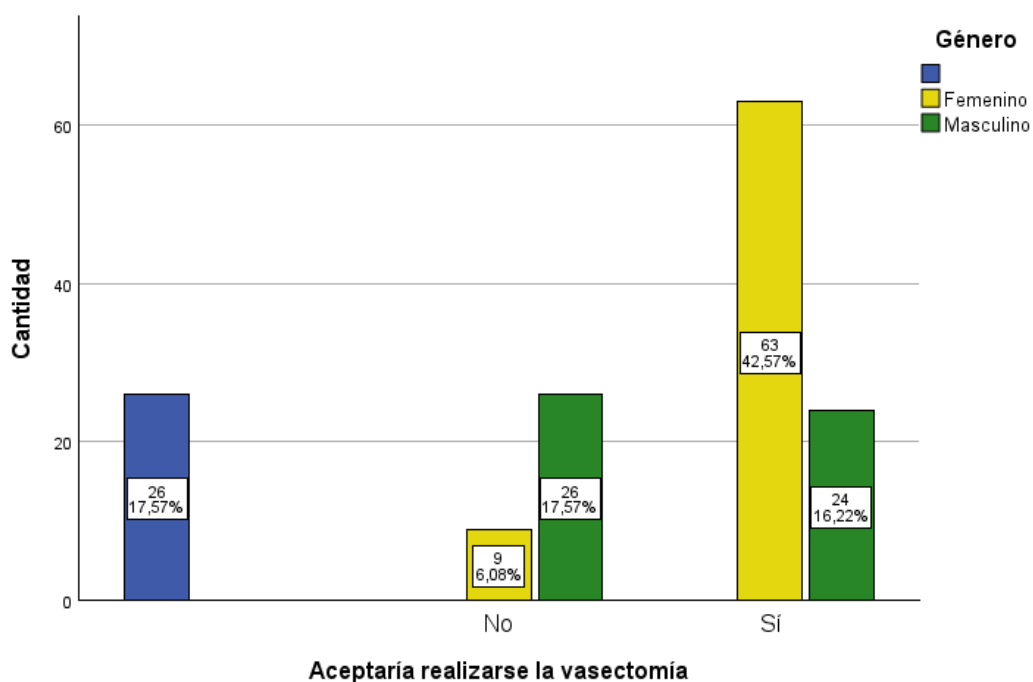
De las 72 mujeres que participaron, 30 tiene una actitud positiva para acceder a la vasectomía. Sin embargo, 42 tiene una actitud negativa que hace que rechacen la opción de que su pareja se realice este procedimiento.

Por otro lado, 50 de los participantes son hombres, 3 tienen una actitud de aceptación y 47 tienen una actitud de rechazo. Se calculó un valor de chi cuadrado de 19,02 con un valor de P de 0.000006457.

Dado que el valor de P es menor que el nivel de significancia de 0.05, hay evidencia para corroborar que existe una relación estadísticamente significativa entre el género y la decisión de aceptar o rechazar a la vasectomía como método anticonceptivo.

**Figura 30.**

*Distribución de los participantes en función de la decisión de realizarse o consentir la vasectomía de acuerdo con el género.*



Para evaluar la decisión de realizarse la vasectomía o consentirla en la pareja de acuerdo con el género, se encontró lo siguiente:

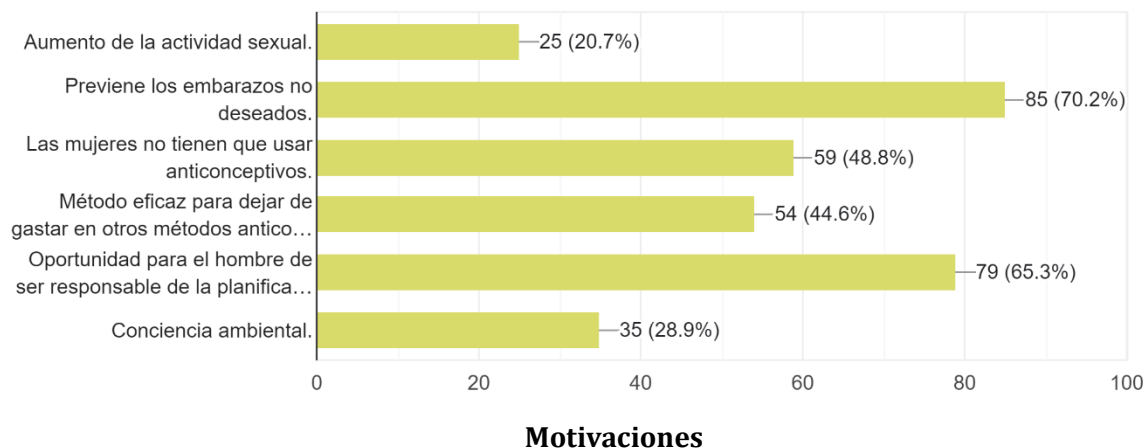
De las 72 mujeres que participaron, 63 indicaron que sí consentirían que su pareja acceda a este método anticonceptivo, 9 no estarán de acuerdo.

Por el contrario, de los 50 hombres, 24 aceptarían realizarse la vasectomía y 26 no se practicarían. Se calculó un valor de chi cuadrado de 22.5 con un valor de P de 0.000001048.

Dado que el valor de P es menor que el nivel de significancia de 0.05, hay evidencia significativa para afirmar que el género influye en la disposición a realizarse o consentir la vasectomía.

### Figura 31.

*Distribución de los participantes en función de las motivaciones para acceder a la vasectomía.*

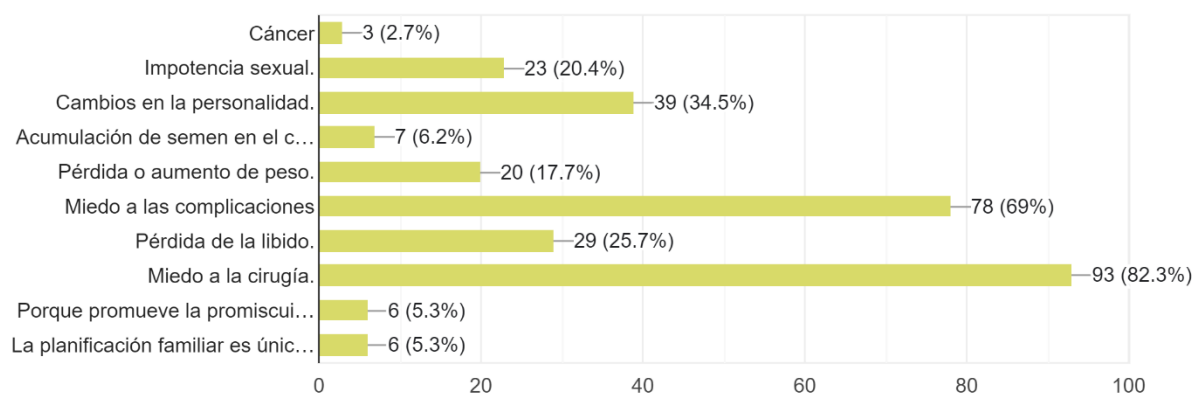


Los factores que influyen en la decisión de acceder a la vasectomía son: prevenir los embarazos no deseados (70,2%), oportunidad para que los hombres sean responsables de la planificación familiar (65,3%), las mujeres no son las únicas que deben usar métodos anticonceptivos (48,8%), método eficaz para reducir gastos en otros métodos anticonceptivos

(44,6%), crear conciencia ambiental (28,9%), incrementar la actividad sexual (20,7%). El 17,57% restante corresponde a los estudiantes que no aceptaron participar en la encuesta.

**Figura 32.**

*Distribución de los participantes en función de los factores que influirían para no acceder a la vasectomía.*

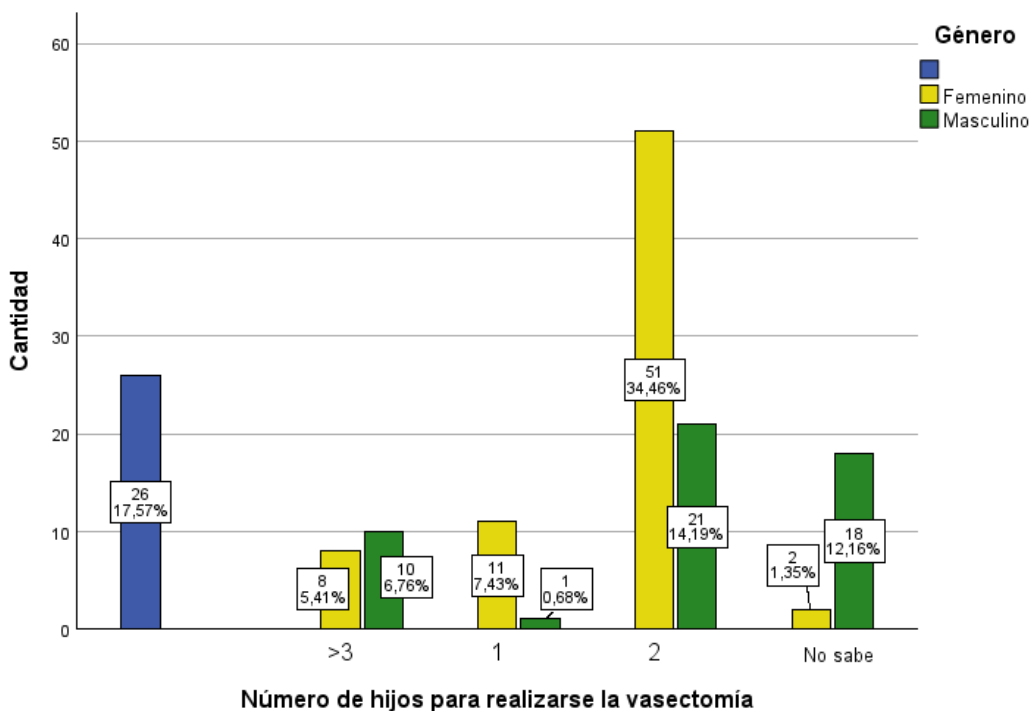


**Limitaciones**

Los factores que influyen en la decisión de no acceder a la vasectomía son: miedo a la cirugía (82,3%), miedo a las complicaciones (69%), cambios en la personalidad (34,5%), pérdida de la libido (25,7%), impotencia sexual (20,4%), pérdida o aumento de peso (17,7%), acumulación de semen en el cuerpo con efectos negativos (6,2%), promueve la promiscuidad (5,3%), La planificación familiar es únicamente para mujeres (5,3%) y el cáncer (2,7%).

**Figura 33.**

*Distribución de los participantes en función del número de hijos para realizarse la vasectomía de acuerdo con el género.*

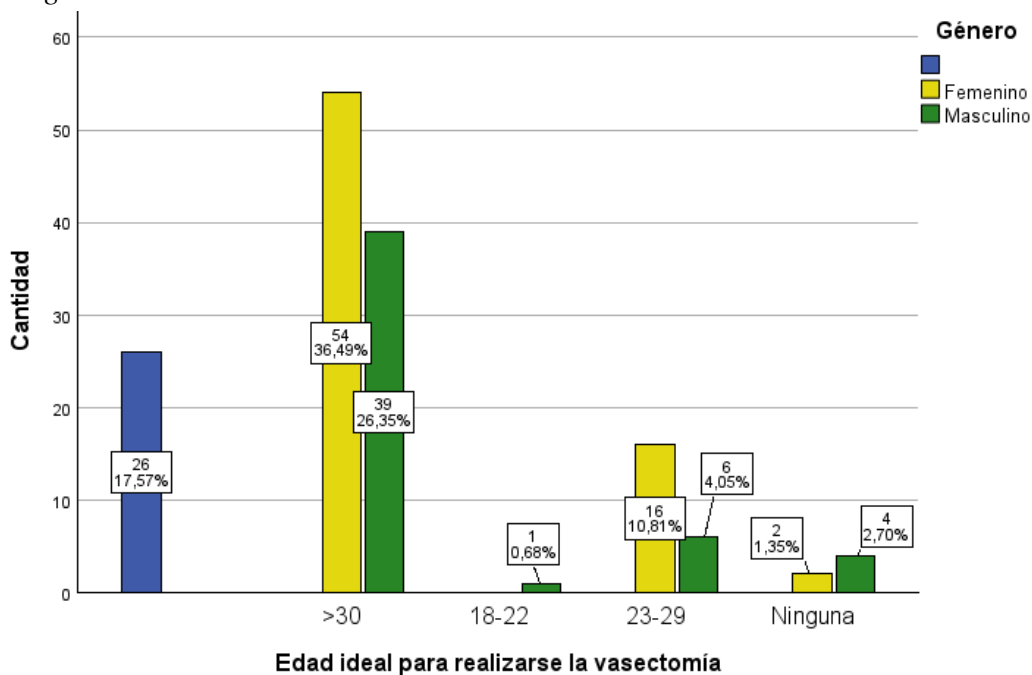


Respecto al número de hijos para realizarse la vasectomía. De las 72 mujeres, 8 respondieron más de 3 hijos, 51 con 2 hijos, 11 con 1 hijo y 2 no saben. De los 50 hombres, 10 consideran que se realizarían este procedimiento luego de 3 hijos, 21 luego de 2 hijos, 1 luego del primer hijo y 18 no saben. El valor calculado del chi cuadrado es de 30.91 y el valor de P de 0.000001.

Dado que el valor de P es menor que el nivel de significancia de 0.05, hay evidencia significativa para determinar que el género influye al decidir el momento para realizarse la vasectomía dependiendo del número de hijos.

**Figura 34.**

*Distribución de los participantes en función de la edad para realizarse la vasectomía de acuerdo con el género.*

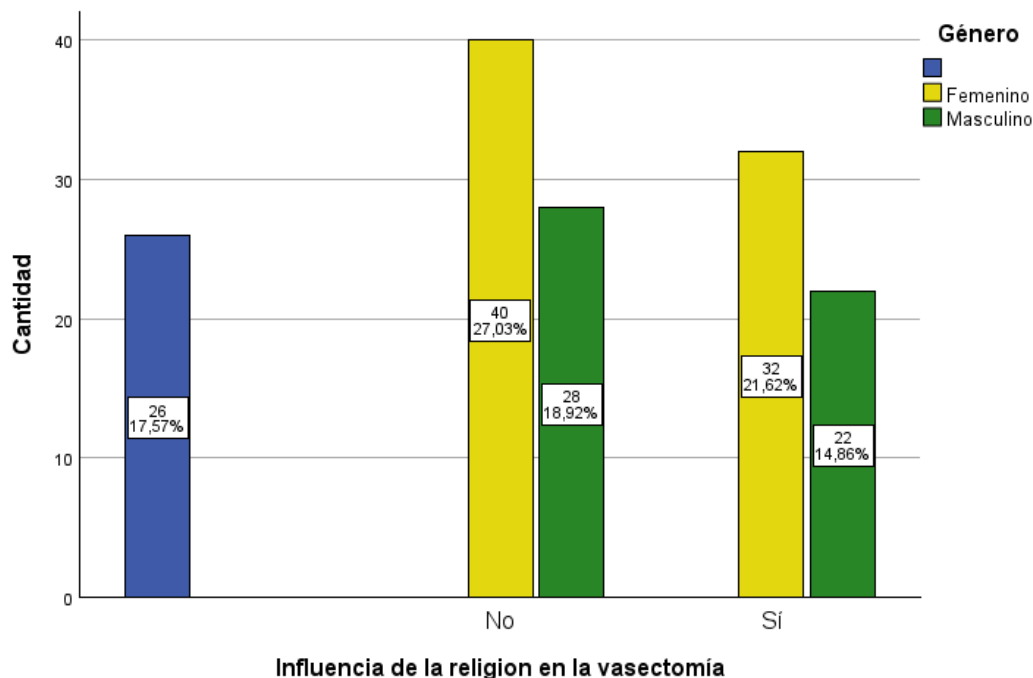


Respecto a la edad ideal para realizarse la vasectomía. De las 72 mujeres, 54 respondieron que estarían de acuerdo que fuera luego de los 30 años, 16 participantes consideran que debe ser entre los 23 y 29 años y 2 personas mencionan que no hay una edad determinada para acceder a este procedimiento. De los 50 hombres, 39 consideran que realizarían este procedimiento luego de los 30 años, 6 participantes se realizarían entre los 23 y 29 años, 1 estudiante se sometería a este procedimiento entre los 18 y 22 años y 4 personas no consideran que hay una edad específica para la vasectomía. El valor calculado del chi cuadrado es de 4.82 y el valor de P de 0.185.

Dado que el valor de P es mayor que el nivel de significancia de 0.05, no hay evidencia suficiente para afirmar que el número de hijos para realizarse la vasectomía varía dependiendo el género.

**Figura 35.**

*Distribución de los participantes en función de la religión como impedimento para acceder a la vasectomía de acuerdo con el género.*

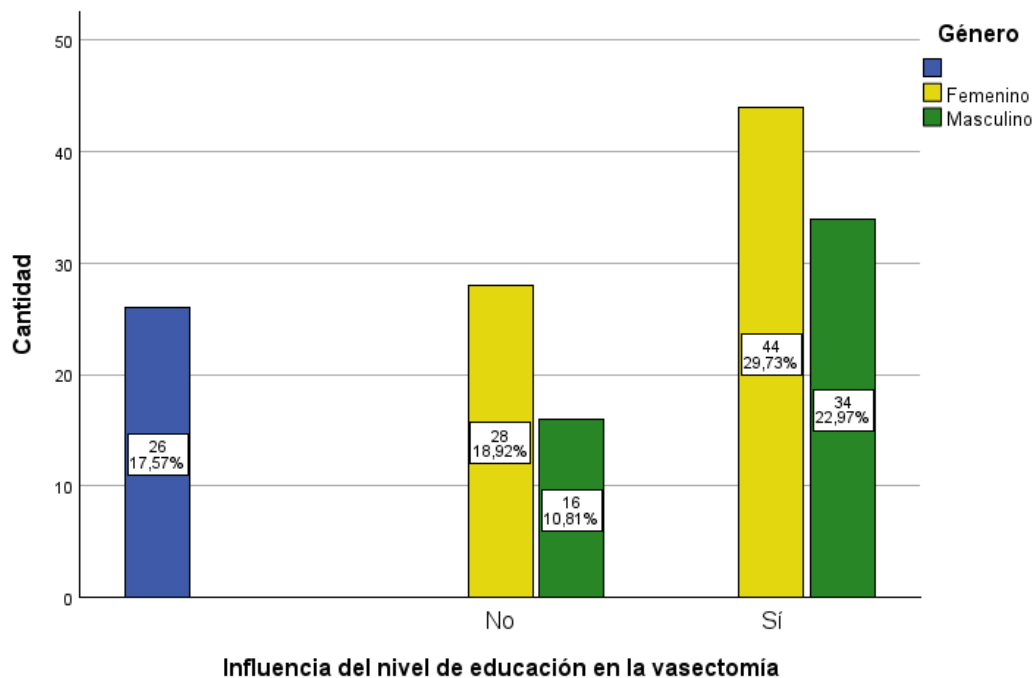


De las 72 mujeres, 32 respondieron que la religión sí influye en la decisión de someterse a la vasectomía, 40 estudiantes mencionaron lo contrario. De los 50 hombres, 22 también afirmaron que la religión sí influye, 28 participantes afirmaron que no. El valor calculado del chi cuadrado es de 0.0023 y el valor de P de 0.480.

Dado que el valor de P es mayor que el nivel de significancia de 0.05, no hay evidencia suficiente para afirmar que la influencia de la religión para acceder a la vasectomía varía de acuerdo con el género.

**Figura 36.**

*Distribución de los participantes en función del nivel de educación y su relación con la vasectomía de acuerdo con el género.*

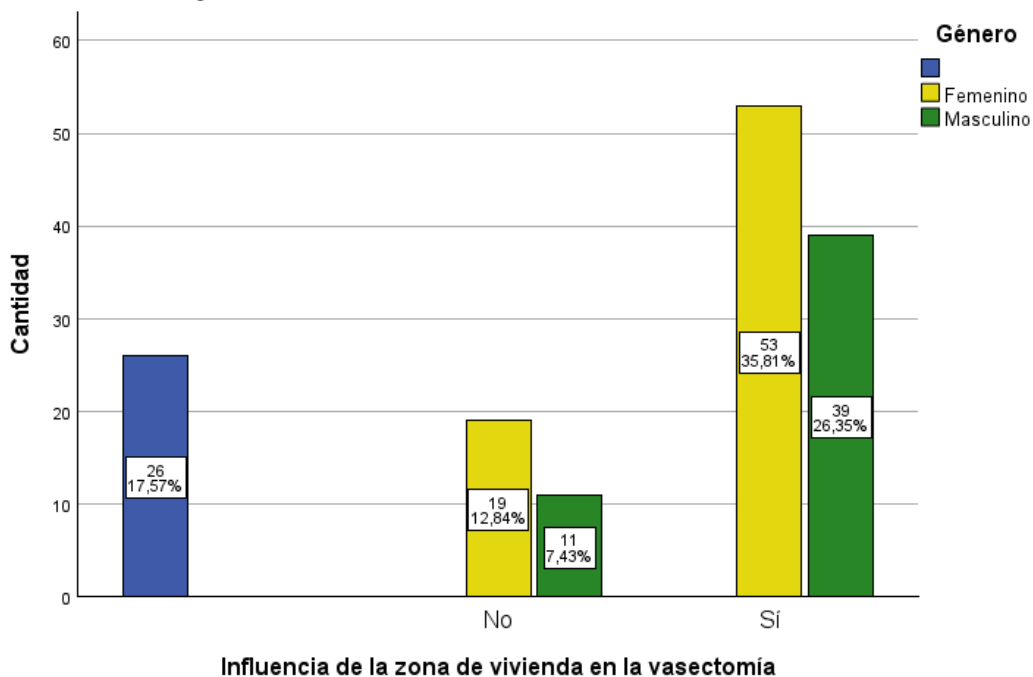


De las 72 mujeres, 44 respondieron que el nivel de educación sí influye en la decisión de someterse a la vasectomía, 28 estudiantes mencionaron lo contrario. De los 50 hombres, 34 también afirmaron que el grado de educación sí influye, 16 participantes afirmaron que no. El valor calculado del chi cuadrado es de 0.607 y el valor de P de 0.217.

Dado que el valor de P es mayor que el nivel de significancia de 0.05, no hay evidencia suficiente para afirmar que el nivel de educación para acceder a la vasectomía varía de acuerdo con el género.

**Figura 37.**

*Distribución de los participantes en función de la zona de vivienda y su relación con la vasectomía de acuerdo con el género.*

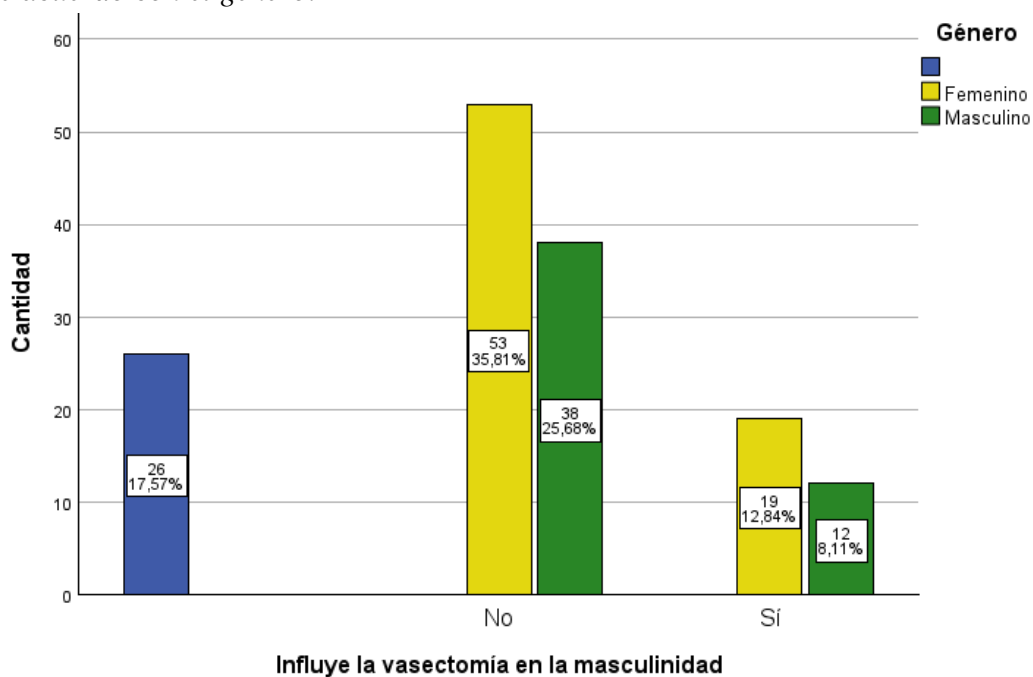


De las 72 mujeres, 53 respondieron que la zona de vivienda sí influye en la decisión de realizarse la vasectomía, 19 estudiantes mencionaron lo contrario. De los 50 hombres, 39 también afirmaron que la zona de ubicación de la vivienda sí influye, 11 participantes afirmaron que no. El valor calculado del chi cuadrado es de 0.306 y el valor de P de 0.289.

Dado que el valor de P es mayor que el nivel de significancia de 0.05, no hay evidencia suficiente para afirmar que la ubicación de la zona de la vivienda para acceder a la vasectomía varía de acuerdo con el género.

**Figura 38.**

*Distribución de los participantes en función de la masculinidad y su relación con la vasectomía de acuerdo con el género.*

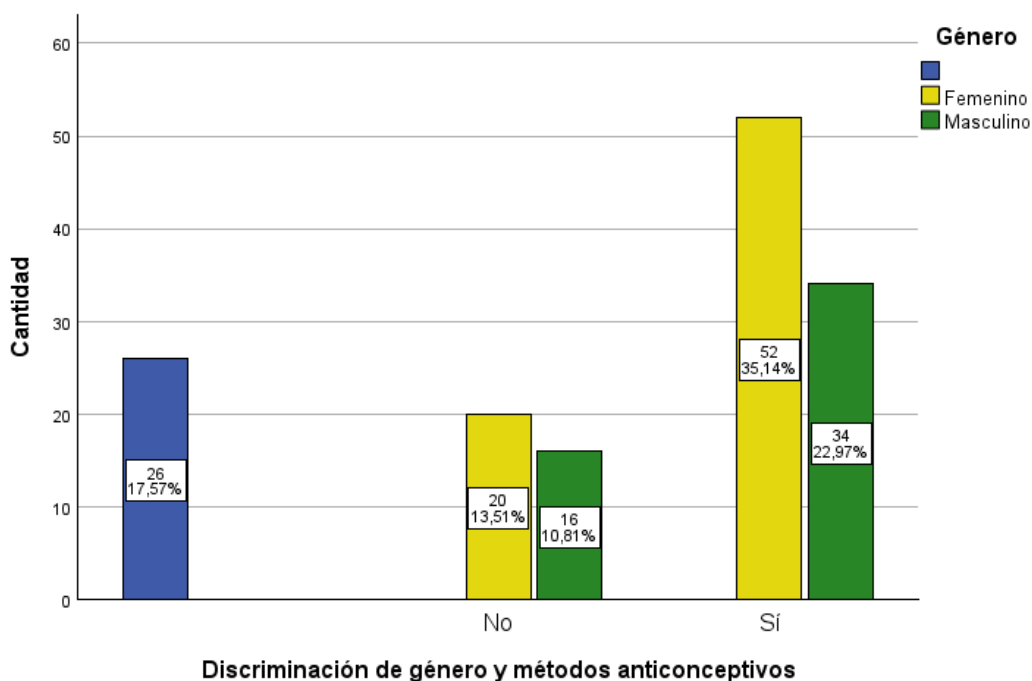


De las 72 mujeres, 19 respondieron que la vasectomía sí influye en la masculinidad de los hombres, 53 estudiantes mencionaron lo contrario. De los 50 hombres, 12 también afirmaron que masculinidad si se ve afectada por la vasectomía, 38 participantes afirmaron que no. El valor calculado del chi cuadrado es de 0.088 y el valor de P de 0.382.

Dado que el valor de P es mayor que el nivel de significancia de 0.05, no hay evidencia suficiente para afirmar que el planteamiento acerca de la influencia de la vasectomía en la masculinidad varía de acuerdo con el género.

**Figura 39.**

*Distribución de los participantes en función de la discriminación de género y los métodos anticonceptivos de acuerdo con el género.*

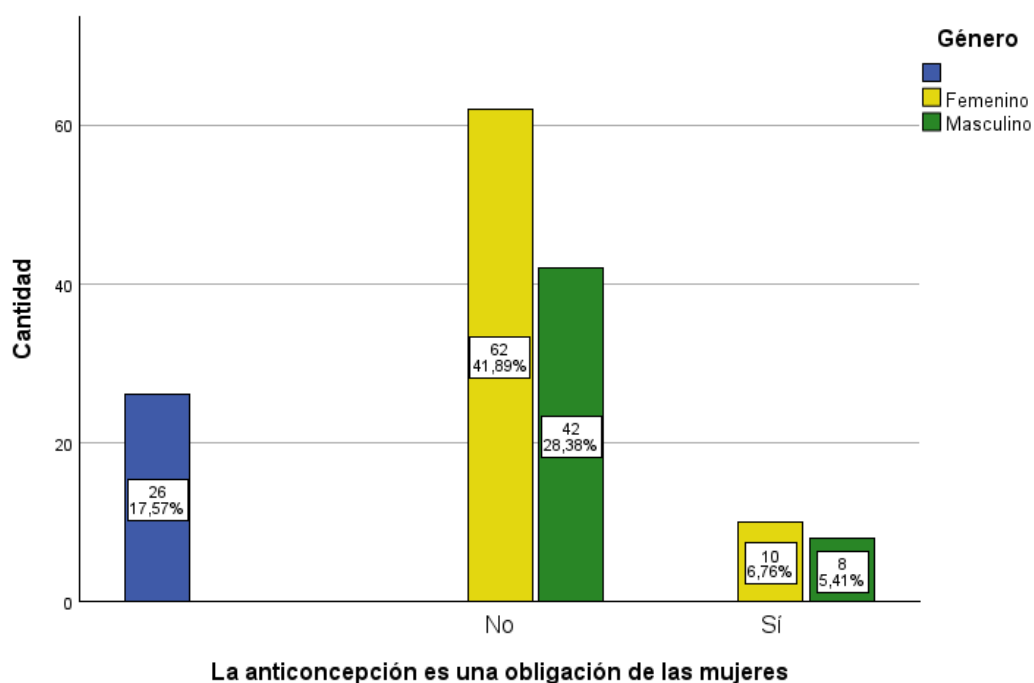


De las 72 mujeres, 52 respondieron que, si existe discriminación de género al escoger un método anticonceptivo, 20 estudiantes mencionaron lo contrario. De los 50 hombres, 34 también afirmaron que si hay discriminación de género en relación con la anticoncepción, 16 mencionaron que no. El valor calculado del chi cuadrado es de 0.259 y el valor de P de 0.307.

Dado que el valor de P es mayor que el nivel de significancia de 0.05, no hay evidencia suficiente para afirmar que la perspectiva sobre la discriminación de género en la anticoncepción varía de acuerdo con el género.

**Figura 40.**

*Distribución de los participantes en función de si la anticoncepción debe ser una obligación únicamente de las mujeres de acuerdo con el género.*

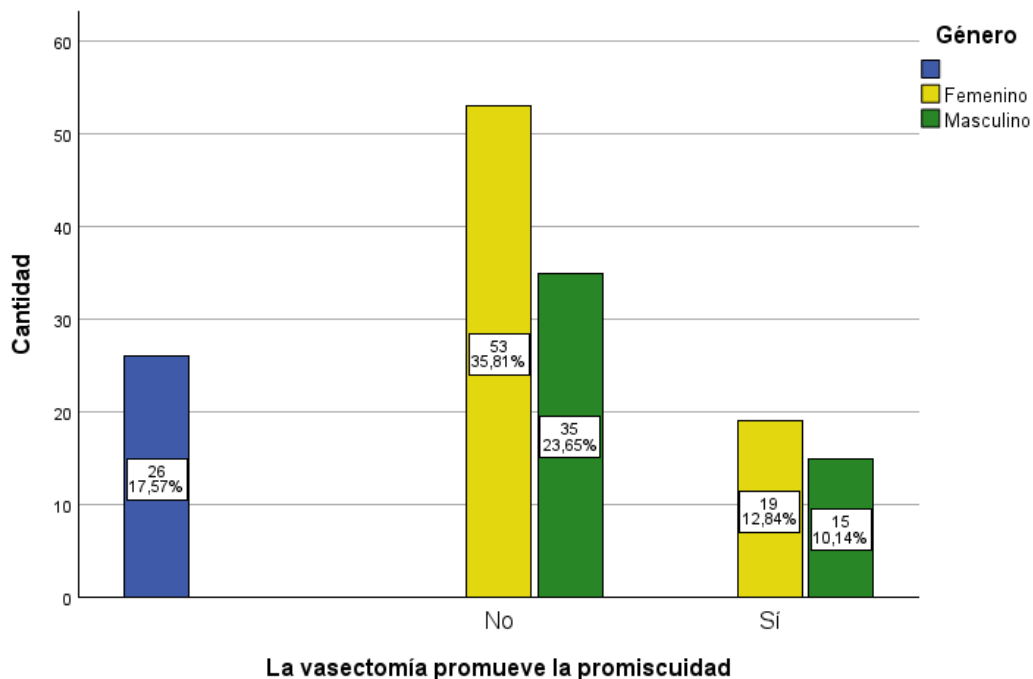


De las 72 mujeres, 10 consideran que la anticoncepción solo les corresponde a las mujeres, 62 estudiantes no están de acuerdo con el planteamiento mencionado. De los 50 hombres, 8 también afirmaron que la anticoncepción es obligación solo de las mujeres, 42 mencionaron que no. El valor calculado del chi cuadrado es de 0.104 y el valor de P de 0.373.

Dado que el valor de P es mayor que el nivel de significancia de 0.05, no hay evidencia suficiente para afirmar que la percepción de que la anticoncepción es responsabilidad únicamente de las mujeres varía dependiendo del género.

**Figura 41.**

*Distribución de los participantes en función de si la vasectomía promueve la promiscuidad de acuerdo con el género.*

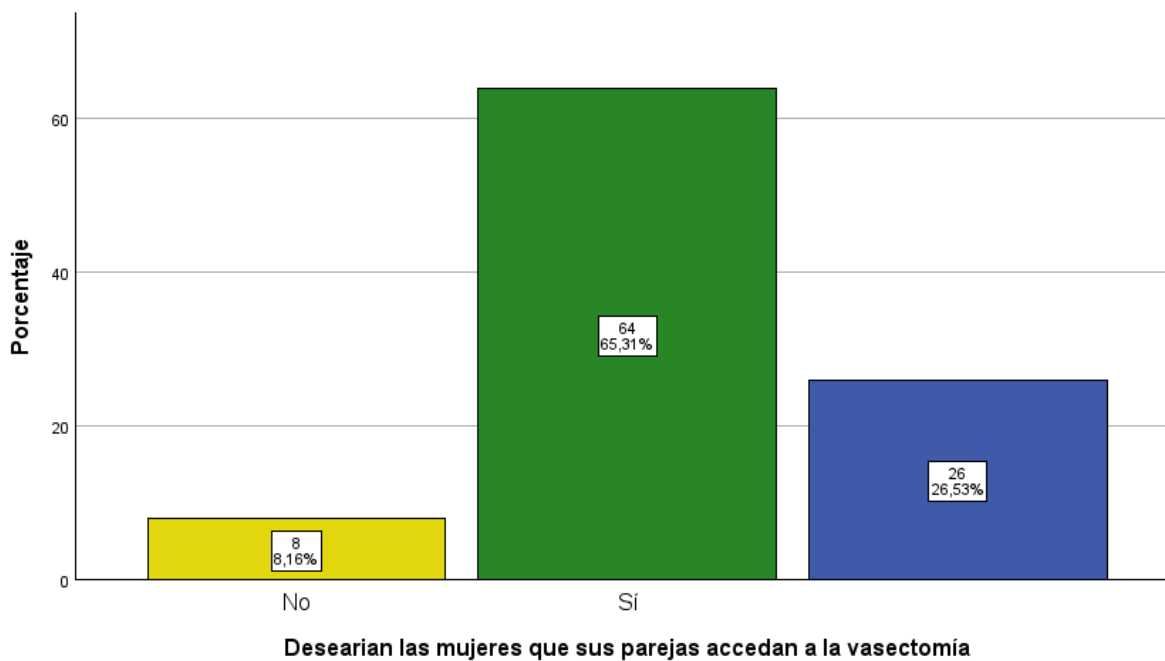


De las 72 mujeres, 19 consideran que la vasectomía promueve la promiscuidad, 53 estudiantes no están de acuerdo con el planteamiento. De los 50 hombres, 15 también mencionaron que la vasectomía convierte a un hombre en promiscuo, 35 mencionaron que no. El valor calculado del chi cuadrado es de 0.191 y el valor de P de 0.330.

Dado que el valor de P es mayor que el nivel de significancia de 0.05, no hay evidencia suficiente para afirmar que el género influye en el planteamiento que la vasectomía promueve la promiscuidad.

**Figura 42.**

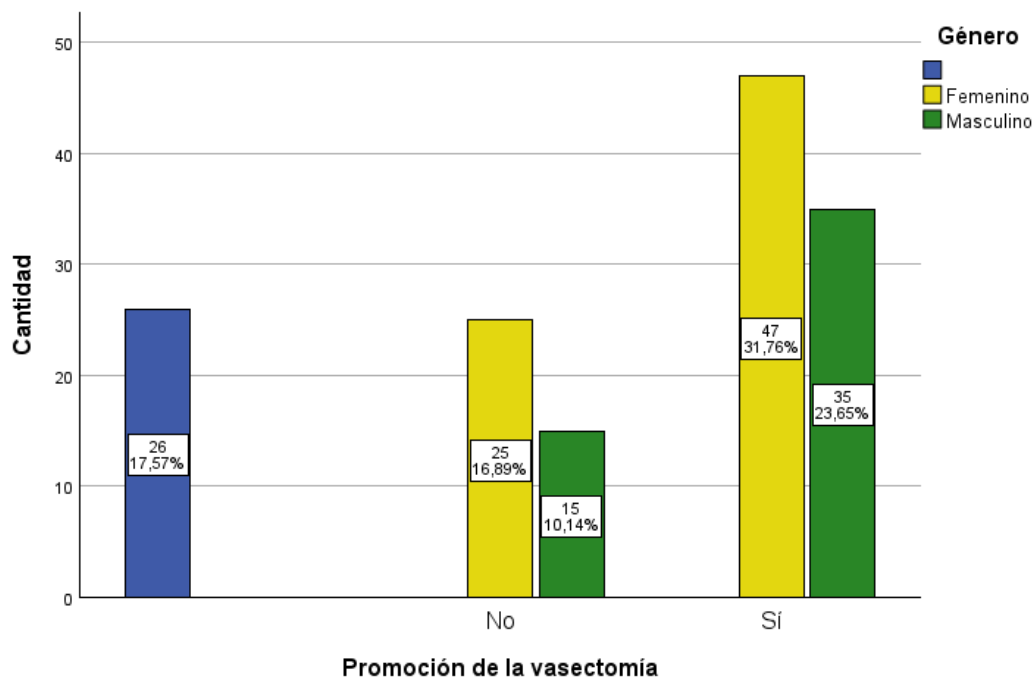
*Distribución de los participantes en función de la perspectiva de las mujeres acerca de la vasectomía en su pareja de acuerdo con el género.*



De un total de 72 mujeres que representan al 48,65%, El 65,31%, es decir 64 participantes desearían que su pareja participe en la planificación familiar y opte por realizarse la vasectomía. No obstante, el 8,16% no lo desearía.

**Figura 43.**

*Distribución de los participantes en función de la promoción de la vasectomía de acuerdo con el género.*

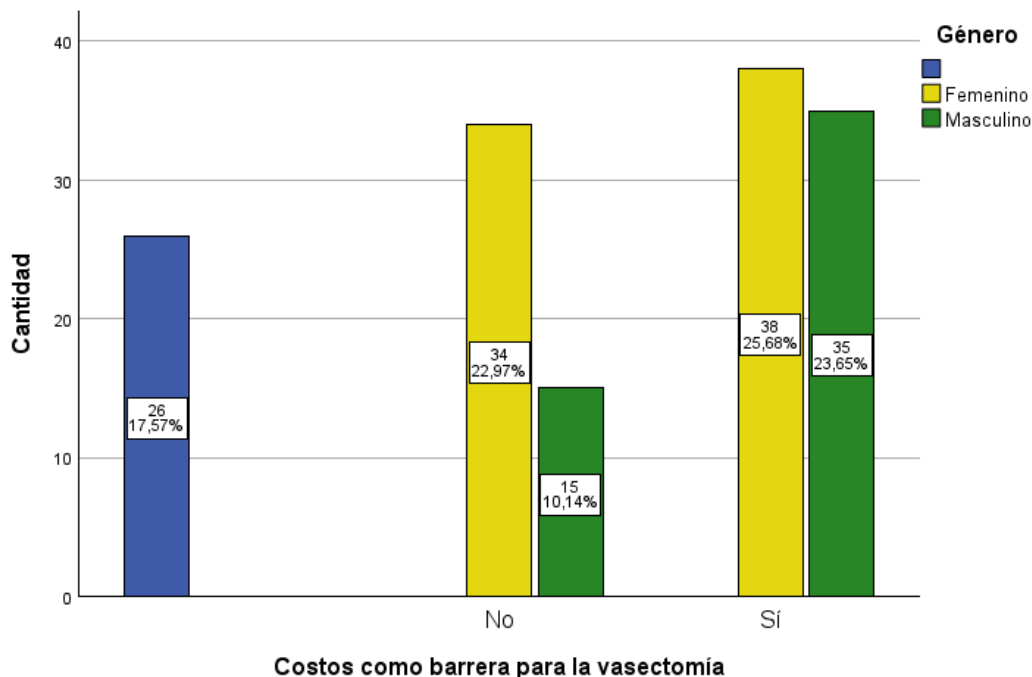


De las 72 mujeres, 47 sí desean una mayor promoción de la vasectomía, 25 estudiantes no. De los 50 hombres, 35 también mencionaron que la vasectomía debe ser promocionada como una opción anticonceptiva, 15 mencionaron que no. El valor calculado del chi cuadrado es de 0.298 y el valor de P de 0.292.

Dado que el valor de P es mayor que el nivel de significancia de 0.05, no hay evidencia suficiente para afirmar que el género influye el anhelo de una mayor promoción de la vasectomía como método anticonceptivo.

**Figura 44.**

*Distribución de los participantes en función a los costos como barrera para acceder a la vasectomía de acuerdo con el género.*

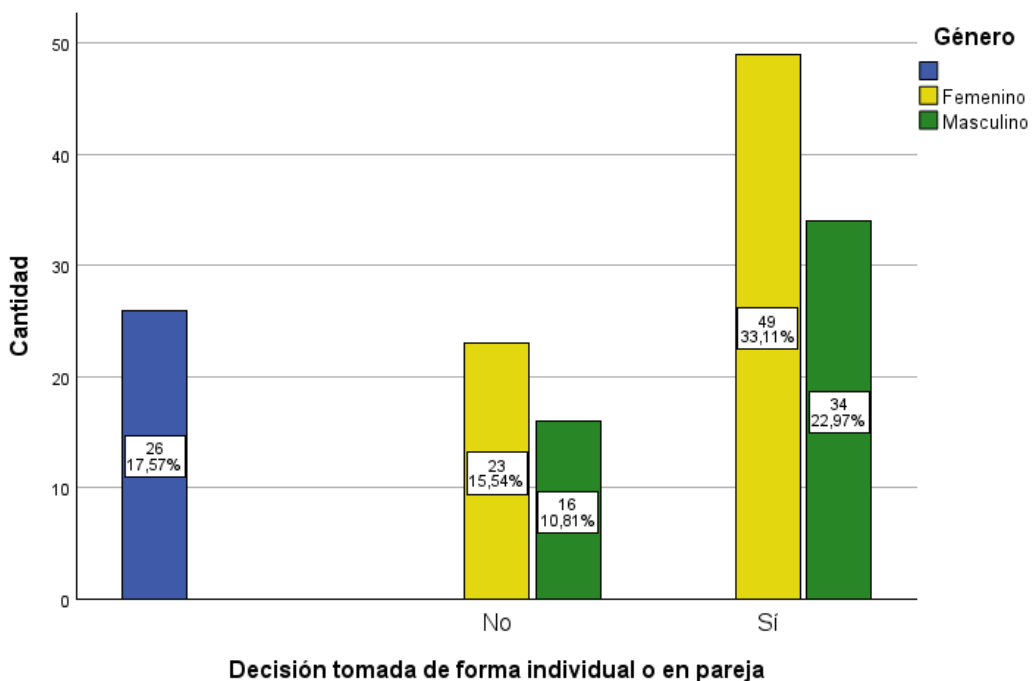


De las 72 mujeres, 38 afirman que los costos son una barrera para acceder a la vasectomía, 34 estudiantes mencionan lo contrario. De los 50 hombres, 35 también mencionaron que los costos son un impedimento para realizarse este procedimiento, 15 mencionaron que no. El valor calculado del chi cuadrado es de 3.642 y el valor de P de 0.028

Dado que el valor de P es menor que el nivel de significancia de 0.05, sí hay evidencia para afirmar que el género influye en la idea sobre los costos de la vasectomía como un impedimento para acceder a ella.

**Figura 45.**

*Distribución de los participantes en función del género y si la decisión de realizarse la vasectomía debe ser tomada de forma individual*



De las 72 mujeres, 49 afirman que la decisión debe ser tomada de forma individual, 23 estudiantes mencionan lo contrario. De los 50 hombres, 34 también mencionaron la decisión debe ser individual, 16 mencionaron que no. El valor calculado del chi cuadrado es de 0.000004188 y el valor de P de 0.497.

Dado que el valor de P es mayor que el nivel de significancia de 0.05, no hay evidencia para afirmar que el género influye en el planteamiento acerca de que la decisión de realizarse la vasectomía debe ser tomada de forma individual.

## CAPÍTULO VI DISCUSIÓN

Este estudio ofrece una perspectiva esclarecedora sobre cómo los estudiantes de medicina de séptimo y décimo semestre en la Pontificia Universidad Católica perciben y entienden la vasectomía como método anticonceptivo. El perfil demográfico de los participantes revela factores importantes para la interpretación de los resultados.

La distribución por edades refleja la típica estructura de un programa de medicina, con la mayoría de los estudiantes (40.51%) entre 23 y 25 años, seguidos de cerca por el grupo de 18 a 22 años (37.97%). Esta composición etaria sugiere que los encuestados están en una etapa vital donde la planificación familiar podría ser especialmente relevante, lo que potencialmente influye en sus opiniones sobre la vasectomía.

En cuanto al género, hay una leve predominancia femenina 48.65% frente a 33.78% de hombres, lo cual podría afectar los resultados, dado que las perspectivas sobre este método anticonceptivo masculino podrían variar según el género.

En lo que respecta a la distribución de acuerdo con el semestre se observa un sesgo dentro de los estudiantes, pues el mayor porcentaje de participantes son de séptimo con un 44.59% y de décimo con un 37.84%, lo que permite examinar cómo el progreso en la formación médica podría impactar en el conocimiento y las actitudes hacia la vasectomía.

Respecto al estado civil, la mayoría (73.65%) son solteros, con solo 6.08% casados y 2.70% en unión libre. Esto sugiere que la mayoría aún no ha formado su propia familia, un factor significativo al considerar la promoción de métodos anticonceptivos permanentes como la vasectomía.

En cuanto a la situación sentimental, se observa una distribución casi equitativa entre quienes no tienen pareja (43.24%) y quienes sí la tienen (39.19%). Esta variable podría influir significativamente en la consideración de métodos anticonceptivos permanentes. Los estudiantes sin pareja podrían percibir menor urgencia en optar por la vasectomía, mientras que aquellos en una relación podrían estar más propensos a contemplar la planificación familiar a largo plazo.

El análisis de los métodos anticonceptivos utilizados revela que los métodos de barrera son los más populares, 27.70%. Curiosamente, tanto el uso de métodos hormonales como la ausencia de anticoncepción comparten un porcentaje idéntico, 22.97% cada uno. Estos datos subrayan la necesidad de una educación más exhaustiva sobre las diversas opciones anticonceptivas y su eficacia. Notablemente, solo un 1.35% de los encuestados ha optado por métodos definitivos como la vasectomía, lo que sugiere una baja aceptación o conocimiento de este procedimiento entre los futuros médicos. Esta escasa adopción podría atribuirse a mitos persistentes y a la falta de información precisa, evidenciando la urgencia de implementar campañas educativas más intensivas y focalizadas.

En lo que respecta a la procreación, una abrumadora mayoría (77.70%) no tiene hijos, mientras que solo un 4.73% sí los tiene. Este dato, en consonancia con el predominio de solteros en la muestra, refuerza la noción de que la mayoría de los estudiantes aún no ha iniciado su propia familia. No obstante, es fundamental reconocer que la vasectomía podría ser una opción relevante tanto para quienes planean no tener hijos como para aquellos que ya han completado su planificación familiar.

La composición étnica de la muestra refleja una diversidad notable, aunque con un claro predominio de estudiantes que se identifican como mestizos (77.03%). Les siguen, en

proporciones mucho menores, indígenas (2.03%), afroamericanos (2.03%) y montubios (1.35%). Esta diversidad étnica es un factor crucial por considerar, ya que las variaciones culturales y tradicionales pueden influir significativamente en la percepción y aceptación de la vasectomía. En particular, ciertas creencias arraigadas sobre la masculinidad y la fertilidad podrían representar barreras importantes para la aceptación de este método anticonceptivo en algunos grupos étnicos.

En relación con la religión, el 43.27% de los encuestados se identifican como católicos, el 21.62% como cristianos, y el 11.49% no practican ninguna religión. Los ateos constituyen el 2.70% y los mormones el 1.35%. La religión tiene una influencia significativa en las actitudes hacia los métodos anticonceptivos, ya que las doctrinas religiosas pueden afectar notablemente las decisiones de planificación familiar y, en algunos casos, desincentivar el uso de métodos permanentes como la vasectomía.

Respecto a la zona de residencia, el 75.00% de los participantes viven en áreas urbanas, mientras que solo el 7.43% reside en zonas rurales. Este dato es importante porque el acceso a servicios de salud y la información sobre métodos anticonceptivos suele ser más limitado en las áreas rurales. Los estudiantes en entornos urbanos tienen más oportunidades de recibir información y servicios de salud reproductiva, lo que puede facilitar una mayor aceptación de la vasectomía.

Es relevante notar que, en todas las categorías, aproximadamente el 17.57% de los estudiantes no aceptaron participar en la encuesta. Este porcentaje constante de no participación podría indicar un sesgo de selección, donde aquellos con opiniones más firmes o un mayor conocimiento sobre el tema podrían estar más inclinados a participar. Esta falta de participación

puede afectar la generalización de los resultados y debe ser considerada al interpretar los hallazgos.

## **6.1 CONOCIMIENTOS**

Los resultados del estudio revelan que la mayoría de los participantes (54,06%) poseen un nivel de conocimiento medio sobre la vasectomía. Este conocimiento se distribuye de manera uniforme entre los estudiantes de séptimo y décimo semestre. Este hallazgo sugiere que, a pesar del avance en el plan de estudios, no se observa una diferencia significativa en el nivel de conocimiento sobre este método anticonceptivo masculino entre ambos grupos.

Sin embargo, es preocupante que solo el 27,71% de los estudiantes tienen un alto nivel de conocimiento sobre la vasectomía. Al analizar este grupo, se evidencia una mayor representación de los estudiantes de séptimo semestre (17,57%) en comparación con los de décimo (10,14%). Esta discrepancia podría indicar la necesidad de reforzar y profundizar la educación sobre métodos anticonceptivos, especialmente en los semestres superiores del programa de medicina.

Al comparar los resultados del presente estudio con un análisis previo realizado en estudiantes de medicina en Colombia, se evidencian diferencias significativas en cuanto al conocimiento sobre la vasectomía. Los hallazgos del estudio colombiano revelan que los estudiantes poseen un nivel adecuado de conocimiento sobre este procedimiento anticonceptivo masculino. En particular, el 55.38% de los estudiantes demostraron un alto nivel de conocimiento, mientras que el 36.32% alcanzaron un nivel medio (Prieto-Campos et al., 2022).

Un aspecto destacado de este estudio es que el nivel de conocimiento aumenta considerablemente a medida que los estudiantes avanzan en su formación médica. Así, el 81.79% de los estudiantes de semestres avanzados presentaron un alto nivel de conocimiento sobre la

vasectomía, en contraste con solo el 44.02% de los estudiantes de niveles básicos (Prieto-Campos et al., 2022).

Adicionalmente, un estudio realizado por Ohn Mar analizó a 330 estudiantes de medicina en Malasia, cuyos resultados revelan una tendencia ascendente en el nivel de conocimientos y actitudes favorables hacia la vasectomía a medida que los estudiantes avanzan en su formación médica (Ohn Mar et al., 2019).

Específicamente, se observó que el 50% de los estudiantes de quinto año demostraron un conocimiento y actitud positiva hacia este procedimiento anticonceptivo masculino. En contraste, solo el 41.2% de los estudiantes de cuarto año y el 30.7% de los de tercer año exhibieron este mismo nivel de conocimiento y aceptación de la vasectomía (Ohn Mar et al., 2019).

Estos hallazgos sugieren que, a lo largo del programa de medicina, los estudiantes van adquiriendo un entendimiento más profundo y una percepción más favorable sobre la vasectomía. Esto podría atribuirse a una mayor exposición a la información y discusión sobre métodos anticonceptivos en los cursos avanzados, lo que les permite desarrollar una visión más integral y actualizada sobre este procedimiento.

En cuanto al conocimiento específico sobre la definición de la vasectomía, los resultados revelan que un 31.08% de los estudiantes de séptimo semestre desconocen en qué consiste este procedimiento anticonceptivo masculino. En el caso de los estudiantes de décimo semestre, este porcentaje disminuye a 23.65%. Estos datos indican que, a pesar del avance en su formación académica, un número significativo de futuros médicos aún no tienen una comprensión clara de los fundamentos de la vasectomía.

Por otro lado, es alentador observar que el 30.41% de los estudiantes de décimo semestre y el 35.81% de los de séptimo semestre son conscientes de que la producción de espermatozoides no se ve afectada de manera permanente por este procedimiento. Sin embargo, al contrastar estos resultados con un estudio realizado a pacientes en el Hospital Vicente Corral Moscosa, se observa que el 38.8% de los participantes creen erróneamente que los espermatozoides ya no se generarán después de la vasectomía. Esta discrepancia es alentadora, pues denota que sí existe una diferencia en cuando a los conocimientos en personas del área de la salud a diferencia de los pacientes (Collaguazo & Guzmán, 2017).

Otro aspecto preocupante es la confusión significativa que existe entre los estudiantes respecto a la eficacia inmediata de la vasectomía y la necesidad de métodos anticonceptivos transitorios después de la cirugía. Un 25.68% de los estudiantes de décimo semestre y un 31.76% de los de séptimo semestre creen erróneamente que la vasectomía tiene un efecto anticonceptivo inmediato. Esta falta de claridad podría llevar a recomendaciones inadecuadas en la práctica clínica futura de estos profesionales de la salud.

En cuanto a la protección contra enfermedades de transmisión sexual (ETS), una mayoría significativa de estudiantes de ambos semestres, 33.78% en décimo y 39.86% en séptimo, comprenden correctamente que la vasectomía no ofrece protección contra las ETS. Sin embargo, una minoría todavía cree de manera equivocada que este procedimiento sí brinda dicha protección. Esto resalta la necesidad de una educación más precisa y detallada sobre las limitaciones de la vasectomía en cuanto a la prevención de infecciones de transmisión sexual.

En relación con el conocimiento sobre la necesidad de utilizar un método anticonceptivo transitorio después de la vasectomía, los resultados varían entre los estudiantes. Un 25% de los

estudiantes de séptimo semestre y un 20.27% de décimo semestre reconocen adecuadamente la importancia de emplear un método anticonceptivo adicional durante el período posterior a la cirugía, lo cual es esencial para prevenir embarazos no deseados mientras se confirma la efectividad del procedimiento.

Por otro lado, la percepción sobre la efectividad inmediata de la vasectomía muestra áreas de confusión. Un 25.68% de los estudiantes de décimo semestre y un 31.76% de séptimo semestre creen erróneamente que este método anticonceptivo tiene un efecto inmediato.

Asimismo, las percepciones sobre la dificultad del procedimiento y su reversibilidad también varían. Un 26.35% de los estudiantes de décimo semestre y un 23.65% de séptimo semestre consideran incorrectamente que la vasectomía no es un procedimiento sencillo. Además, un porcentaje considerable de ambos grupos desconoce la posibilidad de reversión del procedimiento. Esta falta de claridad puede afectar negativamente la aceptación y promoción de la vasectomía como una opción viable de planificación familiar.

En relación con la percepción de las complicaciones entre la vasectomía y la esterilización femenina, el 16.22% de los estudiantes de décimo semestre consideran que la vasectomía tiene mayores complicaciones, mientras que el 21.62% considera que tiene menos riesgos. En séptimo semestre, el 15.54% indica que las complicaciones son mayores y el 29.05% afirma lo contrario. Esta variabilidad manifiesta la necesidad de una educación más clara y basada en evidencia acerca de las ventajas y desventajas de la vasectomía en relación con otros métodos de esterilización.

Con respecto a la influencia de la vasectomía en la eyaculación masculina, la erección y el deseo sexual, el 31.76% en décimo y 33.78% en séptimo reconoce que la vasectomía no afecta

estas funciones. Sin embargo, un porcentaje de 6.08% en décimo y 10.86% en séptimo conserva su perspectiva equivocada sobre la influencia de la vasectomía en el área sexual de las personas vasectomizadas.

Los datos muestran variaciones acerca de vasectomía como método anticonceptivo para hombres jóvenes y sin hijos. En décimo semestre, el 20.27% ve la vasectomía como una opción viable, mientras que el 17.57% que no la considera accesible. En séptimo semestre, estas cifras son ligeramente más altas: 23.65% la ve como viable, mientras que 20.95% no la considera accesible. Estas diferencias sugieren una evolución en las percepciones sobre la vasectomía a lo largo de la formación médica.

En relación con el riesgo de enfermedades cardiovasculares y cáncer de próstata luego de la vasectomía, la mayoría de los estudiantes de décimo (34.46%) y séptimo (36.49%) conocen que la vasectomía no incrementa estos riesgos. Sin embargo, el 3.38% en décimo y 8.11% en séptimo lo consideran como un riesgo aumentado, lo cual resalta la necesidad de proporcionar información precisa basada en evidencia científica.

Sobre la técnica de vasectomía percutánea, el conocimiento es limitado. Solo el 10.14% de los estudiantes de décimo semestre y el 18.24% de séptimo semestre están informados correctamente sobre esta técnica, mientras que un 27.70% de décimo y 26.35% de séptimo semestre tienen conocimientos inadecuados, lo que indica una brecha significativa en la educación sobre las técnicas quirúrgicas que podría ser abordadas.

El conocimiento sobre la necesidad de realizar un espermograma previa a la cirugía presenta una variabilidad significativa. El 21.62% de los estudiantes de décimo semestre y el 23.65% de séptimo semestre consideran que este estudio es fundamental, mientras que un

16.22% y 20.95%, respectivamente, saben que no es necesario. Esta divergencia en las respuestas señala la necesidad de mayor claridad y educación sobre los protocolos preoperatorios estándar para la vasectomía.

Finalmente, respecto al tiempo adecuado para regresar al trabajo después de la operación, el 22.30% de los estudiantes de ambos semestres coinciden que en una semana es el tiempo establecido para regresar a sus actividades laborales que no requieran mayor esfuerzo físico. Aunque, una proporción similar considera que este periodo de tiempo de recuperación no es suficiente.

## **6.2 ACTITUDES**

En primera instancia, es notable que los resultados de este estudio demuestran que el 60,14 % de los participantes de séptimo y décimo semestre rechaza la vasectomía como método de planificación familiar. También se observa que el 22,30% aceptaría realizarse la vasectomía a lo largo de su vida. Estos resultados coinciden con la investigación realizada al noroeste de Etiopia donde el 62,7% de los participantes tenían una actitud negativa y el 37,3% una actitud positiva hacia la vasectomía (Degu et al., 2020).

Al contrastar estos resultados con los obtenidos en estudios realizados en una facultad de medicina privada en Malasia, se observó una perspectiva más optimista hacia la vasectomía como método anticonceptivo. En dicho contexto, el 60,9% de los participantes mantenía una actitud positiva y un 76,0% manifestaba una buena aceptación de la vasectomía (Ohn Mar et al., 2019), cifras que son notablemente superiores a las del presente estudios.

Al analizar las actitudes por género, se observa una diferencia marcada. Del 48,65% de las mujeres participantes, el 20,27% manifiesta una actitud positiva hacia la vasectomía, mientras

que el 28,38% presenta una actitud negativa. Del 33,78 % de los hombres, el 31,76% presenta una tendencia hacia el rechazo, solo el 2,03% tienen una actitud de aceptación.

Si comparamos estos resultados con la investigación realizada por Soto en el 2023 acerca del proceso de toma de decisión de realizarse la vasectomía, se enfatiza que la persistencia de tabúes y la falta de educación arraigados en el entorno social, familiar, psicológico y religioso juegan un papel trascendental en la perspectiva de la vasectomía. Esto revela que las percepciones erróneas sobre este método anticonceptivo son comunes y están influenciadas por el contexto sociocultural (Soto et al., 2023).

Es interesante notar que, al preguntar sobre la disposición a realizarse la vasectomía o consentirla en la pareja. Un 58,79% de los participantes optaría por la vasectomía como método de planificación familiar, 42,57% son mujeres y 16,22% son hombres. Esta diferencia entre la actitud hacia la vasectomía y la disposición a considerarla como opción personal o para la pareja manifiesta que las actitudes pueden ser variables.

En nuestro estudio, la prevención de embarazos no deseados (70,2%) y la oportunidad para que los hombres sean responsables de la planificación familiar (65,3%) fueron los factores más influyentes en la decisión de acceder a la vasectomía. Estos resultados indican una creciente conciencia sobre la importancia de la participación masculina en la anticoncepción. Además, el reconocimiento de que las mujeres no deben ser las únicas responsables de usar métodos anticonceptivos (48,8%) sugiere un cambio positivo hacia una mayor equidad en la salud reproductiva, promoviendo un balance en la responsabilidad de la planificación familiar.

En un estudio realizado por Soto acerca de la toma de decisiones para acceder a la vasectomía, se identificaron motivaciones similares como: equilibrar la carga anticonceptiva con

la pareja, compartir más tiempo con la familia, evitar embarazos no deseados, disfrutar de una mejor vida sexual, mayor conciencia ambiental, estabilidad económica de sus hogares y aumento en su sexualidad. Estos hallazgos detallan los beneficios de la vasectomía, que van más allá de funcionar como un método anticonceptivo (Soto et al., 2023).

Al comparar los hallazgos del estudio mencionado con el actual se observa un cambio cultural con una mayor aceptación de la vasectomía y la participación de los hombres en la planificación familiar. Esto podría deberse a los deseos de mejorar la salud y bienestar de la pareja, así como la búsqueda de una mayor equidad en la distribución de responsabilidades anticonceptivas. Por lo tanto, la educación y la sensibilización continúan siendo cruciales para mantener y aumentar esta tendencia, garantizando que tantos hombres como mujeres estén informados sobre los beneficios y la seguridad de la vasectomía

Por otro lado, los factores que influyen en la decisión de no acceder a la vasectomía revelan áreas importantes de preocupación y posible desinformación. El miedo a la cirugía (82,3%) y a las complicaciones (69%) son los principales obstáculos, seguidos por creencias erróneas sobre cambios en la personalidad (34,5%) y pérdida de la libido (25,7%). Estos hallazgos son iguales y se alinean con varios estudios.

Otro estudio acerca del conocimiento y participación del hombre universitario en la prevención de embarazos proporciona una visión detallada sobre la variedad de temores que influyen en la decisión de los hombres para realizarse la vasectomía. Entre estos menciona el miedo a arrepentirse (24%), desconocer el procedimiento (18%), miedo al procedimiento (12%), la desaprobación de la pareja (1%), y el miedo a quedar impotente (7%) (España et al., 2019).

De igual modo, otro estudio que aborda la perspectiva psicosocial de la vasectomía puso de manifiesto que las principales preocupaciones relacionadas con este procedimiento giran en torno a la sexualidad masculina. Los miedos más frecuentes son: reducción del deseo sexual, disminución en la capacidad de erección, cambios en la personalidad, cambio de color del semen, aumento de peso, acumulo del semen posterior a la cirugía y una disminución en el rendimiento sexual (Hernández & Marván, 2015b).

Los hallazgos resaltan la necesidad de campañas educativas efectivas que aborden y desmientan estos mitos, proporcionando información basada en evidencia para que los hombres puedan tomar decisiones informadas sobre su salud reproductiva y sexual.

La relación entre el número de hijos y la aceptación de la vasectomía revelan patrones consistentes, los datos obtenidos reflejan que se debe optar por la vasectomía después de tener dos hijos, con un 48,6% de los participantes apoyando esta opción. Es notable la mayor inclinación de las mujeres (34,45 %) frente a los hombres (14,19 %) hacia esta perspectiva. Además, el dato de que un 8,1% consideraría la vasectomía incluso después del primer hijo, esto sugiere una importante inclinación hacia la planificación familiar más tempranas y definitiva.

Los resultados de un estudio realizado por Degu en Etiopia acerca de las intenciones para usar la vasectomía coinciden con la tendencia obtenida en nuestra investigación, pues destacó que tener más de tres hijos aumenta significativamente la probabilidad de que los hombres consideren realizarse la vasectomía (Degu et al., 2020). Por lo que Meneses concuerda que la decisión de optar por este procedimiento está influenciada por la percepción de haber alcanzado el número deseado de hijos (Meneses Angy & Cristancho Sandra, 2019). En base a lo

mencionado, se observa que hombres con menos hijos tienden a mostrar menor interés en métodos anticonceptivos permanentes, debido a un deseo de fertilidad en el futuro.

La percepción de la edad apropiada para someterse a una vasectomía señala que el 68,2% de las personas encuestadas considera que la vasectomía se debe realizar después de los 30 años, con una distribución equilibrada entre mujeres (36,49%) y hombres (26,35%). Esta preferencia por una edad más avanzada corrobora que esta decisión se debe tomar en una etapa de mayor madurez y estabilidad. Solo el 14,9% considera apropiada la edad entre 23 y 29 años, y menos del 1% cree que la edad adecuada es entre los 18 y 22 años.

Estos datos se asemejan a los obtenidos en el estudio acerca de la perspectiva psicosocial de la vasectomía, pues concuerda que la edad promedio de los hombres que se someten a una vasectomía es alrededor de los 33 años (Hernández & Marván, 2015b).

Además, a partir de lo mencionado el estudio realizado ratifica los hombres de entre 30 y 39 años acceden a la vasectomía debido a un mayor acceso a la información, educación temprana sobre planificación familiar, estabilidad laboral y una vida familiar consolidada razón por la cual se se sienten más seguros y estables (Degu et al., 2020).

Los resultados en nuestro estudio acerca de la influencia de la religión en la vasectomía revelan diversas opiniones, un 45,9% de los participantes indicando que la religión no influye en la decisión de someterse a una vasectomía, mientras que un 36,5% considera que sí lo hace. En ambos grupos las mujeres predominan ante los hombres, lo que indicaría una mayor conciencia sobre la influencia de los factores religiosos en la planificación familiar.

En el estudio realizado a estudiantes de medicina en Malasia coincide con los datos obtenidos pues solo el 17% de los estudiantes musulmanes varones no accederían a la

vasectomía debido a que este procedimiento está prohibido por su religión (Ohn Mar et al., 2019).

Estudios acerca de la religión, presión y estigma social reportan que ciertos hombres perciben la vasectomía como una acción contraria a la voluntad de Dios, mientras que algunas mujeres identifican sus creencias religiosas como una barrera para la planificación familiar en general (Pallangyo et al., 2020).

La religión en la aceptación de la vasectomía como método anticonceptivo sugiere que la influencia de la fe no es uniforme y puede variar entre individuos y comunidades. Lo que subraya la necesidad de un enfoque cultural y religioso en la promoción de la salud sexual y reproductiva.

En cuanto al nivel de educación, el 52,7% considera que este factor influye en la decisión de realizarse una vasectomía, frente a un 29,7% que no lo considera relevante. Estos datos concuerdan con los que se obtuvieron en el estudio sobre las percepciones y creencias de las mujeres rurales sobre la vasectomía, las mujeres participantes percibieron que el bajo nivel de educación entre los hombres de su comunidad era una barrera para la aceptación de la vasectomía (Pallangyo et al., 2020).

Apoyando esta percepción, la investigación realizada en México, acerca de los conocimientos, actitudes y creencias acerca de la vasectomía, encontró una asociación entre la baja escolaridad y el rechazo hacia la vasectomía. Los hombres con menor nivel educativo eran más reacios a aceptar la vasectomía como una opción viable de planificación familiar (Muñoz et al., 2017). Asimismo, el estudio acerca del conocimiento de la vasectomía en Etiopía reveló que

a medida que aumenta el nivel educativo del participante, también aumenta el nivel de conocimiento y aceptación de la vasectomía (Ayele et al., 2021).

La percepción de los estudiantes acerca de la zona de vivienda como limitante para acceder a la vasectomía manifiesta que un 62,2% indicando que este aspecto repercute en la decisión de optar por este método y el 20,3% indicaron que la zona donde se encuentra la vivienda no influye en esta decisión. La distribución relativamente equilibrada entre mujeres y hombres en este planteamiento evidencia la importancia de los factores geográficos y socioeconómicos en las decisiones de salud reproductiva.

Estos hallazgos concuerdan con los datos obtenidos del estudio realizado por Degu donde se observa que la intención de acceder a la vasectomía varía entre diferentes regiones, por ejemplo la zona del este de Wollega en Oromia, reportó una menor intención de realizarse el procedimiento mientras que en las zonas urbanas los mitos y creencias se han visto desplazadas (Degu et al., 2020). Lo que sugiere que contexto geográfico en el que se recopila la información cambia debido a diferencias en el acceso a la información, la exposición a profesionales de la salud, o incluso la predisposición para acudir a centros de salud.

Estas diferencias influyen tanto en la elección individual sobre la planificación familiar, así como reforzando estereotipos de género y conceptos erróneos sobre la sexualidad masculina. Esto puede crear barreras significativas para la aceptación y uso de métodos anticonceptivos por parte de los hombres.

La percepción sobre cómo la vasectomía afecta la masculinidad muestra un dato alentador: el 61,5% de los participantes indica que no existe dicha influencia. Esto indica un avance entre la comprensión de la masculinidad y su vínculo con la salud reproductiva. No

obstante, se observa que cerca del 21% aún percibe una conexión entre la vasectomía y la masculinidad.

Los hallazgos presentados contrastan con estudios realizados en Etiopía, Nigeria y Turquía, que ofrecen una perspectiva intercultural sobre los conceptos erróneos acerca de la vasectomía, subrayando la persistencia de los mitos sobre los efectos de este procedimiento como: el debilitamiento físico, la disfunción sexual y la comparación entre la vasectomía y castración (Sánchez Sandra et al., 2019).

El 58,1% de los estudiantes encuestados reconocen la problemática acerca de la desigualdad de género en la salud reproductiva y el acceso a anticonceptivos. Se observa que las mujeres tienen mayor conciencia 35,14% en comparación con los hombres 22,97%. Pese a esto, es relevante señalar que un cuarto de los participantes (24,3%) no identifica esta discriminación.

Asimismo, el 70,3% de los estudiantes rechaza la idea de que la anticoncepción es responsabilidad exclusiva de las mujeres. Sin embargo, el 12,2% aún considera la anticoncepción como obligación femenina. A pesar de que existe una conciencia entre ambos géneros acerca de la equidad en la responsabilidad familiar aún persisten las actitudes tradicionales que deben abordarse en la educación médica.

La percepción de la vasectomía y la participación masculina en la planificación familiar revela una compleja interacción entre estereotipos de género, conocimiento sobre salud reproductiva y actitudes culturales. De acuerdo con Rivera en su estudio acerca de las percepciones y motivaciones sobre la vasectomía, el 62,5% consideran a la vasectomía como acto de solidaridad (Rivera et al., 2021). De igual forma, en el trabajo de Hernández los hallazgos revelan que la anticoncepción es una responsabilidad netamente femenina, viendo la

participación masculina como excepcional y heroica (Hernández & Marván, 2015b) (Sánchez Sandra et al., 2019). Estos datos coinciden con los datos del presente estudio, resaltando la necesidad de un enfoque más equilibrado en la educación entre los estudiantes de ciencias de la salud sobre salud reproductiva y planificación familiar en relación con las disparidades de género.

Al comparar los hallazgos previos con un estudio realizado en los estudiantes de medicina de América Latina se observa un contraste con las actitudes machistas asociadas con la cultura latinoamericana. Se encontró que el 98,95% de los participantes afirman que la anticoncepción no es una obligación exclusiva de las mujeres y 96,93% mencionó que la vasectomía no afecta la masculinidad (Prieto-Campos et al., 2022).

Aunque se observa un reconocimiento creciente de la responsabilidad compartida, las instituciones de salud siguen centrando la anticoncepción en la mujer. Esto se evidencia en los resultados obtenidos del estudio realizado en estudiantes de medicina en Malasia donde solo el 5,8% de los ginecólogos residentes aconsejando la vasectomía, en contraste con el 90% que recomienda la ligadura de trompas (Ohn Mar et al., 2019). Esta brecha evidencia la necesidad de abordar las actitudes individuales, sociales y de salud para lograr una verdadera igualdad en la planificación familiar.

Los resultados obtenidos sobre la percepción de la vasectomía y su relación con la promiscuidad revelan que el 59,6% de los participantes no asocian un aumento en la promiscuidad con la vasectomía lo que sugiere una comprensión menos estigmatizada del procedimiento. Esta visión contrasta con las percepciones encontradas por los estudiantes de

medicina en Malasia donde el porcentaje es menor, pues el 23% no estuvo de acuerdo con el planteamiento acerca de la promiscuidad (Ohn Mar et al., 2019).

Es interesante notar que en este estudio el 65,31% mujeres, desearía que su pareja participe en la planificación familiar optando por la vasectomía. Lo que revela una discrepancia notable entre las expectativas de las mujeres y la actitud de los hombres respecto a la vasectomía. De igual modo, la mayoría de los participantes (55,4%) considera que la vasectomía debería ser promovida como una opción anticonceptiva, lo que demuestra una apertura hacia este método. Sin embargo, el 27% no considera que sea el mejor método para optar en la planificación familiar.

Sin embargo, en el estudio realizado por Pallangyo se observan datos diferentes, pues varias mujeres prefieren métodos de esterilización femenina sobre la vasectomía. Esta postura opuesta a la igualdad de género nace de un deseo de proteger a las parejas debido a que las mujeres temen que sus compañeros puedan enfrentar consecuencias adversas tras la vasectomía, como dificultades sexuales, estigmatización social o rechazo comunitario (Pallangyo et al., 2020).

Las mujeres, sin importar su contexto socioeconómico, reconocen el valor de la educación y la sensibilización para fomentar la aceptación de la vasectomía entre los hombres. Proponen estrategias concretas como sesiones educativas en entornos laborales masculinos e involucrar a trabajadores de salud comunitarios para la educación específica de hombres. Estas sugerencias reflejan la comprensión de la importancia de abordar directamente las inquietudes masculinas sobre la vasectomía, señalando un camino hacia una mayor participación masculina en la planificación familiar (Pallangyo et al., 2020).

El desconocimiento de los costos de la vasectomía en comparación con otros métodos anticonceptivos emerge como una barrera percibida para el acceso a la vasectomía, Un 49,3% de los participantes indican que esto representa un obstáculo. Esto refleja la importancia de considerar los factores económicos dentro de la salud reproductiva para aumentar el acceso a este método anticonceptivo.

En cuanto a la toma de decisiones sobre la vasectomía como método de planificación familiar. El 56,1% considera que esta decisión debe ser discutida en pareja. Sin embargo, el 26,4% aún ve esto como una decisión individual. Contrastando estos resultados con el estudio realizado por Meneses sobre los factores que inciden en la aceptabilidad de la vasectomía se observa la importancia de la comunicación en pareja debido a que las mujeres muestran una mejor actitud hacia la vasectomía comparado con los hombres. Lo que sugiere que ellas pueden desempeñar un papel crucial como apoyo emocional para los varones que consideran este procedimiento (Meneses Angy & Cristancho Sandra, 2019).

Además, en un estudio realizado por Muñoz sobre el conocimiento, actitudes y creencias entorno a la elección de la vasectomía indica como la comunicación con la pareja puede incrementar hasta nueve veces la probabilidad de que el hombre se realice la vasectomía (Muñoz et al., 2017). Estos resultados enfatizan la necesidad de promover y facilitar la comunicación en pareja dentro de los programas de planificación familiar.

En conclusión, este estudio manifiesta la interacción entre los conocimientos, actitudes y factores culturales acerca de la vasectomía como método anticonceptivo entre los estudiantes de medicina. Si bien es cierto que se observa una mayor aceptación y comprensión de la vasectomía

y la responsabilidad compartida en la planificación familiar, persisten los miedos y mitos entre los hombres.

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto la importancia de fortalecer la educación médica de la vasectomía en la planificación familiar y dimensiones psicosociales. Los futuros estudios podrían investigar a profundidad las razones detrás de las diferencias de género en las actitudes hacia la vasectomía y evaluar el impacto de intervenciones educativas específicas y como estas evolucionan a lo largo de la carrera médica y en la práctica profesional, para desarrollar estrategias educativas y de salud pública más efectivas.

## CAPÍTULO VII CONCLUSIONES

1. La comparación del conocimiento sobre la vasectomía entre estudiantes de séptimo y décimo semestre de la facultad de Medicina revela una situación compleja. Ambos grupos muestran una comprensión moderada del tema. Sin embargo, los estudiantes de séptimo semestre demuestran un mayor nivel de conocimiento en comparación con los estudiantes de décimo semestre. Esto evidencia la formación más sólida en temas de planificación familiar que reciben los estudiantes en los semestres inferiores a diferencia de los semestres superiores en donde los conocimientos adquiridos podrían estar influenciados por factores adicionales que necesitan ser investigados en futuros estudios.
2. Los resultados del estudio demuestran un rechazo hacia la vasectomía como método de planificación familiar. Siendo los hombres, el principal grupo que demuestra una actitud negativa hacia esta opción anticonceptiva, lo cual está influenciado por factores socioculturales, mitos o desinformación. Solo una minoría estaría dispuesta a someterse a la vasectomía en algún momento de su vida, lo que sugiere una falta de aceptación generalizada.
3. Las principales motivaciones de los estudiantes para acceder a la vasectomía son: la prevención de embarazos no deseados y la oportunidad para que los hombres asuman un rol más activo en la planificación familiar. Lo que refleja un cambio en la percepción tradicional de que la responsabilidad anticonceptiva recae exclusivamente en las mujeres.
4. Las mujeres encuestadas muestran una marcada inclinación hacia una mayor participación de sus parejas en la planificación familiar a través de la vasectomía. Esta tendencia refleja un reconocimiento de la necesidad de compartir equitativamente la responsabilidad

anticonceptiva, posiblemente motivado por la carga asociada a los métodos anticonceptivos femeninos y el deseo de mayor autonomía reproductiva. Sin embargo, entre quienes no desean que sus parejas se sometan a una vasectomía, se observa la influencia de creencias culturales, mitos y temores sobre el procedimiento. Esta dualidad subraya la complejidad de las actitudes hacia la anticoncepción masculina y la persistencia de barreras informativas y culturales.

## **CAPÍTULO VIII RECOMENDACIONES**

1. Fortalecer la educación sobre la vasectomía y otros métodos anticonceptivos en el plan de estudios de la carrera de Medicina de la Pontificia Universidad Católica, con la finalidad de que todos los estudiantes posean un conocimiento sólido y actualizado sobre este tema. Esto se puede lograr a través de seminarios, talleres o rotaciones clínicas enfocadas en la planificación familiar, para asegurar una formación integral y preparar a los futuros profesionales de la salud para brindar asesoramiento y atención de calidad en esta área.
2. Implementar estrategias educativas que aborden aspectos técnicos, beneficios, riesgos, mitos y temores asociados a la vasectomía. Con el fin de promover una mayor aceptación de la vasectomía entre los hombres y sus parejas, contribuyendo así a una distribución más equitativa de la responsabilidad en la planificación familiar y mejorando la autonomía reproductiva de las mujeres.
3. Promover la equidad de género en la planificación familiar subrayando la importancia de la participación masculina. Las campañas deben destacar cómo la vasectomía puede aliviar la carga física y emocional que recae desproporcionadamente sobre las mujeres al utilizar métodos anticonceptivos femeninos.

4. Asegurar que la información sobre la vasectomía y los servicios para realizar el procedimiento sean fácilmente accesibles. Esto incluye proporcionar recursos en línea, folletos informativos en centros de salud y consultas accesibles donde los hombres puedan discutir sus dudas y preocupaciones con profesionales de la salud.

## BIBLIOGRAFÍA

- Andrade, O., Tenorio, Y., Ferreira, C., Dávila, F., Ramos, E., García, J., Intriago, A., Guadalupe, L., Ocampo, G., Flores, F., & Sosa, B. (2008). *LAS MUJERES ECUATORIANAS QUE CONOCEN Y USAN LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS*. [www.ecuadorencifras.com](http://www.ecuadorencifras.com)
- Appiah, S., Agyen, J., Garti, I., & Menlah, A. (2018). Married Men and Vasectomy: A Focused Group Study in an Urban Community in Ghana.   
<https://doi.org/10.1177/2377960818790380>, 4. <https://doi.org/10.1177/2377960818790380>
- Asare, O., Otupiri, E., Apenkwa, J., & Odotei-Adjei, R. (2017). Perspectives of urban Ghanaian women on vasectomy. *Reproductive Health*, 14(1), 1–6. <https://doi.org/10.1186/S12978-017-0286-5/PEER-REVIEW>
- Aspilcueta-Gho, D. (2013). Rol del varón en la anticoncepción, como usuario y como pareja. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*.   
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342013000300018](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000300018)
- Auguet, P. (2024). *Vasectomía, todo lo que necesitas saber*.   
<https://urologiapepauguet.com/blog/vasectomia-todo-lo-que-necesitas-saber/>
- Ayele, A. D., Beyene, F. Y., Kassa, B. G., & Mihretie, G. N. (2021). Knowledge of Vasectomy and Its Associated Factors in Debre Tabor Town, Northwest Ethiopia: A Community-Based Cross-Sectional Study. *Journal of Contraception*, 12, 27–34.   
<https://doi.org/10.2147/OAJC.S296798>

Byrne, K., Castaño, J., Chirlaque, M., Lilja, H., Agudo, A., Ardanaz, E., Rodríguez, M., Boeing, H., Kaaks, R., Khaw, K. T., Larrañaga, N., Navarro, C., Olsen, A., Overvad, K., Perez, A., Rohrmann, S., Sánchez, M. J., Tjønneland, A., Tsilidis, K., ... Travis, R. C. (2017).

Vasectomy and Prostate Cancer Risk in the European Prospective Investigation Into Cancer and Nutrition (EPIC). *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 35(12), 1297–1303. <https://doi.org/10.1200/JCO.2016.70.0062>

Collaguazo, D., & Guzmán, N. (2017). *CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS SOBRE LA VASECTOMÍA EN USUARIOS CONSULTA EXTERNA, “ HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO”, 2017.*

<https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/28235/3/PROYECTO%20DE%20INV%20ESTIGACION.pdf>

Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades. (2022). *Estadísticas de Discapacidad.*

<https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/estadisticas-de-discapacidad/>

Constitución de la Republica del Ecuador. (2008). CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR. *Registro Oficial*, 449(20), 25–2021. [www.lexis.com.ec](http://www.lexis.com.ec)

Correa, M. (2019). *PROTOCOLO ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA MASCULINA:*

*VASECTOMÍA AUTORES SELLO Y FECHA FIRMA ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA MASCULINA: VASECTOMÍA.*

[https://hosting.sec.es/descargas/PROTOCOLOS/PR\\_A\\_Quirurgia\\_Masculina\\_MartaCorrea\\_FIRMADO.pdf](https://hosting.sec.es/descargas/PROTOCOLOS/PR_A_Quirurgia_Masculina_MartaCorrea_FIRMADO.pdf)

- Degu, A., Id, A., Yenealem Beyene, F., Gelaye Wudineh, K., Getnet Kassa, B., Goshu, Y. A., & Mihretie, G. N. (2020). *Intention to use vasectomy and its associated factors among married men in Debre Tabor Town, North West Ethiopia, 2019*.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238293>
- España, Y., Méndez, K., & Miranda, V. (2019). *CONOCIMIENTO Y PARTICIPACIÓN DEL HOMBRE UNIVERSITARIO EN LA PREVENCIÓN DE EMBARAZOS*. Revista Científica de la Escuela Universitaria de las Ciencias de la Salud,.  
<https://www.camjol.info/index.php/RCEUCS/article/view/9774/11186>
- Hancock, P., Woodward, B. J., Muneer, A., & Brown, J. C. K. (2016). 2016 Laboratory guidelines for postvasectomy semen analysis: Association of Biomedical Andrologists, the British Andrology Society and the British Association of Urological Surgeons. *Journal of Clinical Pathology*, 69(7), 655–660. <https://doi.org/10.1136/JCLINPATH-2016-203731>
- Hernández, R. (2015). *Variables psicosociales vinculadas con la vasectomía como método anticonceptivo*. [https://www.uv.mx/dp/files/2022/03/Tesis\\_HernandezARD.pdf](https://www.uv.mx/dp/files/2022/03/Tesis_HernandezARD.pdf)
- Hernández, R., & Marván, M. (2015a). Desarrollo de un instrumento para medir creencias y actitudes hacia la vasectomía. *Perinatología y Reproducción Humana*, 29(4), 162–167.  
<https://doi.org/10.1016/J.RPRH.2016.03.002>
- Hernández, R., & Marván, M. (2015b). La vasectomía desde una perspectiva psicosocial. *Perinatología y Reproducción Humana*, 29(1), 30–35.  
<https://doi.org/10.1016/J.RPRH.2014.12.003>

Hoffman Barbara, Schorge John, Halvorson Lisa, Hamid Cherine, & Schaffer Joseph. (s/f).

Métodos anticonceptivos y esterilización. En *Williams Ginecología, 4e* (McGraw Hill

Medical). Recuperado el 13 de marzo de 2023, de

<https://accessmedicina.puce.elogim.com/content.aspx?bookid=2974&sectionid=249317659>

#1179069878

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2004). *COMPORTAMIENTO REPRODUCTIVO DE*

*LAS MUJERES ECUATORIANAS*. [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios_Socio-)

[inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios\\_Socio-](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios_Socio-)

[demograficos/Comportamiento%20Reproductivo%20de%20las%20Mujeres%20Ecuadorian](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios_Socio-demograficos/Comportamiento%20Reproductivo%20de%20las%20Mujeres%20Ecuadorianas.pdf)

[as.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios_Socio-demograficos/Comportamiento%20Reproductivo%20de%20las%20Mujeres%20Ecuadorianas.pdf)

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2018a). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*

*ENSANUT*. [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/ENSANUT_2018/Principales%20resultados%20ENSANUT_2018.pdf)

[inec/Estadisticas\\_Sociales/ENSANUT/ENSANUT\\_2018/Principales%20resultados%20EN](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/ENSANUT_2018/Principales%20resultados%20ENSANUT_2018.pdf)

[SANUT\\_2018.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/ENSANUT_2018/Principales%20resultados%20ENSANUT_2018.pdf)

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2018b). *Estadísticas Vitales Registro Estadístico de*

*Nacidos Vivos y Defunciones Fetales 2021*.

Medicina de Johns Hopkins. (s/f). *Reversión de la vasectomía*. Recuperado el 4 de julio de 2024,

de [https://www.hopkinsmedicine.org/health/treatment-tests-and-therapies/vasectomy-](https://www.hopkinsmedicine.org/health/treatment-tests-and-therapies/vasectomy-reversal)

[reversal](https://www.hopkinsmedicine.org/health/treatment-tests-and-therapies/vasectomy-reversal)

Meneses Angy, & Cristancho Sandra. (2019). Factores que inciden en la aceptabilidad de la

vasectomía. *Revista Colombiana de Enfermería*, 18.

<https://revistacolombianadeenfermeria.unbosque.edu.co/index.php/RCE/article/view/2438/2>

214

Miller, B. (2016). *Antropología cultural*. www.pearsoneducacion.com

Moreno, D. (2019). *La vasectomía en la disputa con una masculinidad hegemónica*.

<https://repositorio.uniandes.edu.co/bitstream/handle/1992/44666/u830831.pdf?sequence=1>

Muñoz, M., López, A., & Velasco, S. (2017). CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y CREENCIAS ENTORNO A LA ELECCIÓN DE LA VASECTOMÍA EN ECATEPEC-MÉXICO. *Revista Científica Ciencia Médica*, 20(2), 33–39.

[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1817-](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332017000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

[74332017000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332017000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

Ohn Mar, S., Ali, O., Sandheep, S., Husayni, Z., & Zuhri, M. (2019). Attitudes towards vasectomy and its acceptance as a method of contraception among clinical-year medical students in a Malaysian private medical college. *Singapore medical journal*, 60(2), 97–103.

<https://doi.org/10.11622/SMEDJ.2018065>

Organización de las Naciones Unidas. (2014). *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*.

[https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/ICPD\\_programme\\_of\\_action\\_es.pdf](https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/ICPD_programme_of_action_es.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (1994). *World Health Organization. Family Planning and Population Unit. Vasectomía : lo que deben saber los agentes de salud*.

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63867/WHO\\_FHE\\_FPP\\_94.3\\_Rev1\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63867/WHO_FHE_FPP_94.3_Rev1_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Organización Mundial de la Salud. (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>

Organización Panamericana de la Salud, & Organización Mundial de la Salud. (2000). *Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción*. [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/promocion\\_salud\\_sexual.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/promocion_salud_sexual.pdf)

Ostrowski, K. A., Holt, S. K., Haynes, B., Davies, B. J., Fuchs, E. F., & Walsh, T. J. (2018). Evaluation of Vasectomy Trends in the United States. *Urology*, *118*, 76–79. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2018.03.016>

Pallangyo, E. S., Msoka, A. C., Brownie, S., & Holroyd, E. (2020). Religious beliefs, social pressure, and stigma: Rural women’s perceptions and beliefs about vasectomy in Pwani, Tanzania. *PLOS ONE*, *15*(3), e0230045. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0230045>

Pile, J. (2008). Vasectomy Advocacy Package: Safe, Cost-Effective, and Underutilized. *Advocacy Brief No. 5*. [http://acquireproject.org/archive/files/2.0\\_invest\\_in\\_fp\\_and\\_lapms/2.2\\_resources/2.2.2\\_advocacy\\_briefs/Advocacy-Brief-5-final.pdf](http://acquireproject.org/archive/files/2.0_invest_in_fp_and_lapms/2.2_resources/2.2.2_advocacy_briefs/Advocacy-Brief-5-final.pdf)

Prieto-Campos, P., Montiel-Alfonso, M. Á., Nati-Castillo, H. A., Araya-Morales, A. B., Brito, B. M. de, Escudero, F. del C., Mera-Flores, R. R., Palazuelos-Guzman, I., Rosales-Trujillo, J., & Botia-Silva, N. R. (2022). Vasectomía: conocimientos, percepción y aceptación por parte de estudiantes de medicina en América Latina. *Revista de la Facultad de Medicina*, *71*(1), e94536. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v71n1.95436>

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. (2019). *Anticoncepción quirúrgica varones, Vasectomía*.  
[http://www.ossyr.org.ar/PDFs/2008\\_Guia\\_contracepcion\\_quirur\\_varones.pdf](http://www.ossyr.org.ar/PDFs/2008_Guia_contracepcion_quirur_varones.pdf)

Rivera, D., Sánchez, S., & Rivillas, J. C. (2021). Percepciones y motivaciones sobre la vasectomía de usuarias/os de redes sociales y hombres vasectomizados. *La Manzana de la Discordia*, *16*(1).  
<https://doi.org/10.25100/LAMANZANADELADISCORDIA.V16I1.10739>

Rodríguez, R., Gómez, L., & Conde, M. (2003). Caracterización de las progestinas inyectables y sus beneficios en la Planificación Familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, *19*(2), 0–0. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252003000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

Ruydiaz, K., Fernández, S., & Saldarriaga, G. (2017). Percepción de la vasectomía en mujeres militares. *Index de Enfermería*, *26*(3), 147–151.  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962017000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

- Sánchez Sandra, Forero Luz, & Rivillas Juan. (2019). *Vasectomías en Colombia: ¿cómo adaptar los servicios de salud a las necesidades de los hombres?* Rev. Fac. Nac. Salud Pública. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/335444/20792825>
- Secin, F. (2022, octubre). *La letra chica de las vasectomías*. infobae. <https://www.infobae.com/opinion/2022/10/12/la-letra-chica-de-las-vasectomias/>
- Sheynkin, Y. R. (2009). History of Vasectomy. *Urologic Clinics of North America*, 36(3), 285–294. <https://doi.org/10.1016/J.UCL.2009.05.007>
- Shih, G., Turok, D. K., & Parker, W. J. (2011). Vasectomy: the other (better) form of sterilization. *Contraception*, 83(4), 310–315. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2010.08.019>
- Siddiqui, M., Wilson, K. M., Epstein, M. M., Rider, J. R., Martin, N. E., Stampfer, M. J., Giovannucci, E. L., & Mucci, L. A. (2014). Vasectomy and risk of aggressive prostate cancer: a 24-year follow-up study. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 32(27), 3033–3038. <https://doi.org/10.1200/JCO.2013.54.8446>
- Soto, M., Rios, Z., Gómez, I., & Garcia, B. (2023). *Proceso de toma de decisión de la vasectomía desde la teoría fundamentada | Revista Ciencia y Cuidado*. <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/3635/5473>
- Temach, A., Fekadu, G., & Achamyelch, A. (2017). Educational status as determinant of men's knowledge about vasectomy in Dangila town administration, Amhara region, Northwest

Ethiopia. *Reproductive Health*, 14(1), 1–6. <https://doi.org/10.1186/S12978-017-0314-5/TABLES/3>

Vásquez, D., & Ospino, A. (2020). *Anticonceptivos orales combinados*.

<https://doi.org/10.24245/gom.v88i>

Vega, H., & Ortiz, I. (2019). *PERCEPCIÓN SOBRE LAS CREENCIAS EN EL USO DE LA VASECTOMÍA SEGÚN GÉNERO EN USUARIOS DEL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO 2018*. <http://181.224.226.226/bitstream/handle/20.500.12935/39/TESIS%20GENEBROZO-VEGA.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Velez, D., Pagani, R., Mima, M., & Ohlander, S. (2021). Vasectomy: a guidelines-based approach to male surgical contraception. *Fertility and Sterility*, 115(6), 1365–1368.

<https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2021.03.045>

Vergara, M. (2017). *Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva*.

<https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SS%20Y%20SR%202017-2021.pdf>

Vernon, R. (1996). *Investigación Operativa sobre la promoción de la vasectomía en tres países de América Latina* .

Vértiz, J. M. (2016). Situación de la Salud Sexual y Reproductiva. *Consejo Nacional de Población*.

[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/237216/Cuadernillo\\_SSR\\_RM.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/237216/Cuadernillo_SSR_RM.pdf)

Viera Anthony. (2021). *Vasectomy*. <https://www.simplevas.net/wp-content/uploads/2022/09/Vasectomy-UpToDate.pdf>

Vilma, M., Morales, R., Zoe, D., Bernal, D., Castañeda, D. I., Aida, D., & Cabrera, R. (2016). Conocimientos y actitudes de varones acerca de la planificación familiar. *Revista Cubana de Salud Pública*, 42(1), 0–0. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662016000100011&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662016000100011&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

White Kari, Martinez Macarena, Turok David, Gipson Jessica, & Borrero Sonya. (2022). Vasectomy Knowledge and Interest Among U.S. Men Who Do Not Intend to Have More Children. *American Journal of Men's Health*.  
<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/15579883221098574>

Wilson, A. D., Fylan, F., & Gough, B. (2018). Marginalisation of men in family planning texts: An analysis of training manuals. *Health Education Journal*, 77(4), 387–397.  
<https://doi.org/10.1177/0017896917751832>

World Health Organization, & Johns Hopkins. (2022). *Family Planning*.  
<https://fp handbook.org/es/capitulo-13-vasectomia>

Zhang, X., & Eisenberg, M. L. (2022). Vasectomy utilization in men aged 18–45 declined between 2002 and 2017: Results from the United States National Survey for Family Growth data. *Andrology*, 10(1), 137–142. <https://doi.org/10.1111/andr.13093>

## ANEXOS

## INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE/REPRESENTANTE LEGAL

**B** *I* U  

**TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:** Conocimientos y actitudes percibidos por parte de los estudiantes de séptimo y décimo semestre de la carrera de medicina de la Pontificia Universidad Católica acerca de la vasectomía como método anticonceptivo durante un periodo de 4 meses.

**NOMBRE DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL:** Ivonne Quispe

**NOMBRE DEL PATROCINADOR:** No aplica

**NOMBRE DEL CENTRO O ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE REALIZARÁ LA INVESTIGACIÓN:** Pontificia Universidad Católica del Ecuador

**EVALUADO Y APROBADO POR:** EL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS DE LA PUCE.

**INTRODUCCIÓN:** La vasectomía es una intervención segura y eficaz que consiste en cortar los conductos deferentes para interrumpir el paso de los espermatozoides e impedir que éstos sean expulsados al exterior por medio de la eyaculación. El Ecuador ocupa el tercer lugar dentro de los países en América Latina que emplean la vasectomía como método anticonceptivo. De acuerdo con estudios del INEC, el 33% de mujeres se inclinan por la ligadura tubárica y solo el 0,3% por la esterilización masculina. Esto ocurre debido a diversas creencias y actitudes negativas que influye en la decisión de acceder a la vasectomía, siendo el miedo y la vergüenza las razones principales. En una sociedad machista, la vasectomía es vista como un procedimiento que hará menos hombre a quien acceda a realizarse. Asimismo, en cuanto a la virilidad, creen que habrá una disminución de la libido sexual, disfunción eréctil e incluso dolor. De manera que, el nivel de educación de los estudiantes contribuirá con la promoción de la vasectomía y la participación de los hombres en la planificación familiar.

**PROPÓSITO DEL ESTUDIO:** El objetivo de la investigación es determinar el nivel de conocimiento y las actitudes acerca de la vasectomía como método anticonceptivo de los estudiantes que deseen participar, tanto hombres y mujeres, de séptimo y décimo semestre de la facultad de medicina de la PUCE. Los criterios de exclusión son los estudiantes de otras universidades que no deseen participar.

**PROCEDIMIENTOS:** El estudio se realizará en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, a los estudiantes se les enviará la encuesta, realizada en la plataforma Google Forms, a sus correos institucionales. La encuesta evaluará el conocimiento y actitudes acerca de la vasectomía, tiene una duración de aproximadamente 30 minutos. La investigadora principal, Ivonne Quispe, será quién se contacte con los estudiantes y quién tenga el acceso a la base de datos.

**RIESGOS Y BENEFICIOS:** No existen riesgos asociados a la investigación estudio debido a que no se tomarán muestras biológicas y tampoco se trabajará con población vulnerables. Además, los participantes no realizarán actividades que ponga en riesgo su vida. No habrá beneficios individuales, sin embargo, la investigación permitirá verificar y conocer el grado de conocimientos que tienen los estudiantes de séptimo nivel, semestre en el que reciben clases acerca de los diferentes métodos anticonceptivos y los estudiantes de décimo semestre, que están próximos a ingresar al internado rotativo y si es el caso, corregir las falencias y contribuir en la formación de los futuros médicos de la PUCE.

**COSTOS Y COMPENSACIÓN:** Acceder a la investigación no tendrá ningún costo y los participantes no recibirán ninguna compensación por formar parte del estudio.

**CONFIDENCIALIDAD DE DATOS:** Con el fin de desvincular la información obtenida del participante y evitar exponer los datos personales se utilizará un código, usando la primera letra de su nombre y apellido en el momento de llenar la encuesta. Por lo que ni el investigador podrá conocer la identidad del participante, esto garantiza que el nombre no sea mencionado en reportes o publicaciones.

**DERECHOS Y OPCIONES DEL PARTICIPANTE:** La participación en esta investigación es de forma voluntaria. Así mismo, puede retirarse en cualquier momento sin que esto tenga alguna repercusión que lo perjudique. Además, los datos obtenidos serán eliminados y no podrán utilizarse.

**INFORMACIÓN DE CONTACTO:**

**Datos del Investigador:** Ivonne Quispe -Estudiante Internado Rotativo

**Celular:** 0998019110 **Teléfono Convencional:** 022-03-4643

**Email:** [iequispe@puce.edu.ec](mailto:iequispe@puce.edu.ec)

**Presidente del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la PUCE:** Dr. Galo Sánchez del Hierro. Pontificia Universidad Católica del Ecuador; Av. 12 de octubre 1076 y Roca, Quito, edificio administrativo, piso 3, oficina 327, teléfono 2991700, ext. 2917, [gasanchez@puce.edu.ec](mailto:gasanchez@puce.edu.ec)

**DECLARATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

He leído el documento de consentimiento informado y he comprendido los riesgos y beneficios de formar parte de la investigación. Por lo que acepto voluntariamente participar en el estudio acerca de: **Conocimientos, actitudes, barreras y facilitadores percibidos por parte de los estudiantes de último semestre de la carrera de medicina de la Pontificia Universidad Católica acerca de la vasectomía como método anticonceptivo durante un periodo de 4 meses.**

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación no será usada para ningún otro propósito que no sea para fines académicos y esto no implica la divulgación de la identidad, sin mi previo consentimiento. He sido informado (a) que puedo hacer preguntas en cualquier momento y que tengo el derecho de retirarme de la investigación el momento que considere necesario, sin que me perjudique o atente a mis derechos.

Al aceptar el documento de consentimiento informado, el participante/representante NO renuncia a ninguno de los derechos que por ley le corresponden.

Finalmente, se le enviará una copia de este documento al correo proporcionado del participante/representante legal.

---

Acepto participar de forma voluntaria

Sí

No

INFORMACIÓN DEL ENCUESTADO
Descripción (opcional)
<hr/>
<b>¿Cuál es su edad?</b>
<input type="radio"/> 18-22
<input type="radio"/> 23-25
<input type="radio"/> >26
<hr/>
<b>¿En que semestre se encuentra?</b>
<input type="radio"/> Séptimo
<input type="radio"/> Décimo
<hr/>
<b>Género</b>
<input type="radio"/> Masculino
<input type="radio"/> Femenino
<hr/>
<b>Estado civil</b>
<input type="radio"/> Soltero
<input type="radio"/> Casado
<input type="radio"/> Divorciado
<input type="radio"/> Unión libre
<hr/>
<b>¿Actualmente tiene pareja?</b>
<input type="radio"/> Sí
<input type="radio"/> No

<b>Si su respuesta fue sí, ¿Qué tipo de método anticonceptivo utiliza?</b>
<input type="radio"/> Naturales
<input type="radio"/> Barrera
<input type="radio"/> Hormonales
<input type="radio"/> Definitivos
<input type="radio"/> Ninguno
<hr/>
<b>¿Tiene hijos?</b>
<input type="radio"/> Si
<input type="radio"/> No
<hr/>
<b>¿Cuántos hijos tiene?</b>
<input type="radio"/> 1
<input type="radio"/> 2
<input type="radio"/> >3
<input type="radio"/> Ninguno
<hr/>
<b>¿A qué etnia pertenece?</b>
<input type="radio"/> Mestizo
<input type="radio"/> Afroamericano
<input type="radio"/> Montubio
<input type="radio"/> Indígena
<hr/>
<b>¿A qué religión pertenece?</b>
<input type="radio"/> Católico
<input type="radio"/> Cristiano
<input type="radio"/> Ateo
<input type="radio"/> Testigo de Jehová
<input type="radio"/> Mormón
<input type="radio"/> Ninguna
<hr/>
<b>¿En que zona se encuentra su vivienda?</b>
<input type="radio"/> Urbana
<input type="radio"/> Rural

### CONOCIMIENTOS ACERCA DE LA VASECTOMÍA

En esta sección se evaluará el nivel de conocimiento que posee acerca de la vasectomía. Por favor responda si considera que el enunciado es verdadero o falso.

1. La vasectomía consiste en extraer los conductos eferentes situados en el escroto.

- Sí  
 No

2. Los testículos del hombre vasectomizado deja de producir espermatozoides.

- Sí  
 No

3. La vasectomía protege contra enfermedades de transmisión sexual.

- Sí  
 No

4. La vasectomía tiene un efecto inmediato.

- Sí  
 No

5. El paciente debe usar un método de anticoncepción transitorio durante una semana posterior a la cirugía.

- Sí  
 No

6. La vasectomía es un procedimiento sencillo, realizado por una sola persona, dura aproximadamente 15 minutos, se puede realizar en un dispensario médico.

- Sí  
 No

7. ¿La vasectomía es un procedimiento reversible?

- Sí  
 No

8. La vasectomía tiene menos complicaciones que la esterilización femenina.

- Sí  
 No

9. La vasectomía influye en la eyaculación masculina, erección y el deseo sexual.

- Sí  
 No

10. La vasectomía es una opción viable para hombres que aún no tienen hijos o que son jóvenes.

- Sí  
 No

11. La vasectomía aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares y cáncer de próstata.

- Sí  
 No

12. La técnica de vasectomía percutánea (sin bisturí, o de Li Shunqiang) consiste en realizar dos incisiones, una a cada lado del rafe escrotal medio.

- Sí  
 No

13. El paciente debe realizarse un espermograma antes de la cirugía

- Sí  
 No

14. El paciente puede regresar al trabajo luego de 7 días de la operación, pero debe abstenerse de realizar trabajos pesados.

- Sí  
 No

15. Se recomienda suspender otro método anticonceptivo si hay un conteo de espermatozoides <10,000 / mL, inmóviles luego de siete meses con un mínimo de 24 eyaculaciones.

- Sí  
 No

16. Conoce un lugar donde realizan la vasectomía.

- Sí  
 No

**ACTITUD ACERCA DE LA VASECTOMÍA** ✕

Descripción (opcional)

---

**1. Ud. se realizaría la vasectomía o consentiría el uso de la vasectomía en su pareja.**

Sí

No

---

**2. ¿Qué le motivaría a usted o su pareja a acceder a la vasectomía?**

Aumento de la actividad sexual.

Previene los embarazos no deseados.

Las mujeres no tienen que usar anticonceptivos.

Método eficaz para dejar de gastar en otros métodos anticonceptivos.

Oportunidad para el hombre de ser responsable de la planificación familiar.

Conciencia ambiental.

---

**3. ¿Qué factores influirían en su decisión de no realizarse la vasectomía o no consentirla en su pareja.**

Cáncer

Impotencia sexual.

Cambios en la personalidad.

Acumulación de semen en el cuerpo con efectos negativos.

Pérdida o aumento de peso.

Miedo a las complicaciones

Pérdida de la libido.

Miedo a la cirugía.

Porque promueve la promiscuidad.

La planificación familiar es únicamente para mujeres.

---

**4. Después de cuantos hijos se realizaría la vasectomía o consentiría que su pareja lo realice.**

1

2

>3

No me realizaría.

**5. ¿Qué edad considera que es la ideal para que usted o su pareja se realice la vasectomía?**

Ninguna

18-22

23-29

>30

---

**6. Considera que la religión es un impedimento para acceder a la vasectomía. \***

Sí

No

---

**7. Considera que el nivel de educación influye en la decisión de acceder a la vasectomía.**

Sí

No

---

**8. Considera que las personas que viven en zonas urbanas pueden acceder con mayor facilidad que las zonas rurales.**

Sí

No

---

**9. Considera que realizarse la vasectomía interfiere con su masculinidad o la de su pareja.**

Sí

No

---

**10. ¿Cree que hay discriminación de género al momento de elegir anticoncepción?**

Sí

No

---

**11. La anticoncepción debería ser una obligación de las mujeres solamente.**

Sí

No

---

**12. Considera que la vasectomía promueve la promiscuidad.**

Sí

No

13. Responda solo si es mujer. ¿Le gustaría que su pareja participe en la planificación familiar y opte por realizarse la vasectomía ?

- Sí
- No

14. ¿Considera que la vasectomía debería ser más promovida como una opción anticonceptiva?

- Sí
- No

15. ¿Considera que los costos son una barrera para la vasectomía?

- Sí
- No

16. ¿Considera que la decisión de hacerse una vasectomía debería ser tomada de forma individual ?

- Sí
- No