

**AUTORIDADES UNIVERSITARIAS  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HODURAS  
UNAH**

---

**RECTORA**

**LICDA. JULIETA CASTELLANOS RUIZ**

**VICE RECTORA ACADEMICA**

**DRA RUTILIA CALDERON PADILLA**

**VICERRECTOR DE ORIENTACION Y ASUNTOS ESTUDIANTILES**

**LIC. AYAX IRIAS COELLO**

**VICERRECTOR DE ASUNTOS INTERNACIONALES**

**DR. JULIO RAUDALES**

**SECRETARIA GENERAL**

**LICDA. ENMA VIRGINIA RIVERA MEJIA**

**DIRECTORA DEL SISTEMA DE ESTUDIO DEL POST GRADO**

**Ms.C. LETICIA SALOMON**

**DECANO FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**DR. MARCO TULIO MEDINA**

**SECRETARIO ACADEMICO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**DR. JORGE ALBERTO VALLE RECONCO**

**COORDINADORA GENERAL POSTGRADO FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**DRA. ELSA YOLANDA PALAO**

**COORDINADOR GENERAL POSTGRADO EN SALUD PÚBLICA**

**DR. HECTOR ARMANDO ESCALANTE VALLADARES**

---

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA**



**PERCEPCIÓN EN LA VIDA SEXUAL DEL USUARIO Y SU PAREJA QUE SE REALIZÓ LA VASECTOMÍA SIN BISTURÍ, ESTABLECIMIENTO DE SALUD DR. ALONSO SUAZO, TEGUCIGALPA M.D.C. ENERO – SEPTIEMBRE 2015**

**PREVIA OPCIÓN AL GRADO DE  
MÁSTER EN SALUD PÚBLICA**

**PRESENTADO POR:  
ALICIA MEDINA GARAY**

**ASESORA  
Ms.C. MARTA ISABEL FONSECA GODOY**

**TEGUCIGALPA, M.D.C.**

**SEPTIEMBRE 2016,**

**HONDURAS,**

**C.A.**

## Dedicatoria

*A mis padres Héctor Margarito Medina y Elisa Garay de Medina QEPD, a mi compañero de hogar Rolando Arnulfo Cedeño Escalante, QEPD, a mis hijos (as), Allan Rolando, Alicia Alejandra y Delly Esther Cedeño Medina por su apoyo y tolerancia.*

*A mis amigas que me dieron ánimo y apoyaron para culminar la investigación, y por el tiempo que me dedicaron en la elaboración de este informe.*

## Agradecimiento

A los usuarios y parejas del Servicio de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria del Establecimiento de Salud Dr. Alonzo Suazo.

A la Organización Internacional Vecinos Mundiales por su apoyo en el financiamiento de la Maestría.

A la Ms.C. Rita María Medina Sevilla por su colaboración en la elaboración del documento.

A la Ms.C. Marta Isabel Fonseca por su asesoría y valioso aporte en el desarrollo de la investigación.

A todos mis más expresivas gracias.

UDI-DEGT-UNAH

## INDICE

I. INTRODUCCION .....	3
II. JUSTIFICACION.....	5
III. ANTECEDENTES.....	6
IV. OBJETIVOS.....	8
4.1 OBJETIVO GENERAL.....	8
4.1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	8
V. MARCO TEÓRICO .....	9
5.1 Cuadro 1. Vasectomías realizadas por año de julio de 1985 a julio de 2010 Centro de Cirugía Ambulatoria y Estadísticas de los Procedimientos Quirúrgicos de México, México. ....	13
5.2 Cuadro 2: Distribución de vasectomías por años y grupo de edad Centro de Cirugía Ambulatoria y Estadísticas de los Procedimientos Quirúrgicos de México, México .....	14
5.3 Vida sexual en las parejas .....	16
5.4 <i>Afecta la operación la vida sexual.</i> .....	19
5.5 <i>Cuadro 3: Tasas de complicación de VSB y técnica tradicional. (Secretaría de Salud, 2007)</i> .....	28
5.6 <i>Cuadro 4: Ventajas de la Vasectomía sin Bisturí. (Dominguez, 1998.)</i> ....	29
5.7 Cuadro 5: Mitos sobre la vasectomía. (Rufino Torrico, 2011) .....	30
5.8 Pautas culturales y mitos sobre planificación familiar: impacto y cadena de efectos.....	31
5.9 <i>Como perciben los hombres y las mujeres hondureñas la vasectomía</i> .	33
5.10 <i>Problemas de erección o de eyaculación precoz</i> .....	35
5.11 <i>El hombre y la planificación familiar (pf)</i> .....	36
5.12 <i>Antecedentes del Programa de Vasectomía Sin Bisturí en Honduras</i> ...	38
5.13 <i>Antecedentes del Programa en el ES. Dr. Alonzo Suazo</i> .....	41
<i>Cuadro 6: Distribución de vasectomía sin bisturí ES Dr. Alonzo Suazo, según año:</i> .....	41
VI. METODOLÓGIA .....	44

Operacionalización de Variables .....	42
<b>VII. RESULTADOS:</b> .....	<b>46</b>
7.1 Resultados cuantitativos del Grupo “A” Datos Sociodemográficos .....	46
7.2 Resultados cualitativos del Grupo “B” Datos Culturales e Impacto Psicológico de la vida sexual del usuario con VSB: .....	61
7.2.1 Opinión de la pareja del hombre que se realizó la vasectomía 3 a 6 meses después .....	61
7.2.2 Razones porque el hombre no se realiza la vasectomía.....	62
7.2.3 Satisfacción del hombre en la relación sexual después de 3 a 6 meses de haberse realizado la VSB. ....	64
7.2.4 Opinión del usuario de VSB sobre creencias y tabúes: .....	65
<b>VIII. TRIANGULACIÓN DE DATOS DE LOS GRUPOS ENTREVISTADOS</b> .....	<b>66</b>
<b>IX. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:</b> .....	<b>72</b>
<b>X. CONCLUSIONES</b> .....	<b>79</b>
<b>XI. RECOMENDACIONES</b> .....	<b>80</b>
<b>XII. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>81</b>
<b>XIII. ANEXOS</b> .....	<b>84</b>

## I. INTRODUCCION

*Después de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo que se llevó a cabo en El Cairo en 1994, donde se abordaron temas relacionados al desarrollo entre población, crecimiento económico sostenido y desarrollo sostenible, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los pueblos del mundo, Honduras como país signatario formalizó el apoyo al grupo poblacional de 20 a 59 años de edad, a través de la oficialización del Programa de Atención Integral al Hombre, (PAI-H) liderado por la Secretaria de Salud, con el objetivo de facilitar y promover la inserción de la población masculina en los procesos de salud, por lo que se decide iniciar un proceso de capacitación dirigido inicialmente a médicos generales y gineco-obstetras sobre la vasectomía sin bisturí, con el apoyo de la Organización no Gubernamental Engender Health, realizando campaña en junio de 2005 teniendo como punto focal el Establecimiento de Salud Dr. Alonso Suazo, con una cobertura de 570 vasectomías sin bisturí a junio del 2015.*

*La anticoncepción quirúrgica voluntaria (oclusión de trompas y conductos deferentes) es un servicio de salud y planificación familiar que está cobrando gran popularidad, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. Es el principal método de anticoncepción y es una de las opciones más seguras disponible para las parejas que tienen paridad satisfecha.*

*El estudio se desarrolla con un enfoque mixto concurrente (cuantitativo, cualitativo), de tipo longitudinal y descriptivo tomando los factores socioculturales y demográficos así como el estado de satisfacción sexual de los usuarios que decidieron realizarse la vasectomía sin bisturí y su pareja de enero – septiembre 2015; esta información puede servir de base en proyectos de promoción, con el fin de aumentar la demanda del procedimiento mediante una apropiada oferta.*

*La asistencia al Servicio Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria del Establecimiento de Salud Dr. Alonso Suazo muestra que la participación de los hombres es muy baja. Ello motivó a realizar un estudio para identificar las causas de dicho comportamiento y trazar estrategias para formar y desarrollar creencias y actitudes que contribuyan a incrementar la participación y responsabilidad de los hombres en los procesos relacionados con la planificación familiar y la paternidad responsable.*

*Entre los resultados más relevantes se encuentra que existen mitos sobre la Vasectomía en todos los usuarios independientemente del nivel de educación, pero después de la intervención se confirmó que eran solamente eso, mitos, mejorando la satisfacción en la vida sexual al enfocarse en el disfrute del acto sin riesgo de embarazo, a lo que expresaron no tener cambios significativos más que notar cambios en cantidad y viscosidad del semen, siendo muy importante la labor de consejería antes y después del procedimiento, con el fin de darle seguridad para el éxito de la vida sexual de la pareja sin consecuencias de embarazos no deseados.*

## II. JUSTIFICACION

*La anticoncepción quirúrgica voluntaria se ofrece como parte de los servicios de salud y de planificación familiar debido a que, para muchos hombres y mujeres, es una opción apropiada frente a la continua exposición al riesgo de embarazos.*

*Los métodos anticonceptivos tradicionales que requieren la cooperación masculina tienen muy baja demanda en muchos países del mundo, sin embargo al parecer esa actitud está cambiando, estudios recientes revelan que muchos hombres están interesados en la salud reproductiva y un buen porcentaje de ellos están a prueba de la planificación familiar con métodos modernos.*

*La vasectomía se ha convertido en una alternativa más para la planificación familiar. Sin embargo a pesar que se inició en Honduras desde el año 2005 ha sido muy poca la demanda, por lo que es importante conocer la percepción de los usuarios y su pareja que sirva como base para un proyecto de promoción con los componentes de información, educación y comunicación basadas en aspectos, sociales, culturales y demográficos de los usuarios, así como de la satisfacción en la vida sexual y, aunque los mitos pueden estar presentes en cualquier dimensión de la vida, suelen concentrarse más en el campo de la sexualidad y la reproducción, lo cual es originado principalmente por la ausencia de educación sexual. La investigación sobre la percepción del hombre y su pareja en la vida sexual es transcendental para llegar a la conciencia de la población con el fin de desvanecer los mitos y creencias sobre la vasectomía.*

*Esta información permitirá el abordaje de manera integral con la finalidad de aumentar la demanda del método, por lo que el estudio pretende investigar ¿Cuál es la percepción en la vida sexual del hombre y su pareja que se realiza la vasectomía sin bisturí en el Centro de Capacitación de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria del Establecimiento de Salud Dr. Alonso Suazo de Tegucigalpa, en el periodo enero a septiembre del 2015?*

### III. ANTECEDENTES

*La planificación de la familia ha sido una preocupación durante décadas por lo que se han realizado muchos esfuerzos orientados a la búsqueda de métodos que le permitan a la mujer y al hombre de forma responsable e informada decidir la conformación del número de su familia.*

*La planificación familiar ha sido un tema que ha generado amplios espacios de discusión, es así que a través del tiempo se han realizado convenciones y conferencias en los campos de derechos humanos y de la mujer, en las que se ha ratificado el derecho a la Planificación Familiar, a la salud, al bienestar relacionado con la reproducción y se han planteado metas que garanticen el acceso a los servicios de planificación a todo hombre o mujer que los solicite.*

*Antes de la década de los 90, los hombres no habían sido considerados como grupo meta prioritario en los programas y proyecto de salud. Sin embargo, en 1994 durante la conferencia Internacional de Población y desarrollo (CIPD) que se llevó a cabo en el Cairo, se reconoce la importancia de incorporar al hombre en todos los procesos de salud como sujeto clave para lograr el bienestar integral en las familias.*

*En Latinoamérica, en los últimos años y décadas, han impulsado políticas, programas y normas de atención en salud orientada a la población masculina, con un enfoque de equidad de género.*

*Honduras como país suscriptor de estos compromisos internacionales formaliza el apoyo al grupo poblacional de 20 a 59 años a través de la Secretaria de Salud en el 2006 mediante Acuerdo No. 5684 publicado en el Diario Oficial La Gaceta, dando vida al Programa de Atención Integral al Hombre (PAIH), cuyo objetivo principal es facilitar y promover la inserción de la población masculina en*

*procesos de salud, como ser los servicios de Vasectomía Sin Bisturí (VSB) en los ciudades más importantes del país.*

*En el año 2003 se inicia la capacitación a médicos y enfermeras apoyado por la ONG Engender Health, pionera en "la vasectomía sin bisturí", técnica que es menos invasiva que la vasectomía tradicional, más cómoda para los usuarios y con menos complicaciones.*

*La apertura del Centro de Capacitación de la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV), ubicada en el Centro de Salud Dr. Alonso Suazo en Tegucigalpa, se basa en la creación y el lanzamiento de una nueva campaña en el 2005 de marketing social denominado "Una Sonrisa Permanente, Engender Health (con sus socios en el proyecto ACQUIRE y con el Ministerio de Salud de Honduras) para normalizar la vasectomía, educar acerca de sus beneficios y desvanecer los conceptos erróneos acerca de su efecto sobre la virilidad.*

*Se desarrolló un programa de capacitaciones en otras ciudades importantes como San Pedro Sula en el Hospital Leonardo Martínez y en la Ceiba, Atlántida en el Hospital Regional de Atlántida. Es hasta el año 2005 que los Gineco - obstetras capacitados dan inicio a las primeras vasectomías sin bisturí en la clínica de AQV del Centro de Salud Alonso Suazo, realizando en este año 23 VSB, alcanzando 570 VSB a junio del 2015.*

*La vasectomía está ampliamente disponible, es más segura, más simple, menos costoso y tan eficaz como la esterilización femenina.*

*En 10 años de funcionamiento se han aperturado 12 espacios para el Programa Atención Integral al Hombre y 8 Servicios de Vasectomías sin Bisturí con 13 médicos capacitados en las ciudades más importante del país.*

## IV. OBJETIVOS

### 4.1 OBJETIVO GENERAL

*Caracterizar la percepción en la vida sexual del hombre y su pareja que se realiza la vasectomía sin bisturí y factores socios demográficos y culturales, Centro de Capacitación de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria, del Establecimiento de Salud Dr. Alonso Suazo de Tegucigalpa, en el periodo Enero a Septiembre 2015.*

#### 4.1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1. Identificar los factores socios demográficos en los usuarios de la VSB de Enero a Junio año 2015.*
- 2. Determinar el acceso a la unidad de salud y el acceso al procedimiento del usuario que se realiza la Vasectomía Sin Bisturí (VSB).*
- 3. Establecer los factores culturales del usuario que se realiza la vasectomía sin bisturí.*
- 4. Identificar la satisfacción en la vida sexual del usuario que se realiza VSB y su pareja.*

## V. MARCO TEÓRICO

*Los últimos datos sobre población mundial reportan seis mil seiscientos millones de personas (2008), un incremento desde los seis mil millones del (2000) y se espera que alcance los ocho mil millones para el año (2025), el 99% de ese incremento tendrá lugar sobre todo en países en vías de desarrollo y el 4% en países desarrollados (Arzuaga & Col., 2006).*

*Ante esta situación, la utilización de métodos para controlar la reproducción es un factor desde el punto de vista epidemiológico determinante en la disminución de métodos de planificación familiar, que varía de acuerdo con el nivel de desarrollo de los países.*

*Lo anteriormente referido, muestra que la aceptación de métodos anticonceptivos por parte de las parejas tiene un importante componente masculino, y que estos son los que ocasionalmente elegirán el método a emplear y el número de hijos de la familia. Guyan en 1883 realizo simultáneamente algunas cirugías de próstata con vasectomías debido a que se reduce la incidencia de epididimitis post operatoria. (Pantelides & Hernán, 2005.).*

*En “1880 Harry Sharp ejecuto una vasectomía en un enfermo mental y en los diez años posteriores realizo 456 vasectomías en usuarios sanos, con el propósito de esterilización. En 1897 H.G. Lennander realizo una vasectomía simultáneamente a cirugía de próstata. En 1950-1960 en el sur de Asia la vasectomía cobra gran auge. En U.S.A y Europa la vasectomía recibió la mayor atención cuando coincidió una campaña para estimular la responsabilidad masculina en la planificación familiar. En 1970 se establece el primer programa de vasectomía en Colombia.*

*En USA el número de vasectomías se incrementó de 250,000 en 1969 a 750,000. En 1974, el Dr. Li Shungiang del Instituto Chong Quing de*

*investigaciones científicas en la planificación familiar de la República de China, desarrollo la técnica quirúrgica que obviaba el uso del bisturí.*

*En 1987 la ONU calculo que cerca de 60 millones de hombres han elegido la vasectomía como método seguro permanente para planificar la familia. En 1989 el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) introduce a México la técnica de vasectomía sin bisturí en todas las Unidades de Medicina Familiar” (Vega Briones G. , 1997). En 1993 la Dirección General de Salud Reproductiva de la Secretaria de Salud introduce la vasectomía sin bisturí con cobertura nacional en todo Perú. (Li, Goldstein, Zhu, & Huber, 1991)*

*Según Vernon 1996, datos compilados en seis proyectos de investigación operativa realizados en Brasil, Colombia y México, sugirieron que los clientes potenciales de la vasectomía son un segmento de la población bien definidos. Son hombres relativamente jóvenes, con un buen nivel educativo, cuyas familias son poco numerosas, que ya practican la anticoncepción. Sus cónyuges y otros hombres que ya se han sometido a esta intervención, influyen particularmente en la toma de decisiones de esterilización. La promoción de la vasectomía a través de campañas publicitarias puede resultar particularmente eficaz en los centros urbanos donde hay accesos de servicios de alta calidad.*

*La vasectomía utilizada en América Latina y el Caribe en 1991, solamente el 0,7% de las parejas Latinoamericanas en edad reproductiva estaban protegidas por la vasectomía, y en esta proporción llego al 1% en solamente tres países (Brasil, Guatemala y México).*

*En Honduras desde el año 2005 que se realizó una campaña donde se efectuaron 23 VSB al 2015 con 74 vasectomías la producción ha sido baja, más por las ofertas inapropiadas del método, y solo en zonas urbanas, en relación a las edades el 68% están en las edades de 31 a 40 años de edad y 37% con un nivel de instrucción universitario y un 34% primaria y con un nivel*

*de ingreso económico de 5,500 a 10,000, con un 88% de área urbana, con un 35% de 2hijos y un 25% de 3hijos pero con un 21% de 5 y más hijos, lo que demuestra que está llegando tarde la información.*

*Sin embargo estudios sugieren que la baja prevalencia de este procedimiento se debe más a ofertas inapropiadas de este servicio que la falta de demanda al método. En Colombia aumento el número de vasectomías realizadas por Profamilia (Organización de Servicio de Planificación Familiar) de 92 procedimientos realizados en 1970 a 1,064 en 1973, pero al introducir la esterilización femenina, este procedimiento disminuyo a 480 procedimientos en 1985, y cuando Profamilia ubico clínicas para hombres, en ese año se realizaron 1,241 vasectomías, el número de procedimiento siguió aumentando hasta llegar a una cifra anual de 5,872 en 1992.*

*La situación fue similar en México, de 1980 a 1988 el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) realizo al menos 5,000 vasectomías por año. En 1994 abren 44 centros con 116 médicos capacitados en la técnica y 93 clínicas ambulatorias que ofrecen la intervención, en consecuencia el número de vasectomías realizadas por IMSS aumento de 6,283 en 1989 a 16,882 en 1993.*

*Del 30 al 60% que seleccionaron la vasectomía fue por simple, rápida y cómoda, el 39% enuncio que la vasectomía era más segura que la esterilización femenina. Un 20%, por la preocupación por la salud de las mujeres y el 44%, para colaborar con su cónyuge y 10% compartir la responsabilidad de planificar su familia, otro 39% indica que la técnica sin bisturí les facilito tomar la decisión porque temían a la cirugía. En relación a efectos secundarios de 10- 20% sufrió efectos secundarios, tales como hinchazón y dolor, casi todos los hombres se mostraron satisfecho con el servicio y el médico.*

*En los tres proyectos apuntaron que el 35% al 52% indicaron que sus relaciones sexuales habían mejorado una pequeña proporción después de la intervención, y que la calidad de su actividad sexual había empeorado y un 1-2% se había arrepentido haberse sometido a la vasectomía. En relación a las características de la aceptación de la vasectomía sin bisturí, el 75% habían decidido la vasectomía con otros hombres o se lo recomendó a otros y 82-96% dijeron que lo harían en el futuro.*

*En Estados Unidos los hombres que se han sometido a la vasectomía, son un componente clave de la red de información y difusión de la misma. En los países Latinoamericanos como (Brasil, Colombia, México) sometidos al estudio aumentaron de usuarios en un 25%. **(Vernon & Ojeda, 1989)***

*Como antecedentes del uso de diferentes técnicas quirúrgicas para la realización de la vasectomía en el Centro de Cirugía Ambulatoria y Estadísticas de los Procedimientos Quirúrgicos de D.F., México, durante los primeros 10 años de realización de la vasectomía, se usó la técnica de tradicional, en la cual se realizaron 1,869 procedimientos.*

*A partir de 1995, se utiliza la técnica de vasectomía sin bisturí del Dr. Li., ésta técnica empezó a usarse en el Centro de Cirugía Ambulatoria después de la capacitación que recibió un cirujano general en Brasil y se extendió a los especialistas de los servicios de Urología y Ginecología del Centro de Cirugía Ambulatoria; el servicio de Urología quedó como responsable de la realización de la vasectomía.*

*A partir de la introducción de la nueva técnica, se han realizado 2,237 procedimientos; Por tanto, al considerar ambas técnicas quirúrgicas, en total se han realizado 4,106 vasectomías en 25 años de servicio.*

*El total anual desde 1985 hasta julio de 2010 puede observarse en el cuadro 1:*

**5.1 Cuadro 1. Vasectomías realizadas por año de julio de 1985 a julio de 2010 Centro de Cirugía Ambulatoria y Estadísticas de los Procedimientos Quirúrgicos de México, México.**

<i>Año</i>	<i>Vasectomía Tradicional</i>	<i>A Año</i>	<i>Vasectomía sin bisturí</i>
1986	127	1996	211
1987	179	1997	165
1988	221	1998	112
1989	275	1999	101
1990	196	2000	110
1991	101	2001	201
1992	150	2002	99
1993	195	2003	122
1994	202	2004	105
		2005	154
		2006	137
		2007	158
		2008	110
		2009	124
		2010	63
<i>Sub total</i>	1864		2,237
<i>Total</i>	4,106		

Fuente: Revista de especialidades Médico-Quirúrgica, Centro de Cirugía Ambulatoria del ISSSTE. Vol. 16, Num. 1, enero- marzo 2011. Pag.35

Actualmente en el Centro de Cirugía Ambulatoria, se usa la técnica de vasectomía sin bisturí, con punción en el tercio medio superior del rafe escrotal para acceder a ambos conductos deferentes, realizando la oclusión con doble ligadura y la incisión de 1 a 1.5cm de cada conducto deferente, utilizando para la ligadura del conducto deferente el material absorbible (ácido poliglicólico tres ceros) de acuerdo al criterio urológico, con la finalidad de reducir la incidencia de granuloma post vasectomía. Es importante que para la realización de la técnica de vasectomía sin bisturí se capacite y adiestre el personal.

En los años 2005 a 2010 en el estudio realizado en el centro de cirugía ambulatoria de México con una muestra de 746 casos usando como técnica

de recolección de datos la revisión de expedientes de los años anteriores se obtuvieron los siguientes resultados:

Datos socio demográficos de la población que se sometió a vasectomía sin bisturí.

En términos generales, la edad mínima de los sujetos de la muestra fue de 20 años y la edad máxima fue de 59. El grupo de edad más frecuente fue el de 36 a 40 años ( $n = 230$ ), seguido por el de 31 a 35 años ( $n = 204$ ) y el de 26 a 30 años ( $n = 115$ ). La edad de los pacientes es un dato importante para conocer en dónde se concentra y se refleja la mayor preocupación por parte de los hombres por controlar su vida sexual reproductiva, que en el presente estudio se distribuyó entre 26 y 45 años de edad en términos generales (Cuadro 2). La edad promedio de los hombres fue de 36.6 años, con desviación estándar de 5.59 años. De los 746 pacientes vasectomizados, 84.4% eran derecho habientes del ISSSTE, con un total de 645 pacientes.

## 5.2 Cuadro 2: Distribución de vasectomías por años y grupo de edad Centro de Cirugía Ambulatoria y Estadísticas de los Procedimientos Quirúrgicos de México, México

<b>Años/Edad</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>Total</b>
20-25	4	3	1	2	7	3	20
26-30	22	19	23	18	23	10	115
31-35	48	38	42	29	37	10	204
36-40	42	38	52	36	38	24	230
41-45	26	27	21	12	12	7	109
46-50	7	8	15	6	6	8	53
51-55	4	3	2	0	1	0	10
56-60	1	1	2	0	0	1	5
<b>Total</b>	<b>154</b>	<b>137</b>	<b>158</b>	<b>124</b>	<b>124</b>	<b>63</b>	<b>746</b>

Fuente: Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas Volumen 16, Núm. 1, enero-marzo, 2011.pag.36

### Otros datos socio demográficos

*“Las variables estudiadas: 1) Estado civil, 2) número de hijos, 3) edad de la esposa o pareja, 4) tiempo de vivir con su pareja, 5) edad de inicio de vida sexual de los varones, 6) método anticonceptivo que usaban al momento de solicitar la vasectomía. Reportando 297pacientes –retomados de los años 2008, 2009 y 2010– registrados en las notas de campo.*

*Estado civil: El 85% de los usuarios estaban casados, de los cuales: en 2008, 83% casados, 9% vivía en unión libre y el 8% en otros que corresponde a (divorciados, separados y solteros). En 2009, 78% de los usuarios estaban casados, 7% vivía en unión libre y el 15% restante en otros. Durante 2010 el 94% de los sujetos estaban casados y el 6% vivía en unión libre.*

*En cuanto al número de hijos: El (47%) tenía dos hijos, 24% tres hijos, 21%, cuatro hijos (este porcentaje incluye un hombre que tenía cinco hijos) y 8% tenía sólo un hijo. Indicando que ha habido cambios respecto a las décadas pasadas en las que las familias eran muy numerosas.*

*En la edad de la esposa o pareja. La edad de la esposa o pareja varió de 20 a 50 años. La edad menor de las mujeres coincide con la de los varones, de la edad mayor. Un dato importante comentado por algunos pacientes respecto a la diferencia de edad que existía con su pareja se refiere al hecho de que la mujer era su segunda o tercer pareja, y hubo algunos casos en los que el hombre tenía entre 10 y 20 años más que su pareja, pero para los hombres era importante vivir su sexualidad de manera no reproductiva con su actual pareja.*

*Tiempo de vivir con la pareja: El tiempo de vivir en pareja varió de seis meses a 25 años, con un promedio de 7.5 años de convivencia marital. Este dato se relaciona con la diferencia de edad entre el hombre y la mujer en la pareja, ya que había algunos hombres que estaban en segundas o terceras nupcias.*

*Edad de inicio de la vida sexual de los varones: Ésta varió de 11 a 28 años. La edad promedio fue de 17.3 años". (Córdova Basulto, Sapién, Valdepeña Estrada, Patiño Osnaya, & Castellanos Hernández, 2011)*

### 5.3 Vida sexual en las parejas

*“Según estadísticas recientes, las parejas tienen una frecuencia sexual promedio de 100 coitos al año, lo que representa un promedio de dos encuentros por semana. Aunque las cifras promedio varían en relación al país, el estilo de vida, las costumbres alimenticias y laborales y también el estado de ánimo”.*

*“Las consultas médicas prueban, además, que las necesidades son diferentes para ambos géneros, respondiendo a cuestiones biológicas y socioculturales. Así como existe una especie de tendencia al reclamo de los representantes del género masculino en relación a la frecuencia de las relaciones, las mujeres suelen exigir más demostraciones de afecto y más tiempo dedicado a los “juegos previos”.*

*La vida sexual es clave en la vida de relación, pero cada pareja debe determinar o acordar la frecuencia con la que ambos se sienten conformes. El primer consejo, apuntan los sexólogos, es no guiarse por parámetros ideales o externos del tipo "lo que se debe"- sino dejarse llevar por lo que "se desea" y lo que "se puede".*

*También es imprescindible entender que en cualquier relación duradera existirán modificaciones a través del tiempo, vinculadas a las necesidades de cada uno de sus miembros, alteraciones que pueden aumentar o disminuir el deseo en un determinado momento.*

*Las causas más frecuentes de la pérdida de deseo pueden ser psicológicas o físicas. Entre las alteraciones de la salud, se incluyen la depresión, el hipotiroidismo, la diabetes, la obesidad y los trastornos hormonales.*

*Entre las que no son orgánicas, disminuyen la libido los conflictos psicológicos emocionales, actuales o históricos, las situaciones traumáticas o dolorosas abortos, muerte de algún familiar, pérdida de un empleo, abuso sexual en la infancia, accidentes, problemas con los hijos, temor al embarazo, entre otros.*

*La falta de deseo sexual afecta, en la actualidad, al 43% de las mujeres y al 31% de los hombres, sobre todo a partir de los 50 años. Se expresa en desinterés por el contacto físico, desgano en relación a la pareja, ausencia de respuesta a la relación sexual y ausencia de fantasías sexuales. En todos los casos, es fundamental la comunicación de la pareja, y la comprensión de una realidad universal: la sexualidad no es una dimensión estática, sino que se ve afectada con frecuencia en función de variables diversas.*

*En muchos casos, es simplemente "el paso del tiempo" el motivo por el cual decae la intensidad. Así como durante los primeros meses, las parejas están casi siempre dispuestas para hacer el amor, las encuestas indican que con el tiempo la pasión se serena y el deseo se aplaca; es en este punto cuando pueden surgir conflictos, al necesitar uno de ellos mayor frecuencia de relaciones sexuales que el otro.*

*Con los años, también las hormonas sexuales, los estrógenos y la testosterona, disminuyen. Sin embargo el panorama no tiene porqué ser negativo, las parejas mayores argumentan que, a menudo, cuando la regularidad se reduce, la calidad del encuentro es lo que se potencia".*

**(Sapetti, 2014)**

*"El deseo sexual ha sido definido como un impulso producido por la activación de un sistema neural específico en el cerebro, lo cual produce sensaciones que incitan al individuo a buscar experiencias sexuales: puede que perciba sensaciones genitales, que se sienta excitado, interesado en experiencias sexuales o simplemente inquieto o receptivo a ellas. Los centros*

*sexuales pueden tener importantes conexiones neurales, químicas o de ambas clases con los centros del placer y del dolor. De ahí, que ante un acto sexual, los centros del placer sean estimulados, lo cual provoca que esta experiencia erótica pueda ser tan satisfactoria. No obstante, ante la presencia de dolor suele inhibirse el deseo sexual (Kaplan, 1982). Aún quedan discusiones pendientes sobre el dolor y su relación con el deseo sexual, por ejemplo, la relación con el dolor puede variar en las prácticas sexuales masoquistas y en rituales de paso (Lewis, 1978).*

*Desde un enfoque sociocultural y psicológico, el deseo sexual puede ser una categoría amplia y compleja. Este puede implicar reacciones corporales y sensaciones, afectos y emociones, discursos y disposiciones con respecto a la realización del contacto erótico concreto o imaginario: visual, genital y coital (en sus distintas modalidades y dinámicas).*

*El deseo sexual tiene variaciones en sus formas de expresión y recepción. Es decir, el deseo sexual cambia dependiendo de quien proviene y hacia quien se dirige. Dicho deseo depende de las construcciones, prácticas y representaciones socioculturales sobre el cuerpo y la sexualidad.*

*El deseo sexual puede ser afectado por intervenciones médico-quirúrgicas, en el caso de la vasectomía, los pacientes temen que su desempeño sexual sea empobrecido a causa de la operación. La vasectomía es la sección quirúrgica de los conductos deferentes cuya finalidad es impedir el paso de los espermatozoides hacia la uretra durante la eyaculación (Tanagho, 2001; Secretaría de Salud y Asistencia, 1998; Córdoba y Sapién 2010).*

*Desde una visión sociocultural, se reconoce que existen creencias que rechazan este método anticonceptivo, una de estas creencias se relaciona con la disminución del deseo sexual: se piensa que con la vasectomía puede disminuirse o incluso perderse (Córdoba y Sapién, 2010). Por ello, es muy importante explicar ampliamente en qué consiste el procedimiento y aclarar*

*las dudas que permiten tomar una decisión informada (Art y Angia, 2009).*  
**(Cordoba Basulta, Arias Garcia, & Sapién Cordoba, 2013)**

#### **5.4 Afecta la operación la vida sexual.**

*La vasectomía no afecta la potencia – la capacidad para tener erección y lograr el clímax en las parejas. Muchas parejas encuentran que sus relaciones mejoran porque no tiene que preocuparse por embarazo no deseado. (The Urology Group)*

*La vasectomía no afecta de ninguna manera a la vida sexual del hombre, se sigue teniendo las mismas erecciones previas a la cirugía y las eyaculaciones con el semen como producto de las secreciones de la próstata y de las vesículas seminales, la única diferencia es que no hay espermatozoides. (Donaire, 2014)*

*Castro Morales concluye en un estudio sobre vasectomía que las actitudes de los varones muestran que muchos de los estereotipos que se reiteran acerca de los hombres no tienen fundamentos, Morales encontró que la no participación de la vasectomía se debe a diversas razones, entre las que resaltan, en orden de importancia: posturas o pensamientos machistas, concepciones de la hombría, la virilidad o potencia sexual, o un desconocimiento de la existencia de las ventajas del método.*

*La participación de los varones en la vasectomía obedece también a inquietudes relacionadas con la salud física y emocional de la pareja y la familia, y que se relaciona, en una buena parte, con la insatisfacción en el uso de métodos anticonceptivos por parte de algunas mujeres. De igual manera, llama la atención sobre el hecho de que la situación económica sea un elemento importante que entra en juego en la toma de decisiones del varón y lo lleva a optar por una intervención definitiva para regular su fecundidad.*

*En un estudio de caso realizado por Vega y Jaramillo en la ciudad fronteriza de Tijuana, Baja California (México): Oscar R. tiene 31 años de edad. Tiene estudios de preparatoria. Nunca ha trabajado en los Estados Unidos. Trabaja como supervisor en una maquiladora. Está casado con Rosa T. Ella tiene 34 años de edad, estudios de secundaria, y nunca ha trabajado en los Estados Unidos. Tienen tres hijos, de 11, 8 y 2 años de edad. Oscar comentó que como él no le tenía mucha confianza a los anticonceptivos, se hizo la vasectomía. “Fue una decisión que tomamos entre mi esposa y yo. Fui a ver al doctor y le pregunté información acerca de esta operación. Ese día que lo visité le pregunté que cuánta gente nos íbamos a hacer la vasectomía. Me dijo que sólo estaba yo, así que me decidí y me hice esta operación”. Oscar R. explicó que su esposa se ponía muy mal cada embarazo, y por eso decidieron que él se operara “para no seguir afectando su salud” y porque tardaba mucho en recuperarse de cada parto. “Además, yo soy un desastre en la cocina, operándome yo sólo me tomaría dos días, en cambio si se operaba ella le hubiera podido llevar hasta seis meses para recuperarse. Todo ese tiempo yo no podría estar al frente de la casa. Déjeme decirle que me siento muy normal. Elimino bien los espermias, hago bastante ejercicio, no fumo ni tomo. No hay ningún problema con esta operación, con la diferencia de que mis espermias ya no van a embarazar a nadie (¡ahora son balas de salva!).” (Vega Briones & Jaramillo Cardona, 2010)*

*Alrededor de la vasectomía, aún persisten una serie de mitos y prejuicios respecto a la pérdida de virilidad sexual en los hombres que se practica este método permanente de planificación familiar.*

*Viveros, Gómez y Otero en un estudio en Bogotá Colombia sobre los usuarios de los servicios de vasectomía según el usuario promedio teme perder por la intervención quirúrgica, su potencia sexual, la capacidad de erección o el deseo sexual, estos temores son imputados a su supuesta ignorancia acerca de la utilización de este método, sin considerar las posibles*

situaciones de vida que pueden explicarlas. **(Viveros, Gómez, & Otero, 1998)**

Según algunos estudios “Métodos anticonceptivos que utilizaban al momento de solicitar la esterilidad voluntaria. El método más utilizado fue el condón, con un porcentaje global de 42%, ningún método anticonceptivo (21%), DIU (13%), métodos hormonales (pastillas, implante, inyección o parche, (12%) métodos naturales (ritmo, lactancia y coito interrumpido, 7%), obstrucción tubárica bilateral (2%), embarazo (2%) y abstinencia (1%).

Otros procedimientos quirúrgicos que se realizaron en el quirófano junto con la vasectomía sin bisturí

De 2005 a 2010, de manera simultánea con la vasectomía sin bisturí, se efectuaron en el quirófano otros procedimientos quirúrgicos (15). Estas intervenciones simultáneas fueron: varicocelelectomía (2), excéresis de quiste de epidídimo (5), excéresis de quiste de inclusión dérmica escrotal (2), hidrocelelectomía (2) y circuncisión (3). Además de frenilectomía (1) que también se realizó en consultorio.

Hallazgos transoperatorios: Las anomalías congénitas de los conductos deferentes incluyen ausencia, ectopia, hipoplasia y duplicidad. Es difícil su identificación previa a la vasectomía, por lo que es probable que en el transoperatorio se obtenga este tipo de hallazgos. En el caso de los hombres que desean la esterilidad voluntaria es muy importante detectar esta anomalía, ya que es una de las causas de 1% de factibilidad de este método anticonceptivo. Durante el año 2008, hubo un caso de agenesia izquierda y otro de un conducto supernumerario, este último se detectó a partir del resultado de 80 millones de espermatozoides después de 10 semanas y 25 eyaculaciones, se procedió a la revasectomización y nuevamente se requirieron 25 eyaculaciones para conseguir la azoospermia. En 2009, un tercer hallazgo fue el de duplicidad bilateral de conductos deferentes.

### *Resultados de espermatobioscopia*

*Por lo general, el resultado de azoospermia se consigue entre las semanas 12 y 24 post vasectomía. En este estudio se usó el criterio de 10 semanas y 25 eyaculaciones, lo cual coincide con otros estudios que sugieren entre 25 y 30 eyaculaciones.*

*Todos los hombres reciben la orden de laboratorio para realizarse este estudio para confirmar la esterilidad; sin embargo, el porcentaje que regresa con los resultados al Centro de Cirugía Ambulatoria es muy bajo, ya que los pacientes también tienen la opción de presentar este resultado en su clínica familiar para integrarlo en su expediente.*

*En 2008 y 2009 regresaron con este resultado sólo 20 y 19% de la población vasectomizada, respectivamente. En todos los casos el resultado fue de azoospermia. El promedio de eyaculaciones post vasectomía con las que se obtuvo la azoospermia fue de 22, lo cual es muy cercano al número de eyaculaciones necesarias reportadas en otros estudios (entre 25 y 30) y coincide con la recomendación que se les hace a los pacientes del número de eyaculaciones.*

*Psico-antropología médica: Su labor consistió en la atención del paciente antes, durante y después del procedimiento quirúrgico. Los resultados generales obtenidos en el periodo transoperatorio fueron: disminución de la percepción de dolor, aumento de confianza en el equipo médico, disminución de ansiedad y temor, lo cual permitió mayor relajación de la bolsa escrotal para realizar el procedimiento quirúrgico y mayor apego y seguimiento de las instrucciones antes del procedimiento (presentarse acompañado de una persona adulta responsable, con tricotomía, en ayuno y con suspensorio deportivo).*

*Durante la operación (seguimiento de instrucciones en las técnicas de relajación y colaboración en los procedimientos de imaginación guiada y pensamiento dirigido), y en el posoperatorio (uso de suspensorio, aplicación de hielo, cuidados en la dieta ingestión de medicamentos, abstención de relaciones sexuales y reanudación de la actividad sexual para completar el número de eyaculaciones requeridas para el estudio de espermatobioscopia, así como asistencia al servicio de Urología para la entrega de resultados post-espermatobioscopia).*

*Otra función de los especialistas en psico-antropología médica consistió en impulsar la investigación sobre la salud sexual masculina y sobre la vasectomía en particular, considerando aspectos psicológicos y socio-culturales relacionados con el ejercicio y práctica de la sexualidad masculina, así como con el proceso de decisión y aceptación de la vasectomía como un método anticonceptivo definitivo, ya que implica, para los hombres y su pareja sexual, no sólo la interrupción de la capacidad reproductiva, sino también un ajuste en las prácticas y significados de la vida sexual masculina.*

*Después de 25 años de atender a pacientes que solicitan la vasectomía como método anticonceptivo para regular su fecundidad, se puede decir que la población masculina ha empezado a ser la misma promotora de este método de control natal, ya que son varios los hombres que consultan a otros hombres sobre sus experiencias durante y después de la vasectomía e, incluso, quienes ya se han sometido a la vasectomía llegan a hacer algunas recomendaciones.*

*Ofrecer gratuitamente la realización de la vasectomía a la población no derechohabiente también ha sido una forma de atender la demanda por parte de los hombres ante el deseo de no tener más hijos y de dejar de usar otros métodos anticonceptivos, principalmente el condón.*

*Es importante seguir insistiendo en realizar la espermatobioscopia para la confirmación de la esterilidad e ir realizando poco a poco algunos cambios en los patrones socioculturales que limitan el hecho de que los hombres acudan a realizarse este estudio. Coincidimos con algunos autores en que se requiere la capacitación en la técnica de la vasectomía sin bisturí y de la oclusión de los conductos deferentes para que el procedimiento se realice adecuadamente en beneficio del paciente.*

*Finalmente, consideramos que la participación multidisciplinaria que otorgue atención integral al paciente que solicita la vasectomía es necesaria para cubrir sus necesidades médicas y psicológicas durante todo el proceso".*  
**(Córdova Basulto, Sapién, Valdepeña Estrada, Patiño Osnaya, & Castellanos Hernández, 2011)**

*"Durante más de seis décadas, Engender Health ha sido un líder en la expansión del acceso a los servicios de vasectomía de alta calidad en 39 países. Mientras que la vasectomía es ampliamente disponible, es más seguro, más simple, menos costoso y tan eficaz como la esterilización femenina, es mucho menos común.*

*Cuando las parejas se dan una serie de opciones, la vasectomía puede llegar a ser el método preferido para aquellos que no quieren tener más hijos, sobre todo en los países en desarrollo, o en áreas donde los recursos limitados y el acceso a los servicios de salud que sea más difícil de usar los métodos anticonceptivos (como la píldora o los inyectables) que requieren visitas regulares de salud.*

*Engender Health fue pionero en "la vasectomía sin bisturí", una técnica que es menos invasiva que la vasectomía tradicional, es más cómodo para los clientes, y tiene menos complicaciones. Es importante destacar que este procedimiento permitió una amplia gama de proveedores, no sólo a los médicos, en diversos establecimientos de salud para ofrecer el método. En*

*muchos países donde las obras Engender Health, la vasectomía sin bisturí es ahora el tipo más común de la vasectomía que ofrece”.*

*Engender Health es una organización que ha formado médicos y enfermeras en Honduras para proporcionar anticoncepción permanente y de largo plazo desde 1980. En el año 2003, el Ministerio de Salud Honduras y Engender Health contrata a un especialista en ginecología para proporcionar el servicio de vasectomía sin bisturí dando entrenamiento de dos semanas sobre la vasectomía sin bisturí en julio de 2004.*

*Pero año 2003, llegó la vasectomía en el sector público, basada en la creación y el lanzamiento de una nueva campaña de marketing social denominado "Una Sonrisa Permanente, Engender Health (con sus socios en el proyecto ACQUIRE y con el Ministerio de Salud de Honduras) puso en marcha la "sonrisa permanente", la campaña en junio de 2005. Se trata de un programa a gran escala de mercadeo social diseñado para normalizar la vasectomía, educar acerca de sus beneficios, los temores de direcciones, y desacreditar los conceptos erróneos acerca de su efecto sobre la virilidad de un hombre.*

*Frente a esto el Gobierno Nacional de Honduras aprobó la ley 1412 del 19 de octubre del 2010 que garantiza a partir de esta fecha y de manera gratuita la práctica de vasectomía sin bisturí como una forma de fomentar la paternidad responsable.*

*Los hombres interesados se dirigen a una de las tres instalaciones, donde se encuentran los profesionales capacitados por Engender Health en la vasectomía sin bisturí. “Trabajo para el Ministerio de Salud y de un pequeño centro de salud en la ciudad capital de Tegucigalpa, el Centro de Salud Dr. Alonso Suazo ubicado en el Barrio Morazán”.*

*"La población masculina se ha descuidado durante muchos años, la mayoría de ellos tienen la idea equivocada de que la planificación familiar o cualquier cosa acerca de la anticoncepción es responsabilidad de las mujeres solamente. Así que el hecho de que los hombres lleguen al centro pidiendo los servicios de vasectomía es un gran logro en Honduras".*  
**(EngenderHealth, 2011)**

*"Vasectomía sin bisturí literalmente significa corte o sección de un vaso o conducto, medicamente es definida como el acto quirúrgico que implica la disección de los conductos deferentes con la finalidad de provocar la esterilidad de forma voluntaria, es un método quirúrgico de esterilidad masculina por lo que su finalidad es provocar la esterilidad en el varón con intención de no tener más hijos. Hoy en día es uno de los métodos de planificación familiar más usados por su sencillez y ausencia de efectos secundarios".*  
**(González, Shelby, & Gilberte, 1992)**

*Los candidatos aunque legalmente cualquier varón mayor de edad pueda realizársela, el candidato estadísticamente ideal sería un varón de unos 35 años y con al menos 7 años de convivencia con su pareja, y por lo menos 2 hijos y que el menor haya cumplido al menos 1 año de edad. En esta técnica quirúrgica no se usa bisturí sino que se realiza mediante una pinza para esta finalidad y provoca la apertura separando y no cortando, sus fibras.*

*El diseño de la pinza facilita la localización y fijación del conducto deferente para realizar la vasectomía con mayor precisión y comodidad. Existe un poquito de sangrado o ninguno, la pequeña abertura cura rápidamente y sin cicatriz, no se necesita poner puntos, el procedimiento se realiza en un tiempo de 10 a 15 minutos, la infertilidad no se da enseguida, ya que siempre se encuentran espermias activos en el semen, después de la operación se eliminarán con 15 a 20 eyaculaciones y se necesitará usar otro método de planificación familiar.*  
**(Barradas, Bernal, García, & Col., 2006)**

*Las relaciones sexuales, se pueden reanudar pronto como se sienta cómodo el paciente; Algunas ventajas de la Vasectomía Sin Bisturí(VSB): La técnica no deja ninguna incisión, no hay suturas, es un procedimiento rápido, la recuperación es más rápida, menos sangrado en comparación con la tradicional, menos infecciones o ninguna, menos molestias e igualmente de efectiva; La posibilidad de embarazo es menor al 1% si se siguen las indicaciones médicas y su única desventaja es que no protege contra las enfermedades de transmisión sexual.*

*El mayor conocimiento refiere ante la actitud del hombre a la planificación familiar, por lo general los niveles de educación, el lugar de residencia, y el nivel socioeconómico, son algunos factores identificados que influyen en la adopción de prácticas anticonceptivas. **(Torres de Galvis, Posador, Calderón, & Campo, 1994-1996)***

*Hombres con mayor escolaridad, mejor nivel ocupacional, residentes en áreas urbanas y de mejor nivel socioeconómico muestran una mejor aceptación.*

*El hombre continua ejerciendo influencia en los métodos de anticoncepción y muchos de ellos apoyan la práctica de la planificación familiar por salud femenina, algunos hombres se ven motivados por evitar embarazos fuera del matrimonio, la modernización influye en la participación masculina, en la toma de decisiones acerca de la fecundidad y la planificación familiar y la negociación de pareja es un producto de esta y relacionada con la insatisfacción de uso de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres, la sexualidad masculina y las pautas culturales dominan la sociedad y la relación de pareja fomenta a la inclusión y una intervención determinante en su fecundidad.*

*El nivel de escolaridad en el hombre y la ubicación geográfica influyen en la decisión, las personas que viven en zonas rurales y que tienen un nivel*

educativo bajo son más renuentes a la cultura de la planificación (**López Soto, 2010**).

Se considera que el principal factor de desinformación de muchos hombres que creen que esta operación sin bisturí afectara su vida sexual, cuando en realidad el único objetivo que tiene es el de controlar la natalidad y en ningún momento se corre el riesgo de sufrir de algún efecto secundario que pudiera afectar su ritmo de vida. Se deben tratar los temores sobre el dolor o el funcionamiento sexual post operatorio y corregir los mitos que tienen los hombres interesados en el tema de la vasectomía sin bisturí. (**Dominguez, 1998.**)

**5.5 Cuadro 3: Tasas de complicación de VSB y técnica tradicional.**  
(Secretaría de Salud, 2007)

<b>Estudios</b>	<b>Sangrado / Hematoma</b>		<b>Infecciones %</b>	
	<i>VSB</i>	<i>Tradicional</i>	<i>VSB</i>	<i>Tradicional</i>
<i>Christensen, et al, 2002</i>	9.5	15.9	7.1	11.4
<i>Nirapathgorn, et al. 1990</i>	0.3	1.7	0.15	1.34
<i>Sokal, et al. 1999</i>	1.8	12.2	0.2	1.5
<i>DiazChavez, et al. 200</i>	0.5	-	0	-

Fuente: Ponencia: Secretaria de Salud de Equidad de Género y Salud Sexual y Reproductiva. Actualización en Vasectomías. México. 09 de Octubre 2007.

### 5.6 Cuadro 4: Ventajas de la Vasectomía sin Bisturí. (Dominguez, 1998.)

<b>Ventajas</b>	<b>Vasectomía Tradicional</b>	<b>Vasectomía sin Bisturí</b>
<i>Técnica quirúrgica</i>	<i>Varias</i>	<i>Dr. Li</i>
<i>Realizada por:</i>	<i>Médicos especialistas</i>	<i>Médicos Generales y familiares</i>
<i>Área Física</i>	<i>Quirófano</i>	<i>Consultorio</i>
<i>Instrumental</i>	<i>Equipo de cirugía</i>	<i>Juego de pinzas del Dr. Li</i>
<i>Campos quirúrgicos</i>	<i>Cinco</i>	<i>Un campo hendido</i>

*Fuente: Domínguez, G. (1998a). "La relación entre los estudios sobre reproducción y los estudios de género", en Lerner, S. (ed.), Varones, sexualidad y reproducción. Diversas perspectivas teórico-metodológicas y hallazgos de investigación, México D.F., El Colegio de México/Sociedad Mexicana de Demografía.*

*Aunque ya está comprobado que la vasectomía sin bisturí tiene complicaciones bajas, los mitos forman parte de nuestra percepción del mundo y tratan de explicar aquellas cosas que no se conocen bien.*

*Por lo general, los mitos son ampliamente compartidos, se suelen asumir como verdades no probadas y ante la falta de información se van extendiendo. Algunos mitos pueden estar basados en información científica, pero en el transcurso de tiempo se tergiversa o pierde ese origen y eso hace mucho más difícil cambiar las formas de pensar que se van generando a partir de la distorsión de la información original. Aunque los mitos pueden estar presentes en cualquier dimensión de la vida, suelen concentrarse más en el campo de la sexualidad y la reproducción, lo cual es originado principalmente por la ausencia de educación sexual lo que repercute en la demanda al programa de anticoncepción quirúrgica voluntaria.*

*En este sentido, los mitos no son prerrogativas solo de las personas que tienen bajo nivel educativo, también están presentes entre personas muy*

*instruidas, y esto limita muchas veces la toma de decisiones acertadas que contribuyen de una manera significativa al cuidado de la salud y del bienestar.*

### 5.7 Cuadro 5: Mitos sobre la vasectomía. (Rufino Torrico, 2011)

Mitos	Realidades
1. Los hombres con vasectomía pierden su hombría.	No hay ninguna evidencia, son temores que se promueven para que los hombres no accedan a este método cuando ya no quieren tener más hijos.
2. El hombre vasectomizado pierde la capacidad de erección.	2. No hay ninguna evidencia, hay otros factores que pueden producir la impotencia.
Con la vasectomía el hombre pierde deseo sexual.	3. No hay ninguna evidencia, son otros los factores que pueden hacer disminuir el deseo sexual.
El hombre con vasectomía se vuelve homosexual.	4. No hay ninguna evidencia, la homosexualidad no es una enfermedad ni consecuencia de ningún tratamiento.

*Fuente: Mitos y métodos anticonceptivos. 1ra ed. E.I.R. Rufino Torrico 559. Lima, Perú, marzo 2011. Pag.19*

*La OMS define la salud sexual como la “integración de los aspectos físicos, emocionales, intelectuales y sociales de los seres humanos en formas que sean enriquecedoras y realcen la personalidad, la comunicación y el amor.” Además, la OMS afirma que son fundamentales para este concepto el derecho a la información sexual y el derecho al placer.*

*Las creencias y mitos en alrededor de la sexualidad y la vasectomía son barreras para la salud sexual de hombres y mujeres en todo el mundo.*

**(Zegarra, 2011)**

*La baja adopción de este método en la población hondureña, siendo parte de la oferta del Estado, se puede explicar por la adopción de algunos mitos,*

*como relacionar la fertilidad con la potencia sexual, aspectos culturales alejados del pensamiento científico. La difusión de la información a la población y una consejería adecuada podrá aumentar la demanda de este método de anticoncepción permanente. (Programa Nacional de Salud Sexual y Procreacion Responsable, 2008)*

### **5.8 Pautas culturales y mitos sobre planificación familiar: impacto y cadena de efectos.**

*Zegarra T. tomado de Family Health International que en base a la teoría estructuralista, la cultura entraña mensajes que pueden ser decodificados tanto en sus contenidos como en sus reglas. El mensaje de la cultura habla de la concepción del grupo social que la crea, habla de sus relaciones internas y externas.*

*La relación entre mito y cultura puede abordarse desde diversas ópticas, pero se puede anticipar que la cultura debe cumplir una tarea desmitificadora. Sin embargo, tanto el mito como la cultura se hallan prisioneros de los intereses, es decir, no pueden remontar vuelo porque se encuentran demasiado ligados a las materialidades del orden social.*

*Todas las actividades de nuestra vida cotidiana están condicionadas culturalmente. La cultura modela nuestras conductas homogenizando comportamientos sociales. La cultura es un constructo social, y por lo tanto también es posible que cambien los hábitos que se constituyen como pautas culturales y socialmente aceptadas.*

*Los mitos que están arraigados en la cultura hondureña pueden ser desvanecidos con políticas estatales de promoción y prevención de salud, usando como base los estudios que permitan conocer las percepciones de mitos y creencias del hombre y la mujer hondureña sobre la vasectomía.*

*Las creencias culturales se pueden dividir en: útiles, dañinas y ni útiles ni dañinas,*

*Existen mitos carentes de maldad que pueden ser preservados; pero cuando el mito paraliza el pensamiento crítico y el accionar de los individuos en un área de su vida, a modo de prejuicio o afirmación sin fundamento, cuando obstruye el crecimiento cultural, se convierte en elemento desventajoso para la salud.*

*Así, las normas socioculturales y creencias religiosas también influyen en las decisiones de salud reproductiva de la gente. (Zegarra, 2011)*

*Mundialmente, los condones y la vasectomía, se encuentran entre los menos usados, estos son los métodos masculinos más eficaces, pero se necesita mayor participación de los hombres, para que se aumente la demanda.*

*La experiencia adquirida en todo el mundo, indica que es posible mejorar la salud y reducir la fecundidad mediante programas de planificación familiar de alta calidad y centrados en la población. Es importante que esta población pueda elegir el método anticonceptivo, con conocimiento de causa y que sea tratado con respeto.*

*En cuanto a la escolaridad y uso de anticonceptivo, para todos los niveles, es más alto el porcentaje de los que usan algún método, al igual que para toda la población estudiada, donde asciende al 63.3% de los individuos. Casi 80% de los profesionales los emplean, y son los de nivel secundaria los que presentan bajo porcentaje de uso, con el 61.3%. Los resultados de los analfabetos no se tienen en cuenta, dado la ínfima cantidad de ellos que formaron parte en la muestra.*

*En relación a la ocupación, los agricultores y los profesionales son los que representan altos porcentajes con 100.0% y 90.0% respectivamente.*

*En la religión, los testigos de Jehová y los de ninguna religión representan los más altos porcentaje con el 100.0% y el 80.0% respectivamente, es importante mencionar que en la católica disminuye el porcentaje por ser el grupo más numeroso.*

*El 96.9% de la población responde que no influye la religión para el uso de los métodos anticonceptivos, y sólo un 3.1% de los profesionales que les prohíbe su religión el uso de anticonceptivos.*

*Sin embargo, el uso no se ve afectado, ya que a pesar de referir que por su religión no debe usarlo ellos si lo utilizan. Si se analiza además que no aparece la barrera religiosa como una limitante para el empleo de los métodos anticonceptivos, resulta importante mencionar que están influyendo algunos aspectos de tipo cultural, o emanados de las pretensiones del género masculina de la pareja. (Vázquez Jiménez & Suarez Lugo, 2005)*

### **5.9 Como perciben los hombres y las mujeres hondureñas la vasectomía.**

*¿Qué es Percepción?*

*En el proceso de la percepción se pone en juego referente ideológico y cultural que reproducen y explican la realidad y que son aplicadas a las distintas experiencias cotidianas para ordenarlas y transformar la que se aprende desde la infancia y que depende de la construcción colectiva y del plano de significación en que se obtiene la experiencia y de donde ésta llega a cobrar sentido.*

*De acuerdo con los referentes del acopio cultural lo percibido es identificado y seleccionado, sea novedoso o no, adecuándolos a referentes que dan sentido a la vivencia. (Vargas Melgarejo, 1994)*

*Todo conocimiento del medio exterior e interior proviene de la descodificación y de la interpretación de los mensajes sensoriales surgidos de los diferentes*

*receptores sensoriales repartidos a través de todo el cuerpo. Este influjo nervioso que constituye lo que se designa generalmente bajo el nombre de sensaciones dará inicio a las percepciones que consisten en una toma de conciencia de los sucesos exteriores. Este proceso, lleva al conocimiento de su entorno, por parte del sujeto. Es común que individuos diferentes perciban en forma distinta una situación, tanto en términos de lo que perciban en forma especial como en la forma en que organicen e interpreten lo percibido.*

*Las personas reciben estímulos del entorno a través de cinco sentidos: tacto, olfato, gusto, vista y oído. En algún momento específico todos presentan atención en forma selectiva aspectos del medio y pasan por alto de la misma manera otros.*

*De esta manera la población a través de los mitos y creencias van formando su propia imagen de lo que perciben del ambiente, es así como las personas se comportan y toma una postura ante la vasectomía. La percepción es concebida por un doble proceso externo-interno. Depende de estímulos externos y de las características personales (motivaciones, expectativas).*

*El proceso de la información guiado por operaciones mentales de alto nivel que permite construir las percepciones a partir de la experiencia y las expectativas a representación mental del mundo, se consigue a través de la sensación; pero, sin la capacidad para seleccionar, organizar e interpretar nuestras sensaciones, ésta representación no sería completa. Este segundo proceso lo denominamos PERCEPCIÓN.” La percepción es los procesos de organización e interpretación de la información sensorial que permite reconocer el sentido de los objetos y los acontecimientos. (Ferrer Cascales, 2009)*

*Rivas Bueso en su tesis marzo 2014, menciona a Stephen P. Robbins, 1987 “que la percepción es importante en el estudio del comportamiento organizacional porque la conducta del hombre se basa en la percepción de lo*

*que es la realidad. El mundo tal como se percibe es el mundo importante desde el punto de vista conductual". (Rivas Bueso, 2014)*

*Por tal razón la percepción de la vida sexual del hombre vasectomizado y su pareja es muy importante para planificar proyecto de promoción de la salud que permita cambios de comportamiento basado en investigaciones Insitu.*

*ENDESA 2011-2012 los hombres 15-59 años que han tenido relaciones sexuales se les preguntó sobre problemas de erección o de eyaculación precoz.*

#### **5.10 Problemas de erección o de eyaculación precoz**

*En hombres que han tenido relaciones sexuales, un 20 por ciento refirieron haber tenido problemas de erección o eyaculación precoz al momento de la relación sexual.*

##### *Fecundidad reciente*

*La tasa global de fecundidad para el total de la población Hondureña para el período 2009-2012 es de 2.9 hijos por mujer, lo cual representa un descenso importante si se compara con la tasa estimada en la ENDESA 2005-2006, en la cual la tasa global para los tres años anteriores a la encuesta se estimó en 3.3 hijos por mujer (aproximadamente para el período 2003-2006).*

*El descenso de la fecundidad entre las dos encuestas es producto básicamente de la disminución de la fecundidad en áreas rurales (0.6 hijos), dado que en el área urbana permaneció casi constante.*

*Las tasas actuales de fecundidad, las mujeres del área rural tendrían 3.5 hijos al final de su vida reproductiva, un hijo más de los que tendrían las mujeres en el área urbana (2.5).*

*Las tasas de fecundidad por edad, también llamadas tasas específicas de fecundidad son al comienzo de la vida reproductiva y alcanzan su mayor nivel entre las mujeres del grupo de 20-24 años. La fecundidad desciende rápidamente a partir de los 30-34 años.*

*Tanto en el área urbana como en el área rural la fecundidad por edad alcanza su cúspide en el grupo de 20 a 24 años y tiende a concentrarse en el grupo de 20 a 34 años de edad.*

*Entre los hombres, las diferencias departamentales en los niveles del deseo de limitar la reproducción son menores que para las mujeres y varían desde el 31 por ciento en Gracias a Dios y el 35 por ciento en Valle hasta el 61 por ciento en Islas de la Bahía. Para el resto de departamentos los porcentajes fluctúan entre 40 y 53 por ciento. (Instituto Nacional de Estadística, 2011-2012)*

### **5.11 El hombre y la planificación familiar (pf)**

*La Tasa Global de Fecundidad (TGF) para el total de la población hondureña en 2006, es de 3.3 hijos por mujer. Este resultado indica un descenso de un hijo con la ENESF 2001, que fue de 4.4 hijos por mujer para 1998-2001. El descenso de la fecundidad en áreas rurales fue de un hijo y medio y en áreas urbanas fue de un hijo.*

*En relación a los hombres, el 57.1% manifiesta usar (él o su pareja) métodos anticonceptivos. El mayor uso se da en los hombres de las edades entre 30-34 años y el menor en las edades de 45 a 50 años. (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2009)*

*El involucramiento del hombre en la planificación familiar es significativo en la fecundidad ya que en muchos hogares quien toma la decisión en la pareja es el hombre. En un estudio realizado sobre promoción de la vasectomía por Vernon, R. en 1996 refiere que en la búsqueda de la información la mayoría*

*de los hombres consultaron a sus cónyuges 74 – 88% en un segundo lugar la información por una unidad de salud en 40% y por medio de un familiar un 20%. (Centro de Investigación Sobre Fertilidad, 1996)*

*La planificación familiar (PF) es un componente de la salud reproductiva que implica lograr una actuación consciente y responsable de la pareja en el derecho de decidir el número de hijos que desea tener, además de propiciar la salud materno infantil y la paternidad responsable.*

*En el contexto mundial y particular mente en Honduras, la participación de los hombres en los procesos de la salud reproductiva y en la PF es escasa, lo cual se atribuye, una parte a que los servicios de PF durante mucho tiempo fueron considerados como parte de los programas de atención integral a la mujer, centrando su atención en la mujer, y por otro lado a la poca disponibilidad y variedad de métodos anticonceptivos masculinos eficaces, de manera que los hombres han tenido menos oportunidades de recibir orientaciones e información y de modificar su actuación con respecto a la PF.*

*Entre los nuevos paradigmas de la salud reproductiva está el hecho de aumentar la participación de los hombres en el contexto familiar y en la planificación familiar por los beneficios que este representa para el funcionamiento de la pareja, la familia y la sociedad. Así los programas de intervención de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y de la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing, 1994) reconocieron el rol de los hombres en la salud reproductiva y enfatizaron en la necesidad de desarrollar más proyectos de información y servicios destinados a ellos.*

*Los hombres desempeñan un papel importante en el sostén y desarrollo de las necesidades de salud de la pareja. Cuando estos participan en la toma de decisiones en lo concerniente a la PF, es más probable que estas decisiones se lleven a la práctica, que la prevalencia del uso de métodos*

*anticonceptivos sean mayores, y que se seleccionen métodos anticonceptivos masculinos. (Prendes Labrada, Aparicio Arias, Guibert Reyes, & Lescay Megret, 2001)*

### **5.12 Antecedentes del Programa de Vasectomía Sin Bisturí en Honduras**

*En Honduras existen Normas y Procedimientos para la Atención Integral al Hombre (PAIH) donde se contempla la definición, normas y procedimiento de la vasectomía sin bisturí. (Secretaría de Salud, 2014)*

*Se ha implementado el Programa Atención Integral al Hombre en diferentes regiones del país entre las cuales se cuenta con 12 espacios ubicados:*

*Cuatro (4) En la Ciudad de San Pedro Sula: E.S. “Miguel Paz Barahona,” E.S. las Palmas, E.S. Chamelecón y consulta externa del Hospital “Leonardo Martínez”*

*Dos (2) en la Ciudad de la Ceiba: Región metropolitana, E.S. “el Confite*

*Cuatro (4) en la Ciudad de Tegucigalpa: E.S.: Alonso Suazo, San Miguel, el Manchen y la Monterrey*

*Dos (2) en la Ciudad de Choluteca: E.S. San Luis y cede del Hospital del Sur*

*Además se han implementado 8 servicios de vasectomía sin bisturí:*

*Una (1) en la Ciudad de Tegucigalpa: E.S. Alonso Suazo*

*Una (1) en la Ciudad de Choluteca: Hospital del Sur*

*Una (1) en Ciudad de Danlí: Hospital Gabriela Alvarado (aperturados en el 2011 con fondos Acelerada de la Mortalidad Materna Infantil (RAMNI), no se les dio seguimiento porque no contar con disponibilidad financiera aun realizando las gestiones correspondientes).*

*Una (1) en la Ciudad de Juticalpa: Hospital San Francisco (aperturados en el 2011 con fondos de la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna Infantil (RAMNI), no se les dio seguimiento porque no contar con disponibilidad financiera aun realizando las gestiones correspondientes).*

*Una (1) en la Ciudad de la Ceiba: Región Metropolitana (el recurso capacitado fue trasladado al Hospital Atlántida y no se le dio el seguimiento y apoyo requerido por no contar con presupuesto).*

*Una (1) en Ciudad de San Pedro Sula: Hospital Leonardo Martínez*

*Una (1) en la Ciudad de la Esperanza, Intibucá: Hospital Enrique Aguilar Cerrato pendiente culminar el proceso de capacitación de los médicos no se cuenta con la disponibilidad de los fondos del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) del 2014.*

*Una (1) en la Ciudad de Gracias, Lempira: Hospital Juan Manuel Gálvez, pendiente culminar el proceso de capacitación del médico no se cuenta con la disponibilidad de los fondos Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) del 2014. **(Secretaria de Salud, 2012)***

**Ubicación de los Espacios de Atención Integral al Hombre y Servicio de Vasectomía Sin Bisturí a Nivel Nacional**



Fuente: Secretaría de salud Honduras. Protocolo para la Atención de los Procedimientos Quirúrgicos de Planificación Familiar. Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria Masculina por Vasectomía Sin Bisturí. 2014.

La Secretaría de Salud como parte de los servicios de Planificación Familiar, ofrece la anticoncepción quirúrgica voluntaria para hombres y mujeres, denominada Vasectomía sin Bisturí (VSB) y Esterilización femenina respectivamente, como una opción segura, rápida y eficaz dentro de la gama de métodos de planificación familiar disponibles.

Con la implementación del Servicio de Vasectomía sin Bisturí (VSB), la Secretaría de Salud contribuye a que el hombre desarrolle un

*comportamiento sexual y reproductivo saludable que influye positivamente en la salud sexual y reproductiva de su pareja. La VSB es un método seguro, rápido, de alta afectividad y de bajo costo. En Honduras según La Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2011 – 2012 revelo que un 0.3% de la población masculina sexualmente activa son usuarios del método. (Secretaría de Salud, 2014)*

### **5.13 Antecedentes del Programa en el ES. Dr. Alonzo Suazo.**

*Desde la campaña en junio de 2005 en el ES Dr. Alonso Suazo ha tenido una producción a través de una médica con especialidad en ginecología de 570 Vasectomía sin Bisturí ver cuadro 1:*

**Cuadro 6: Distribución de vasectomía sin bisturí ES Dr. Alonzo Suazo, según año:**

<i>Año</i>	<i>VSB</i>	<i>Año</i>	<i>VSB</i>
<i>2005</i>	<i>23</i>	<i>2011</i>	<i>48</i>
<i>2006</i>	<i>39</i>	<i>2012</i>	<i>57</i>
<i>2007</i>	<i>33</i>	<i>2013</i>	<i>68</i>
<i>2008</i>	<i>38</i>	<i>2014</i>	<i>95</i>
<i>2009</i>	<i>43</i>	<i>2015</i>	<i>74</i>
<i>2010</i>	<i>52</i>		
<i>Total</i>			<i>570</i>

*Fuente: Libro de registro del Servicio de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria. E.S. Dr. Alonzo Suazo.*

*Según Vernon R. “la vasectomía es uno de los métodos anticonceptivos menos conocidos y utilizados en América Latina y el caribe. Si bien la vasectomía es un método más simple y generalmente menos costosa que la esterilización femenina”. (Vernon R. , 1996)*

## **Marco Conceptual**

*Variables y categorías socio demográficas:*

*Los factores socio demográficos son los factores relativos a los aspectos y modelos culturales, creencias, actitudes, así como a las características demográficas: volumen de población de una sociedad.*

*Edad: años cumplidos que tiene el usuario al momento de realizar la Vasectomía Sin Bisturí (VSB).*

*Nivel de Instrucción: años de estudio que ha logrado el usuario al realizarse la VSB.*

*Estado civil: situación jurídica determinada por las relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco dentro de la sociedad del usuario al realizarse la VSB, los estados civiles más habitual es la siguiente: soltero, casado, unión libre.*

*Procedencia: es el lugar donde vive el usuario al momento de realizarse la VSB.*

*Ocupación: trabajo que desempeña el usuario al momento de realizarse la VSB.*

*Salud reproductiva: se basa en los derechos y los deberes del hombre y la mujer, tanto individual como social a disponer de la información, educación y medios para realizarse la VSB.*

*Planificación familiar: es el método anticonceptivo que está usando el usuario al momento de realizar la VSB.*

*Métodos anticonceptivos: es el método que utiliza el usuario de VSB para limitar la capacidad reproductiva con la pareja en forma temporal o permanente al momento de recibir la consejería en el servicio de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria. (AQV).*

*Número de hijos: número de hijos que tiene el usuario al momento de realizar la VSB.*

*Económico: Ingreso económico con que cuenta el usuario al momento de realizarse la VSB.*

*Acceso a la Unidad de Salud y al método de planificación familiar:*

*Acceso a la Unidad de Salud: Tiempo medido en horas y minutos que tarda el usuario para trasladarse desde su domicilio a la unidad de salud.*

*Acceso a la VSB: Tiempo medido en días que tarda el servicio en dar la cita al usuario para realizarle la VSB.*

*Referencia: Unidad de salud, institución o persona de quien recibe la información sobre la VSB por primera vez.*

*Tiempo quirúrgico: cantidad de tiempo en minutos que dura la cirugía.*

*Factores culturales del usuario de VSB:*

*Mitos: Que el individuo tiene sobre la VSB fundado por la cultura o religión*

*Creencias: Que el usuario de VSB, supone algún deterioro de la sexualidad del hombre.*

*Religión: Religión que profesa al momento de acceder al método.*

*Impacto Psicológico del usuario de VSB:*

*Actitud: estado de ánimo de la persona que se realiza la VSB tres meses después.*

*Temor: sentimiento o inquietud del usuario a cerca de la VSB.*

*Percepción en la vida sexual de la pareja del usuario VSB.*

*Relación sexual: aumento o disminución en la frecuencia de la relación sexual del usuario de VSB.*

*Calidad de la relación sexual: si el usuario después de realizada la VSB mantienen relaciones sexuales placenteras con su pareja al no tener temor al embarazo.*

## VI. METODOLÓGIA

### **Tipo de estudio:**

*El estudio se desarrolló con un enfoque mixto concurrente (cuantitativo-cualitativo), en el enfoque cuantitativo, por su alcance es descriptivo porque se estudian las características socioculturales y demográficos de los usuarios que decidieron realizarse la vasectomía sin bisturí en el Servicio de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria del Establecimiento de Salud (E.S.) “Dr. Alonso Suazo, es longitudinal por la secuencia del estudio, ya que las variables se estudian en dos momentos, el primero cuando se realiza el procedimiento y el segundo tres (3) meses posterior a la cirugía para conocer el estado de satisfacción sexual desde el enfoque cualitativo.*

*Para desarrollar esta metodología se divide el universo en 2 grupos A y B:*

*En el grupo “A” se estudian las variables sociales, y demográficas, para la investigación cuantitativo, correspondiente a los usuarios que se realizaron la VSB en el periodo enero – junio 2015.*

*La población del grupo “B” se estudiaron la categoría cultural y psicológica para la percepción de vida sexual del hombre vasectomizado, se eligió por conveniencia por ser un estudio cualitativo, tomando como factor incluyente la realización del espermograma, que el usuario tenga pareja y que acepten formar parte de la investigación, para aplicar la entrevista a profundidad al usuario y su pareja, previo consentimiento informado, tres meses después de la VSB.*

**Área de estudio:** *El Servicio de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria del Establecimiento de Salud Dr. Alonso Suazo Tegucigalpa M.D.C.*

**Universo:** *La población estudiada corresponde a 74 usuarios de VSB.*

**Grupo “A”:** *Corresponde 74 usuarios.*

*En el grupo “B”: Del total de la población vasectomizado, 35 se realizaron el espermograma, a cada uno de los usuarios vasectomizado y con resultado de espermograma se les llamo vía teléfono en varias ocasiones, en diferentes horarios y días de la semana, contestaron las llamadas 18 usuarios, a quienes se les explicó las características del estudio aceptando su participación, por lo tanto son estos quienes integran la muestra del grupo “B” para el estudio cualitativo.*

*Posteriormente se programó cita al usuario y a la pareja con la finalidad de aplicar la entrevista a profundidad en un ambiente privado y conocer la satisfacción y comportamiento sexual de la pareja, posterior a la vasectomía.*

**Criterio de inclusión:** *Los hombres que se realizan la VSB durante el período comprendido de enero a junio del 2015.*

*Hombres con pareja estable.*

*Espermograma realizado.*

**Criterios de exclusión:** *Los hombres vasectomizado que no acepta entrar en el estudio.*

*Los que no tienen pareja, quienes no tengan un número telefónico de contacto o aquellos que no se puedan ubicar por otros medios.*

*Usuarios que no se realizaron el espermograma para el estudio cualitativo*

**Técnica de recolección de datos:** *En el grupo “A” se obtuvo la información mediante la revisión de expedientes utilizando un instrumento previamente elaborado con preguntas estructuradas y respuestas múltiples para las variables acceso al procedimiento y tiempo de duración de la cirugía, y entrevista estructurada cerrada, para las variables edad, escolaridad, estado civil, procedencia, número de hijos, ocupación, ingreso económico, años de convivencia con su pareja y método anticonceptivo previo al procedimiento quirúrgico.*

*Para el grupo “B” se programan dos momentos, el primero con el usuario a los tres meses posterior a la cirugía, el segundo con la pareja del usuario, a los dos se le aplicaron la entrevista a profundidad previa autorización, con la finalidad de indagar la percepción de la relación sexual después de la intervención, así como la satisfacción que tiene el usuario.*

**Análisis:** *para el grupo “A” de las variables sociodemográficos de los usuarios se emplea el programa de Microsoft Excel 2010.*

*Para las variables cuantitativas se aplica las medidas de tendencia central y medidas de dispersión. Como ser: frecuencia, promedio, desviación estándar, gráfica.*

*En la investigación cualitativa para la categoría cultural y percepción de la vida sexual del hombre, se realizó de manera narrativa describiendo la vivencia del estado de la satisfacción sexual del usuario y su pareja, los datos se analizaron cuidadosamente con el fin de diferenciar lo falso de lo verdadero codificando las frases y palabras esenciales sacando las convergencias y las divergencias, haciendo la triangulación de los datos recolectados. Diagrama de significancia detallando las ideas abstractas de la realidad de los datos y mapa conceptual. Finalmente las conclusiones y recomendaciones.*

**Ética:** *Se respeta la decisión de los hombres y su pareja en la participación o no en la aplicación de las dos entrevistas (la estructurada y la entrevista a profundidad), se respeta las creencias, se actuó con sensibilidad y diplomacia, se asegura el anonimato del usuario y su pareja y la confiabilidad de los datos.*

*El protocolo no fue sometido al comité de ética existente en la Facultad de Ciencias Médicas por desconocimiento del funcionamiento del mismo, así mismo se tiene entendido que hasta la fecha no se mandan los protocolos de la Maestría de Salud Pública al comité de Ética.*

**Operacionalización de Variables**

<b>Variable</b>	<b>Variable/ su variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Indicador</b>
Demografía del usuario que se practica la vasectomía sin bisturí  Factores sociales	Factores demográfico: Edad biológica:	Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.	años cumplidos que tiene el usuario al momento de realizar la Vasectomía Sin Bisturí (VSB)	Nº de vasectomizado según edad
	Nivel de Instrucción formal:	El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.	Años de estudio que ha logrado el usuario al realizarse la VSB: primaria secundaria universitaria ninguna	Nº de vasectomizado por nivel de instrucción.
	Estado civil:	El estado civil es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Situación jurídica determinada por las relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco dentro de la sociedad del usuario al realizarse la VSB, los estados civiles más habitual es la siguiente: soltero, casado, unión libre.	Nº de vasectomizado por estado civil
	Religión	La religión es una actividad humana que suele abarcar creencias y prácticas sobre cuestiones de tipo existencial, moral y sobrenatural.	Iglesia a la que asiste	Nº de vasectomizado según iglesia a la que asiste
	Ocupación:	Ocupación es un término que proviene del latín occupatio y que está vinculado al verbo ocupar. El concepto se utiliza como sinónimo de trabajo, labor o quehacer.	Trabajo que desempeña el usuario al momento de realizarse la VSB..(albañil, electricista, mecánico, comerciante, ventas, perito mercantil, talabartería, soldador entre otros)	Nº de vasectomizado según ocupación.

<b>Variable</b>	<b>Variable/ su variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Indicador</b>
	<i>Procedencia:</i>	<i>En latín procedencia es el origen de algo o el principio de donde nace o deriva.</i>	<i>Lugar donde vive el usuario al momento de realizarse la VSB.</i>	<i>Nº de vasectomizado según procedencia, rural o urbana.</i>
<i>Factores económicos y su relación con el hombre que se ha practicado la vasectomía sin bisturí.</i>	<i>Económico:</i>	<i>Ingresos, en términos económicos, hacen referencia a todas las entradas económicas que recibe una persona, una familia, una empresa, una organización, un gobierno.</i>	<i>Ingresos con que cuenta el usuario al momento de realizarse la VSB.</i>	<i>Nº de vasectomizado según ingreso económico.</i>
	<i>Salud reproductiva: Edad de inicio de la vida Tiempo de convivir con su pareja. Lugar que lo refirió a la Unidad de Salud para realizarse la VSB</i>	<i>Salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social. Es la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo. y el derecho de tener acceso a la información y los medios necesarios para ejercer una opción voluntaria.</i>	<i>Años de edad que inicio su vida sexual.</i>	<i>Nº de vasectomizado según edad en años de inicio de la vida sexual.</i>
<i>Años de convivir con la pareja.</i>			<i>Nº de vasectomizado según años de convivencia con la pareja.</i>	
<i>Se basa en los derechos y los deberes del hombre y la mujer, tanto individual como social a disponer de la información, educación y medios para realizarse la VSB.</i>			<i>Nº de vasectomizado según lugar de referencia.</i>	
	<i>Métodos anticonceptivos:</i>	<i>Un método anticonceptivo es aquel que impide o reduce significativamente la posibilidad de una fecundación en mujeres fértiles que mantienen relaciones sexuales</i>	<i>Es el método que utiliza el usuario de VSB para limitar la capacidad reproductiva con la pareja en forma temporal o permanente al momento</i>	<i>Nº de vasectomizado según método anticonceptivo que utiliza al momento de</i>

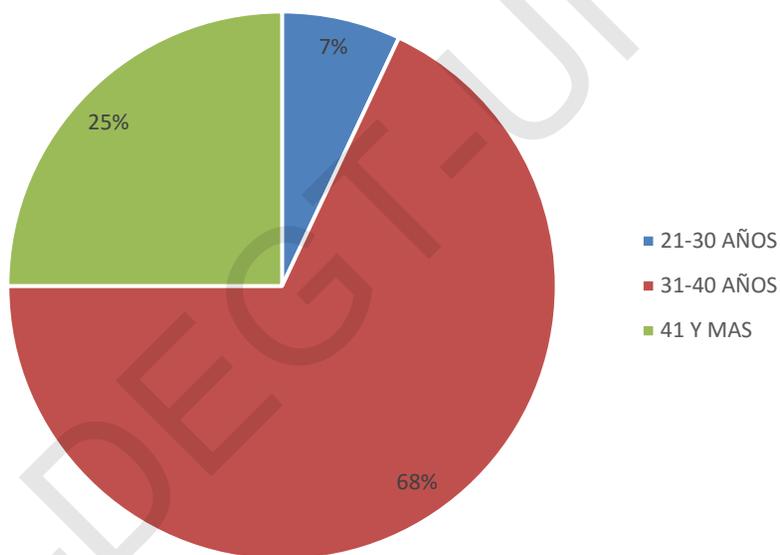
<b>Variable</b>	<b>Variable/ su variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Indicador</b>
		<i>de carácter heterosexual.</i>	<i>de recibir la consejería en el servicio de AQV.</i>	<i>recibir la consejería en el Servicio de AQV.</i>
	<i>Número de hijos:</i>	<i>Como concepto demográfico, se mide por el número medio de hijos que tiene una generación, habitualmente referido a la mujer a lo largo de su vida.</i>	<i>Número de hijos que tiene el usuario al momento de realizar la VSB.</i>	<i>Nº de vasectomizado según número de hijos.</i>
<i>Acceso a la unidad de salud y al método de planificación familiar</i>	<i>Acceso a la Unidad de Salud</i>	<i>Entrada o paso por donde se entra o se llega a un sitio.</i>	<i>Tiempo medido en horas y minutos que tarda el usuario para trasladarse desde su domicilio a la unidad de salud.</i>	<i>Nº de vasectomizado según el tiempo del traslado del domicilio a la unidad de salud.</i>
	<i>Acceso al método de planificación familiar:</i>	<i>Posibilidad de llegar a algo o a alguien</i>	<i>Tiempo medido en días que tarda el servicio en dar la cita al usuario para realizarle la VSB.</i>	<i>Nº de vasectomizado según el tiempo de la cita para VSB</i>
<i>Factores culturales del usuario que se realiza la vasectomía sin bisturí.</i>	<i>Mitos:</i>	<i>Mito es un relato tradicional que se refiere a acontecimientos prodigiosos, protagonizados por seres sobrenaturales o extraordinarios.</i>	<i>Mitos que el usuario tiene sobre la VSB fundado por la cultura o religión</i>	<i>Razones por la que los hombres hondureños no se realizan la VSB.</i>
	<i>Creencias:</i>	<i>Es el estado de la mente en que el individuo tiene como verdadero, el conocimiento o la experiencia que tiene acerca de un suceso o cosa.</i>	<i>Creencias que el usuario de VSB, supone algún deterioro de la sexualidad del hombre.</i>	<i>Creencias por la que los hombres hondureños no se realizan la VSB.</i>
<i>Impacto Psicológico del usuario de VSB.</i>	<i>Actitud:</i>	<i>Manera de comportarse u obrar en una persona ante cierto hecho o situación.</i>	<i>Estado de ánimo de la persona que se realiza la VSB tres meses después.</i>	<i>Sentimiento del usuario de VSB, tres meses después.</i>
	<i>Temor:</i>	<i>Temor es una emoción caracterizada por una intensa sensación, habitualmente desagradable, provocada por la percepción de un peligro.</i>	<i>Sentimiento o inquietud del usuario a cerca de la VSB.</i>	<i>Qué tipo de percepciones tiene el usuario sobre la VSB.</i>

<b>Variable</b>	<b>Variable/ su variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Indicador</b>
<i>Opinión y experiencia en la vida sexual de las mujeres de los hombres que se realizaron la vasectomía sin bisturí</i>	<i>Experiencia en la vida sexual de la pareja del usuario VSB: Relación sexual</i>		<i>Comportamientos que tiene el usuario de VSB con su pareja al dar o recibir <b>placer sexual</b>.</i>	<i>Cuál es la Experiencia sexual de la pareja del usuario después de la VSB.</i>
	<i>Experiencia de la relación sexual del hombre con VSB</i>		<i>Si el usuario después de realizada la VSB mantienen relaciones sexuales placenteras con su pareja al no tener temor al embarazo.</i>	<i>Como es la relación sexual del usuario después de la VSB</i>

## VII. RESULTADOS:

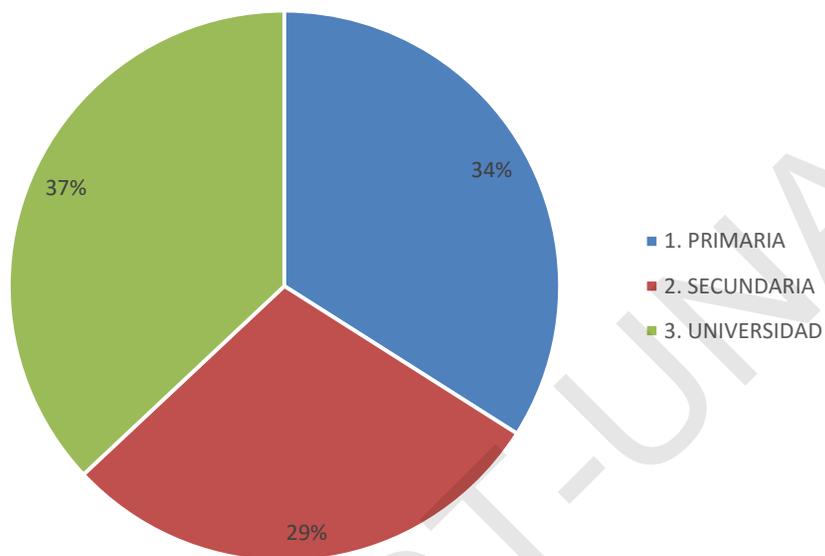
### 7.1 Resultados cuantitativos del Grupo "A" Datos Sociodemográficos

**Grafico 1: Usuarios de Vasectomía sin Bisturí según rango de edad, Enero– Junio E.S. Alonso Suazo, año 2015**



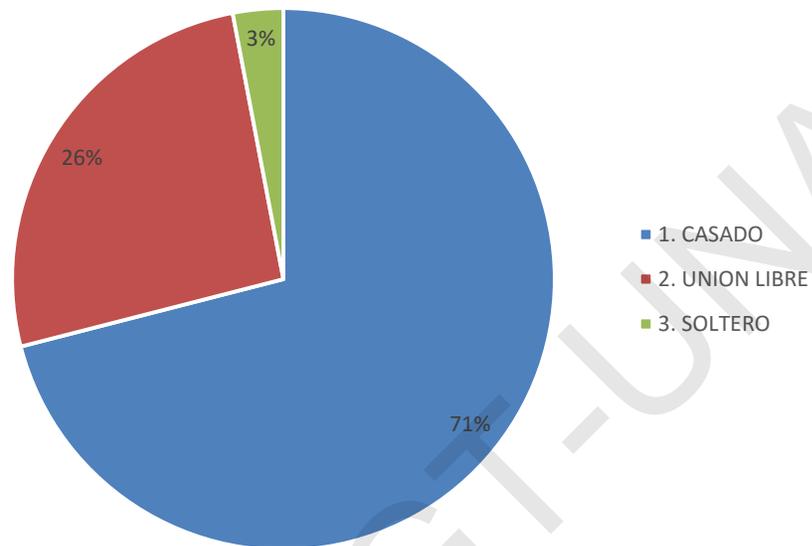
*El 68% de los usuarios de VSB están en el rango de edad de 31 a 40 años, el 25% de 41 y más, y un 7% de 21 – 30 años.*

**Grafico 2: Usuarios de Vasectomía sin Bisturí según nivel de instrucción, Enero – Junio E. S. Alonso Suazo, año 2015.**



*El 37% del usuario de VSB tenía un nivel de instrucción universitario, un 34% primaria y un 29% secundaria.*

**Grafico 3: Usuario de Vasectomía sin Bisturí según estado civil, Enero-Junio E. S. Alonso Suazo, 2015.**



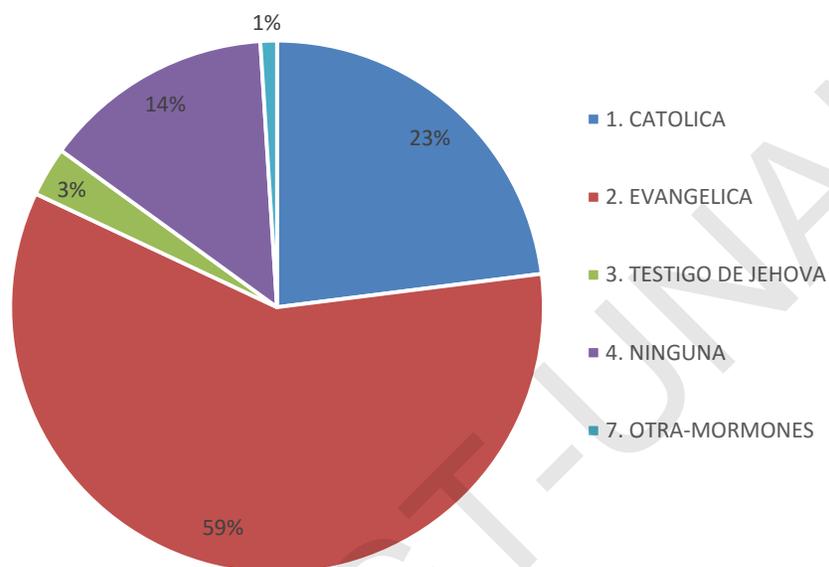
*El 71% de los usuarios de VSB son casados, el 26% unión libre y 3% solteros.*

**Cuadro 1: Usuario de Vasectomía sin Bisturí según ocupación, E. S. Alonso Suazo, Enero – Junio año 2015.**

<i>Técnicos y profesionales de apoyo</i>	25
<i>Trabajadores no cualificados</i>	19
<i>Artisanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras, construcción y minería</i>	11
<i>Trabajadores de restauración y comercio</i>	11
<i>Empleados de tipo administrativo</i>	3
<i>Trabajadores cualificados en la agricultura y pesca</i>	2
<i>Fuerzas armadas y policía nacional</i>	1
<i>Técnicos y profesionales científicos y de apoyo</i>	1
<i>Total general</i>	73

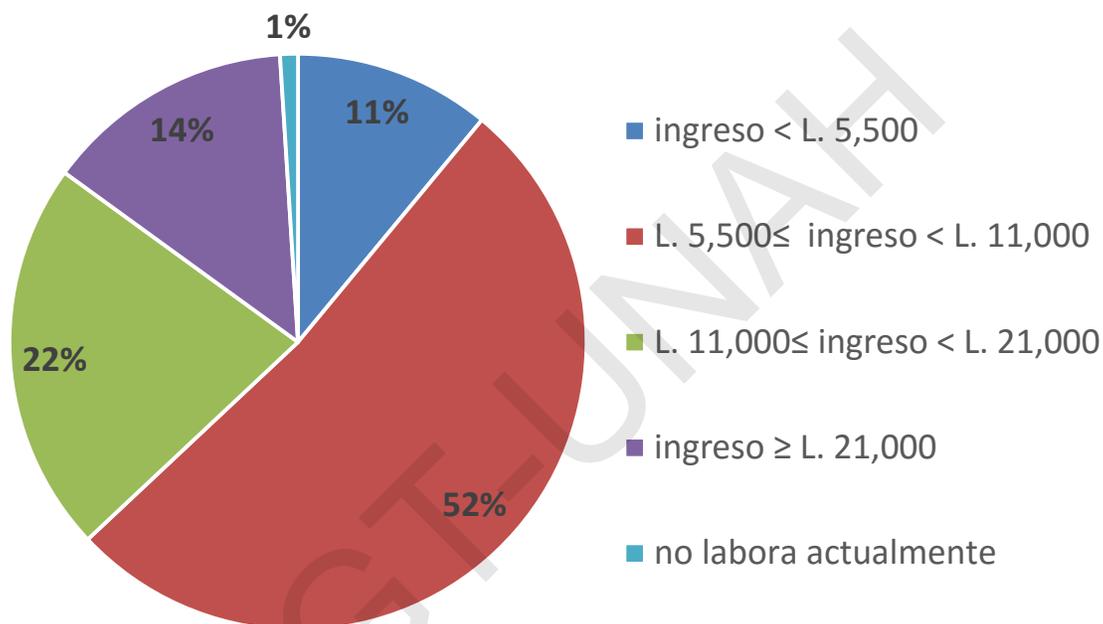
25 están dentro del grupo de técnicos y profesionales de apoyo, 19 dentro del grupo no cualificados, 11 dentro del grupo de artesanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras, construcción y minería, 11 entre los trabajadores de restaurantes y comercio, 3 empleado de tipo administrativo, 2 trabajadores cualificados en la agricultura y pesca y 1 fuerzas armadas y policía nacional y 1 técnico y profesional científico y de apoyo.

**Grafico 4: Usuarios de Vasectomía sin Bisturí según Religión, Enero – Junio E. S. Alonso Suazo, 2015.**



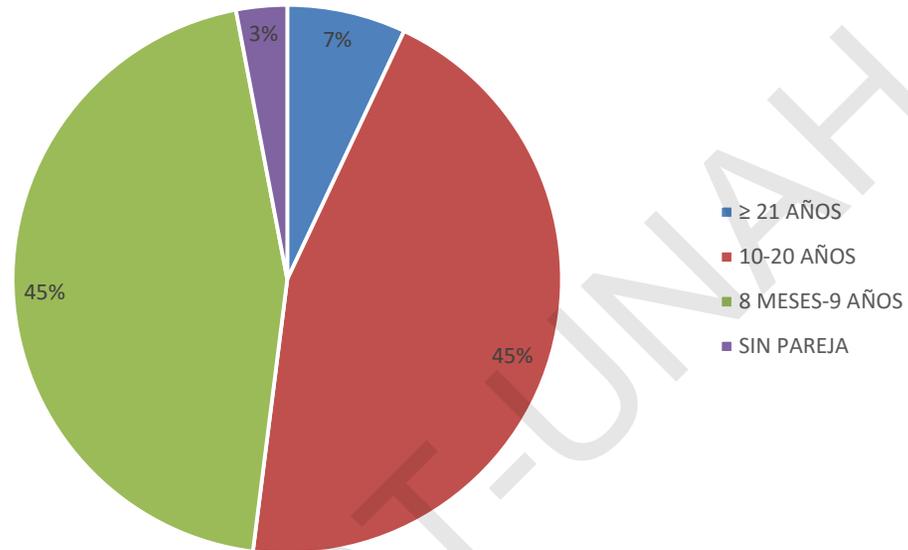
*El 59% del usuario de VSB son de la religión evangélica, 23% católico, 14% no asistían a ninguna iglesia y 3% testigos de jehová y 1% mormones*

**Grafico5: Usuario de Vasectomía sin bisturí según ingreso económico, E. S. Alonso Suazo, Enero – Junio año 2015.**



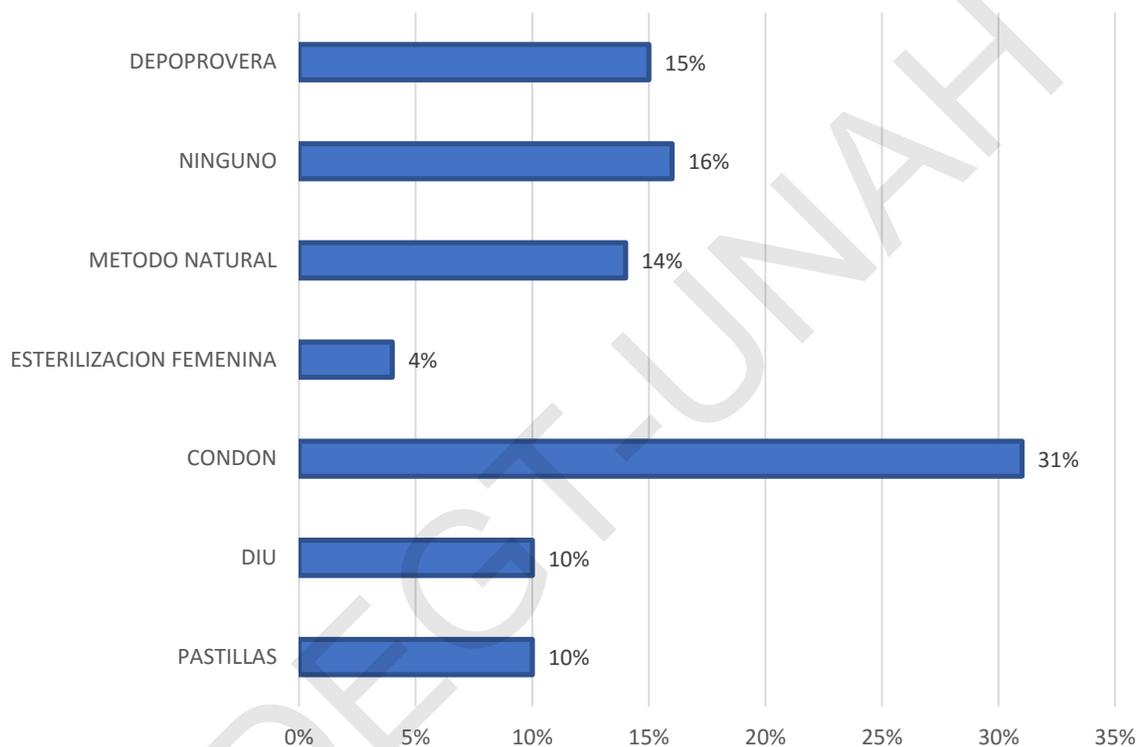
El 52% del usuario de VSB tienen un ingreso de L. 5,500 – 10,000, el 22% de 11,000 – 20,000, un 14% más de 21,000, el 11% menos de 5,500 y 1% no estaba laborando.

**Grafico 6: Usuario de Vasectomía sin Bisturí según tiempo de convivir con la pareja, E. S. Alonso Suazo, Enero – Junio año 2015.**



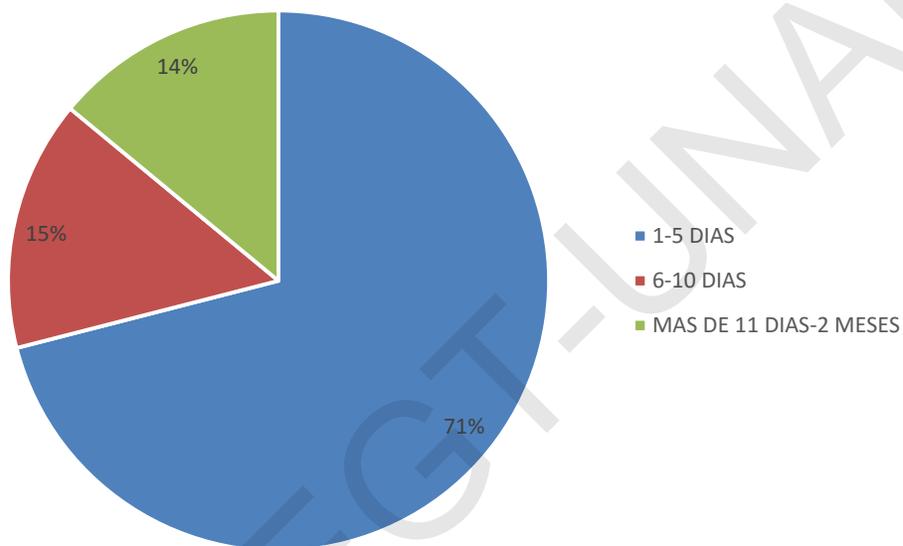
*El 45% tenían de convivir con su pareja de 8 meses – 9 años y 10 años – 20 años respectivamente, un 7% más de 21 años y 3% sin pareja.*

**Grafico 7: Usuario de Vasectomía sin Bisturí según método de planificación familiar al momento de la entrevista, E. S. Alonso Suazo, Enero – Junio año 2015.**



*El 31% utilizaba el condón, el 16% ninguno, un 15% usaba la depoprovera, 14% método natural, 10% DIU y oral respectivamente y un 4% esterilización femenina.*

**Grafico 8: Usuario de Vasectomía sin Bisturí según acceso al procedimiento, E. S. Alonso Suazo, Enero – Junio año 2015.**



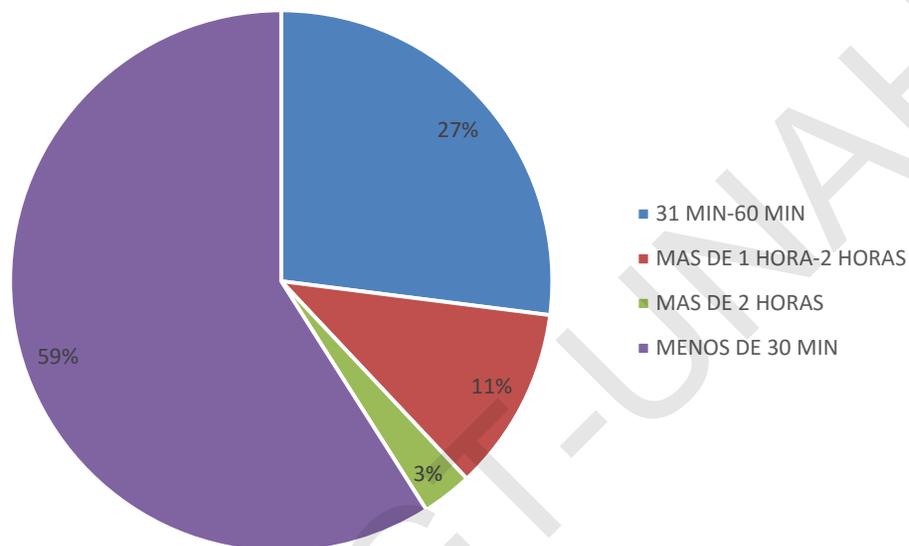
71% le dieron la cita de 1 – 5 días, el 15% de 6 – 10 días y el 14% de más de 11 días.

**Cuadro 2: Usuario de Vasectomía sin Bisturí según Unidad de Referencia, E. S. Alonso Suazo, Enero – Junio año 2015.**

<b>Unidad de Referencia</b>	<b>Cantidad</b>	<b>%</b>
<i>E.S.-Alonso Suazo</i>	<i>27</i>	<i>37</i>
<i>Familia</i>	<i>17</i>	<i>23</i>
<i>Amigo/a</i>	<i>14</i>	<i>19</i>
<i>E.S.-San Ignacio</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>E.S.-el Pedregal</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>Clinica privada</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>ES-Villa Vieja</i>	<i>1</i>	<i>1.4</i>
<i>Programa tv</i>	<i>1</i>	<i>1.4</i>
<i>E.S.-Oscar A Flores</i>	<i>1</i>	<i>1.4</i>
<i>Hosp G. San Felipe</i>	<i>1</i>	<i>1.4</i>
<i>E.S.-San Miguel</i>	<i>1</i>	<i>1.4</i>
<i>E.S.-el Chile</i>	<i>1</i>	<i>1.4</i>
<i>Paciente a paciente</i>	<i>1</i>	<i>1.4</i>
<i>E.S.-el Bosque</i>	<i>1</i>	<i>1.4</i>
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	

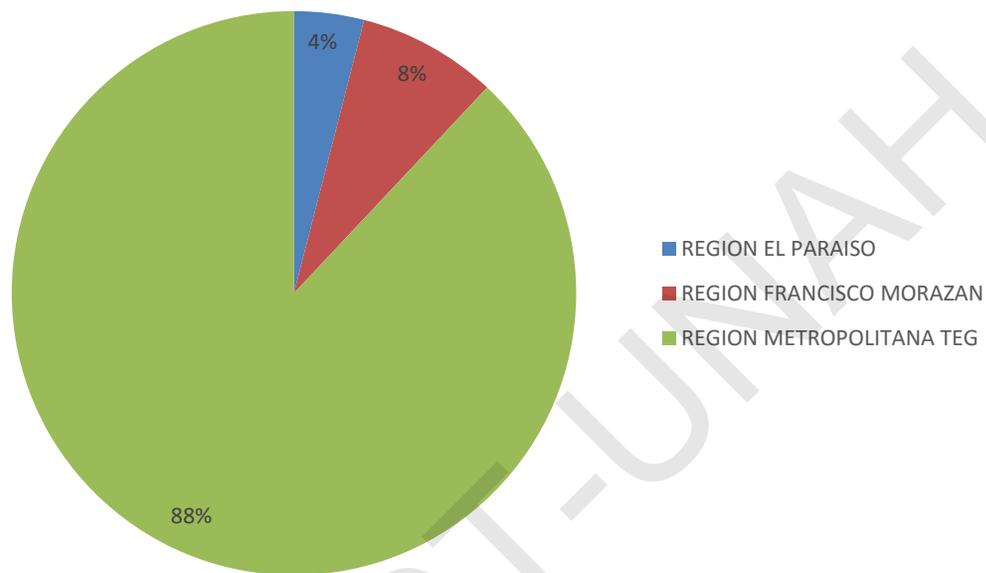
*El 37% de los usuarios de VSB recibieron la información en el E.S. Alonso Suazo, el 23% por un familiar, un 19% por un amigo/a, 4% por el E.S. de San Ignacio, 3% E.S. del Pedregal y clínica privada respectivamente, 1.4% por el E.S. de Villa Vieja, Programa TV, E.S. Oscar A Flores, HG San Felipe, E.S. San Miguel, E.S. EL Chile, E.S. EL Bosque y paciente a paciente respectivamente.*

**Grafico 9: Usuario de Vasectomía sin Bisturí según acceso geográfico, E. S. Alonso Suazo, Enero – Junio año 2015.**



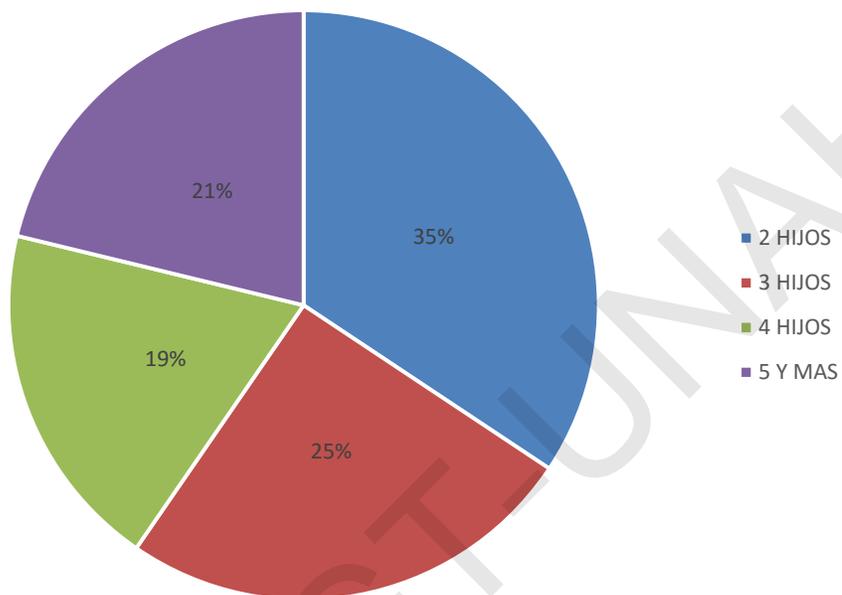
*El 59% de los usuarios de VSB están a una distancia del establecimiento de salud de menos 30 minutos, el 27% de 31 minutos – 60 minutos, el 11% más de 1 hora a 2 horas y un 3% más de 2 horas.*

**Grafico 10: Usuario de Vasectomía sin Bisturí según lugar de domicilio, E. S. Alonso Suazo, Enero – Junio año 2015.**



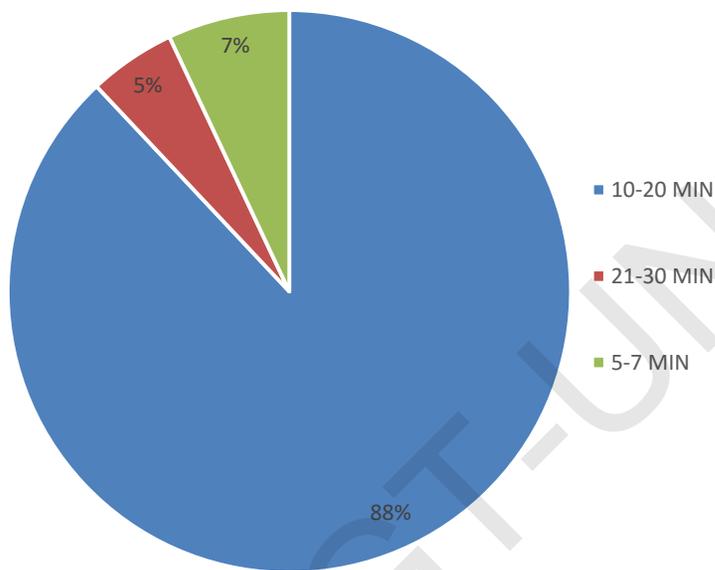
*88% corresponde al área metropolitana, el 8% a la Región de Francisco Morazán y un 4 a la Región de Paraíso.*

**Grafico 11: Usuario de Vasectomía sin Bisturí según número de hijos/as, E. S. Alonso Suazo, Enero – Junio año 2015.**



*35% tenían 2 hijos, el 25% 3hijos, un 21% 5 hijos y más y el 19% 4hijos*

**Grafico 12: Usuario de Vasectomía sin Bisturí según tiempo de duración de la cirugía, E. S. Alonso Suazo, Enero – Junio año 2015.**



La duración del tiempo en la cirugía de VSB fue el 88% de 10 – 20min, 7% de 5 – 7 minutos y un 5% de 21 – 30minutos.

**Cuadro 3: Usuario de Vasectomía sin Bisturí según realización de espermograma, E. S. Alonso Suazo, Enero – Junio año 2015.**

<b>Resultado de espermograma</b>	<b>%</b>
<i>Azoospermia</i>	<i>38%</i>
<i>Recuento espermático menos de 100,000</i>	<i>1.3%</i>
<i>Recuento espermático 200,000 - 500,000</i>	<i>5%</i>
<i>Recuento espermático mas de 1000,000</i>	<i>3%</i>
<i>No se lo realizaron</i>	<i>52%</i>
<i>Motivos de no realizar el espermograma</i>	
<i>Por olvido</i>	<i>4%</i>
<i>No queda tiempo por trabajo</i>	<i>18%</i>
<i>Perdió la cita</i>	<i>4%</i>
<i>Falta de dinero</i>	<i>1.3%</i>
<i>Estar fuera de la ciudad</i>	<i>1.3%</i>
<i>Se ignoraron los motivos</i>	<i>23.2%</i>

*El 38% de los realizados de espermograma fue azoospermico, 5% el recuento espermático fue de 200,000 – 500, 000, 3% de 1000,000 y 1.3% menos de 100,000.*

*23.2% se ignora los motivos de la no realización del espermograma, el 18% no les quedo tiempo por el trabajo, 4% por olvido, perdió la cita respectivamente y 1.3% por falta de dinero.*

## **7.2 Resultados cualitativos del Grupo “B” Datos Culturales e Impacto Psicológico de la vida sexual del usuario con VSB:**

*Los resultados obtenidos sobre la satisfacción y percepción en la vida sexual de la pareja después de la vasectomía (aquí se han transcrito ejemplos representativos acerca de lo que las mujeres expresaron en diferentes categorías).*

### **7.2.1 Opinión de la pareja del hombre que se realizó la vasectomía 3 a 6 meses después**

*En cuanto a la satisfacción las parejas expresaron “El método de vasectomía es el ideal, pero he notado que se tarda más para terminar” sin embargo hay otra opiniones como que la sensación es bien corta” otras expresan que “Él dice que la consistencia del semen es más líquida que antes” también que “La cantidad de semen ha disminuido un poco” o “La consistencia ha disminuido” o expresiones como “La cantidad de líquido es baja, baja la sensación”.*

*Además las parejas refieren “Que ésta cirugía no es tan dolorosa como la esterilización femenina” pero que “Que la relación sexual es más corta, el placer”, otros han expresado “Ningún cambio en la relación sexual, todo igual” “El orgasmo normal no hay cambios” “La relación sexual excelente”, “No ha visto ningún cambio, el color olor igual” y” Lo mejor ya no va tener más niños”.*

*Para las parejas “La vasectomía es un método bueno, es confiable, no ha sentido ninguna diferencia” “No hay diferencia en el semen, ni en la cantidad, lo que ha sentido es en el olor a disminuido” “Ha tenido más confianza, sin estar pensando en que se va embarazar, ya no hay tensión” Ella “ve igual, la cantidad de semen, él dice, que le baja el libido al inicio, ahora lo recomienda, porque sufrió mucho en el embarazo”*

*Otras expresiones como “Es la mejor opción para la mujer, ya no anda con ese cuidado, el semen cambio, es más líquido, del olor no se ha percatado” “En el*

*hombre no ha habido ningún cambio, solo que le quedo una pelotita en un testículo, que algunas veces le causa dolor al tocárselo” así como relatan que “Es la mejor decisión que ha tomado, muy buena no ha visto ningún cambio, olor y cantidad igual, algunas veces él ha sentido dolor en el testículo”*

*Algunas mujeres comparan la vsb con la esterilización femenina opinando que “La mujer sufre más en la operación y no ha visto ningún cambio, solo que en la consistencia del semen aminorado” otras dicen “Excelente opción no hay diferencia, la vasectomía es mejor que la esterilización a la mujer, El no sufre”.*

*En general los comentarios en relación a la satisfacción “No he sentido cambio, muy bien, ya no planifica” es “Excelente método, la mujer ya no se va a maltratar más, no ha visto ningún cambio” otras dicen “Al principio a Él le dolió un poco, pero todo bien, no ha visto ninguna diferencia”.*

*Es importante que ellas refieren que “La vasectomía es un método efectivo”, y que “no ha visto ningún cambio, lo único que el semen lo ve más raro” además que “Es lo mejor porque la mayor parte de los hombres le dejan la responsabilidad de la planificación familiar a la mujer”.*

*Pero ahora “Siente más confianza, ya no hay que estar tomando anticonceptivos, está más tranquila y el orgasmo igual” y que “En cuanto a la relación sexual todo igual, se siente más tranquila, más relajada, más disfrute, fenomenal” y el semen no le ha visto diferencia, un poco leve, menos cantidad”.*

*“Al inicio estaba temeroso, pero ahora está bien satisfecho de la operación”*

### **7.2.2 Razones porque el hombre no se realiza la vasectomía**

*“Los hombre creen que pierden la virilidad o que se van hacer homosexuales”*

*Pero ella lo ha visto “sin ningún cambio, normal, igual, si antes no tenía mucha relación sexual, no quería tener relaciones, pero ya no tiene miedo”*

*“Este método se debe dar a conocer más, los hombres son machistas y no saben cómo funciona la operación, que no afecta su virilidad, pero como hombres ellos piensan que la responsabilidad es de la mujer” ahora ella se “siente más tranquila”*

*“Ningún cambio, más tranquila, satisfacen la necesidad, pero ve menos espeso el semen”*

*“Considero que la relación es mejor, porque se siente segura de no salir embarazada, pero por el machismo el hombre cree que la erección les va a bajar”*

*“Antes pasaba tensa por el riesgo de un embarazo, ahora es más tranquilo, antes por egoísmo se decía que solo la mujer podía operarse y los hombres no”*

*“Al inicio en el 1½ mes hubo un poco de problemas, por el mismo machismo, pero ya lo supero ahora ya está normal,”*

*“Por el mismo machismo, solo la mujer están obligadas a planificar y no debe ser así, la vasectomía una buena práctica, da tranquilidad, debería socializarse más y hacer más conciencia en los hombres”*

*“Se necesita más información para que la gente no piense que la vasectomía le va afectar”*

*“El hombre cree que va a perder su hombría, perder la erección”*

*“Porque ellos creen que solo la mujer tiene que planificar, por miedo, por temor, que sería bueno promoverla más”*

### **7.2.3 Satisfacción del hombre en la relación sexual después de 3 a 6 meses de haberse realizado la VSB.**

*“Al inicio con miedo que no fuera a funcionar, pero ahora todo bien, en la relación sexual todo excelente”*

*“Estoy perfecto, en lo sexual bien todo como antes”*

*“No tengo ninguna dificultad, tenía temor por el trabajo físico, pero todo bien”*

*“Algunas veces me pega dolor en un testículo, no fuerte, de vez en cuando”*

*“Antes que no estaba informado, no era lo que pensábamos, pensábamos que era doloroso, que podía afectar la relación” pero “ahora tenemos la libertad, lo hacemos con tranquilidad, ayuda bastante, es diferente emocionalmente porque antes caminábamos preocupados porque la podíamos embarazar”*

*“Ni mejor ni peor, normal” “sexualmente satisfecho”*

*“Siente mayor rendimiento, ha mejorado, uno lo hace más calmado” “hace 5 años era una ofensa” “más tranquilidad”*

*“excelente opción” “A veces un poquito de dolor en un testículo, de repente” al inicio un poquito de temor, pero ya todo normal, en la relación sexual todo bien”*

*“Estoy satisfecho” “De vez en cuando un dolorcito en un testículo en la erección, se ha sentido una pelotita” “Pero en lo sexual igual no ha sentido diferencia”*

*“Al principio al terminar no sentía placer estaba asustado, pero poco a poco se me fue normalizando”, “pero era el temor eso se me fue desapareciendo”*

#### 7.2.4 Opinión del usuario de VSB sobre creencias y tabúes:

*“El miedo era no tener erección, o que podía hacerse homosexual” y “ahora paso el mensaje” “no he sentido diferencia”*

*“Mi miedo es que era doloroso y yo no sentí nada” “no he sentido ninguna dificultad”*

*“Temor por el esfuerzo físico en el trabajo” “pero todo me salió bien”*

*“Pensaba que podía afectar la relación sexual” “pero no he sentido diferencia, tengo más libertad”*

*“Antes no estaba informado, no era lo que pensaba, pero ahora sé que es un método fácil rápido, y que no es como uno se lo imagina” “pensaba que me iba a bajar el apetito sexual”, “pero todo normal ahora soy feliz”*

*“Creía que iba quedar arruinado, desforzado y que me iba hacer maricon, pero nada que ver, me siento tranquilo, alegre con mis dos hijo, sexualmente satisfecho”*

## VIII. TRIANGULACIÓN DE DATOS DE LOS GRUPOS ENTREVISTADOS

*Los hombres capaces de valorarse a sí mismo y a su entorno para vivir mejor, corresponsables del número de hijos que desean, toman la decisión de realizarse la VSB, además de librarse del temor de las parejas de estar tantos años con la planificación familiar y estar continuamente soportando los efectos secundarios de estos métodos, así como los riesgos que enfrentan sus parejas a un nuevo embarazo, el estar satisfecho con el número de hijos, ha llevado a los hombres a tomar la decisión de realizarse la vasectomía sin bisturí; con algunos temores al inicio, que no va tener erección después de la cirugía, que se van a hacer homosexuales, pero una vez realizada y tres meses después se dan cuenta que lo que habían escuchado de la vasectomía realmente eran solo mitos; he ahí la importancia de brindar información para que le genere confianza y seguridad en el hombre y su pareja en relación al desempeño sexual posterior a la vasectomía.*

*Tres meses después de haberse realizado el procedimiento y reanudar las relaciones sexuales las parejas expresan no sentir ninguna diferencia, otras refirieron el placer más corto, más confianza en la relación, por no estar pensando que van a embarazarse, mas placer, excelente opción y aumento en la frecuencia de las relaciones.*

*Lo anterior confirma como los conocimientos en los seres humanos permiten el cambio de comportamiento para la toma de decisiones, por lo que la promoción de los métodos de planificación familiar y en particular de la vasectomía sin bisturí responde evidentemente a factores educativos, económicos y culturales, es así que la educación masiva e individualizada es muy importante para obtener cambios en la sociedad hondureña. (Cordoba Basulto, Mercado Sanchez, & Sapién lopez, 2010)*

*El siguiente cuadro resume el entorno de los hombres vasectomizado y sus parejas en relación al procedimiento: lo ontológico (ser) epistemológico (conocimiento) y querer hacer (actitud)*

<b>Antes (Ser)</b>	<b>Durante (Conocer)</b>	<b>Después (Hacer)</b>
<i>Temor al procedimiento</i>	<i>La educación sobre el procedimiento.</i>	<i>Toma la decisión y colabora en el procedimiento exitoso.</i>
<i>Temor al cambio de identidad sexual</i>	<i>La educación le da confianza para acceder al procedimiento sin sufrir cambios.</i>	<i>No hay cambios en su identidad sexual</i>
<i>Temor a perder la virilidad</i>	<i>Se desvanecen los mitos sexuales</i>	<i>A los tres meses se entera que las relaciones sexuales son iguales o mejor.</i>
<i>Temor al dolor</i>	<i>Sabe que el dolor es mínimo.</i>	<i>No presenta dolor</i>

*Fuente. Realizado por la autora*

Diagrama 1. Significado de la vida sexual del hombre usuario de vasectomía

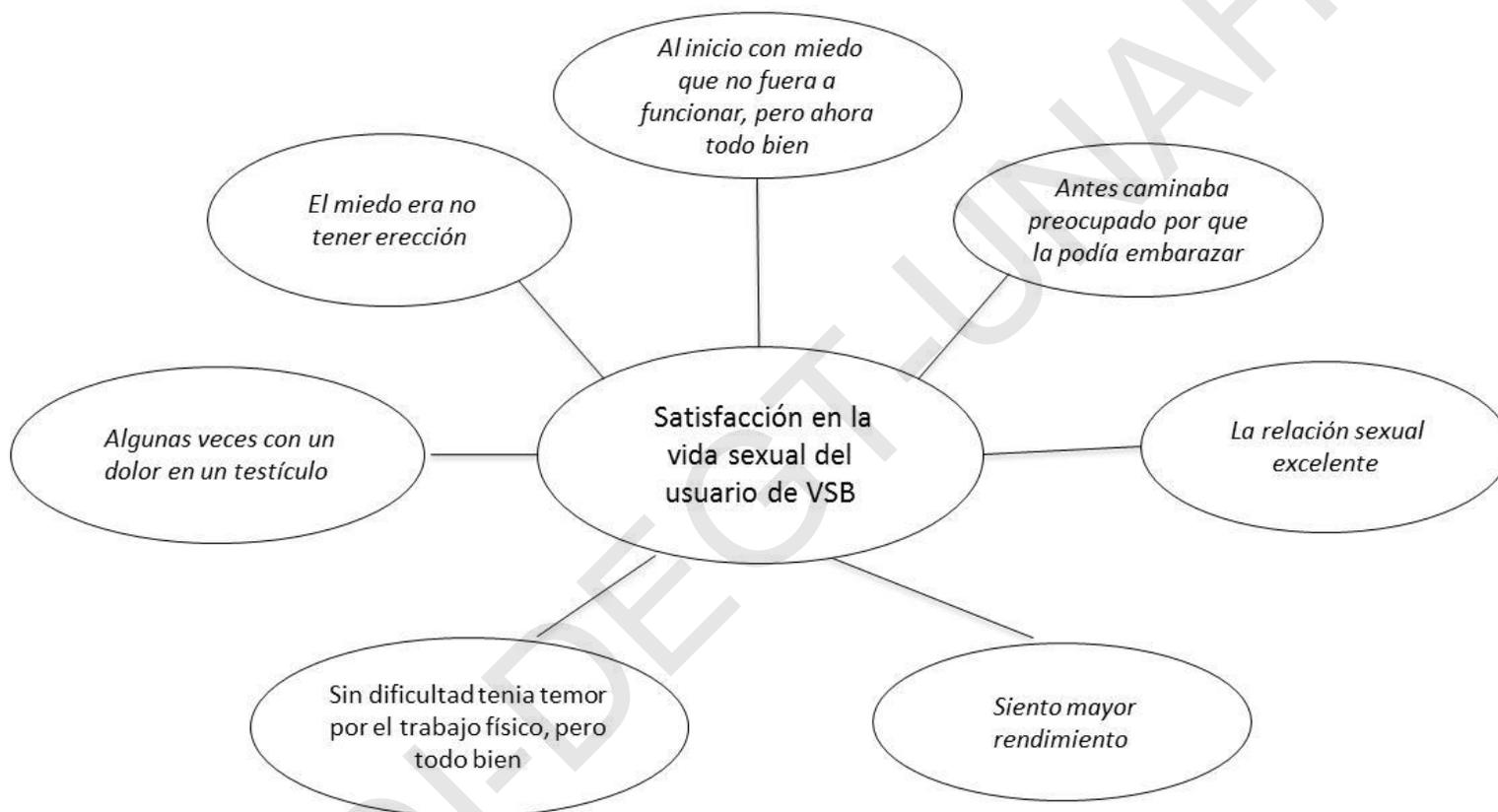


Diagrama 2: Significado de la satisfacción de la pareja que se realizó la vasectomía

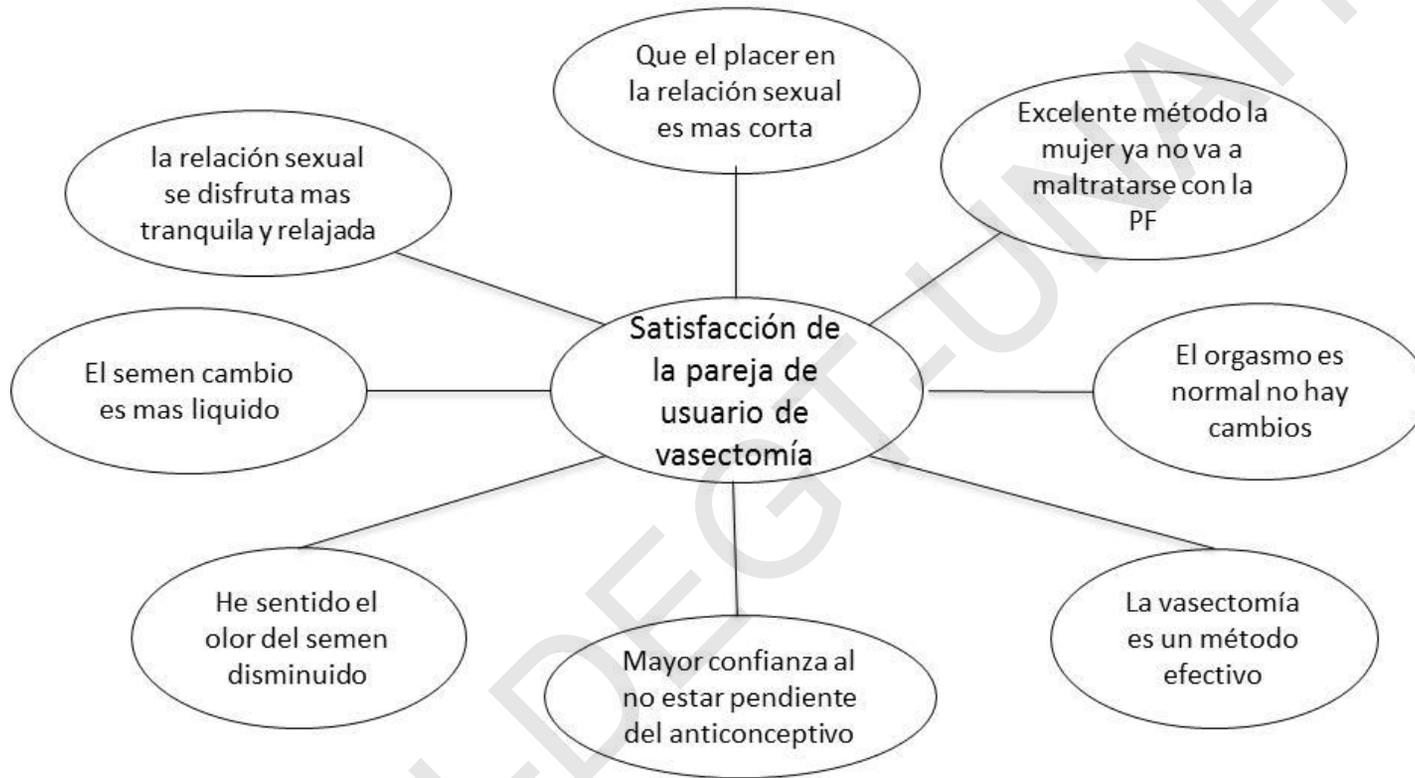
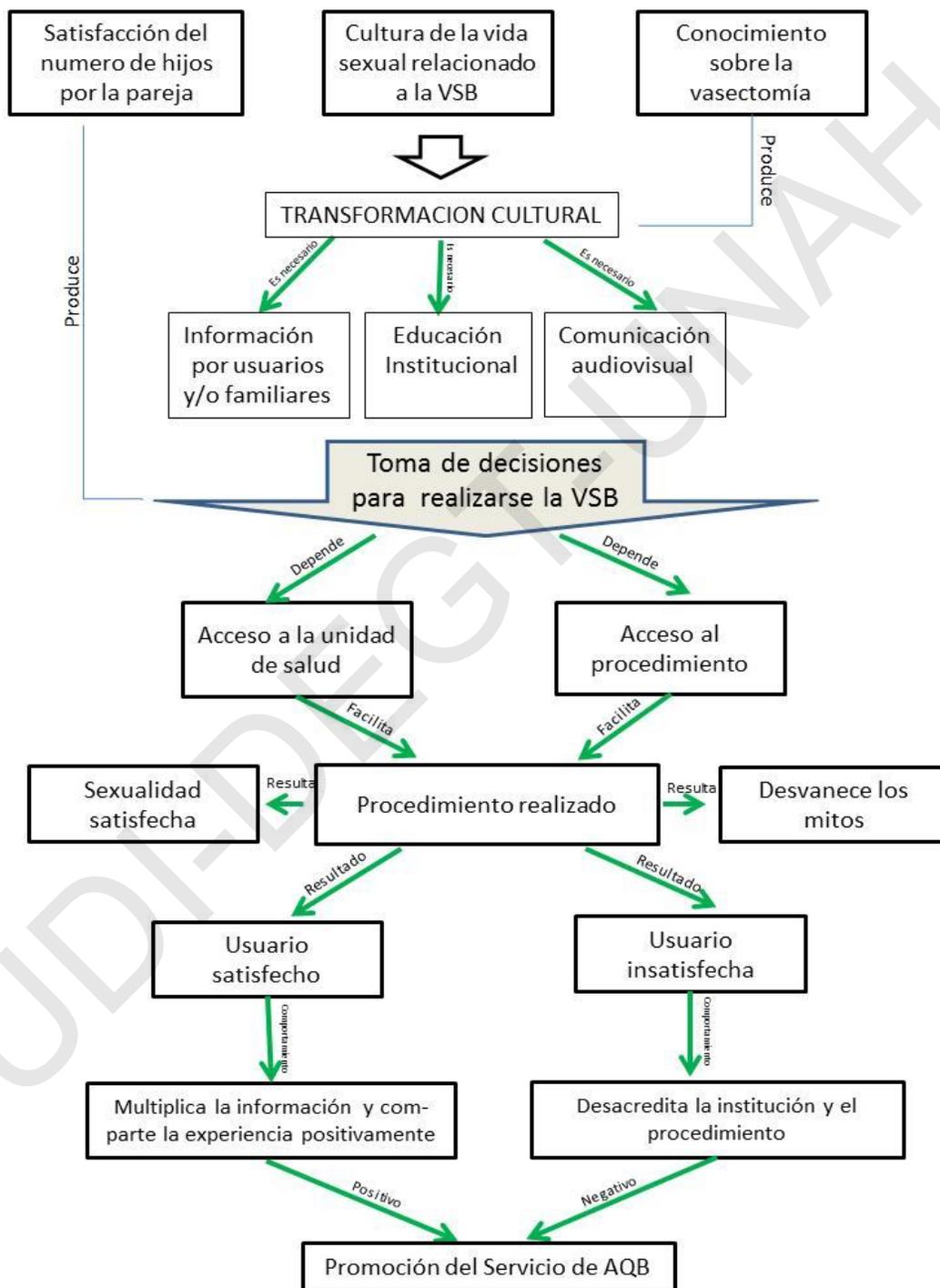


Diagrama 3: Significado de los aspectos culturales en la vida sexual del usuario de vasectomía



**MAPA CONCEPTUAL**

*Percepción en la vida sexual del hombre y su pareja que se realiza la VSB en el Centro de Capacitación de AQV, E.S. Dr. Alonso Suazo, Tegucigalpa, M.D.C., enero-septiembre, 2015*



## IX. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

*La Vasectomía Sin Bisturí en Honduras se está realizando en San Pedro Sula en el Hospital Leonardo Martínez, en La Ciudad de la Ceiba en el Hospital Atlántida y en Tegucigalpa en el Establecimiento de Salud (E.S.) Dr. Alonso Suazo. La vasectomía es un método anticonceptivo permanente, rápido y efectivo como parte de la planificación familiar con el propósito de contribuir a la mortalidad materna en Honduras. Actualmente, este procedimiento en el E.S. Alonso Suazo es realizado por una ginecóloga capacitada; Es importante mencionar que México en 1994 apertura 44 centros con 116 médicos capacitados y 93 clínicas ambulatorias, en relación a Honduras abrieron 12 espacios para el Programa Atención Integral al Hombre y 8 Servicios de Vasectomías sin Bisturí desde 2005 al 2015 con 13 médicos capacitados en las ciudades más importante del país.*

*Durante el periodo de estudio enero – junio 2015 se realizó un total de 74 vasectomías sin bisturí (VSB), la muestra corresponde a 73 usuarios, obteniendo como resultado que el 68% están en el rango de edad de 31 a 40 años, el 25% de 41 y más y el 7% de 21 – 30 años. La edad mínima fue de 25 años y la edad máxima de 66 años. La moda en la edad fue de 32 y 34 años. La edad promedio corresponde a 37 años, con una desviación estándar de 6. Cabe destacar que en este grupo de edades es donde los hombres se interesan por la salud sexual y reproductiva; En relación a Brasil, Colombia y México que sus clientes potenciales son una población de hombres relativamente jóvenes con un buen nivel educativo.*

*En Honduras el grado de instrucción de los usuarios de VSB, 37% tiene un nivel de instrucción universitario, 34% primaria y 29% secundaria. Se puede observar que el porcentaje de instrucción está distribuido en todos los niveles, es importante enfatizar que el nivel educativo no constituye una barrera para el*

*procedimiento. A pesar de ello y de acuerdo con la opinión de las parejas de la población estudiada “Se necesita más información para que la gente no piense que la vasectomía le va afectar”. Por otro lado según estudios sugieren que la baja prevalencia de este procedimiento se debe más a ofertas inapropiadas de este servicio que la falta de demanda al método.*

*El 71% de los usuarios de VSB son casados, el 26% unión libre y 3% solteros, pudiendo observar que el hecho de tener una legalidad en la pareja le da responsabilidad en la vida reproductiva al hombre, según comentario de pareja la VSB “Es lo mejor, porque la mayor parte de los hombres le dejan la responsabilidad de la planificación familiar a la mujer”.*

*El 59% son evangélicos, 23% católicos, 14% no asistían a ninguna iglesia, 3% testigos de Jehová y 1% mormones, lo que se comprueba que para tomar la decisión al procedimiento no interfiere la afiliación religiosa a que pertenece.*

*Con respecto a la ocupación 25 personas están dentro del grupo de técnicos y profesionales de apoyo, 19 dentro del grupo no cualificados, 11 artesanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras, construcción y minería, 11 trabajadores de restaurantes y comercio, 3 empleo de tipo administrativo, 2 trabajadores cualificados en la agricultura y pesca, 1 de fuerzas armadas/policía nacional y 1 técnico y profesional científico y de apoyo, llama la atención la variedad de la ocupación de los usuario de VSB, desde personas no cualificados como técnicos y profesionales hasta profesionales científicos.*

*En el ingreso económico el 52% del usuario de VSB perciben ingresos de L. 5,500 – 10,000, el 22% de 11,000 – 20,000, 14% más de 21,000, el 11% menos de 5,500 y 1% no estaba laborando, deduciéndose que la realización del procedimiento no está determinada por el ingreso económico.*

*En relación al tiempo de convivencia el 90% tenían desde 8 meses – 9 años y 10 años – 20 años, 45% cada grupo respectivamente, 7% más de 21 años y 3% sin pareja por lo que el tiempo de convivencia de la pareja tampoco es influyente para tomar la decisión, ya que un porcentaje significativo (45%) tenían de 8 meses – 9años, siendo el mínimo de convivir de 8 meses y el máximo de 28 años y una moda de 7años.*

*El método anticonceptivo que estaba usando en el momento del procedimiento el usuario, 31% utilizaba el condón, el 16% ninguno, 15% depoprovera, 14% método natural, 10% DIU, 10% oral y un 4% esterilización femenina, siendo el método de planificación familiar más utilizado en el momento de la entrevista el condón (31%) y el menos utilizado la esterilización femenina (4%), es importante recalcar que un 16% no se estaba protegiendo en el momento de la entrevista, según opiniones de parejas refieren “porque ellos creen que solo la mujer tiene que planificar, por miedo, por temor, que sería bueno promoverla más”; “por el mismo machismo, solo la mujer está obligada a planificar y no debe ser así, la vasectomía es una buena práctica, da tranquilidad, debería socializarse más y hacer más conciencia en los hombres”; “se necesita más información para que la gente no piense que la vasectomía le va afectar” en vista que “El hombre cree que va a perder su hombría, perder la erección”.*

*Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas en Honduras, la Tasa Global de Fecundidad (TGF) para el total de la población hondureña en 2006, era de 3.3 hijos por mujer. Este resultado indica un descenso de un hijo con la ENESF 2001, que fue de 4.4 hijos por mujer para 1998-2001. El descenso de la fecundidad en áreas rurales fue de un hijo y medio y, en áreas urbanas fue de un hijo. En relación a los hombres, el 57.1% manifiesta usar (él o su pareja) métodos anticonceptivos. El mayor uso se da en los hombres de las edades entre 30-34 años y el menor en las edades de 45 a 50 años. Los resultados de la encuesta proporcionaron que el 35% tenían 2 hijos, el 25% 3 hijos, un 21% 5 hijos y más y el 19% 4 hijos, por lo que es importante destacar lo que*

*expresaron las parejas de los usuarios de VSB que “Este método se debe dar a conocer más, los hombres son machistas y no saben cómo funciona la operación, que no afecta su virilidad, pero como hombres ellos piensan que la responsabilidad es de la mujer” ahora ella se “siente más tranquila”. Sin embargo se muestra que un 21% tienen 5 y más hijos, por lo que es necesario realizar actividades de promoción en lo que respecta a la VSB.*

*Del 35% de hombres que tiene dos hijos, el 27% son casados y 4% en unión libre, 5% de los casados tienen 6 hijos, y 5% de unión libre tienen 7 hijos, 18% de los casados 3 hijos y 7% en unión libre, pudiéndose notar que el hombre casado tiene mayor responsabilidad en la planificación de la familia.*

*En cuanto al acceso al procedimiento el 71% le dieron la cita de 1 – 5 días, el 15% de 6 – 10 días y el 14% más de 11 días. La moda corresponde a 1 día, 5 días en promedio y la desviación estándar de 5. Lográndose obtener el procedimiento en un corto tiempo negociado con los usuarios según opinión de la pareja.*

*En un estudio realizado sobre promoción de la vasectomía por Vernon, R. en 1996 refiere que en la búsqueda de la información la mayoría de los hombres consultaron a sus cónyuges 74 – 88%, en segundo lugar con 40% la información fue proporcionada en una unidad de salud y 20% por un familiar. Según el estudio el lugar donde recibieron la información el 37% de los usuarios de VSB lo recibieron en el E.S. Alonso Suazo, el 23% por un familiar, un 19% por un amigo/a, 4% por el E.S. San Ignacio, 3% E.S. del Pedregal y clínica privada respectivamente, 1.4% por cada uno de los siguiente E.S. Villa Vieja, E.S. Oscar A. Flores, E.S. San Miguel, E.S. EL Chile, E.S. EL Bosque, Hospital General San Felipe, Programa TV, y paciente a paciente, en concordancia a la cantidad de establecimiento de salud que existen en la Región Metropolitana las referencias fueron ínfimas pero significativas, muy importante el conocimiento de un familiar o amigo como parte de la promoción.*

*La distancia de los usuarios al establecimiento de salud Dr. Alonso Suazo fue el 59% menos de 30 minutos, el 27% de 31 minutos – 60 minutos, el 11% más de 1 hora a 2 horas y un 3% más de 2 horas, siendo la distancia relativamente cercana a sus hogares.*

*La duración del tiempo en la cirugía de VSB fue el 88% de 10 – 20min, 7% de 5 – 7 minutos y un 5% de 21 – 30 minutos, siendo el más bajo 5 minutos y el más alto 30 minutos, con una moda de 10 minutos y un promedio de 14 minutos, con una desviación estándar de 4.*

*Ofrecer la vasectomía sin bisturí como procedimiento quirúrgico ambulatorio con anestesia local a un costo bajo (100 lempiras), rápido, eficaz y seguro a la población hondureña ha sido una forma de atender la demanda por parte de los hombres ante el deseo de no tener más hijos y dejar de usar otros métodos anticonceptivos, principalmente el condón. La mujer después de haberse realizado la pareja la VSB “Ha tenido más confianza, sin estar pensando en que se va embarazar, ya no hay tensión”*

*Tres meses posterior al procedimiento, el 38% de los realizados de espermograma fue azoospermico, 5% fue de 200,000 – 500, 000 recuento espermático, 3% de 1,000,000 y 1.3% menos de 100,000.*

*El 23.2% no se realizó el espermograma ignorándose los motivos, el 18% no les quedo tiempo por el trabajo, 4% por olvido, 4% perdió la cita y 1.3% por falta de dinero. Es importante seguir insistiendo en la realización del espermograma para la confirmación de la esterilidad e ir realizando poco a poco algunos cambios en los patrones socioculturales que limitan el hecho de que los hombres acudan a realizarse este estudio. Además es importante que el personal de salud que realiza el procedimiento desarrolle la habilidad que se requiere, mediante la capacitación y la experiencia en la técnica de la vasectomía sin bisturí, para beneficio del paciente.*

*En cuanto a la satisfacción sexual expresaron “El método de vasectomía es el ideal, pero he notado que se tarda más para terminar “y otras expresiones como que la sensación es más corta, también opiniones como “Él dice que la consistencia del semen es más líquida que antes”.*

*Otras manifestaron que en la relación sexual no ha habido ningún cambio, sin embargo algunos enunciaron sentirse una pelotita y dolor a nivel del testículo algunas veces, por lo que es importante estudiar complicaciones que se pueden presentar en la vasectomía posoperatorio.*

*En las razones por la que los hombres no se realizan la vasectomía en honduras expresaron: “Los hombre creen que pierden la virilidad o que se van hacer homosexuales” no obstante expresiones como “Considero que la relación es mejor, porque se siente segura de no salir embarazada, pero por el machismo el hombre cree que la erección les va a bajar” “Antes pasaba tensa por el riesgo de un embarazo, ahora es más tranquilo, antes por egoísmo se decía que solo la mujer podía operarse y los hombres no”*

*Y los hombres expusieron que “El miedo era no tener erección, o que podía hacerse homosexual” y “ahora paso el mensaje” “no he sentido diferencia” otro comentario que fueron “Mi miedo es que era doloroso y yo no sentí nada” “no he sentido ninguna dificultad” o “Temor por el esfuerzo físico en el trabajo” “pero todo me salió bien”.*

*La producción en México, en Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) aumento de 6,283 en 1989 a 16,882 en 1993 y en Honduras de 23 en 2005 a 74 en 2015 siendo un aumento paulatino relativamente baja; De los resultado del IMSS el 30 al 60% que seleccionaron la vasectomía fue por simple, rápida y cómoda, el 39% enunció que la vasectomía era más segura que la esterilización femenina, 20%, por la preocupación por la salud de las mujeres y el 44%, para colaborar con su cónyuge y 10% compartir la responsabilidad de planificar su familia, otro 39% indica que la técnica sin bisturí les facilitó*

*tomar la decisión porque temían a la cirugía, sin embargo en Honduras los hombres se realizaron la vasectomías porque ya no querían más hijos y por el amor a su pareja; Es importante que ellas refieren que la vasectomía es un método efectivo y que no han visto ningún cambio, lo único que el semen lo ve más líquido y que es el mejor método ya que la mayor parte de los hombres suelen dejarle la responsabilidad de la planificación familiar a la mujer; Además las parejas expresaron tener más confianza en sí misma durante la relación sexual, dándoles una sensación de tranquilidad y de disfrute.*

## X. CONCLUSIONES

*El aumento de VSB desde 2005 al 2015 ha sido bajo, y que hay un porcentaje significativo que han optado por el método con un número de hijos, que arriesga la salud de la mujer.*

*El nivel educativo no constituyó una barrera para la decisión del método, ya que tanto a nivel universitario, como primaria, las diferencias no fueron significativos.*

*La Vasectomía sin Bisturí como procedimiento quirúrgico ambulatorio con anestesia local es de bajo costo, rápido eficaz y seguro y accesible en cuanto al tiempo de cita, no ha sido, en las distancias a los diferentes departamentos donde se oferta la VSB, siendo accesible para las aldeas y colonias de áreas de influencia al E.S. Dr. Alonso Suazo. El éxito de este procedimiento depende de la habilidad del personal de salud que lo realiza, lo que garantiza la disminución de las complicaciones posteriores, la calidad de atención, aumento y promoción de la demanda por parte de los mismos usuarios, familiares y sus parejas.*

*En relación a la satisfacción según la pareja expresaron no tener cambios significativos más que notar cambios en cantidad y viscosidad del semen. Mejoraron el placer sexual al no estar pendientes del riesgo de embarazo.*

*En cuanto los mitos no son solo de las personas que tienen bajo nivel educativo, también están presentes entre personas muy instruidas, y esto limita muchas veces la toma de decisiones acertadas que contribuyen de una manera significativa al cuidado de la salud y del bienestar, siendo muy importante la labor de consejería antes y después del procedimiento, con el fin de darle seguridad para el éxito de la vida sexual de la pareja sin consecuencias de embarazos no deseados.*

## XI. RECOMENDACIONES

*Es importante elaborar un plan de promoción a nivel nacional que involucre a todos los niveles de los establecimientos de la Secretaría de Salud de Honduras, tomando en cuenta que el 37% de los usuarios de VSB recibieron información en el E.S. Alonso Suazo, el 23% por un familiar, un 19% por un amigo/a, 11% por un E.S. de la Región Metropolitana, 4% por un E.S. de Francisco Morazán, cabe destacar que el conocimiento adquirido por los familiares y amistades influye en la toma de decisiones.*

*Es necesaria la capacitación del personal permanente de los hospitales así como el involucramiento de las autoridades municipalidades para promocionar el procedimiento contribuyendo de esta manera a la disminución de la mortalidad materna.*

*Replicar la investigación en otros establecimientos de salud a nivel nacional donde se realiza la VSB, así como de las complicaciones con la finalidad de proporcionar una atención integral al usuario.*

*Es necesario proporcionar apoyo médico y psicológico posterior al procedimiento con el propósito de liberarse de los tabúes originados por la cultura y miedo de no volver a funcionar normalmente como hombre, garantizar el éxito en la vida sexual masculina y promover una actuación activa en la divulgación del procedimiento.*

*Los mitos que están arraigados en la cultura hondureña pueden ser desvanecidos con políticas estatales de promoción y prevención de salud, usando como base los estudios que permitan conocer las percepciones y creencias del hombre y la mujer hondureña sobre la vasectomía.*

## XII. BIBLIOGRAFÍA

1. Arzuaga, M., & Col. (24 de Septiembre de 2006). El Control de la Reproduccion Como Resultado de Decisiones Seguras o Riesgosa. (U. d. Antioquia, Ed.) *Investigacion y Educacion en Enfermeria*, 24.
2. Barradas, E., Bernal, R. R., García, Z. E., & Col. (2006). Salud Reproductiva.
3. Centro de Investigación Sobre Fertilidad. (1996). Investigacion Operativa sobre la Promoción de la Vasectomía en America Latina. (*Numero especial*), 12-17.
4. Charney Rebolledo, M., & Henriquez Fierro, E. (2003). *Prevalencia del deseo sexual inhibido en mujeres en edad fertil y factores relacionados*.
5. Cordoba Basulta, D. I., Arias Garcia, A., & Sapién Cordoba, A. (2013). Deseo Sexual en Hombres Con o Sin Vasectomía: Experiencias y Significados. *Revista Electrónica de Psicología*, 16(3), 719.
6. Cordoba Basulto, D., Mercado Sanchez, T., & Sapién lopez, J. (Julio - Septiembre de 2010). Opiniones y Experiencias de la Vida Sexual de Mujeres con Parejas con Vasectomías. 15, 144-151.
7. Córdoba Basulto, D., Sapién, J., Valdepeña Estrada, R., Patiño Osnaya, S., & Castellanos Hernández, H. (Ene-Mar de 2011). Vasectomía: Reseña de 25 años en el Centro de Cirugía Ambulatoria del ISSSTE. *Revista de Especialidades Medico- Quirurgica.*, 16(1), 33-38.
8. Dominguez, G. (1998.). La Relación entre los Estudios sobre Reproducción y los Estudios de Género. Varones Sexualidad y Reproducción. Mexico.: Lerner S. Editora.
9. Donaire, N. (2014). Vida sexual, despues de la Vasectomía. *Ojo Médico*.
10. EngenderHealth. (2011). *EngenderHealth for a better life*. Recuperado el 2 de junio de 2012, de EngenderHealth for a better life: <https://www.engenderhealth.org/our-stories/honduras-vasectomy-lapm-permanent-smile.php>

11. Ferrer Cascales, R. I. (diciembre de 2009). (U. d. Alicante, Productor)  
Obtenido de Rua.ua.es/dspace.
12. Fondo de Población de las Naciones Unidas. (Junio de 2009). *Análisis de Situación de Población en Honduras*. Tegucigalpa, Honduras.
13. González, I., Shelby, M., & Gilberte, V. (1992). Vasectomía sin Bisturí. 55.
14. Instituto Nacional de Estadística. (2011-2012). Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Tegucigalpa, Honduras.
15. Li, S., Goldstein, M., Zhu, J., & Huber, D. (1991). la Vasectomía sin Bisturí. 145: 341-344.
16. López Soto, O. P. (2010). Variables Relacionadas con la Satisfacción de los Servicios de Salud. *Gerenc. Polit.*, 50-70.
17. Pantelides, E., & Hernán, M. (2005.). *Promoción de la Participación de los Hombres en la Salud Sexual y Reproductiva en Centroamerica*.
18. Prendes Labrada, M. d., Aparicio Arias, Z., Guibert Reyes, W., & Lescay Megret, O. (2001). Participación de los Hombres en la Planificación Familiar. *Revista Cubana Medica General Integral*, 17(3), 216-221.
19. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreacion Responsable. (2008). Anticoncepción Quirúrgica, Varones, Vasectomía.
20. Rivas Bueso, R. M. (Marzo de 2014). Percepción de la Calidad de la Atención por el Usuario Interno y Externo en el Servicio de Emergencia del Bloque Medico Quirúrgico de Hospital Escuela Universitario. Tegucigalpa, Honduras.
21. Rufino Torrico, E. I. (marzo de 2011). Mitos y Métodos Anticonceptivos. *Mitos y Métodos Anticonceptivos*, 1, 19. Lima, Perú.
22. Sapetti, A. (2014). Calidad antes que cantidad, la familia para una sexualidad plena. (Cabal, Ed.) *Revista Digital Cabal*.
23. Secretaría de Salud. (9 de Octubre de 2007). Actualización en Vasectomía. D.F., Mexico. Obtenido de LA VASECTOMIA PDF.
24. Secretaria de Salud. (2012). *Normas y Procedimientos para la Atención Integral al Hombre* (1 ed.). Tegucigalpa, Honduras.

25. Secretaría de Salud. (2014). Programa de Atención Integral al Hombre. En D. d. Familia, *Programa de Atención Integral al Hombre*. Tegucigalpa, Honduras.
26. The Urology Group. (s.f.). Información sobre la Vasectomía. 1-3.
27. Torres de Galvis, Posador, J., Calderón, O., & Campo, H. (1994-1996). *Primer Estudio Nacional de Salud Mental* (sesta ed.). New York.
28. Vargas Melgarejo, L. M. (1994). *Sobre el Concepto de Percepción* (Vol. 4). México: Altaridades.
29. Vázquez Jiménez, A. L., & Suarez Lugo, N. (2005). *Conocimiento y Uso de Métodos Anticonceptivos en la Población de 15 a 44 Años*. (Vol. 5). Cunduacán, Tabasco, México.
30. Vega Briones, G. (18 de Abril de 1997). Poder y Decisiones en la Unidad Doméstica: la Identidad Masculina y las Relaciones entre los Géneros. *Ponencia presentada en la XX International Congress of LASSA*. Juárez, Guadalajara, Mexico.
31. Vega Briones, G., & Jaramillo Cardona, M. (Junio de 2010). Percepciones y actitudes de los hombres de la Frontera del Norte de México en relación con el uso del condon, practicas de vasectomía y chequeos de prostata. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 9(18).
32. Vernon, R. (1996). Investigación operativa sobre la promocion de la vasectomía en tres países de Latinoamerica. 12-17.
33. Vernon, R., & Ojeda, G. (1989). *Investigacion Operativa sobre la Promoción de Vasectoía en tres Países de America Latina*. Bogota, Colombia.
34. Viveros, M., Gómez, F., & Otero, E. (1998). Las representaciones sociales sobre la esterilización masculina. El punto de vista de los orientadores del Servicio de Vasectomía en la Clinica del Hombre. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(1).
35. Zegarra, T. (2011). *Mitos y Metodos Anticonceptivos*. (Priemera edición ed.). Lima, Perú.: E.I.R. / Rufino, Torrico, 559.

**XIII. ANEXOS**

**Universidad Nacional Autónoma de Honduras  
Maestría en Salud Pública  
Proyecto de Investigación de Tesis**

*Cuestionario para usuarios de Vasectomía sin Bisturí, Servicio de AQV, Unidad de Salud Dr. Alonso Suazo.*

Código \_\_\_\_\_ Encuestadora: \_\_\_\_\_ Fecha de la encuesta: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

¿Cuál es su nivel de escolaridad?.....

1. primaria 2. secundaria 3. universidad 4.ninguno 9.sin respuesta

¿Cuál es su estado civil? ?.....

1. casada 2. Unión libre 3.soltera

4. ¿Pertenece alguna iglesia?.....

1. católica 2. Evangélica 3.testigo de jehová 4. ninguna 7.otra \_\_\_\_\_ 9.sin respuesta

5. ¿Qué ocupación tiene?.....

1. Directivos

2. Técnicos y profesionales científicos y de apoyo

3. Técnicos y profesionales de apoyo

4. Empleados de tipo administrativo

5. Trabajadores de restauración y comercio

6. trabajadores cualificados en la agricultura y pesca

7. Artesanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras, construcción y minería

8. Trabajadores no cualificados

9. Fuerzas Armadas y Policía Nacional

6. ¿Lugar de domicilio? \_\_\_\_\_

7. ¿Ingreso económico?.....

1. < L. 5.500    2. L. 5,500 -10,000    3. L.10.001- 20,000    5. > L. 20,000    9.sin  
respuesta

8. ¿Cuánto tiempo tiene de vivir con su pareja? \_\_\_\_\_

9. ¿De quién recibió información de la Vasectomía? \_\_\_\_\_

10. ¿Con que está planificando en este momento?

1. pastillas    2. DIU    3. Condón    4. Impla non    5. Esterilización femenina    6. Método  
natural    9. Sin respuesta    0. Ninguno

11. ¿Cuántos hijos tiene? \_\_\_\_\_

12. ¿Cuánto horas se tardó en llegar de su domicilio a este establecimiento? \_\_\_\_\_

13. ¿Cuantos días se tardaron en el Servicio de AQV, para darle la cita? \_\_\_\_\_

14. ¿Tiempo de duración de la cirugía? \_\_\_\_\_

15. ¿Resultado de espermograma? \_\_\_\_\_

**Universidad Nacional Autónoma de Honduras**  
**Maestría en Salud Pública**  
**Proyecto de Investigación de Tesis**

**Cuestionario para usuarios de Vasectomía sin Bisturí, Servicio de AQV,**  
**Unidad de Salud Dr. Alonso SUAZO.**  
**Entrevista a profundidad**

A los tres meses a 6 meses después de realizada la VSB y realizado el espermograma.

Código\_\_\_\_\_ Encuestadora: \_\_\_\_\_ Fecha del dialogo: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

*Entrevista con el usuario*

1. *¿Cuáles son las razones por la que los hombres hondureños no se realizan la VSB?*
2. *¿Cuáles son las creencias sobre la vasectomía?*
3. *¿Cómo se siente después de haberse realizado la VSB?*
4. *¿Qué percepción tiene al realizarse la VSB?*
5. *¿Cómo es su relación sexual después de haberse realizado la vasectomía?*

**Preguntas a la pareja:**

1. *¿Qué piensa sobre la vasectomía?*
2. *¿Cuál es su experiencia sexual con su pareja después de haberse realizado la vasectomía?*
3. *¿Por qué cree que los hombres no se realizan la vasectomía como método permanente de planificación familiar?*
4. *Como es la satisfacción en su vida sexual después de haberse realizado la vasectomía su pareja.*