

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**“OPINIONES Y CREENCIAS ACERCA DE LA ESTERILIZACIÓN MASCULINA  
EN HOMBRES VASECTOMIZADOS Y NO VASECTOMIZADOS”**

**Estudio cualitativo con metodología etnográfica en el Hospital General  
“Dr. Juan José Arévalo Bermejo” del Instituto Guatemalteco  
de Seguridad Social –IGSS– y Sanatorio Nuestra Señora  
del Rosario, Sanarate El Progreso, Guatemala**

**junio 2015**

**Tesis**

Presentada a la Honorable Junta Directiva  
de la Facultad de Ciencias Médicas de la  
Universidad de San Carlos de Guatemala

**María Eugenia Ramírez Aristondo**

**Médico y Cirujano**

Guatemala, enero de 2016

El infrascrito Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala hace constar que:

La estudiante:

María Eugenia Ramírez Aristondo 201010011

Cumplió con los requisitos solicitados por esta Facultad previo a optar al Título de Médico y Cirujano en el grado de Licenciatura, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

**"OPINIONES Y CREENCIAS ACERCA DE LA ESTERILIZACIÓN MASCULINA EN HOMBRES VASECTOMIZADOS Y NO VASECTOMIZADOS"**

Estudio cualitativo con metodología etnográfica en el Hospital General "Dr. Juan José Arévalo Bermejo" del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS- y Sanatorio Nuestra Señora del Rosario, Sanarate El Progreso, Guatemala

Junio 2015

Trabajo asesorado por la Dra. María Teresa Mosquera Saravia y revisado por el Dr. Paul Antulio Chinchilla Santos, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

### **ORDEN DE IMPRESIÓN**

En la Ciudad de Guatemala, a los dieciocho días de enero del dos mil dieciséis

  
DR. MARIO HERRERA CASTELLANOS  
DECANO

El infrascrito Coordinador de la Coordinación de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hace constar que la estudiante:

María Eugenia Ramírez Aristondo 201010011

Presentó el trabajo de graduación titulado:

**“OPINIONES Y CREENCIAS ACERCA DE LA ESTERILIZACIÓN MASCULINA EN HOMBRES VASECTOMIZADOS Y NO VASECTOMIZADOS”**

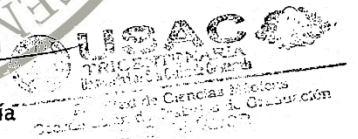
Estudio cualitativo con metodología etnográfica en el Hospital General “Dr. Juan José Arévalo Bermejo” del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS- y Sanatorio Nuestra Señora del Rosario, Sanarate El Progreso, Guatemala

junio 2015

El cual ha sido revisado por la Dra. Aída Guadalupe Barrera Pérez y, al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Coordinación, se les autoriza continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala el dieciocho de enero del dos mil dieciséis.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

  
Dr. C. César Oswaldo García García  
Coordinador



Guatemala, 18 de enero del 2016

Doctor  
César Oswaldo García García  
Coordinación de Trabajos de Graduación  
Facultad de Ciencias Médicas  
Universidad de San Carlos de Guatemala  
Presente

Dr. García:

Le informo que yo:

María Eugenia Ramírez Aristondo

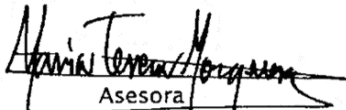
Presenté el informe final del Trabajo de Graduación titulado:

**"OPINIONES Y CREENCIAS ACERCA DE LA ESTERILIZACIÓN MASCULINA  
EN HOMBRES VASECTOMIZADOS Y NO VASECTOMIZADOS"**

Estudio cualitativo con metodología etnográfica en el Hospital General  
"Dr. Juan José Arévalo Bermejo" del Instituto Guatemalteco  
de Seguridad Social -IGSS- y Sanatorio Nuestra Señora  
del Rosario, Sanarate El Progreso, Guatemala

junio 2015

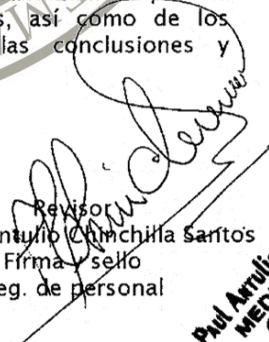
Del cual como asesora y revisor nos responsabilizamos por la metodología, confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.

  
Asesora

Dra. María Teresa Mosquera Saravia  
Firma y sello



Instituto de Estudios Interdisciplinarios  
Universidad de San Carlos de Guatemala

  
Revisor  
Dr. Paul Antulio Chinchilla Santos  
Firma y sello  
Reg. de personal

**Paul Antulio Chinchilla Santos  
MEDICO Y CIRUJANO  
Colegiado 3154**

***De la responsabilidad del trabajo de graduación:***

El autor o autores es o son los únicos responsables de la originalidad, validez científica, de los conceptos y de las opiniones expresadas en el contenido del trabajo de graduación. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Coordinación de Trabajos de Graduación, la Facultad de Ciencias Médicas y para la Universidad de San Carlos de Guatemala. Si se llegara a determinar y comprobar que se incurrió en el delito de plagio u otro tipo de fraude, el trabajo de graduación será anulado y el autor o autores deberá o deberán someterse a las medidas legales y disciplinarias correspondientes, tanto de la Facultad, de la Universidad y otras instancias competentes.

## **DEDICATORIA**

### **A DIOS Y A LA VIRGEN MARIA**

Por permitirme llegar a este momento tan especial de mi vida, darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el período de estudio.

### **A MIS PADRES**

César Augusto Ramírez Flores y Zoila Elizabeth Aristondo Melgar por ser mi constante fuente de inspiración y apoyo; es para ustedes el logro obtenido.

### **A MI ABUELITA**

Elfa Melgar Herrera. Abuelita hoy estoy culminando uno de sus mayores sueños y aunque físicamente no este conmigo, usted ha sido en mi vida inspiración para luchar por alcanzar mis metas, tengo la certeza que Dios le ha dado el descanso eterno y hoy se encuentra desde un lugar especial observando el fruto de los valores que en mi inculcó.

### **A MIS HERMANOS**

Marvin Ramírez Aristondo y Omar Ramírez Aristondo que me impulsaron y fueron mi ejemplo en todo momento de mi vida, promoviendo siempre valores y perseverancia en toda acción que emprendiera.

### **A MIS TÍOS, SOBRINOS Y FAMILIA**

Por brindarme su cariño, sabios consejos y palabras de aliento.

### **A MIS AMIGOS**

La etapa de estudiantes que vivimos juntos será inolvidable. Gracias por su amistad.

### **AGRADECIMIENTO ESPECIAL A LOS PROFESIONALES:**

Dra. María Teresa Mosquera Saravia y Dra. Aída Guadalupe Barrera Pérez quienes además de transmitirme su vocación investigadora, me orientaron, ayudaron y estimularon constantemente.

Dr. Paul Antulio Chinchilla Santos.

Dra. Brenda Azucena Chamalé Contreras.

Dra. Nancy Arlette Centeno Aldana.

Ing. Usama Fathi Afifi Rizk por su comprensión y apoyo incondicional.

المهندس / اسامة فتحى عفيفى رزق , شكرا جزيلاً على حسن فهمكم و تعاونكم المتكامل .

Constituye, asimismo este trabajo un homenaje a la UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA, Alma Mater, en especial a la Gloriosa FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



## RESUMEN

**OBJETIVO:** Explorar las opiniones y creencias sobre la esterilización masculina en hombres vasectomizados atendidos en la clínica de planificación familiar en el hospital general Dr. Juan José Arévalo Bermejo – IGSS zona 6 - y hombres no vasectomizados atendidos en la consulta de medicina general en el sanatorio Nuestra Señora del Rosario en Sanarate, El Progreso, durante junio de 2015. **POBLACIÓN Y MÉTODOS:** Investigación cualitativa con metodología etnográfica. Se obtuvo una muestra por conveniencia de 6 hombres en cada lugar de estudio, se aplicó el método de saturación teórica y se utilizó la técnica de entrevista semiestructurada. **RESULTADOS:** La mayoría de los entrevistados conocía la vasectomía y de ellos todos tenían concepciones erróneas de la misma; sin embargo, a diferencia de los hombres no vasectomizados, los vasectomizados tuvieron: acceso a asesoría por parte de profesionales en salud, creían que la esterilización femenina tiene más complicaciones, deseaban tener relaciones sexuales sin miedo al embarazo y tener estabilidad económica, siendo estas las razones principales que los motivaron a optar por la esterilización masculina como método de planificación familiar. **CONCLUSIONES:** Las opiniones y creencias con influjos machistas influyen en la baja frecuencia del uso de la vasectomía como método definitivo de planificación familiar. Estas opiniones y creencias incluyen la asociación de este procedimiento con la pérdida de interés sexual, erección y eyaculación, además de otras creencias como la presencia de irritación, edema, aumento de peso y dolor intenso posteriores a la operación. Así mismo, la falta de acceso a información de fuentes confiables fue un factor determinante para la toma de decisiones de los hombres entrevistados.

**Palabras clave:** Servicio de planificación familiar, vasectomía, opiniones públicas y creencias.

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
1. OBJETIVOS.....	5
1.1. Objetivo general .....	5
1.2. Objetivos específicos.....	5
2. MARCO TEÓRICO.....	7
2.1. La importancia de la planificación familiar.....	7
2.2. Marco legal para la planificación familiar en Guatemala.....	9
2.3. Antropología médica y la planificación familiar.....	11
2.4. Métodos anticonceptivos.....	13
2.5. Utilización de métodos anticonceptivos en Guatemala.....	22
2.6. Esterilización femenina frente a la esterilización masculina.....	22
2.7. Factores influyentes en la elección de la vasectomía como método definitivo de planificación familiar.....	23
3. POBLACIÓN Y MÉTODOS .....	25
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	25
3.2. Unidad de análisis.....	25
3.3. Población.....	25
3.4. Técnica de recolección de datos.....	27
3.5. Descripción de los elementos trascendentales del estudio.....	27
3.6. Procesamiento y análisis de datos.....	30
3.7. Límites.....	33
3.8. Rigor procedimental.....	33
4. RESULTADOS .....	35
5. DISCUSIÓN.....	51



6.	CONCLUSIONES.....	57
7.	RECOMENDACIONES.....	59
8.	APORTES.....	61
9.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63
10.	ANEXOS.....	67

## INTRODUCCIÓN

La planificación familiar se refiere al conjunto de prácticas que pueden ser utilizadas por una mujer, un hombre o una pareja de potenciales progenitores orientadas básicamente al control de la reproducción mediante el uso de métodos anticonceptivos en la práctica de relaciones sexuales. Este conjunto de prácticas resultan esenciales para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y al mismo tiempo, apoyar la salud, el desarrollo de las comunidades, la reducción de la mortalidad materna y aminorar el crecimiento insostenible de la población entre otros potenciales beneficios para la sociedad. Cuando el número de hijos que se desean tener en una familia se ha establecido y cumplido, dentro de la vasta gama de métodos existentes, los métodos definitivos son la mejor opción, los cuales incluyen la esterilización femenina y masculina. (1-3)

La esterilización es el método anticonceptivo utilizado de forma más generalizada en todo el mundo, principalmente en países desarrollados en donde es más respaldado. Según cálculos de las Naciones Unidas, 262 millones de parejas utilizan la esterilización como método anticonceptivo. De estas, 225 millones confían en la esterilización femenina y 37 millones en la vasectomía, lo que representa el 34% y el 5.6%, respectivamente de todo el uso de anticoncepción. (4) Con respecto a Guatemala, según el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en el 2014 las estadísticas de los métodos definitivos de planificación familiar muestran que 97.05% corresponden a esterilización femenina y tan solo 2.95% a esterilización masculina. (5) Esta situación no es característica única de Guatemala, en países vecinos como en el Salvador se reportó un 0.2% de hombres que utilizan la vasectomía como método definitivo de planificación familiar. (6) Según la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de Costa Rica, 6.7% de hombres optan por este procedimiento anualmente, en contraste al 24.7% de mujeres que optan por la esterilización femenina. (7) En Colombia, el porcentaje de procedimientos de esterilización en hombres sólo alcanza un 3.1% en comparación con el 23.3% en las mujeres. (8) Como se puede confirmar a través de estos datos, la esterilización femenina es mucho más frecuente que la masculina a pesar de que la vasectomía como procedimiento, es más seguro, más simple, cuesta alrededor de la mitad de la primera y es más efectivo. (9)

La vasectomía consiste en la ligadura de los conductos deferentes a nivel escrotal con el fin de impedir el pasaje de espermatozoides provenientes del epidídimo. La técnica de la

vasectomía se encuentra ampliamente difundida en países asiáticos, en los EEUU y en algunos países europeos. Suele ser un método de elección entre los hombres casados y de mayor nivel de educación. Así mismo, se utiliza con mucha frecuencia en países desarrollados como Australia, Inglaterra, Canadá y Holanda. Sin embargo en Latinoamérica y El Caribe, como se mencionó anteriormente, es uno de los métodos anticonceptivos menos utilizados, las principales razones de esto incluyen conocimiento escaso y erróneo sobre el procedimiento, la falta de acceso y preferencias de los pacientes. (10) De lo anterior, surgen las preguntas si estos mismos factores son significativos en la toma de decisiones de los hombres guatemaltecos ¿La tendencia machista y la falta de acceso a la información influyen en la decisión del hombre para optar o no por la vasectomía?

Existen distintas técnicas para llevar a cabo la esterilización masculina. Todas ellas se pueden llevar a cabo con anestesia local y en forma ambulatoria. En Guatemala, entre los lugares que realizan la vasectomía se encuentran el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social - IGSS – en donde para el 2014 se realizaron 237 vasectomías sin bisturí. (11) La Asociación Pro-Bienestar de la familia – APROFAM - quienes durante el año 2014 realizaron 424 vasectomías sin bisturí, las cuales se llevaron a cabo en los departamentos de: Guatemala, Sacatepéquez, Santa Rosa, Chimaltenango, Escuintla, Retalhuleu y Mazatenango. (12) Así mismo, en los puestos de salud pública de Alta Verapaz, Jutiapa y San Marcos en donde según estadísticas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, para el 2014 se realizaron 152 vasectomías. (5)

La vasectomía es el método de planificación familiar con menor uso durante el año 2014, pues se obtuvo solamente 152 usuarios en comparación con los usuarios nuevos de la esterilización femenina que correspondieron a 4,996. (5,13) Esto solo indica que dicho procedimiento es un mito en la sociedad guatemalteca por la falta de difusión, las concepciones machistas, la cultura patriarcal, la marginación del hombre en procesos reproductivos, creencias y mensajes religiosos, entre otros factores que hacen de este un método que no está entre las principales opciones de la población a pesar de sus múltiples ventajas.

Con el fin de responder a las cuestiones respecto al por qué los hombres no optan por la vasectomía, se eligió la metodología etnográfica de la investigación cualitativa, para así interpretar dicha praxis a través de la descripción de las opiniones y creencias.

A través de las entrevistas realizadas a hombres vasectomizados y no vasectomizados se confirmó que los factores evidenciados en otros países en desarrollo como se mencionó previamente, sí son influyentes en la toma de decisión con respecto al método de planificación utilizado por los hombres entrevistados, en especial la vasectomía. Los factores evidenciados incluyeron opiniones, creencias con tendencia machista como son la asociación de este procedimiento con la pérdida de interés sexual, pérdida de la erección, pérdida de la eyaculación, asociación con la homosexualidad y la depreciación del hombre en la sociedad así como otras como la irritación, edema, aumento de peso, dolor intenso posterior a la operación. Dichas opiniones y creencias fueron adquiridas por difusión de fuentes no confiables como familiares, compañeros de trabajo y vecinos.

Una estrategia integral de planificación familiar es la base para el cambio de conocimientos, actitudes y prácticas de la población, así como para la prestación de servicios de calidad para una maternidad saludable, disminución de la mortalidad materna e infantil y cumplimiento de expectativas reproductivas tanto de hombres como de mujeres. (14) Para llegar a establecer dicha estrategia, es de importancia determinar las principales opiniones y creencias para así abordarlas con prioridad. Es por esto que esta investigación tuvo como enfoque el identificar y comprender mejor las razones y los factores determinantes en la población masculina que establecen la tendencia a optar o no por la vasectomía como método de planificación familiar, así se esclarece uno de los eslabones que nos aproximan a una planificación familiar ideal.



## **1. OBJETIVOS**

### **1.1. Objetivo general**

Explorar las opiniones y creencias acerca de la esterilización masculina en los hombres que acuden a la clínica de planificación familiar del hospital general Dr. Juan José Arévalo Bermejo del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y a la consulta de medicina general del sanatorio Nuestra Señora del Rosario en Sanarate, El Progreso, Guatemala, durante junio de 2015.

### **1.2. Objetivos específicos**

- 1.2.1. Determinar el por qué algunos hombres prefieren la esterilización femenina sobre la masculina.
- 1.2.2. Evidenciar la influencia del machismo sobre la decisión de los hombres al elegir la esterilización masculina como método definitivo de planificación familiar.
- 1.2.3. Reconocer los conocimientos que hacen que la esterilización masculina sea una opción como método definitivo de planificación familiar.
- 1.2.4. Determinar la influencia que tiene el acceso a la información de los métodos definitivos de planificación familiar sobre la baja frecuencia de utilización de la esterilización masculina.





## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1. La importancia de la planificación familiar. (4 , 13 , 14, 20 )

Por planificación familiar se entiende todos aquellos suministros y servicios que hacen posible que las personas y las parejas tengan el número de hijos e hijas que desean y planifiquen el cuándo y cada cuánto tiempo los tendrán. En ella se incluyen los métodos anticonceptivos modernos, tales como la píldora anticonceptiva, los dispositivos intrauterinos, los productos inyectables, los preservativos para hombres y mujeres y la esterilización. Los servicios incluyen atención médica, asesoramiento e información y educación relacionadas con la salud sexual y reproductiva.

La planificación familiar es una de las estrategias de mayor eficacia demostrada para salvar la vida de las mujeres y de los niños y mejorar su salud. Cuando las mujeres y las parejas tienen acceso a la planificación familiar, sobre todo a una gran variedad de métodos anticonceptivos modernos, su capacidad para prevenir los embarazos no planificados y espaciar sus embarazos es mayor. Las medidas de planificación familiar reducen significativamente el riesgo de muerte durante el parto y problemas de salud a largo plazo. También aumentan las probabilidades de supervivencia del recién nacido y mejoran su estado de salud.

La prevención de embarazos no planificados contribuye a salvar la vida de las mujeres y a reducir el número de abortos y partos practicados en condiciones de riesgo (dos de las principales causas de mortalidad materna). Además, por cada mujer que muere por complicaciones durante el embarazo y el parto, al menos otras 20 padecen alguna enfermedad de larga duración. El acceso a los métodos anticonceptivos modernos ayuda a prevenir estas enfermedades y el sufrimiento que de ellas se deriva. Se estima que si las necesidades no cubiertas de anticoncepción se satisficieran en los países en desarrollo, el número de embarazos no planificados se reduciría en dos terceras partes, de 80 millones a 26 millones. También habría 21 millones menos de nacimientos no planificados y 26 millones menos de abortos inducidos.

Así mismo, la planificación familiar permite que las personas tomen decisiones bien fundamentadas con relación a su salud sexual y reproductiva. Brinda además

la oportunidad de que las mujeres mejoren su educación y puedan participar más en la vida pública, en especial bajo la forma de empleo remunerado en empresas que no sean de carácter familiar. Tener una familia pequeña propicia que los padres dediquen más tiempo a cada hijo. Los niños que tienen pocos hermanos tienden a permanecer más años en la escuela que los que tienen muchos.

Más de la mitad de las mujeres de los países en vías de desarrollo desearían evitar embarazos no planificados. Pero de esas mujeres, son 222 millones las que no utilizan ningún método anticonceptivo moderno, las que tienen una necesidad insatisfecha de planificación familiar.

Si las mujeres tuviesen los medios para que el intervalo entre embarazos fuera por lo menos de tres años, la tasa de mortalidad infantil se reduciría en un 24%, y la tasa de mortalidad de menores de 5 años en un 35%. Además, si existiera por lo menos dos años de distancia entre un nacimiento y un embarazo posterior, las muertes de niños menores de cinco años se reducirían en un 13%, si la diferencia fuera de tres años, este tipo de muertes se reduciría en un 25%.

La planificación familiar mediante el uso de preservativos masculinos y femeninos evita la propagación de infecciones de transmisión sexual, incluido el Virus de Inmunodeficiencia Humana – VIH.- Los programas de planificación familiar integral permiten a las mujeres vivir con el VIH, planificar los embarazos, su frecuencia, y evitar los embarazos no planificados. Se contribuye así a reducir la transmisión del VIH de madre a hijo.

La tarea de la planificación familiar nunca se acaba. En los próximos 5 años, cerca de 60 millones de niñas y niños alcanzaran la madurez sexual. Generación tras generación, siempre habrá personas que necesiten y se beneficien con la planificación familiar y otros cuidados sanitarios. Aunque los actuales desafíos en la salud a nivel mundial son muchos y muy serios, la necesidad de controlar la fertilidad propia probablemente toca a más vidas que cualquier otro aspecto de la salud. Es crucial para el bienestar de las personas, en particular para el de las mujeres y fundamental para su autodeterminación.

## **2.2. Marco legal para la planificación familiar en Guatemala (15 , 21)**

### 2.2.1. Leyes y políticas constitucionales

2.2.1.1. Código de salud. Decreto 90-97 del congreso de la república de Guatemala. Capítulo II.

Artículo 41. De los Estilos de Vida Saludable. Salud de la familia. El Estado, a través del Ministerio de Salud y de las otras instituciones del sector, desarrollarán acciones tendientes a promover la salud de la mujer, la niñez con un enfoque integral de ambiente físico y social a nivel de la familia, así como la aplicación de medidas de prevención y atención del grupo familiar en las diversas etapas de su crecimiento y desarrollo, incluyendo aspectos de salud reproductiva. (21)

2.2.1.2. Ley de desarrollo social. Decreto número 42-2001 del congreso de la república de Guatemala. Capítulo III. De la política de desarrollo social y población. Objetivos básicos y fundamentales. Capítulo V. Política de desarrollo social y población. Sección II. Política de desarrollo social y población en materia de salud.

Artículo 14. Atención a la familia. La Política de Desarrollo Social y Población incluirá medidas para promover la organización de la familia, proteger, promover y fortalecer su salud y desarrollo integral, con el fin de lograr una constante mejoría en la calidad, expectativas y condiciones de vida de sus integrantes. (22)

Artículo 15. Paternidad y maternidad responsable. La Política de Desarrollo Social y Población considerará, promoverá e impulsará planes, programas y acciones para garantizar el ejercicio libre y pleno de la paternidad y maternidad responsable, entendidas éstas como el derecho básico e inalienable de las personas a decidir libremente y de manera informada, veraz y ética el número y espaciamiento de sus hijos e hijas, el momento para tenerlos, así como el deber de los padres y madres en la educación y atención adecuada de las necesidades para su desarrollo integral; para tal efecto, el Estado fortalecerá la salud pública, la asistencia social y la educación gratuita. (22)

Artículo 25. Salud reproductiva. Para propósitos de la presente ley, la salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, psíquico, personal y social en todos los aspectos relacionados con la sexualidad humana, con las funciones y procesos del sistema reproductivo, con una vida sexual coherente con la propia

dignidad personal y las propias opciones de vida que conduzcan a disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, así como con la libertad de procrear o no, y de decidir cuándo y con qué frecuencia, de una forma responsable.(22)

Artículo 26. Programa de salud reproductiva.Sin perjuicio de las atribuciones y obligaciones que dispongan otras leyes, y de conformidad con lo que establezca la Política Nacional de Desarrollo Social y Población, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en coordinación con el Ministerio de Educación, debe diseñar, coordinar, ejecutar y promover el Programa de Salud Reproductiva, que sea participativo, sin discriminación e incluyente, y que tome en cuenta las características, necesidades y demandas de mujeres y hombres. (22)

Artículo 26. Disposición tercera. Planificación familiar. Para fortalecer los servicios de salud reproductiva, se llevarán acabo programas y servicios de planificación familiar, basados en información veraz, objetiva y ética, es decir, fundada en la naturaleza de las personas y de la propia sexualidad humana, completa y fácil de entender, accesibles para todas las personas yparejas, en los establecimientos de salud pública y del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en relación con sus afiliados y beneficiarios. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social deberá elaborar, informar verazmente y difundir las normas y guías sobre la distribución y uso de los métodos anticonceptivos, tanto naturales como artificiales, ofrecidos en los servicios de salud. (22)

2.2.1.3. Ley de acceso universal y equitativo de servicios de planificación familiar y su integración en el programa nacional de salud reproductiva. Decreto 87-2005 del congreso de la república de Guatemala. Capítulo II. Acceso de la población a servicios de planificación familiar. Capítulo III. Comunicación para el cambio de comportamiento.

Artículo 4. Acceso universal. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en adelante denominado el MSPAS, el IGSS y otras entidades públicas y privadas del sector salud, deben garantizar el mantener en forma sostenible todos los métodos modernos de espaciamiento de embarazos en los establecimientos de la red pública de salud, que permita responder adecuadamente a la demanda de la población y asegure el acceso universal a dichos métodos. (16)

Artículo 5. Necesidades no satisfechas. El MSPAS en coordinación con el IGSS y otras instituciones sectoriales que proveen servicios de planificación familiar, deberá estimar la demanda insatisfecha de la población con información proveniente de encuestas nacionales y estudios específicos realizados. Lo anterior debe permitir la definición de estrategias operativas que garanticen la oferta de servicios de planificación familiar para la población de mayor postergación. (16)

Artículo 6. Acceso geográfico. El MSPAS debe asegurar que en los lugares de difícil acceso en donde no existan establecimientos tradicionales de salud, las organizaciones no gubernamentales –ONG´s- que hayan suscrito convenios de previsión del conjunto básico de salud, sean las responsables de proveer los métodos de planificación familiar a usuarias y usuarios que vivan en el área de influencia de dichas organizaciones. Además, el Ministerio de Educación y los demás entes deben realizar actividades de información, educación y comunicación en este campo. (16)

Artículo 15. Comunicación y difusión. El MSPAS y el IGSS, en coordinación con otras organizaciones públicas y privadas sectoriales vinculadas con la prestación de servicios de planificación familiar, deben realizar campañas masivas de información y comunicación dirigidas a la población en general, sobre los métodos tradicionales y modernos de planificación familiar, sus ventajas, desventajas y lugares de abastecimiento, tomando en cuenta el contexto sociocultural y educativo de las mismas. Debe informarse además acerca de los factores de riesgo relacionados con los embarazos no deseados y embarazos en ambos extremos de la vida fértil de la mujer, multiparidad, período intergenésico y su contribución al incremento de la tasa de morbilidad materna y el impacto socioeconómico en la población. (16)

### **2.3. Antropología médica y la planificación familiar**

La planificación de la familia se funda en las prácticas que ayudan a individuos o parejas a alcanzar determinados objetivos: evitar los nacimientos no deseados, favorecer los nacimientos deseados, regular los intervalos entre los embarazos, adaptar el orden cronológico de los nacimientos a las edades de los padres y determinar el número de niños que constituirá la familia. (4 ,23)

Para cumplir los objetivos previamente mencionados no solo se debe abordar la planificación familiar desde el punto de vista de la salud sino comprender también las prácticas, creencias, mitos y otros con los que se relaciona para poder crear lineamientos integrales que nos faciliten lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud, el desarrollo de las comunidades, la reducción de la mortalidad materna y a aminorar el crecimiento insostenible de la población (4 - 5 ,13). Es por ello que en esta investigación no se aborda el tema teniendo en cuenta sólo factores biológicos sino también sociales, culturales, económicos, psicológicos, entre otros. Para lo que necesitamos de la antropología ya que esta estudia al ser humano en su totalidad, incluyendo los aspectos biológicos y socioculturales. (24)

Para poder entender mejor la importancia de la antropología en la medicina ahora se habla de Antropología Médica, que aborda los fenómenos relacionados con la salud y la enfermedad. La antropología médica busca la manera de satisfacer las demandas humanitarias y científicas del campo de la medicina, mediante la búsqueda del origen social de determinadas situaciones. Para esto, se hacen investigaciones en las cuales se buscan los obstáculos que deben enfrentar las personas al momento de buscar ayuda médica y cuidados de salud. En este caso se buscan los obstáculos y factores a los que se enfrenta el hombre guatemalteco al momento de buscar los métodos definitivos como parte de la planificación familiar. Los estudios etnográficos que se llevan a cabo consisten mayormente en observaciones, entrevistas y cuestionarios para conocer la manera en que las personas perciben la salud y las enfermedades, y de qué manera la sociedad, la cultura, la política y el ambiente afectan su salud, positiva o negativamente. (25- 26)

Es un hecho innegable la relación estrecha que existe entre las entidades patológicas y las formas de vida de una población determinada. Estas formas de vida pueden ser tan diversas como diversos son los elementos que constituyen la sociedad y la cultura de un individuo o de un grupo. Entre los elementos culturales que caracterizan las formas de vida encontramos los siguientes: costumbres, tradiciones, mitos, religión, hábitos, concepción de salud y enfermedad, y otros que deben ser considerados cotidianamente por el médico general para contar con mayores elementos de decisión en el momento de elaborar un diagnóstico, ordenar un tratamiento y aventurar un pronóstico. (24,27)

## 2.4. Métodos anticonceptivos

### 2.4.1. Criterios de elegibilidad de la organización mundial de la salud(28)

Para ayudar a la elección del mejor método anticonceptivo la OMS establece periódicamente recomendaciones basadas en la evidencia científica disponible, que servirán para establecer protocolos y guías que nos ayuden en la correcta indicación de métodos anticonceptivos.

La OMS establece cuatro categorías según el riesgo que conlleva utilizar cada método anticonceptivo en cada situación valorando además si es el inicio del tratamiento o la continuación del mismo.

- Categoría 1: No hay restricción; se puede usar en cualquier circunstancia.
- Categoría 2: Las ventajas de usar el método generalmente superan a los riesgos; habitualmente se puede usar.
- Categoría 3: Los riesgos normalmente superan a las ventajas; no se recomienda su uso salvo si no hay disponibles otros métodos mejores, y por su puesto requiriendo un seguimiento más cuidadoso.
- Categoría 4 Su uso representa un riesgo inaceptable para la salud; no debe usarse bajo ningún concepto.

### 2.4.2. Métodos naturales

Los métodos naturales consisten en la observación del comportamiento del aparato reproductivo del hombre y la mujer. Cuando una mujer usa estos métodos, debe tener en cuenta los días fértiles donde se produce la ovulación y el hombre debe tener el control de la eyaculación. La falla de estos métodos es de un 30%, y su efectividad puede variar de acuerdo con el uso y el conocimiento del organismo, por eso se dice que son métodos que dependen 100% de quien los pone en práctica. Adicionalmente, quienes usan los métodos naturales, para prevenir el embarazo, no están protegidos contra las Infecciones de Transmisión Sexual. (29) Estos Incluyen:

- Coito interrumpido: Este es uno de los métodos anticonceptivos más antiguos que se conocen y es poco efectivo. El coito interrumpido o marcha atrás, consiste en retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación. Este método



es de alto riesgo debido a que el líquido seminal que sale antes de la eyaculación, contiene espermatozoides y hay riesgo de fecundación o de contraer una Infección de Transmisión Sexual. (29)

- Ritmo o calendario: Consiste en registrar el intervalo de los ciclos menstruales durante 6 meses, para identificar cuáles son los días fértiles de la mujer. Se requiere de una operación matemática. Cuando se usa este método se deben evitar las relaciones sexuales cóitales durante la ovulación y sólo funciona en mujeres con ciclos menstruales regulares. (14– 30)
- Temperatura basal: Durante los días de la ovulación la temperatura corporal aumenta y éste método consiste en tomar la temperatura de la mujer, para identificar los cambios. Quien practica este método lo debe hacer todos los días, desde el primer día de la menstruación hasta la menstruación siguiente, antes de levantarse de la cama y se debe tomar en el mismo sitio del cuerpo (boca o axila). Generalmente, la temperatura de la mujer está entre 36 y 36.5 grados centígrados. Durante la ovulación se eleva hasta 37 grados o más. El día del aumento de la temperatura se debe evitar tener relaciones sexuales y dos días antes y después. (14– 30)
- Moco cervical: Se basa en la observación de los cambios en el moco cervical. Este líquido que está en el cérvix, cambia durante la ovulación. Generalmente, en la etapa de no fértil de la mujer hay una ausencia de moco cervical visible y sequedad. Cuando la mujer está ovulando, se vuelve cristalino y transparente, semejante a una clara de huevo y al tacto es resbaloso y elástico. La fertilidad se debe considerar entre 2 días antes y 4 días después de su aparición. (29)
- Lactancia materna: Es un método temporal de planificación familiar basado en el efecto natural de la lactancia sobre la fertilidad, el cual requiere 3 condiciones. (14 – 31) Las 3 condiciones deben cumplirse:
  1. La madre no ha vuelto a menstruar
  2. El bebé está siendo alimentado con lactancia exclusiva o casi exclusiva y con frecuencia, durante el día y la noche
  3. El bebé tiene menos de 6 meses de edad

### 2.4.3. Métodos modernos o artificiales temporales

- Hormonales:son hormonas que inhiben o impiden la ovulación y alteran el moco del cuello del útero para que no pasen los espermatozoides. La eficacia de estos métodos es de 98% para prevención del embarazo, sin embargo no protegen contra el VIH y las Infecciones de Transmisión Sexual. (31) Estos Incluyen:

- Píldoras Anticonceptivas: La pastilla anticonceptiva contiene hormonas sintéticas parecidas a las producidas por los ovarios (estrógeno y progestágenos), su función es evitar la ovulación. También producen cambios en el moco cervical haciendo difícil el movimiento de los espermatozoides.
- Implantes Subdérmicos: Son pequeñas varillas (1 o 2) que se colocan debajo de la piel, en la parte superior e interna del brazo cuyo efecto anticonceptivo se obtiene por la liberación lenta y constante de progestágeno en el torrente sanguíneo. Lo que aumenta la densidad del moco cervical, convirtiéndose en una barrera para prevenir la fecundación del óvulo por los espermatozoides. (14, 29)
- Inyectables: Son inyecciones intramusculares que contienen hormonas que inhiben la ovulación y aumentan el espesor del moco cervical, dificultando el paso de los espermatozoides. Pueden ser usadas por mujeres de cualquier edad, incluidas las adolescentes y las mujeres lactantes, a partir de seis meses después del parto. La primera inyección se debe poner entre el día primero y tercero de la menstruación. Los métodos anticonceptivos inyectables pueden ser de aplicación: (29, 31)
  - Mensual
  - Trimestral
  - De barrera: son aquellos que impiden la entrada de los espermatozoides al útero. (29)
    - Espermicidas
    - Condón

- T de Cobre o Dispositivo Intrauterino DIU
- Esponja
- Diafragma
- Capuchón Cervical

#### 2.4.4. Métodos definitivos / quirúrgicos

##### 2.4.4.1. Ligadura de trompas de Falopio (14 – 29, 30)

Los procedimientos quirúrgicos que universalmente se realizan para bloquear las trompas de Falopio, difieren si se ejecutan a continuación de un parto (momento en el cual los oviductos están retirados de la pelvis) o en el período de intervalo (en el que las tubas se localizan en la cavidad pelviana).

La ligadura tubárica es el único método permanente para la mujer para evitar la concepción. La presencia de un embarazo, ya sea intrauterino o ectópico, evidencia su falla.

Dentro de las posibles complicaciones inmediatas se encuentran:

- Hemorragia superficial
- Dolor en el sitio de la incisión
- Hematoma subcutáneo o infra-aponeurótico
- Infección de la herida operatoria
- Fiebre postoperatoria
- Lesiones de vejiga o intestino
- Accidentes anestésicos
- Lesiones vasculares leves (lesión del meso intestinal) o severas (lesión de venas o arterias ilíacas, aorta o cava)
- Hemorragias
- Dolor pelviano
- Absceso de cúpula vaginal y lesiones urológicas en la vía de acceso vaginal.

a. Vías de acceso

ABDOMINAL	VAGINAL
Laparoscopia	Culdoscopia
Minilaparotomía	Colpotomía
	Otros ( Essure, quinacrina)

Fuente: Instituto Peruano de Paternidad Responsable. Métodos anticonceptivos: cuadernillo estudiantil [en línea]. Lima: INPPARES; 2009.

b. Técnica quirúrgica de oclusión

Ligadura y Sección	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pomeroy</li> <li>▪ Parkland</li> <li>▪ Irving</li> <li>▪ Cooke</li> <li>▪ Uchida</li> <li>▪ Madlener</li> <li>▪ Kreoner</li> </ul>
Eléctricas	Electrocoagulación
Mecánica	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Banda</li> <li>▪ Clip</li> </ul>

Fuente: Instituto Peruano de Paternidad Responsable. Métodos anticonceptivos: cuadernillo estudiantil [en línea]. Lima: INPPARES; 2009.

## i. Ligadura y sección

Estas técnicas implican la ligadura de las trompas con material de sutura, la sección de las mismas y, en algunas de ellas, también la exéresis de una porción de la trompa.

### 1. Técnica de Pomeroy

Es la más utilizada dentro de este grupo porque es simple y efectiva. Consiste en ligar la base de una pequeña asa de la trompa cerca de la porción media con suturas reabsorbibles, seccionando luego en la parte superior (salpingectomía parcial). El material de sutura se absorbe rápidamente, reduciendo las posibilidades de inflamación y formación de una fístula que produzca la recanalización tubaría. Este procedimiento destruye aproximadamente 3 a 4 cm de trompa, por lo cual, en el caso de tener que efectuar la reversión de la ligadura de trompa, ésta sería más dificultosa.

### 2. Técnica de Parkland o Pritchard (o modificada de Pomeroy)

Esta técnica consiste en separar un pequeño segmento de la trompa del mesosalpinx, cada extremo es ligado y una porción de la trompa es removida. Otras técnicas ligan la porción proximal de la trompa cerca del cuerno uterino (técnica de Irving), en el ligamento redondo (técnica de Cooke) o en el ligamento ancho (técnica de Uchida). Otros métodos de ligadura de trompas incluyen la fimbriectomía o salpinguectomía (Kreoner, Madlener, Aldrich). Todas estas técnicas son principalmente utilizadas cuando se elige la minilaparotomía como vía de acceso.

## ii. Eléctricas (electrocoagulación, uni o bipolar)

La electrocoagulación y sección es excelente (causa más destrucción de la trompa que los métodos de obstrucción mecánica y las posibilidades de reversión son más bajas). En caso de existir un embarazo, aumenta el riesgo que éste sea un embarazo ectópico. Si se utiliza la electrocoagulación, la trompa debe ser ocluida por lo menos a 2 cm de distancia del cuerno uterino ya que si se realiza cercana al cuerno puede causar la formación de una fístula útero peritoneal.

### iii. Mecánicas

Utilizan una banda o anillo de silicona o de goma (anillo de Yoon) o clips (Filshie, Hulka) para sellar las trompas. En algunos países es el método de elección para la ligadura de trompas del intervalo por vía laparoscópica. Según algunos autores, estos dispositivos son más seguros para las mujeres que la electrocoagulación, y pueden aumentar las probabilidades de reversibilidad entre aquellas pacientes que se arrepienten del procedimiento, ya que sólo una pequeña parte de las trompas es dañada con la utilización de estas técnicas, mientras que, con la electrocoagulación, se daña el 50% de cada trompa. La principal desventaja de los clips y anillos es el mayor dolor postoperatorio asociado con estos procedimientos. La utilización de anestesia local intra-operatoria en las trompas ha demostrado que reduce el dolor postoperatorio. Por otro lado, si ocurre un embarazo, es menos probable que sea un embarazo ectópico si se han utilizado métodos mecánicos.

#### 2. Vasectomía (29 - 30, 34)

La vasectomía es un procedimiento quirúrgico mediante el cual se impide el paso de los espermatozoides a través de los conductos deferentes, para evitar su expulsión por medio de la eyaculación. Es un método de anticoncepción definitivo usado por los hombres. Existen dos técnicas principales para realizar la cirugía y acceder a los conductos deferentes para su oclusión.

La ventaja de la vasectomía, aparte de lograr la esterilización masculina radica en un menor índice de morbilidad y un menor costo que la esterilización femenina. Se ha estimado que el costo de la vasectomía es aproximadamente 5 veces menor que el costo de la esterilización tubárica.

##### a. Vasectomía con bisturí

Es la vasectomía tradicional, que consiste en realizar dos incisiones en la bolsa escrotal con el bisturí y al terminar se realiza la sutura de las heridas. Esta técnica puede realizarse a través de dos incisiones, una a cada lado del rafe escrotal medio o bien a través de una incisión única que permita el acceso a ambos conductos deferentes. Consiste en la sección del deferente con bisturí o tijeras y se electrocoagula a uno o dos centímetros de la mucosa del extremo distal del deferente con bisturí de aguja fina. El segmento distal es enterrado en la vaina

peridiferencial, lo que es esencial para prevenir las recanalizaciones espontáneas, y el proximal se deja libre y sin coagular. Esto facilita que se forme un granuloma espermático, evitándose la presión retrógrada del extremo proximal.

b. Vasectomía sin bisturí

Aportada por el Dr. Li Shiungian en 1974. Es un procedimiento quirúrgico por el cual se ligan y seccionan los conductos deferentes a través de una pequeña punción en el rafe escrotal.

La técnica del Dr. Li es preferible debido a las ventajas que representa, entre las cuales destacan: la reducción de los costos y del tiempo quirúrgico, disminución de la posibilidad de hemorragias y hematomas, el tiempo de recuperación es menor, permite la reincorporación más tempranamente a las actividades laborales, la reanudación de la actividad sexual es a corto plazo y no requiere el uso del bisturí. Se utiliza anestesia local y puede realizarse en el consultorio de forma ambulatoria. La efectividad de la vasectomía como método de anticoncepción es de 99% y el 1% de falibilidad se relaciona con la recanalización espontánea de los conductos deferentes o con alguna anomalía congénita, que, aunque tiene una baja incidencia, puede deberse a duplicidad unilateral o bilateral de los conductos deferentes. (14, 30)

La vasectomía sin bisturí es la técnica recomendada para alcanzar ambos conductos en el escroto que llevan los espermatozoides al pene. Se está convirtiendo en la norma en todo el mundo. (14)

Es importante conocer las diferencias con respecto al procedimiento convencional que usa incisiones ya que ambos son utilizados en Guatemala:

- Usa una pequeña punción en vez de 1 o 2 incisiones en el escroto.
- No se necesitan puntos para cerrar la piel.
- Técnica anestésica especial que necesita solo una punción de aguja en vez de 2 o más.



Ventajas:

- Menos dolor, equimosis y recuperación más rápida.
- Menos infecciones y menos acumulación de sangre en el tejido (hematoma).
- El tiempo total para la vasectomía ha demostrado ser más breve cuando los proveedores usan el abordaje sin bisturí.

Ambos procedimientos, sin bisturí y con incisión convencional, son rápidos, seguros y eficaces. (14 ,34)

Para la mayoría de las vasectomías se utiliza ligadura y exeresis. Esto implica cortar y extirpar un pequeño trozo de cada conducto y luego atar los dos extremos remanentes del conducto. Este procedimiento tiene una tasa baja de fracasos. La aplicación de calor o electricidad en los cabos de cada conducto (cauterización) tiene una tasa de fracasos más baja que la ligadura y la exeresis.

c. Complicaciones de la vasectomía(39)

Las complicaciones de la vasectomía incluyen el hematoma, que llega hasta 5%; la formación de granulomas espermáticos, respuestas inflamatorias a la filtración del esperma; y la reanastomosis espontánea, que si tiene lugar es dentro de un breve período de tiempo después de la ligadura. La mejor forma de prevenir el hematoma es mediante la ligadura de todos los pequeños vasos de la pared escrotal. Los granulomas espermáticos son mínimos mediante la cauterización o fulguración de los extremos del deferente, en vez de la ligadura. La desventaja de la vasectomía consiste en que la esterilización no es inmediata. La expulsión completa de los espermatozoides almacenados en el tracto reproductor distal al lugar de la interrupción del conducto deferente, puede tardar entre una semana y varios meses. El semen debe ser evaluado hasta que dos recuentos seguidos de espermatozoides arrojen un resultado de cero, durante este período debe recurrirse a otro método anticonceptivo.

## **2.5. Utilización de métodos anticonceptivos en Guatemala**

A pesar de estar legislado por la ley y ser de conocimiento público la magna importancia que la planificación familiar tiene, se ha visto en las últimas décadas que más de 120 millones de mujeres a nivel mundial quieren evitar el embarazo, pero ni ellas ni sus parejas están utilizando anticoncepción. Hay muchas razones por las que no se ha resuelto esa necesidad: los servicios y los insumos todavía no se encuentran disponibles en todos lados, o las opciones son limitadas. El miedo a la desaprobación social o a la oposición de la pareja plantea barreras formidables. El temor a efectos secundarios e inquietudes relacionadas con la salud frenan a mucha gente; otros no conocen las opciones anticonceptivas y su utilización. (14)

Así mismo, millones más están utilizando la planificación familiar para evitar el embarazo pero fracasan por una serie de razones. Puede que no hayan recibido instrucciones claras acerca de cómo utilizar el método de manera apropiada, que no hayan conseguido el método más adecuado a sus necesidades, que no estuvieran suficientemente preparadas para los efectos secundarios, o que se hubieran terminado los suministros. En Guatemala, según el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la mayoría de métodos de planificación familiar están a disposición de la población en todos los departamentos, teniendo el mayor porcentaje de uso el método inyectable, la píldora y el método de amenorrea de la lactancia materna – MELA -. Por el contrario la esterilización masculina representa la opción con menor uso.

A pesar de que hoy en día existen diversos métodos de planificación familiar a disposición de las personas, las consecuencias ya mencionadas siguen persistiendo. Esta investigación se centra especialmente en uno de tantos métodos, la vasectomía, su potencial beneficio en la sociedad y las causas de su baja incidencia en comparación a otros métodos en especial a la esterilización femenina.

## **2.6. Esterilización femenina frente a la esterilización masculina**

Ya siendo conocedores de los potenciales beneficios y bajo porcentaje de efectos secundarios que se relacionan a la vasectomía, surge la duda de porque a pesar del bajo riesgo y la alta eficacia en comparación con la esterilización femenina, la

mayoría de parejas prefiere esta última u otros métodos antes que la esterilización masculina.

## **2.7. Factores influyentes en la elección de la vasectomía como método definitivo de planificación familiar**

Diversas investigaciones en otras sociedades en desarrollo, establecen que las razones para un uso bajo de la vasectomía son multifactoriales pero incluyen conocimiento escaso y erróneos sobre el procedimiento, falta de acceso y preferencias de los pacientes.(19, 3 – 34)

Con respecto a los conocimientos erróneos concernientes a la vasectomía se han identificado dentro de los principales su relación equivocada con el cáncer de próstata, testicular y cardiopatías, la asociación entre castración y la esterilización masculina así como su asociación a la pérdida de capacidad sexual, debilidad y aumento de peso. (10, 19 ,34)

En un estudio realizado en Cartagena, se evidenciaron creencias asociadas a la vasectomía como la pérdida de placer o de la pareja por realizarse dicha intervención, asociación con la eyaculación precoz, cambio de color y disminución del semen; así mismo, miedos para realizarse el procedimiento quirúrgico, la vergüenza y disminución del apetito sexual. (39)

Varios estudios han sugerido que una de las principales razones detrás de la renuencia de los hombres a someterse a una vasectomía es el miedo de convertirse en impotentes como consecuencia de la operación. El proceso de toma de decisiones en materia de métodos anticonceptivos se ve profundamente afectado por las relaciones culturales, religiosas y de género.

Algunos hombres conocen la vasectomía, pero no la considerarían porque sienten que el control de la natalidad es responsabilidad de la mujer.

Así mismo, las creencias religiosas son influyentes, claro ejemplo de esto es como algunos varones musulmanes se oponen a la esterilización masculina porque la tradición les permite divorciarse, volver a casarse y tener más de una esposa. Y una vasectomía es un impedimento para tener hijos con sus nuevas parejas.

Por otro lado, la falta de acceso a este servicio y el costo contribuyen a las tasas más altas de la esterilización femenina entre las parejas con bajos ingresos económicos. Menos del 25% de los proveedores en las clínicas de planificación familiar pública proporcionan vasectomías. Según datos estadísticos proporcionados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para el 2014 se realizaron únicamente 152 vasectomías, las cuales fueron reportadas en Alta Verapaz, Jutiapa y San Marcos, representando tan solo 13.63% de los 22 departamentos en Guatemala, en comparación a las 237 reportadas en las estadísticas del 2014 del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Y a las 424 vasectomías realizadas en el 2014 por la Asociación Pro-Bienestar de la Familia – APROFAM - En los departamentos de Guatemala, Sacatepéquez, Santa Rosa, Chimaltenango, Escuintla, Retalhuleu y Mazatenango. (5, 11 - 12, 17)

Las preferencias individuales del paciente también contribuyen con la utilización global de la vasectomía. Las mujeres que están en relaciones monógamas a largo plazo se benefician más con esta. Las mujeres que ya no desean un embarazo, pero que tienen múltiples parejas o que no están en relaciones a largo plazo no dependen tanto de esta. Por lo tanto, los métodos de acción prolongada como el Dispositivo Intrauterino –DIU- o los implantes anticonceptivos son opciones anticonceptivas altamente eficaces en estos casos. Así mismo, las características de los hombres que eligen la vasectomía difieren de aquellos que eligen la esterilización femenina. La vasectomía es más frecuente entre los hombres jóvenes y comparativamente bien educados que son de raza blanca no hispanos con familia poco numerosa y que han acudido a una clínica de planificación familiar previamente. Los hombres negros y latinos son menos propensos a elegir la vasectomía. (14, 10)

Razones que apoyan la esterilización masculina incluyen deseos a una mejor atención de la familia actual (responsabilidad financiera), la participación en la responsabilidad de anticonceptivos, y la presencia de apoyo social (compañeros que han tenido buena experiencia con la vasectomía), mientras que las razones para no elegirla incluyen connotaciones negativas de la palabra "esterilización" con la pérdida de la masculinidad, la permanencia del procedimiento, y la falta de apoyo social. Así mismo se argumentan razones religiosas y que la mayoría de los programas de planificación familiar van dirigidos en general a las mujeres lo que contribuye aún más a las bajas tasas. (14,18, 23, 34)

### 3. POBLACIÓN Y MÉTODOS

#### 3.1. Tipo y diseño de investigación

Investigación cualitativa con metodología etnográfica

Étimológicamente el término etnografía proviene del griego “*ethnos*” (tribu, pueblo) y de “*grapho*” (yo escribo) y se utiliza para referirse a la “descripción del modo de vida de un grupo de individuos” o contar la historia completa de la vida cotidiana de un grupo, identificar los significados, creencias y patrones culturales del grupo.<sup>(37)</sup> Es por lo anterior, que se consideró a la metodología etnográfica la herramienta más acertada para comprender el punto de vista de los hombres acerca de la vasectomía y su influencia en la toma de decisiones. Así mismo para aclarar la perspectiva teórica sobre las razones de la baja frecuencia de utilización de la vasectomía en sociedades en desarrollo como Guatemala.

#### 3.2. Unidad de análisis

Opiniones y creencias acerca de la esterilización masculina.

#### 3.3. Población y muestra

Hombres vasectomizados en la clínica de planificación familiar del hospital general Dr. Juan José Arévalo Bermejo del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social – IGSS - , zona 6 durante junio de 2015 y hombres no vasectomizados que acuden a la consulta de medicina general en el sanatorio Nuestra Señora del Rosario, Sanarate El Progreso, Guatemala.

##### 3.3.1. Selección de los sujetos de estudio

La selección de los participantes fue intencional y no al azar. Debido a que el objetivo específico de la investigación fue explorar las opiniones y creencias acerca de la esterilización masculina, la naturaleza especial de los participantes entrevistados correspondió a hombres que fueron vasectomizados en la clínica de planificación familiar del IGSS zona 6 durante junio de 2015.

Las razones por la que los hombres vasectomizados fueron seleccionados dentro de la base de datos del hospital general Dr. Juan José Arévalo Bermejo incluyen:

- El IGSS zona 6 es uno de los institutos en donde se realizan mayor número de vasectomías seguido por APROFAM.
- El IGSS promueve la investigación por lo que proporcionó fácil acceso a la información e informantes necesarios para realizar el estudio.

Se incluyeron también hombres no vasectomizados que acudieron a consulta de medicina general en el sanatorio Nuestra Señora del Rosario, Sanarate El Progreso, Guatemala. Esto con el objetivo de contrastar las opiniones y creencias con la de los hombres vasectomizados y así determinar las diferencias existentes e influyentes en la forma de pensar que los llevaron a optar o no por la esterilización masculina como método de planificación definitiva.

Las entrevistas fueron realizadas a hombres no vasectomizados que acudieron al sanatorio Nuestra Señora del Rosario debido a cuatro razones principales:

- Corroborar mediante una base de datos fidedigna que los hombres no estuvieran vasectomizados (la lista de estos pacientes fue brindada por la secretaria del sanatorio Nuestra Señora del Rosario, quien indicó quienes de ellos eran colaboradores para facilitar la realización de las entrevistas).
- La disposición del director del sanatorio a colaborar con el estudio en lo que este requiriera.
- Incrementar las probabilidades que los hombres no estuvieran vasectomizados, por lo que se realizaron las entrevistas en un departamento en donde se reportan 0 vasectomias realizadas, según el MSPAS.
- Por conveniencia, ya que la asesora de la presente investigación facilitó el acceso a dicho sanatorio.

### 3.3.2. Indicador del tamaño de la muestra

El principal indicador para el tamaño de la muestra fue el método de saturación teórica de los datos. Es decir cuando la información recopilada no aportó nada nuevo al desarrollo de las propiedades y dimensiones de las categorías de

análisis. La saturación se logró tras entrevistar a seis hombres vasectomizados y a seis hombres no vasectomizados, por lo que se decidió ya no entrevistar más hombres pues no aportarían nueva información a la investigación.

#### 3.4. Técnicas de recolección de datos

El método utilizado para responder al problema de investigación fue la entrevista semi estructurada. Se tomó en cuenta la información verbal dada por el participante y sus conductas no verbales.

Las entrevistas incluyeron preguntas abiertas con el fin de obtener la mayor información posible. Constaban de dos partes: la primera conformada por preguntas sobre la planificación familiar y la segunda constituida de preguntas específicas acerca de la esterilización masculina. Estas fueron realizadas en un tiempo relativamente corto, entre 30 y 40 minutos.

Así mismo, con el fin de registrar toda la información proporcionada por los participantes, las entrevistas fueron grabadas con el teléfono celular de la investigadora.

#### 3.5. Descripción de los elementos trascendentales del estudio

##### 3.5.1. Descripción del investigador

María Eugenia Ramírez Aristondo, estudiante de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad San Carlos, principiante en la investigación cualitativa, cuyos antecedentes de importancia incluyen:

- Catedra de investigación recibida en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, como parte del pensum durante los tres primeros años de la carrera universitaria.
- Publicación grupal del artículo: Presencia sustancial de plomo en los alimentos adquiridos en los comercios informales del área del Trébol zona 11 en la revista Investigaciones para el Siglo XXI de la Facultad de Ciencias Médicas, USAC, Salud Pública II, Fase I.
- Asesoría de la Dra. María Teresa Mosquera, Doctora en Antropología Social y Cultural, Máster en antropología de la medicina por la Universidad Rovira i Virgili de Terragona, España. Actualmente



coordinadora del Área de salud y género en el Instituto de Estudios Interétnicos de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

- Documentación teórica mediante referencias bibliográficas, dentro de las cuales destacan:
  - Organización Panamericana de la Salud. Brasil, Universidad Federal de Santa Catarina. Investigación cualitativa en enfermería: metodología y didáctica. Washington, DC: OPS, 2013. (Serie PALTEX Salud y Sociedad 2000, 10)
  - Mercado Martínez, FJ. Torres López, TM. Análisis cualitativo en salud: teoría, método y práctica.
  - Guidelines for Critical Review of Qualitative Studies: Based on Guidelines for Critical Review Form-Qualitative Studies
  - Blaxter, L. Hughes, C. y Tight, M. Cómo se hace una investigación. Barcelona: Gedisa; 2002.

### 3.5.2. Punto de vista del investigador

La idea de realizar esta investigación surgió del interés de la investigadora sobre el tema de planificación familiar así como el advertir como existen muchas investigaciones sobre los métodos de planificación familiar enfocados hacia los conocimientos, creencias y cultura de la mujer, sin embargo, existen pocas sobre el rol del hombre en la planificación familiar y de las investigaciones que hay sobre este tema pocas son realizadas en Guatemala y las que se realizaron en Guatemala están desactualizadas.

Así pues, tras leer más sobre el tema y discutirlo con la Dra. Brenda Chamalé y la Dra. Nancy Centeno, la inquietud específica sobre la vasectomía surgió. Al principio se pensó en hacer una investigación cuantitativa, para determinar las características sociodemográficas de los hombres y sus principales complicaciones tras realizarse la esterilización masculina.

A pesar de que el tema hasta ahora establecido parecía bastante interesante, en la investigadora aún persistía la duda de qué trascendencia y utilidad tendrían los resultados de esta investigación en la sociedad guatemalteca. Por esto y por la falta de experiencia en investigación, la investigadora decidió fortalecer su estudio con la asesoría de la Dra. María Teresa Mosquera Saravia.

Al mostrarle las ideas hasta ese momento planteadas a la Dra. Mosquera, ella sugirió enfocar la investigación desde una perspectiva cualitativa pudiendo así obtener resultados más significativos. Sin embargo, por la falta de experiencia de la investigadora en el ámbito cualitativo, previo a establecer el nuevo tema, requirió documentación teórica sobre la metodología etnográfica y sobre las principales problemáticas de la vasectomía.

Tras leer diferentes investigaciones sobre planificación familiar, sobre la preferencia de las parejas por la oclusión tubárica bilateral (OTB) sobre la esterilización masculina a pesar de que la segunda tiene muchas más ventaja, menos complicaciones y al ver que Guatemala es un país en donde predominan los hombres con tendencias machistas, se desarrolló la idea de averiguar la razón por la que la vasectomía no es un método de elección dentro de las parejas guatemaltecas a pesar de sus múltiples beneficios.

Se planteó lo anterior a la Dra. Mosquera, se pensó así en entrevistar a parejas que habían optado por OTB y por la vasectomía como método de planificación familiar. Primero se entrevistaría a la pareja con preguntas generales sobre los métodos de planificación familiar para determinar sus conocimientos, posteriormente se entrevistaría por separado a los hombres y a las mujeres sobre las razones que los hicieron optar por dicho método.

Sin embargo, por la falta de experiencia en la investigación cualitativa se decidió desglosar más el tema, esclareciendo eslabón por eslabón del porqué las preferencias del hombre a un determinado método de planificación familiar, en este caso la esterilización masculina. Nace pues, el tema “Opiniones y creencias acerca de la esterilización masculina en hombres vasectomizados y no vasectomizados”, cuyos resultados ayudaran a determinar los principales puntos de abordaje para la promoción de dicho método que tiene beneficios que son de potencial importancia para cumplir los objetivos de la planificación familiar, que en países en vías en desarrollo como el nuestro, están lejos de efectuarse.

### 3.5.3. Descripción del lugar en donde se llevaron a cabo las entrevistas

Las entrevistas a los hombres vasectomizados fueron realizadas en una de las clínicas de planificación familiar del IGSS zona 6, tras asistir a cita con la Dra. Centeno, quien lleva el seguimiento de dichos hombres.

Por otra parte, los hombres no vasectomizados fueron entrevistados en diversos ambientes, en los que ellos se sintieron cómodos para ser entrevistados, estos sitios incluyeron: el parque de Sanarate, El Progreso; los negocios de los entrevistados en donde se encontraban solos (una funeraria y una farmacia); en el sanatorio Nuestra Señora del Rosario y en la casa de uno de los entrevistados junto a su esposa e hijos, casa que funcionaba como parqueo privado, el cual era la fuente de sus ingresos.

#### 3.5.4. Descripción de los participantes

Los participantes correspondieron a hombres casados trabajadores afiliados al IGSS, dentro del rango de edad entre 28 a 44 años con un promedio de 2 a 4 hijos. Quienes optaron por la esterilización masculina en el año 2015 en la clínica de planificación familiar del IGSS zona 6 y re-consultaron para su evaluación en el mes de junio en donde fueron entrevistados.

Los participantes no vasectomizados fueron hombres que vivían y trabajaban en Sanarate, El Progreso. Dentro de este grupo, se incluyeron hombres solteros y casados dentro del rango de edad entre 28 a 59 años con un promedio de 2 a 6 hijos.

### 3.6. Procesamiento y análisis de datos

#### 3.6.1. Análisis

Para la elaboración del análisis etnográfico se realizaron los siguientes pasos:

- Ordenamiento y clasificación de las entrevistas grabadas:
  - Grabaciones a hombres vasectomizados
  - Grabaciones a hombres no vasectomizados
- Transcripción textual de las grabaciones
- Codificación: Los objetivos planteados fueron la guía del proceso de análisis de la información recolectada. No se utilizó un procesador de textos cualitativos debido a la falta de experiencia de la investigadora con estos, así mismo, para desarrollar la habilidad de interpretación y clasificación. Sin embargo, con el fin de obtener una fácil identificación y manipulación, se realizó una codificación descriptiva de la información, es decir, simplemente se describió el contenido agrupado de la siguiente forma:

Hombres vasectomizados	Hombres no vasectomizados
E= entrevista 1= número asignado a la entrevista V= vasectomizado	E=entrevista 2= número asignado a la entrevista NV= no vasectomizado

- Lectura y relectura del material
- Elaboración de categorías: Se clasificó la información en las siguientes categorías de análisis:
  - Hombres vasectomizados.
    - Características de los hombres entrevistados
      - Edad.
      - Estado civil.
      - Número de hijos que querían tener.
      - Número de hijos que tienen actualmente.
      - Método anticonceptivo utilizado antes de optar por la esterilización masculina.
    - Opiniones y creencias acerca de la planificación familiar en general.
    - Opiniones y creencias acerca de los métodos de planificación definitiva.
      - Opiniones y creencias acerca de la esterilización masculina.
  - Hombres no vasectomizados.
    - Características de los hombres entrevistados
      - Edad.
      - Estado civil.
      - Número de hijos que querían tener.
      - Número de hijos que tienen actualmente.
      - Método anticonceptivo utilizado.
    - Opiniones y creencias acerca de la planificación familiar en general.
    - Opiniones y creencias acerca de los métodos de planificación definitiva.

- Opiniones y creencias acerca de la esterilización masculina.
- Análisis intratextual: Se analizó cada entrevista individualmente para sintetizar los aspectos claves. Al realizar el análisis se identificaron expresiones que evidencian un comportamiento machista, el cual según la Real Academia de la Lengua Española implica una actitud de prepotencia de los varones respecto de las mujeres.
- Análisis intertextual: Se realizó una comparación de las entrevistas a hombres vasectomizados y no vasectomizados para obtener los aspectos claves. Es importante resaltar que se incluyeron fragmentos de los relatos, no siempre textuales; en los casos que fue necesario sintetizar y editar se conservaron las expresiones claves del entrevistado. Por supuesto, lo escrito entre comillas es siempre textual.
- Elaboración de cuadros y gráficas para resumir y agrupar la información.
- Redacción de informe en base a los parámetros de forma y contenido preestablecidos por la Coordinación de Trabajos de Graduación.

### 3.6.2. Triangulación

La triangulación en la investigación hace referencia al uso de múltiples métodos en el estudio de un mismo objeto, en este caso de la vasectomía. Hay cuatro tipos básicos de triangulación:

1. Triangulación de investigador: consiste en el uso de múltiples observadores.
2. Triangulación teórica: consiste en el uso de múltiples perspectivas, es decir, investigación de teorías e hipótesis rivales o explicaciones alternativas de un mismo fenómeno.
3. Triangulación metodológica: se trata del uso de dos o más métodos de investigación y puede ocurrir en el nivel del diseño o en la recolección de datos.
4. Triangulación de datos: Se refiere a la confrontación de diferentes fuentes de datos en el estudio y se produce cuando existe concordancia o discrepancia entre estas fuentes.(38)

La estrategia utilizada para mejorar la confiabilidad de la presente investigación fue la triangulación de datos. Siendo las fuentes trianguladas: las opiniones y creencias de los hombres vasectomizados, de los hombres no vasectomizados y de la investigadora.

### 3.7. Límites

#### 3.7.1. Obstáculos

- Facilidad a caer en la subjetividad ante la falta de experiencia en investigación cualitativa del investigador.
- Sexo del entrevistador al enfrentarse a una población masculina con tendencia machista, para quienes es difícil hablar de temas “privados” con una mujer.
- El tabú sobre el tema de la sexualidad que se evidenció en los participantes, sobre todo en los no vasectomizados.
- Diferencia entre acceso a información y perspectiva de los hombres del área rural y urbana.

#### 3.7.2. Alcances

Comprender las opiniones y creencias acerca de la esterilización masculina que influyen en la toma de decisiones de los hombres que asistieron a la clínica de planificación familiar del IGSS zona 6 y del sanatorio Nuestra Señora del Rosario en Sanarate, El Progreso. Opiniones que determinan si optan o no por la esterilización masculina como método de planificación familiar definitivo y que deben ser abordadas para una mejor difusión de dicho método, para así favorecer directamente sobre su frecuencia de uso e indirectamente sobre el cumplimiento de los objetivos de la planificación familiar.

### 3.8. Rigor procedimental

Para asegurarse de que los datos fueran registrados con precisión, las entrevistas fueron apoyadas a través de grabaciones. Se utilizaron para garantizar un registro

completo y fidedigno de las respuestas verbales. Con el objetivo de recoger detalladamente la conversación y generar un análisis relativamente fiel a la fuente original.

### 3.8.1. Aspectos éticos de la investigación

#### 3.8.1.1. Consentimiento informado

Previo a la realización de la entrevista, se les explicó a los participantes el objetivo de la misma y se les entregó un consentimiento informado el cual fue leído y firmado voluntariamente. Los participantes que tuvieron dudas respecto a la investigación previo a firmar solventaron las mismas, tales como sí tendrían acceso a los resultados o sí sus nombres serían publicados en la investigación. (Para consentimiento informado consultar anexos).

#### 4. RESULTADOS

Se realizaron entrevistas semi estructuradas con preguntas abiertas a hombres vasectomizados y no vasectomizados con el fin de determinar las opiniones y creencias acerca de la esterilización masculina que influyeron en la toma de decisiones sobre los métodos de planificación familiar.

Los hombres vasectomizados correspondieron a pacientes de la unidad de salud reproductiva de hospital general Dr. Juan José Arévalo Bermejo del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, cuyas características sociodemográficas incluyeron edad en un rango entre 29 y 44 años; estado civil casados; quienes refirieron tener entre 2 a 4 hijos con parejas estables con quienes tenían un promedio de vivir juntos de 13 años.

Así mismo, como parte de los hombres entrevistados, también se incluyeron a hombres no vasectomizados que acudieron a consulta de medicina general en el Sanatorio Nuestra Señora del Rosario, en Sanarate, El Progreso. Dichos hombres correspondieron a pacientes con edades entre 28 y 59 años. Incluyeron hombres solteros y casados con 2 a 6 hijos.

Otra de las características de los entrevistados incluyó que la mayoría tenía más hijos de los que deseaban, a pesar de la utilización de diversos métodos de planificación familiar, de los cuales prevalecieron: la inyección de 3 meses y el preservativo en hombres vasectomizados y no vasectomizados, respectivamente, como se ve en la tabla 1.

Tabla 1

**Métodos de planificación familiar utilizados por los hombres entrevistados vasectomizados en la clínica de planificación familiar del hospital general Dr. Juan José Arévalo Bermejo del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y los hombres no vasectomizados que acudieron a la consulta de medicina general en el sanatorio Nuestra Señora del Rosario, Sanarate, El Progreso, Guatemala, durante junio de 2015.**

MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE REFIRIERON UTILIZAR LOS ENTREVISTADOS	
VASECTOMIZADOS (PREVIO A REALIZARSE LA VASECTOMÍA)	NO VASECTOMIZADOS
<ul style="list-style-type: none"><li>• Inyección</li><li>• Coito Interrumpido</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Condón Masculino</li><li>• Ningún Método Anticonceptivo</li></ul>



La importancia de entrevistar a hombres vasectomizados como no vasectomizados fue el determinar las diferencias que establecen que los primeros opten por la esterilización masculina y los segundos no.

Las razones evidenciadas a través de las entrevistas incluyeron creencias y opiniones machistas, falta de acceso y orientación e información errónea de fuentes no confiables.

De los hombres entrevistados, como se puede ver en la tabla 1, refirieron en varias ocasiones no utilizar ningún método de planificación familiar, de los cuales la mayoría correspondieron a los no vasectomizados y solo una pequeña parte, a hombres vasectomizados antes de realizarse la esterilización. Las razones de esta práctica son que las esposas ya habían utilizado otros métodos que no les habían funcionado o que habían tenido complicaciones como alteraciones del estado de ánimo, otros indicaron que algunos métodos como los implantes se “encarnaban”. Igualmente, relataron que preferían no utilizar ningún método en algunos casos con el fin de no perder la sensación de placer al tener relaciones sexuales, porque no querían evitar el embarazo o la mujer ya había optado por la esterilización femenina como método de planificación familiar.

Por otra parte, como se refiere en la tabla 1, la mayoría de hombres vasectomizados refirió que previo a optar por la esterilización masculina; con su pareja, utilizaron como método de planificación familiar la inyección de los 3 meses. Indicaron que este era el método de preferencia ya que en comparación a los otros este no causaba tantas complicaciones como cefaleas, hemorragias o alteraciones del estado ánimo. Otro factor influyente fue el no conocer otros métodos más que solo la inyección y el preservativo, el cual no fue de su agrado ya que la sensación no era la misma al momento de las relaciones sexuales, se encontraba disminuida. Algunos entrevistados relataron que el preservativo no era del agrado de la pareja porque lo relacionaban con la facilidad de tener otras parejas fuera del matrimonio. De los hombres no vasectomizados, ninguno refirió la utilización de la inyección de 3 meses como método de planificación familiar, esto fue por desconocimiento del método o simplemente porque no les gustaba para método de planificación familiar.

Otros métodos de planificación familiar utilizados fueron el coito interrumpido y los preservativos.

Dentro de los objetivos específicos de la presente investigación estaba determinar el por qué algunos hombres prefieren la esterilización femenina en lugar de la masculina; se planteó que una de las principales razones de este fenómeno era la existencia de opiniones y creencias erróneas sobre la esterilización masculina que favorecían la tendencia por el uso de otros métodos de planificación familiar, en especial la esterilización femenina. Previo a determinar el conocimiento sobre los métodos de planificación familiar definitivos, fue de gran importancia establecer cuáles métodos eran los que conocían, los resultados se muestran en la tabla 2.

**Tabla 2**

**Métodos de planificación familiar que refirieron conocer los hombres vasectomizados entrevistados en la clínica de planificación familiar del hospital general Dr. Juan José Arévalo Bermejo del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y los hombres no vasectomizados que acudieron a la consulta de medicina general en el sanatorio Nuestra Señora del Rosario, Sanarate, El Progreso, Guatemala, durante junio de 2015.**

<b>MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE REFIRIERON CONOCER LOS ENTREVISTADOS</b>	
<b>VASECTOMIZADOS</b>	<b>NO VASECTOMIZADOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Condón Masculino</li> <li>• Inyección ( de 1 mes y de 3 meses)</li> <li>• Pastillas Anticonceptivas</li> <li>• T de cobre</li> <li>• Método del ritmo</li> <li>• Implantes</li> <li>• Operaciones (esterilización femenina y masculina)</li> <li>• Coito Interrumpido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Condón Masculino</li> <li>• T de Cobre</li> <li>• Método del Ritmo</li> <li>• Inyecciones</li> <li>• Operaciones ( esterilización femenina y masculina)*</li> </ul>

\*Solamente dos entrevistados refirieron conocer sobre la esterilización femenina y masculina

Al reconocer que todos los entrevistados, tanto hombres vasectomizados como no vasectomizados, conocían la esterilización femenina, se procedió a realizar preguntas sobre el conocimiento de esta. Los resultados se encuentran figurados en la tabla 3.

Tabla 3

**Concepciones acerca de la esterilización femenina de los hombres vasectomizados entrevistados en la clínica de planificación familiar del hospital general Dr. Juan José Arévalo Bermejo del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y los hombres no vasectomizados que acudieron a consulta de medicina general en el sanatorio Nuestra Señora del Rosario, Sanarate, El Progreso, Guatemala, durante junio de 2015.**

CONCEPCIONES ACERCA DE LA ESTERILIZACIÓN FEMENINA
“Escuché de un compañero que trabajo conmigo, que su mujer se operó y ya ha tenido dos embarazos “tópicos” (ectópicos)” y que le han tenido que cepillar allí”
“Es cortar las trompas, dicen que en algunos solo amarran y no funciona al cierto tiempo porque se deshace el nudo”
“Se operan algunas mujeres pero dicen que no es tan seguro”
“Le puedo decir que el 80% es efectivo porque en otras situación resultan todavía algunas mujeres embarazadas”
“Les quitan la matriz o les ponen algo en su matriz verdad pero que a veces todavía puede tener hijos”
“Hay quienes tienen hijos después pero no sé si es porque hacen mal las operaciones”
“He escuchado que les quitan la matriz”
“Aprovechan para hacerla con la cesárea”
“Las operan ( a las mujeres) y tienen que tener más dieta”
“ Dicen que la operación previene enfermedades”
“Creo que se le cortan los ovarios”
“Dicen que algunos solo amarran y no funciona al cierto tiempo”

Es importante resaltar que las respuestas se caracterizaron en algunas ocasiones por referirse a los métodos con términos no adecuados, tales como “el cuento elástico” al hablar del preservativo o al hablar de los implantes se referían a ellos como el “método de los palitos”. Por otra parte, algunos hablaron de métodos anticonceptivos que no existen como los “óvulos vaginales”. La razón principal de este fenómeno es que la sexualidad no es un tema frecuentemente dialogado dentro del núcleo familiar, en las escuelas y en la sociedad en general, lo que da como resultado ignorancia que se perpetúa de generación en generación. Añadida, la vergüenza y el morbo que surge al hablar de este tema hacen que las personas no puedan referirse a los objetos por su nombre, en este caso se refiere a los métodos anticonceptivos y a los órganos del cuerpo humano, como lo son el pene y la vagina. El deseo y la curiosidad de saber más de estos temas “controversiales” se ve limitado por la vergüenza y el temor al quédirán.

Con el fin de corroborar la influencia que tiene la falta de acceso e información de los métodos definitivos de planificación familiar sobre la baja frecuencia de utilización de la

esterilización masculina se cuestionó a los entrevistados sobre las fuentes de información en la que aprendieron lo referido.

Tabla 4

**Opiniones y creencias acerca de la esterilización masculina en hombres vasectomizados entrevistados en la clínica de planificación familiar del hospital general Dr. Juan José Arévalo Bermejo del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y los hombres no vasectomizados que acudieron a consulta de medicina general en el sanatorio Nuestra Señora del Rosario, Sanarate, El Progreso, Guatemala, durante junio de 2015.**

<b>OPINIONES Y CREENCIAS ACERCA DE LA ESTERILIZACIÓN MASCULINA REFERIDAS POR LOS ENTREVISTADOS</b>
<b>RELACIONADAS A PERDIDA DE INTERES SEXUAL</b>
<p>“Se oyen comentarios que uno a veces pierde el deseo sexual”</p> <p>“Muchos dicen que uno pierde el interés sexual”</p> <p>“No sabía si mi apetito sexual seguiría igual, que si al ver a mi esposa en la noche reaccionaría igual”</p>
<b>RELACIONADAS A INSEGURIDAD EN LA RELACIÓN CON LA PAREJA ACTUAL</b>
<p>“Yo pienso que no hay beneficio, porque a como estamos en la actualidad, tanta pareja que se deja, ya no podría hacer familia uno con otra persona”</p> <p>“No es conveniente (realizarse la operación), pues dicen que después de haberse operado el hombre no tiene erección, entonces la mujer se cansa y se va con otro”</p> <p>“No es buena opción ( la vasectomía) porque imagínese que el hombre puede conocer a alguien más en el futuro y ella le pida hijos, no va a poder”</p>
<b>RELACIONADAS A LA PERDIDA DE ERECCIÓN Y ALTERACIÓN EN LA EYACULACIÓN</b>
<p>“No sé si después de hacérsela sale semen todavía o ya no”</p> <p>“Otros piensan que ya no puedan expulsar semen”</p> <p>“En la calle siempre se oye que ya no hay erección” (posterior a la vasectomía)</p> <p>“Y si de repente ya no hay erección”</p>
<b>CONCEPCIONES MACHISTAS</b>
<p>“¡Yo dejarme tocar o ver allí!”</p> <p>“¡Se vería mal que el hombre se opere!”</p> <p>“¡Eso no se hace! ¡Ya no se es hombre!”</p> <p>“¿Cómo se dejarme ver allí por una doctora?”</p> <p>“Piensan que los hombres pueden huequear al hacerse la vasectomía”</p>
<b>OTROS</b>
<p>“Me dijeron que me iba a poner bien gordo”</p> <p>“A muchos les da miedo en el sentido de donde a va ser la operación”</p> <p>“No me la haría porque lo tienen que rajarse a uno”</p> <p>“Afuera dicen que es un procedimiento caro”</p> <p>“Los hombres pueden tener enfermedades posteriores a la operación”</p> <p>“Es seguridad para no dejar hijos regados”</p> <p>“Me dijeron que ya no me iba a servir” (haciendo referencia al pene)</p> <p>“Lo natural es cortado, que tan efectivo es que uno quede igual”</p>

Gráfica 1

Opiniones y creencias acerca de la esterilización masculina en hombres vasectomizados entrevistados en la clínica de planificación familiar del hospital general Dr. Juan José Arévalo Bermejo del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y los hombres no vasectomizados que acudieron a la consulta de medicina general en el sanatorio Nuestra Señora del Rosario, Sanarate, El Progreso, Guatemala, durante junio de 2015.



La mayoría de hombres vasectomizados refirió haber aprendido sobre los métodos de planificación familiar a través de información brindada por el IGSS, APROFAM, médicos particulares o información escrita proporcionada por los centros de salud. Sin embargo, los hombres no vasectomizados dijeron que tuvieron como fuentes de información familiares, amigos o la escuela. Así pues, se ve el impacto que tiene el acceso a la información sobre las opiniones y creencias de los usuarios al determinar los conocimientos fidedignos o no que definirán el método por el que optarán los usuarios.

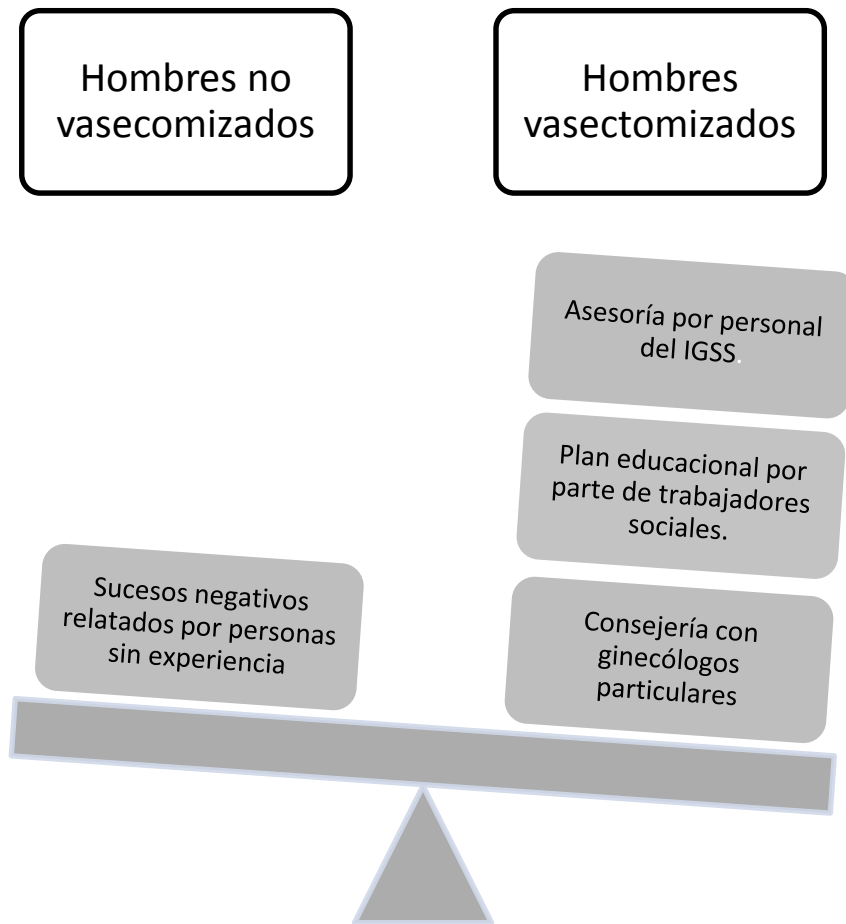
Por otra parte, en los datos presentados en la tabla 4 se evidenció la influencia de la tendencia machista sobre la decisión de los hombres al elegir la esterilización masculina como método definitivo de planificación familiar, esto a través de opiniones como: “¡Yo dejarme tocar allí!”, “¿Cómo dejarme ver allí por una doctora?!” y “¡Eso no se hace! ya no se es hombre”.

Todas las opiniones y creencias sobre la esterilización masculina, que se mencionan en la tabla 4, fueron referidas tanto por hombres no vasectomizados como por hombres vasectomizados. En la gráfica 1 se puede observar cuales opiniones tuvieron en común los entrevistados. De ellas las más comúnmente relatadas fueron la asociación con la pérdida de la erección y deseo sexual. A diferencia de los no vasectomizados, la mitad de los hombres vasectomizados indicó conocer a alguien que se había realizado dicha operación (familiares, compañeros de trabajo, vecinos, entre otros) y todos refirieron haberse informado sobre este procedimiento en fuentes como carteles, trabajo social, doctores del IGSS, folletos y doctores de APROFAM y ginecólogos particulares. Por el contrario, ninguno de los entrevistados no vasectomizados mencionó alguna fuente que le proporcionara información confiable y tan solo algunos conocían alguien que se había realizado la esterilización masculina, quienes les relataron sucesos negativos como que dicha operación no funcionaba ya que no era permanente o que se perdía la erección tras la operación. En la gráfica 2 se representa la diferencia entre las fuentes de información a las que tuvieron acceso los entrevistados.

Al comparar las opiniones y creencias con las verdaderas complicaciones, las referidas por los pacientes vasectomizados solamente incluyeron un caso de recanalización de los conductos, dolor testicular que alivió con acetaminofén y hielo y desapareció a los 3-4 días. Con lo que se advierte que es falsa la asociación con la pérdida del deseo sexual, erección, eyaculación, disminución de la sensación durante las relaciones, pérdida de virilidad y de la potencia sexual.

Gráfica 2

Fuentes de información acerca de la vasectomía de los hombres vasectomizados entrevistados en la clínica de planificación familiar del hospital general Dr. Juan José Arévalo Bermejo del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y los hombres no vasectomizados que acudieron a la consulta de medicina general en el sanatorio Nuestra Señora del Rosario, Sanarate, El Progreso, Guatemala, junio de 2015.



Una gran proporción de los pacientes no vasectomizados consideró que este procedimiento es beneficioso y que no es peligroso. Sin embargo, ante la pregunta de si prefiere que la mujer opte por la esterilización en lugar del hombre, todos respondieron un sí definitivo. Las razones que respaldaron sus respuestas incluyeron que la esterilización tiene más beneficios para una mujer ya que es ella quien tiene más riesgo a enfermedades como el cáncer, creer que la esterilización de la mujer es reversible y la del hombre no, por lo que en el caso de querer formar una nueva familia con una nueva pareja, esto sería una desventaja para ellos como hombres. Otra de las razones que justificó esta respuesta, fue que tras realizar la cesárea aprovechaban para realizarla en el mismo día.

Tabla 5

Razones que motivaron a los hombres vasectomizados en la clínica de planificación familiar del hospital general Dr. Juan José Arévalo Bermejo del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social a optar por la esterilización masculina como método de planificación familiar. Guatemala, junio de 2015.

RAZONES QUE MOTIVARON A LOS HOMBRES A OPTAR POR LA ESTERILIZACIÓN MASCULINA COMO MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
“Como ella ya tuvo los dos nenes, decidí yo ahora tener el dolor y como ya tuvimos el número de hijos que queríamos”
“A ella le gusta ir mucho a piscinas y para que ella no anduviera con malestar ni con vergüenzas me lo hice yo”
“Porque a ella ya le toco en el embarazo” “Con cada hijo que tienen van perdiendo años”
“Quiero tener mis relaciones sin pena”
“Cuando hay amor entre pareja uno dice me voy a sacrificar yo. Sacrificar un poquito en el sentido del trámite y de la cirugía”
“Fuimos con la ginecóloga y me explicó de la vasectomía y que habían menos consecuencias en la operación de hombre que en la de la mujer y eso me motivó”
“Era más fácil para mí que para ella”
“No sufrir mucho para el sostenimiento de los hijos”
“Para darles una mejor vida a los niños”
“Que la situación económica no es fácil”
“Que hay muchas complicaciones en la operación de la mujer, más que en la del hombre”
“Me motivó que a mí me gusta estar con ella y no lo disfruto como debiera, ya no estamos para más hijos”

Por otra parte, como se describe en la tabla 5, las razones que motivaron a los hombres a optar por la esterilización masculina como método de planificación familiar incluyeron: querer tener una relación sin miedo al embarazo, desear compartir responsabilidades, creer que la esterilización femenina tiene más complicaciones, tener estabilidad económica, una buena asesoría por parte del departamento de planificación familiar y aspirar a una buena calidad de vida para sus hijos, ya que consideraban que con más hijos no podrían, ya que para ellos la situación económica actual no es propicia para tener una familia muy numerosa.

Solamente se identificó un caso en el que el hombre vasectomizado se arrepintió de realizarse la vasectomía; la razón fue el no haber tenido hijas solo hijos, y su esposa deseaba tener una hija, lo que le provocaba miedo al abandono.

Los hombres que optaron por la esterilización masculina consideraron que aquellos que la descartan definitivamente son personas machistas, ignorantes, frustradas, con miedo, falta de principios morales, de comprensión a la pareja y sobre todo falta de orientación.



Es de gran importancia mencionar que al realizar las entrevistas los hombres manifestaron un lenguaje no verbal especificado en la tabla 6; el cual complementa, confirma o en algunos casos contradice lo que los entrevistados respondieron.

**Tabla 6**

**Percepción de la investigadora al momento de las entrevistas realizadas a hombres vasectomizados en la clínica de planificación familiar del hospital general Dr. Juan José Arévalo Bermejo del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y los hombres no vasectomizados que acudieron a la consulta de medicina general en el sanatorio Nuestra Señora del Rosario, Sanarate, El Progreso, Guatemala durante junio de 2015.**

<b>PERCEPCIÓN DE LA INVESTIGADORA AL MOMENTO DE LA ENTREVISTA</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ambiente de nerviosismo y expectativa</li><li>• Risas nerviosas</li><li>• Incomodidad al hablar del métodos anticonceptivos</li><li>• Expresiones de pena</li><li>• Evitar la mirada del investigador</li><li>• Dejar las respuestas incompletas, terminándolas con frases como “aja” “mjm” “verdad”</li><li>• Silencio ante las preguntas</li><li>• Respuestas cortantes</li><li>• Disminución del tono de voz</li><li>• Algunos inician con dificultad la entrevista sin embargo en el trascurso de esta, adquirieron confianza y las respuestas se tornan más informativas</li><li>• Estando solos aportaron más información que al estar acompañados o cuando alguien llegó durante la entrevista</li><li>• Responden con preguntas, evitando las respuestas</li><li>• Incapacidad para referirse a los métodos de planificación, órganos sexuales y reproductores por su nombre</li></ul>

Para establecer la confiabilidad de la presente investigación se utilizó la triangulación de datos, de la cual se presenta un resumen en la tabla 7.

Tabla 7

Resumen de los resultados de la triangulación entre las opiniones y creencias de los hombres vasectomizados en la clínica de planificación familiar del hospital general Dr. Juan José Arévalo Bermejo del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social; los hombres no vasectomizados que acudieron a la consulta de medicina general en el sanatorio Nuestra Señora del Rosario, Sanarate, El Progreso y la investigadora. Guatemala junio de 2015.

TEMAS	HOMBRES VASECTOMIZADOS ENTREVISTADOS	HOMBRES NO VASECTOMIZADOS ENTREVISTADOS	INVESTIGADORA
MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR CONOCIDOS	Condón Masculino; Inyección (de 1 mes y de 3 meses); Pastillas anticonceptivas; T de cobre; Método del ritmo; Implantes; Operaciones (esterilización femenina y masculina); Coito interrumpido.	Condón masculino; T de Cobre; Método del ritmo; Inyecciones; Operaciones ( esterilización femenina y masculina)	Métodos naturales Métodos temporales Métodos definitivos
FUENTE DE INFORMACIÓN SOBRE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IGSS</li> <li>• APROFAM</li> <li>• Médico Particular</li> <li>• Familiar</li> <li>• Centro de Salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amigos</li> <li>• En el sanatorio Nuestra Señora del Rosario (solo uno refirió dicha fuente)</li> <li>• Colegio</li> <li>• Centro de salud</li> <li>• En el trabajo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En la universidad</li> <li>• Familiares</li> <li>• Amigos</li> </ul>

<p>CONCEPTO Y UTILIDAD DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR</p>	<p>Métodos económicos que sirven para no tener tanto hijo</p> <p>Controlar cuántos hijos puede llegar a tener uno</p> <p>Estabilidad económica familiar</p> <p>Para tener una mejor vida</p> <p>Para disfrutar más la relación</p>	<p>Sirve para no llenarse de hijos</p> <p>Sirve para no tener hijos muy seguidos</p> <p>Sirve para evitar los contagios de las enfermedades.</p>	<p>Servicios y suministros que hacen posible que las personas y parejas tengan el número de hijos que desean tener y cada cuánto tiempo lo tendrán.</p> <p>Tiene diversos beneficios entre ellos: disminuye el riesgo de muerte durante el parto, aumenta las probabilidades de supervivencia del recién nacido, reduce el número de abortos y partos practicados en condiciones de riesgo. Fomenta la autonomía de la mujer e incrementa el número de años de escuela de niños.</p>
<p>CONOCIMIENTOS SOBRE LA ESTERILIZACIÓN FEMENINA</p>	<p>Sirve para ya no tener niños</p> <p>Operación que previene enfermedades</p> <p>Aprovechan para hacerla con la cesárea y tiene que tener más dieta tras la operación</p> <p>Creo que se le cortan los ovarios.</p> <p>Asociado a embarazos ectópicos</p>	<p>Es cortar las trompas</p> <p>No funciona al cierto tiempo porque se deshace el nudo</p> <p>Es para ya no tener hijos.</p> <p>No es tan seguro</p> <p>El 80% es efectivo. En otra situación resultan todavía algunas mujeres embarazadas. Les quitan la matriz o les ponen algo en su matriz</p>	<p>Método de planificación definitivo que consiste en la sección y ligadura de las trompas de Falopio.</p>

<p>CONOCIMIENTOS SOBRE LA ESTERILIZACIÓN MASCULINA (PREVIOS A LA VASECTOMÍA PARA LOS VASECTOMIZADOS)</p>	<p>Corte de conductos Procedimiento caro En la calle siempre se oye que ya no hay erección y que hay pérdida de interés sexual. No sabía mucho La mejor opción de planificar. Que ya no me iba a servir, que me iba a poner bien gordo.</p>	<p>Puede ser para el hombre y la mujer Se vería mal que el hombre se opere. Si uno quiere hacer una nueva vida y ya no va a poder tener hijos Ha de ser peligroso Después de haberse operado el hombre no tiene erección Los espermas ya no salen de allí después de la operación</p>	<p>La vasectomía consiste en la interrupción de la luz del conducto deferente para bloquear el pasaje de los espermatozoides desde los testículos. Es un método de planificación definitivo.</p>
<p>FUENTE DE INFORMACIÓN SOBRE LA ESTERILIZACIÓN MASCULINA</p>	<p>Familiar - conocidos IGSS APROFAM Ginecólogo particular</p>	<p>Conocidos</p>	<p>Catedráticos de la universidad Ginecólogos Referencias bibliográficas Familiares</p>
<p>CONOCE A ALGUIEN QUE SE HAYA REALIZADO LA ESTERILIZACIÓN MASCULINA</p>	<p>Sí (5)</p>	<p>No (5)</p>	<p>Sí</p>

<p>OPINIONES REFERIDAS SOBRE LA ESTERILIZACIÓN MASCULINA DEL CONOCIDO YA VASECTOMIZADO</p>	<p>Que no dolía, que era rápido, fácil, sencillo y más seguro al tener relaciones</p> <p>Le contaron que se la habían hecho y que si les había afectado, que ya no habían tenido erección.</p> <p>Dijo que si era bueno. Que no tuvo complicaciones</p> <p>Que habían menos consecuencias en la operación de hombre que en la de la mujer</p> <p>Que no dolía y que era recomendable hacérsela para planificar</p>	<p>Después de haberse operado no tuvo erección</p> <p>No sé qué es eso</p> <p>Otros (ver tabla 4)</p>	<p>Es recomendable</p> <p>Lo que dicen en la calle es mentira</p> <p>Es el mejor método a largo plazo</p> <p>No requiere ingresar a sala de operaciones en comparación a la esterilización femenina.</p> <p>Su efectividad se puede comprobar con un espermograma, tras 20 eyaculaciones en comparación a la de esterilización femenina que no se puede comprobar.</p>
<p>COMPLICACIONES POSTERIORES A LA VASECTOMÍA</p>	<p>Recanalización</p> <p>Dolor</p> <p>Ninguna</p>	<p>----</p>	<p>Las principales complicaciones son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor</li> <li>• Infección de la herida operatoria</li> <li>• Sangrado post operatorio y hematoma</li> <li>• Recanalización temprana</li> </ul>

SABE EN DÓNDE REALIZAN LA ESTERILIZACIÓN MASCULINA	IGSS APROFAM	No sé Hospitales Privados IGSS APROFAM	IGSS APROFAM Entidades privadas MSPAS (no en todos los departamentos)
RECOMENDARÍA LA ESTERILIZACIÓN MASCULINA / SE REALIZARÍA LA ESTERILIZACIÓN MASCULINA	Sí	No	Sí



## 5. DISCUSIÓN

La planificación familiar consiste en la capacidad de las personas de llevar una vida sexual plena, responsable, con libertad de escoger si desean o no tener hijos, el número de hijos que aspiran tener y decidir tanto el momento como la frecuencia de los embarazos. A pesar del cúmulo de beneficios que ésta ofrece, poblaciones en vías de desarrollo como Guatemala no logran cumplir los fines principales de la planificación familiar. Esto es debido a diversos factores que influyen en su implementación. Uno de los factores principales es el desconocimiento de los métodos de planificación familiar o tener una definición errónea sobre estos.(16)

La mayoría de pacientes entrevistados contemplaron la planificación familiar como el medio para regular el número de hijos que querían tener. Sin embargo, tan solo una minoría refirió que la planificación familiar tuviese otros beneficios, tales como, el bienestar y la autonomía de las mujeres, disminuir la mortalidad materna, proporcionarle más atención y calidad de vida a cada hijo, aminorar el crecimiento insostenible de la población y sus efectos negativos en la economía y el medio ambiente.(4)

Los entrevistados, en su mayoría, refirieron haber tenido más hijos de los que hubieran deseado, a pesar de la utilización de diversos métodos de planificación familiar. Lo anterior puede estar relacionado a que no recibieron instrucciones claras acerca de cómo utilizar el método de manera apropiada, no haber conseguido el método más adecuado a sus necesidades, no estar suficientemente preparados para los efectos secundarios o que se terminaran los suministros.

En Guatemala, según el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la mayoría de métodos de planificación familiar están a disposición de la población en todos los departamentos, teniendo el mayor porcentaje de uso el método inyectable, la píldora y el método de amenorrea de la lactancia materna – MELA -. Al entrevistar a los hombres, indicaron conocer la mayoría de métodos sin embargo se limitaban a usar solo uno de ellos. Dentro de los más conocidos se mencionaron el preservativo, los implantes, la inyección de 1 y 3 meses, las pastillas anticonceptivas, la T de cobre, el coito interrumpido y el método del ritmo. Solamente una cuarta parte de los entrevistados indicó los métodos definitivos como parte de los conocidos. A su vez, ninguno refirió el método MELA, en contraposición a lo que el MSPAS aseveró. Por otra parte, el concepto sobre los métodos definitivos no siempre era correcto, ya que al referirse a esterilización



femenina algunos comprendían que es una operación en donde “cortan” o “amarran” los ovarios; o que es una operación en donde “quitan la matriz”. Además de estos conceptos erróneos, la mayoría indicó que la operación da complicaciones como embarazos ectópicos o que existían embarazos no deseados a pesar de ser una operación definitiva. A pesar de tener conceptos inexactos con respecto a este método de planificación familiar, al igual que los tienen con la vasectomía, los hombres prefirieron la esterilización femenina sobre la masculina aun teniendo opiniones y creencias erradas sobre ambas. El porqué de este fenómeno radicó principalmente en el temor del hombre a la operación, en creencias que la mujer tiene más tendencia a enfermarse por el solo hecho de ser mujer y que por ende la operación les beneficiaría más, así mismo, piensan que para la mujer es una operación reversible y para el hombre no, por lo que en caso de arrepentirse, es más fácil re intervenir a la mujer.

Sin embargo, como refiere Aspilcueta-Gho en su investigación sobre el rol del varón en la anticoncepción, como usuario y como pareja(1); conocer no significa usar, ya que la mayoría de los pacientes no vasectomizados tenían una idea sobre la vasectomía pero no la utilizaron. Igualmente, no se puede afirmar que el conocimiento erróneo limita su uso, ya que como se observó con la esterilización femenina, esta tiene una elevada frecuencia de uso a pesar de los conocimientos erróneos que sobre esta se tiene.

Todos los vasectomizados refirieron que tras realizarse la esterilización masculina ninguna de las opiniones erróneas referidas por conocidos eran ciertas. Solo uno de ellos refirió aún tener temor ante la disminución del deseo sexual a pesar que ya había recibido plan educacional.

De igual forma, a pesar de las opiniones y creencias con tendencia machista, se puede apreciar como el hombre empieza a jugar un papel más importante en la planificación familiar a pesar que los programas de planificación familiar se dirijan generalmente al sexo femenino.

Las investigaciones sobre planificación familiar son abundantes sin embargo las enfocadas a la esterilización masculina, sus opiniones y creencias en sociedades en desarrollo como la guatemalteca son contadas y generalmente de acceso restringido a la población.

Una de las pocas investigaciones que documenta enhombres guatemaltecos es la Investigación Operativa Sobre la Promoción de La Vasectomía en Tres Países de

América Latina<sup>(10)</sup>, en donde se obtuvo como resultado que la vasectomía es uno de los métodos anticonceptivos menos conocido y utilizados en Latinoamérica y el Caribe, tan solo se documentó una proporción del 1% de parejas protegidas por la vasectomía en tres países: Brasil, Guatemala y México.

Dentro de las investigaciones destacadas, se puede ver como en la investigación del departamento de ginecología y obstetricia de la Universidad de California llamada *Bringing Men to the Table: Sterilization Can Be for Him or Her* (34) denotaron que las razones de bajo uso de vasectomía son multifactoriales: la falta de conocimiento y concepción errónea sobre el procedimiento, falta de acceso y preferencias de los pacientes. Dichas razones que no están lejos de la realidad de los hombres entrevistados, que al igual, poseían opiniones y creencias equívocas que se veían influidas por fuentes no fidedignas, falta de curiosidad y de acceso a fuentes verídicas.

Se convierte así a la esterilización masculina en un sinónimo de pérdida de la erección y deseo sexual.

Es así pues que los conocimientos equívocos inducen a los hombres a no optar por uno de los mejores métodos de planificación familiar, la esterilización masculina. Los principales temores identificados fueron: la pérdida de erección o pérdida del deseo sexual que les creaba el miedo al abandono por la pareja actual; así mismo, la inseguridad en la relación los llevaba a pensar en tener que formar una nueva familia con otra pareja en el futuro y no poder hacerlo si elegían un método de planificación definitivo como la vasectomía. Esto sin pensar en que la mujer tiene las mismas posibilidades de formar otra familia y no poder hacerlo si fuera ella quien optara por la esterilización femenina.

Con base en los resultados obtenidos se puede confirmar la influencia que tiene la tendencia machista sobre las decisiones que toman los hombres entrevistados. Se conceptualiza que dicha tendencia solamente influye en no elegir la esterilización masculina. Sin embargo, se obtuvieron resultados inesperados, es decir, elegir la vasectomía por pensamientos machistas tales como creer que si la mujer se operaba, ella podría irse con cualquier hombre y “no dejar huella” al no tener riesgo de quedar embarazada.

Por otro lado, en un estudio cualitativo de parejas en los Estados Unidos, Shih et al (40) encontraron que las razones que llevaban a los hombres a preferir la esterilización masculina incluían el deseo de una mejor atención a la familia actual (responsabilidad

financiera) y el querer compartir la responsabilidad de anticoncepción. Agregado a las razones anteriores, en los hombres entrevistados, las razones que los motivaron a optar por la vasectomía incluyeron principalmente querer tener relaciones sin miedo, sacrificarse en lugar de la mujer quien ya había sufrido debido al embarazo y querer brindarles una mejor calidad de vida a sus hijos

A través de esta investigación, se confirmó lo publicado en otros países latinoamericanos años atrás, que aún existen limitantes de diversa índole para que el hombre elija la vasectomía como método de planificación familiar. Las principales restrictivas son las opiniones y creencias erróneas, la falta de acceso e interés y que los programas de planificación familiar se dirijan solamente al sexo femenino.

Los hombres que optaron por la vasectomía son hombres casados con trabajos estables, familias poco numerosas y con relaciones sólidas. En comparación a los hombres no vasectomizados que poseían familias más numerosas y que refirieron indirectamente el miedo a cambiar de cónyuge y no poder concebir más hijos con una nueva pareja.

El Estado de Guatemala debe garantizar que cada embarazo sea deseado; las mujeres deben tener el derecho a decidir cuándo y cuántos hijos quieren tener, pero sólo se logrará al promover el derecho humano de acceso a la salud sexual y reproductiva, al ampliar y difundir la información a través de trípticos, carteles y conferencias que aproximen tanto al hombre como a la mujeres al conocimiento verídico y bien fundamentado sobre los métodos de planificación familiar así como los derechos con respecto a la salud reproductiva, como lo establece el artículo 4 de la Ley de acceso universal y equitativo de servicios de planificación familiar y su integración en el programa nacional de salud reproductiva. (16)

Así pues, a través de estos resultados se evidencia cómo la falta de acceso a información sobre la planificación familiar da lugar a opiniones y creencias erróneas que se ven reflejadas en una utilización inadecuada de los métodos de planificación familiar y por ende desencadenan altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, además de crecimiento insostenible de la población. No sacándole provecho a los métodos definitivos para obtener todos los beneficios que la planificación familiar ofrece. A pesar de que el acceso a la información y a los métodos de planificación familiar es un derecho establecido por la Constitución de la república de Guatemala.

Se observa pues, la gran e importante influencia que la educación representa en el proceso de elección del método de planificación familiar, ya que ambos grupos, vasectomizados y no vasectomizados, se vieron expuesto a creencias y opiniones equivocadas que conocidos, familiares o amigos les refirieron pero a diferencia de los no vasectomizados, los hombres vasectomizados obtuvieron un acercamiento a fuentes confiables como el IGSS, APROFAM o médicos particulares.

También es de relevancia mencionar que al igual que en otros estudios como el de Mauricio Pachas titulado Consecuencias a largo plazo de la vasectomía en varones operados en el Hospital Nacional Cayetano Heredia(38), en donde el 98% de los usuarios no dudaron en recomendar la vasectomía, en la presente investigación todos los vasectomizados recomendarían este método como opción para planificación familiar.

Con respecto a los efectos secundarios, los identificados fueron similares a otros estudios realizados en otros países como en Perú(39).El principal efecto secundario referido por los pacientes vasectomizados fue el dolor, tan solo un caso refirió reanastomosis por lo que requirió reintervención, pero a pesar de ello, no se arrepentía y si recomendaba dicho procedimiento. Ninguno refirió cambios en su vida sexual.



## 6. CONCLUSIONES

Al analizar los resultados obtenidos de las entrevistas semiestructuradas sobre la temática descrita anteriormente se llegó a las siguientes conclusiones:

- 6.1. Las razones para el escaso uso de la vasectomía como método de anticoncepción definitiva son multifactoriales, incluyen conocimiento escaso y erróneo sobre el procedimiento, falta de acceso y preferencias de los pacientes. Los conocimientos erróneos incluyen la asociación de este procedimiento con la pérdida de interés sexual, pérdida de la erección, pérdida de la eyaculación, irritación, edema, aumento de peso y dolor intenso posterior a la operación. Opiniones y creencias que al no ser esclarecidas por un médico o institución, favorecen a que las personas que creen en ellas no opten por la esterilización masculina, difundan dichos conocimientos erróneos y así se perpetúe más la baja frecuencia de utilización de dicho procedimiento.
- 6.2. Las razones principales por la que los hombres prefieren la esterilización femenina sobre la masculina incluyen la creencia que la esterilización tiene más beneficios para una mujer ya que es ella quien se embaraza y por ende es más vulnerable a enfermedades, así como que creen que la operación esterilizante de la mujer es reversible en comparación a la del hombre que no lo es, por lo que en el caso de que quieran formar una nueva familia con una nueva pareja, esto sería una desventaja y sería mal visto para ellos como hombres. Otra de las razones que justifica esta preferencia es la facilidad que refieren al poder realizarla esterilización inmediatamente después de una cesárea.
- 6.3. La tendencia machista y la falta de confianza en la relación influye concluyentemente sobre la decisión de los hombres entrevistados al elegir la vasectomía como método definitivo de planificación familiar. Dicha aseveración se confirma cuando los hombres indican que realizarse dicho procedimiento se ve mal socialmente o que está mal que una doctora realice dicha operación, así mismo, indican que la vasectomía es sinónimo de homosexualidad, que tras la operación el hombre ya no tiene erección por lo cual corre el riesgo de perder a su pareja o la presencia de miedo a dejar a la pareja actual y ya no poder formar una nueva familia con una nueva pareja tras la operación.

- 6.4. De los hombres entrevistados, todos refirieron opiniones y creencias erróneas, ya sea propias o que habían escuchado de algún conocido o familiar. La diferencia entre los no vasectomizado y los vasectomizados, es que estos últimos además de dichas opiniones y creencias, también referían conocimientos sobre la vasectomía adquiridos a través de instituciones como APROFAM, IGSS o médicos particulares. Estas fuentes fueron de gran utilidad para esclarecer las dudas sobre la esterilización masculina y motivar a los pacientes a optar por ella como método de planificación familiar.
- 6.5. La falta de acceso e información de los métodos definitivos de planificación familiar influye claramente sobre la baja frecuencia de utilización de la esterilización masculina. Esto es comprobado al considerar que todos los hombres vasectomizados refirieron haberse informado sobre este procedimiento en fuentes como carteles, trabajo social y doctores del IGSS; folletos y doctores de APROFAM y ginecólogos particulares. En contraposición con los no vasectomizados, de los cuales ninguno refirió alguna fuente confiable que le proporcionara información fidedigna.

## 7. RECOMENDACIONES

7.2. A los profesionales de la salud del Hospital Juan José Arévalo Bermejo del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y del sanatorio Nuestra Señora del Rosario

7.2.1. Promover los métodos definitivos de planificación familiar a través de orientación basada en los criterios médicos de elegibilidad tanto en las visitas de iniciación como en las de seguimiento de los usuarios, para favorecer la toma de decisiones informadas.

7.2.2. Establecer como parte de la consejería de rutina temas sobre planificación familiar definitiva y sus beneficios, así como esclarecer dudas que faciliten cesar con opiniones y creencias erróneas sobre la esterilización masculina. Dar información adecuada a las personas que consultan para que realicen una elección informada y voluntaria del método anticonceptivo. La información que se brinde durante la consejería debe estar destinada a ayudarles en la elección, debe incluir al menos: comprensión de la eficacia relativa del método; uso correcto del método; cómo funciona, efectos secundarios comunes y alternativas al método elegido.

7.2.3. Promover y motivar la participación activa del hombre en la planificación familiar a través de proyectos de información sobre los diversos métodos de planificación familiar a los que los hombres pueden optar así como sus beneficios en comparación a los de la mujer.

7.3. Al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

7.3.1. Continuar con la promoción de la esterilización masculina a través de carteles, trifoliales, ayudas audiovisuales y conferencias educativas.

7.3.2. Ampliar la red de servicios que ofrecen los métodos de planificación definitivos, en especial la esterilización masculina, para así facilitar el acceso a la misma.



#### 7.4. A la Facultad de Ciencias Médicas

7.4.1. Fomentar las investigaciones cualitativas de metodología etnográfica enfocadas en temas de planificación familiar definitiva.

7.4.2. Realizar una futura investigación con un análisis de triangulación de investigadores en donde se incluya entrevistadores de sexo masculino con el objetivo de eliminar la dificultad de los entrevistados para conversar sobre temas sensibles con una mujer. Así mismo, que incluya especialistas de otras disciplinas como antropología social, psicología y medicina para obtener un análisis con distintas perspectivas profesionales, multidisciplinar e integral.

## 8. APORTES

La presente investigación tuvo como objetivo identificar las opiniones y creencias que hacen que un método tan seguro, efectivo y de bajo costo tenga tan baja frecuencia de uso.

Al establecer los factores determinantes de dicha baja frecuencia, se pueden abordar para mejorar así el uso de métodos de planificación familiar definitivos, en especial la esterilización masculina. Se pretende difundir los resultados a través de los siguientes medios:

- Duplicarse la investigación que se entregaran al departamento de capacitación y desarrollo del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social con el fin de incrementar el acervo de información disponible para estudiantes, profesionales de la salud y otros que la demanden.
- Publicación de los resultados en una revista de alguna de las siguientes entidades:
  - Organización Panamericana de Mercadeo Social, por sus siglas en inglés - PASMO-
  - Instituto de estudios Interétnicos de la Universidad San Carlos de Guatemala - IDEI -
  - Dirección General de Investigación de la Universidad San Carlos de Guatemala -DIGI-
  - Colegio de médicos y cirujanos de Guatemala.



## 9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aspilcueta-gho D. Rol del varón en la anticoncepción, como usuario y como pareja. Rev Perú medexp salud pública [en línea] 2013 [citado 22 Mayo 2015]; 30 (3):480-486. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342013000300018&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000300018&lng=es&nrm=iso)
2. Instituto Peruano de Paternidad Responsable. Revisión sobre métodos anticonceptivos: vasectomía [en línea] Lima: INPPARES; [199?]; [citado 20 Mayo 2015]. Disponible en: [http://www.inppares.org/sites/default/files/ma\\_12.pdf](http://www.inppares.org/sites/default/files/ma_12.pdf)
3. International Planned Parenthood Federation [en línea] Reino Unido: IPPF; 2013 [citado 18 Mayo 2015] Contraception: vasectomy [aprox. 3 pant.]. Disponible en: <http://www.ippf.org/our-work/what-we-do/contraception/vasectomy>
4. Organización Mundial de la Salud [en línea] Ginebra: OMS; 2015 [citado 10 Mayo 2015] Planificación familiar: nota descriptiva [aprox. 3 pant.] Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>
5. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Unidad de Información Pública. Sistema de información gerencial de salud: cuadros y estadísticas del 2014 sobre mortalidad materna, tasa de natalidad y métodos de planificación familiar. Guatemala: MSPAS; 2014.
6. El Salvador. Ministerio de Salud. Unidad de Salud Sexual y Reproductiva. Política nacional de salud sexual y reproductiva [en línea] El Salvador: MINSAL; 2011 [citado 15 Mar 2015] Disponible en: [http://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/Politica\\_nacional\\_de\\_salud\\_sexual\\_y\\_reproductiva.pdf](http://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/Politica_nacional_de_salud_sexual_y_reproductiva.pdf)
7. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Encuesta de indicadores múltiples por conglomerados 2011: situación de la niñez y mujeres [en línea] San José, Costa Rica: UNICEF; 2011 [citado 22 Mayo 2015] Disponible en: [http://www.unicef.org/costarica/docs/cr\\_pub\\_MICS\\_2011.pdf](http://www.unicef.org/costarica/docs/cr_pub_MICS_2011.pdf)
8. Porque tan pocos hombres se hacen vasectomías. BBC Mundo [en línea] 19 Nov 2014 [citado 18 Mayo 2015]; Salud [aprox. 1 pant.] Disponible en: [http://www.bbc.co.uk/mundo/noticias/2014/11/141118\\_salud\\_esterizacion\\_hombres\\_mujeres\\_il](http://www.bbc.co.uk/mundo/noticias/2014/11/141118_salud_esterizacion_hombres_mujeres_il)
9. Xiaozhang L. Incisión con bisturí versus sin bisturí para la vasectomía: comentario de la BSR [en línea] Ginebra: BSR-OMS; 2009 [citado 15 Mayo 2015]. Disponible en: <http://apps.who.int/rhl/fertility/contraception/lxhcom/es/>
10. Venon R. Perspectivas internacionales en planificación familiar: investigación operativa sobre la promoción de la vasectomía en tres países de América Latina. Alan Guttmacher Inst [en línea] 1996 [citado 14 Mayo 2015]; 22(1):12-17. Disponible en: <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/22spa01296.pdf>

11. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Estadísticas de salud reproductiva del hospital Dr. Juan José Arévalo Bermejo. Guatemala: IGSS; 2014.
12. Guatemala. Asociación Pro-Bienestar de la Familia. Datos sobre vasectomía de la unidad móvil. Guatemala: APROFAM; 2014.
13. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. Caracterización: república de Guatemala [en línea] Guatemala: INE; 2012. [Citado 12 Mar 2015] Disponible en: <http://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2014/02/26/l5pnhmxzxy5ffwmk9nhcrk9x7e5qqvvy.pdf>
14. Departamento de Salud Reproductiva en Investigación de la Organización Mundial de la Salud. Facultad de Salud Pública Bloomberg de John Hopkins. Planificación familiar: un manual mundial para proveedores [en línea] Ginebra, Baltimore: OMS, CCP; 2011 [citado 10 Mayo 2015]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44074/1/9780978856304\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44074/1/9780978856304_spa.pdf)
15. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Lineamientos para la estrategia nacional de planificación familiar [en línea] Guatemala: MSPAS; 2008 [Citado 15 Abr 2015]. Disponible en: <http://osarguatemala.org/userfiles/LINEAMIENTOS%20PARA%20ESTRATEGIAS.pdf>
16. Guatemala. Congreso de la República. Decreto número 87-2005. Código de Salud, ley de acceso universal y equitativo de servicios de planificación familiar y su integración en el programa nacional de salud reproductiva [en línea]. Guatemala: Congreso de la República; 2005 [citado 10 Mayo 2015] Disponible en: <http://www.oj.gob.gt/es/QueEsOJ/EstructuraOJ/UnidadesAdministrativas/CentroAnalisisDocumentacionJudicial/cds/CDs%20leyes/2005/pdfs/decretos/D087-2005.pdf>
17. Ramírez Galeano IM. Disposición de los hombres ante la opción de la vasectomía: estudio descriptivo realizado en hombres de parejas que han optado por la esterilización femenina en el centro quirúrgico de APROFAM durante el período de 1ro. de agosto al 30 de septiembre de 1998. [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 1999.
18. Granados de Alba FA. Aceptación de la vasectomía en Guatemala causas que la motivan y repercusión en las relaciones maritales: estudio prospectivo a 500 pacientes vasectomizados entre 6-48 meses post-operatorio en APROFAM Guatemala. [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 1984.
19. Population Services International. Estudio TRAC de DIU y métodos anticonceptivos modernos en mujeres de edad reproductiva de los departamentos de Guatemala, Chimaltenango, Sacatepéquez, Escuintla, Quetzaltenango, Retalhuleu, Chiquimula, El Progreso y Jalapa [en línea] Guatemala: PSI; 2012 [citado 15 Mayo 2015] Disponible en: [http://asociacionpasmo.org/asociacionpasmo/wp-content/uploads/2014/08/SMRS-Guatemala-trac\\_WHP\\_Users-of-UID-and-other-FP-Methods\\_2012.pdf](http://asociacionpasmo.org/asociacionpasmo/wp-content/uploads/2014/08/SMRS-Guatemala-trac_WHP_Users-of-UID-and-other-FP-Methods_2012.pdf)

20. International Planned Parenthood Federation. Campaña por el acceso universal a la salud reproductiva: la planificación familiar salva vidas y mejora la salud [en línea] Brussels, Belgium: IPPF; 2012. [citado 22 Mayo 2015]. Disponible en: [http://www.countdown2015europe.org/wp-content/uploads/2012/07/IPPF\\_factsheet-4\\_Health-ES1.pdf](http://www.countdown2015europe.org/wp-content/uploads/2012/07/IPPF_factsheet-4_Health-ES1.pdf)
  
21. Guatemala. Congreso de la República. Decreto 90-97. Código de la Salud [en línea] Guatemala: Congreso de la República; 1997 [citado 26 de Mar 2015] Disponible en: [http://www.mspas.gob.gt/files/Descargas/DGRVCS/Salud\\_publica/Decretos/DEC\\_90\\_97.pdf](http://www.mspas.gob.gt/files/Descargas/DGRVCS/Salud_publica/Decretos/DEC_90_97.pdf)
  
22. Guatemala. Congreso de la República. Decreto número 42-2001. Ley de desarrollo social [en línea] Guatemala: Congreso de la República; 2001 [citado 27 de Mar 2015] Disponible en: [http://www.cepal.org/oig/doc/LeyesCuidado/GTM/2001\\_D42-2001\\_GTM.pdf](http://www.cepal.org/oig/doc/LeyesCuidado/GTM/2001_D42-2001_GTM.pdf)
  
23. Córdoba Basulto DI, Sapién López JS, Valdepeña Estrada RP, Osnaya SP, Castellanos Hernández H. Vasectomía: reseña de 25 años en el centro de cirugía ambulatoria del ISSSTE. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [en línea] 2011 [citado 17 Abr 2015]; 16: 33-38 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47317815007>
  
24. Milgiam Georgina EA, Aguilar Guevara JF. La antropología y su importancia en la medicina. RevMedHond [en línea] 2004 [citado 23 Mayo 2015]; 72:155. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2004/pdf/Vol72-3-2004-8.pdf>
  
25. DiscoverAnthropology [en línea]. London: Royal Anthropologica Institute 2010 [citado 22 Mayo 2015] Introducing Medical Anthropology; [aprox. 1 pant.] Disponible en: <http://www.discoveranthropology.org.uk/about-anthropology/specialist-areas/medical-anthropology.html>
  
26. Sobo E, Loustaunau M. The Cultural context of health, illness, and medicine. 2 ed. California: Praeger; 2010.
  
27. Pieroni A. Journal of ethnobiology and ethnomedicine: achievements and perspectives. J EthnobiolEthnomed [en línea] 2006 [citado 14 Mayo 2015]; 10:[aprox. 3 pant] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1383503/>
  
28. Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos [en línea] 4 ed. Luxembourg: OMS; 2012 [citado 9 Ago 2015] Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44710/1/9789243563886\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44710/1/9789243563886_spa.pdf)
  
29. Instituto Peruano de Paternidad Responsable. Métodos anticonceptivos: cuadernillo estudiantil [en línea]. Lima: INPPARES; 2009 [citado 22 Mayo 2015]. Disponible en: <http://www.inppares.org/sites/default/files/Metodos%20Profamilia.PDF>
  
30. Stubblefiel PG, Roncari DM. Planificación familiar. En: Novak JS, Berek DL. editores Ginecología. 15ed. México: WoltersKluwer; 2012; p.211-269

31. Universidad Nacional Autónoma de México. Manual sobre pastillas anticonceptivas: conoce y previene [en línea]. México: UNAM; 2008 [citado 15 Abr 2015] Disponible en:  
[Http://www.bunam.unam.mx/Sexualidad/sitiosexualidad/historias/libreropaola/pastillas.pdf](http://www.bunam.unam.mx/Sexualidad/sitiosexualidad/historias/libreropaola/pastillas.pdf)
  
32. Theodore JO. Overview of Vasectomy. Harv Med Stud Rev[en línea] 2014 [citado 15 Mar 2015]; 87: [aprox. 6 pant.] Disponible en:  
[http://www.uptodate.com/contents/overview-of-vasectomy?Source=search\\_result&search=vasectomy&selectedtitle=1~47](http://www.uptodate.com/contents/overview-of-vasectomy?Source=search_result&search=vasectomy&selectedtitle=1~47)
  
33. Am J, Borrero S, Moore CG, Charity G, Creinin MD, Ibrahim SA. Low rates of vasectomy among minorities: a result of differential receipt of counseling. Am J Men's Health[en línea] 2009 [citado 25 Mayo 2015]; 4(3): 243–249. Disponible en:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19706674>.
  
34. Grace S, Ying Z, Bukowski K, Chen A. Bringing men to the table: sterilization can be for him or for her. Clin Obstet Gynecol[en línea] 2014 [citado 15 Mayo 2015] 57(4):731-740. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25314085>
  
35. Monje Álvarez CA. Guía didáctica de la metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. [CD-ROM]. Colombia: Universidad Surcolombiana; 2011.
  
36. Mayan J. Los métodos cualitativos: módulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales. [CD-ROM]. Iztapalapa [México]: Universidad Autónoma Metropolitana; 2001.
  
37. Barbolla C, Benavente N, López T, Martín C, Perlado L, Serrano C. Investigación etnográfica: métodos de investigación educativa [en línea] 3 ed. Madrid: UAM; 2010 [citado 25 Jul 2015] Disponible en:  
[https://www.uam.es/personal\\_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Curso\\_10/I\\_Etnografica\\_Trabajo.pdf](https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Curso_10/I_Etnografica_Trabajo.pdf)
  
38. Arias Valencia MM. La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones. Rev Univ Anti [en línea] 2000 [citado 26 Jul 2015]; 3(1)1-7 Disponible en:  
<file:///C:/Users/Ramirez%20Aristondo/Downloads/triangulacion.pdf>
  
39. Untiveros Mayorga CF, Pachas M. Consecuencias a largo plazo de la vasectomía en varones operados en el hospital nacional Cayetano Heredia. Rev Med Hered [en línea] 2004 [citado 27 Jul 2015]; 15 (3):131-135. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2004000300003&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2004000300003&lng=es&nrm=iso)
  
40. Aragón S, Gómez K, Maestre G, Ayala D, Barrios Y. Percepción de los hombres ante la vasectomía. Rev Duazary (Colombia) [en línea] 2013 [citado 29 Jul 2015]; 11(1): 22-29. Disponible en:  
[http://www.academia.edu/8695058/Percepci%C3%B3n\\_de\\_los\\_hombres\\_ante\\_la\\_aceptaci%C3%B3n\\_o\\_rechazo\\_de\\_la\\_vasectom%C3%ADa.\\_Cartagena\\_2013](http://www.academia.edu/8695058/Percepci%C3%B3n_de_los_hombres_ante_la_aceptaci%C3%B3n_o_rechazo_de_la_vasectom%C3%ADa._Cartagena_2013)

## 10. ANEXOS

### ENTREVISTA A HOMBRES NO VASECTOMIZADOS

#### OBJETIVOS

1. Determinar el por qué algunos hombres prefieren la esterilización femenina sobre la masculina.
2. Evidenciar la influencia del machismo sobre la decisión de los hombres al elegir la vasectomía como método definitivo de planificación familiar
3. Reconocer los conocimientos erróneos que hacen que el hombre no opte por la esterilización como método definitivo de planificación familiar.
4. Establecer la influencia que tiene la falta de acceso e información de los métodos definitivos de planificación familiar sobre la baja frecuencia de utilización de la esterilización masculina.

No. Entrevistado		Tiempo de Vivir con su pareja	
Edad		Número de Hijos que tiene actualmente	
Estado Civil		Edad de Esposa o pareja	
Número de Hijos que quiere tener		Método anticonceptivo que utilizaba antes de la vasectomía	



## PRIMERA PARTE

### GENERALIDADES SOBRE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

1. ¿Me podría decir cuáles son los métodos que usted ha oído hablar que se puede usar para prevenir los embarazos? ¿En dónde o con quien aprendió sobre ellos?
2. ¿Sabe usted qué es la planificación familiar y para qué sirve?
3. ¿En dónde puede conseguir estos métodos de planificación familiar? ¿Es accesible física y económicamente?
4. ¿Sabe usted que es y en que consiste la esterilización femenina?

## SEGUNDA PARTE

### GENERALIDADES SOBRE LA ESTERILIZACIÓN MASCULINA

1. ¿Sabe usted que es la vasectomía?
2. ¿Sabe en donde la realizan?
3. ¿Qué ha escuchado sobre la vasectomía? ¿De dónde obtuvo dicha información? ¿Sabe en dónde la realizan? Consideraba que es un procedimiento muy caro
4. ¿Cree que es un procedimiento peligroso?
5. ¿Conoce a alguien que se haya hecho la vasectomía? Si sí ¿Qué opiniones le refirió sobre este procedimiento
6. ¿Con su pareja han utilizado algún método de planificación familiar? ¿Cuál y Por qué?
7. ¿Qué dudas tiene sobre la vasectomía?
8. ¿Considera que tiene algún beneficio hacerse la vasectomía?
9. ¿Se realizaría la vasectomía? O preferiría que su pareja se realizara la esterilización femenina ¿Por qué?
10. Si no le gustaría elegir con su pareja ningún método de planificación definitivo (Esterilización femenina o masculina) cual considera que es el mejor para prevenir el embarazo.

## ENTREVISTA A HOMBRES VASECTOMIZADOS

### OBJETIVOS

1. Determinar el por qué algunos hombres prefieren la esterilización femenina sobre la masculina.
2. Evidenciar la influencia del machismo sobre la decisión de los hombres al elegir la esterilización masculina como método definitivo de planificación familiar.
3. Reconocer los conocimientos erróneos que hacen que el hombre no opte por la esterilización masculina como método definitivo de planificación familiar.
4. Establecer la influencia que tiene la falta de acceso e información de los métodos definitivos de planificación familiar sobre la baja frecuencia de utilización de la esterilización masculina.

No. Entrevistado		Tiempo de Vivir con su pareja	
Edad		Número de Hijos que tiene actualmente	
Estado Civil		Edad de Esposa o pareja	
Número de Hijos que quiere tener		Método anticonceptivo que utilizaba antes de la vasectomía	

## PRIMERA PARTE

1. ¿Me podría decir cuáles son los métodos que Usted ha oído hablar que se puede usar para prevenir los embarazos? ¿En dónde o con quien aprendió sobre ellos?
2. ¿Sabe usted que es la planificación familiar y para qué sirve?
3. ¿En dónde puede conseguir estos métodos de planificación familiar? ¿Es accesible física y económicamente?
4. ¿Sabe usted que es y en que consiste la esterilización femenina?

## SEGUNDA PARTE

5. ¿Qué había escuchado sobre la vasectomía? ¿De dónde había escuchado dicha información? ¿Sabía en dónde la realizaban? Consideraba que era un procedimiento muy caro
6. ¿Conocía antes de realizarse la vasectomía a alguien que se haya hecho la vasectomía? Si sí ¿Qué opiniones le refirió sobre este procedimiento?
7. ¿Qué dudas tenía sobre la vasectomía antes de realizársela?
8. ¿Qué creía usted sobre la vasectomía y sus complicaciones antes de realizársela y ahora después de habérsela realizado?
9. ¿Qué sabía de la vasectomía antes de realizársela? ¿De dónde obtuvo dicha información?
10. ¿Cómo se enteró sobre la vasectomía y que lo motivo a elegirla como método definitivo de planificación familiar?
11. ¿Qué complicaciones tubo usted después de realizarse la vasectomía?
12. ¿Se arrepiente de haberse realizado la vasectomía?
13. ¿Qué opina sobre las personas que no se han realizado la vasectomía?
14. ¿Con su pareja utilizaban algún método de planificación familiar? ¿Cuál y Por qué ese método?
15. ¿Por qué con su pareja prefirieron la vasectomía en lugar de la esterilización femenina? ¿Aconsejaría a sus amigos este método?

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por María Eugenia Ramírez Aristondo, de la Facultad de Medicina de la Universidad San Carlos de Guatemala. Investigación de las opiniones y creencias sobre la vasectomía.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una(s) entrevista(s). Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, las grabaciones se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

---

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por María Eugenia Ramírez Aristondo estudiante de la Facultad de Medicina de la Universidad San Carlos de Guatemala con número de carné 201010011.

Me han indicado también que tendré que responder preguntas en una entrevista. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

-----	-----	-----
Nombre del Participante	Firma del Participante	Fecha